UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DENISE RODRIGUES COSTA SCHMIDT

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SUA ASSOCIAÇÃO COM O ESTRESSE OCUPACIONAL, A SAÚDE FÍSICA E MENTAL E O SENSO DE COERÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO BLOCO CIRÚRGICO

Ribeirão Preto

2009

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

DENISE RODRIGUES COSTA SCHMIDT

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E SUA ASSOCIAÇÃO COM O ESTRESSE OCUPACIONAL, A SAÚDE FÍSICA E MENTAL E O SENSO DE COERÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO BLOCO CIRÚRGICO

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientador: Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas

Ribeirão Preto
2009

Catalogação na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S349q Schmidt, Denise Rodrigues Costa.
Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico / Denise Rodrigues Costa Schmidt. – Ribeirão Preto, 2009.
243 f. : il.

Orientador: Rosana Aparecida Spadoti Dantas.
Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem – Qualidade de vida no trabalho – Teses. 2. Saúde ocupacional – Teses. 3. Doenças profissionais – Teses. 4. Enfermeiros – Saúde mental – Teses. I. Dantas, Rosana Aparecida Spadoti. II. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616.-083:614.8

FOLHA DE APROVAÇÃO

Denise Rodrigues Costa Schmidt

Qualidade de Vida no Trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do Bloco Cirúrgico.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: / / .

Banca Examinadora

Prof. Dr.
Instituição
Assinatura:_____

Prof. Dr.
Instituição
Assinatura:_____

Prof. Dr.
Instituição
Assinatura:_____

Prof. Dr.
Instituição
Assinatura:_____

Prof. Dr.
Instituição
Assinatura:_____

Aos Pés da Cruz

"...E mesmo quando eu chorar,
As minhas lágrimas serão
Para regar a minha fé
E consolar meu coração,
Pois o que chora aos pés da cruz
Clamando em nome de Jesus
Alcançará de Ti, Senhor,
Misericórdia, graça e luz..."

Kleber Lucas

Dedicatória

Dedico este trabalho especialmente ao Beto. Meu companheiro, amigo, esposo... Uma pessoa maravilhosa que esteve comigo no início desta e de tantas outras jornadas. Alguém que jamais será esquecido. Tenho certeza que você está orgulhoso de mim por mais essa vitória. Agradeço por todas as coisas que fez por mim em vida, das pequenas às maiores. Obrigada por ter tido fé no meu trabalho e no meu sucesso. Obrigada pelas lembranças das coisas que fizemos juntos. Obrigada pelas nossas filhas e por amar minha família como se fosse sua. Obrigada por me transformar, por me ajudar a entender melhor quem eu sou e por me ajudar a realizar mais coisas do que jamais conseguiria sozinha.

Peço desculpas por todos os momentos em que desapontei você, por cada momento que deixei de dar a compreensão que merecia, por não ter sido paciente e gentil quando deveria ter sido. Por todos os momentos que fui egoísta e incapaz de ver suas necessidades. Peço desculpas por todos estes momentos e agradeço, ainda, por me fazer sentir mais forte do que era, mais sábia do que era e mais capaz do que era.

Meu eterno amor e gratidão.

Dedico, ainda:
À s minhas filhas, Aline e Gabriela, as únicas razões da minha vida e de todo o meu esforço para continuar vivendo!

E aos meus pais, Cida e Beto, pelo exemplo de dignidade, de amor e pelo apoio em todos os momentos de minha vida.

Agradecimento especial

À Professora Dra. Rosana Spadotti Dantas Uma das melhores pessoas que conheci nos últimos anos. Obrigada pelos ensinamentos, incentivos, parceria, solidariedade e paciência em todas as etapas deste trabalho.

Agradecimentos

Várias pessoas foram importantes para a realização e conclusão desta tese, mas algumas foram fundamentais!

Meus irmãos, Eliana, Sidange, Ricardo e Renata.

Cunhados, Gilson, Kitty e Rogério e sobrinhos, Vanessa, Camila, Isabela, Bruno, Ana Luíza e Giovana. Meu eterno agradecimento pelo incentivo, companheirismo e solidariedade. Amo vocês!

Meus amigos, Fabiele Caetano, Meire Teodoro, Maria Cecília e Paulo Sérgio.

Minhas companheiras e amigas de doutorado, Inês Gimenes Rodrigues, Érika Lopes Chaves, Juscara Puplime Cleuza Kuwabara.

Professora Dra. Maria Helena Palucci Marziale, pelo apoio, carinho, sugestões e incentivos.

Professora Dra. Neusa Maria Costa Alexandre pela disponibilidade e sugestões.

E as enfermeiras do Bloco Cirúrgico do Hospital Universitário de Londrina: Adriana Cristina P. Elias, Cláudia Valéria N. Orasmo, Christiane S. Ito Yonekura, Dinah Vieira, Karina T. Kardensky, Norma Nonaka e Rosinaide Feres Gil. Obrigada pelo carinho e apoio.

Agradeço ainda,

Aos trabalhadores dos Blocos Cirúrgicos das instituições que participaram do estudo.

E aos demais amigos do Bloco Cirúrgico do Hospital Universitário. São tantos que não seria possível citar cada um, mas saibam que vocês moram em meu coração. Obrigada por tudo!

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1 INTRODUÇÃO…….. 1

2 HIPÓTESES …… 7

3 OBJETIVOS…… 9

4 REFERENCIAL TEÓRICO ……. 11

4.1 Qualidade de Vida no Trabalho..... 12
4.1.1 Modelos de Qualidade de Vida no Trabalho 17
4.1.2 Qualidade de Vida no Trabalho e a Enfermagem 22

4.2 Estresse..... 25
4.2.1 Estresse Geral..... 25
4.2.2 Estresse Ocupacional 29
4.2.2.1 Modelos teóricos sobre o estresse ocupacional..... 31
4.2.3 Síndrome de *Burnout* 41
4.2.4 Estresse e a Enfermagem..... 48

4.3 Transtornos de Ansiedade e Transtornos do Humor..... 52
4.3.1 Transtornos de Ansiedade..... 53
4.3.2 Transtornos do Humor..... 62

4.4 Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho..... 71

4.5 Senso de Coerência de Antonovsky..... 79
4.5.1 Os componentes do Senso de Coerência 84

4.6 Modelo Teórico..... 88

5 MATERIAL E MÉTODO …….. 90

5.1 Delineamento do estudo……... 91

5.2 Local do estudo…….. 91

5.3 Casuística..... 91

5.4 Aspectos Éticos..... 92

5.5 Procedimento para coleta de dados..... 93
5.5.1 Análise Semântica..... 93
5.5.2 Pré-teste..... 94
5.5.3 Coleta de Dados..... 95
5.5.4 Instrumentos de Medidas..... 95

5.6 Processamento e análise dos dados..... 108

6 RESULTADOS ……. 111

7 DISCUSSÃO ……. 161

8 CONCLUSÃO ……... 195

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS ……... 200

REFERÊNCIAS ……... 204

APÊNDICES …… 222

ANEXOS …….. 230

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema do modelo de Demanda-Controle de Karasek..... 36

Figura 2 - Modelo teórico proposto para avaliar a associação da QVT com as características do trabalho, individuais, saúde física e mental entre profissionais dos Blocos Cirúrgicos do município de Londrina – PR..... 89

Figura 3 - Modelo de medidas utilizado para explicar a variação na QVT.. 106

Figura 3 - Modelo de medidas utilizado para explicar a variação na QVT (continuação) 107

Figura 4 – Diagrama de dispersão dos valores da QVT e da idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 120

Figura 5 – Distribuição das médias dos itens da *Job Stress Scale* para os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 125

Figura 6 – Diagrama de dispersão dos valores da medida da dimensão Demanda e a idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 126

Figura 7 – Diagrama de dispersão dos valores da dimensão Demanda e tempo de experiência dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 128

Figura 8 – Diagrama de dispersão dos valores da medida da dimensão Controle e a idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 129

Figura 9 - Diagrama de dispersão dos valores da HADS-A e HADS-D para os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina - PR, 2007..... 136

Figura 10 - Diagrama de dispersão segundo os valores da HADS-A e a idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina - PR, 2007..... 140

Figura 11 - Freqüência de sintomas osteomusculares entre profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos nas diferentes regiões corporais (n=211). Londrina – PR, 2007..... 143

Figura 12 - Freqüência de impedimento para realização de atividades e necessidade de procurar auxílio profissional motivados por sintomas osteomusculares nos últimos 12 meses, entre profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos (n=211). Londrina – PR, 2007..... 144

Figura 13 - *Boxplots* dos grupos relacionados à presença de distúrbio osteomuscular na região dos ombros nos últimos 12 meses entre os profissionais de enfermagem, segundo o tempo de experiência nos Blocos Cirúrgicos. Londrina- PR, 2007..... 147

Figura 14 - Diagrama de dispersão da medida de Senso de Coerência e da idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina-PR, 2007..... 150

Figura 15 - Diagrama de dispersão das medidas de Qualidade de Vida no Trabalho e do Senso de Coerência para os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 154

Figura 16 – *Boxplots* dos grupos relacionados à presença de distúrbio osteomuscular na região lombar nos últimos 12 meses entre os profissionais de enfermagem, segundo a medida de QVT. Londrina- PR, 2007..... 155

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos 209 participantes segundo a categoria profissional contratada e o hospital de origem. Londrina-PR, 2007..... 113

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo segundo as variáveis sócio-demográficas da amostra estudada, Londrina-PR, 2007..... 114

Tabela 3 – Distribuição dos 211 profissionais estudados segundo a situação conjugal e a escolaridade. Londrina-PR, 2007..... 115

Tabela 4 – Distribuição dos 211 participantes, segundo dados relacionados aos aspectos profissionais. Londrina-PR, 2007..... 116

Tabela 5 – Distribuição dos 211 profissionais dos Blocos Cirúrgicos, segundo a categoria profissional, turnos de trabalho, carga horária e salário. Londrina-PR, 2007..... 117

Tabela 6 – Estatística descritiva da medida de QVT segundo a amostra total e as categorias profissionais de enfermagem. Londrina – PR, 2007..... 118

Tabela 7 – Estatística descritiva do valor da medida de QVT, segundo as variáveis sexo, situação conjugal e escolaridade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 119

Tabela 8 – Estatística descritiva da medida de QVT, segundo a categoria profissional, tipo de instituição, faixa salarial, opção por atuar no Bloco Cirúrgico, turno de trabalho, carga horária semanal e presença de outro vínculo empregatício entre os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina - PR, 2007..... 121

Tabela 9 - Estatística descritiva da *Job Stress Scale* (versão resumida) total, das médias dos itens dos componentes e de cada um dos itens que compõe a escala para a amostra estudada. Londrina – PR, 2007..... 123

Tabela 10 – Estatística descritiva da medida da dimensão Demanda, segundo o tipo de instituição, a categoria profissional, turno de trabalho, carga horária semanal e presença de outro vínculo empregatício entre os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 127

Tabela 11 – Estatística descritiva da medida da dimensão Controle, segundo o tipo de instituição, categoria profissional, turno de trabalho, carga horária semanal, presença de outro vínculo empregatício e salário para profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 130

Tabela 12 – Estatística descritiva da medida da dimensão Apoio Social, segundo o tipo de instituição, categoria profissional, turno de trabalho e presença de outro vínculo empregatício para profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 132

Tabela 13 – Distribuição da freqüência de exposição ao estresse ocupacional para a amostra de trabalhadores dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 133

Tabela 14 – Estatística descritiva e consistência interna das subescalas HADS-A e HADS-D na amostra dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 134

Tabela 15 - Distribuição dos profissionais segundo a presença de ansiedade e depressão. Londrina – PR, 2007..... 135

Tabela 16 - Associação da presença de ansiedade com as características sócio-demográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 137

Tabela 17 - Associação da presença de depressão com as características sócio-demográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 138

Tabela 18 – Freqüência de dados perdidos para o questionário derivado do Questionário Nórdico para Sintomas Músculo-esqueléticos entre os 211 trabalhadores de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 141

Tabela 19 – Distribuição dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos segundo os resultados do Questionário Nórdico para a presença de distúrbios osteomusculares na região lombar nos últimos 12 meses, segundo o sexo e as características profissionais. Londrina – PR, 2007..... 145

Tabela 20 – Distribuição dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos segundo os resultados do Questionário Nórdico para a presença de distúrbios osteomusculares na região dos ombros nos últimos 12 meses, segundo o sexo e as características profissionais. Londrina – PR, 2007..... 146

Tabela 21 – Estatística descritiva da medida de SC, segundo as características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 149

Tabela 22 – Estatística descritiva da medida de Senso de Coerência, segundo as características profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 151

Tabela 23 – Estatística descritiva dos valores da medida QVT, segundo a presença de estresse, ansiedade e depressão entre os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 152

Tabela 24 – Estatística descritiva dos valores da medida do Senso de Coerência, segundo a presença de estresse, ansiedade e depressão entre os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007..... 153

Tabela 25 - Análise de regressão linear multivariada utilizando a medida de QVT como variável resposta (resultado) (Modelo para Hipótese 1). Londrina – PR, 2007..... 158

Tabela 26 - Análise de regressão linear multivariada usando a medida de QVT como variável resposta (resultado) (Modelo para Hipótese 2). Londrina – PR, 2007..... 160

RESUMO

SCHMIDT, D.R.C. **Qualidade de Vida no Trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do Bloco Cirúrgico.** 2009, 243 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

As seguintes hipóteses foram testadas neste estudo: (H1) após o controle das variáveis sócio-demográficas e profissionais, a adição do estresse ocupacional, da ansiedade e da depressão irá contribuir de forma expressiva para a redução da medida da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT); e (H2) após o controle das variáveis sócio-demográficas e profissionais, da presença de ansiedade e depressão, a adição do senso de coerência (SC) irá contribuir de forma expressiva para aumentar a medida de QVT. O objetivo do estudo foi avaliar a QVT, o perfil de saúde física e mental, a presença de estresse ocupacional e o SC entre profissionais de enfermagem lotados no Bloco Cirúrgico (BC). Trata-se de um estudo observacional, descritivo e correlacional, tipo corte transversal do qual participaram 211 trabalhadores de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de seis instrumentos: caracterização sócio-demográfica e profissional, Escala Visual Analógica para QVT, "*Job Stress Scale"* (versão resumida), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), instrumento derivado do Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos e o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA). Os instrumentos escalares obtiveram de forma geral valores aceitáveis para o alfa de Cronbach. O alfa de Cronbach das dimensões da "*Job Stress Scale"* variou de 0,54 a 0,75. A HADS-Ansiedade obteve alfa de Cronbach igual a 0,79 e a HADS-Depressão 0,77, enquanto o QSCA obteve consistência interna de 0,87. Quanto à caracterização dos participantes, a maioria era de auxiliares de enfermagem (62,6%), do sexo feminino (86,7%), casados (54,0%), com idade média de 40 anos. O tempo médio de atuação nos Blocos Cirúrgicos foi de 9,3 (D.P.=8,0) anos. Quanto à avaliação da QVT para o total da amostra, obtivemos média de 58,9 (D.P.=27,7), intervalo possível de zero a 100, demonstrando uma avaliação moderada para essa medida. O estresse ocupacional, obteve valor médio para as suas dimensões (Demanda, Controle e Apoio Social) de 14,8 (D.P.=2,4), 16,5 (D.P.=2,3) e 18,7 (D.P.=2,8), respectivamente. Dentre os participantes, 115 (54,5%) encontravam-se no grupo de exposição intermediária ao estresse ocupacional. Quanto à avaliação da ansiedade e da depressão, obtivemos média para a medida de ansiedade de 6,3 (D.P.=3,7) e para a medida de depressão de 5,2 (D.P.=3,3), em um intervalo possível de zero a 21. Constatamos também que, dentre os profissionais de enfermagem, 66 (31,3%) apresentavam sintomas de ansiedade e 51 (24,2%) sintomas de depressão. As maiores prevalências anuais de distúrbios osteomusculares foram encontradas na região inferior das costas (n=82; 38,9%) e na região dos ombros (n=80; 37,9%). A média do QSCA para os 203 profissionais de enfermagem que responderam esse instrumento foi de 144,6 (D.P.=22,6), em um intervalo possível de 29 a 203. A medida de QVT obteve associação estatisticamente significante com as variáveis "tipo de instituição" (p=0,003), "renda mensal" (p=0,006), "opção pelo local de atuação" (p=0,01), presença de estresse ocupacional (p=0,001), presença de ansiedade (p=0,008), de depressão (p=0,05) e de distúrbios osteomusculares na região dos ombros (p=0,00),

região lombar (p=0,00) nos últimos 12 meses e na região lombar nos últimos sete dias (p=0,01). A medida do SC obteve associação estatisticamente significante com o “tipo de instituição” (p=0,03), a “presença de duplo vínculo empregatício” (p=0,00), “renda mensal” (p=0,01), a presença de estresse ocupacional (p=0,029), a presença de ansiedade (p=0,000) e de depressão (p=.0,000). Confirmamos neste estudo que a adição do estresse ocupacional e dos transtornos de humor contribuiu para diminuir a QVT entre os profissionais de enfermagem dos BC, porém não confirmamos que a adição do SC poderia contribuir satisfatoriamente para aumentar a QVT destes trabalhadores.

Descritores: Enfermagem; Qualidade de Vida no Trabalho; Estresse; Ansiedade; Depressão; Distúrbios Osteomusculares; Senso de Coerência, Saúde Ocupacional.

ABSTRACT

SCHMIDT, D.R.C. **Quality of Working Life and its association with occupational stress, physical and mental health and sense of coherence among nursing professionals in surgical settings.** 2009, 243p. Dissertation (Doctoral) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, São Paulo, 2009.

The following hypotheses were tested in this study: H1- after controlling for socio-demographic and professional variables, adding occupational stress, anxiety and depression will meaningfully contribute to reduce the measures of Quality of Working Life (QWL); and H2 – after controlling for socio-demographic and professional variables, anxiety and depression, adding sense of coherence (SOC) will contribute to increase the QWL measure. This observational, descriptive, correlational and cross sectional study aimed to evaluate QWL, the profile of physical and mental health, the presence of occupational stress and SOC among nursing professionals working in surgical settings (BC). In total, 211 nursing professionals participated in this study. Six instruments were used for data collection: socio-demographic and professional characterization, Visual Analogue Scale for QWL, Job Stress Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Standardized Nordic Questionnaire and Antonovsky's Sense of Coherence (SOC) Scale. In general, the scales obtained acceptable values for Cronbach's Alpha, which varied from 0.54 to 0.75 on the Job Stress Scale. HADS-Anxiety obtained 0.79 and HADS-Depression 0.77 for Cronbach's Alpha, while the SOC reached an internal consistency score of 0.87. Among the participants, most were nursing auxiliaries (62,6%), female (86,7%) and married (54,0%), with average age of 40 years. The average time of work at the BC was 9.3 (S.D.=8.0) years. Regarding assessment of QWL, the average score obtained for the total sample was 58.9 (S.D.=27.7), in a possible range from zero to 100, showing that workers were fairly satisfied with their quality of life at work. The dimensions (Demand, Control and Social Support) of occupational stress obtained mean scores, i.e. 14.8 (S.D.=2.4), 16.5 (S.D.=2.3) and 18.7 (D.P.=2.8), respectively. Among the participants, 115 (54.5%) were in the group of intermediate exposition to occupational stress. Regarding evaluation of anxiety and depression, the average anxiety score was 6.3 (S.D.=3.7) and average depression 5.2 (S.D.=3.3), in a possible range from zero to 21. It was also shown that, among nursing professionals, 66 (31.3%) presented symptoms of anxiety and 51 (24.2%) symptoms of depression. The highest annual prevalence of musculoskeletal disorders was found in the lower back region (n=82; 38.9%) and in the region of the shoulders (n=80; 37.9%). The SOC score for the 203 nursing professionals who answered this instrument was144.6 (S.D.=22.6), in a possible range from 29 to 203. The QWL measure showed a statistically significant association with the variables "kind of institution" (p=0.003), "monthly income" (p=0.006), "choice of place of work" (p=0.01), presence of occupational stress (p=0.001), presence of anxiety (p=0.008), depression (p=0.05) and musculoskeletal disorders in the region of the shoulders (p=0.00), lumbar region (p=0.00) in the last 12 months and in the lumbar region in the last seven days (p=0,01). The SOC score presented a statistically significant association with "kind of institution" (p=0.03), "having a second job" (p=0.00), "monthly income" (p=0.01), presence of occupational stress (p=0.029), presence of anxiety (p=0.000) and depression (p=0.000). The study reasserted that adding occupational stress and mood disorders contributed to a decrease in QWL among nursing professionals in

BC, although it was not confirmed that the addition of SOC could contribute to increase these workers' QWL.

Descriptors: Nursing; Quality of Working Life; Stress; Anxiety; Depression; Musculoskeletal Disorders; Sense of Coherence, Occupational Health.

RESUMEN

SCHMIDT, D.R.C. **Calidad de Vida en el Trabajo y su asociación con el estrés ocupacional, la salud física y mental y el sentido de coherencia entre profesionales de enfermería del Centro Quirúrgico.** 2009, 243 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2009.

Las siguientes hipótesis fueron testadas en ese estudio: (H1) después del control de las variables socio-demográficas y profesionales, la adición del estrés laboral, de la ansiedad y de la depresión contribuirá expresivamente para la reducción de la medida de Calidad de Vida en el Trabajo (CVT); y (H2) después del control de las variables socio-demográficas y profesionales, de la presencia de ansiedad y depresión, la adicción del sentido de coherencia (SOC) contribuirá de forma expresiva para aumentar la medida de CVT. Ese estudio observacional, descriptivo y correlacional, de corte transversal, tuvo como objetivo evaluar la CVT, el perfil de salud física y mental, la presencia de estrés laboral y el SOC entre profesionales de enfermería que trabajan en el Centro Quirúrgico. Participaron del estudio 211 trabajadores de enfermería. La recolecta de datos fue realizada por medio de seis instrumentos: caracterización socio-demográfica y profesional, la Escala Visual Analógica para CVT, la *Job Stress Scale* (versión resumida), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), el Cuestionario Nórdico Estandarizado y la Escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky. En general los instrumentos de escala obtuvieron valores aceptables para el alpha de Cronbach, que varió entre 0,54 y 0,75 en las dimensiones de la *Job Stress Scale.* La HADS-Ansiedad obtuvo alpha de Cronbach igual a 0,79 y la HADS-Depresión 0,77, mientras el SOC obtuvo un *score* de consistencia interna de 0,87. Acerca de la caracterización de los participantes, la mayoría eran auxiliares de enfermería (62,6%), del sexo femenino (86,7%), casados (54,0%), con edad promedia de 40 años. El tiempo promedio de actuación en los Centros Quirúrgicos fue de 9,3 (D.E.=8,0) años. En lo que concierne la evaluación de la CVT, se obtuvo promedia de 58,9 (D.E.=27,7) para el total de la muestra, en un intervalo posible de zero a 100, demostrando una evaluación moderada para esa medida. Las dimensiones (Demanda, Control y Apoyo Social) del estrés laboral obtuvo valores promedios para sus dimensiones, 14,8 (D.E.=2,4), 16,5 (D.E.=2,3) y 18,7 (D.E.=2,8), respectivamente. Entre los participantes, 115 (54,5%) se encontraba en el grupo de exposición intermediaria al estrés laboral. En relación a la evaluación de la ansiedad y de la depresión, obtuvimos promedia de 6,3 (D.E.=3,7) para la medida de ansiedad y 5,2 (D.E.=3,3) para la medida de depresión, en un intervalo posible de zero a 21. Se constató también que, entre los profesionales de enfermería, 66 (31,3%) presentaban síntomas de ansiedad y 51 (24,2%) síntomas de depresión. Las mayores prevalencias anuales de desordenes osteomusculares fueron encontradas en la región inferior de la espalda (n=82; 38,9%) y en la región de los hombros (n=80; 37,9%). El promedio del SOC para los 203 profesionales de enfermería que respondieron el instrumento fue de 144,6 (D.E.=22,6), en un intervalo posible de 29 a 203. La medida de CVT obtuvo asociación estadísticamente significante con las variables “tipo de institución” (p=0,003), “renta mensual” (p=0,006), “opción por el sitio de trabajo” (p=0,01), presencia de estrés laboral (p=0,001), presencia de ansiedad (p=0,008), de depresión (p=0,05) y de

desórdenes osteomusculares en la región de los hombros (p=0,00), región lumbar (p=0,00) en los últimos 12 meses y en la región lumbar en los últimos sete días (p=0,01). La medida del SOC obtuvo asociación estadísticamente significante con el “tipo de institución” (p=0,03), la “tener un segundo trabajo” (p=0,00), “renta mensual” (p=0,01), la presencia de estrés laboral (p=0,029), la presencia de ansiedad (p=0,000) y de depresión (p=.0,000). Se confirmó en este estudio que la adición del estrés laboral y de los trastornos de humor contribuyó para disminuir la CVT entre los profesionales de enfermería de los BC, todavía no se confirmó que la adición del SOC pondría contribuir para aumentar la CVT de eses trabajadores.

Descriptores: Enfermería; Calidad de Vida en el Trabajo; Estrés; Ansiedad; Depresión; Desórdenes Osteomusculares; Sentido de Coherencia, Salud Laboral.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Relevância do estudo e contribuição esperada

O agravamento do quadro de doenças profissionais resultante do novo modo de produção e o crescimento de doenças relacionadas ao trabalho, gerado historicamente pelas relações entre capital e trabalho e, atualmente, pela introdução de novas tecnologias no processo produtivo, têm sido alvo de estudos em diversas áreas.

Um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) revela que, em todo o mundo, 160 milhões de pessoas sofrem de males associados ao trabalho e que, pelo menos, 2,2 milhões de indivíduos morrem por ano em decorrência de doenças laborais e de acidentes provocados pelas más condições de trabalho. Entre as enfermidades que mais afetam os profissionais estão os transtornos de ansiedade e os transtornos do humor, os distúrbios osteomusculares, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), denominadas, recentemente, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT), as cardiopatias, as dores crônicas e os problemas circulatórios (LIMA, 2007).

Dados da OIT indicam que os custos relacionados a doenças e acidentes de trabalho atingem 4% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial. Só no Brasil, as despesas devido às licenças médicas, à rotatividade de funcionários, à queda da produtividade e ao absenteísmo no trabalho dos empregados com registro em carteira chegam a R$ 80 bilhões, ou seja, 3,5% do PIB. Os números da Previdência e Assistência Social revelam que em 2006 cerca de 140 mil trabalhadores ficaram longe de seus empregos por mais de 15 dias consecutivos em função de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho (LIMA, 2007).

As transformações introduzidas nos últimos anos nos processos de trabalho, que fez gerar maior competitividade, contribuem para o sofrimento psíquico de homens e mulheres. Estudo sobre a relação entre o ambiente laboral e as tarefas organizacionais e os casos de adoecimento possibilitam um novo olhar sobre as questões da saúde e doença no trabalho. Fica evidente que não se pode falar em qualidade e produtividade de produtos e serviços sem reconhecer a necessidade de fornecer Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) (LIMA, 2007).

A evolução histórica dos conceitos de QVT indica que não se trata de um modismo, visto que os primeiros passos foram no início do século XX com a regulamentação do trabalho de menores, da jornada de trabalho, do descanso semanal e das indenizações por acidente de trabalho (WALTON, 1973). Mais adiante, outros estudiosos focaram suas considerações na humanização do cargo, responsabilidade social e saúde, transformando, nos dias de hoje, a QVT uma temática multidimensional e abrangente. Vale ressaltar que aqueles estudiosos que se envolveram na busca por melhores condições de trabalho, presenciaram um momento repleto de mudanças nas questões relacionadas ao mundo do trabalho e ao adoecimento do trabalhador, colocando em destaque a emergência na formação de programas formais focados na QVT.

Atualmente, todos os esforços para combater o adoecimento do trabalhador são extremamente fundamentais, e entendemos que os estudos que focalizam o estresse ocupacional, os problemas relacionados à saúde física e mental assim como os mecanismos de enfrentamento do estresse têm contribuído para melhor compreensão da situação laboral desses profissionais e para a promoção de programas de QVT.

A avaliação do senso de coerência (SC), constructo chave da Teoria Salutogênica de Antonovsky, pode ser essencial no contexto da saúde do trabalhador. Na Teoria Salutogênica, Antonovsky define o senso de coerência como sendo uma dimensão da personalidade utilizada para facilitar o manejo do estresse e contribuir para o bem estar geral do indivíduo (ANTONOVSKY, 1979).

Utilizada e conhecida internacionalmente, a teoria de Antonovsky tem se mostrado relevante para a prática, a teoria e a pesquisa nas diversas áreas da saúde, entre elas a da enfermagem. Seu uso pelos enfermeiros poderá auxiliar na identificação de estratégias de "*coping",* que são mecanismos utilizados por pessoas hábeis em permanecerem bem, mesmo em situações que possam sugerir o contrário. No Brasil, a avaliação do SC foi realizada recentemente em uma amostra de pacientes cardíacos (DANTAS, 2007), porém até o momento não havia sido testado entre trabalhadores de enfermagem.

Os problemas da saúde física e mental entre profissionais de enfermagem têm sido incluídos em diversos estudos nacionais e internacionais e o que se observa entre esses trabalhadores é um número cada vez maior de afastamento das atividades laborais devido aos distúrbios osteomusculares, à depressão ou a algum dos transtornos de ansiedade.

Em nosso estudo, consideramos como saúde física a ausência de distúrbios músculo-esqueléticos, como dor, dormência ou formigamento em pescoço, ombros, parte superior das costas, cotovelos, punho e mãos, parte inferior das costas, quadril e coxas, joelhos, tornozelos e pés e como saúde mental a ausência de sintomas de ansiedade e de depressão. Segundo Godin et al. (2005), a ansiedade e a depressão têm sido mencionadas na literatura como indicadores de saúde mental, e por isso foram incluídas em nosso estudo para análise dessa variável.

O Bloco Cirúrgico (BC), campo de estudo desta pesquisa e foco de vários estudos que incluem o estresse ocupacional entre enfermeiros (BIANCHI, 1990, 1999, 2000) é constituído pelas unidades do Centro Cirúrgico (CC) e Central de Materiais e Esterilização (CME). O CC caracteriza-se pela sua alta tecnologia e complexa organização, sendo considerado uma área crítica. Seu projeto arquitetônico inclui um ambiente fechado, cujas características devem prevenir ou controlar os riscos de infecção, além dos riscos de incêndio, explosão e riscos químicos, entre outros. Por esses fatores, muitos autores consideram o CC altamente estressante.

A CME, normalmente localizada nas adjacências do CC, destaca-se no contexto hospitalar como uma unidade de apoio a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico que necessitam de artigos médico-hospitalares para a prestação da assistência aos pacientes e incorpora alta tecnologia, riscos ergonômicos, químicos, biológicos, físicos entre outras fontes de estresse.

Assim sendo, julgamos que este estudo seja relevante tanto pela necessidade de maior conhecimento sobre a QVT dos profissionais de enfermagem destes setores, quanto pela carência de pesquisas que explorem a associação da QVT com o estresse, depressão, ansiedade, distúrbios osteomusculares e o senso de coerência. Estudos desta natureza podem favorecer o gerenciamento de recursos humanos, a comparação de várias unidades entre si, a detecção precoce de problemas relacionados ao ambiente laboral e aos trabalhadores e, ainda, acompanhar a evolução da QVT e do SC.

Esperamos que o resultado deste estudo seja efetivo, primeiramente, para estabelecer um diagnóstico da situação dos trabalhadores de enfermagem do BC em seu ambiente de trabalho e, posteriormente, para fornecer subsídios para que as

instituições de saúde possam elaborar programas de melhoria da QVT, o que poderá prevenir o adoecimento desses profissionais e minimizar os prejuízos do adoecimento às instituições e aos próprios trabalhadores.

Os programas que visam à melhoria da QVT podem englobar a educação contínua, cursos para o gerenciamento do estresse, nos quais o trabalhador poderá buscar aprendizado sobre si mesmo, explorar seu potencial, planejar e realizar metas; conscientização e capacitação para o conhecimento da dinâmica dos processos de transformação tecnológica, nos quais devem ser considerados a humanização do trabalho. Tais programas poderão apresentar pilares na ergonomia dando suporte às mudanças necessárias ao processo de trabalho visando à prevenção de doenças osteomusculares por meio de ações ergonômicas de concepção, correção e conscientização.

Destacamos que a formação de uma equipe multidisciplinar formada por médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, é uma estratégia essencial para a recuperação dos trabalhadores acometidos por doenças ocupacionais e para o sucesso dos programas de redução de doenças ocupacionais implantados (GRAYSON et al., 2005).

HIPÓTESES

2 HIPÓTESES

H1 - Após o controle das variáveis sócio-demográficas e profissionais, a adição do estresse ocupacional, da ansiedade e da depressão irá contribuir de forma expressiva para diminuir a medida de Qualidade de Vida no Trabalho.

H2 - Após o controle das variáveis sócio-demográficas e profissionais e da presença de ansiedade e de depressão, a adição do senso de coerência de Antonovsky irá contribuir de forma expressiva para aumentar a medida de Qualidade de Vida no Trabalho.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a Qualidade de Vida no Trabalho, a presença de estresse ocupacional, o perfil de saúde física e mental e o senso de coerência entre os profissionais de enfermagem lotados no Bloco Cirúrgico.

3. 2 Específicos

Avaliar as associações entre as medidas de Qualidade de Vida no Trabalho, de estresse ocupacional, de ansiedade, depressão, de distúrbios osteomusculares e o do senso de coerência com as características sócio-demográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos BC;

Testar se a adição do senso de coerência de Antonovsky explica a variância adicional na medida de Qualidade de Vida no Trabalho; na medida de estresse ocupacional; de ansiedade e de depressão entre os trabalhadores de enfermagem dos BC, após o controle das demais variáveis;

Testar se a adição do estresse ocupacional, da ansiedade e da depressão explica a variância adicional na medida de Qualidade de Vida no Trabalho entre os trabalhadores de enfermagem dos BC, após o controle das demais variáveis.

REFERENCIAL TEÓRICO

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Qualidade de Vida no Trabalho

Na linguagem cotidiana a palavra trabalho tem muitos significados e embora pareça compreensível, como uma das formas elementares de ação dos homens, seu conteúdo oscila. Às vezes, carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto, fadiga. O trabalho é concebido também como um conjunto de atividades exercidas pelo homem, seja na produção, gestão ou transformação dos recursos, em busca de um determinado fim. Além disso, tem uma conotação existencial na medida em que os indivíduos se sentem produtivos por terem uma função, um emprego, uma rotina e também por ser um fator de inclusão social e de reconhecimento pessoal (ALBORNOZ, 2008).

Guido (2003) já havia referido que o trabalho é entendido como uma atividade que permite ao ser humano uma inserção social, no qual os aspectos físicos e psíquicos estão diretamente relacionados. Ele pode tanto representar equilíbrio, desenvolvimento, satisfação, tanto quanto pode causar desgaste, deterioração, além de ser o responsável pelo aparecimento de doenças, o que, pode levar o trabalhador a uma crescente insatisfação.

Os estudos sobre a satisfação no trabalho remontam ao início do século XX, sendo um de seus precursores o pioneiro da administração científica, Frederick W. Taylor. Um dos pressupostos de Taylor destacava as recompensas monetárias como maiores motivadores de maior eficiência e produtividade, gerando satisfação no trabalho e melhor qualidade de vida do trabalhador (CHIAVENATO, 2000).

Ford, que foi um adepto do taylorismo, acreditava que uma das necessidades básicas para a “prosperidade” do trabalhador era o aspecto físico do local de

trabalho. Defendeu também que uma “condição essencial para unir o melhor rendimento à maior humanidade na produção é dispor de acomodações amplas, limpas e devidamente ventiladas” (RODRIGUES, 2002).

O “taylorismo” e o “fordismo” proporcionaram aos trabalhadores da época melhores condições laborais, tanto no aspecto motivacional como no projeto do cargo e ambiente físico do trabalho. Sendo assim, os valores introduzidos aparentemente proporcionaram ao trabalhador, na época, uma melhor qualidade de vida no trabalho e serviram de base para o atual estudo do comportamento humano no trabalho (RODRIGUES, 2002).

Até hoje, as críticas ao “taylorismo” são constantes e não negam que a motivação econômica não é suficiente para manter o trabalhador comprometido com a eficácia e a produtividade organizacional ou levar o mesmo a ter satisfação profissional, mas não podemos desprezar as idéias de Taylor, principalmente, ao analisarmos a Qualidade de Vida no Trabalho (RODRIGUES, 2002).

Da mesma forma, outros estudos foram realizados no inicio do século XX, devido em grande parte, à necessidade de humanização e democratização do trabalho industrial, na tentativa de libertação dos pressupostos rígidos e mecanicistas das teorias precedentes: Cientifica e Clássica (CHIAVENATO, 2000).

A partir de então, o conceito de motivação foi incorporado às bases teóricas da satisfação no trabalho e em diversos modelos conceituais foram desenvolvidas suas inter-relações. Dentre esses se destacam os estudos de Elton Mayo (interação social), Abraham Maslow (Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas), Douglas McGregor (Teoria X e Y), Frederick Herzberg (Teoria dos Dois Fatores), entre outros (CHIAVENATO, 2000).

A partir de 1927, George Elton Mayo dando continuidade a um estudo que havia se iniciado em 1924, no qual se avaliava a reação dos funcionários às alterações de luminosidade em uma determinada fábrica, conseguiu descobertas revolucionárias. Mayo chegou à conclusão que eram mais importantes as relações humanas, os sentimentos dos indivíduos e a valorização do trabalhador para que houvesse a satisfação no trabalho. Enfim, percebeu que os fatores psicológicos e subjetivos tinham mais importância do que os fisiológicos, iniciando um novo período no universo do trabalho, em que a produtividade estava também associada à interioridade do indivíduo, à sua coleção de valores e, principalmente, ao seu desejo de aceitação e de pertencer harmonicamente a um grupo (RODRIGUES, 2002). Acredita-se que esta tenha sido a primeira indicação de que a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) pudesse ter efeito sobre a produtividade (HSU; KERNOHAN, 2006).

A Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas foi assim denominada porque Maslow organizou e dispôs as necessidades humanas em níveis, obedecendo a uma hierarquia de importância e de influência. Esta organização e disposição foram por ele visualizadas sob a forma de uma pirâmide, constituída por cinco níveis, dos quais os dois primeiros, a partir da base, representam as necessidades primárias ("fisiológicas" e "de segurança") e os três últimos níveis, localizados no topo da pirâmide, representam as necessidades mais elevadas e secundárias ("sociais, de estima e de auto-realização") (CHIAVENATO, 2000).

McGregor, cuja contribuição foi fundamental para a análise do comportamento humano no trabalho, afirmou que a Teoria X forma-se na certeza de que o homem é, desde sempre, preguiçoso, desobediente, desprovido de ambições e, quando possível, avesso à responsabilidade. Nesse caso os trabalhadores precisam ser controlados e vigiados. A Teoria Y, entretanto, indica que, de acordo com o

ambiente, o trabalhador pode ser criativo, disciplinado e auto-orientado para atingir os objetivos da empresa e assumir espontaneamente responsabilidades (CHIAVENATO, 2000).

Frederick Herzberg utilizou uma análise de teorias e pensamentos relacionados ao comportamento humano do indivíduo no trabalho e formulou a hipótese dos dois fatores. Essa hipótese sugeria que os fatores que produziam satisfação no trabalho eram diferentes daqueles que produziam insatisfação. Os fatores capazes de produzir insatisfação foram denominados de higiênicos e os capazes de produzir satisfação foram chamados de motivadores. Herzberg propôs a implementação dos fatores motivadores nas organizações a partir do enriquecimento do cargo, que segundo o autor propiciaria a utilização eficiente do trabalhador (RODRIGUES, 2002).

Após o desenvolvimento destas e de outras teorias sobre a satisfação profissional e as relações humanas no ambiente de trabalho, Eric Trist e colaboradores (no inicio da década de 50, na Inglaterra) iniciaram os estudos sobre o trinômio *indivíduo/trabalho/organização* que recebeu a denominação de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), embora somente a partir da década de 60 é que as preocupações com a QVT tenham tomado impulso (RODRIGUES, 2002).

Embora seja um tema atual, não existe ainda uma definição consensual sobre o que significa QVT e freqüentemente a mesma é utilizada para descrever situações e métodos com objetivos diversos, dada a grande abrangência e subjetividade que a envolve (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Na maioria das vezes, emprega-se o termo para descrever diversas dimensões básicas da tarefa e outras dimensões não dependentes diretamente da tarefa, mas capazes de produzir motivação e satisfação em diferentes níveis, que

visam, sobretudo, a melhoria da qualidade dos serviços e da produtividade (RODRIGUES, 2002).

Para Walton (1973), a expressão tem sido utilizada com freqüência para descrever certos valores ambientais e humanos, negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico. Hsu e Kernohan (2006) apresentam a QVT como sendo um conceito cercado por sentimentos pessoais sobre várias dimensões do trabalho; como uma forma de pensar sobre os indivíduos, trabalho e organização e que envolve um interesse pelo bem estar dos trabalhadores e a produtividade da empresa. Para esses autores os aspectos mais significativos para a QVT de enfermeiros são as relações humanas no ambiente de trabalho, o *"status"* e o desenvolvimento profissional.

A definição de QVT que se iniciou a partir de 1969 e se estendeu até 1975 deu ênfase aos indivíduos antes de dar ênfase aos resultados organizacionais, ao mesmo tempo em que era vista como um elo dos projetos cooperativos do trabalho gerencial. De 1972 a 1975 a QVT foi um meio para o engrandecimento do ambiente de trabalho e a execução de maior produtividade e satisfação.

De 1975 a 1980 a QVT foi vista como um movimento, onde se passou a utilizar, entre outros, o termo "gerenciamento participativo". No período compreendido entre 1979 e 1983, foi enfatizada como um conceito global e como uma forma de enfrentar os problemas de qualidade e de produtividade.

Apesar da divergência entre os autores, há um consenso de que a QVT é um termo multidimensional, que depende de fatores ambientais, comportamentais e de fatores organizacionais, merecendo destaque os modelos de QVT propostos por

autores como Hackman e Oldham, Walton, Westley, Werther e Davis, Huse e Cummings e Nadler e Lawler.

4.1.1 Modelos de Qualidade de Vida no Trabalho

4.1.1.1 Modelo de QVT de Walton

No modelo de QVT formulado por Walton (1973) são apresentados oito fatores que afetam a QVT:

- compensação adequada e justa: a compensação pode ser focada de várias formas, por exemplo, pelas relações entre salário e fatores como experiência e responsabilidade; pelas relações entre salário e habilidade; pela demanda de mão-de-obra;
- condições de segurança e saúde do trabalho: envolvem a jornada de trabalho e o ambiente físico adequados à saúde e bem estar das pessoas;
- oportunidade para a utilização e desenvolvimento da capacidade humana: diz respeito a autonomia no trabalho; múltiplas habilidades; informação e perspectivas; tarefas completas e planejamento;
- oportunidade de crescimento e segurança: consiste em proporcionar oportunidades na carreira e depende da educação formal, que geralmente é pré-requisito para posições mais elevadas dentro da organização;
- integração social na organização: prega a eliminação de barreiras hierárquicas marcantes, apoio mútuo, franqueza interpessoal e ausência de preconceito;

- constitucionalismo: estabelecimento de regras e normas institucionais, deveres e direitos dos trabalhadores;
- trabalho e espaço total da vida: equilíbrio entre trabalho e vida. O trabalho não deve tomar todo o tempo e energia do trabalhador em detrimento de sua vida familiar;
- relevância social da vida no trabalho: o trabalho deve ser uma atividade social que traga orgulho para a pessoa. A organização deve ter uma atuação e uma imagem perante a sociedade, responsabilidade social, responsabilidade pelos produtos e serviços oferecidos, entre outros.

4.1.1.2 Modelo de QVT de Hackman e Oldham

O modelo proposto por Hackman et al. (1975) se apóia em características objetivas do trabalho que podem ser avaliadas em três grandes grupos:

- dimensões da tarefa: variedade de habilidades, identidade da tarefa, significado da tarefa, inter-relacionamento, autonomia e *feedback* do próprio trabalho e extrínseco;
- estados psicológicos críticos: percepção da significância do trabalho, da responsabilidade pelos resultados e o conhecimento dos reais resultados do trabalho;
- resultados pessoais e de trabalho: satisfação geral com o trabalho, motivação para o trabalho, produção de qualidade, absenteísmo e rotatividade baixas.

4.1.1.3 Modelo de QVT de Westley

Westley (1979) identificou e analisou quatro obstáculos que afetam diretamente a QVT e propôs sugestões para superá-los da seguinte forma:

- obstáculo econômico: a injustiça seria a característica básica desse obstáculo, que leva os trabalhadores a unirem suas insatisfações sob forma de greves. As soluções propostas são a cooperação, a divisão dos lucros e a participação nas decisões.
- obstáculo político: a maior conseqüência advinda desse problema é a insegurança que também leva à união das insatisfações dos trabalhadores com posicionamento político, sob forma de greves. As soluções propostas são o trabalho auto-supervisionado, a formação de conselho de trabalhadores e a participação nas decisões.
- obstáculo psicológico: a alienação é o principal sintoma apresentado pelos trabalhadores, o que pode desencadear o desinteresse pelo trabalho. As piores conseqüências são as altas taxas de absenteísmo e rotatividade. A solução proposta é o enriquecimento da tarefa.
- obstáculo sociológico: a anomia, ou seja, a ausência de lei ou organização, é característica desse obstáculo e seus principais indicadores são a ausência de significado do trabalho, absenteísmo e rotatividade. As propostas para a solução dessa situação é a adoção de métodos sócio-técnicos aplicados aos trabalhadores visando seu auto-desenvolvimento.

4.1.1.4 Modelo de QVT de Werther e Davis

Para Werther e Davis (1983) os elementos que influenciam a QVT são:

- organizacionais: constituem o fluxo e as práticas de trabalho do projeto dos cargos que podem evitar uma abordagem mecanicista.

- ambientais: constituem as condições de trabalho que envolvem as habilidades e as disponibilidades dos trabalhadores, além de suas expectativas sociais que não devem ser ignoradas.
- comportamentais: diz respeito às necessidades humanas, aos comportamentos individuais apresentados no ambiente de trabalho, tais como, autonomia, variedade, identidade de tarefas, retro-informaçao, motivação e satisfação.

4.1.1.5 Modelo de QVT de Nadler e Lawler

Nadler e Lawler (1983) identificaram os fatores de sucesso dos projetos de QVT. São eles:

- percepção das necessidades;
- destacar o foco do problema;
- identificar e solucionar o problema de forma estruturada;
- projetar compensações para processos e para os resultados;
- identificar os sistemas múltiplos afetados;
- envolver amplamente a organização.

4.1.1.6 Modelo de QVT de Huse e Cummings

O modelo de Huse e Cummings (1985) está centrado na QVT e na produtividade. Os autores afirmaram que a QVT é uma forma de pensamento envolvendo pessoas, trabalho e organização, onde merecem destaque dois aspectos:

- a preocupação com o bem estar do trabalhador e com a eficácia da organização;

- a participação do trabalhador nas decisões e problemas do trabalho.

A operacionalização desse conceito foi explicitada por meio de quatro aspectos:

- participação do trabalhador: o trabalhador é envolvido no processo de tomada de decisão em vários níveis organizacionais;
- o projeto do cargo: envolve a reestruturação do cargo dos indivíduos ou grupos. Inclui também o enriquecimento do trabalho onde são fixados a maior variedade da tarefa, "*feedback"* e grupo de trabalho auto-regulados.
- inovação no sistema de recompensa: envolve os planos de cargos e salários e visa minimizar as diferenças salariais e de "*status"* entre os trabalhadores.
- Melhora no ambiente de trabalho: envolve mudanças físicas ou palpáveis nas condições de trabalho, como: flexibilidade de horário, modificação do local de equipamentos de trabalho, entre outras.

4.1.2 Qualidade de Vida no Trabalho e a Enfermagem

Os desafios para a enfermagem e as instituições de saúde são diários. O profissional de enfermagem tem que lidar com a realidade de que precisa estar em constante atualização em um mercado competitivo. Deve estar preparada para lidar com diferentes aspectos de sua atividade e não pode mais pensar que a função é imutável, ao mesmo tempo em que deve preservar o objetivo principal de seu trabalho - o paciente. Nos últimos anos, o trabalhador da enfermagem passou a adotar jornada dupla ou tripla, horas extras, entre outras, o que aumentou o risco de adoecimento e insatisfação profissional, trazendo prejuízos à sua QVT.

Tanto as primeiras pesquisas sobre a QVT desenvolvidas na área da enfermagem, quanto as mais atuais, estiveram relacionadas, principalmente, aos fatores comportamentais, isto é, relacionadas à motivação e à satisfação no trabalho. Nestas investigações a insatisfação do trabalhador ficou evidente principalmente com relação à política organizacional, à supervisão técnica, salário e as condições de trabalho (CASSIANI et al., 1989; JACOMO, 1991; VIEIRA 1993; DEL CURA, 1994; SAWADA; GALVÃO, 1995; MARTINS, 1999; LINO, 1999, 2004, WEST; LISBOA, 2001; MATSUDA, 2002; MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003; CARANDINA, 2003; SCHMIDT, 2004; FERREIRA; POSSARI; MODERNO, 2006; SANTOS; BRAGA; FERNANDES, 2008).

O conceito de QVT empregado também se apresentou de forma distinta nos estudos nacionais entre profissionais de enfermagem. A definição de QVT mais utilizada se associou à satisfação com alguns componentes do trabalho, como remuneração, autonomia, *"status"* profissional, normas organizacionais e à maior participação do trabalhador dentro da organização (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2008), corroborando com a definição apresentada por Hsu e Kernohan

(2006) que referem que a QVT está relacionada ao sentimento das pessoas acerca de várias dimensões do trabalho.

Stamps (1997), em seu estudo entre enfermeiros americanos que atuam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), delimitou seis componentes que atuam diretamente na satisfação profissional: autonomia, interação, "*status"* profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. Definiu **autonomia** como o grau de independência, iniciativa e liberdade relacionadas ao trabalho, permitidas ou necessárias, nas atividades diárias de trabalho; **interação** como sendo as oportunidades de contato social e profissional, formal e informal, durante o horário de trabalho; ***"status"* profissional** como a importância ou significância percebidas acerca do trabalho, tanto pelo ponto de vista individual como pelo ponto de vista de outros grupos sociais; **requisitos do trabalho** relacionados ao conteúdo do trabalho, incluindo as tarefas ou atividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho; **normas organizacionais** como os limites ou regras estabelecidas pelo gerenciamento organizacional sobre as atividades de trabalho e **remuneração** como sendo o pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

Outras dimensões que envolvem os estudos sobre QVT são: tipo de liderança, competência, desenvolvimento profissional, reconhecimento, qualidade do trabalho, operacionalização do trabalho, saúde, bem-estar, segurança, entre outros, demonstrando que este constructo é multifacetado e composto por componentes distintos (CARANDINA, 2003; HSU; KERNOHAN, 2006; KORGSTAD et al., 2006; ARGENTERO; MIGLIORETTI; ANGILLETTA, 2007).

A mensuração da QVT tem sido efetuada de formas diversas, o que de modo geral tem dificultado a comparação dos resultados dos estudos sobre esta temática.

Por se tratar de um tema subjetivo e que ainda incorpora uma imprecisão conceitual, a medida de QVT não é uma tarefa simples. Os instrumentos utilizados, geralmente, estão relacionados à satisfação profissional, tais como, o Índice de Satisfação Profissional (ISP) (LINO, 1999, 2004; MATSUDA, 2002; SCHMIDT, 2004), o Questionário de Medida de Satisfação no Trabalho (DEL CURA, 1994; FERREIRA; POSSARI; MODERNO, 2006) e o Instrumento de Medida de Qualidade de Vida no Trabalho de Enfermeiras (CARANDINA, 2003).

De igual modo, os estudos internacionais apresentam uma ampla variedade de instrumentos de medida, sendo a maioria das abordagens também relacionadas à satisfação profissional (KRUEGER et al., 2002). Alguns instrumentos utilizados internacionalmente como medida de satisfação no trabalho são o *Job Satisfaction Survey*, o *Index of Work Satisfaction*, o *Nurse Stress Index*, o *Muller/McCloskey Satisfaction*, o *Nurse Satisfaction Scale*, o *The Measure of Job Satisfaction*, o *Job Satisfaction in Nursing* (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2008), o *Work Research and Quality Improvement Questionnaire* (WORQUIA) (KROGSTAD et al., 2006) e a Escala Visual Analógica (ARGENTERO; MIGLIORETTI; ANGILLETTA, 2007).

A satisfação profissional, como medida da QVT, tem sido associada com distúrbios osteomusculares, demanda, controle e suporte social entre trabalhadores de enfermagem (FENG; CHEN; MAO, 2007). Entre trabalhadores de outras ocupações, a QVT esteve associada com inúmeras variáveis relacionadas ao trabalho, tais como, suporte social, comunicação entre a equipe, demanda, autoridade para tomada de decisão, normas organizacionais, compensação, salário, desenvolvimento pessoal (KRUEGER et al., 2002), SC e "*burnout*" (ROTHMANN et al., 2002).

4.2 Estresse

4.2.1 Estresse Geral

A palavra estresse advém da física, onde é utilizada para designar o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço e tem sido usada atualmente em diversas atividades, ciências e ramos do conhecimento, porém com grande variação em sua conceituação (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Na evolução do estudo do estresse, alguns termos foram sendo incorporados e dentre eles o de estressor. Um estressor pode ser descrito como qualquer situação que desperte uma emoção forte, boa ou má, e que exija mudança. Podem causar distúrbios físicos e/ou mentais, resultando no estresse (MENZANI, 2006).

O estresse ficou popularmente conhecido para representar qualquer tipo de aflição ou cansaço do corpo e da mente. Mais do que um estado de espírito, o estresse é a reação do indivíduo a uma adaptação e pode causar um conjunto de sintomas, tais como, físicos, psicológicos e comportamentais. Mas ao contrário do que se acredita, ele não é um mal a ser combatido. Ele é necessário para mobilizar as pessoas, dar certa dose de garra para as mesmas atingirem seus objetivos. No entanto, em excesso, ele ataca as defesas do organismo e afeta a saúde (ROSSI, 2005).

De difícil conceituação e entendido de formas diversas, admite-se que três questões estejam envolvidas na conceituação do termo estresse: o estímulo; a resposta e a interação entre pessoa e ambiente (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Para Lazarus e Launier (1978) o estresse é definido como qualquer evento que demande do ambiente interno ou externo e que taxe ou exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ao sistema social ou tissular. No modelo interacionista,

Lazarus e Launier (1978) propõem que a avaliação do estressor pelo indivíduo seja feita por meio de uma avaliação cognitiva que é entendida como o processo mental de localizar cada evento em uma série de categorias avaliativas relacionadas com o bem-estar da pessoa ou com os recursos de "*coping*". Esse modelo trata da importância da avaliação individual na resposta ao estresse.

No modelo baseado no estímulo, o estresse é considerado uma variável independente, ou seja, uma força externa que se exerce sobre o organismo, provocando ruptura, distorção ou deformidade. É uma perspectiva muito análoga à da física e da engenharia, em que sempre que se excedem os níveis de tolerância das substâncias orgânicas ou inorgânicas, ocorrem danos temporários ou permanentes. Segundo o modelo baseado no estímulo, o indivíduo estaria constantemente a ser bombardeado com aspectos do ambiente potencialmente causadores de estresse, mas só um acontecimento aparentemente menor ou inócuo conseguiria alterar o delicado equilíbrio entre o total fracasso e o sucesso de lidar com o estresse (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Hans Selye, considerado o precursor dos estudos sobre o estresse e autor de 28 livros e 1.400 artigos científicos sobre o tema, utilizou o termo para denominar *o conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação*, ou seja, considerou um modelo de estresse baseado na resposta (AQUINO, 2005).

Selye (1956) se preocupava, acima de tudo, com as reações não específicas do organismo que não eram tratadas pela medicina e utilizou o termo de Síndrome de Adaptação Geral para o estresse e ressaltou a existência de estressores internos e externos.

A Síndrome da Adaptação Geral (GAS) introduzida por Selye (1956) compreende três fases de resposta ao estresse: reação de alarme, fase de resistência e de exaustão. A primeira fase, a reação de alarme, é a resposta imediata psico-fisiológica, em que após uma fase de choque inicial de baixa resistência se segue um contra-choque. Os mecanismos de defesa são ativados formando a reação de emergência. O aumento da atividade simpática origina a secreção de catecolaminas, que preparam o organismo fisiologicamente para a ação. Por exemplo, a freqüência cardíaca e a pressão arterial aumentam, o fluxo sanguíneo é redistribuído da pele e das vísceras para fornecer um aumento de irrigação sangüínea ao cérebro e à musculatura esquelética. A glicose armazenada como glicogênio no fígado é liberada para fornecer energia à atividade muscular, o processo de coagulação sanguínea é ativado e aumenta o fornecimento de linfócitos para combater eventuais traumatismos e infecções. Essa fase é a de adequação do organismo para a luta e fuga e ocorre em fração de segundos e pode evoluir para a fase de resistência ou então ser eliminada ou adaptada ao estressor presente e não ter conseqüências posteriores.

Se o estressor persistir, ou então a reação de estresse continuar presente, segue-se a próxima fase, a de resistência. A fase de resistência caracteriza-se por repercussões nos sistemas fisiológico, psicológico e social. Durante essa fase a maioria dos sinais e dos sintomas associados à reação de alarme desaparece à medida que o organismo se adapta à causa do estresse. O indivíduo percebe um cansaço crônico, falta de concentração, irritabilidade, câimbras, cefaléia, alterações das funções gastrointestinais, sintomas de depressão, problemas com o sono, interferência na atividade sexual e no trabalho, entre outras.

Se não ocorrer ruptura nesse ciclo, a pessoa pode entrar em fase de exaustão, na qual o organismo dá sinais de deterioração, levando ao surgimento de doenças; como as cardíacas, do sistema gastrointestinal, do sistema respiratório, depressão, alergias, apatia, entre outras (BIANCHI, 1999; AQUINO, 2005; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Em síntese, na fase de alerta, considerada a fase positiva do estresse, o ser humano se mobiliza por meio da produção da adrenalina, a sobrevivência é preservada e uma sensação de plenitude é freqüentemente alcançada. Na segunda fase, a de resistência, a pessoa automaticamente tenta lidar com seus estressores, de modo a manter a homeostase interna. Se os fatores estressantes persistirem em freqüência ou intensidade, há quebra da resistência do indivíduo e ele passa à fase de quase exaustão. Nessa fase, o processo de adoecimento se inicia e os órgãos que possuem maior vulnerabilidade genética ou adquirida, passam a mostrar sinais de desgaste. Se não há alívio do estresse por meio da remoção dos estressores, ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, ele atinge a fase final, a da exaustão, quando doenças graves podem ocorrer nos órgãos mais vulneráveis, como infarto, úlceras, psoríase, depressão, entre outras. Não é necessário que a GAS se desenvolva até o final para que haja o estresse e, evidentemente, só nas situações mais graves é que se atinge a última fase, a de exaustão (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Atualmente, a visão contemporânea do estresse ressalta que sua existência não é automaticamente má ou que deva ser evitada a todo custo, havendo um consenso quanto à existência de dois tipos gerais de estresse: o "*eustress"* e o "*distress".*

O "*eutress"* é definido como a tensão com equilíbrio entre esforço, tempo, realização e resultados, ou seja, uma força poderosa que acrescenta excitação e desafio às nossas vidas, que propicia a felicidade, a saúde e a longevidade, enquanto o "*distress"* está relacionado à tensão com rompimento do equilíbrio biopsicossocial por excesso ou falta de esforço, incompatível com tempo, resultados e realização, isto é, o "*distress"* ocorre quando existe uma tensão não aliviada, que conduz à destruição, à doença e à morte prematura (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Ainda que muitos estímulos estressores sejam potentes o suficiente para desencadear o "*distress"* em uma grande maioria das pessoas, as diferenças de respostas individuais ou grupais de como a situação é percebida devem sempre ser consideradas, pois elas podem variar tanto qualitativa quanto quantitativamente (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

4.2.2 Estresse Ocupacional

O estresse ocupacional no modo de vida atual tornou-se uma fonte importante de preocupação e é reconhecido como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo. Vários estudos descrevem a complexidade do tema e a necessidade de estudos sobre a etiologia do problema. O estresse relacionado ao trabalho coloca em risco a saúde dos membros da organização e tem como conseqüências o desempenho ruim, baixo moral, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (ROSSI, 2005).

O estresse contínuo relacionado ao trabalho também constitui um importante fator determinante dos transtornos depressivos. Tais transtornos constituem a quarta principal causa do ônus global da doença. Estima-se que no ano 2020, os

transtornos depressivos ocuparão o segundo lugar, atrás de doença cardíaca isquêmica, mas à frente de todas as outras doenças. Também é provável que o estresse ocupacional contínuo seja um fator determinante de outras doenças, tais como, síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes, "*workaholics"* e a síndrome de *Burnout* (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Avaliar a presença de estresse no trabalho, entretanto, não é uma tarefa fácil. A complexidade do fenômeno tem levado à formulação de uma multiplicidade de conceitos para o termo e uma variedade de modelos de análise que ainda demonstram fragilidade de várias ordens (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Quanto ao seu conceito, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) define o estresse ocupacional como sendo um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que, por este motivo, pode afetar sua saúde. Os principais fatores geradores de estresse presentes no ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003).

Numa das abordagens sobre o estresse ocupacional, o mesmo é considerado um problema negativo, de natureza perceptiva, resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho. Provoca conseqüências sob a forma de doenças físicas, psíquicas e na satisfação profissional, comprometendo o desempenho do indivíduo e das organizações (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

As definições de estresse ocupacional também se dividem de acordo com três modelos: a) **baseado nos estressores**, onde estresse ocupacional refere-se aos estímulos do ambiente de trabalho que exigem respostas adaptativas por parte do empregado e que excedem a sua habilidade de enfrentamento; esses estímulos são

conhecidos como estressores organizacionais; b) **baseado na resposta**, no qual o estresse ocupacional refere-se às respostas que os indivíduos emitem quando expostos a fatores do trabalho que excedem sua habilidade de enfrentamento; c) e **baseado nos estressores-respostas**, nesse caso o estresse ocupacional diz respeito ao processo geral em que demandas do trabalho têm impacto nos empregados (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

A partir da conceituação do estresse ocupacional enfocada nos estressores organizacionais é que se diferenciam dois tipos de estudos relacionados ao estresse: os de estresse ocupacional e os de estresse geral, onde os primeiros enfatizam os estressores relacionados ao ambiente de trabalho e os últimos, estressores gerais na vida do indivíduo.

A pesquisa sobre estresse ocupacional utiliza parâmetros pouco diferentes daqueles utilizados nas pesquisas gerais sobre o estresse, mas que constituem uma outra área de conhecimento. Dentro dessa abordagem, apresentamos os modelos mais utilizados na avaliação do ambiente psicossocial do trabalho.

4.2.2.1 Modelos teóricos sobre o estresse no ambiente de trabalho

4.2.2.1.1 Modelo Esforço-Recompensa

Proposto por Siegrist em 1982, o modelo Esforço-Recompensa refere-se aos esforços e recompensas gerados a partir do trabalho. De acordo com esse modelo, o desequilíbrio entre essas duas dimensões, o esforço com que o trabalhador produz suas tarefas e a recompensa que recebe por elas, gera situações consideradas estressantes, ou seja, trabalhadores com alta carga de trabalho (esforço) em combinação com baixo controle e alto nível de necessidades de controle estão propensos à alta tensão no trabalho (SIEGRIST, 1996).

O esforço consiste na resposta individual às demandas feitas ao trabalhador e possui duas naturezas: uma extrínseca, gerada a partir das demandas externas e outra, intrínseca, mediada pelas perspectivas que o próprio trabalhador possui em relação à sua atuação. A recompensa, por sua vez, refere-se ao retorno que o trabalhador considera receber em termos financeiros, de auto-estima e de "*status"* social (THEORELL, 2000).

4.2.2.1.2 Modelo de Lazarus e Folkman

Lazarus e Folkman (1984) desenvolveram um modelo de estresse e "*coping"* que enfatiza a função cognitiva do indivíduo na percepção e interpretação das situações de estresse, dentro da concepção de que os eventos não são estressantes, e sim a forma como são interpretados e a reação que despertam no indivíduo.

O conceito subjacente ao modelo é de que "o estresse psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pela pessoa como onerando ou excedendo seus recursos e colocando em risco seu bem-estar" (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, p.19).

O modelo de análise leva em conta as seguintes fases: avaliação primária; avaliação secundária; reavaliação e enfrentamento. Na avaliação primária a pessoa examina-se do ponto de vista de seu bem-estar, o acontecimento pode ser irrelevante, positivo ou estressante. A avaliação secundária é um julgamento relativo ao que pode ser feito (estratégias de "*coping"*). A reavaliação diz respeito a uma avaliação modificada, baseada em novas informações advindas do ambiente e/ou levantadas pela própria pessoa. Enfrentamento refere-se aos processos cognitivos e comportamentais em constante mudança e de que a pessoa se vale para administrar

exigências externas e/ou internas específicas ao avaliar que um fato ou evento excede os recursos que ela detém.

4.2.2.1.3 Modelo de Cooper e colaboradores

Cooper (1993) evidencia três grandes aspectos conceituais do estresse ocupacional: as causas potenciais do estresse ocupacional; os moderadores de resposta de estresse e as manifestações de estresse. As causas de estresse existentes ou não no ambiente laboral (causas organizacionais) ou na ligação casa/trabalho (causas extra-organizacionais), em conjunto com as características individuais (moderadores de resposta) podem eventualmente conduzir aos sintomas ou às doenças relacionadas com o estresse (manifestações).

O estresse ocupacional é concebido por esse pesquisador como "qualquer força que conduz um fator psicológico ou físico além de seu limite de estabilidade, produzindo uma tensão (*strain*) no indivíduo" (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005, p.76).

Os autores consideram fatores ambientais e fatores individuais como desencadeadores do estado de estresse, que demandam estratégias de enfrentamento por parte do indivíduo. Nesse modelo há lugar para a vulnerabilidade pessoal, que é composta por: tipo de personalidade, "*lócus"* de controle, eventos da vida, suporte social para problemas pessoais e do trabalho e estratégias de enfrentamento voltadas para o estresse da vida e ocupacional. A vulnerabilidade pessoal nesse modelo é tida como moderador do estresse (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Os estressores do ambiente de trabalho podem ser categorizados em seis grupos: **fatores intrínsecos ao trabalho**, tais como, condições inadequadas de

trabalho, turno de trabalho, carga horária, remuneração, riscos, novas tecnologias, sobrecarga de trabalho e trabalho monótono; **papel na organização**, como, ambigüidade e conflito de papéis, grau de responsabilidade para pessoas e para outras coisas; **progressão na carreira**, falta de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho, aposentadoria precoce; **relações no trabalho**, afinidade entre chefia, colegas, subordinados, clientes. Investiga as pressões exercidas por superiores, isolamento, rivalidade, pressão política e falta de suporte social; **estrutura organizacional**, como estilos de gerenciamento, falta de participação, falha na comunicação; **interface trabalho-casa**, dificuldade de manejo nessa interface (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

4.2.2.1.4 Modelo Demanda – Controle

O modelo Demanda – Controle foi desenvolvido a partir da década de 70 por Robert Karasek e foi denominado inicialmente de "*job strain*" (tensão do trabalho). Nesse modelo o estresse ocupacional é resultante de muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de trabalho, ou seja, é um modelo bidimensional desenhado para avaliar aspectos psicossociais do trabalho (KARASEK, 1979).

A definição de estresse, elaborada a partir desse modelo, enfatiza um desencontro entre as condições de trabalho e os trabalhadores: o estresse ocupacional é visto como "as respostas físicas e emocionais prejudiciais que ocorrem quando as exigências do trabalho não estão em equilíbrio com as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador" (BAKER; KARASEK, 2000, p.420).

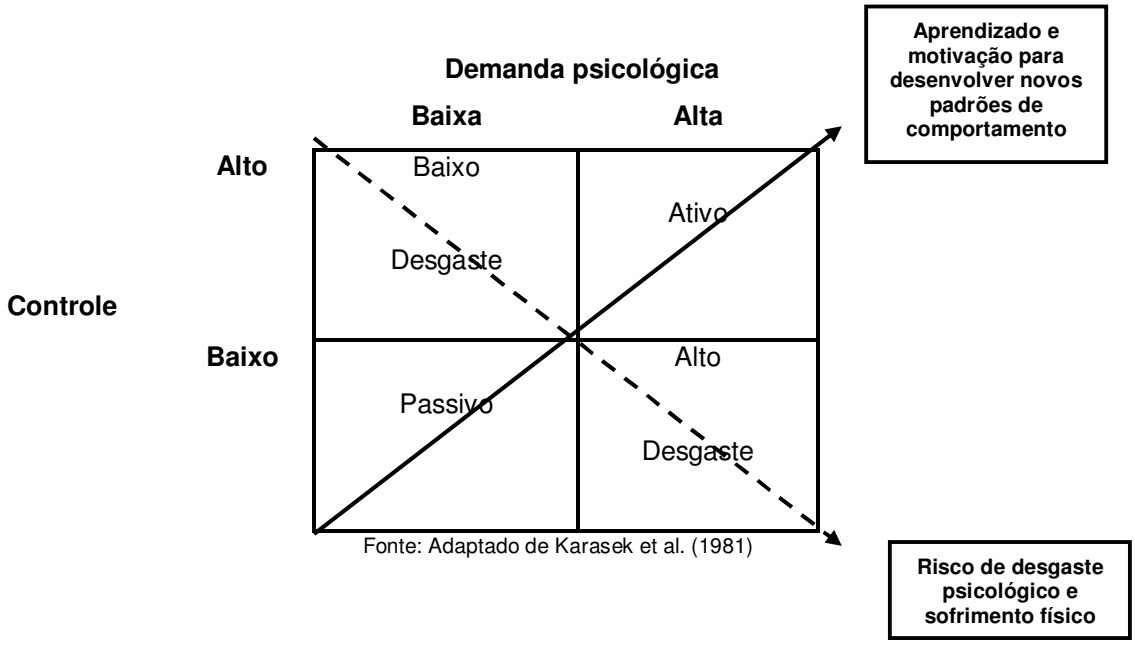
No Modelo Demanda – Controle há a possibilidade da avaliação do risco dos trabalhadores desenvolverem estresse e certas doenças ou distúrbios a ele relacionados. Não se preocupa em medir fatores de personalidade ou estressores externos ao trabalho, por considerar que os fatores do ambiente de trabalho são determinantes no processo de estresse. Embora considere que fatores individuais, como estilos de "*coping*", possam atuar como modificadores do processo, o autor considera que alguns modelos de análise introduzem a dimensão individual de forma precoce, deixando de avaliar os fatores ambientais determinantes (BAKER; KARASEK, 2000).

Nesse modelo, o autor considera como estressores as exigências ambientais de caráter psicossocial, e como tensão ("*strain*") as manifestações fisiológicas, psicológicas ou comportamentais de curto prazo (ALVES, 2004; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

As características essenciais de um trabalho estressante consistem em simultaneamente impor exigências e criar restrições ambientais sobre a capacidade de resposta do trabalhador. A tensão surge em razão das características do trabalho e não da percepção subjetiva do trabalho. Assim, demanda psicológica corresponde às situações de trabalho em que o trabalhador é exigido psiquicamente: pressão intensa, pressão do tempo para realização de tarefas, ritmo e volume de tarefas a serem realizadas (KARASEK; THEORELL, 1990).

O grau de controle do trabalhador integra dois componentes altamente correlacionados nas situações de trabalho: controle pessoal sobre o processo de decisão (autonomia) e discernimento. Controle pode ser definido como a amplitude de decisão que o trabalhador possui em relação a esses dois aspectos (KARASEK; THEORELL, 1990).

Para elaborar o Modelo Demanda – Controle, o autor atribuiu níveis de demanda e de controle para diversas categorias de ocupações e em seguida colocaram os diferentes níveis de demanda e de controle em dois eixos e em quatro quadrantes. A expressão "*demand – control"* refere-se aos dois eixos sobre os quais repousa esse modelo, conforme pode ser observado na Figura 1.



Fonte: Adaptado de Karasek et al. (1981)

Figura 1 - Esquema do modelo de Demanda-Controle de Karasek

O modelo Demanda – Controle prevê que os trabalhadores que se defrontam com muitas demandas ou pressões psicológicas combinadas com um baixo controle sobre o trabalho ou baixa latitude decisória, correm maior risco de apresentar problemas de saúde física e mental decorrentes do estresse. O sentido das setas na figura, indica a repercussão que a combinação entre exposição a diferentes níveis de demanda e controle acarreta nos indivíduos (KARASEK; THEORELL, 1990).

Segundo os autores do modelo, os diferentes tipos de trabalho são caracterizados pela combinação de demandas e controle. Dentro das possibilidades dessa combinação, os trabalhos que envolvem alta demanda e baixo controle

resultam em trabalhos considerados de alto desgaste, os quais apresentam reações mais adversas de desgaste psicológico, tais como, fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física quando estão expostos de maneira contínua a um estado que é biologicamente necessário para garantir uma resposta física e psicológica imediata. O desgaste psicológico ocorre quando o individuo submetido a um estresse, não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente, por ter pouco controle sobre as circunstâncias ambientais. Se o tempo de exposição é curto, o organismo prontamente se recupera, se ao contrário, for longo, o desgaste se acumula (ALVES, 2004).

Os trabalhos passivos são aqueles com baixa demanda e baixo controle e produzem uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades. O trabalhador sente-se num estado de apatia seja pela ausência de desafios significantes e de permissão para atuações com energia, ou pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho. Os trabalhos mecanizados também provocam essa sensação. Essa é a segunda exposição mais problemática para a saúde, o desinteresse parece se generalizar para outras esferas da vida do trabalhador (ALVES, 2004).

Os trabalhos ativos são aqueles que possuem altas demandas psicológicas, mas que permitem ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, bem como usar todo seu potencial intelectual para isso. Os trabalhos considerados de baixo desgaste são aqueles que possuem pouca demanda psicológica e muito controle. Configura um estado altamente desejável, ideal; uma situação de relaxamento (ALVES, 2004).

Uma omissão ao modelo publicado em 1979 implicava que as relações sociais no ambiente de trabalho eram incluídas somente de forma indireta. Desenvolvimentos posteriores levaram-no a incorporar essa dimensão, por meio do

conceito de apoio social, representado pela natureza das relações interpessoais do trabalhador com seus colegas e chefia. Quando tais relações são de apoio, constituem um importante fator protetor frente ao estresse (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Segundo Baker e Karasek (2000) o modelo pode ser conceitualmente expandido para incorporar vários fatores organizacionais. Os componentes do processo de estresse podem, segundo os autores, ser composto por estressores, tais como horas extras, trabalho em turnos, pagamento por produção, ritmo acelerado, falta de controle, subutilização de capacidades, riscos físicos, ergonômicos, ambigüidade de papéis, conflito de papéis, competição, rivalidade, insegurança no emprego, preocupações com a carreira; e também por fontes extras de trabalho, como fatores pessoais, família e relacionados à comunidade. As conseqüências podem ser fisiológicas, como, aumento da pressão arterial, doenças cardíacas, úlceras e asma; psicológicas, como, ansiedade, insatisfação, depressão, "*burnout*", distúrbios mentais e comportamentais, tais como, absenteísmo, redução das amizades e da participação, abuso de álcool, drogas e fumo. Os modificadores desse processo podem ser os estilos de vida e recursos pessoais e o apoio social.

O modelo Demanda – Controle tem sido amplamente divulgado e utilizado entre a população geral e entre trabalhadores de diversos setores (KARASEK et al., 1981; MAUSNER-DORSCH; EATON, 2000; HIGASHIGUCHI et al., 2002; WALDENSTRÖM et al., 2003; ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; AGARDH et al., 2003; ALVES et al., 2004; FISCHER et al., 2005; REIS et al., 2005; GODIN et al., 2005; HUISMAN, 2007; MELCHIOR et al., 2007; RUSLI; EDIMANSYAH; NAING; 2008), e também entre trabalhadores da saúde, como os profissionais de enfermagem, incluindo em suas avaliações a associação com doenças músculo

esqueléticas, "*burnout*", ansiedade e depressão (LANDSBERGIS, 1988; JOSEPHSON et al., 1997; BOURBONNAIS et al., 1998; ARAÚJO et al., 2003; ALVES, 2004; GELSEMA et al., 2006; LINDHOLM, 2006; SUNDIN et al., 2007; FENG; CHEN; MAO, 2007; PINHO; ARAÚJO, 2007).

O estudo longitudinal conduzido por Gelsema et al. (2006) que avaliou o estresse ocupacional entre enfermeiros utilizando o modelo Demanda – Controle constatou que no geral as condições de trabalho, ou seja, mudanças na demanda, no controle ou no suporte social possuem associação com alterações na saúde física e mental dos trabalhadores. No entanto, os autores não descrevem associação entre mudança na demanda e satisfação no trabalho.

Foram encontradas relações estatisticamente significantes entre depressão e o modelo Demanda-Controle entre trabalhadores de diversas áreas no Japão ($p<0,001$) (HIGASHIGUCHI et al., 2002). Agardh et al. (2003), em estudo de caso controle, descreveram que a baixa latitude decisória, ou seja, o baixo controle no trabalho, possui associação com diabetes tipo II entre mulheres de meia idade. O risco relativo (RR) encontrado para a diabetes tipo II nessa população foi igual a 2.2 (95% IC 1.0 – 4.8).

Godin et al. (2005), em estudo transversal entre empresários da Bélgica, concluíram que experiências contínuas de estresse ocupacional e experiências recentes de estresse no trabalho estão associadas com elevado risco de surgimento de problemas psíquicos. Melchior et al. (2007) encontraram associações entre alta demanda psicológica e o risco para o surgimento de desordens psíquicas, como a ansiedade e a depressão entre trabalhadores de indústria na Nova Zelândia.

O instrumento utilizado para a avaliação do estresse ocupacional na maioria destes estudos foi o instrumento elaborado originalmente por Karasek no final da

década de 70 (KARASEK, 1979) e denominado *"Job Content Questionnaire"* (JCQ). O mesmo tem sido amplamente utilizado para avaliar estresse no trabalho e é composto por 49 itens que abrange as seguintes dimensões do trabalho: **Demanda psicológica, Controle, Apoio Social, Demandas físicas e Insegurança no trabalho**. O JCQ foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Araújo et al. (2003), sendo que uma versão resumida do instrumento original foi elaborada na Suécia por Töres Theorell em 1988 com 17 questões e dividida em três componentes: **Demanda**, **Controle** e **Apoio Social** (THEORELL et al., 1988). Essa versão resumida foi traduzida e adaptada para o português por Alves (2004), com valores para a consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,79, 0,67 e 0,85, respectivamente.

Nesses estudos foram encontradas diferentes formas de se avaliar a exposição ao estresse no trabalho a partir do modelo Demanda – Controle. Alguns autores estudaram as dimensões Demanda e Controle como variáveis contínuas, o que significa que escores elevados indicam alta demanda e alto controle (THEORELL et al., 1988; THEORELL et al., 1993; WAMALA et al., 2000; LIPSCOMB et al., 2004; MELCHIOR et al., 2007); outros avaliaram as duas dimensões segundo os quadrantes elaborados por Karasek (HIGASHIGUCHI et al., 2002) e para os estudos que utilizaram a versão sueca da escala, a forma mais freqüentemente utilizada para a avaliação do estresse foi o uso da razão obtida pela divisão dos escores da dimensão Demanda e Controle.

Nessa avaliação quanto maior for a Demanda em relação ao Controle, maior será a razão e maior o estresse no trabalho (alto desgaste). Quanto menor for a Demanda em relação ao Controle, menor a razão e menor o estresse no trabalho

(baixo desgaste). O uso da razão implica em definir apenas os dois grupos extremos: o de menor e o de maior desgaste (THEORELL et al., 1988).

A avaliação do estresse ocupacional de Karasek e Theorell (1990) feita por meio dos quadrantes implica em identificar os grupos ativos, passivos, com alto desgaste e baixo desgaste, conforme demonstrado anteriormente na Figura 1. Para a formação desses quadrantes utiliza-se a média ou a mediana dos escores obtidos para cada dimensão (demanda e controle) como ponto de corte. Assim, formam-se duas categorias para demanda (baixa e alta demanda) e duas categorias para controle (baixo e alto controle).

4.2.3 Síndrome de *Burnout*

O termo "*burnout"* foi utilizado pela primeira vez pelo médico Herbert Freudenberg em 1970, quando atendia uma comunidade de usuários de droga na cidade de Nova York, os quais eram freqüentemente chamados de "*burnout"* por não se preocuparem por outros assuntos, a não ser o das drogas. Em 1974 Freudenberg, em um artigo intitulado "*Staff Burn-out",* utilizou o termo pela primeira vez sem dar o enfoque de gíria local, mas com a intenção de chamar a atenção da comunidade científica para os problemas a que os profissionais da saúde estavam expostos em função do trabalho. Designou como uma síndrome de exaustão e desilusão em trabalhadores devido à desadequação nas recompensas esperadas.

No mesmo ano, a terminologia e o conceito desse construto multidimensional foram reforçados por Christina Maslach, professora de psicologia da Califórnia, que junto com a psicóloga Susan E. Jackson, desenvolveu um instrumento para avaliar os sentimentos pessoais e atitudes dos trabalhadores da saúde ante o seu trabalho e seu paciente, o qual foi designado de "*Maslach Burnout Inventory"* (MBI). Depois

da primeira versão do instrumento, outras duas foram elaboradas, a última em 1996, com o trabalho de outro pesquisador da área, Michael P. Leiter (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Os termos "*burn"* (queima) e "*out"* (exterior) sugerem que a pessoa com esse tipo de estresse consome-se física e emocionalmente, passando a apresentar um comportamento agressivo e irritadiço.

O estresse ocupacional prolongado e crônico pode provocar a Síndrome de *Burnout* quando situações de enfrentamento não foram utilizadas, falharam ou não foram suficientes. A Síndrome de *Burnout* é caracterizada por três diferentes componentes: **exaustão emocional**, **despersonalização** e **ausência de realização profissional**, que afeta, sobretudo, indivíduos que trabalham com pessoas, ou seja, serviços onde os trabalhadores desenvolvem durante um tempo considerável uma interação com os clientes, como por exemplo, os serviços de saúde, sociais, da justiça e da educação (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

As equipes dos serviços de saúde e das instituições educacionais estão freqüentemente em contato e envolvimento com seu público alvo - pacientes e alunos, entre outros. Com freqüência a interação entre a equipe e seu cliente está centrada nos problemas do cliente, tais como, problemas psicológicos, sociais ou físicos e na ampla carga de sentimento de medo, angústia e sofrimento. Como a solução desses problemas nem sempre parece óbvia e de fácil resolução, a situação torna-se ambígua e frustrante. Para os indivíduos que trabalham continuamente com pessoas sob essas circunstâncias, o estresse crônico pode extravasar e ocasionar o "*burnout"* (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

Atualmente, o conceito de "*burnout"* é considerado um dos desdobramentos mais importantes do estresse ocupacional. É tido como uma síndrome psicológica

que envolve uma reação prolongada aos estressores interpessoais crônicos. A dimensão da exaustão emocional (EE) representa o componente básico individual do estresse no "*burnout*". Ela refere-se às sensações de estar além dos limites e exaurido de recursos físicos e emocionais. Os trabalhadores sentem-se fatigados, esgotados, sem qualquer fonte de reposição. Eles carecem de energia suficiente para enfrentar mais um dia, ou outro problema. As principais fontes dessa exaustão são a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal no trabalho (MASLACH, 2005).

A despersonalização (DP) representa o componente do contexto interpessoal no "*burnout*". Ela refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada dos diversos aspectos do trabalho. Ela geralmente se desenvolve em resposta à sobrecarga de exaustão emocional, sendo primeiramente auto-protetora. Os trabalhadores que se queixam de sobrecarga de trabalho, tendem a se retrair, cortar ou reduzir o que estão fazendo. Mas o risco é de que o desligamento possa resultar na perda do idealismo e na desumanização dos outros. Com o tempo, os indivíduos não estão simplesmente criando um amortecedor ou autoprotetor, mas também desenvolvendo uma reação negativa às pessoas e a seu trabalho. À medida que a despersonalização vai se desenvolvendo, as pessoas deixam de tentar fazer o melhor, passando a fazer o mínimo necessário. Os trabalhadores nessa fase da síndrome reduzem a quantidade de tempo que passam no ambiente laboral e a quantidade de energia que dedicam a seu trabalho. Eles continuam fazendo seu trabalho, mas apenas o mínimo necessário, de modo que a qualidade de seu desempenho acaba caindo (MASLACH, 2005).

A ausência de realização profissional (RP) representa o componente de auto-avaliação no "*burnout*". Ela refere-se a sensações de incompetência e uma falta de realização e produtividade no trabalho. Essa menor sensação de auto-eficácia é

acentuada por uma falta de recursos no trabalho, bem como uma falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento profissional. A percepção de ineficácia pode fazer com que os trabalhadores com "*burnout"* sintam que cometeram um erro ao escolher sua carreira e freqüentemente faz com que não gostem do tipo de pessoa que acham que se tornaram. Os indivíduos passam a ter uma consideração negativa de si mesmos e dos outros (MASLACH, 2005).

Ao contrário das reações agudas do estresse que se desenvolvem em resposta a incidentes críticos específicos, o "*burnout"* é uma reação cumulativa a estressores ocupacionais contínuos. No "*burnout"* a ênfase tem sido colocada mais no processo de erosão psicológica e nas conseqüências psicológicas e sociais dessa exposição crônica e não apenas nas físicas. Pelo fato da doença ser uma exposição prolongada a estressores interpessoais crônicos no trabalho, ela tende a ser razoavelmente estável ao longo do tempo. Fatores distintos no local de trabalho predizem as diferentes dimensões do "*burnout"*, mas as três dimensões devem ser examinadas a fim de se ter uma boa idéia do que está acontecendo quando os trabalhadores vivenciam esse fenômeno (MASLACH, 2005).

A mensuração da Síndrome de *Burnout* é realizada por meio do "*Maslach Burnout Inventory"* (MBI), traduzido e validado para vários idiomas. Esse instrumento tem sido amplamente aceito em países da América Latina, União Européia e Estados Unidos da América (MASLACH; JACKSON; LEITER, 2001). No Brasil o *MBI* – "*Human Services Survey" (MBI-HSS)* foi traduzido e validado por Lautert (1997) entre enfermeiros

Em resposta ao interesse do aparecimento da síndrome entre professores, uma segunda versão do MBI foi desenvolvida, voltada para esse grupo de profissionais, o "*Maslach Burnout Inventory – Educators Survey"* (MBI – ES)

(MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996), cuja versão para o português foi validada por Roazi, Carvalho e Guimarães (2000) entre professores.

Uma terceira versão foi desenvolvida para mensurar a Síndrome de *Burnout* em outros grupos ocupacionais e foi denominada de *Maslach Burnout Inventory – General Survey"* (MBI – GS). Os autores consideraram que os itens do MBI – HSS não se adequariam exatamente a outros grupos ocupacionais e então criaram essa nova versão para o MBI. O MBI – GS avalia as mesmas dimensões que o instrumento original, mantendo a mesma estrutura fatorial das versões anteriores, porém os itens da dimensão Exaustão Emocional são genéricos, incluindo referências à fadiga, mas não direcionando a causa dessa fadiga às pessoas ou clientes (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Tanto o MBI – HSS quanto o MBI – ES contém 22 itens, nove na dimensão exaustão emocional (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20); cinco na dimensão despersonalização (itens 5, 10, 11, 15 e 22) e oito na dimensão realização profissional (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21, cujos escores são reversos). Os itens são distribuídos em uma escala do tipo "*Likert"* de sete pontos variando, nas versões originais, de zero (nunca) a seis (diariamente) (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996) e de zero (nunca) a quatro (diariamente) na versão do MBI - HSS adaptada e validada para o português por Lautert (1997).

O MBI – GS contém apenas 16 itens, cinco na dimensão exaustão emocional (itens 1, 2, 3, 4 e 6); cinco na dimensão despersonalização (itens 8, 9, 13, 14 e 15) e seis na dimensão realização profissional (itens 5, 7, 10, 11, 12 e 16), cuja distribuição também é feita em uma escala tipo "*Likert*" que varia de zero (nunca) a seis (diariamente).

A pontuação de cada subescala é considerada separadamente e não são combinadas em uma pontuação total. Em todos os instrumentos, um alto grau de "*burnout*" é resultado de alta pontuação nas dimensões exaustão emocional e despersonalização e baixo escore na subescala realização profissional (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996).

Embora haja indícios de fatores de risco individuais para o "*burnout",* várias pesquisas apontam a importância das variáveis situacionais no desenvolvimento dessa síndrome. Durante os estudos sobre o "*burnout",* nas últimas décadas, foram identificados vários fatores de risco organizacionais, concluindo-se que a doença deve-se, em grande parte, à natureza do trabalho e não somente às características individuais do trabalhador (MASLACH, 2005).

Nesse sentido, as organizações devem observar com grande cautela seus trabalhadores a fim de evitar um impacto severo da doença na estrutura organizacional da empresa. Um trabalhador com "*burnout*" prediz um pior desempenho, com padrões mínimos de trabalho e de qualidade de produção; os trabalhadores cometem mais erros, tornam-se menos meticulosos, têm menos criatividade, baixo comprometimento, aumentam o absenteísmo e a rotatividade (MASLACH, 2005).

Em síntese, esta doença não é um problema das pessoas, mas do ambiente social em que trabalham. Nosso questionamento permeia a questão da prevenção da síndrome. A resposta a esse questionamento provavelmente irá se concentrar em estratégias para eliminar os estressores que levam ao "*burnout",* ou para reduzir o impacto negativo do mesmo, ajudando as pessoas a ter um "*coping"* mais eficaz. As estratégias de gerenciamento de estresse podem ter grande valor em qualquer programa cujo objetivo está ligado à prevenção do "*burnout".*

Para serem verdadeiramente eficazes, as intervenções devem ter objetivos claros e firmados no conceito da síndrome. Como indicado anteriormente, a doença é conceituada como a erosão do engajamento no trabalho. A energia transforma-se em exaustão, o envolvimento, em despersonalização e a eficácia em baixa realização profissional. Segundo essa análise, o engajamento é o oposto direto do "*burnout"*. O engajamento, definido como um estado motivacional afetivo persistente e positivo de realização nos empregados, caracterizado pelo vigor, dedicação e absorção, pode ser a chave para o início de uma estratégia eficaz contra a Síndrome de B*urnout*.

Na enfermagem, o "*burnout"* tem sido associado a outras doenças tais como: a ansiedade, a depressão e tensão no trabalho (BOURBONNAIS et al.,1998), depressão e senso de coerência (TSELEBIS; MOULOU; ILIAS, 2001), a situações de trabalho, como carga horária (PARK; LAKE, 2005) e ao estresse (SUNDIN et al., 2007)

Lautert (1997) descreveu que o maior desgaste profissional foi apresentado por indivíduos que tinham menos tempo de experiência profissional. Referiu também que o trabalho diretamente relacionado com o cuidado com os pacientes pode ser emocionalmente mais exigente do que outros trabalhos não relacionados diretamente a assistência de enfermagem.

O local de trabalho também foi investigado por Lautert (1997), que constatou significativa influência do mesmo na produção do "*burnout".* Os trabalhadores de enfermagem do setor de emergência obtiveram maior chance de apresentar a Síndrome de *Burnout* do que os profissionais de outros setores, enquanto os trabalhadores de enfermagem do Bloco Cirúrgico obtiveram escore elevado para o componente despersonalização, indicando grande tendência ao "*burnout"*.

A idade foi umas das características sócio-demográficas estudadas por Lautert (1997). A autora mostra que o indivíduo adquire maior segurança em suas tarefas e menor vulnerabilidade para a tensão no trabalho à medida que sua idade aumenta. A pouca idade freqüentemente esta associada ao estresse e à falta de habilidade para enfrentar o estresse.

Lautert (1997) concluiu em seu estudo que mulheres casadas apresentam maior exaustão quando comparadas com as solteiras e Maslach, Jackson e Leiter (1996) concluíram que os indivíduos casados são menos aptos para o enfrentamento do "*burnout*".

4.2.4 Estresse e Enfermagem

O hospital por si só pode se constituir em um estressor, já que é reconhecido pelas condições de insalubridade e periculosidade quando comparado aos demais serviços. Um grande percentual de estudos de psicologia e filosofia tem demonstrado que a enfermagem, principalmente no âmbito hospitalar, é uma das profissões que mais origina o estresse, apesar de se tratar de uma atividade socialmente útil.

A enfermagem é reconhecida mundialmente como uma profissão estressante. É considerada uma ocupação que sofre o impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém do cuidado constante com pessoas doentes, situações imprevisíveis, execução de tarefas repulsivas e angustiantes, sendo o foco do estresse o próprio objeto de trabalho, que dificulta o afastamento do profissional desses estressores (MENZANI, 2006).

A produção cientifica quanto ao estresse do enfermeiro teve seu marco na década de 60, com os estudos de Menzie, os quais enfatizavam o estresse dos

enfermeiros que atuavam em unidades de terapia intensiva, pois estas despontavam como unidades novas, com novas tecnologias, além de apresentarem ambiente fechado, considerado como altamente estressante (MENZANI, 2006).

Após as primeiras pesquisas voltadas ao estresse do enfermeiro de unidade de terapia intensiva, visto que essa unidade passou a não ser mais foco de altos níveis de estresse, outros estudos foram realizados a fim de elucidar as repercussões do estresse dos profissionais de enfermagem em outras unidades. Os estudos anteriores concluíram que os setores abertos apresentavam maiores índices de estresse quando comparados às unidades de terapia intensiva. Nas diversas áreas estudadas a falta de autonomia, de reconhecimento, trabalho por turno, atividade gerencial, administração de pessoal e relacionamento interpessoal foram apontados como fatores estressantes (MENZANI, 2006).

Os estudos de Lautert (1997), Bourbonnais et al. (1998), Lautert, Chaves e Moura (1999), Mauro et al. (2000), Anabuki (2001), Stacciarini e Tróccoli (2001), Araújo et al. (2003), Costa, Lima e Almeida (2003), Alves (2004), Carvalho et al. (2004), De Martino e Misko (2004), Pafaro e De Martino (2004), Stacciarini e Tróccoli (2004), Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), Godin et al. (2005), Batista e Bianchi (2006), Menzani (2006), Xianyu e Lambert (2006), Gelsema et al. (2006), Lindholm (2006), Spindola e Martins (2007) são exemplos de pesquisas que descreveram o estresse do enfermeiro nas diversas unidades hospitalares.

Na década de 90, o Centro Cirúrgico (CC) e a Central de Materiais e Esterilização (CME) despontam como unidades de interesse para as pesquisas sobre o estresse (BIANCHI,1990; SILVA; BIANCHI, 1992). Outros estudos foram realizados desde então, os quais confirmaram o CC como uma unidade altamente estressante (BIANCHI, 1999, 2000, 2001; CARVALHO; LIMA, 2001; PENICHE;

NUNES, 2001; MEIRELLES; ZEITOUNE, 2003; CAREGNATO; LAUTERT, 2003; GUIDO, 2003; AQUINO, 2005), porém não houve um avanço proporcional quanto aos estudos do estresse entre enfermeiro da CME.

Com a finalidade de prevenir infecções, o CC tornou-se uma unidade fechada, onde rigorosas técnicas assépticas devem ser constantemente observadas. Essa propriedade de setor fechado restringe a interação social do trabalhador e, portanto, é considerada como fator ambiental que por si só, traz desgaste físico e mental aos profissionais que ali atuam (CARVALHO; LIMA, 2001). A maioria das CME, no Brasil, está localizada dentro do BC e por essa característica também podem apresentar altos índices de estresse.

Além do risco de infecção, o paciente cirúrgico pode sofrer várias complicações decorrentes da cirurgia, da anestesia e os trabalhadores da equipe de enfermagem do CC precisam estar sempre atentos de forma a atuar preventivamente ou mesmo combater essas complicações. Muitas vezes, a ansiedade causada pela falta ou inadequacidade de recursos humanos e materiais agrava o desgaste físico e emocional do trabalhador de enfermagem, podendo levá-lo ao estresse (CARVALHO; LIMA, 2001).

Os principais estressores relacionados ao trabalho da enfermagem foram subdivididos por Bianchi (1999) em:

- **Problemas de comunicação com a equipe:** relacionamento com supervisores; relacionamento interpessoal com paciente, familiares, colegas e outros profissionais; falta de suporte social; equipe de enfermagem apática e descontente;
- **Inerente à unidade**: recursos físicos; mudanças tecnológicas; mudanças profissionais; ambiente; falta de mudanças (trabalho repetitivo); pressão

no trabalho; número inadequado de pessoal; odores desagradáveis; exposição constante a riscos; falta de equipamentos; pressão no tempo;

- **Assistência prestada:** lidar com a morte e morrer, com a dor, com doenças terminais; lidar com necessidades emocionais do paciente e família; lidar com a agressividade de familiares e/ou paciente; incerteza quanto ao tratamento do paciente;
- **Interferência na vida pessoal**: conflito entre trabalho e casa; desenvolvimento na carreira; tomada de decisão nos rumos da vida; experiências anteriores;
- **Atuação do enfermeiro**: conflito de papéis; ambigüidade de papéis; falta de autonomia; estilo de supervisão; recompensa; salário; falta de treinamento; falta de oportunidade de crescimento na organização; envolvimento.

Assim, constatamos que os estressores são de diversas naturezas, ficando demonstrado que a avaliação individual da pessoa frente ao estressor é vital para acionar os mecanismos de "*coping"* e conseguir lidar com eficiência com os estressores e promover a adaptação.

Alguns estudos sobre a relação entre estresse e variáveis independentes não foram conclusivos, pois o estressor é diferente de indivíduo para indivíduo. Se para alguns a necessidade de resposta pronta e imediata a uma emergência é estressante, para outros, como diretores de enfermagem, o estresse é resultante de bloqueios que possam surgir na tomada de decisão administrativa (BIANCHI, 1999).

A estrutura hierárquica da instituição, o tipo de supervisão, normas e regulamentos e tipo de incentivo, oportunidade na carreira, falta de recursos humanos são aspectos relacionados à experiência com o estresse entre enfermeiros (LAUTERT, 1997).

A carga de trabalho foi apresentada por Douglas et al. (1996) como fonte de maior estresse entre auxiliares de enfermagem no México. Estes autores citaram um estudo realizado entre profissionais de enfermagem, no qual o baixo controle e a alta carga de trabalho estavam associados à baixa satisfação no trabalho e a mais sintomas físicos de doenças e estresse.

Stacciarini e Tróccoli (2004) encontraram associações positivas e estatisticamente significantes entre estresse ocupacional, sintomas de doenças físicas (r=0,43) e sintomas de doenças psicológicas (r=0,50) entre enfermeiros. Entre estresse ocupacional e satisfação no trabalho a correlação foi inversa e estatisticamente significante (r= -0,26).

4.3 Transtornos de Ansiedade e Transtornos do Humor

No modo de vida atual, os transtornos de ansiedade e os transtornos do humor têm sido muito freqüentes e causam grande impacto sobre o bem estar e as atividades diárias das pessoas, sendo, por esses motivos, alvo de estudos entre vários grupos de indivíduos, inclusive os trabalhadores de enfermagem (TSELEBIS; MOULOU; ILIAS, 2001; SNAITH, 2003; HORNEIJ et al., 2004; VIEIRA, 2005; OLSSON; MYKLETUN; DAHL, 2005; BARTH; MARTIN, 2005; CASTRO et al., 2006; XIANYU; LAMBERT, 2006; GONDA et al., 2007; DOLZEMAN et al., 2007).

A ansiedade e a depressão são comuns em vários países e constituem uma substancial proporção da carga de doenças que afetam os indivíduos em todo o mundo. Esses transtornos são projetados como a segunda maior causa de enfermidades para o ano 2020 (MIRZA; JENKINS, 2004).

A revisão sistemática realizada por Mirza e Jenkins (2004) revelou que as mulheres estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de ansiedade e depressão do

que os homens. Um dos estudos analisados por esses autores apresentou uma prevalência para ansiedade e depressão entre os homens variando de 2,6% a 27% e entre as mulheres entre 11,5% a 52%. Também referiram que outros fatores sócio-demográficos, como idade, nível educacional, estado civil estão associados ao aumento da prevalência desses transtornos.

4.3.1 Transtornos de Ansiedade

4.3.1.1 Ansiedade Normal

A sensação de ansiedade é uma vivência comum a qualquer ser humano e se caracteriza por um sentimento difuso, vago e desagradável de apreensão, freqüentemente, acompanhado por sintomas autonômicos, como cefaléia, perspiração, palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal. Uma pessoa ansiosa pode também sentir inquietação, indicada por incapacidade de permanecer sentada ou imóvel por muito tempo. A constelação particular de sintomas presentes durante a ansiedade tende a variar entre as pessoas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

A ansiedade é uma reação emocional transitória percebida pela consciência, vista de forma normal e saudável porque prepara o organismo para enfrentar situações adversas e é composta de fatores psicológicos e fisiológicos. O medo, um sinal de alerta similar, distingue-se da ansiedade por ser uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida, ou de origem não conflituosa. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

Quando considerada simplesmente como um sinal de alerta, a ansiedade pode ser encarada como uma emoção igual ao medo, deste modo prepara o

indivíduo para tomar as medidas necessárias, para evitar a ameaça ou, pelo menos, amortecer suas conseqüências. Alguns exemplos de esquivas a ameaças da vida cotidiana incluem o estudo árduo em preparação para uma prova, desviar de uma bola que vem de encontro a sua cabeça, correr para pegar o último ônibus. A ansiedade, portanto, evita danos, alertando a pessoa para que realize certos atos que prevenirão o perigo (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

4.3.1.2 Ansiedade Patológica

A ansiedade passa a ser percebida como patológica quando ocorre um desequilíbrio entre a situação que a desencadeia e/ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione, podendo sua intensidade ou duração interferir na rotina do indivíduo e lhe causar sérios prejuízos. Caso seus temores sejam falsamente justificados, a ansiedade é aumentada pela resposta seletiva, criando um círculo vicioso de ansiedade, percepção distorcida, ansiedade aumentada (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais freqüentes na população geral e seus sintomas entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência. Seus sintomas mais comuns são as manifestações corporais involuntárias, tais como, secura da boca, sudorese, arrepios, tremor, vômito, palpitação, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas detectáveis por métodos apropriados de investigação. Esse transtorno também pode ser leve ou grave; ser episódica ou persistente; ter uma causa física ou psicológica; ocorrer sozinho ou junto com outro transtorno, como a depressão, e afetar ou não a percepção e a memória (GUYTON, 1988).

No campo das alterações hormonais, numa situação de ansiedade, o hipotálamo provoca a estimulação da hipófise, ocorrendo um aumento dos níveis do hormônio adreno-corticotrófico ou ACTH no sangue, do que resulta a liberação de hormônios adrenais (corticosteróides e catecolaminas). Tanto o ACTH como os corticóides atuam sobre o sistema nervoso central, modulando o comportamento emocional (GUYTON, 1988).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, IV Revisão (DSM-IV), classifica como transtornos de ansiedade o **Transtorno de Ansiedade Generalizada** (TAG), **Transtorno do Pânico** com e sem Agorafobia, **Agorafobia**, **Fobia Social** (FS), **Fobias Específicas**, **Transtorno Obsessivo-Compulsivo** (TOC), **Transtorno de Ansiedade** induzido por substâncias, **Transtorno de Estresse Pós-Traumático** (TEPT), **Transtorno de Ansiedade** devido a uma condição médica geral e **Transtorno de Ansiedade** sem outra especificação (DSM-IV, 1995).

O TAG caracteriza-se por ansiedade e preocupação excessivas, relacionadas a diversos eventos ou atividades, sendo que esses sintomas devem ocorrer durante vários dias ou por pelo menos seis meses. A sintomatologia associada a esse transtorno inclui agitação, sentir-se fatigado facilmente, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e/ou transtornos do sono. Mulheres com TAG parecem apresentar várias características clínicas que as distinguem de homens com TAG. O TAG com comorbidade, comparado ao TAG puro, está associado à maior incapacitação e disfunção e tem piores prognósticos e prejuízos (KINRYS; WYGANT, 2005).

O transtorno de ansiedade generalizada é, provavelmente, o transtorno mais comumente encontrado com um transtorno mental coexistente, em geral um outro

transtorno de ansiedade ou um transtorno do humor. Talvez, 50% dos pacientes com transtorno de ansiedade generalizada tenham também um outro transtorno mental (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

O transtorno do pânico se caracteriza pela ocorrência de ataques de pânico espontâneos e inesperados recorrentes, seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente sobre ter ataques adicionais, preocupação com as implicações do ataque ou suas conseqüências, e/ou alteração significativa no comportamento relacionada aos ataques. Os ataques de pânico têm duração relativamente breve, geralmente menos de uma hora, com intensa ansiedade ou medo, junto com sintomas somáticos como palpitação e taquipnéia (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

O transtorno do pânico pode ou não ser acompanhado de agorafobia. A agorafobia mantém uma relação muito próxima à síndrome do pânico e é caracterizada por comportamento de evitação provocados por lugares ou situações onde o escape seria difícil ou embaraçoso caso o indivíduo tenha uma crise de pânico ou mal estar. Os pacientes agorafóbicos preferem estar em companhia de um amigo ou familiar em locais como ruas e lojas movimentadas, espaços fechados, bem como veículos fechados, tais como, metrô, ônibus e avião (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

Vários estudos indicam que um índice maior de prevalência de transtorno de pânico ao longo da vida ocorre entre as mulheres. As mulheres com transtorno do pânico tendem a ter índices mais altos de comorbidade, como agorafobia, depressão, TAG, fobia simples e/ou transtorno de somatização em comparação aos homens com transtorno do pânico (KINRYS; WYGANT, 2005).

A fobia social se caracteriza por um medo marcado e persistente a uma ou mais situações sociais ou de desempenho em que a pessoa é exposta a pessoas desconhecidas ou a um exame minucioso por outras pessoas. Dois subtipos principais desse transtorno foram classificados, o generalizado e o não generalizado. O subtipo generalizado da FS inclui indivíduos com um amplo espectro de medos sociais, ao passo que o subtipo não generalizado envolve a ansiedade limitada a situações específicas (KINRYS; WYGANT, 2005).

A fobia específica é mais comum do que a FS. Ela é o transtorno mental mais comum entre as mulheres e o segundo entre os homens, vindo depois do transtorno relacionados a substâncias. Os objetos e situações temidas, em freqüência decrescente de aparecimento, são animais, tempestades, alturas, doença, ferimentos e a morte (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

O TOC caracteriza-se por obsessões descritas como pensamentos, impulsos ou imagens persistentes que são vivenciados, em algum momento durante o transtorno, de forma intrusiva e inapropriada e que causam marcada ansiedade ou sofrimento, assim como pelos comportamentos ou atos mentais repetitivos que a pessoa se sente impulsionada a fazer em resposta a uma obsessão, ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. Há algumas evidências de que o curso do TOC pode ser mais episódico e menos grave em mulheres do que em homens e que as mulheres com TOC podem ter um início mais agudo do transtorno do que os homens (KINRYS; WYGANT, 2005).

Uma obsessão é um pensamento, sentimento, idéia ou sensação intrusiva. Uma compulsão é um comportamento consciente, estandardizado e recorrente, como contar, evitar ou verificar. As obsessões aumentam a ansiedade, enquanto a

execução das compulsões a reduz. Entretanto, quando um indivíduo resiste à realização de uma compulsão, a ansiedade aumenta. O TOC pode ser um transtorno incapacitante, porque obsessões podem consumir tempo e interferirem significativamente na rotina normal do indivíduo, em seu funcionamento ocupacional, atividades sociais habituais ou relacionamentos com amigos e familiares (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

O TEPT caracteriza-se por rememorações persistentes do trauma, pela evitação persistente dos estímulos associados ao evento traumático, insensibilidade a estímulos gerais e sintomas persistentes de aumento da excitação. Vários estudos demonstraram evidências no sentido da existência de uma diferença de gênero nos tipos de trauma que levam ao desenvolvimento de TEPT. Enquanto a causa mais comum de TEPT em homens é a exposição ao combate, suas causas mais comuns em mulheres são: ataque sexual, molestamento sexual ou abuso físico quando crianças. As evidências também mostraram a maior importância da "ameaça pressentida" na formação de TEPT, ou a percepção pela vítima de que o evento traumático é uma ameaça à vida, ao invés de avaliações mais objetivas ou realistas de eventos que ameacem a vida (KINRYS; WYGANT, 2005).

O transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral já havia sido listado pelo DSM-III-R como uma síndrome de ansiedade orgânica. Uma ampla gama de condições médicas pode provocar sintomas aos observados nos transtornos de ansiedade, tais como, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipoparatireoidismo e deficiência de vitamina B. O transtorno de ansiedade induzido por substâncias pode ser em conseqüência da ingestão de drogas, ou como resultado de uso de medicamento proscrito. A anfetamina, cocaína e cafeína são as

substâncias mais associadas com a produção de sintomas de ansiedade (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997a).

Poucos estudos nacionais descreveram os sintomas ansiedade entre profissionais de enfermagem, porém de acordo com as pesquisas epidemiológicas da população geral dos EUA, as mulheres têm probabilidade significativamente maior do que os homens de desenvolver transtorno do pânico (7,7% x 2,9%), TAG (6% x 3%) ou TEPT (12,5% x 6,2%) ao longo da vida. Ainda que de forma menos pronunciada, esses estudos também sugerem uma diferença em termos de gênero no risco de desenvolver TOC (3,1% nas mulheres x 2,0% nos homens) e FS durante a vida (15,5% nas mulheres x 11,1% nos homens) (KINRYS; WYGANT, 2005).

Os enfermeiros consideram que situações dentro do ambiente de trabalho podem provocar ansiedade. As inúmeras situações citadas pelos enfermeiros são: a instabilidade ou agravamento do estado de saúde dos pacientes, a falta de material, de equipamentos e de pessoal, o relacionamento com os familiares do paciente, assim como as dificuldades para a sistematização da assistência de enfermagem e os procedimentos de alta complexidade (BARROS et al., 2003).

A associação de fatores laborais com a ansiedade e a depressão entre atendentes de enfermagem foi descrita no estudo de Eriksen, Tambs e Knardahl (2006), no qual sugerem que os fatores relacionados ao ambiente de trabalho são responsáveis por uma modesta parte das causas da ansiedade e da depressão. Exposição a conflito de papéis e violência no trabalho podem contribuir para o desenvolvimento desses transtornos entre esses profissionais, segundo os autores.

Em relação à avaliação da ansiedade, ela pode ser realizada por métodos subjetivos (por meio de escalas de mensuração) ou objetivos (medida da atividade

simpatoadrenal, freqüência cardíaca e pressão arterial). Dentre as escalas de avaliação de ansiedade mais utilizadas encontramos o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), desenvolvido por Spielberger e colaboradores em 1970. O IDATE é um teste composto por dois questionários de auto-avaliação, cada qual com 20 perguntas. Esta escala foi desenvolvida para mensurar os dois conceitos distintos de ansiedade: ansiedade-traço, que é estrutural e depende do traço da personalidade e a ansiedade-estado, que é a manifestação da ansiedade em função do momento vivenciado (ANDRADE; GORESTEIN, 1998).

Ou seja, o estado de ansiedade é conceituado como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. Os escores de ansiedade-estado podem variar em intensidade de acordo com o perigo percebido e são inconstantes com o tempo (ANDRADE; GORENSTEIN,1998).

O traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, a diferença na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Os escores de ansiedade-traço são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo (ANDRADE; GORENSTEIN,1998).

Andrade e Gorenstein (1998) acrescentam que quando uma escala for escolhida para medir ansiedade, deve-se ter em conta a finalidade do instrumento (de diagnóstico ou de quantificação de intensidade ou gravidade em indivíduos já diagnosticados) e os aspectos de ansiedade que o instrumento estará medindo (ansiedade normal ou patológica). Os autores destacam que a superposição da

ansiedade com sintomas depressivos é uma das grandes dificuldades para os pesquisadores na avaliação da ansiedade em amostras clínicas.

Muitos estudiosos têm dificuldade de separar ansiedade e depressão, e sugerem que os dois constructos possam ser componentes de um processo de estresse psicológico geral. As relações entre estado emocional negativo e positivo parece ser a melhor forma de explicar essa superposição. Afeto negativo representa o quanto a pessoa pode sentir-se constrangida, desconfortável e insatisfeita ao invés de sentir-se bem, enquanto afeto positivo representa o quanto a pessoa sente entusiasmo, energia e prazer pela vida.

A ansiedade pode ser diferenciada da depressão pela presença de sintomas de hiperestimulação autonômica. Já a depressão pode ser discriminada da ansiedade pela presença de anedonia, ou seja, ausência de afeto positivo. O afeto negativo estaria presente nos dois construtos, portanto inespecífico, o que explicaria a alta correlação encontrada entre os dois transtornos. Os quadros depressivos, ansiosos e as comorbidades interagem de forma que as situações mais leves apresentam maior superposição devido ao fator inespecífico, enquanto casos de maior gravidade se diferenciam pela predominância de fatores específicos.

Na enfermagem brasileira, a ansiedade foi mensurada de diversas formas, ou seja, por meio de questionários elaborados pelos próprios autores dos estudos, contendo questões abertas e fechadas (PENICHE; NUNES, 2001; BARROS et al., 2003) e por meio de instrumentos já elaborados e validados, como a Lista de Estados Emocionais Presentes (LEP) (De MARTINO; MISKO, 2004) e o IDATE (PENICHE, 2005; GIUNTINI, 2006). Peniche (2005) encontrou em uma amostra de trabalhadores do centro cirúrgico, 13 circulantes (68,42%) apresentando baixo traço de ansiedade e seis (31,58%) com médio traço de ansiedade. Com relação ao

estado de ansiedade, a autora encontrou 14 (73,68%) trabalhadores com baixo estado de ansiedade, quatro (21,05%) com médio estado e um (5,26%) com alto estado de ansiedade, concluindo que a maioria dos trabalhadores possuía baixo traço e estado de ansiedade.

4.3.2 Transtornos do Humor

A depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que, agora, chamamos de transtornos do humor podem ser encontradas em muitos textos antigos. A história do Rei Saul, no Antigo Testamento, descreve uma síndrome depressiva, assim como o suicídio de Ajax, na Ilíada, de Homero. Hipócrates, cerca de 400 a.C., usou os termos “mania” e “melancolia” com um relato de aversão à comida, insônia, irritabilidade e inquietude. Por volta do ano 30, Aulus Comelius Celsus descreveu a melancolia em seu trabalho “*De re medicina”* como uma depressão causada pela bile negra. Os gregos acreditavam que as pessoas com temperamento melancólico, sob influência de Saturno, secretavam “bile negra” a qual enegrecia o humor influenciando o cérebro, dando início assim às teorias neurobiológicas dos transtornos do humor (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997b).

No século XIX, em 1854, Jules Falret descreveu uma condição chamada de *folie circulaire*, na qual o paciente experimenta humores alternados de depressão e mania. Em 1882, o psiquiatra alemão, Karl Kahlbaum utilizou o termo “ciclotimia”, descrevendo a mania e a depressão como estágios da mesma doença. No final do século XIX e inicio do século XX, os estudos desenvolvidos por Kraepelin tiveram contribuições fundamentais na caracterização dos quadros do humor como entidades nosológicas. Kraepelin descreveu uma psicose maníaco-depressiva que continha a maioria dos critérios usados atualmente pelos psiquiatras para o

estabelecimento do diagnóstico do transtorno bipolar I. Também descreveu um tipo de depressão que começava na menopausa em mulheres e durante a idade adulta tardia em homens, que veio a ser conhecida como melancolia involutiva, e, desde então, começou a ser vista como uma forma de transtorno do humor com início tardio (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997b).

No século XXI, a depressão recebe abordagens científicas, como a biomédica, a psicanalítica e a cognitiva, que fornecem explicações, conceitos e tratamentos diversos, mas que podem manter relações entre si. Em psiquiatria seria tristeza extrema, melancolia ou abatimento, que ao contrário do pesar, são irreais e fora de proporção com qualquer causa alegada. Atinge 24 milhões de pessoas na América Latina e Caribe e é essencialmente, um transtorno episódico recorrente, sendo que cada episódio pode durar de alguns meses a anos, com um período normal interveniente. Das pessoas que sofrem de depressão, quase todas apresentam problemas somáticos; a falta ou excesso de sono afeta grande parte das pessoas e algumas delas podem apresentar disfunções sexuais. Estima-se, no entanto, que 80% dos indivíduos acometidos pela depressão apresentem também sintomas de ansiedade ou agitação (VIEIRA, 2005).

Na linguagem corrente, o termo depressão vem sendo utilizado para designar um estado afetivo normal (a tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças. Enquanto sintoma, a depressão pode estar associada aos quadros clínicos, tais como o transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo ou doenças clínicas. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Enquanto síndrome inclui não apenas alterações do humor, como tristeza, irritabilidade, inabilidade para sentir prazer (anedonia), apatia, mas também uma gama de outros

aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como apetite e sono (SILVA, 2001).

Kaplan, Sadock e Grebb (1997b) caracterizam a depressão como um estado patológico no qual existe perda de interesse ou prazer, distúrbio de sono e apetite, retardo motor, sentimento de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, diminuição da energia e pensamento de morte ou suicídio. Para o indivíduo, o humor deprimido, com freqüência tem uma qualidade distinta que o diferencia da emoção normal de tristeza ou perda. O sintoma de depressão é descrito como sendo de uma dor emocional lancinante, à vezes com incapacidade de chorar.

Todas as pessoas passam por momentos nos quais se sentem tristes, sozinhas ou infelizes. Uma pessoa que teve a perda de um ente querido ou de um emprego pode sentir-se deprimida. Na maioria das vezes estará experimentando um sentimento absolutamente normal e compreensível. Sentir-se deprimido, nem sempre significa um processo patológico. Por outro lado, a literatura relata um dado alarmante em que 50% desses indivíduos deprimidos que buscam atenção primária permanecem sem ser diagnosticados e sem receber tratamento, o que repercute em uma carga excessiva de sofrimento, elevada mortalidade e morbidade, e contínuo risco de suicídio (SILVA, 2001).

Cerca de dois terços dos pacientes deprimidos pensam em se matar e 10 a 15% cometem o suicídio. Entretanto, as pessoas deprimidas, às vezes, parecem não estar conscientes de sua depressão e não se queixam de uma perturbação do humor, embora exibam retraimento da família, amigos e atividades que anteriormente lhe interessavam isso porque a maioria das pessoas consideradas normais experimenta uma ampla faixa de variação dos humores acompanhados por um repertório variado de expressões afetivas. Esses humores e afetos ocorrem sob

o controle mais ou menos consciente da pessoa que os experimenta. Para afirmarmos que o indivíduo está deprimido precisamos assegurar que ele se sente triste a maior parte do dia, quase todos os dias, não tem prazer ou interesse pelas atividades que apreciava, não consegue ficar parado e, pelo contrário, movimenta-se mais lentamente que o habitual. Passa a ter sentimentos inapropriados de desesperança, desprezando-se como pessoa e até mesmo se culpando pela doença ou pelo problema dos outros, sentindo-se um peso morto na família (SILVA, 2001).

A base causal para os transtornos do humor ainda é desconhecida, a explicação mais provavelmente correta é que a depressão seja o resultado de uma alteração da ação de neurotransmissores no cérebro. Os neurotransmissores são substâncias responsáveis pelas trocas de informações do sistema nervoso central e é graças a eles que temos emoções e sentimos prazer (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997b).

Em um estado normal, os neurônios liberam neurotransmissores que são capturados por outros neurônios por meio de seus receptores. Dentro da célula nervosa, uma bomba de recaptação retira parte dos neurotransmissores da sinapse e uma enzima específica metaboliza o resto das substâncias. Na depressão acontece uma diminuição na quantidade de neurotransmissores liberados, mas a bomba de recaptação e a enzima continuam trabalhando normalmente. Então, o neurônio receptor captura menos neurotrasmissor e o sistema nervoso trabalha com menos “combustível”, levando ao adoecimento (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997b).

Fazer o diagnóstico diferencial entre os vários tipos de transtornos do humor não é uma tarefa simples, por isso a ampla variedade de transtorno do humor foram sistematizados pelo DSM-IV da seguinte forma: **Transtornos Depressivos** ou

“depressão unipolar”: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação; **Transtornos Bipolares**: Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II, Transtorno Ciclotímico e Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação; e **dois transtornos baseados na etiologia**: Transtorno do Humor Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Humor Induzido por Substância. Os transtornos depressivos são diferenciados dos transtornos bipolares pelo fato de haver um histórico de jamais ter tido um episódio maníaco, misto ou hipomaníaco. Os transtornos bipolares envolvem a presença de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos, geralmente acompanhados pela presença de episódios depressivos maiores, sendo os principais tipos de transtornos do humor, o transtorno depressivo maior e a transtorno bipolar I (DSM-IV, 1995).

O transtorno depressivo maior caracteriza-se por pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão. O transtorno distímico caracteriza-se por rebaixamento crônico do humor, persistindo por pelo menos dois anos e na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior. O transtorno depressivo sem outra especificação é incluído para a codificação de transtornos com características depressivas que não satisfazem os critérios para transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno da adaptação com humor deprimido ou transtorno da adaptação misto de ansiedade e depressão (ou sintomas depressivos acerca dos quais existem informações inadequadas ou contraditórias) (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997b; NICOLAU, 2008).

O transtorno bipolar I é caracterizado por um ou mais episódios maníacos ou mistos, geralmente acompanhados por episódios depressivos maiores. O termo

transtorno bipolar I é sinônimo para o que era conhecido somente como transtorno bipolar – isto é, uma síndrome com um conjunto completo de sintomas de mania durante o curso do transtorno.

O transtorno bipolar II caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos maiores, acompanhado por pelo menos um episódio hipomaníaco. O transtorno ciclotímico é caracterizado por pelo menos dois anos com numerosos períodos de sintomas hipomaníacos que não satisfazem os critérios para um episódio maníaco e numerosos períodos de sintomas depressivos que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior. O transtorno bipolar sem outra especificação é incluído para a codificação de transtornos com aspectos bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer dos transtornos bipolares específicos definidos anteriormente (ou sintomas bipolares acerca dos quais há informações inadequadas ou contraditórias) (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997b; NICOLAU, 2008).

De modo geral, a doença bipolar do humor é caracterizada por períodos depressivos, geralmente de intensidade grave, que se alternam com períodos opostos à depressão, isto é, a pessoa apresenta-se eufórica, com muitas atividades, às vezes fazendo muitas compras ou efetuando gastos financeiros desnecessários e elevados, com sentimento de onipotência, quase sempre acompanhados de insônia e fala exagerada, mais que seu habitual. Esse quadro é conhecido como mania. Tanto o período de depressão quanto o da mania podem durar semanas, meses ou anos. Geralmente a pessoa com essa doença tem, durante a vida, alguns episódios de mania e outros de depressão. É importante ficar claro que mania, no sentido médico, é diferente de mania para o leigo, significando para este, hábitos que a pessoa sempre repete (NICOLAU, 2008).

Um transtorno do humor devido a uma condição médica geral é caracterizado por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma conseqüência fisiológica direta de uma condição médica geral. Um transtorno do humor induzido por substância caracteriza-se por uma perturbação proeminente e persistente do humor, considerada uma conseqüência fisiológica direta de uma droga de abuso, um medicamento, outro tratamento somático para a depressão ou exposição a uma toxina. O transtorno do humor sem outra especificação é incluído para a codificação de transtornos com sintomas de humor que não satisfazem os critérios para qualquer transtorno do humor específico e nos quais é difícil escolher entre transtorno depressivo sem outra especificação e transtorno bipolar sem outra especificação (por exemplo, agitação aguda) (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997b; NICOLAU, 2008).

Embora as bases causais para os transtornos do humor sejam desconhecidas, temos como prováveis fatores causais tanto os biológicos, quanto os genéticos e os psicossociais e a avaliação dos sintomas como um aspecto de grande importância não só no sentido do acompanhamento, mas também da evolução da resposta às intervenções terapêuticas. O fato de a depressão poder ser desencadeada por desequilíbrio bioquímico, não exclui tratamentos não farmacológicos. O uso de terapia pode levar a pessoa a ter uma compensação bioquímica. A verificação dos sintomas da depressão é imprescindível para a elaboração do diagnóstico definitivo, sendo que as escalas de avaliação auxiliam nessa análise e no acompanhamento dos resultados dos tratamentos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997b).

As várias escalas de avaliação englobam aquelas de auto-avaliação, as que são aplicadas por observadores, as de avaliação global e as mistas (auto-avaliação

e observador). Dessa forma, requerem julgamento do próprio paciente, de alguém que o conheça bem, ou de um observador profissional (CALIL; PIRES, 1998).

As escalas de auto-avaliação merecem consideração, uma vez que apresentam algumas vantagens de uso em pacientes com transtorno do humor, pois os mesmos estão numa posição única para fornecer informações sobre seus sentimentos e humor. Essas escalas são consideradas econômicas, por necessitarem menor tempo da equipe, porém as escalas de auto-avaliação apresentam algumas desvantagens, como, ser de difícil análise de sua confiabilidade; a sua utilização pressupõe pacientes com certo grau de instrução, cooperantes e sem uma psicopatologia grave. Além disso, alguns pacientes consideram difícil a avaliação da gravidade de seus sintomas o que pode limitar sua utilização (CALIL; PIRES, 1998).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) (BECK; STEER; GARBIN, 1961), traduzido e validado para o português por Gorenstein e Andrade (1998) tem sido utilizado para mensurar depressão em várias populações e também entre enfermeiros e estudantes de enfermagem (HENER; WELLER; SHOR, 1997; TSELEBIS; MOULOU; ILIAS, 2001; GARRO; CAMILLO; NÓBREGA, 2006; FUREGATO et al., 2006; MANETTI; MARZIALE, 2007).

Outro instrumento amplamente utilizado e conhecido mundialmente é a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), cujo objetivo é detectar a depressão e a ansiedade em um único momento (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

A HADS tem sido utilizada entre populações de pacientes com diversos tipos de patologias, como pacientes cardíacos (BARTH; MARTIN, 2005; POOLE; MORGAN, 2006), pacientes psiquiátricos (HERRERO et al., 2003; OLSSON;

MYKLETUN; DAHL, 2005), com dor crônica (CASTRO et al., 2006) e entre trabalhadores de enfermagem (HORNEIJ et al., 2004).

Um estudo de revisão conduzido por Bjelland et al., (2002) demonstrou que as análises fatoriais confirmatórias realizadas em 747 estudos, corroborou a solução de dois fatores, em grande concordância com as subescalas da HADS para ansiedade (HADS-A) e para depressão (HADS-D). O valor do alpha de Cronbach para a HADS-A variou de 0,68 a 0,93 e para a HADS-D de 0,67 a 0,90 nestes estudos, confirmando a fidedignidade deste instrumento pela consistência interna.

A depressão é uma doença altamente incapacitante, que pode interferir de modo decisivo na vida pessoal e profissional dos indivíduos. Como pode afetar qualquer pessoa, os alunos e os trabalhadores de enfermagem têm sido alvos de estudos no sentido de detectar casos precocemente e encaminhar para tratamento adequado (HORNEIJ et al., 2004; FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005; FUREGATO et al., 2006; FUREGATO et al., 2006; GARRO; CAMILLO; NÓBREGA, 2006).

Garro, Camillo e Nóbrega (2006) apontam que os graduandos em enfermagem merecem significativa atenção uma vez que, dos 119 alunos do curso de enfermagem analisados em seu estudo, 33 (26,06%) apresentaram sintomas indicativos de depressão. Referem que essa população vivencia situações conflituosas no dia-a-dia, podendo ser essas situações responsáveis pelo surgimento dos sinais indicativos de depressão. Outro aspecto relevante neste cenário é que essa população de alunos será a futura população de enfermeiros.

Entre trabalhadores de enfermagem, a literatura mostra que os fatores desencadeantes associados podem estar relacionados a fatores internos ao ambiente e processo de trabalho, como: os setores de atuação profissional, o turno,

o relacionamento interpessoal, a sobrecarga de serviço, os problemas na escala, a autonomia na execução de tarefas, a assistência a clientes, o desgaste, o suporte social, a insegurança, o conflito de interesses e as estratégias de enfrentamento desenvolvidas; e a fatores externos ao trabalho, como: sexo, idade, carga de trabalho doméstico, suporte e renda familiar, estado de saúde geral do trabalhador, e as características individuais (MANETTI; MARZIALE, 2007).

4.4 Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (Dort) são movimentos de qualquer parte do corpo que podem provocar lesões em tendões, músculos e articulações, principalmente dos membros superiores, ombros e pescoço, devido ao uso repetitivo ou a manutenção de posturas inadequadas resultando em dor, fadiga e declínio do desempenho profissional (BERNARD, 1997).

O aparecimento de disfunções ligadas ao sistema músculo-esquelético ocorre em grande número nas indústrias e nos serviços que parecem ter como conseqüência este tipo de problema ocupacional. Esses distúrbios já foram detectados entre operários de linha de montagem, datilógrafos, digitadores, operadores de caixa, costureiras, entre outros tipos de funções nas indústrias e em outros serviços. Assim sendo, a Dort é uma conseqüência de vários fatores do trabalho que atuam conjuntamente e que dizem respeito, principalmente, às posturas, movimentos e sua freqüência (BERNARD, 1997).

A análise e as intervenções baseadas na avaliação ergonômica são usadas como métodos primários de prevenção no sentido de reduzir estressores físicos no local de trabalho e prevenir distúrbios músculo-esqueléticos relacionados ao

ambiente laboral, mediante o melhoramento do ambiente, instrumentos e equipamentos e métodos de trabalho (GRAYSON et al., 2005).

Sendo assim, a ergonomia é a ciência que estuda a adaptação do local de trabalho à demanda do mesmo, avalia os problemas, os riscos e a satisfação; adapta o ambiente e as tarefas a serem executadas pelo trabalhador. Está mais relacionada às posturas, movimentos e ritmo determinados pela atividade e conteúdo dessa atividade, nos seus aspectos físicos e mentais. O objetivo da ergonomia é dar condições de trabalho onde haja maior conforto e bem-estar do trabalhador a partir da análise da atividade. As melhorias ergonômicas se referem a vários aspectos do trabalho, tais como: cadeiras, mesas, bancadas, planejamento e localização de dispositivos de trabalho, quantidade, qualidade e a localização da iluminação; indicações sobre a melhorias na organização da atividade, incluindo o planejamento de novos dispositivos de trabalho ou modificação nos existentes (BERNARD, 1997).

A avaliação ergonômica pode ser conduzida no local de trabalho com a participação ativa do trabalhador e, quando possível, do empregador. O propósito da avaliação é identificar estressores físicos e soluções administrativas e de engenharia que sejam facilmente remediáveis e que reduzam a demanda física e mental de trabalho (GRAYSON et al., 2005).

A questão envolvendo a segurança, a higiene e a segurança no trabalho foi definida no Brasil como matéria de direito constitucional: é direito do trabalhador exercer suas atividades em ambiente de trabalho seguro e sadio, conforme o inciso XXII do artigo 7º da Constituição Federal que prevê ainda a proteção do trabalhador em face da automação, por meio do inciso XXVII daquele artigo. Desta forma busca-se garantir a redução de riscos inerentes ao trabalho, cabendo ao empregador tomar

medidas para reduzir os riscos por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 2002).

A Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimento de Assistência à Saúde (NR32) entrou em vigor em 06 de dezembro de 2002, por meio da Portaria 37, e tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em estabelecimentos de assistência à saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. O trabalhador tem o direito garantido pela NR32 de interromper suas tarefas sempre que constatar evidências que, segundo o seu conhecimento, representem riscos graves e iminentes para sua segurança e saúde ou de terceiros, comunicando imediatamente o fato ao seu superior para as providências cabíveis e receber as orientações necessárias sobre prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e uso dos equipamentos de proteção coletivos e individuais fornecidos gratuitamente pelo empregador (MTE, 2008).

Quanto à ergonomia, no Brasil, o processo de construção da norma regulamentadora (NR) específica para esse campo originou-se em 1986, a partir de numerosos casos de tenossinovite ocupacional entre digitadores. Apesar das dificuldades encontradas, principalmente pela reação dos setores patronais, a NR17, referente à Ergonomia, foi aprovada em 1990, pela Portaria 3.751 (CARVÃO et al., 2006).

Esta norma visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e

descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização do trabalho. Para avaliar a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho, devendo a mesma abordar, no mínimo, as condições de trabalho, conforme estabelecido nesta Norma Regulamentadora (MTE, 2008).

Os distúrbios músculos-esqueléticos, que podem se desenvolver por falta de avaliação e intervenção ergonômica adequadas, entre outros, afetam aproximadamente 19 milhões de indivíduos por ano só nos Estados Unidos da América e representam um terço de todas as doenças ocupacionais, sendo responsáveis por mais da metade dos casos de afastamento do trabalho. É estimado que o custo dos distúrbios osteomusculares para as organizações ultrapasse 15 bilhões de dólares ao ano, e nos locais onde há associação com outras doenças, esse custo pode ser superior a 54 bilhões de dólares ao ano (YIP, 2001; GRAYSON et al., 2005).

No Brasil, a partir da década de 80, o aumento da incidência de distúrbios musculares pode ser observado nas estatísticas do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). De acordo com os dados disponíveis mais de 80% dos diagnósticos desses distúrbios resultaram em concessão de auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez pela Previdência Social, em 1998 (CARVÃO et al., 2006).

A definição operacional de distúrbios musculares utilizada comumente nos estudos sobre doenças osteomusculares é aquela que refere que os sintomas músculo-esqueléticos são os responsáveis por dor, formigamento, queimação, ”adormecimento”, enrijecimento em alguma região corporal nos últimos 12 meses e que tenha ocorrido por uma semana ou mais (LIPSCOMB et al., 2004).

A lombalgia tem sido apontada como o mais comum distúrbio músculo-esquelético entre os adultos, sendo que cerca de 60 a 80% das pessoas do mundo experimentarão essa condição em algum estágio de sua vida (SMITH; LEGGAT, 2003; FENG; CHEN; MAO, 2007; MAGNAGO et al., 2007).

Apesar da existência de vários estudos sobre os distúrbios músculo-esqueléticos, a causa exata da lombalgia ainda não está totalmente evidenciada. Há fortes evidências de que altas demandas de trabalho podem contribuir para ou agravar condições pré-existentes (SMITH; LEGGAT, 2003; HORNEIJ et al., 2004).

A dor lombar, normalmente resultado de traumas cumulativos, é considerada um dos mais importantes distúrbios músculo-esquelético entre os enfermeiros, com uma prevalência superior a 87% e incidência de 47% ao ano, (SMITH; LEGGAT, 2003). Assim, vários estudos nacionais e internacionais têm abordado esse tema, tais como, os de Marziale (1995), Hignett (1996), Alexandre, Angerami e Moreira Filho (1996), Alexandre e Benatti (1998), Alexandre (1998), Amarante (1999), Wanderley e Santos (1999), Rossi, Rocha e Alexandre (2001), Yip (2001), Gonge, Jensen e Bonde (2002), Parada, Alexandre e Benatti, (2002), Fortuna e Kersnic (2003), Gurgueira, Alexandre e Corrêa Filho (2003), Smith et al. (2003), Amarante, (2004), Yip (2004), Célia e Alexandre (2004), Horneij et al. (2004), Lipscomb et al., 2004, Savoldi (2004), Murofuse e Marziale (2005), Aasa et al. (2005), Monteiro, Alexandre e Rodrigues (2006), Feng, Chen e Mao (2007), Vieira (2007), Mitchell et al., (2008), Nabe-Nielsen et al., 2008).

A lombalgia, que representa um grande problema de saúde pública, tem sido explorada no sentido de determinar as condições do ambiente de trabalho, a intensidade deste agravo, o tratamento, a reabilitação, a incapacidade para o

trabalho, as medidas preventivas e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por esta doença (NORDIN; ALEXANDRE; CAMPELLO, 2003).

Outro distúrbio osteomuscular comumente referido na literatura por sua alta prevalência entre enfermeiros (acima de 40%) trata-se do distúrbio músculo-esquelético na região dos ombros (SMITH et al., 2003; SMITH; LEGGAT, 2003; HORNEIJ et al., 2004; LIPSCOMB et al., 2004; AASA et al., 2005; WATERS et al., 2006). Smith e Leggat (2003) acrescentam que em alguns casos as dores nos ombros podem ser mais comuns do que a lombalgia.

A dor cervical também pode ocorrer com grande freqüência e em alguns casos foi associada com alta demanda, e junto com a dor na região dos ombros foi responsável pela maioria das referências de dor, superando a lombalgia em estudos recentes (LIPSCOMB et al., 2004; AASA et al., 2005; GUMMERSON et al., 2006).

Os fatores de risco no local de trabalho para o desenvolvimento desses distúrbios músculo-esqueléticos são o excesso de carga sobre a parte inferior das costas e ombros, representada pelo trabalho assistencial essencialmente manual, transporte de pacientes, deslocamento de equipamentos, além posturas prolongadas e inadequadas, flexões freqüentes da coluna, mobiliário inadequado não regulável para os usuários, deslocamentos desnecessários, elevado dispêndio de força muscular e gasto excessivo de energia física, caracterizada pela realização de atividades, como levantamento, manuseio e transporte de material e pacientes, entre outros (SMITH; LEGGAT, 2003; GRAYSON et al., 2005; WATERS et al., 2006; FENG; CHEN; MAO, 2007; VIEIRA, 2007).

A elevada tensão emocional associada às longas jornadas de trabalho, duplo emprego, realização de horas extras, às condições de insalubridade, à baixa

remuneração, ocasionam alto índice de absenteísmo, aumentam a carga de trabalho, tornando mais insatisfatórias as condições de trabalho no hospital.

A freqüência e a severidade de exposição aos fatores de risco dependem do tipo de ambiente de trabalho que o profissional atua. Alguns ambientes são apontados na literatura como mais propensos ao desenvolvimento desses distúrbios, tais como, setor de lesado medular, unidades de ortopedia e traumatologia, centro cirúrgico, centro de material (WATERS et al. 2006; AMARANTE, 1999; 2004; WANDERLEY; SANTOS, 1999).

Smith et al. (2003) acrescentam que o trabalho em centro cirúrgico tem aumentado o risco para o desenvolvimento de qualquer distúrbio osteomuscular para 2.7 (*odds ratio* 2.7, 95% intervalo de confiança, p=0,02) quando comparado a outras unidades. Fortuna e Kersnic (2003) descreveram que 77% dos enfermeiros de centro cirúrgico que participaram de seu estudo referiram dor lombar em algum período do ano, 75% eram familiarizadas com os métodos preventivos e apenas 42% aplicavam algum método de prevenção em seu ambiente laboral.

Quanto às atividades desenvolvidas, Monteiro, Alexandre e Rodrigues (2006) encontraram que as doenças músculo-esqueléticas são mais acentuadas em indivíduos com demandas predominantemente físicas ($p<0.001$) em comparação a outros trabalhadores com menor demanda física. A presença de doenças músculos esqueléticas aumentou de acordo com o tempo de trabalho na instituição, embora os autores não tenham encontrado correlações estatisticamente significantes entre as doenças músculo-esqueléticas e a presença de um ou dois vínculos empregatícios.

No modo de vida atual, os fatores psicológicos, tais como, insatisfação profissional, relacionamento profissional precário, trabalho monótono, mau humor,

baixo controle e alta demanda, devem ser considerados como fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios osteomusculares (YIP, 2001).

Smith e Leggat (2003) descreveram que a falta de controle de como e quando realizar o trabalho e o baixo suporte social de colegas podem se constituir em fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios osteomusculares, enquanto Vieira (2007) referiu que as injúrias músculo esqueléticas estão relacionadas à altas demandas no trabalho. Para os autores, o desenvolvimento e o uso de recursos ergonômicos, modificações na organização do trabalho e programas de treinamento devem ser direcionados com o objetivo de reduzir o risco de distúrbios osteomusculares entre os enfermeiros.

O mecanismo exato pelo qual o estresse ocupacional está relacionado à dor lombar não é exatamente conhecido, contudo estudos conduzidos entre enfermeiros encontraram associação entre lombalgia, alta demanda e baixo controle (YIP, 2001).

Outros estudos prévios têm descrito a associação de distúrbios musculares e as condições de trabalho (HIGNETT, 1996; ERIKSEN, 2006; NABE-NIELSEN et al., 2008), o estresse ocupacional (JOSEPHSON et al., 1997; YIP, 2001; GONGE; JENSEN; BONDE, 2002; SMITH; LEGGAT, 2003; LIPSCOMB et al., 2004; YIP, 2004; AASA et al., 2005; FENG; CHEN; MAO, 2007), o senso de coerência (LARSSON; KALLENBERG, 1996), a depressão (GARCIA-CEBRIAN et al., 2006), os estilos de vida, características sócio-demográficas e do trabalho (MONTEIRO; ALEXANDRE; RODRIGUES, 2006; GILLEN et al., 2007).

A forma de avaliação dos distúrbios osteomusculares nos estudos revisados tem sido bastante variada, embora haja um número expressivo de pesquisas que utilizaram o Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos ou alguma forma adaptada desse instrumento (JOSEPHSON et al., 1997; GURGUEIRA;

ALEXANDRE; CORREA FILHO, 2003; AASA et al., 2005; LIPSCOMB et al., 2004; CÉLIA; ALEXANDRE, 2004; HORNEIJ et al., 2004; FENG; CHEN; MAO, 2007; MITCHELL et al., 2008; NABE-NIELSEN et al., 2008).

4.5 Senso de Coerência de Antonovsky

Outra variável avaliada nesse estudo, a capacidade de enfrentamento ao estresse, foi abordada por meio do Senso de Coerência de Antonovsky. O senso de coerência é o constructo chave da Teoria Salutogênica e se propõe a explicar estratégias bem sucedidas de enfrentamento ao estresse (ANTONOVSKY, 1987; 1993).

Nascido nos Estados Unidos da América em 1923 e de origem judia, Aaron Antonovsky buscou nos judeus sobreviventes dos campos de concentração a resposta ao seu questionamento: *Porque alguns desses sobreviventes conseguiram superar seus traumas e conseguiram retomar suas vidas de maneira satisfatória enquanto outros não conseguiram se recuperar?* Por meio de entrevistas detalhadas sobre as experiências desses indivíduos ele chegou à formulação do constructo senso de coerência (ANTONOVSKY, 1987; 1993).

Em 1960, Antonovsky foi trabalhar no Instituto de Pesquisas Sociais e Aplicadas em Israel e nos anos seguintes passou a atuar no departamento de medicina social, onde desenvolveu diferentes projetos de pesquisa enfocando as relações entre estressores, saúde e doença (DANTAS, 2007).

Antonovsky criou o Modelo Salutogênico e introduziu um conceito central para este modelo – o senso de coerência (SC), o qual foi elucidado em 1979. O SC é um fenômeno abstrato descrito pelos indivíduos e "*Salutogenesis"* é o estudo do como e porque as pessoas permanecem bem mesmo sob situações desfavoráveis e

estressantes. No Modelo Salutogênico a classificação dicotômica “saúde-doença”, com a qual os cientistas da área costumam trabalhar, é rejeitada por Antonovsky. Sua proposta é justapor essa divisão criando um conceito de um processo contínuo no qual ao longo da vida as pessoas irão se defrontar com os dois pólos desse contínuo, ou seja, o pólo “*ease”* (saúde) e “*dis-ease”* (doença). Permanecer em um dos pólos extremos, ou seja, estar plenamente saudável ou doente não é compatível com a vida humana. Segundo Antonovsky (1987), mesmo quando uma pessoa se considera saudável ela apresenta algum grau do componente patológico e aquela que se considera extremamente doente, sempre tem certo grau de saúde enquanto viver. Para o autor, a questão não é classificar o ser humano como saudável ou doente, mas compreender o quão longe ele está dos extremos desse contínuo “*ease/dis-ease”*.

A essa proposta o autor chamou de “Abordagem Salutogênica” e argumentou que não se trata de uma abordagem contrária à abordagem clássica que os profissionais da saúde costumam apresentar diante da doença, e a qual denominam de patogênica. Na abordagem patogênica, o enfoque está no porquê das pessoas adoecerem. Com esta teoria deixa-se de enfocar apenas a etiologia de uma dada doença e passa-se a investigar a história completa do ser humano, incluindo sua doença. Ou seja, ao invés de se questionar o que causou determinada doença, a questão a ser respondida é: “Quais os fatores envolvidos na manutenção ou no direcionamento do indivíduo para o pólo saudável, a extremidade *ease*?”. O enfoque serão os recursos de “*coping”* e não os estressores (ANTONOVSKY, 1979; 1987).

Para Antonovsky (1987) os estressores são onipresentes na vida humana e suas conseqüências sobre os indivíduos não são tidas como, necessariamente, patogênicas. O autor acredita que o aparecimento das doenças não seria causado

pelo estresse e sim pela falência em manejá-los. Assim, define tensão como a resposta individual ao estresse e dependendo das características dos estressores e dos recursos para a resolução da tensão gerada, os estressores podem ser vistos como algo também positivo (ANTONOVSKY, 1987).

Segundo o referido autor, a abordagem patogênica levou os pesquisadores, clínicos e gestores dos serviços de saúde a concentrarem seus esforços em doenças específicas a serem diagnosticadas ou prevenidas, particularmente entre os indivíduos ou grupos de risco. A predominância dessa abordagem no modelo biomédico acentua a anormalidade funcional, caminhando para a investigação do que leva ao aparecimento das doenças e não na manutenção da saúde.

A abordagem salutogênica abre uma nova perspectiva de se estudar as conseqüências das demandas sobre o organismo que não possui uma resposta adaptativa automática ou disponível para lidar com essas demandas. Entretanto, há uma boa razão teórica para se acreditar que tais demandas podem predizer conseqüências positivas para a saúde.

Os elementos principais da Teoria Salutogênica são:

- **estressores**: compreendidos como algo endêmico à condição humana e reconhecidos como aqueles fatores que levam a um estado de tensão, eles podem ser provenientes do próprio individuo ou do meio ambiente, podendo ser impostos ao sujeito ou escolhidos por ele;

- **tensão, controle da tensão e estresse**: são conceitos diferentes no modelo salutogênico. Tensão é tida como uma resposta ao estresse e pode ser emocional ou fisiológica. Controle ou manejo é definido como sendo a resolução rápida e completa do problema e a eliminação da tensão. Se a tensão não é resolvida de

modo eficaz, o indivíduo entra em um estado de estresse, ou seja, estresse é o estado de resposta do organismo frente às tensões/estressores.

-**recursos generalizados de resistência** (“*generalized resistance resources”*): são fenômenos que proporcionam ao ser humano um conjunto de experiências de vida caracterizado pela consistência, pela participação individual na obtenção dos resultados da ação e pela possibilidade de fazer um balanço dessa ação. Esses recursos estão relacionados à habilidade do indivíduo para lidar com a tensão e evitar ou manejar o estresse. Eles são definidos por Antonovsky (1979) como sendo as variáveis relacionadas ao individuo, grupo social e meio ambiente que podem facilitar o manejo efetivo das tensões, sendo advindos de experiências vividas pelo individuo e incluem: recursos materiais (dinheiro alimentação, moradia), conhecimento e inteligência, auto-conhecimento, estratégia de enfrentamento racional e flexível, apoio social, coesão e comprometimento com a sua cultura, religião e filosofia, comportamentos saudáveis, estado de saúde atual, e as próprias características genéticas e constitucionais que favorecem a determinação dos recursos de resistência intrínsecos aos sujeitos.

O termo “generalizado” refere-se à característica desses recursos serem efetivos em qualquer tipo de situação enquanto o termo “resistência” aponta que esses recursos aumentam a resistência dos indivíduos. Os recursos generalizados de resistência têm duas funções: ter um impacto contínuo sobre os conhecimentos de vida das pessoas e permitir que tais experiências sejam consideradas relevantes e coerentes, o que se conformaria no senso de coerência. Eles funcionam com um potencial que pode ser ativado quando for necessário para lidar com estados de tensão.

- **senso de coerência**: como visto anteriormente, o SC é o constructo chave da teoria de Antonovsky (1987; 1993) e foi formulado como sendo a essência da resposta para a questão salutogênica. Nesse modelo há uma relação recíproca entre SC e os recursos generalizados de resistência. Enquanto um forte SC auxilia na mobilização desses recursos com o propósito de se lidar com as tensões, tais recursos ajudam na conformação do SC da pessoa.

De acordo com Antonovsky (1987), o SC pode ter os seguintes efeitos sobre a saúde dos indivíduos:

- ter uma influência direta sobre os diferentes sistemas orgânicos: uma vez que o SC afetaria o raciocínio do individuo determinando se a situação a qual ele se encontra exposto é perigosa, segura ou prazerosa. Consequentemente, o organismo irá apresentar reações de diferentes intensidades e natureza frente aos estímulos percebidos;

- mobilizaria os recursos existentes levando à redução do estresse e assim afetando indiretamente os sistemas fisiológicos (por exemplo, respostas cardiovasculares e imunológicas);

- pessoas com um SC elevado seriam mais propensas a fazer escolhas saudáveis envolvendo seu estilo de vida (dieta, exercícios físicos, exames preventivos).

- **inserção do indivíduo no contínuo *ease/ dis-ease* da sua saúde**: a inserção do indivíduo nesta linha contínua de saúde/doença pode ser avaliada pela presença de sintomas, como dor, limitações funcionais e necessidades de ações terapêuticas. Trata-se de um fenômeno que é ao mesmo tempo objetivo e subjetivo que retrata o caráter multicausal da manutenção da saúde e do estabelecimento da doença.

4.5.1 Os componentes do Senso de Coerência

O constructo Senso de Coerência é definido pelo autor como sendo uma orientação global que expressa a capacidade de uma pessoa em confiar que, em sua existência, o estímulo proveniente dos ambientes interno e externo são estruturados, previsíveis e explicáveis (compreensão); os recursos estão disponíveis para que ele possa satisfazer as demandas impostas por estes estímulos (manejo) e estas demandas são mudanças, merecedoras de investimentos e engajamento (significância). Compreensão ("*Comprehensibility")*, manejo ("*manageability"*) e significância ("*meaningfulness")* são os três componentes do constructo Senso de Coerência.

Compreensão se refere ao quanto o indivíduo percebe que os seus desafios são claros, ordenados, consistentes e estruturados, ou seja, tem sentido cognitivo para ele. O contrário seria a pessoa considerar o estímulo como sendo caótico, desordenado, aleatório, acidental e inexplicável. A pessoa com forte senso de compreensão espera que os estímulos que irá encontrar no futuro sejam previsíveis ou, se inesperados, pelo menos, que sejam ordenados e explicáveis. Nem sempre esses estímulos são desejáveis, por exemplo, a morte de um familiar, porém embora não desejável, a morte ocorre e faz sentido (ANTONOVSKY, 1987).

O componente **manejo** ou **manuseio** é a extensão pela qual a pessoa percebe que os recursos para enfrentar/superar os estímulos estão disponíveis e ela conseguirá satisfazer as demandas impostas por estes estímulos. Os recursos podem pertencer ou estar no próprio indivíduo ou em outras pessoas, como cônjuges, amigos, profissionais da saúde ou entidades divinas e o sujeito sente que poderá contar com esses recursos quando tiver necessidade. O individuo com alto senso de manejo não se sentirá vítima dos acontecimentos e não pensará que a

vida o está tratando de forma ingrata. Percebe que, embora coisas inconvenientes possam acontecer durante sua vida, ele terá habilidade para lidar com esses acontecimentos e não irá sofrer para sempre (ANTONOVSKY, 1987).

O componente **significado** ou **significância** refere-se ao sentimento de que a vida faz sentido emocionalmente e que, ao menos alguns dos problemas e demandas decorrentes da vida humana são investimentos valiosos de energia, sendo preciosos para se envolver e compartilhar. As mudanças são tidas como bem vindas, ainda que o indivíduo possa, em algumas situações, considerar que a sua vida poderia ter sido melhor sem elas. Antonovsky usou como exemplo a morte de um ente querido. Quando ela ocorre, não significa que as pessoas devam ficar felizes, mas simplesmente elas irão perceber o significado desse acontecimento e saberão superá-lo dignamente e da melhor forma possível (ANTONOVSKY, 1987).

Antonovsky (1987) defende a idéia de que o SC é uma orientação global, um modo de olhar o mundo, uma orientação para a ação mais do que a resposta a uma situação específica. Trata-se de uma maneira de se lidar com os estressores que não é influenciada pela cultura dos indivíduos e afirma a estabilidade do constructo após a sua completa formação, o que, segundo o autor, deverá ocorrer por volta dos 30 anos de idade. Antonovsky (1987) argumenta que na terceira década de vida, os indivíduos já teriam sido expostos a situações as quais permitiriam que eles elaborassem uma imagem do mundo como sendo mais ou menos compreensível, manejável e significante. Enfatiza que nessa idade, normalmente, o ser humano já completou a sua formação educacional, escolheu sua profissão, constituiu família e definiu seus papéis sociais. Antes dessa idade, o SC seria mais sensível à mudanças do que após seu estabelecimento total. Após seu total estabelecimento,

mudanças no SC seriam muito raras e quando ocorressem se justificariam pela experiência do homem frente a um novo padrão de vida.

Entretanto, nessa discussão, ao argumentar a estabilidade dessa predisposição ao enfrentamento dos estressores, o enfoque do autor está centrado naquele indivíduo com elevado SC. Ele usa como exemplo a situação de um indivíduo com elevado SC o qual irá utilizar de seus recursos gerais de resistência de maneira a transformar essa nova situação em algo compreensível, manejável e significante.

Contudo, há autores que são contrários à argumentação de Antonovsky e descrevem que as mudanças podem ocorrer nas condições sociais dos indivíduos em tempos de crises e que essas mudanças alterariam o SC das pessoas. Outro aspecto é que a teoria não foi suficientemente testada para ser considerada como totalmente confirmada. Ressaltam, ainda, que há evidências em outros estudos psicossociais os quais sugerem que não existe estabilidade para característica de personalidade como pode ser o caso do SC (DANTAS, 2007).

Ainda não há um consenso sobre o que realmente se avalia quando se mede o SC de um individuo. A proposta de Antonovsky (1987) é avaliar uma orientação global que norteia o ser humano no enfrentamento aos estressores presentes em sua vida. Desde o seu surgimento, o senso de coerência (SC) tem sido utilizado como uma medida de avaliação da capacidade de enfrentamento ao estresse ("*coping capacities*") (KARLSSON et al., 2002) ou de resiliência (ALMEDON et al., 2007).

Vários estudos têm abordado o constructo SC e sua associação com diversas variáveis como, sexo, idade, escolaridade, classe social, ocupação, qualidade de vida relacionada à saúde e variações individuais, entre outras (DANTAS, 2007,

DRAGESET et al., 2008). O senso de coerência foi avaliado entre trabalhadores de ocupações distintas (KIVIMÄKI et al., 2000), entre docentes (HARRI, 1998) e profissionais de enfermagem (TSELEBIS; MOULOU; ILIAS, 2001; LEINO-LOISON, et al., 2004). Tselebis, Moulou e Ilias (2001) identificaram em seu estudo não haver diferenças entre os sexos nos escores do MBI e o escore do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) e Leino-Loison et al. (2004) destacaram que a renda mensal e o estado de saúde mental estavam correlacionados positivamente com o SC.

Xianyu e Lambert (2006) encontraram associação inversa entre idade e estressores do local de trabalho e concluíram que a idade possui associação direta com os métodos de "*coping*". Horsburgh (2000) apresentou estudos nos quais as correlações entre SC e anos de educação foram diretas, porém não estatisticamente significantes e concluiu que mais pesquisas são necessárias para examinar a correlação entre SC, conhecimento e inteligência.

No Bloco Cirúrgico percebemos que algumas pessoas possuem maior habilidade para lidar com situações geradoras de estresse do que outras e possivelmente, esses trabalhadores possuam um forte senso de coerência. O estudo da Teoria Salutogênica entre profissionais de enfermagem nos auxiliará no desenvolvimento de estratégias que visem à melhoria da QVT entre os trabalhadores da enfermagem.

Ante o exposto, como enfermeira do BC e diante de nossa experiência profissional, elaboramos as seguintes questões norteadoras deste estudo:

1 – Qual é a relação do estado de saúde geral (física e mental) e do senso de coerência com a QVT dos profissionais de enfermagem que atuam no Bloco Cirúrgico?

2 – Quanto o estado de saúde geral (física e mental) e o senso de coerência dos profissionais de enfermagem do Bloco Cirúrgico interferem na variância da medida de Qualidade de Vida no Trabalho?

4.6 Modelo Teórico Proposto

Nossa investigação está centrada na associação da QVT com o estresse ocupacional, o estado de saúde física e mental e o senso de coerência. De acordo com o referencial teórico apresentado elaboramos o seguinte Modelo Teórico demonstrado na Figura 2.

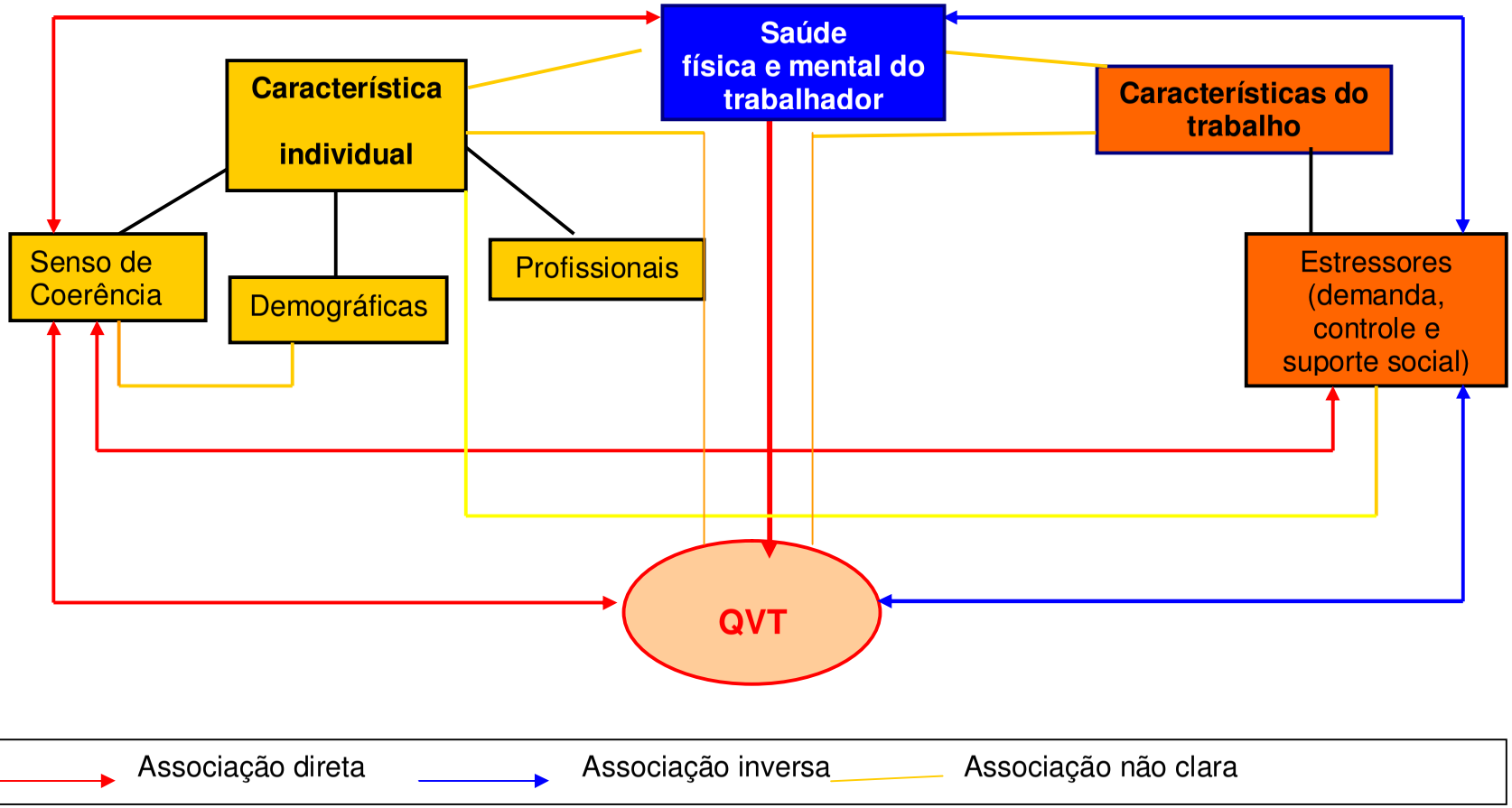


Figura 2 - Modelo teórico proposto para avaliar a associação da QVT com características do trabalho, individuais, saúde física e mental entre profissionais dos Blocos Cirúrgicos do município de Londrina-PR.

MATERIAL E MÉTODO

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Delineamento do Estudo

Foi realizado um estudo observacional, descritivo e correlacional, tipo corte transversal. O estudo correlacional foi escolhido para examinar a relação entre duas ou mais variáveis. Nesse tipo de delineamento o pesquisador não testa se uma variável causa a outra, ou quão diferente uma é da outra, mas sim se elas variam conjuntamente; ou seja, à medida que uma variável muda, se ocorre uma mudança relacionada na outra variável (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

5.2 Local

O estudo foi desenvolvido nos Blocos Cirúrgicos de onze hospitais do município de Londrina-Paraná, que foram denominados nesse estudo de Hospital A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K. As instituições participantes do estudo deveriam possuir CC com pelo menos duas salas cirúrgicas e CME centralizada ou descentralizada.

Dos 16 hospitais do município de Londrina que se adequaram aos critérios de inclusão, cinco não concordaram em participar do estudo.

5.3 Casuística

Uma amostra representativa foi composta por enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. Segundo Van Belle et al. (2004), uma amostra representativa, embora não tenha a característica de ter sido constituída de forma aleatória, ela representa a população a ser estudada uma vez que traz as características da população na qual está inserida. Para esses autores é mais fácil criticar a falta de randomização de uma amostra do que a falta de

representatividade. Uma medida de julgamento científico está envolvida na determinação da representatividade de uma amostra e as conclusões dos resultados obtidos devem ser cuidadosamente extrapoladas para a população alvo.

Para participar do estudo os trabalhadores deveriam abranger os seguintes critérios de inclusão:

- pertencer ao quadro de funcionários do Centro Cirúrgico e/ou Central de Materiais e Esterilização dos hospitais participantes do estudo;
- ter 21 anos ou mais;
- possuir contrato de trabalho definitivo ou temporário;
- atuar nestas unidades há, no mínimo, dois meses. Esse tempo foi determinado, por considerarmos que os trabalhadores com menos de dois meses de experiência no setor poderiam perceber as situações do trabalho como fontes de ansiedade e de estresse de modo diferente dos profissionais mais experientes; e
- não estar em período de férias ou licença médica no momento da coleta de dados.

5.4 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina, Bioiscal, de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, recebendo o número de registro CEP 235/06 (Anexo A).

5.5 Procedimento para Coleta de Dados

5.5.1 Análise Semântica

A análise semântica dos instrumentos Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos e Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky foi realizada em abril de 2007 e teve como objetivo precípuo verificar se todos os itens eram compreensíveis para todos os membros da população à qual os instrumentos se destinavam.

A técnica escolhida para a realização da análise semântica consistiu em checar os instrumentos com pequenos grupos de sujeitos numa situação de "*brainstorming"* (PASQUALI, 1999). Participaram da análise semântica três auxiliares de enfermagem e um enfermeiro de um dos hospitais do estudo (Hospital A), os quais foram escolhidos por sorteio.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) foram submetidos à análise semântica, pois os mesmos foram adaptados e validados em uma amostra de pacientes e não entre trabalhadores. O Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos foi analisado, pois o mesmo foi auto-administrado e não aplicado em entrevista como no estudo de validação (BARROS; ALEXANDRE, 2003).

Após a análise semântica da versão adaptada para o português por Barros e Alexandre (2003) do Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos (Anexo B), devido à dificuldade de entendimento pelos quatro participantes desta análise, foi acrescentada na questão número "1" a seguinte instrução:

- *"Se você responder "Não" nessa questão, passe para a questão 4. Se responder "Sim", responda as questões 2, 3 e 4."*

5.5.2 Pré-teste

O pré-teste foi realizado em abril de 2007 e teve o objetivo de verificar outras possíveis dificuldades no preenchimento dos instrumentos que não foram percebidas na análise semântica e se haveria necessidade de inclusão ou exclusão de alguma questão.

Vinte trabalhadores participaram desta etapa, os quais foram escolhidos aleatoriamente por meio da escala de revezamento de dois hospitais que fizeram parte do estudo. As instituições A e B foram sorteadas para essa etapa. Os trabalhadores foram orientados pela pesquisadora e receberam o impresso denominado “Esclarecimento ao Sujeito da Pesquisa” (Apêndice A) e após o consentimento em participar do estudo, assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice B).

Houve retorno de 15 instrumentos, dez da instituição A e cinco da instituição B. Após a análise dos instrumentos foi excluída a questão relacionada ao tempo de experiência na enfermagem, pois consideramos que somente a variável relacionada ao tempo de atuação no BC seria satisfatória para este estudo.

Com relação aos instrumentos de medida, verificamos um grande número de dados perdidos no retorno do Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos e, por isso, a instrução para o seu preenchimento foi alterada novamente, reforçando a necessidade de resposta em todos os itens. Visando minimizar o número de itens em branco, o mesmo foi disposto aos trabalhadores após o questionário para caracterização sócio-demográfica e profissional, sendo, desta forma, o segundo questionário a ser respondido. Os demais instrumentos foram respondidos corretamente e não necessitaram de mudanças em sua redação ou formato.

5.5.3 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de maio a novembro de 2007, por meio dos questionários entregue em mãos pela pesquisadora em envelopes fechados, o que contribuiu para garantir o anonimato dos participantes. Nas 11 instituições que permitiram a coleta de dados havia um total de 340 trabalhadores nos BC. Foram entregues 316 instrumentos e retornados 211 (66,8%). Os questionários preenchidos foram colocados em uma pasta identificada, deixada nos BC pela autora e devolvidos no prazo máximo de dez dias.

5.5.4 Instrumentos de Medidas

5.5.4.1 Caracterização Sócio-demográfica, Profissional e da Instituição

O questionário para caracterização sócio-demográfica e profissional contendo 16 questões fechadas, foi adaptado do questionário utilizado por Lino (1999) e por Schmidt (2004) e dividido em Parte A e B, da seguinte forma:

PARTE A: Caracterização sócio-demográfica dos respondentes: sexo (masculino/feminino); idade (em anos, calculada a partir da data de nascimento e da data do preenchimento do questionário); situação conjugal (casado/vivendo consensualmente, solteiro, viúvo, separado/divorciado); número de filhos; escolaridade (Apêndice C).

PARTE B: Caracterização da situação profissional dos participantes: categoria profissional; tempo de experiência no BC; local de atuação no BC; horário de trabalho; tipo de contrato; presença de duplo vínculo empregatício; atividade predominante realizada no BC; renda mensal; opção pelo setor; carga horária semanal (Apêndice C).

A caracterização da instituição onde os trabalhadores de enfermagem atuavam foi informada pelo enfermeiro responsável pelo BC, por meio de entrevista agendada pela autora. O questionário continha seis questões fechadas referentes às seguintes características:

PARTE C: tipo de instituição (particular/filantrópica/pública); número de trabalhadores; freqüência de atestados médicos e/ou férias; número de salas cirúrgicas; média de cirurgias (Apêndice D).

5.5.4.2 Escala Visual Analógica para Qualidade de Vida no Trabalho

Neste estudo optamos por utilizar uma Escala Visual Analógica (EVA) para a medida da QVT (Apêndice E), pois a mesma tem se mostrado satisfatória como instrumento de medida da dor (SCOTT; HUSKISSON,1979; FERREIRA-BACCI, 2004), de situações laborais, como a competência de enfermeiros em diferentes ambientes de trabalho (MERETOJA; LEINO-KILPI; KAIRA, 2004), de ansiedade entre pacientes (GIUNTINI, 2006) e de QVT (ARGENTERO; MIGLIORETTI; ANGILLETTA, 2007).

A EVA é um instrumento unidimensional que se utiliza do julgamento visual do indivíduo numa dimensão padronizada e consiste em uma linha vertical ou horizontal com dez centímetros de comprimento em cuja extremidade esquerda tem-se a classificação *"pior"* e na extremidade direita a classificação *"melhor possível"* (CUMMINGS; STEWART; HULLEY, 2003).

Este instrumento foi escolhido para medida da QVT, neste estudo, por permitir a avaliação desse construto em uma escala contínua, sendo mais sensível às mudanças do que as medições baseadas em listas de adjetivos categóricos (CUMMINGS; STEWART; HULLEY, 2003).

O conceito de QVT foi apresentado aos profissionais de enfermagem que participaram do estudo para que todos respondessem à questão sob o mesmo ponto de vista, minimizando vieses de interpretação. A QVT foi definida como a satisfação com remuneração, autonomia, "*status"* profissional, interação, normas organizacionais e requisitos do trabalho (trabalho em si) (STAMPS, 1997).

Mediu-se posteriormente a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, um valor numérico que correspondeu ao escore de QVT. O trabalhador que assinalou, por exemplo, na linha reta a uma distância de três centímetros da extremidade esquerda, teve sua QVT registrada como tendo escore 30, pois a medida foi transformada em milímetros.

5.5.4.3 *Job Stress Scale* – Versão resumida

Para a avaliação do estresse ocupacional utilizamos a versão sueca do *Job Contend Questionnaire*, a qual após adaptação cultural para o português e validação foi denominada de "*Job Stress Scale"*, versão resumida (JSS) (Anexo C) (ALVES, 2004). Por se tratar de uma escala reconhecida internacionalmente para a avaliação do estresse ocupacional, por ter sido adaptada e validada para a língua portuguesa e por ter apresentado boa estabilidade (teste-reteste entre 0,82 e 0,91) e boa consistência interna para suas dimensões (Alfa de Cronbach entre 0,63 e 0,86) a mesma foi escolhida para ser utilizada neste estudo (ALVES, 2004).

A JSS contém 17 itens que são distribuídos da seguinte forma na escala: cinco itens avaliam Demanda, seis avaliam Controle e seis analisam a dimensão Apoio Social. Dentre os itens que avaliam a dimensão Demanda, quatro se referem a aspectos quantitativos, como tempo e velocidade para a realização do trabalho (itens a, b, c, d) e uma questão analisa aspectos predominantemente qualitativos do

processo de trabalho, relacionados ao conflito entre diferentes demandas (item e). Dentre os seis itens da dimensão Controle, quatro avaliam o uso de desenvolvimento de habilidades (itens f, g, h, i) e dois a autonomia para tomada de decisão sobre o processo de trabalho (itens j, k). A dimensão Apoio Social possui seis itens (itens l, m, n, o, p, q), os quais avaliam o apoio que o trabalhador recebe da chefia e dos colegas de trabalho.

Trata-se de uma escala do tipo "*Likert*" de quatro pontos, variando de *freqüentemente* (4) a *nunca* (1) para a escala de Demanda e Controle, e de *concordo totalmente* (1) a *discordo totalmente* (4) para a escala de Apoio Social. Neste estudo, optou-se por coletar os dados para a dimensão Apoio Social dessa forma (*concordo totalmente* - 4 e *discordo totalmente* - 1), ao invés de inverter os escores para realização do cálculo, conforme é orientado na escala original (ALVES, 2004).

Alguns itens das dimensões Demanda e Controle possuem escores reversos e devem ser examinados antes do cálculo da dimensão a qual pertencem. Na escala de Demanda, o item "d" possui direção reversa: *"Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?".* Ao responder **"*freqüentemente"***, o escore um (após a inversão do valor) reflete uma menor demanda, uma vez que ter tempo suficiente para realização do trabalho com freqüência significa menor carga de demanda. O procedimento de cálculo do escore da dimensão Demanda é dado pela soma dos escores atribuídos aos cinco itens (após a inversão do escore do item "d") que compõem a dimensão e pode variar de cinco a 20.

Para a escala de Controle a direção é reversa para o item "ï" - *No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?* Nesse item a resposta **"*freqüentemente*"** (pontuação um, após a inversão do escore) sugere que

a pessoa possui pouco controle sobre o seu trabalho, pois necessita repetir várias vezes a mesma tarefa, enquanto nos demais itens as respostas **"*freqüentemente*"** denotam muito controle.

Essa dimensão possui duas sub-dimensões: a primeira traduzida como "discernimento intelectual" (itens f, g, h, i), cuja pontuação na escala de "*Likert*" varia de um (*pouco discernimento*) a quatro (*muito discernimento*). O escore final dessa sub-dimensão varia de quatro a 16. A segunda sub-dimensão é composta pelos itens "j"e "k" e foi denominada "autoridade sobre decisões". A pontuação varia de dois a oito e é obtida por meio da soma dos escores dos itens.

Em nosso estudo optamos por trabalhar apenas com o escore total da dimensão Controle, cujo resultado é obtido pela soma dos escores das duas sub-dimensões e varia de seis a 24, o que significa que quanto maior o valor, maior o controle de como e quando desenvolver seu trabalho.

O escore da dimensão Apoio Social possui intervalo de seis a 24 e é dado pela soma das respostas fornecidas aos seis itens, o que significa que quanto maior o escore, melhor o apoio social do trabalhador em seu ambiente de trabalho. Na avaliação das três dimensões, maiores escores indicam maior demanda, controle ou apoio social.

Neste estudo, optamos primeiramente por utilizar os escores contínuos para as três dimensões que compõem a JSS, pois julgamos que essa análise seria mais eficaz para obter uma compreensão inicial dos dados coletados e em seguida utilizamos a classificação proposta no estudo de Araújo et al. (2003), as quais sugerem que trabalhadores expostos a uma combinação de alta demanda e baixo controle (alta exigência) são considerados como grupo de maior exposição ao estresse ocupacional; aqueles expostos à alta demanda, mas tendo alto controle

(trabalho ativo) ou a baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo) são considerados como grupo de exposição intermediária ao estresse ocupacional e aqueles com alto controle e baixa demanda (baixa exigência) são classificados como não expostos ao estresse no trabalho.

Para identificação dos grupos de alta e baixa demanda e alto e baixo controle, utilizamos a mediana das referidas dimensões, formando duas categorias para a dimensão Demanda e duas para a dimensão Controle. A partir dessa categorização foi possível a formação de duas variáveis do tipo *"dummy"* relacionadas ao estresse ocupacional ("*dummy" 1 e "dummy" 2*), que foram utilizadas para testar nossas hipóteses.

5.5.4.4 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Para a avaliação da ansiedade e da depressão utilizamos a versão validada e adaptada para o português em uma amostra de pacientes epiléticos da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (BOTEGA et al., 1998). Neste estudo usaremos a sigla do nome da escala em inglês ("*Hospital Anxiety and Depression Scale"* – HADS) conforme os autores a mantiveram no estudo de validação desse instrumento para o português. A HADS contém 14 questões do tipo múltipla escolha, divididas em duas subescalas: **ansiedade** e **depressão (HADS-A** e **HADS-D)**, com sete itens cada uma. Cada item tem uma pontuação que varia de zero a três e o intervalo global, em cada subescala, varia de zero a 21. Maiores valores indicam mais sintomas de ansiedade e de depressão (BOTEGA et al., 1998) (Anexo D).

A HADS foi escolhida por ser de fácil compreensão, rápida de ser aplicada e com reduzido número de itens. Ela aborda as variáveis de interesse (ansiedade e depressão) e tem demonstrado boas características psicométricas entre indivíduos

com diversos tipos de patologias (ZIGMOND; SNAITH, 1983; OLSSON; MYKLETUM; DAHL, 2005; BARTH; MARTIN, 2005; CASTRO et al., 2006) e alta sensibilidade e especificidade quando comparada a outros instrumentos de avaliação de ansiedade e depressão (OLSSON; MYKLETUM; DAHL, 2005). Embora tenha sido inicialmente proposta para pacientes ambulatoriais na detecção de estados depressivos e de ansiedade, pode ser aplicada em diversos contextos, sendo que atualmente tem sido usada para diagnosticar ansiedade e depressão em pacientes psiquiátricos ou não psiquiátricos (BOTEGA et al., 1998). Os respondentes levam cerca de dois a cinco minutos em média para completar a escala, sendo bem aceita entre a população para a qual foi desenvolvida (SNAITH, 2003).

Zigmond e Snaith (1983) recomendam dois pontos de corte para serem utilizados em ambas subescalas: casos possíveis recebem pontuação superior a oito e casos prováveis, superior a 11 pontos. Neste estudo utilizamos o ponto de corte oito para ambas subescalas e assim formamos duas categorias: trabalhadores com escores abaixo de oito foram identificados como sem sintomas de ansiedade e/ou depressão e trabalhadores com escores de oito a 21 foram identificados como com sintomas de ansiedade e/ou depressão. Essa categorização foi realizada para testar as hipóteses deste estudo.

5.5.4.5 Questionário para Distúrbios Músculo-esqueléticos

Para avaliar as queixas osteomusculares que afetam os profissionais de enfermagem dos BC, utilizamos o instrumento geral derivado (Apêndice F) do Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos. O instrumento original foi construído por Kuorinka et al. (1987) e adaptado e validado para o português por Barros e Alexandre (2003) (Anexo B).

Há dois tipos de questionários, o geral e o específico. O específico avalia apenas uma determinada área do corpo, por exemplo, a região cervical, ou ombros ou então a coluna lombar, porém ainda não foi adaptado e validado para a língua portuguesa. O Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos possui questões dicotômicas e é um instrumento que pode ser auto-administrado ou utilizado em entrevista. O mesmo foi construído sobre uma figura humana, vista pela região posterior e dividida em nove regiões (três de membros superiores, três de membros inferiores e três de tronco), ou seja, região cervical, ombros, região torácica, cotovelos, punhos/mãos, região lombar, quadril/coxas, joelhos, tornozelos/pés.

Compreende questões relativas à presença de distúrbios osteomusculares nos últimos 12 meses e nos últimos sete dias e investiga a ocorrência de incapacidade funcional e a procura de auxílio profissional nos últimos 12 meses devido a esses problemas. Os resultados são avaliados por meio da freqüência de sintomas nas diferentes regiões do corpo (KUORINKA et al., 1987).

O instrumento adaptado por Barros e Alexandre (2003) tem apresentado de forma geral, excelente estabilidade, com valores de Kappa entre 0,63 e 1 (com exceção da questão relacionada à presença de dor no cotovelo que obteve Kappa de 0,48) e por ser um instrumento reconhecido mundialmente para a avaliação de queixas osteomusculares e pela percepção de facilidade de aplicação, o mesmo foi escolhido para este estudo.

O questionário foi auto-aplicado aos trabalhadores dos BC, os quais responderam às quatro questões relacionadas à presença de distúrbios osteomusculares nos últimos 12 meses e últimos sete dias, segundo as nove regiões do corpo e sobre a ocorrência de incapacidade funcional e a procura de auxílio

profissional nos últimos 12 meses devido a esses problemas, em uma escala dicotômica cujas respostas eram: **"sim"** ou **"não"**.

Enfatizamos que este instrumento foi disposto para o respondente após a coleta dos dados sócio-demográficos e profissionais, visando minimizar seu preenchimento incorreto.

5.5.4.6 Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA)

Para a avaliação do senso de coerência (SC), utilizamos a versão de 29 itens do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) adaptada e validada para a língua portuguesa por Dantas (2007) (Anexo E).

Trata-se de um questionário fechado, desenvolvido sobre o modelo teórico compreensivo da Teoria Salutogênica, para ser usado na forma de entrevista ou de auto-preenchimento. O instrumento foi construído originalmente em inglês e utilizado em 33 idiomas, com 15 diferentes versões para o instrumento. Sua forma reduzida, com 13 itens foi utilizada em 127 estudos, segundo a revisão sistemática realizada por Eriksson e Lindström (2005).

O QSCA é composto por três domínios sendo que: 11 itens investigam o domínio **compreensão** (itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26), dez itens estão relacionados ao domínio **manejo** (itens 2, 6, 9,13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29) e oito ao domínio **significância** (itens 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28) e neste estudo foi usado na forma de auto-preenchimento.

As respostas aos itens são obtidas por uma escala de sete pontos, com valores extremos variando de um a sete, na qual o valor sete representa o mais elevado SC e o um o mais fraco. Abaixo dos valores extremos (um e sete) há duas

frases âncoras que variam de acordo com a questão feita e servem para orientar as respostas dos indivíduos, como no exemplo:

Com que freqüência você tem sentimentos e idéias bastante confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita freqüência						Raramente ou nunca

Dos 29 itens, 13 são respondidos em uma escala reversa de valores, ou seja, valores maiores indicam menor SC (itens 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27). Por exemplo:

Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca tenho essa sensação						Sempre tenho essa sensação

Para se obter o valor total do SC esses 13 itens precisam ter seus valores revertidos, ou seja, o valor sete (7) será transformado em um (1), o seis (6) em dois (2) e, assim, sucessivamente. O intervalo possível para a escala varia de 29 a 203 (ANTONOVSKY, 1987, 1993). Pode-se utilizar também a análise dos escores para cada dimensão separadamente, embora os três componentes do SC tenham sido elaborados para expressar um único constructo que é o SC (ANTONOVSKY, 1987). Dessa forma optamos por utilizar apenas o escore total da escala, não apresentando os escores das dimensões separadamente.

A escolha desse instrumento justifica-se, pois além do mesmo ser utilizado como uma medida de "*coping*" ou de resiliência, a versão adaptada por Dantas (2007) mostrou ser válida e confiável (consistência interna medida pelo Alfa de

Cronbach de 0,78). Estudos prévios entre uma amostra da população geral sueca e entre uma amostra de farmacêuticos também apresentou alfa de Cronbach elevado, 0,82 e 0,91, respectivamente confirmando nossa opção (LARSSON; KALLENBERG, 1996, ROTHMANN et al., 2002). Em 124 estudos utilizando o questionário com 29 itens, o valor do alfa de Cronbach variou de 0,70 a 0,95 (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005).

A seguir apresentamos o modelo de medida utilizado neste estudo.

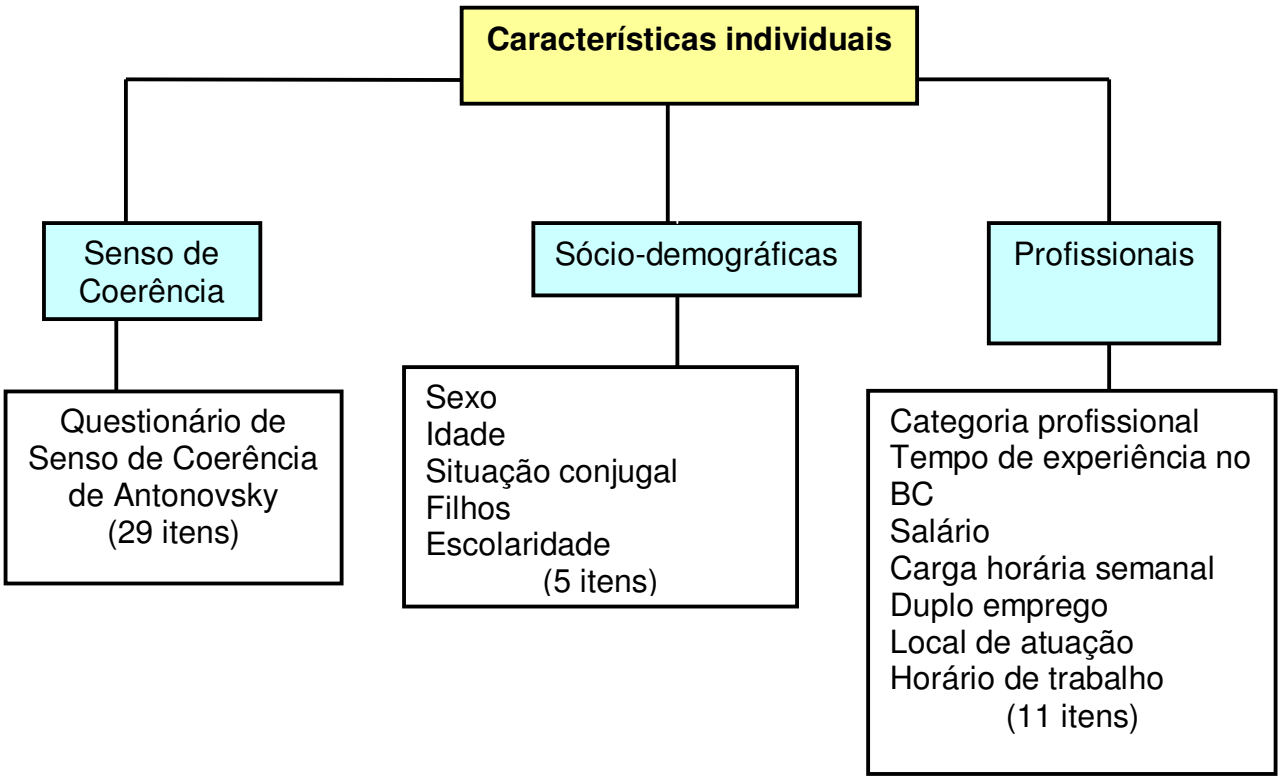


Figura 3 - Modelo de medidas utilizado para explicar a variação na QVT (continua)

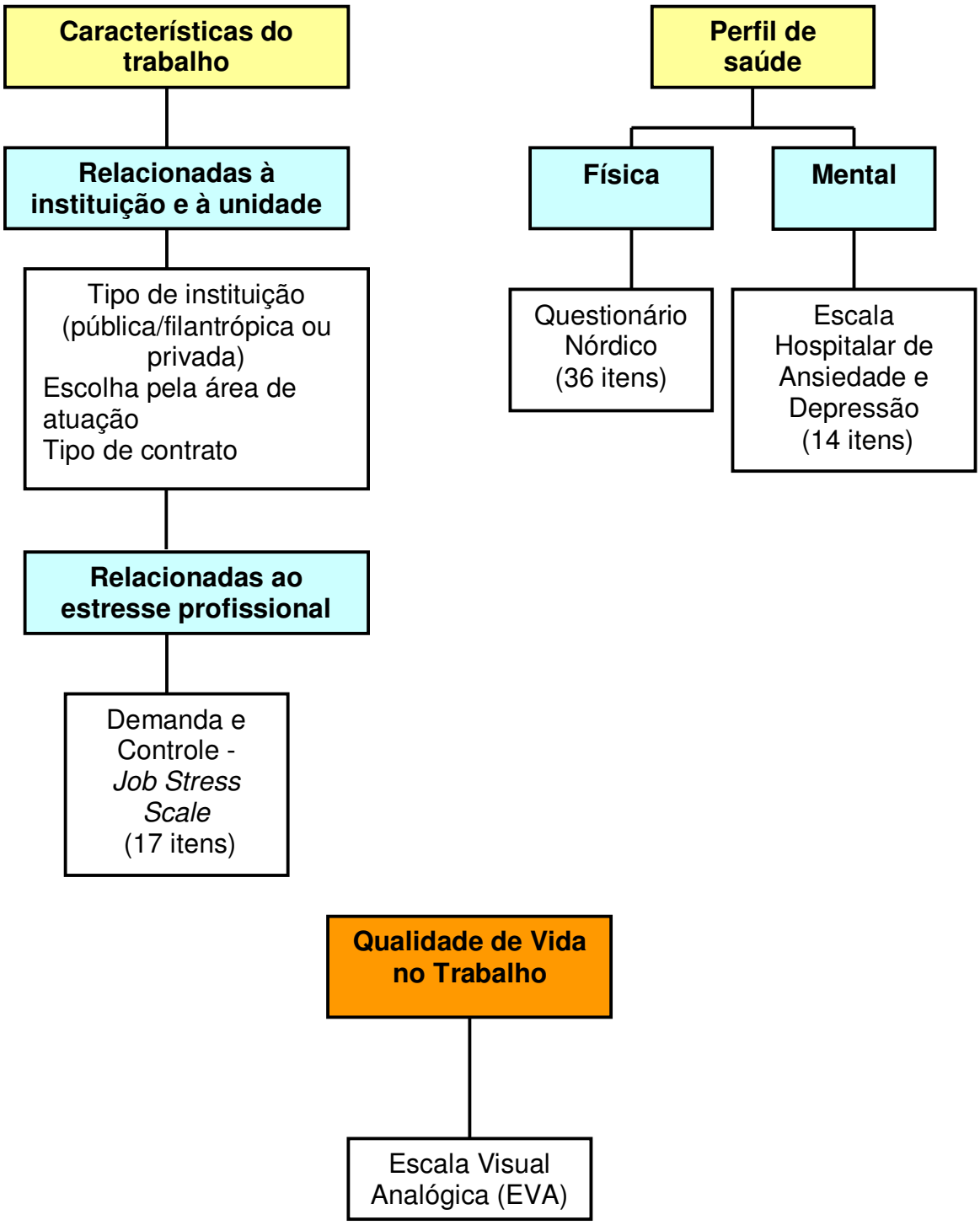


Figura 3 – Modelo de medidas utilizado para explicar a variação na QVT.

5. 6 Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram processados e analisados pelo programa de "software *Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 15.0 for Windows"*. Todas as variáveis sofreram análises descritivas, sendo que as variáveis categóricas foram submetidas à análise de freqüência simples, enquanto as contínuas foram analisadas segundo as medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão).

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi realizado para verificar a normalidade da distribuição das medidas obtidas para as variáveis QVT (Escala Visual Analógica de zero a 100), estresse ("*Job Stress Scale",* versão resumida), ansiedade, depressão (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) e senso de coerência (Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky).

Com relação às variáveis escalares, analisamos a consistência interna dos instrumentos e de suas subescalas pelo cálculo do Alfa de Cronbach. Embora não haja um limiar mínimo para que um coeficiente de fidedignidade seja considerado adequado para todos os fins, entende-se que, não havendo outras falhas, quanto mais alto o coeficiente, mais confiável o instrumento (URBINA, 2007). Desse modo consideramos valores acima de 0,70 como adequados para este estudo.

As seguintes variáveis sócio-demográficas e profissionais foram dicotomizadas para a realização das associações de interesse visando testar as hipóteses do estudo: estado civil (casado ou solteiros/separados/viúvo); escolaridade (até nível médio de escolaridade ou acima de nível médio); tipo de instituição (pública/filantrópica ou particular); categoria profissional (enfermeiros ou

não enfermeiros[1]); turno de trabalho (diurno ou noturno/intermediário); carga horária semanal (até 40 horas ou acima de 40 horas); renda mensal (até três salários mínimos ou acima de três salários mínimos).

Para avaliar a associação das variáveis sócio-demográficas, profissionais e do estado de saúde física e mental com a QVT e o SC, realizamos primeiramente a análise de associação univariada de maneira a obter uma compreensão inicial dos dados coletados. Para tanto utilizamos o teste de correlação de Pearson (idade e tempo de experiência profissional), teste t de Student (sexo, estado civil, escolaridade, categoria profissional, tipo de instituição, faixa salarial, turno de trabalho, carga horária semanal, presença de mais de um vínculo profissional), Análise de Variância (ANOVA) e teste de probabilidade (Qui-quadrado).

Quando a normalidade da distribuição das medidas não foi confirmada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, foram realizados testes não paramétrico: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Teste de Correlação de Spearmann. Realizamos também uma análise multivariada, por meio da regressão linear, para analisar a associação entre a medida de QVT e as variáveis do estudo, tais como, variáveis sócio-demográficas e profissionais, estresse, ansiedade, depressão e senso de coerência.

Foram elaborados gráficos do tipo *"boxplots"* para a apresentação da distribuição das medidas entre as categorias e gráficos de dispersão para demonstrar as correlações entre as variáveis.

Quanto ao manuseio dos dados perdidos ("*missing data"*) seguimos os critérios propostos por Cohen e Cohen (1983) para as medidas escalares. Esses autores estabelecem que só deva ser excluídos da amostra aqueles participantes

[1] Neste estudo os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem foram denominados de profissionais não enfermeiros.

que tiveram 20% ou mais de itens não respondidos em uma dada escala. Diante desse critério foram mantidos para análise dessas medidas os participantes que tivessem respondido, no mínimo, quatro itens da dimensão Demanda e cinco itens das dimensões Controle e Apoio Social da "*Job Stress Scale",* versão resumida; seis itens para as dimensões Ansiedade e Depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e 24 itens do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky. Os participantes que não atingiram o número máximo de dados sem respostas, segundo esse critério, tiveram seus dados perdidos substituídos pela média das suas respostas aos demais itens da dimensão ou da escala.

Para a classificação da força de correlação entre as variáveis, utilizamos os critérios propostos por Ajzen e Fishbeim (1980) que consideram os valores de correlação próxima de 0,30 como sendo satisfatórios, entre 0,30 e 0,50 uma correlação de moderada magnitude, acima de 0,50 de forte magnitude e valores abaixo de 0,30 de pouco valor para a prática, mesmo que estatisticamente significante. A escolha para tal classificação se justifica uma vez que estamos investigando medidas de constructos subjetivos (QVT, estresse, ansiedade, depressão e SC) que não podem ser observados diretamente pelo pesquisador. O nível de significância adotado foi menor ou igual a 0,05.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização das instituições

Das 11 instituições estudadas, cinco eram públicas ou filantrópicas (A, C, E, F e J) e seis eram particulares (B, D, G, H, I e K). O número de salas cirúrgicas variou de duas a oito salas e a média mensal de cirurgias foi de 340 procedimentos, variando entre 60 e 830. Nessas 11 instituições havia, no momento da coleta de dados, 340 trabalhadores nos BC. Foram entregues 316 instrumentos e retornados 211 (66,8%). Sete trabalhadores se identificaram visando justificar a não devolução do instrumento uma vez que atuavam em duas instituições e optaram por responder o instrumento enfocando apenas uma delas. Enfatizamos que nas instituições que participaram do estudo havia, no momento da coleta de dados, 13 trabalhadores de licença saúde e 11 em férias. Os atestados médicos foram devido à depressão e/ou síndrome do pânico (três), distúrbios osteomusculares (cinco), licença gestação (um), pós-operatório (um) e outras causas (três). Os oito trabalhadores afastados por problemas de saúde não foram incluídos, por se tratar de um número pequeno de profissionais e que traria resultados enviesados aos resultados do estudo.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos profissionais de enfermagem que participaram do estudo segundo a instituição onde atuavam.

Tabela 1 – Distribuição dos 209 participantes segundo a categoria profissional contratada e o hospital de origem. Londrina-PR, 2007.

Instituição	***Categoria Profissional***				
	Atendente	***Auxiliar***	***Técnico***	***Enfermeiro***	***n (%)***
A	12	33	9	9	63 (30,2)
B	0	2	2	1	5 (2,4)
C	3	15	8	2	28 (13,4)
D	0	12	0	3	15 (7,2)
E	3	7	2	1	13 (6,2)
F	3	7	0	1	11 (5,3)
G	1	10	2	0	13 (6,2)
H	1	7	0	1	9 (4,3)
I	0	3	3	1	7(3,3)
J	1	5	1	0	7 (3,3)
K	4	31	0	3	38 (18,2)
Total*	28	132	27	22	209 (100,0)

*2 trabalhadores não informaram a categoria profissional

Em todos os hospitais, os auxiliares de enfermagem foram os trabalhadores em maior número, com exceção do Hospital I, no qual constatamos três auxiliares e três técnicos de enfermagem. Nas instituições G e J não houve a participação do enfermeiro, mas as mesmas contavam com esse profissional nos BC. Na instituição A houve o maior número de participantes (30,2%), seguida do hospital K (18,2%).

6.2 Caracterização sócio-demográfica

Apresentamos, na Tabela 2, a caracterização sócio-demográfica dos 211 profissionais de enfermagem atuantes nos BC dos hospitais que participaram do estudo.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo as variáveis sócio-demográficas da amostra estudada, Londrina-PR, 2007.

Variável	*n (%)*	*Média (D.P.*)*	*Mediana*	*Intervalo*
Idade(anos) **	203	40 (9,7)	40	20 – 68
Sexo				
Feminino	183 (86,7)			
Masculino	27 (12,8)			
Dados perdidos	1 (0,5)			
Situação Conjugal				
Casado	114 (54,0)			
Solteiro	51 (24,2)			
Separado	35 (16,6)			
Viúvo	9 (4,3)			
Dados perdidos	2 (0,9)			
Tem filhos				
Sim	157 (74,4)			
Não	52 (24,6)			
Dados perdidos	2 (1,0)			
Escolaridade				
Ensino Médio Completo	123 (58,3)			
Superior Incompleto	31 (14,7)			
Superior Completo	20 (9,5)			
Especialização/Mestrado/Doutorado	16 (7,6)			
Ensino Médio Incompleto	15 (7,1)			
Ensino Fundamental Completo	6 (2,8)			

* Desvio Padrão
** 8 participantes não responderam

De acordo com a Tabela 2 os participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino (86,7%), a maioria casada (54,0%), com filhos (74,4%) e possuía o ensino médio completo (58,3%). Evidenciou-se que 31 (14,7%) profissionais buscavam formação complementar por meio de cursos de graduação em andamento. Entre os 36 (17,1%) profissionais de nível superior, 16 (7,6%) continuaram o aprimoramento profissional por meio de curso de pós-graduação *latu senso* (n=15; 41,7%) e *strictu senso* (n=1; 2,8%).

Com relação à idade dos trabalhadores, ela variou entre 20 e 68 anos, com mediana e média de 40 anos (D.P.=9,7).

Algumas características sócio-demográficas, como situação conjugal e escolaridade, foram reagrupadas para a realização das associações de interesse para testar nossas hipóteses. Suas freqüências estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos 211 profissionais estudados segundo a situação conjugal e a escolaridade. Londrina-PR, 2007.

Variável	***n (%)***
Situação Conjugal	
Casado	114 (54,0)
Solteiro/separados/viúvos	95 (45,0)
Dados perdidos	2 (1,0)
Escolaridade	
Até nível médio	144 (68,2)
Acima do nível médio	67 (31,8)

6.3 Caracterização profissional

A Tabela 4 apresenta os dados relacionados à caracterização profissional dos participantes do estudo, no que se refere ao tempo de experiência no BC, carga horária semanal, tipo de instituição que o trabalhador atuava, tipo de contrato de trabalho, categoria profissional, opção por trabalhar no BC, turnos de trabalho, remuneração salarial e se possuíam ou não duplo vínculo empregatício.

Tabela 4 – Distribuição dos 211 participantes, segundo dados relacionados aos aspectos profissionais. Londrina-PR, 2007.

Variável	*n (%)*	*Média (D.P.)*	*Mediana*	*Intervalo*
Tempo de Experiência		9,3 (8,0)	7,0	2meses – 32anos
Carga Horária Semanal		47,3 (16,0)	42,0	20 – 90
Tipo de Instituição				
Pública/ Filantrópica	123 (58,3)			
Privada	88 (41,7)			
Tipo de Contrato				
Definitivo	163 (77,3)			
Temporário	8 (3,8)			
Dados perdidos	40 (19,0)			
Categoria Profissional				
Auxiliar de Enfermagem	132 (62,6)			
Atendente	28 (13,3)			
Técnico de Enfermagem	27 (12,8)			
Enfermeiro	22 (10,4)			
Dados perdidos	2 (0,9)			
Área de atuação				
Centro Cirúrgico	125 (59,2)			
Central de Materiais	54 (25,6)			
Em ambos	26 (12,3)			
Dados perdidos	6 (2,8)			
Escolheu a área para atuar				
Sim	170 (80,6)			
Não	41 (19,4)			
Turnos de Trabalho				
Diurno	157 (74,4)			
Noturno	37 (17,5)			
Intermediário	16 (7,6)			
Dados perdidos	1 (0,5)			
Renda Mensal				
De 1 a 3 salários mínimos	140 (66,4)			
De 4 a 6 salários mínimos	50 (23,7)			
De 7 a 9 salários mínimos	9 (4,3)			
De 10 a 12 salários mínimos	6 (2,8)			
Dados perdidos	6 (2,8)			
Duplo Vínculo				
Não	159 (75,4)			
Sim	48 (22,7)			
Dados perdidos	4 (1,9)			

O tempo de experiência para os participantes do estudo foi, em média, de 9,3 (D.P.=8,0) anos, intervalo de 2 meses a 32 anos. A carga horária semanal média foi de 47,3 (D.P.=16,0) horas, intervalo de 20 a 90 horas de trabalho. Evidenciou-se também na Tabela 4 que a maioria dos trabalhadores pertencia às instituições públicas e filantrópicas (58,3%). Quanto à categoria profissional, 22 (10,4%) eram

enfermeiros, 27 (12,8%) eram técnicos, 132 (62,6%) auxiliares e 28 (13,3%) atendentes de enfermagem que atuavam predominantemente no CC (n=125; 59,2%).

A renda mensal para a maioria dos profissionais (66,4%) foi de um a três salários mínimos, sendo que apenas 15 (7,1%) deles recebiam mais do que sete salários mínimos, enquanto apenas 48 (22,7%) possuíam duplo vínculo empregatício.

Algumas características profissionais também foram agrupadas para testar as hipóteses deste estudo e suas freqüências estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos 211 profissionais dos Blocos Cirúrgicos, segundo categoria profissional, turnos de trabalho, carga horária e salário. Londrina-PR, 2007.

Variável	*n (%)*
Categoria Profissional	
Não enfermeiro	187 (88,6)
Enfermeiro	22 (10,4)
Dados perdidos	2 (1,0)
Turnos de Trabalho	
Diurno	157 (74,4)
Noturno/intermediário	53 (25,1)
Dados perdidos	1 (0,5)
Carga horária semanal	
Acima de 40 horas	132 (62,6)
Até de 40 horas	73 (34,6)
Dados perdidos	6 (2,8)
Salário	
Até três salários mínimos	140 (66,4)
Acima de três salários mínimos	65 (30,8)
Dados perdidos	6 (2,8)

6.4 Qualidade de Vida no Trabalho

A avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) foi realizada por meio da aplicação da Escala Visual Analógica (EVA). Considerando que o intervalo possível da EVA variou de 0 a 100 e que maiores valores indicavam melhor percepção quanto à QVT, obtivemos média de 58,9 (D.P.=27,7) e mediana 57 entre os 201 profissionais de enfermagem que responderam a essa questão.

A Tabela 6 apresenta o resultado da aplicação da EVA entre os participantes do estudo, segundo o total da amostra e por categoria profissional.

Tabela 6 – Estatística descritiva da medida de QVT segundo a amostra total e as categorias profissionais de enfermagem. Londrina – PR, 2007.

		QVT	
	Média (D.P.)	***Mediana***	***Intervalo***
Total	58,9 (27,7)	57,0	0 – 100
Categoria Profissional			
Enfermeiro	62,1 (17,8)	60	32 – 96
Técnico	63,0 (26,9)	66	0 – 100
Auxiliar	56,1 (28,6)	54,5	0 – 100
Atendente	66,6 (30,2)	67	11 – 100

n= 201

A seguir apresentamos os resultados referentes à avaliação das relações entre a medida de QVT com as variáveis sócio-demográficas (Tabela 7) dos participantes do estudo. Para a escolha dos testes de associação realizamos, anteriormente, o teste de Kolmogorov-Smirnov constatando a normalidade da distribuição dessa medida nos grupos investigados. Optamos, portanto, pelo teste t

de Student para avaliar a associação entre a medida de QVT e as variáveis situação conjugal e escolaridade.

Tabela 7 – Estatística descritiva do valor da medida de QVT, segundo as variáveis sexo, situação conjugal e escolaridade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

			QVT		
	n	*Amplitude*	*Mediana*	*Média (D.P.)*	*p**
Sexo					0,26
Feminino	173	0 – 100	60	59,7 (27,1)	
Masculino	25	4 – 100	54	53,0 (29,4)	
Situação conjugal					0,44
Casado	107	0 – 100	56	57,3 (27,0)	
Solteiro/viúvo/separado	91	0 – 100	57	60,6 (27,9)	
Escolaridade					0,96
Até nível médio	136	0 – 100	57	58,9 (29,1)	
Acima do nível médio	62	7 – 97	57,5	58,6 (23,6)	

* Teste-t

Não constatamos diferenças estatisticamente significantes entre as medidas de QVT segundo essas variáveis. Entretanto, a média de QVT foi maior no grupo feminino (M=59,7; D.P.=27,1) do que no masculino (M=53,0; D.P.=29,4), e no grupo dos trabalhadores solteiros/separados/viúvos (M=60,6; D.P.=27,9) do que no grupo dos profissionais casados (M=57,3; D.P.=27,0).

Buscando analisar uma possível associação entre a medida de QVT e a idade do profissional, calculamos a correlação entre elas. A Figura 4 ilustra essa associação. Constatamos uma correlação positiva e fraca (r=0,08) e estatisticamente não significante (p=0,26) entre as medidas.

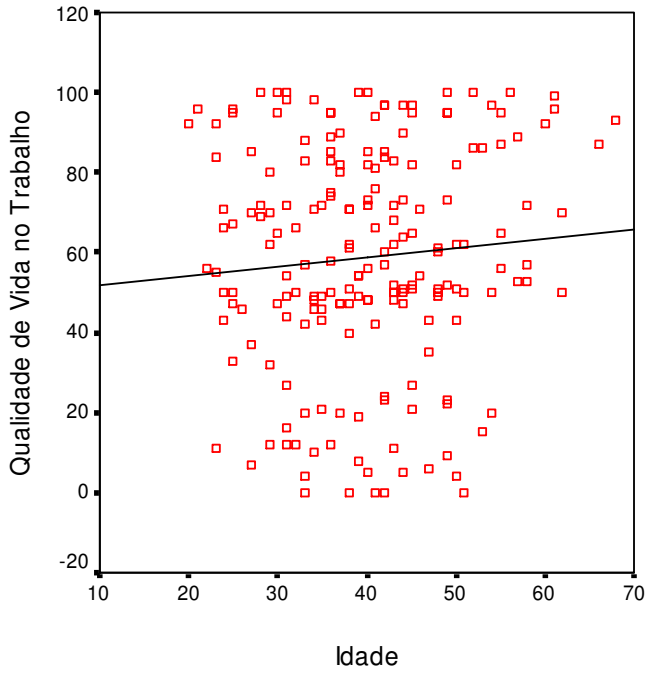


Figura 4 – Diagrama de dispersão dos valores da QVT e da idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

A Tabela 8 demonstra o resultado da medida da QVT segundo as características profissionais e aponta que houve diferença estatisticamente significante na avaliação dessa variável quando consideramos o tipo de instituição onde os participantes atuavam (p=0,003), a faixa salarial (p=0,006) e se foi respeitada a opção desses indivíduos quanto ao local de atuação (p=0,01), e apesar de não ser constatada diferença estatisticamente significante entre os grupos, segundo a categoria profissional, observou-se que os enfermeiros obtiveram maior média para a medida de QVT (M=62,1; D.P.=17,8) do que os profissionais não enfermeiros (M=58,7; D.P.=28,7) e verificou-se que os profissionais que atuavam no período diurno obtiveram média menor para a medida de QVT (M=57,9; D.P.=28,1) do que os que atuavam no período noturno/intermediário, cuja média foi de 62,4 (D.P.=26,9). Também foi observado que trabalhadores com carga horária semanal

menor obtiveram maior média para a medida de QVT (M=63,3; D.P.= 25,0) quando comparados aos que possuíam carga horária maior (M=56,3; D.P.=29,0).

Tabela 8 – Estatística descritiva da medida de QVT, segundo a categoria profissional, tipo de instituição, salário, opção por atuar no Bloco Cirúrgico, turno de trabalho, carga horária semanal e presença de outro vínculo empregatício entre os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

		QVT			
	n	*Amplitude*	*Mediana*	*Média (D.P.)*	*p**
Categoria profissional					0,61
Enfermeiros	20	32 – 96	60	62,1 (17,8)	
Não enfermeiros	179	0 – 100	57	58,7 (28,7)	
Tipo de instituição					0,003
Pública/Filantrópica	118	0 – 100	65	63,8 (25,0)	
Privada	83	0 - 100	49	52,0 (30,0)	
Salário					0,006
Até 3 salários-mínimos	135	0 – 100	52	55,2 (28,9)	
Acima de 3 salários-mínimos	64	0 – 100	67	66,7 (23,8)	
Opção por atuar no BC					0,01
Sim	163	0 – 100	62	61,3 (27,7)	
Não	38	10 – 100	48,5	48,7 (25,8)	
Turno de trabalho					0,32
Diurno	150	0 – 100	57	57,9 (28,1)	
Noturno/Intermediário	50	0 – 100	60,5	62,4 (26,9)	
Carga horária semanal					0,09
Até 40 horas	66	12 – 100	65,5	63,3 (25,0)	
Acima de 40 horas	129	0 – 100	54	56,3 (29,0)	
Outro vínculo empregatício					0,82
Sim	47	0 – 100	60	57,9 (29,7)	
Não	150	0 – 100	56,5	59,0 (27,3)	

* Teste-t

Ao correlacionarmos o valor da medida de QVT com o tempo de experiência profissional nos BC, constatamos correlação direta e fraca (r=0,09) e estatisticamente não significante (p=0,20).

6.5 Estresse Ocupacional

A variável estresse no trabalho foi avaliada pela versão resumida da JSS. Com relação aos dados perdidos, um participante foi excluído da análise dos três componentes da escala; três foram excluídos da análise do domínio Apoio Social, um da análise do domínio Demanda e um do domínio Controle, enquanto cinco participantes tiveram seus dados perdidos substituídos pela média dos demais itens do domínio.

Para a análise da confiabilidade do instrumento, no que se refere à consistência interna dos itens, foi calculado o alfa de Cronbach para cada componente da escala. Os resultados obtidos foram 0,73 para o componente Demanda, 0,54 para Controle e 0,75 para Apoio Social. Assim, o componente Controle foi o que apresentou a menor consistência interna. No estudo de validação do instrumento, a dimensão Controle também obteve o menor valor para o alfa de Cronbach (0,67) (ALVES et al., 2004).

Quanto à análise descritiva desta escala, é importante ressaltar que optamos, primeiramente, por realizá-la da seguinte forma: pela soma obtida para os itens de cada componente, Demanda (intervalo possível de cinco a 20), Controle (intervalo possível de seis a 24) e Apoio Social (intervalo possível de seis a 24) e, posteriormente, pela média dos itens de cada domínio (intervalo de um a quatro). Maiores valores indicam maior Demanda, Controle e Apoio Social. Os resultados referentes à análise descritiva dos componentes da JSS (versão resumida) estão apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 - Estatística descritiva da *Job Stress Scale* (versão resumida) total, das médias dos itens dos componentes e de cada um dos itens que compõe a escala para a amostra estudada. Londrina – PR, 2007.

Job Stress Scale	***Intervalo obtido***	***Mediana***	***Média (D.P.)***
Demanda	6 – 19	15,0	14,8 (2,4)
Média dos 5 itens	1 – 4	3,0	2,9 (0,4)
Item a*	1 – 4	4,0	3,6 (0,5)
Item b*	1 – 4	4,0	3,4 (0,6)
Item c*	1 – 4	3,0	3,3 (0,6)
Item d*	1 – 4	2,0	1,7 (0,6)
Item e*	1 – 4	3,0	2,6 (0,9)
Controle	7 – 23	17,0	16,5 (2,3)
Média dos 6 itens	1 – 4	2,8	2,7 (0,3)
Item f*	1 – 4	3,0	3,2 (0,8)
Item g*	1 – 4	4,0	3,6 (0,5)
Item h*	1 – 4	4,0	3,6 (0,5)
Item i*	1 – 3	1,0	1,1 (0,3)
Item j*	1 – 4	3,0	2,6 (0,9)
Item k*	1 – 4	2,0	2,1 (0,9)
Apoio Social	10 – 24	19,0	18,7 (2,8)
Média dos 6 itens	1 – 4	3,0	3,1 (0,4)
Item l**	1 – 4	3,0	2,6 (0,8)
Item m**	1 – 4	3,0	3,0 (0,6)
Item n**	1 – 4	3,0	3,0 (0,6)
Item o**	1 – 4	3,0	2,8 (0,8)
Item p**	1 – 4	4,0	3,5 (0,6)
Item q**	1 – 4	4,0	3,5 (0,5)

*n=209 **n=207

Com relação aos valores dos componentes da JSS para o total da amostra estudada, constatamos para a dimensão Demanda uma média de 14,8 (D.P.=2,4) e mediana de 15,0; para o componente Controle a média foi de 16,5 (D.P.=2,3) e mediana de 17,0 e o componente Apoio Social obteve média de 18,7 (D.P.=2,8) e mediana de 19,0. No geral, não observamos diferenças marcantes entre os valores das medianas e das médias dos três componentes da JSS para o total da amostra estudada. O mesmo resultado não pôde ser constatado para a média das respostas dos itens individualmente, cujos valores variaram de 1,1 (item i) a 3,6 (itens a, g e h). Quanto à mediana dos itens, temos que o valor a ser obtido nesse intervalo seria de dois, no entanto, as medianas variaram em seus valores, entre um (item i) e quatro (itens a, b, g, h, p, q). As respostas dos itens também variam de um a quatro, o que

significa que quanto maior a pontuação maior a percepção de Demanda, Controle e Apoio Social.

A menor média dos itens da dimensão Demanda foi 1,7 (item d, *Você tem tempo suficiente para cumprir todas as suas tarefas de seu trabalho?*) e a maior foi 3,6 (item a, *Com que freqüência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?*); da dimensão Controle a menor média foi 1,1 (item i, *No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?*) e a maior foi 3,6 (item g, *Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?* e item h, *Seu trabalho exige que você tome iniciativas?*) e para o componente Apoio Social a menor média foi 2,6 (item l, *Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.*) e a maior média foi 3,5 (item p, *No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.*; e item q, *Eu gosto de trabalhar com meus colegas.*).

Podemos observar a distribuição das médias dos itens graficamente, conforme a Figura 5.

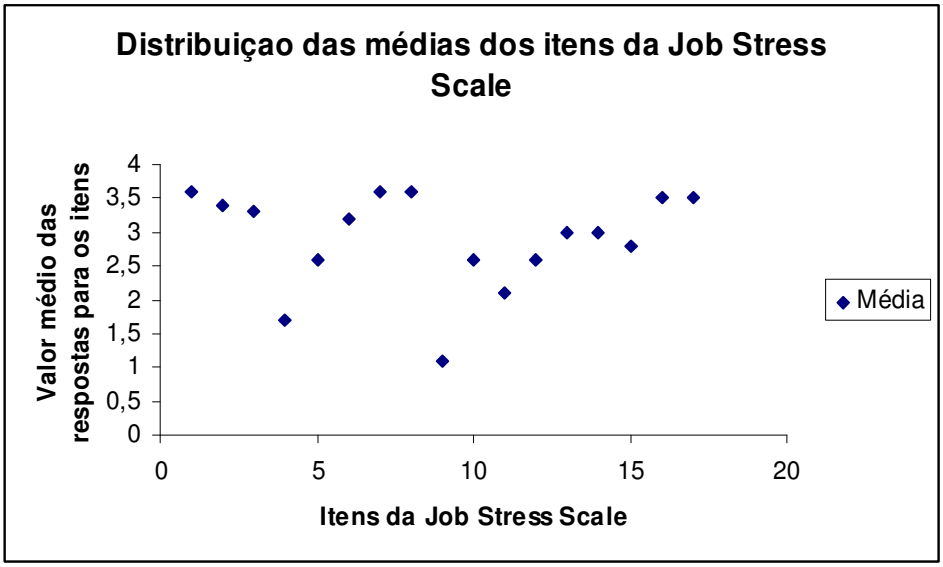


Figura 5 – Distribuição das médias dos itens da *Job Stress Scale* para os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

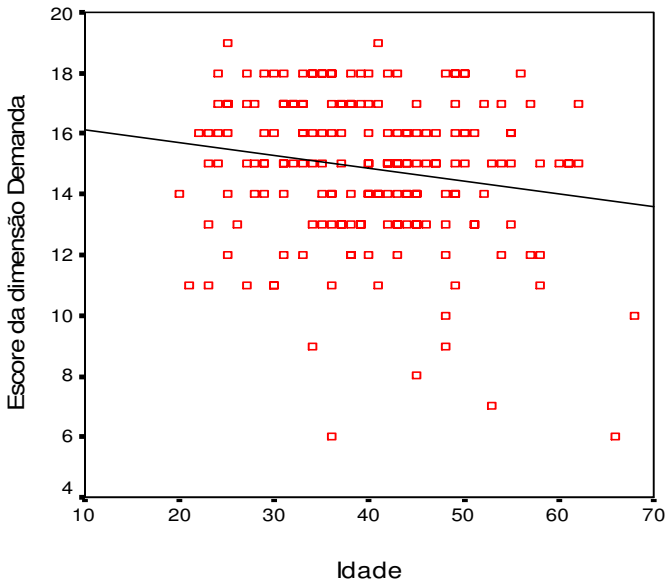
Antes de verificarmos a presença de possíveis associações entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais com a medida dos componentes Demanda, Controle e Apoio Social, verificamos a normalidade da distribuição dessas medidas entre os grupos. Foi observado que apenas a medida do componente Demanda não apresentou distribuição normal. Assim, ao analisar as associações da medida de Demanda com as variáveis sócio-demográficas e profissionais, utilizamos o teste de Mann-Whitney e o coeficiente de Correlação de Spearman.

Lembramos que o intervalo possível para a medida de Demanda varia de cinco a 20, sendo que maiores valores indicam maiores chances do indivíduo perceber uma maior demanda psicológica no trabalho.

Comparamos os valores da medida da dimensão Demanda entre os trabalhadores do sexo masculino e feminino e não constatamos diferença estatisticamente significante (p=0,84) entre elas. Quanto à escolaridade, obtivemos média de 15,5 (D.P.=2,1) para os profissionais com maior formação, enquanto os

trabalhadores com escolaridade até o nível médio apresentaram média de 14,5 (D.P.=2,4), resultado estatisticamente significante (p=0,03).

Constatamos correlação fraca, inversa e estatisticamente significante (r=-0,15; p=0,03) entre a idade dos participantes e a medida do componente Demanda. Este resultado pode sugerir que quando uma variável aumenta, por exemplo, a idade, a outra diminui, como a percepção de demanda no trabalho. Podemos observar essa correlação graficamente na Figura 6.



p=0,03

Figura 6 – Diagrama de dispersão dos valores da medida da dimensão Demanda e a idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

Os resultados referentes à estatística descritiva e às associações da dimensão Demanda com as características profissionais estão apresentados na Tabela 10. Observamos que houve diferença estatisticamente significante na avaliação dessa variável apenas quando consideramos a categoria profissional

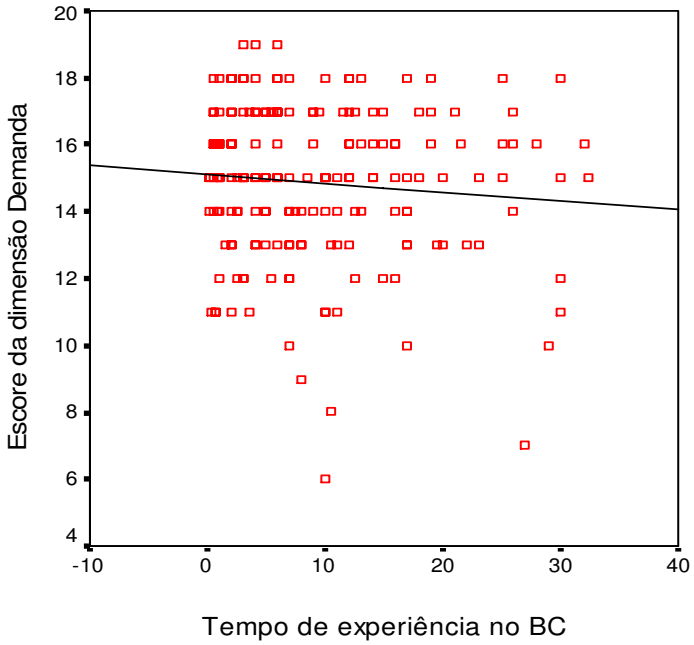
(p=0,01). As demais associações não apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 10 – Estatística descritiva da medida da dimensão Demanda, segundo o tipo de instituição, a categoria profissional, turno de trabalho, carga horária semanal e presença de outro vínculo empregatício entre os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

			Demanda		
	n	*Amplitude*	*Mediana*	*Média (D.P.)*	*p**
Tipo de instituição					0,22
Pública/Filantrópica	111	6 – 19	15	14,6 (2,4)	
Privada	75	10 – 19	16	15,1 (2,3)	
Categoria profissional					0,01
Enfermeiros	20	11 – 18	16	15,9 (1,9)	
Não enfermeiros	166	6 – 19	15	14,8 (2,3)	
Turno de trabalho					0,77
Diurno	136	6 – 19	15	14,9 (2,4)	
Noturno/Intermediário	50	10 – 18	15	14,9 (2,0)	
Carga horária semanal					0,96
Até 40 horas	72	6 – 19	15	14,5 (2,7)	
Acima de 40 horas	129	6 – 19	15	14,9 (2,2)	
Outro vínculo empregatício					0,12
Sim	43	6 – 18	15	14,3 (2,4)	
Não	143	7 – 19	15	14,9 (2,4)	

* Mann - Whitney

Tempo de experiência no BC obteve correlação fraca, inversa e estatisticamente não significante (r=- 0,07; p= 0,33) com a dimensão Demanda, conforme demonstra a Figura 7.



p=0,33

Figura 7 – Diagrama de dispersão dos valores da dimensão Demanda e tempo de experiência dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

Quanto à dimensão Controle, cujo intervalo varia de seis a 24, no qual maior escore significa maior controle no trabalho, a associação com o sexo dos participantes não apresentou diferença estatisticamente significante (p=0,57), sendo que a média para o grupo dos homens foi de 16,8 (D.P.=2,5) e para as mulheres de 16,5 (D.P.=2,3).

Encontramos diferença estatisticamente significante entre as medidas da dimensão Controle e a escolaridade dos trabalhadores (p=0,05). Aqueles com grau de instrução até o nível médio obtiveram média de 16,2 (D.P.=2,4) e os profissionais com maior escolaridade ficaram com média de 17,2 (D.P.=2,2). Lembramos que os enfermeiros encontram-se na categoria com maior nível educacional, cujo controle de como e quando realizar sua tarefa também pode ser maior.

A idade apresentou correlação fraca e inversa, embora estatisticamente significante, com a dimensão Controle (r= -0,13; p= 0,05), conforme verificamos na Figura 8.

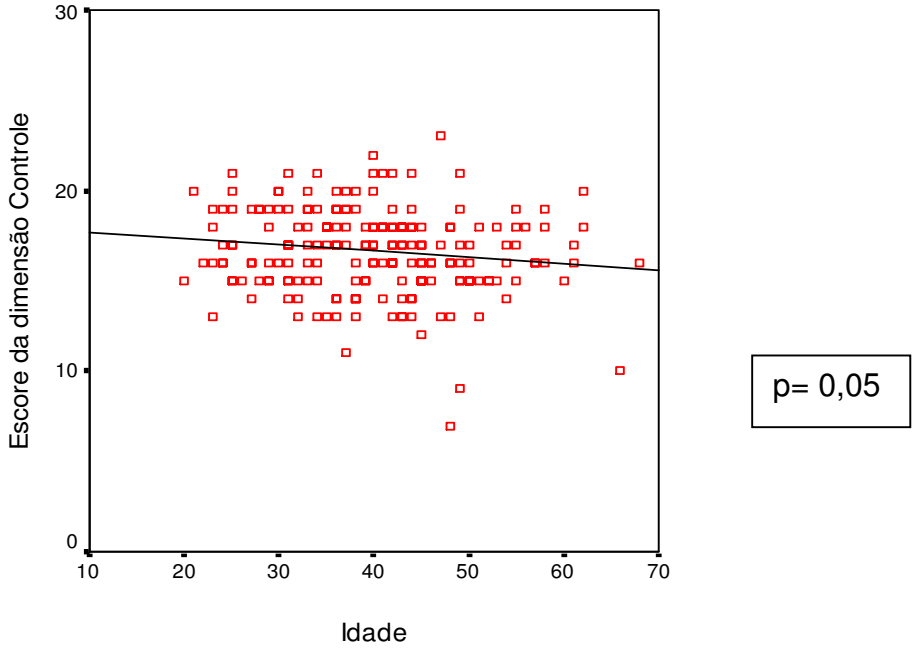


Figura 8 – Diagrama de dispersão dos valores da medida da dimensão Controle e a idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

A Tabela 11 apresenta a estatística descritiva da dimensão Controle segundo as características profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos BC.

Tabela 11 – Estatística descritiva da medida da dimensão Controle, segundo o tipo de instituição, categoria profissional, turno de trabalho, carga horária semanal, presença de outro vínculo empregatício e salário para profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

			Controle		
	n	*Amplitude*	*Mediana*	*Média (D.P.)*	*p**
Tipo de instituição					0,01
Pública/Filantrópica	113	7 – 23	17	16,9 (2,4)	
Privada	71	9 – 20	16	16,0 (2,2)	
Categoria profissional					0,000
Enfermeiros	21	14 – 21	19	18,7 (3,0)	
Não enfermeiros	163	7 – 23	16	16,3 (2,3)	
Turno de trabalho					0,01
Diurno	139	9 – 23	17	16,8 (2,3)	
Noturno/Intermediário	45	7 – 21	16	15,9 (2,4)	
Carga horária semanal					0,00
Até 40 horas	64	11 – 23	17,5	17,3 (2,2)	
Acima de 40 horas	120	7 – 22	16	16,2 (2,4)	
Outro vínculo empregatício					0,68
Sim	44	7 – 22	16,5	16,4 (2,5)	
Não	140	9 – 23	17	16,6 (2,3)	
Salário					0,000
Até três salários mínimos	121	7 – 23	16	16,0 (2,4)	
Acima de três salários mínimos	63	12 – 21	18	17,7 (1,9)	

* Teste t

Os resultados apresentados apontam que há diferença estatisticamente significante na avaliação do domínio Controle com a maioria das variáveis profissionais analisadas, tais como, tipo de instituição, categoria profissional, turno de trabalho, carga horária semanal e renda mensal.

O teste de correlação entre tempo de experiência no BC e a medida do domínio Controle obteve resultado inverso, sem valor para a prática e estatisticamente não significante (r= -0,05, *p*=0,42).

Quanto ao domínio Apoio Social, observamos que o sexo e a situação conjugal dos participantes do estudo não apresentaram associação estatisticamente significante com essa dimensão (p= 0,08 e 0,81, respectivamente). Porém, a associação da medida de Apoio Social com nível educacional obteve resultado estatisticamente significante (p=0,01). Trabalhadores com formação até o nível médio obtiveram média de 19,0 (D.P.=2,9) e os demais obtiveram média de 17,9 (D.P.=2,6). Observa-se, assim, que os profissionais com menor formação percebiam maior apoio de colegas e chefia quando comparados aos demais trabalhadores. A idade apresentou correlação fraca, positiva e estatisticamente não significante com a dimensão Apoio Social (r= 0,04; p=0,50).

Os resultados da análise descritiva e das associações entre a dimensão Apoio Social e características profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos BC estão apresentados na Tabela 12.

Tabela 12 – Estatística descritiva da medida da dimensão Apoio Social, segundo o tipo de instituição, categoria profissional, turno de trabalho e presença de outro vínculo empregatício para profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

			Apoio Social		
	n	*Amplitude*	*Mediana*	*Média (D.P.)*	*p**
Tipo de instituição					0,66
Pública/Filantrópica	111	10 – 24	19	18,7 (2,5)	
Privada	73	10 – 24	18	18,3 (3,3)	
Categoria profissional					0,50
Enfermeiros	21	14 – 23	20	19,1 (2,2)	
Não enfermeiros	103	10 – 24	19	18,5 (2,9)	
Turno de trabalho					0,09
Diurno	137	10 – 24	19	18,8 (2,9)	
Noturno/Intermediário	47	10 – 24	18	17,9 (2,7)	
Outro vínculo empregatício					0,20
Sim	44	10 – 24	19,5	19,1 (2,7)	
Não	140	10 – 24	19	18,4 (2,9)	

A Tabela 12 demonstra que não houve associações estatisticamente significantes entre a dimensão Apoio Social e as características profissionais avaliadas, embora os trabalhadores do período diurno apresentem média maior para essa dimensão quando comparados aos profissionais que atuavam no período noturno/intermediário.

O tempo de experiência no BC obteve correlação fraca, inversa e estatisticamente não significante com a medida da dimensão Apoio Social (r= -0,07; p= 0,31).

A partir da mediana encontrada para o total da amostra de trabalhadores nas dimensões Demanda e Controle iguais a 15 e 17, respectivamente, formou-se duas categorias para a dimensão Demanda (baixa e alta demanda) e duas para a dimensão Controle (baixo e alto controle). Assim, identificamos os trabalhadores

com alta exposição ao estresse ocupacional, aqueles com exposição intermediária e também os não expostos ao estresse no trabalho. O critério utilizado para essa classificação foi sugerido por Araújo et al. (2003). A Tabela 13 apresenta a distribuição da freqüência destas três categorias de exposição ao estresse ocupacional, na qual observamos que houve uma grande freqüência de trabalhadores com exposição intermediária ao estresse no trabalho (54,5%).

Tabela 13 – Distribuição da freqüência de exposição ao estresse ocupacional para a amostra de trabalhadores dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

	Estresse Ocupacional	
	n	%
Sem exposição	36	17,1
Exposição Intermediária	115	54,5
Alta exposição	54	25,6
Dados perdidos	6	2,8
Total	211	100,0

6.6 Ansiedade e Depressão

Apresentamos a seguir os resultados relacionados à aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – subescala Ansiedade (HADS – A) e Depressão (HADS – D) - para o total da amostra de profissionais de enfermagem dos BC.

Segundo o critério adotado para o manejo dos dados perdidos para a subescala HADS – A, foram excluídos três participantes, os quais não responderam de três a sete itens dessa subescala. Dois respondentes tiveram seus dados perdidos substituídos pela média dos demais itens. Na subescala HADS-D, foram

excluídos dois trabalhadores com sete itens sem resposta e dois respondentes tiveram seus dados perdidos substituídos pela média das respostas aos demais itens.

Na escala de ansiedade o item 4 (*Consigo ficar à vontade e me sentir relaxado*) obteve o maior número de não respostas e na escala de depressão o maior número de não respostas foi para os itens 1 (*Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes*) e 7 (*Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, rádio, ou quando leio alguma coisa*).

Quanto à confiabilidade do instrumento, verificada pela consistência interna das subescalas, obtivemos valores de Alfa de Cronbach de 0,79 e 0,77 para a HADS-A e a HADS-D, respectivamente, demonstrando que o instrumento mostrou-se confiável na amostra estudada.

A Tabela 14 apresenta os resultados referentes à estatística descritiva e a consistência interna da HADS.

Tabela 14 – Estatística descritiva e consistência interna das subescalas HADS-A e HADS-D na amostra dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

Subescalas da HADS	***Alfa de Cronbach***	***Média (D.P.)***	***Mediana***	***Intervalo obtido***
Ansiedade	0,79	6,3 (3,7)	6,0	0 – 21
Depressão	0,77	5,2 (3,3)	5,0	0 – 16

Ao considerarmos que os intervalos possíveis, para ambas as medidas, variam de zero a 21, sendo que maiores valores indicam maior chance do indivíduo desenvolver um transtorno de ansiedade e/ou transtorno do humor, os intervalos

obtidos para as medidas de ansiedade e depressão foram, respectivamente, entre zero e 21 e entre zero e 16, demonstrando que existiam profissionais com escores elevados para esses transtornos.

Ao utilizarmos o critério sugerido pelos autores da escala os quais determinam o escore oito como ponto de corte para a HADS-A e a HADS-D, constatamos que, entre estes profissionais, 66 (31,3%) apresentavam sintomas de ansiedade e 51 (24,2%) sintomas de depressão, conforme verificamos na Tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição dos profissionais segundo a presença de ansiedade e depressão. Londrina – PR, 2007.

HADS	***n***	***%***
Ansiedade		
Sem sintomas de ansiedade (valores < 8)	142	67,3
Com sintomas de ansiedade (valores ≥ 8)	66	31,3
Dados perdidos	3	1,4
Depressão		
Sem sintomas de depressão (valores <8)	158	74,9
Com sintomas de depressão (valores ≥ 8)	51	24,2
Dados perdidos	2	0,9

Por não ter sido constatada distribuição normal em ambas as medidas, usamos o teste de correlação de Spearmann e observamos uma correlação forte e estatisticamente significante entre as medidas de ansiedade e de depressão ($r= 0,73$; $p<0,001$), sugerindo que os trabalhadores que obtiveram os maiores valores para a medida de depressão, também obtiveram os maiores escores na medida de ansiedade, conforme podemos observar na Figura 9.

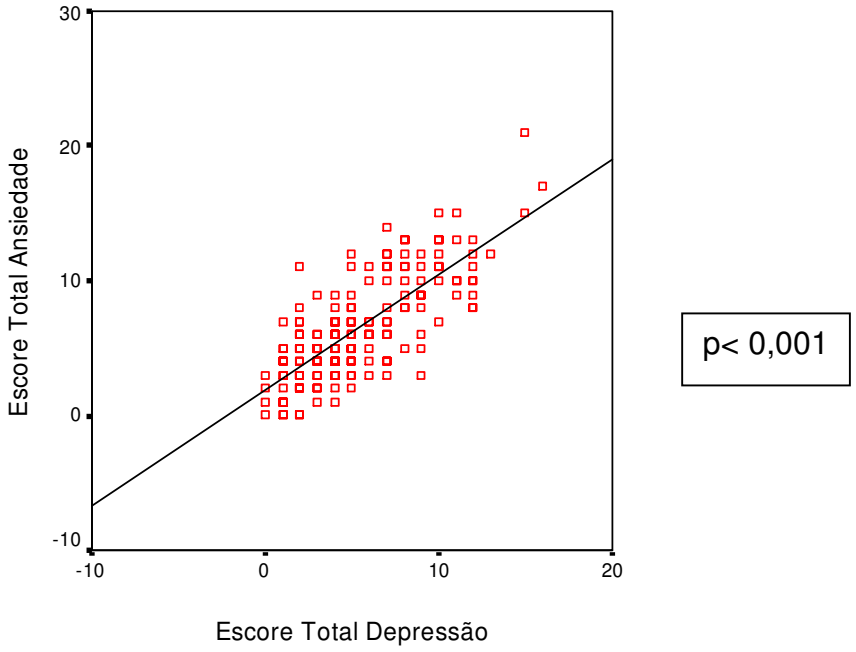


Figura 9 - Diagrama de dispersão dos valores da HADS-A e HADS-D para os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina - PR, 2007.

As Tabelas 16 e 17 apresentam a ocorrência de ansiedade e depressão segundo as características sócio-demográficas e profissionais dos participantes do estudo.

Tabela 16 - Associação da presença de ansiedade com as características sócio-demográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

	Presença de ansiedade		*p*
	Sim *n (%)*	*Não* *n (%)*	*(teste χ^{2*})*
Sexo			0,787
Feminino	58 (87,9)	122 (86,5)	
Masculino	8 (12,1)	19 (13,5)	
Estado Conjugal			0,061
Casado	41 (64,1)	71 (50,0)	
Solteiro/separado/viúvo	23 (35,9)	71 (50,0)	
Escolaridade			0,328
Até nível médio	42 (63,6)	100 (70,4)	
Acima do nível médio	24 (36,4)	42 (29,6)	
Tipo de instituição			0,011
Pública/filantrópica	30 (45,5)	91 (64,1)	
Privada	36 (54,5)	51 (35,9)	
Categoria Profissional			0,124
Enfermeiro	11 (16,9)	11 (7,8)	
Não enfermeiro	54 (83,1)	130 (92,2)	
Carga horária semanal			0,953
Até 40 horas	23 (35,9)	49 (35,5)	
Acima de 40 horas	41 (64,1)	89 (64,5)	
Duplo vínculo empregatício			0,027
Sim	9 (13,6)	38 (27,5)	
Não	57 (86,4)	100 (72,5)	
Renda Mensal			0,401
Até três salários mínimos	46 (71,9)	91 (65,9)	
Acima de três salários	18 (28,1)	47 (34,1)	

* Qui-quadrado

Tabela 17 - **Associação** da presença de depressão com as características sócio-demográficas e profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

	Presença de depressão		*p*
	Sim n (%)	*Não* *n (%)*	(teste χ^{2*})
Sexo			0,766
Feminino	45 (88,2)	136 (86,6)	
Masculino	6 (11,8)	21 (13,4)	
Estado Conjugal			0,033
Casado	33 (67,3)	79 (50,0)	
Solteiro/separado/viúvo	16 (32,7)	79 (50,0)	
Escolaridade			0,757
Até nível médio	34 (66,7)	109 (69,0)	
Acima do nível médio	17 (33,3)	49 (31,0)	
Tipo de instituição			0,801
Pública/filantrópica	29 (56,9)	93 (58,9)	
Privada	22 (43,1)	65 (41,1)	
Categoria Profissional			0,472
Enfermeiro	7 (14,0)	15 (9,5)	
Não enfermeiro	43 (86,0)	142 (90,5)	
Carga horária semanal			0,134
Até 40 horas	22 (44,9)	51 (33,1)	
Acima de 40 horas	27 (55,1)	103 (66,9)	
Duplo vínculo empregatício			0,010
Sim	5 (9,8)	42 (27,3)	
Não	46 (90,2)	112 (72,7)	
Renda Mensal			0,417
Até três salários mínimos	31 (63,3)	107 (69,5)	
Acima de três salários	18 (36,7)	47 (30,5)	

* Qui-quadrado

Segundo as Tabelas 16 e 17, não constatamos diferenças estatisticamente significante entre a presença de ansiedade quando analisamos os profissionais segundo as características sócio-demográficas ($p>0,05$).

Constatamos diferenças estatisticamente significante quando comparamos a presença de ansiedade somente segundo as variáveis “tipo de instituição” ($p=0,011$) e “presença de duplo vínculo empregatício” ($p=0,027$).

Com relação à presença de depressão, o resultado foi estatisticamente significante para a variável “situação conjugal” ($p=0,033$), enquanto que entre as características profissionais somente a variável “possuir duplo vínculo empregatício” apresentou diferença estatisticamente significante para a presença de depressão ($p=0,010$).

A idade dos participantes obteve correlação fraca, inversa e estatisticamente significante com a medida de ansiedade ($r=-0,17$, $p=0,01$) (Figura 10) e correlação inexistente, sem significância estatística, embora direta com a medida de depressão ($r=0,01$, $p=0,81$).

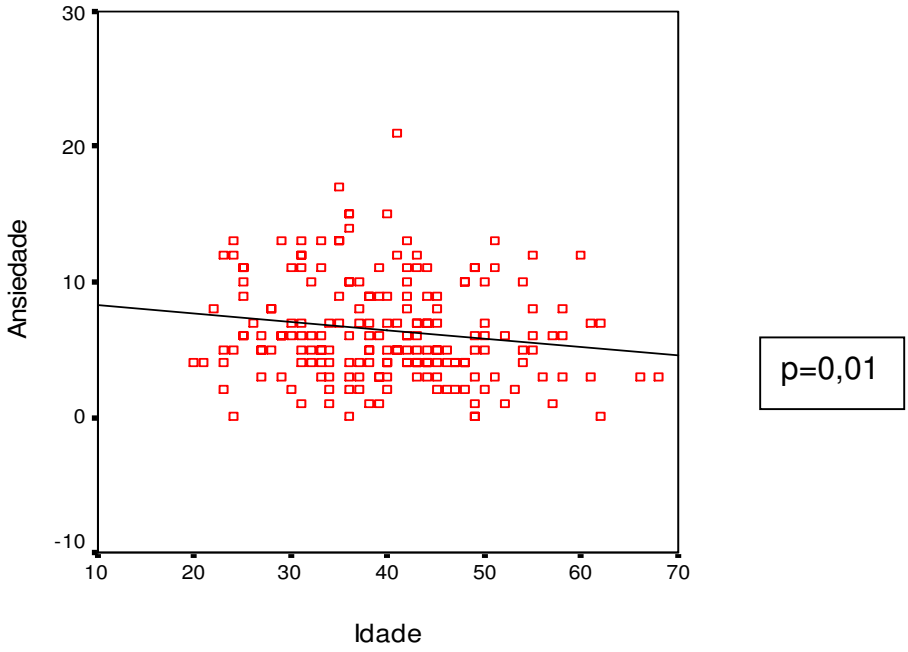


Figura 10 - Diagrama de dispersão segundo os valores da HADS-A e a idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina - PR, 2007.

O tempo de experiência profissional no BC não obteve correlação estatisticamente significante com a medida de ansiedade (r= -0,04; p=0,51) e com a medida de depressão (r= 0,04; p=0,52), no entanto, observou-se um sentido inverso entre ansiedade e tempo de experiência, isto é, quando aumenta o valor de uma variável (por exemplo, valor da medida de ansiedade), diminui o valor da outra (por exemplo, tempo de experiência), ou seja, os profissionais com menos experiência percebiam mais sintomas de ansiedade do que os demais trabalhadores.

6.7 Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

Na investigação da saúde física dos profissionais de enfermagem por meio do questionário originado do Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos, observamos uma grande porcentagem de itens que não foram

respondidos pelos trabalhadores o que comprometeu a avaliação dessa variável em nosso estudo.

Ressaltamos que foi realizada a análise semântica com quatro profissionais de enfermagem do BC de um dos hospitais que participaram do estudo, e que os mesmos demonstraram dificuldade para entender as instruções do instrumento, que foi alterada visando facilitar a compreensão pelos respondentes. Após a realização do pré-teste, observamos que vários itens continuaram sem respostas, e por isso, reformulamos novamente as instruções para o preenchimento do questionário, visando reforçar a necessidade de não deixar os itens sem respostas. A freqüência dos dados não respondidos nos questionários retornados pelos participantes está apresentada na Tabela 18.

Tabela 18 – Freqüência de dados perdidos para o questionário derivado do Questionário Nórdico para Sintomas Músculo-esqueléticos entre os 211 trabalhadores de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

Região do Corpo	*Presença de dor nos últimos 12 meses (%)*	*Impedimento para a realização de atividades (%)*	*Procura por auxilio profissional da área da saúde (%)*	*Presença de dor nos últimos 7 dias(%)*
Pescoço	70 (33,2)	77 (36,5)	78 (37,0)	79 (37,4)
Ombros	67 (31,8)	79 (37,4)	81 (38,4)	87 (41,2)
Parte superior das costas	73 (34,5)	90 (42,7)	92 (43,6)	91 (43,1)
Cotovelos	101 (47,9)	98 (46,4)	102 (48,3)	102 (48,3)
Punho/mãos	77 (36,5)	87 (42,1)	91 (43,1)	91 (43,1)
Parte inferior das costas	69 (32,7)	75 (36,0)	81 (38,4)	80 (37,9)
Quadril/coxas	94 (44,5)	96 (45,5)	97 (46,0)	100 (47,4)
Joelhos	88 (41,7)	88 (41,7)	92 (43,6)	93 (44,1)
Tornozelo/pés	78 (37,0)	84 (39,8)	90 (42,7)	87 (41,2)

Como podemos observar, houve uma grande freqüência de não respostas para as quatro questões do questionário, segundo as nove regiões do corpo analisadas. No geral, as freqüências de dados perdidos variaram de 67 (31,8%) a 102 (48,3%).

Os dados perdidos variaram de 67 (31,8%) a 101 (47,9%) para a questão relacionada à presença de sintomas osteomusculares nos últimos 12 meses; de 75 (36,0%) a 98 (46,4%) para a questão relacionada ao impedimento de realizar atividades devido à presença de dor; de 78 (37,0%) a 102 (48,3%) para a questão relacionada à busca por ajuda profissional devido à presença de dor e de 79 (37,4%) a 102 (48,3%) para a pergunta relacionada à presença de sintomas osteomusculares nos últimos sete dias.

Diante do resultado apresentado, constatamos que os trabalhadores deste estudo apresentaram grande dificuldade para o preenchimento correto do instrumento e concluímos que a auto-aplicação do Questionário Nórdico não foi a melhor estratégia para a coleta de queixas osteomusculares na amostra estudada.

Não conseguimos observar um padrão de não respostas entre os participantes. Alguns participantes não responderam aos itens de maneira geral, enquanto que outros deixaram de responder a questões específicas do instrumento. Desse modo não foi possível adotarmos um critério para o manuseio dos dados perdidos como foi feito para as variáveis escalares.

Mesmo cientes da existência de resultados não totalmente fidedignos para a avaliação da saúde física dos trabalhadores dos BC, optamos por apresentar os resultados provenientes dos itens respondidos, considerando os 211 participantes. Tal opção visou facilitar a comparação das freqüências obtidas para cada região.

Apresentamos, a seguir, a ocorrência anual e semanal de sintomas osteomusculares, por região corporal. Ao analisarmos os trabalhadores que informaram presença de sintomas osteomusculares nos últimos 12 meses, constatamos que a maioria referiu sintomas osteomusculares, principalmente, na região inferior das costas (n=82; 38,9%) e ombros (n=80; 37,9%). Com relação à presença de dor nos últimos sete dias houve predominância de ocorrência de sintomas osteomusculares na região lombar (n=43; 20,4%) (Figura 11).

Região Corporal

	Últimos 12 meses (%)	*Últimos 7 dias (%)*
Pescoço	28,0	10,0
Ombros	37,9	12,3
Parte superior das costas	33,2	8,1
Cotovelos	4,7	0,9
Punho/mãos	27,0	11,4
Parte inferior das costas	38,9	20,4
Quadril/coxas	13,3	3,8
Joelhos	18,5	5,7
Tornozelo/pés	26,5	13,3

Figura 11 - Freqüência de sintomas osteomusculares entre profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos nas diferentes regiões corporais (n=211). Londrina – PR, 2007.

A freqüência de impedimento para realização de atividades e a procura por auxílio profissional devido ao sintoma osteomuscular, por região corporal, nos últimos 12 meses, encontra-se apresentada na Figura 12.

Região corporal	*Impedimento para a realização de atividades (%)*	*Procura por auxilio profissional da área da saúde (%)*
Pescoço	8,1	12,8
Ombros	8,5	12,8
Parte superior das costas	3,8	8,1
Cotovelos	1,4	2,4
Punho/mãos	4,7	9,0
Parte inferior das costas	11,4	16,6
Quadril/coxas	3,3	5,7
Joelhos	4,3	6,6
Tornozelo/pés	7,1	9,5

Figura 12 - Freqüência de impedimento para realização de atividades e necessidade de procurar auxílio profissional motivados por sintomas osteomusculares nos últimos 12 meses, entre profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos (n=211). Londrina – PR, 2007.

Constatamos que os sintomas osteomusculares na região inferior das costas foram responsáveis pela maior freqüência de impedimento para realização de atividades normais (11,4%) e pela procura por profissionais da área da saúde (16,6%).

A análise da freqüência de distúrbios músculo-esquléticos em relação às características sócio-demográficas e profissionais mostrou diferença estatisticamente significante somente entre presença de queixas na região lombar nos últimos 12 meses e as variáveis “duplo vínculo empregatício” (p=0,03) e “carga horária semanal” (p=0,04), quando se observou maior freqüência de dor lombar entre os trabalhadores que possuíam apenas um vínculo empregatício e que

trabalhavam até 40 horas semanais, conforme podemos constatar nas Tabelas 19 e 20.

Tabela 19 – Distribuição dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos segundo os resultados do Questionário Nórdico para a presença de distúrbios osteomusculares na região lombar nos últimos 12 meses, segundo o sexo e as características profissionais. Londrina – PR, 2007.

	Presença de dor lombar		*p*
	Sim	*Não*	(teste χ^{2*})
	n (%)	*n (%)*	
Sexo			0,07
Feminino	72 (61,5)	45 (38,5)	
Masculino	10 (41,7)	14 (58,3)	
Categoria Profissional			0,66
Enfermeiro	9 (52,9)	8 (47,1)	
Não enfermeiro	72 (58,5)	51 (41,5)	
Carga horária semanal			0,04
Até 40 horas	34 (69,4)	15 (30,6)	
Acima de 40 horas	47 (51,6)	44 (48,4)	
Turno de trabalho			0,07
Diurno	57 (53,3)	50 (46,7)	
Noturno/Intermediário	24 (70,6)	10 (29,4)	
Duplo vínculo			0,03
Sim	14 (42,4)	19 (57,6)	
Não	66 (62,9)	39 (37,1)	

* Qui-quadrado

Tabela 20 – Distribuição dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos segundo os resultados do Questionário Nórdico para a presença de distúrbios osteomusculares na região dos ombros nos últimos 12 meses, segundo o sexo e as características profissionais. Londrina – PR, 2007.

	Presença de dor nos ombros		*p*
	Sim	*Não*	(teste χ^{2*})
	n (%)	*n (%)*	
Sexo			0,12
Feminino	71 (58,7)	50 (41,3)	
Masculino	9 (41,0)	13 (59,0)	
Categoria Profissional			0,12
Enfermeiro	6 (37,5)	10 (62,5)	
Não enfermeiro	72 (57,6)	53 (42,4)	
Carga horária semanal			0,44
Até 40 horas	30 (60,0)	20 (40,0)	
Acima de 40 horas	49 (53,3)	43 (46,7)	
Turno de trabalho			0,41
Diurno	57 (53,3)	50 (46,7)	
Noturno/Intermediário	22 (61,1)	14 (38,9)	
Duplo vínculo			0,14
Sim	15 (45,5)	18 (54,5)	
Não	64 (59,8)	43 (40,2)	

* Qui-quadrado

A variável idade não apresentou associação estatisticamente significante para a presença de distúrbio osteomuscular na região dos ombros e lombar (p= 0,254 e p=0,195, respectivamente). No entanto, a associação entre “tempo de experiência” e presença de distúrbios músculo-esqueléticos na região dos ombros (p=0,001) e na região lombar nos últimos 12 meses apresentou-se estatisticamente significante (p=0,005).

A Figura 13 demonstra a distribuição das medidas do tempo de experiência nos BC para os dois grupos (com e sem presença de sintomas osteomusculares na região dos ombros nos últimos 12 meses).

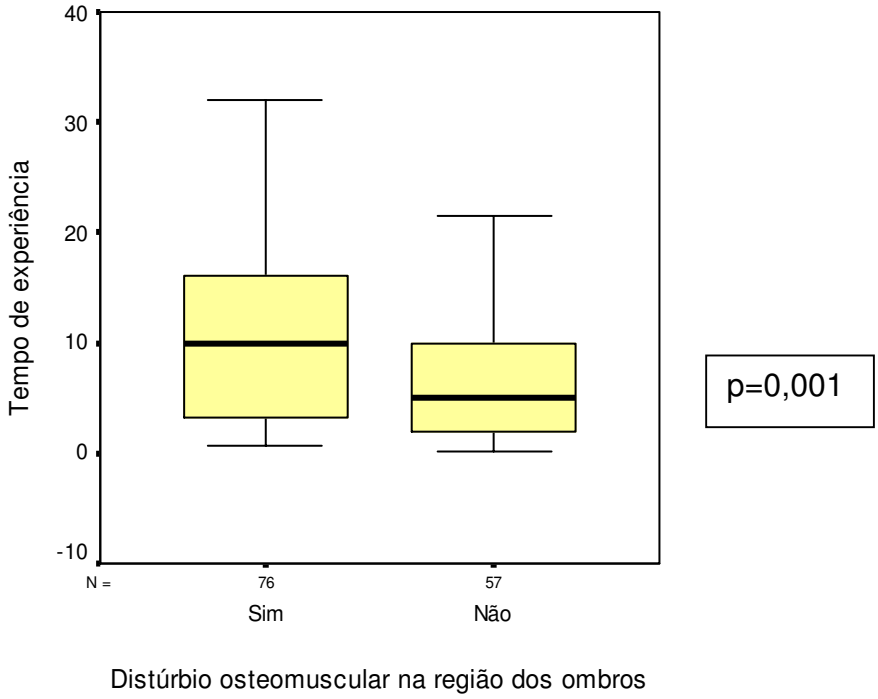


Figura 13 – "*Boxplots"* dos grupos relacionados à presença de distúrbio osteomuscular na região dos ombros nos últimos 12 meses entre os profissionais de enfermagem, segundo o tempo de experiência nos Blocos Cirúrgicos. Londrina- PR, 2007.

A presença de distúrbios músculo-esqueléticos nos ombros nos últimos sete dias apresentou resultado estatisticamente significante com o tempo de experiência (p=0,000), o que não pôde ser observado entre essa variável e a presença de distúrbio osteomuscular na região lombar nos últimos sete dias (p=0,23).

6.8 Senso de Coerência

O senso de coerência foi obtido pela versão adaptada para o português do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA). A soma das respostas aos 29 itens pode variar de 29 a 203, com maiores valores indicando maior senso de coerência.

Entre os participantes foram excluídos oito trabalhadores, sendo que três não responderam nenhum item do QSCA e os demais deixaram de responder entre seis e 16 itens. O item com maior freqüência de não respostas foi o item 11 (3,8%) que indaga sobre as realizações futuras. Doze participantes tiveram seus dados perdidos substituídos pela média de suas respostas aos demais itens do questionário.

A consistência interna do instrumento avaliada pelo Alfa de Cronbach foi igual a 0,87, demonstrando que o mesmo foi confiável para a amostra estudada.

A média do QSCA para os 203 profissionais de enfermagem dos BC que responderam ao questionário foi de 144,6 (D.P.=22,6) e mediana de 144, que é maior que a mediana do intervalo possível entre 29 e 203, que é igual a 116. O intervalo obtido variou entre 69 e 201, revelando que existiam profissionais com alto senso de coerência.

Os resultados obtidos com a comparação das medidas do Senso de Coerência e as características sócio-demográficas estão apresentados na Tabela 21, considerando que os valores de *p* foram provenientes do Teste t para todas as variáveis em questão, uma vez que foi confirmada a normalidade da distribuição da sua medida entre os grupos.

Tabela 21 – Estatística descritiva da medida de SC, segundo as características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

Variável	*n*	*Média (D.P.)*	*p**
Sexo			0,56
Feminino	175	144,2 (22,7)	
Masculino	27	147,0 (22,4)	
Situação Conjugal			0,97
Casado	110	144,5 (20,5)	
Solteiro/separado/viúvo	91	144,7 (24,4)	
Escolaridade			0,99
Até nível médio	139	144,6 (22,6)	
Acima do nível médio	64	144,6 (22,7)	

* Teste t

Não constatamos diferenças estatisticamente significante entre a medida de senso de coerência quando consideramos o sexo dos participantes (p=0,56), a situação conjugal (p=0,97) e a escolaridade (p=0,99).

O teste de correlação de Pearson constatou uma correlação fraca, direta e sem significância estatística entre a idade dos trabalhadores e a medida de SC (r= 0,10; p= 0,13). A associação entre essas medidas pode ser avaliada graficamente na Figura 14.

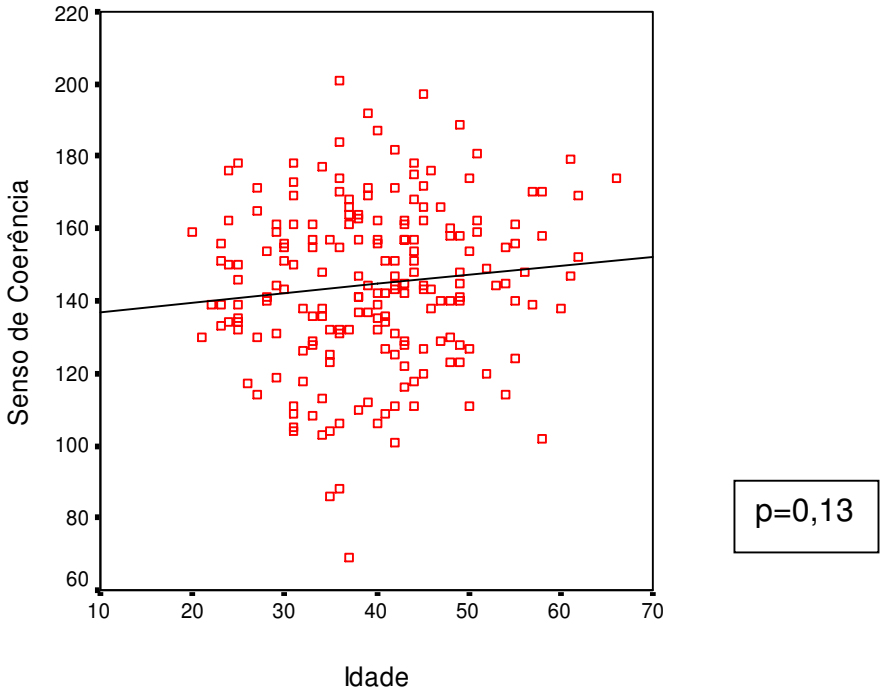


Figura 14 - Diagrama de dispersão da medida de Senso de Coerência e da idade dos profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina-PR, 2007.

Ao investigarmos as associações entre a medida de SC e as variáveis profissionais, constatamos diferenças estatisticamente significante segundo as variáveis: tipo de instituição (p=0,03), presença de duplo vínculo empregatício (p=0,00) e salário (p=0,01), conforme podemos observar na Tabela 22.

Tabela 22 – Estatística descritiva da medida de Senso de Coerência, segundo as características profissionais dos trabalhadores de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

Variáveis	*n*	*Média (D.P.)*	*Mediana*	*p**
Tipo de Instituição				0,03
Privada	87	140,8 (23,3)	140,0	
Pública/ Filantrópica	116	147,5 (21,7)	148,0	
Categoria profissional				0,20
Enfermeiro	23	150,7 (17,2)	151,0	
Não enfermeiro	176	144,2 (23,2)	144,0	
Duplo vínculo				0,00
Sim	47	152,4 (20,4)	154,0	
Não	152	142,0 (22,9)	141,0	
Turno de trabalho				0,47
Diurno	150	143,8 (21,2)	143,5	
Intermediário/noturno	53	146,4 (26,0)	148,0	
Carga horária semanal				0,87
Até 40 horas	68	145,2 (24,5)	143,5	
Acima de 40 horas	129	144,7 (21,8)	145,0	
Salário				0,01
Até três salários mínimos	136	142,0 (22,2)	141,0	
Acima de três salários mínimos	62	150,3 (23,0)	156,0	

* Teste t

Utilizando o coeficiente de correlação de Pearson, constatamos associação fraca, direta e estatisticamente não significante entre a medida de SC e tempo de experiência nos BC (r=0,04; p=0,54).

6.9 Associações entre as variáveis QVT, estresse ocupacional, saúde física e mental e Senso de Coerência.

Como descrito anteriormente, antes de realizarmos a associação entre as medidas de QVT e as demais variáveis do estudo, por meio da análise multivariada, realizamos uma análise univariada entre a medida de QVT segundo a exposição ao estresse ocupacional e a presença de sintomas de ansiedade e depressão visando uma maior compreensão dos dados coletados. O resultado dessa análise univariada está apresentado na Tabela 23.

Tabela 23 – Estatística descritiva dos valores da medida QVT, segundo a presença de estresse, ansiedade e depressão entre os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

	QVT		
	Média (D.P.)	*Mediana*	*p*
Estresse			0,001**
Sem exposição	73,2 (20,0)	80,0	
Exposição intermediária	58,7 (27,3)	56,0	
Alta exposição	49,7 (28,9)	50,0	
Saúde Mental			
Com sintomas de ansiedade	51,6 (27,8)	50,0	0,008*
Sem sintomas de ansiedade	62,8 (26,8)	66,0	
Com sintomas de depressão	50,3 (28,3)	50,5	0,05*
Sem sintomas de depressão	62,2 (26,7)	65,0	

* Teste t ** ANOVA

Evidenciamos na Tabela 23 que os trabalhadores com alta exposição ao estresse ocupacional e com presença de sintomas de ansiedade e depressão obtiveram menores valores para a medida de QVT quando comparados aos demais trabalhadores ($p<0,05$).

A Tabela 24 apresenta o resultado da análise univariada dos valores da medida do SC segundo a exposição ao estresse ocupacional e a presença de sintomas de ansiedade e depressão entre os trabalhadores participantes deste estudo.

Tabela 24 – Estatística descritiva dos valores da medida do Senso de Coerência, segundo a presença de estresse, ansiedade e depressão entre os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

	SC		
	Média (D.P.)	*Mediana*	*P*
Estresse			0,029**
Sem exposição	148,4 (21,0)	144,0	
Exposição intermediária	146,5 (22,9)	149,0	
Alta exposição	137,3 (22,0)	138,0	
Saúde Mental			
Com sintomas de ansiedade	129,0 (21,5)	130,0	0,000*
Sem sintomas de ansiedade	152,0 (19,1)	153,0	
Com sintomas de depressão	123,6 (21,2)	123,0	0,000*
Sem sintomas de depressão	151,2 (18,7)	151,0	

* Teste t ** ANOVA

De igual modo, podemos observar na Tabela 24 que os trabalhadores com alta exposição ao estresse ocupacional e com presença de sintomas de ansiedade e de depressão obtiveram menores valores para a medida do SC quando comparados aos demais profissionais de enfermagem ($p<0,05$).

A Figura 15 apresenta graficamente a correlação entre as medidas de QVT e do SC para os profissionais de enfermagem dos BC, demonstrando uma correlação positiva, de moderada magnitude e estatisticamente significante ($r=0,30$, $p=0,000$), o que pode expressar que os profissionais com maior SC, por exemplo, são os mesmos com melhor QVT.

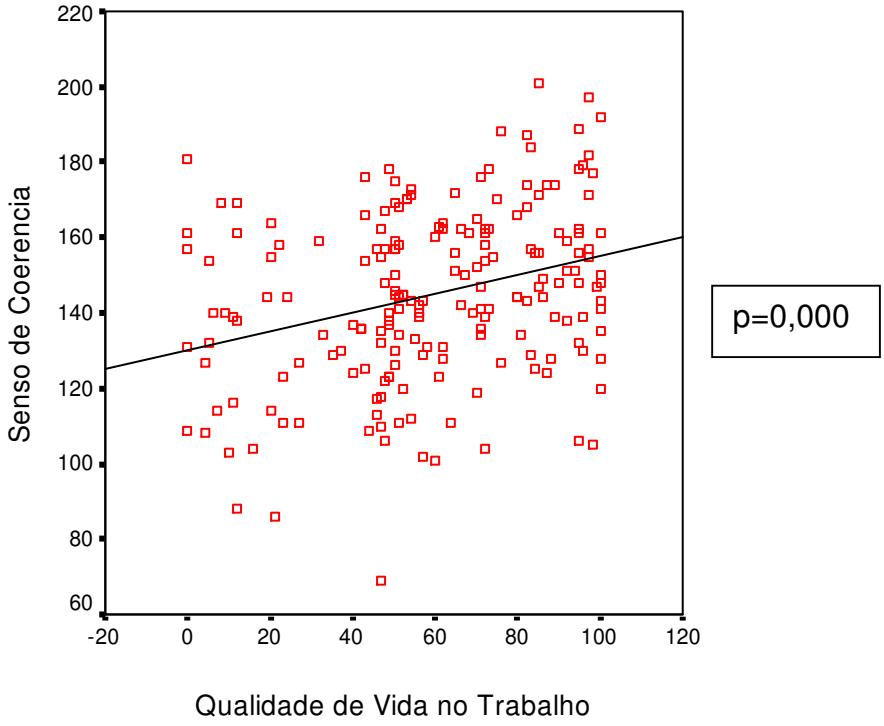


Figura 15 - Diagrama de dispersão das medidas de Qualidade de Vida no Trabalho e do Senso de Coerência para os profissionais de enfermagem dos Blocos Cirúrgicos. Londrina – PR, 2007.

Quanto às associações entre a variável QVT e presença de distúrbios osteomusculares, constatamos resultado estatisticamente significante entre os valores da medida de QVT para o grupo com e sem presença de distúrbios osteomusculares na região dos ombros, nos últimos 12 meses (p=0,00). O grupo de trabalhadores com distúrbios músculo-esqueléticos na região dos ombros obteve média para a QVT de 50,0 (D.P.=29,5), enquanto o outro grupo (sem dor) obteve média de 66,0 (D.P.=24,0).

A associação entre distúrbio osteomuscular na região lombar, nos últimos 12 meses e a medida de QVT também apresentou resultado estatisticamente significante (p=0,00), no qual os trabalhadores com presença de distúrbio osteomuscular obtiveram média de QVT de 50,4 (D.P.=27,8) e os que não sentiam

dor, formigamento ou dormência nesta região obtiveram média de 67,3 (D.P.=24,2) (Figura 16).

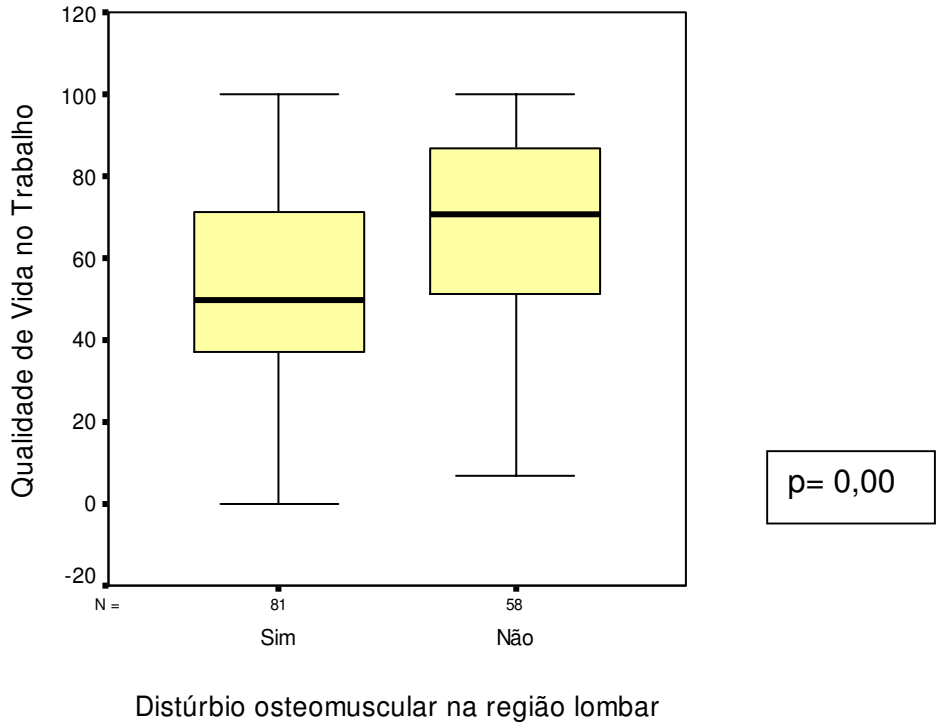


Figura 16 – "*Boxplots*" dos grupos relacionados à presença de distúrbio osteomuscular na região lombar nos últimos 12 meses entre os profissionais de enfermagem, segundo a medida de QVT. Londrina-PR, 2007.

Entre a medida de QVT e a presença de dor lombar nos últimos sete dias a associação também foi estatisticamente significante (p=0,01). Os trabalhadores com dor apresentaram média de 48,7 (D.P.=25,8) e os sem dor obtiveram média de 61,6 (D.P.=26,7) para a medida de QVT. Evidenciamos a partir desses resultados que a presença de distúrbios osteomusculares pode ter influenciado de forma decisiva a percepção dos profissionais de enfermagem desse estudo quanto a sua QVT.

Apesar das premissas para a utilização das técnicas de análise multivariada não serem atendidas em sua plenitude por todas as variáveis destacadas neste

estudo, tais técnicas foram utilizadas a fim de identificar as relações existentes entre a QVT e as variáveis explanatórias.

A realização das análises de regressão multivariada simples teve o objetivo de testar as hipóteses: Hipótese 1 "*Após o controle das variáveis sócio-demográficas e profissionais, a adição do estresse ocupacional, da ansiedade e da depressão irá contribuir para diminuir a QVT entre os profissionais de enfermagem dos BC*" e Hipótese 2 "*Após o controle das variáveis sócio-demográficas, profissionais e da ansiedade e depressão, a adição do senso de coerência irá contribuir para aumentar a QVT*".

Os resultados obtidos pelas análises univariadas nortearam a elaboração do modelo de regressão multivariada simples que foi construído para testar estas duas hipóteses. Por não termos obtido associações estatisticamente significantes entre a medida de QVT e as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade e situação conjugal) optamos por não utilizá-las no modelo de regressão. Entre as variáveis profissionais também só foram inseridas no modelo aquelas que apresentaram associação estatisticamente significante com a variável resposta. Quanto às variáveis que avaliaram a saúde física (pelo questionário adaptado do Questionário Nórdico para Distúrbios Músculo-esqueléticos) e mental (pela HADS-A e HADS-D), optamos por não inserir a avaliação física em decorrência do grande número de itens não respondidos. A utilização destes dados poderia nos fornecer um resultado não fidedigno.

No primeiro modelo de regressão, criado para testar a Hipótese 1, foram inseridas primeiramente as variáveis salário, opção por trabalho no BC e tipo de instituição. Em um segundo momento, inserimos a presença de depressão, a presença de ansiedade e o estresse ocupacional. Para essa última variável fizemos

a transformação das suas categorias (sem exposição ao estresse, exposição intermediária e alta exposição) em duas variáveis do tipo "*dummy*". Todas as variáveis tiveram suas entradas forçadas no modelo.

Os resultados deste modelo encontram-se na Tabela 25. Apenas a variável tipo de instituição foi significante no modelo após a inserção das outras duas variáveis profissionais. Após o controle para essas três variáveis profissionais, a entrada das variáveis "exposição intermediária", "exposição alta" ao estresse ocupacional e a presença de depressão mostraram-se significantes no modelo. Apenas a presença de ansiedade não se mostrou significante. O modelo final explicou apenas 15,8% da variância da qualidade de vida no trabalho indicando que outras variáveis estão associadas à avaliação da QVT pelos profissionais.

Tabela 25 - Análise de regressão linear multivariada utilizando a medida de QVT como variável resposta (resultado) (Modelo para Hipótese 1). Londrina – PR, 2007.

Variáveis Explanatórias	*Coeficiente não padronizado*	*Erro padrão*	*Coeficiente padronizado (Beta)*	*Valor de p**	*R^2 †*
Passo 1: Variáveis profissionais					
Salário (ref. Acima de três salários mínimos)					
Abaixo de três salários	-5,683	4,275	-0,097	0,185	
Opção pelo BC (ref. Não optou)					
Sim	7,896	4,742	0,112	0,098	
Tipo de instituição (ref. Privada)					
Pública/filantrópica	10,674	4,089	0,191	0,010	0,077
Passo 2: Estresse ocupacional e saúde mental					
Estresse (ref. Sem exposição)					
Exposição intermediária	-12,026	5,051	-0,217	0,018	
Exposição alta	-19,067	5,767	-0,305	0,001	
Presença de Ansiedade (ref. Não)					
Sim	0,445	5,791	0,007	0,939	
Presença de Depressão (ref. Não)					
Sim	-13,938	6,210	-0,215	0,026	0,158

*valor de *p* para o teste-t da hipótese nula cujo coeficiente é zero.
† R^2 (ajustado para o número de variáveis no modelo) em uma dada linha se refere à proporção da variância que é explicada pelo modelo que inclui todas as variáveis até ela ou acima desta linha.

No segundo modelo de regressão, criado para testar a Hipótese 2, foram inseridas primeiramente as variáveis “salário”, “opção por trabalhar no BC”, “tipo de instituição”, “presença de depressão”, “presença de ansiedade” e o “estresse ocupacional”. Desta vez, no segundo momento de elaboração do modelo, utilizamos o método “*Stepwise”*, para checar a contribuição do SC na variância da medida de QVT. Tal método permite checar a contribuição de cada variável explanatória que é acrescentada ao modelo, levando em consideração a sua contribuição explicativa.

Os resultados deste segundo modelo encontram-se na Tabela 26. Neste modelo as variáveis: tipo de instituição, exposição intermediária ao estresse ocupacional, alta exposição ao estresse continuaram a ser significantes após o controle das demais variáveis. Entretanto, no novo modelo a variável depressão deixou de ser significante assim como a variável ansiedade. A inserção do SC no modelo pode ter sido o responsável por esta mudança indicando uma possível sobreposição destes constructos. O modelo final explicou 18,0% da variância da QVT, sendo que o SC contribuiu apenas com 2,0% desta explicação após o controle das demais variáveis, não confirmando a nossa hipótese inicial.

Tabela 26 - Análise de regressão linear multivariada usando a medida de QVT como variável resposta (resultado) (Modelo para Hipótese 2). Londrina – PR, 2007.

Variáveis Explanatórias	*Coeficiente não padronizado*	*Erro padrão*	*Coeficiente padronizado (Beta)*	*Valor de p**	*R^2 †*
Passo 1: Variáveis profissionais, estresse ocupacional e saúde mental					
Salário (ref.: Acima de três salários mínimos)					
Abaixo de três salários	-3,600	4,376	-0,061	0,412	
Opção pelo BC (ref: Não optou)					
Sim	8,255	4,765	0,116	0,085	
Tipo de instituição (ref: Privada)					
Pública/filantrópica	10,247	4,081	0,183	0,013	
Estresse (ref.: Sem exposição)					
Exposição intermediária	-12,364	5,032	-0,222	0,015	
Exposição alta	-17,645	5,805	-0,280	0,003	
Presença de Ansiedade (ref.: Não)					
Sim	4,210	5,931	0,070	0,479	
Presença de Depressão (ref.: Não)					
Sim	-10,408	6,762	-0,158	0,126	0,161
Passo 2					
Senso de Coerência	0,232	0,101	0,193	0,023	0,180

*valor de *p* para o teste-t da hipótese nula cujo coeficiente é zero.
† R^2 (ajustado para o número de variáveis no modelo) em uma dada linha se refere à proporção da variância que é explicada pelo modelo que inclui todas as variáveis até ela ou acima desta linha.

N

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

A principal finalidade do nosso estudo foi avaliar a QVT, a presença de estresse ocupacional, o perfil de saúde física e mental e o senso de coerência entre os profissionais de enfermagem do BC.

Quanto à amostra do estudo, podemos considerar que seja representativa da população de trabalhadores dos BC do município de Londrina e embora os resultados devam ser analisados segundo as características desse grupo, podemos estendê-los a outros grupos de trabalhadores da enfermagem, já que nossa amostra apresentou características sócio-demográficas similares às de outros estudos realizados entre profissionais desta área. Ainda que os participantes do nosso estudo tenham sido selecionados em um único município, a validade de generalizar os resultados para outras populações, baseia-se no conhecimento geral de que as relações tendem a ser similares em populações similares (HULLEY; NEWMAN; CUMMINGS, 2003).

Quanto ao gênero dos participantes, houve um predomínio de trabalhadores do sexo feminino (86,7%), coincidindo com o perfil de enfermeiros em geral do Brasil e de outros países, onde há preponderância de profissionais do sexo feminino (TSELEBIS; MOULOU; ILIAS, 2001; CARANDINA, 2003; GUIDO, 2003; SMITH et al., 2003; LIPSCOMB et al., 2004; SCHMIDT, 2004; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2004; PENICHE, 2005; ERIKSEN, 2006; KROGSTAD et al., 2006; HSU; KERNOHAN, 2006; SPINDOLA; MARTINS, 2007; YILDIRIM; AYCAN, 2008; GUERRER; BIANCHI, 2008; PINHO; ARAÚJO, 2008).

Dados publicados pelo Ministério do Trabalho indicam que as mulheres representam 73% dos empregos formais da área da saúde e embora no mercado de trabalho brasileiro, a participação feminina tenha se intensificado a partir da década

de 70, no trabalho de enfermagem a predominância de mulheres sempre foi e continua presente (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

Apesar de o gênero ser uma variável de fundamental importância nos estudos da saúde ocupacional em geral e da satisfação no trabalho entre enfermeiros, alguns autores (SMITH et al., 2003; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2004; KROGSTAD et al., 2006) optaram por não analisar a relação entre sexo e algumas variáveis de seus estudos, pois a maior predominância de trabalhadores do sexo feminino em relação ao sexo masculino poderia, segundo os autores, se tornar um viés em suas pesquisas.

Assim, concordamos que os resultados de nosso estudo em relação às associações com o sexo dos participantes devem ser examinados com cautela, devido a maior freqüência de profissionais do sexo feminino (n=183) quando comparada ao masculino (n=27).

Mesmo sabendo destas considerações e limitações, optamos por investigar a associação do sexo com as variáveis QVT, estresse ocupacional, problemas da saúde física e mental e o SC, visando melhor entendimento desses aspectos. Contudo, nosso resultado e a literatura revisada não elucidaram essa questão. Nosso resultado não demonstrou associação estatisticamente significante entre o sexo e essas variáveis.

Por se tratar de uma profissão eminentemente feminina, consideramos que há uma grande necessidade de absorção de profissionais do sexo masculino na enfermagem, devido a inúmeros procedimentos e tarefas que exigem maior força e preparo físico diferenciado. Porém, o que ocorre atualmente, é a homogeneização do trabalho feminino e masculino, no qual homens e mulheres desenvolvem as mesmas atividades. Em estudo conduzido entre graduandos de enfermagem

(FUREGATO et al., 2006; FUREGATO et al., 2006; GARRO; CAMILLO; NÓBREGA, 2006) ainda podemos observar o maior número de alunos do sexo feminino quando comparado ao do sexo masculino, demonstrando que essa realidade, na enfermagem, ainda vai continuar ocorrendo.

Embora não tenhamos encontrado resultado estatisticamente significante (p=0,26) entre o sexo e a medida de QVT, observamos que as mulheres obtiveram um valor médio para essa medida um pouco superior ao valor apresentado pelos homens. Este resultado foi consistente com a investigação realizada por Schmidt (2004), a qual também não encontrou diferença estatisticamente significante (p>0,05) entre sexo e QVT, medida pelo Índice de Satisfação Profissional. Como mencionado anteriormente, esse resultado pode estar relacionados à predominância de mulheres em relação ao número de trabalhadores do sexo masculino nessas investigações. Stacciarini e Tróccoli (2001) encontraram resultado divergente, no qual o maior valor para a medida de satisfação no trabalho ocorreu entre os homens.

Fica difícil, em geral, fazer comparações diretas entre os estudos que focalizam a QVT na enfermagem, não somente pela questão do gênero, mas também porque diferem entre si em relação à metodologia utilizada, categorias profissionais envolvidas, definição de QVT adotada e, finalmente, pelo instrumento de medida empregado (SCHMIDT; DANTAS; MARZIALE, 2008).

Quanto à análise dos resultados relacionados à ansiedade e à depressão segundo o sexo dos participantes também não encontramos diferença estatisticamente significante. A literatura revisada é controversa nesta questão. Tselebis, Moulou e Ilias (2001) encontraram maior escore para a medida de depressão entre as mulheres, em estudo conduzido entre enfermeiros gregos no

qual utilizaram como instrumento de medida o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Os estudos revisados por Mirza e Jenkins (2004) também revelaram resultado divergente do nosso, nos quais a prevalência de ansiedade e depressão foi superior entre as mulheres (de 28,8% a 66%) quando comparada aos homens (de10% a 33%) e Akhtar-Danesh e Landeen (2007) descreveram que os homens teriam maior risco (OR=0,60; IC 95%) de apresentar sintomas destes transtornos em relação às mulheres.

Um estudo longitudinal conduzido entre trabalhadores da Nova Zelândia revelou que a alta demanda psicológica no trabalho estava associada com o maior risco para o surgimento de depressão e ansiedade igualmente entre homens e mulheres (MELCHIOR et al., 2007). Estes autores justificaram que as demandas no trabalho que excedem as habilidades de "*coping"* são provavelmente percebidas como estressantes e podem influenciar o risco de desordens psíquicas através de mecanismos biológico, psicológico, psicossomático e comportamental, independente do sexo do indivíduo.

A questão do sexo do indivíduo também é extremamente relevante nos estudos da saúde física, contudo, como mencionado anteriormente, as análises realizadas não revelaram resultado estatisticamente significante quando comparamos o sexo dos participantes e a presença de distúrbios osteomusculares nas regiões lombar e dos ombros (p=0,07 e p=0,12, respectivamente). Resultado divergente foi encontrado por Aasa et al. (2005) e Monteiro, Alexandre e Rodrigues (2006), cuja maior freqüência de doenças músculo-esqueléticas ocorreu entre as mulheres.

O resultado dos estudos destes autores pode ser justificado também pela agregação das atividades domésticas às do trabalho remunerado e às características funcionais desfavoráveis nas instituições hospitalares. No entanto, ressaltamos que outras circunstâncias também são capazes de influenciar o aparecimento de doenças no sistema músculo-esquelético. Para Aasa et al. (2005) esse aspecto pode estar relacionado à menor capacidade física entre as mulheres quando comparada aos homens, já que as mesmas possuem 60% a menos de musculatura na região dos ombros e dos braços.

Horneij et al. (2004) descreveram que o trabalho remunerado, associado ao não remunerado são preceptores de afastamento do trabalho tanto por dores cervicais, na região dos ombros e lombar, principalmente entre as mulheres.

A associação entre a medida de SC e o sexo dos participantes também não foi estatisticamente significante (p=0,56), no entanto, é importante ressaltar que nosso resultado vai ao encontro do pressuposto defendido por Antonovsky (1987), o qual defende a idéia de que a formação do SC independe do sexo dos indivíduos.

Estudos que avaliaram a associação do SC e o sexo de trabalhadores de enfermagem e de uma população adulta, também não demonstraram diferença significativa entre essas variáveis (TSELEBIS; MOULOU; ILIAS, 2001; PALLANT; LAE, 2002). Já entre uma amostra da população sueca, o SC foi significativamente mais forte entre os homens (LARSSON; KALLENBERG, 1996). Diante do exposto, consideramos que novas investigações devem ser conduzidas no sentido de avaliar com maior acurácia esta associação, assim como foi sugerido no estudo de Pallant e Lae (2002).

Quanto à idade dos participantes deste estudo, obtivemos um grupo de adultos jovens atuando nos BC, fato que pode ser justificado principalmente pelas

características do CC, que exigem elevado grau de agilidade, destreza e energia, o que é mais comum em pessoas mais jovens.

Resultados similares foram verificados nos estudos entre enfermeiros brasileiros de Sala de Recuperação Anestésica (SRA) (PENICHE; NUNES, 2001), de unidades críticas (De MARTINO; MISKO, 2004), entre trabalhadores de enfermagem do BC (SCHMIDT, 2004) e divergentes em outro estudo entre trabalhadores do BC (PENICHE, 2005) e de outras unidades do hospital (PORTELA; ROTENBERG; WAISSMANN, 2005), cujos participantes possuíam, em média, idade inferior a 40 anos.

Observamos que, atualmente, algumas CME também têm optado por trabalhadores mais jovens devido ao desenvolvimento tecnológico ocorrido nos últimos anos nesta unidade, embora ainda seja comum encontrarmos, neste setor, profissionais mais velhos e próximos à aposentadoria.

Guerrer e Bianchi (2008) justificam que a considerável redução de enfermeiros com mais de 40 anos em setores específicos, no Brasil, pode estar relacionada ao direcionamento desses profissionais aos cargos administrativos ou outras áreas, como as de ensino.

A idade média entre os trabalhadores do nosso estudo nos chamou a atenção ao considerarmos o resultado encontrado por Murofuse (2004). Essa autora encontrou maior porcentagem de atendimentos médicos entre profissionais de enfermagem na faixa etária entre 40 e 49 anos. Tal aspecto pode colocar os trabalhadores dos BC estudados como um grupo de maior risco para o surgimento de doenças nos próximos anos. Devemos considerar, também, que houve em nosso estudo uma ampla variação na idade dos participantes, cuja idade mínima foi de 20 e a máxima foi de 68 anos.

Murofuse (2004) descreveu que a presença de pessoas com idade mais avançada na enfermagem é coerente com o aumento na expectativa de vida e da proporção de idosos na população humana nesses últimos anos. Nosso resultado também é coerente com a projeção da idade dos profissionais de enfermagem para o ano 2010, que será de 45,4 anos em média, e para o ano 2020, que será entre 55 e 59 anos (COHEN, 2006).

Quarenta e seis por cento de enfermeiros americanos estudados por Lipscomb et al. (2004) apresentaram, em média, idade superior a 45 anos, contrapondo-se ao nosso resultado e ao resultado dos estudos apresentados anteriormente. Cohen (2006) ressalta que algumas instituições, principalmente no exterior, oferecem maiores oportunidades de capacitação profissional para os trabalhadores com idade entre 40 e 55 anos, resultando em maior permanência desses trabalhadores nas empresas.

Encontramos associações inversas, fracas, e estatisticamente significantes entre a idade dos participantes e as dimensões Demanda e Controle. Resultado semelhante foi encontrado por Alves (2004), a qual descreveu uma relação inversa entre idade e a dimensão Controle, e divergente ao apresentado por Rusli, Edimansyah e Naing (2008), cuja correlação foi direta ($r=0,10$, $p<0,01$). Esses autores justificaram seu resultado apontando que trabalhadores na faixa etária entre 19 e 39 anos normalmente não percebem alta demanda de trabalho e não ocupam cargos considerados de alto controle, em comparação com indivíduos com 40 anos ou mais.

No estudo de Montanholi, Tavares e Oliveira (2006) os resultados evidenciaram que quanto maior a faixa etária dos enfermeiros, maior o risco de estresse no desenvolvimento de suas atividades ($p=0,00386$), divergindo também do

nosso resultado. Justificamos que os profissionais do nosso estudo com menor idade, por exemplo, podem apresentar maior percepção ao estresse, uma vez que os trabalhadores mais jovens possuem menor tempo de experiência, o que poderia levá-los a perceber as situações cotidianas como mais estressantes.

No presente estudo a idade dos profissionais não apresentou associação estatisticamente significante com a medida da QVT e da depressão, embora essa relação tenha sido direta, ou seja, quanto maior a idade, por exemplo, maior o valor da medida de QVT e de depressão.

A associação da idade com a medida da ansiedade foi fraca, inversa (r=-0,17), embora estatisticamente significante (p=0,01). Consideramos, assim, ser possível nas faixas etária maiores, por exemplo, a diminuição da ansiedade, uma vez que as pessoas mais velhas tendem a avaliar a vida de maneira mais ponderada.

Nosso resultado corrobora com o encontrado por Peniche (2005). Essa autora descreveu que os circulantes de sala de operações mais velhos apresentaram valores para as medidas do traço e do estado de ansiedade mais baixos quando comparados aos mais jovens, justificando que é possível que a maior idade desencadeie um processo psicobiológico que possibilita, ao indivíduo, desenvolver estratégias que o tornam capaz de diminuir ou enfrentar as ameaças ou desafios.

A revisão sistemática conduzida por Mirza e Jenkins (2004) apresentou outros fatores sócio-demográficos associados ao aumento da prevalência da ansiedade e da depressão além da idade e do sexo, tais como, baixo nível educacional e perda do companheiro (ser viúvo, separado ou divorciado). Em nosso estudo a ocorrência de depressão foi maior entre os profissionais casados (67,3%; p=0,033), divergindo do resultado encontrado por essas autoras.

Quanto à correlação entre idade e saúde física, não encontramos associação estatisticamente significante entre essa variável e a presença de distúrbios osteomusculares nas regiões lombar e dos ombros nos últimos 12 meses e nos últimos sete dias.

Apesar de geralmente os jovens não serem acometidos por doenças músculo-esqueléticas, um estudo prévio, realizado no Japão, encontrou em um grupo de enfermeiros (n=239) com idade média de 29 anos alta prevalência (78,4%) de doenças osteomusculares (SMITH et al., 2003). Outra investigação realizada recentemente destacou que não houve efeito expressivo da idade sobre a prevalência de distúrbios osteomusculares entre alunos de graduação e enfermeiros (p=0,30), cuja média de idade para o grupo como um todo foi de 26,7 (D.P.=9,0) anos (MITCHELL et al., 2008). Já o estudo de Feng, Chen e Mao (2007) apontou a questão da maior idade como um risco significativo para a lombalgia. Em estudo realizado entre trabalhadores de diferentes ocupações no Brasil, a freqüência de doença músculo-esquelética também foi superior entre os profissionais mais velhos (p=0,0000) (MONTEIRO; ALEXANDRE; RODRIGUES, 2006).

Observamos, nos estudos revisados, que a idade é um aspecto controverso e que estudos longitudinais devem ser realizados para melhor avaliação da relação entre a idade e o surgimento de doenças osteomusculares. É necessária, no entanto, a ponderação de outras variáveis, tais como, ambiente laboral e ocupação, uma vez que as doenças músculo-esqueléticas podem ser mais freqüentes em indivíduos cujo trabalho exija maior demanda física, independentemente da idade dos mesmos. Outro aspecto relevante que deve ser ponderado na condução de estudos desta natureza foi apontado por Feng, Chen e Mao (2007), os quais

indicaram que a incidência de distúrbios músculo-esqueléticos diferem de acordo com a definição e o instrumento de medida utilizados.

Quanto à associação da idade e o SC, nosso resultado não foi conclusivo e apesar de termos encontrado relação direta entre as variáveis, a associação entre elas foi fraca e estatisticamente não significante (r=0,10; p=0,13). Resultado similar foi encontrado por Larsson e Kallenberg (1996) em uma amostra da população sueca, na qual o SC aumentou com a idade. Guido (2003) verificou, em sua pesquisa, que quanto maior a faixa etária dos enfermeiros de CC/SRA, menor a utilização de mecanismos de "*coping"* citados como recursos de enfrentamento do estresse no trabalho e Eriksson e Lindström (2005) em estudo de revisão referem que o SC tende a aumentar com a idade.

Xianyu e Lambert (2006) encontraram associação inversa entre idade e estressores do local de trabalho e concluíram que a idade possui associação direta com os métodos de "*coping"*, assemelhando-se ao nosso resultado. Enquanto Pallant e Lae (2002) demonstraram uma associação fraca, direta, porém estatisticamente significante entre idade e o SC (r=0,26; p=<0,001). No estudo de Harri (1998) o escore do SC foi menor entre os professores de enfermagem mais velhos, demonstrando que a idade ainda é um fator questionável nas pesquisas que envolvem esse constructo.

Antonovsky (1987), no entanto, defende a idéia de que não há mudanças no senso de coerência após sua completa formação, em torno dos 30 anos. Argumenta que na terceira década de vida, os indivíduos já teriam sido expostos às experiências as quais permitiriam que eles elaborassem uma imagem do mundo como sendo mais ou menos compreensível, manejável e significante. Ressalta que nessa idade, geralmente, o ser humano já completou sua formação educacional,

escolheu sua profissão, constituiu uma família e definiu seus papéis sociais. Antes dessa idade o SC seria mais sensível às mudanças do que após seu estabelecimento. Após seu completo estabelecimento, mudanças no SC seriam raras e quando ocorressem se justificariam pela experiência do individuo frente a um novo padrão de vida.

A estabilidade do SC após o indivíduo atingir a idade adulta tem sido investigada por meio de estudos de seguimento de diferentes grupos populacionais. Os resultados têm sido controversos, algumas investigações confirmam a estabilidade do constructo, enquanto outras apontam alterações nos valores do SC ao longo dos anos (DANTAS, 2007).

É necessário enfatizar que as pessoas diferem em sua sensibilidade e vulnerabilidade ante os eventos estressantes, assim como em suas interpretações, reações e avaliações, independente da idade (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Quanto à carga horária semanal obtivemos uma média de 47,3 (D.P.=16,0) horas de trabalho por semana entre os participantes deste estudo. Esse valor pode ter sido alcançado devido aos trabalhadores que possuem duplo vínculo empregatício, ou até mesmo pela realização de horas extras. Alguns profissionais de enfermagem deste estudo apontaram que seu turno de trabalho se estendia das 7:00 às 22:00 horas, justificando a alta média de carga horária semanal.

Resultado divergente foi encontrado por Portela, Rotenberg e Waissmann (2005), os quais descreveram uma média semanal de 40,4 horas. É relevante ressaltar que, tanto no estudo destes autores quanto no nosso, a carga horária semanal representou um valor acima das 30 horas semanais reivindicadas para trabalhadores de enfermagem no Brasil, cujo Projeto de Lei 2295/2000, que regulamenta a Jornada dos Trabalhadores de Enfermagem, aguarda aprovação. A

OIT aponta que a jornada de 30 horas é benéfica aos usuários, pacientes e trabalhadores da área da saúde do mundo inteiro e que pode minimizar a vulnerabilidade destes profissionais ao desgaste físico e mental (ABEN, 2008).

Para Portela, Rotenberg e Waissmann (2005) a carga horária dos profissionais de enfermagem é uma peculiaridade importante dentro da organização do trabalho da enfermagem no Brasil, uma vez que o trabalho em turnos, como garantia de manutenção da assistência de enfermagem nas 24 horas, favorece o engajamento do trabalhador em dois ou três empregos, aumentando consideravelmente a carga de trabalho semanal.

Em nosso estudo, a variável “carga horária semanal” não influenciou a ocorrência de ansiedade e depressão. Resultado similar foi descrito por Eriksen, Tambs e Knardahl (2006) em estudo entre trabalhadores de enfermagem da Noruega, os quais descreveram que não havia diferença entre a carga horária semanal e o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão. No entanto, Portela, Rotenberg e Waissmann (2005) encontraram resultado divergente, os quais descreveram que a maior chance de surgimento de desordens emocionais, ocorreu entre trabalhadores com maior carga horária de trabalho semanal.

O tempo de experiência é um fator que pode influenciar a percepção dos trabalhadores, principalmente com relação à ansiedade, pois julgamos que maior tempo de experiência tornaria os profissionais mais seguros para atender a equipe cirúrgica e o paciente com previsão e provisão de material e equipamentos necessários para o desenvolvimento de um procedimento anestésico cirúrgico e minimizar assim os sinais de ansiedade. A falta de experiência pode, no entanto, aumentar a ansiedade entre os trabalhadores. Nosso resultado apontou, embora estatisticamente não significante, uma correlação inversa entre tempo de

experiência e a medida de ansiedade, corroborando essa percepção. Destacamos que a participação de profissionais com menos de dois meses de experiência nos BC, possivelmente se tornaria um viés neste estudo.

A “carga horária semanal” e o “tempo de experiência” apresentaram resultado estatisticamente significante para a presença de distúrbios osteomusculares na região lombar (p=0,04 e p=0,005 respectivamente), em nosso estudo. Queixas músculo-esquléticas na região dos ombros apresentou associação estatisticamente significante somente quando avaliamos a variável “tempo de experiência” (p=0,001) nos últimos 12 meses, ou seja, profissionais com presença de queixas nesta região tinham, em média, maior tempo de trabalho no setor. Esse resultado corrobora com o encontrado por Monteiro, Alexandre e Rodrigues (2006), as quais descreveram que a ocorrência de doenças músculo-esqueléticas aumentou com o tempo de atuação na instituição (p=0,0000) e também entre os que trabalhavam de 31 a 40 horas semanais (p=0,0014).

A maioria (75,4%) dos participantes do nosso estudo possuía apenas um vínculo empregatício, esse resultado pode ser justificado pela alta freqüência de profissionais com idade acima de 40 anos (46,0%)[2], o que poderia não favorecer a procura por mais um emprego.

Resultado similar foi descrito por Guido (2003) e Schmidt (2004), cuja maioria dos profissionais de enfermagem de suas investigações também atuava em uma única instituição. Há, no entanto, no Brasil, estudos entre enfermeiros que revelam maior porcentagem desses profissionais com dois empregos (ARAÚJO et al., 2003; SANTOS; BRAGA; FERNANDES, 2008). Portela, Rotenberg e Waissmann (2005) referem que no Brasil, é comum o profissional de enfermagem manter dois vínculos

[2] Dado não apresentado na seção dos resultados deste estudo.

empregatícios e acumular longas horas de trabalho, podendo, segundo as autoras, influenciar negativamente a saúde desses profissionais e prejudicar sua qualidade de vida.

A variável “possuir duplo vínculo empregatício” influenciou a ocorrência de ansiedade e de depressão ($p<0,05$) entre os participantes de nosso estudo. Porém, observamos que esses transtornos ocorreram em maior freqüência entre os trabalhadores com um único emprego. Esse resultado pode ter sido influenciado pela menor remuneração que recebem quando comparados aos que possuem duplo vínculo, ou ainda pela carga de trabalho doméstica, geralmente realizada pelas mulheres, e, embora Bourbonnais et al. (1998) não tenham encontrado correlação entre o trabalho doméstico e sintomas de ansiedade e de depressão, Portela, Rotenberg e Waissamann (2005) descreveram que a média de horas dedicadas ao trabalho doméstico entre enfermeiras é alta (31,6 horas semanais), o que segundo esses autores pode estar influenciando negativamente a saúde mental desses profissionais.

“Possuir duplo emprego” apresentou resultado estatisticamente significante com a freqüência de distúrbios osteomusculares na região lombar nos últimos 12 meses ($p=0,03$), ou seja, profissionais com único vínculo empregatício apresentaram maior freqüência de dor lombar. Resultado divergente foi encontrado por Monteiro, Alexandre e Rodrigues (2006), as quais não descreveram diferenças na freqüência de distúrbio músculo-esquelético entre os trabalhadores que possuem ou não um segundo emprego.

Nosso resultado pode ser justificado, pois os trabalhadores não sadios, ou seja, com presença de problemas osteomusculares, não se sentem em condições adequadas para uma alta demanda de trabalho, não podendo conciliar duplo ou

triplo vínculo empregatício e, assim, optando por permanecer em apenas uma instituição. Acreditamos que os cinco profissionais afastados do trabalho por problemas osteomusculares e que por esse motivo foram excluídos do estudo, não influenciariam significativamente nosso resultado.

Quanto à remuneração dos trabalhadores deste estudo, encontramos associação estatisticamente significante com a medida de QVT (p=0,006). Trabalhadores com menor salário, obtiveram menor valor para a medida de QVT. Schmidt (2004), Cohen (2006), Argentero, Miglioretti e Angilletta (2007) e Santos, Braga e Fernandes (2008) apontaram, no entanto, que o salário não é a principal causa da satisfação entre os trabalhadores de enfermagem. Outros aspectos foram assinalados anteriormente por esses autores como maior fonte de satisfação profissional, como a autonomia, o relacionamento pessoal, a realização e o "*status*" profissional.

Em nosso estudo, observamos outras associações estatisticamente significantes com a medida de QVT, tais como, a opção pelo setor de atuação (p=0,01) e o tipo de instituição (p=0,003), confirmando que a remuneração não é o principal fator gerador de satisfação profissional na enfermagem. Para Santos, Braga e Fernandes (2008) a oportunidade de atuação nas áreas de maior identificação também foi apontada como fonte de satisfação entre os enfermeiros de seu estudo.

Além desses fatores descritos, outros autores indicaram como preceptores da satisfação laboral o suporte social, o "*feedback*" positivo, a interação, a comunicação, a oportunidade de desenvolvimento profissional, o tipo de liderança, a organização do trabalho, realização pessoal e a responsabilidade (LINO, 1999; 2004; KRUEGER et al., 2002; KROGSTAD et al., 2006; SANTOS; BRAGA;

FERNANDES, 2008). Cohen (2006) destaca que entre os trabalhadores de enfermagem mais velhos, o suporte social e o trabalho em equipe são mais importantes para a satisfação no trabalho do que a remuneração. Em seu estudo, o salário tornou-se um preceptor importante da satisfação profissional entre os trabalhadores mais jovens.

É oportuno ressaltar que em nosso estudo 140 (66,4%) trabalhadores recebiam de um a três salários mínimos, reafirmando a enfermagem como uma profissão mal remunerada no Brasil. Os baixos salários contribuem para o aumento de procura por horas extras e duplo emprego, o que pode causar prejuízos à saúde física, mental e à QVT desses profissionais. Essa realidade não se confirmou no estudo de Pinho e Araújo (2008), no qual 86,3% dos trabalhadores de enfermagem recebiam mais de três salários mínimos.

Contudo, consideramos que as gerências das instituições necessitam estar alertas quanto às indicações de insatisfação no trabalho, entre elas a remuneração, pois a falta de satisfação profissional pode levar os trabalhadores à redução da produtividade, à baixa da qualidade da assistência de enfermagem, à quebra da comunicação e aos conflitos entre os membros da equipe ou entre a equipe e a direção.

A variável “salário” obteve resultado estatisticamente significante com a medida da dimensão Controle (p=0,000) da JSS. Destacamos que os enfermeiros são os profissionais que referem maior controle das situações de trabalho quando comparados aos profissionais não enfermeiros e quando se trata da questão salarial, observamos que os enfermeiros são melhores remunerados do que os profissionais das demais categorias da enfermagem, justificando o resultado encontrado em

nosso estudo em relação à dimensão Controle. Já no estudo de Lindholm (2006) não houve associação estatisticamente significante entre salário e estresse.

Apesar da ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão não ter sido influenciada significativamente pela remuneração dos participantes deste estudo, houve uma grande freqüência de sintomas de ansiedade entre os trabalhadores com renda de até três salários mínimos (71,9%). Mirza e Jenkins (2004), em estudo de revisão sistemática, descreveram que as dificuldades relacionadas às finanças estavam associadas significantemente ao surgimento de ansiedade e de depressão. Akhtar-Danesh e Landeen (2007) encontraram associação inversa e estatisticamente significante ($p<0,0001$) entre salário e a prevalência de depressão entre a população canadense.

O resultado relacionado à associação do SC e o salário dos participantes ($p=0,01$) do nosso estudo, encontrou apoio nos estudos de Larsson e Kallenberg (1996) e de Dantas (2007), os quais descreveram associação estatisticamente significante entre remuneração e SC. Leino-Loison et al. (2004) encontraram que a renda de enfermeiros da Finlândia estava positivamente correlacionada com o SC. Diante destes resultados, podemos inferir que indivíduos com maior salário conseguem visualizar os aspectos da vida como sendo mais compreensíveis, manejáveis e significativos do que os demais indivíduos.

Quando analisamos o tipo de instituição em que o trabalhador atuava, encontramos maior ocorrência de sintomas de ansiedade entre os profissionais das instituições privadas (54,5%; $p=0,011$). Contudo, esse resultado não corrobora com o encontrado entre professores brasileiros (REIS et al., 2005), enfermeiros canadenses (BOURBONNAIS et al., 1998) e enfermeiros brasileiros de CC

(BIANCHI, 1990), os quais não obtiveram relação estatisticamente significante entre tipo de instituição e situações geradoras de ansiedade e depressão.

Nosso resultado pode ter ocorrido em conseqüência das condições de trabalho comuns na maioria dos hospitais privados e que são consideradas fontes de ansiedade, tais como, a falta de recursos materiais e humanos, baixos salários, falta de estabilidade no emprego, mudanças repentinas de função, acúmulo de tarefas, entre outros (BATISTA; BIANCHI, 2006). Algumas dessas condições também estão presentes em grande parte dos hospitais públicos e filantrópicos, mas a maioria dos profissionais que atua nessas instituições possui estabilidade em seus empregos e os desligamentos por demissão são praticamente inexistentes, o que não ocorre nos hospitais particulares, o que poderia justificar a maior ocorrência de ansiedade entre os trabalhadores das instituiçoes privadas em nosso estudo.

O que podemos observar atualmente nas instituiçoes públicas é a existência de dois tipos de contrato de trabalho, ou seja, definitivo e temporário. Em nosso estudo encontramos apenas oito (3,8%) trabalhadores que confirmaram esse aspecto, porém essa realidade pode ser diferente, diante do grande número de profissionais que não identificaram seu tipo de contrato (19,0%).

Criado pela Lei nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, o trabalho temporário é aquele prestado por pessoa física a uma empresa, para atender à necessidade transitória de substituição de seu pessoal regular e permanente ou a acréscimo extraordinário de serviços (ROCHA, 2007). O problema para o trabalhador de contrato temporário nas instituições públicas investigadas é que ele não usufrui dos mesmos direitos que os profissionais com contrato definitivo, tais como, estabilidade no emprego, carga horária de 36 horas, plano de saúde, licença prêmio, entre outros.

No estudo de revisão conduzido por Manetti e Marziale (2007) os fatores internos ao ambiente laboral, como o tipo de organização do trabalho, relações de trabalho e condições de trabalho, foram citados com grande freqüência como fatores relacionados à depressão entre enfermeiros e trabalhadores de enfermagem.

Verificamos também que profissionais das instituições privadas possuíam média para a dimensão Demanda igual a 15,1 (D.P.=2,3), (p=0,22) e para a dimensão Controle igual a 16,0 (D.P.=2,2), (p=0,01). Assim, os trabalhadores dos hospitais privados combinaram alta demanda e baixo controle e foram considerados como grupo de alta exposição ao estresse, o que poderia levar à ocorrência de maiores danos à saúde física e mental. Rusli, Edimansyah e Naing (2008) encontraram resultado concernente a este aspecto. Esses autores descreveram que o estresse estava diretamente relacionado com a ansiedade e a depressão. Pinho e Araújo (2007) apresentaram associação positiva entre trabalhos com alta exposição ao estresse ocupacional e transtornos mentais e Araújo et al. (2003) referiram que o trabalho em condições de baixo controle e alta demanda é um fator nocivo à saúde psíquica dos trabalhadores.

A variável “categoria profissional” obteve diferença estatisticamente significante com a dimensão Demanda (p=0,01) e Controle (p=0,000), ou seja, profissionais enfermeiros teriam maior média para as duas dimensões quando comparados aos profissionais não enfermeiros. De acordo com o modelo de Karasek os enfermeiros foram classificados como trabalhadores ativos (combinaram alta demanda e alto controle), considerados, neste estudo, profissionais de exposição intermediária ao estresse ocupacional. A maioria dos enfermeiros (29,0%) do estudo de Araújo et al. (2003) também se encontrava no grupo de trabalhadores ativos e os auxiliares de enfermagem no grupo de profissionais passivos (87,6%).

Pinho e Araújo (2007) alertaram que o trabalho ativo pode conduzir ao declínio global do individuo e à redução da capacidade de produzir soluções para atividades e problemas enfrentados, mas referiram que profissionais submetidos a alto controle e alta demanda apresentam menor prevalência de transtornos mentais comuns apontando o efeito positivo do trabalho ativo sobre a saúde das pessoas. Araújo, Graça e Araújo (2003) consideram que o grau de controle pode indicar uma medida de autonomia, de liberdade para o uso de habilidades e qualificação, contrabalançando os efeitos negativos oriundos das altas demandas psicológicas.

Costa, Lima e Almeida (2003) consideram que o principal fator gerador de estresse no meio ambiente de trabalho decorre dos aspectos da organização, administração e sistema de trabalho e da qualidade das relações humanas. Esse clima torna o trabalho da enfermeira complexo e envolve uma grande tensão emocional, desgaste físico e psíquico o que contribui para desencadear estresse. Lindholm (2006) destacou em seu estudo que os enfermeiros envolvidos nas gerências apresentaram seis vezes mais chances de apresentar altos níveis de estresse quando comparados aos outros enfermeiros que não atuavam nessas situações.

A principal predição estabelecida no Modelo Demanda-Controle (KARASEK, 1979) é que a maioria das reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doenças físicas ocorrem quando a demanda de trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo (alta exigência).

Quanto à análise do suporte social, em nosso estudo, os enfermeiros obtiveram nível alto de demanda no trabalho, enquanto obtiveram alto apoio social. Entre os profissionais não enfermeiros houve menor percepção de demanda e

menor percepção de apoio social, quando comparados ao grupo de enfermeiros. Segundo Lindholm (2006) essas diferenças estão relacionadas à origem do estresse, que pode ser expressa pela função exercida, local de atuação, entre outros.

Severinsson e Kamaker (1999) encontraram que as enfermeiras com melhor suporte social de seus supervisores possuíam maior habilidade para manejar o estresse. No estudo de Lindholm (2006), que analisou enfermeiros e médicos em posições de gerências, o grupo de enfermeiros obteve alto nível de estresse e baixo apoio social e Rusli, Edimansyah e Naing (2008) encontraram relação inversa entre suporte social e estresse, ou seja, quanto maior o suporte social, menor a percepção de estresse, por exemplo.

Apoiadas na literatura encontrada podemos inferir, apesar do resultado não ser estatisticamente significante, que os enfermeiros de nosso estudo poderiam apresentar menor percepção ao estresse ocupacional, uma vez que obtiveram maior média para a medida da dimensão Suporte Social quando comparados aos demais profissionais avaliados.

Os resultados referentes ao estresse ocupacional apresentados em nosso estudo corroboram o que já havia sido encontrado por Araújo, Graça e Araújo (2003). As autoras referem que a falta de equilíbrio entre demandas laborais e níveis de controle exercido no atendimento a essas demandas e o tempo em que se experimenta essa situação de desequilíbrio, pode elevar a produção de hormônios do estresse que, por sua vez, podem desencadear processos de adoecimento físico e mental.

Dentre as variáveis profissionais analisadas, destacamos também a “área de atuação” e a sua associação com a dimensão Demanda. Constatamos que os

trabalhadores do CC percebiam maiores demandas psicológicas no trabalho, o que poderia ocasionar-lhes maior percepção de estresse quando comparados aos trabalhadores da CME. Entretanto, Stacciarini e Tróccoli (2001) reforçam que há uma tendência, especialmente entre os enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar, em pensar que as unidades de atendimento crítico favorecem maior estresse do que as demais e enfatizam que não há estudos conclusivos quanto ao local de atuação e à propensão ao estresse.

Nos estudos revisados encontramos resultados controversos. O estudo de Eriksen (2006), no qual fora utilizado outro instrumento para a medida de demanda no trabalho ("*General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factor of Work*"), demonstrou que a área de maior demanda psicológica no trabalho foi a unidade psiquiátrica. Batista e Bianchi (2006) referem que as unidades de emergência são grandes geradoras de situações de estresse e de riscos psíquicos. No entanto, vale a pena ressaltar que exposições aos conflitos de papéis, às ameaças e violência no local de trabalho podem se tornar estressores e modificar a percepção de demanda psicológica independente da área de atuação.

Stacciarini e Trócolli (2001) reforçam ainda que há um entendimento de que as fontes de estresse são diferentes em cada ambiente de trabalho, embora algumas sejam consideradas comuns, independente do cargo do enfermeiro e da sua área de atuação.

Reforçamos, ainda, que as novas tecnologias ao invés de serem nossas aliadas, acrescentam o fardo da sobrecarga de informações, além de acelerar o ritmo de trabalho, à medida que maior velocidade de resposta torna-se a expectativa padrão nas instituições de saúde, independente da unidade de atuação do trabalhador.

Até este momento discutimos as associações encontradas entre algumas variáveis sócio-demográficas, como sexo e idade, e profissionais, como carga horária semanal, duplo vínculo, remuneração, tempo de experiência, categoria profissional, área de atuação, entre outras, com as principais variáveis deste estudo, quais sejam: QVT, estresse, ansiedade, depressão, distúrbios osteomusculares e SC. A partir de agora passaremos às discussões dos resultados encontrados para essas variáveis e suas associações entre si.

Quanto à avaliação da QVT, encontramos média de 58,9 para o total da amostra estudada (intervalo de zero a 100), o que significa que os trabalhadores estavam moderadamente satisfeitos com relação a essa medida. Feng, Chen e Mao (2007), que também avaliaram a satisfação profissional em uma escala de zero a 100, obtiveram valor médio para a QVT de 53,3 e Argentero, Miglioretti e Angilletta (2007) encontraram média para a QVT entre enfermeiros de 62,47, significando uma divergência pequena entre os resultados apresentados. Esta diferença pode ser justificada pelos aspectos relacionados à cultura de cada população, características organizacionais das instituições, entre outras.

Meretoja, Leino-Kilpi e Kaira (2004) utilizando uma Escala Visual Analógica (intervalo de zero a 100) para mensurar o nível de competência de enfermeiros, obtiveram um intervalo que variou entre 55 e 69, assemelhando-se à média encontrada em nosso estudo. Para os autores a mensuração da competência entre enfermeiros é a chave para a satisfação profissional, sendo que os enfermeiros analisados consideraram, de forma geral, seu nível de competência como bom.

Lino (1999, 2004) e Schmidt (2004), avaliando a satisfação profissional entre enfermeiros brasileiros de Unidade de Terapia Intensiva e profissionais de enfermagem do BC, utilizando o Índice de Satisfação Profissional (ISP) o qual

apresenta os seis componentes do trabalho propostos em nosso estudo para a análise da QVT, encontraram níveis baixos para a satisfação profissional, supondo que, aparentemente, as formas de gerenciamento das instituições e as condições de trabalho na enfermagem geral no Brasil precisam ser modificadas para melhoria da satisfação no trabalho entre estes profissionais.

Quanto ao estresse ocupacional, nosso resultado demonstrou que 54,5% dos profissionais estavam classificados como grupo de exposição intermediária e que 25,6% estavam classificados como grupo de alta exposição ao estresse no trabalho. Resultados similares foram descritos por Montanholi, Tavares e Oliveira (2006), os quais descreveram que 52% da população de enfermeiros hospitalares estudada foi classificada como estressada. Batista e Bianchi (2006) identificaram que a maioria dos enfermeiros das unidades de emergência apresentou nível intermediário de estresse e Lautert, Chaves e Moura (1999) constataram, em estudo para avaliação do estresse na atividade gerencial do enfermeiro, que 48% dos sujeitos estudados referiram estresse no desenvolvimento de suas atividades. O estudo de Britto (2006) apresentou resultados divergentes, pois encontrou que 75% dos enfermeiros psiquiátricos não avaliavam seu trabalho como fonte geradora de estresse excessivo, enquanto somente 25% apresentavam estresse elevado.

Os resultados demonstram que o estresse tem presença marcante na atuação dos profissionais de enfermagem e apesar destes estudos terem utilizado instrumentos distintos para a avaliação do estresse ocupacional verificamos que, no trabalho da enfermagem, o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, a exigência de maior produtividade, associada à redução contínua do contingente de trabalhadores, à pressão do tempo e ao aumento da complexidade das tarefas, além de expectativas irrealizáveis e as relações de trabalho tensas e precárias, podem

gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se em fatores responsáveis por situações de estresse relacionado com o trabalho.

Os enfermeiros estudados por Aquino (2005) referiram como estressante o esforço físico despendido para a realização do trabalho no CC. A autora descreve que as funções da enfermeira nesse setor é supervisionar todas as salas de cirurgia, controlar os materiais e equipamentos, e sendo essas atividades consideradas burocráticas, o seu desenvolvimento gera cansaço físico, considerado como estressor para as enfermeiras. Fischer et al. (2005) encontraram entre trabalhadores adolescentes que quanto maior o escore para demanda, maior a prevalência de dor corporal. Feng, Chen e Mao (2007) sugerem que a pressão exercida pelo pequeno tempo para a execução da tarefa associada à alta demanda de trabalho é um fator de risco para o surgimento de injúrias músculo-esqueléticas e Rusli, Edimansyah e Naing (2008) encontraram correlação inversa entre estresse e saúde física ($r=-0,41$, $p<0,01$).

Estes resultados sugerem que maiores demandas de trabalho podem causar maior freqüência de distúrbios músculo-esqueléticos entre profissionais de enfermagem do BC, embora estudos transversais, segundo Lipscomb et al. (2004) não permitam estabelecer uma relação de causa e efeito entre as variáveis observadas. Um estudo transversal e correlacional, como o nosso, é uma oportunidade de analisar as associações existentes entre as variáveis. Em nosso estudo, devido ao grande número de dados perdidos em relação à saúde física, essa análise não foi efetuada.

Ressaltamos que as demandas psicológicas diferem entre os diversos tipos de ocupações. Entre os profissionais da área da saúde demandas físicas e psicológicas normalmente estão envolvidas nas mesmas tarefas. Entre os

profissionais do BC isto fica evidente nas situações de urgência, justificando a associação encontrada entre demanda psicológica e distúrbios osteomusculares nos estudos citados. Além disso, Mausner-Dorsch e Eaton (2000) referem que entre a população geral, indivíduos com alta demanda e baixo controle, ou seja, trabalho com grande desgaste terão maior prevalência de depressão; destacaram que a elevada pressão no trabalho estava associada com a maior prevalência dos três tipos de depressão, especialmente o transtorno depressivo maior.

Em relação aos resultados encontrados na avaliação da ansiedade e da depressão, segundo o ponto de corte sugerido por Zigmond e Snaith (1983) e utilizado neste estudo, encontramos uma freqüência preocupante de trabalhadores com sintomas de ansiedade (31,3%) e de depressão (24,2%). Esse resultado sugere que os profissionais de enfermagem podem avaliar as circunstâncias a que se expõe no dia-a-dia como ameaçadoras.

Pinho e Araújo (2007) encontraram maior prevalência de Transtornos Mentais Comuns em profissionais de enfermagem que possuíam nível superior. Essas autoras descreveram um risco duas vezes maior dos enfermeiros apresentarem esses transtornos quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem. Este estudo demonstrou uma prevalência de Transtornos Mentais Comuns de 26,3% entre a população de trabalhadores de enfermagem.

Manetti e Marziale (2007) em revisão sistemática encontraram uma média de prevalência de depressão entre os trabalhadores de enfermagem de 28,78% e de 30,64%, de acordo com os instrumentos utilizados nos estudos revisados, o que, segundo as autoras, se aproxima da prevalência média de 10 a 25% encontrada entre mulheres não-clínicas.

Em estudo conduzido entre circulantes de sala cirúrgica, Peniche (2005) encontrou baixo traço de ansiedade entre 68,4% dos trabalhadores e médio traço de ansiedade entre 31,5% desses profissionais, resultado similar ao nosso. No que se refere ao estado de ansiedade, a autora descreveu que 73,6% dos participantes apresentaram baixo estado de ansiedade e 21,5% apresentaram médio estado de ansiedade, caracterizando uma amostra com baixo estado de ansiedade.

Peniche e Nunes (2001), em outro estudo sobre ansiedade, não encontraram sinais altos de ansiedade traço e ansiedade estado entre enfermeiros de SRA, apesar de ponderar que sendo a ansiedade uma reação emocional complexa e produto de uma série de fatores da vida pessoal e profissional do indivíduo, o enfermeiro da SRA pode sentir, em seu ambiente de trabalho, situações estressantes que exige dele habilidade para seu enfrentamento e que podem gerar ansiedade.

Apesar de apresentarmos grande preocupação com a freqüência de sinais de ansiedade e de depressão entre os trabalhadores deste estudo, ponderamos que a maioria dos profissionais de enfermagem apresentou escore para a medida da HADS-A e para a HADS-D inferior a oito, não classificados como casos possíveis para a ansiedade e depressão.

Em relação à freqüência de depressão, constatamos que 74,9% dos trabalhadores não apresentaram sintomas de depressão, resultado semelhante ao de dois estudos entre acadêmicos de enfermagem, nos quais a maioria (80,8% e 73,94%) não apresentou sinais indicativos de depressão (FUREGATO et al., 2006; GARRO; CAMILLO; NÓBREGA, 2006).

Por outro lado, o cenário da enfermagem no Brasil, no qual o trabalhador de enfermagem se depara com condições desfavoráveis de trabalho, tais como riscos

físicos, ergonômicos, biológicos, estresse, entre outros, não é nada adequado à saúde mental destes profissionais, podendo colocá-los como um grupo de risco para o surgimento desses transtornos nos próximos anos.

Além disso, o desenvolvimento tecnológico vai paulatinamente necessitando de um trabalhador com maiores habilidades, ágil, que saiba lidar com uma nova representação do mundo. Esse trabalhador tem de ter rapidez tanto manual, como mental, além de uma bagagem de informação disponível enquanto recurso pessoal para, ante qualquer dificuldade, poder utilizá-la evitando o surgimento do estresse ou de algum tipo de problema relacionado à saúde mental.

Entre profissionais de outras áreas, como dentistas e professores, também foi encontrada uma prevalência preocupante para a presença de distúrbios psíquicos; 24,6% entre cirurgiões-dentistas e 19,1% entre professores, demonstrando que outros grupos de trabalhadores, em especial aqueles que atuam diretamente com pessoas, podem desenvolver problemas psíquicos mais severos nos próximos anos (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

Em nosso estudo as duas subescalas da HADS estiveram diretamente e fortemente correlacionadas ($r=0,73$, $p<0,001$), o que significa que os trabalhadores com os maiores valores para a medida de depressão foram os mesmos com os maiores valores para a medida de ansiedade. Resultado similar foi descrito no estudo de Horneij et al. (2004) entre trabalhadores de enfermagem, no qual as duas subescalas da HADS estavam forte e estatisticamente associadas ($p=0,000$) e por Rusli, Edimansyah e Naing (2008), os quais encontraram associação direta entre ansiedade e depressão.

Quanto à freqüência de distúrbios osteomusculares entre os profissionais de enfermagem do nosso estudo, encontramos 38,9% de referências de queixas na

região lombar e 37,9% na região dos ombros nos últimos 12 meses. Mesmo considerando o grande número de dados perdidos, ponderamos que este resultado foi relevante. Um estudo prévio realizado entre atendentes de enfermagem em Taiwan por Feng, Chen e Mao (2007) apresentou uma prevalência de dor lombar de 38,1% nos últimos 12 meses, assemelhando-se ao nosso resultado. Lipscomb et al. (2004) encontrou, entre uma população geral, prevalência de 17% e 29% para presença de distúrbios osteomusculares em ombro e região lombar, respectivamente.

Gurgueira, Alexandre e Corrêa Filho (2003), Célia e Alexandre (2004) e Aasa et al. (2005) encontraram entre trabalhadores de enfermagem de setores distintos, uma freqüência de queixas osteomusculares superior à observada em nosso estudo. Gurgueira, Alexandre e Corrêa Filho (2003) e Célia e Alexandre (2004) encontraram uma prevalência anual de 59% de queixas na região lombar, enquanto Aasa et al. (2005) evidenciaram 53% de queixas na região do ombro e 46% na região lombar nos últimos 12 meses.

Maior freqüência de queixas osteomusculares na região lombar nos últimos 12 meses também foi encontrada por Mitchell et al. (2008) entre enfermeiros australianos recém graduados (90%) e por Horneij et al. (2004), cuja prevalência anual de dor lombar foi de 60% e de dor nos ombros foi de 65%.

Os resultados divergentes entre os estudos podem estar relacionados ao tipo de atividade exercida em cada ambiente laboral, ou por outros fatores, como carga horária e tempo de experiência. Um aspecto relevante em nosso estudo está relacionado ao grande número de dados perdidos, que pode estar subestimando a freqüência de problemas osteomusculares.

Apesar de termos encontrado uma proporção substancial de queixas osteomusculares entre os trabalhadores de enfermagem, poucos desses profissionais informaram limitações de atividades devido a essas queixas ou procura por profissionais da área para tratamento.

A baixa freqüência de procura por profissionais especializados pode estar relacionada à cultura dos trabalhadores, principalmente de hospitais privados, que relacionam longos períodos de afastamento com a possibilidade de demissão ou remanejamento para outros setores após seu retorno. Feng, Chen e Mao (2007) relataram que em Taiwan os trabalhadores de seu estudo não procuram ajuda profissional quando apresentam queixas osteomusculares devido, entre outros, a influência do afastamento sobre sua remuneração.

Quanto ao resultado do escore do SC para o total da amostra estudada encontramos média de 144,6 (D.P.=22,6). Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Rothmann et al. (2002) entre farmacêuticos, 148,23 (D.P.=20,22), e na revisão sistemática realizada por Eriksson e Lindström (2005), cujos 124 estudos que utilizaram a versão com 29 itens do QSCA obtiveram valor para a medida do SC entre 100,5 (D.P.=28,5) e 164,5 (D.P.=17,1).

Harri (1998) identificou uma média de 66,9 (D.P.=0,47), intervalo possível entre 13 e 91, entre professores de enfermagem e Leino-Loison et al. (2004) encontraram forte SC entre enfermeiros da Finlândia, utilizando também a versão de 13 itens do QSCA.

Esses resultados sugerem que os trabalhadores estudados ainda conseguem ter pensamentos positivos a respeito de diversos aspectos da vida, apesar de exercerem profissões consideradas estressantes. A associação positiva encontrada entre SC e a medida de QVT (r=0,30, p=0,000) em nosso estudo dá suporte a esse

aspecto, ou seja, trabalhadores de enfermagem com forte SC podem apresentar maior satisfação profissional. Outro estudo entre profissionais da área da saúde também encontrou associação direta e de moderada magnitude entre SC e a satisfação no trabalho (r=0,34) (ROTHMANN et al., 2002).

Quanto ao resultado da associação da medida de QVT e a freqüência de estresse, ansiedade e depressão, observamos que o valor médio da QVT foi maior entre os trabalhadores sem exposição ao estresse ocupacional, sem sintomas de ansiedade e de depressão. Rusli, Edimansyah e Naing (2008) encontraram resultado similar, no qual a alta demanda de trabalho diminuiu a Qualidade de Vida de trabalhadores da Malásia.

No entanto, o inconveniente das pesquisas sobre estresse e problemas da saúde mental, nas quais os próprios participantes respondem aos instrumentos de coleta de dados, é que os trabalhadores com maior freqüência de transtornos psíquicos ou estresse, informam pior QVT do que aqueles com bom estado de saúde mental. Melchior et al. (2007) confirmam esse aspecto e enfatizam que indivíduos depressivos e/ou ansiosos referem piores condições de trabalho quando comparados aos indivíduos sem sinais desses transtornos.

O mesmo pode ter ocorrido em relação ao resultado referente à saúde física, pois aqueles profissionais com presença de distúrbios osteomusculares foram os que apontaram pior valor para a medida de QVT. Mesmo diante deste aspecto, consideramos de extrema relevância os resultados encontrados em nosso estudo. Para Meirelles e Zeitoune (2003), Carandina (2003), Schmidt (2004), Ferreira, Possari e Moderno (2006), Gelsema et al. (2006) e Santos, Braga e Fernandes (2008) as dimensões “normas organizacionais” e “condições de trabalho” estão relacionadas à satisfação laboral, ou seja, à QVT e Lipscomb et al. (2004)

encontraram associação entre as mudanças na organização e a presença de distúrbios osteomusculares, justificando nosso resultado.

Em relação ao resultado das associações entre o SC, o estresse e a saúde mental, confirmamos o que já era esperado. Trabalhadores com alta exposição ao estresse, com sintomas de ansiedade e de depressão apresentaram menor valor para a medida de SC quando comparados aos profissionais sem exposição ao estresse, sem ansiedade e depressão.

Os estudos de Drageset et al. (2008) e de Rothmann et al. (2002) corroboram o resultado encontrado em nosso estudo. Drageset et al. (2008) obtiveram correlação significante entre o SC e todas as dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde, medida pelo "*Medical Outcomes Study 36-item Short- Form Health Survey"* (SF-36). Na subescala saúde mental, do SF-36, a correlação foi considerada de forte magnitude (r=0,61). Para Rothmann et al. (2002) a correlação foi inversa entre a medida de SC e a dimensão exaustão emocional (r=-057) e a dimensão despersonalização (r=-0,45), enquanto foi direta entre SC e a dimensão realização profissional (r=0,58) do MBI.

Pallant e Lae (2002) obtiveram associação direta e de forte magnitude (r=0,53) entre o SC e a medida de satisfação com a vida (medida pelo instrumento "*Life Satisfaction Scale"*). Esses autores argumentam que indivíduos com senso de coerência forte tendem a ter maior auto-estima, maior controle de suas vidas e mais visões positivas e otimistas em relação a vários aspectos, inclusive o trabalho.

Observamos na Tabela 25, passo 1 da análise de regressão, que o tipo de instituição foi a variável mais importante para aumentar a medida da QVT entre os participantes deste estudo (p=0,010). No entanto, Spindola e Martins (2007), em estudo entre enfermeiros do Rio de Janeiro, descreveram que as deficiências de

recursos humanos e materiais nas instituiçoes públicas acarretaram desgaste e sofrimento entre os profissionais de enfermagem. Mesmo assim, as condições de estabilidade, em particular, nas instituiçoes públicas, podem ter favorecido a percepção dos trabalhadores das instituições públicas/filantrópicas quanto à sua QVT neste estudo. No passo 2, encontramos que a alta exposição ao estresse ocupacional obteve o maior efeito negativo sobre a QVT, seguida da presença de depressão e exposição intermediária ao estresse no trabalho, que também apareceram como preceptores significantes da QVT.

De acordo com o resultado da análise de regressão apresentado na Tabela 25, confirmamos a Hipótese 1, pois a inclusão do estresse e da depressão contribuiu para diminuir o valor da medida de QVT (p=0,000), embora o modelo final tenha explicado apenas 15,8% da variância da medida de QVT neste estudo. No estudo de Rothmann et al. (2002) 73% da variância na medida da dimensão exaustão emocional e 56% da variância na medida da dimensão despersonalização (MBI) foi explicada pela adição do SC e da satisfação profissional e Gelsema et al. (2006) encontraram efeitos negativos da dimensão Demanda sobre a satisfação profissional.

A Tabela 26, demonstra que não confirmamos a Hipótese 2, pois observamos que a adição do SC contribuiu pouco para explicar a variação da medida de QVT, apenas 2%, embora tenha tido um efeito positivo sobre a QVT. De acordo com Antonovsky (1987) um SC forte pode neutralizar os efeitos negativos do estresse, fornecendo subsídios para o trabalhador avaliar o potencial estressor como irrelevante, contribuindo para uma melhor QVT.

CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

Onze instituições hospitalares do município de Londrina – Paraná participaram do estudo, com uma amostra total de 211 trabalhadores. Desses participantes, a maioria era do sexo feminino (86,7%), com idade compreendida entre 20 e 68 anos, média de 40 anos (D.P.= 9,7). Quanto à situação conjugal, a maioria era casada (54,0%), com filhos (74,4%) e possuía o ensino médio completo (58,3%).

De acordo com as características profissionais, a maioria pertencia às instituições públicas ou filantrópicas (n=123; 58,3%), à categoria profissional auxiliar de enfermagem (n=132; 62,6%), que atuava predominantemente no centro cirúrgico (n=125; 59,2%) e no período diurno (n=157; 74,4%).

Quarenta e oito (22,7%) profissionais possuíam duplo vínculo empregatício, sendo a renda mensal entre um e três salários mínimos para a maioria dos participantes (n=140; 66,4%). O tempo de experiência foi em média de 9,3 (D.P.=8,0) anos e a carga horária semanal média foi de 47,3 (D.P.=16,0) horas, em um intervalo de 20 a 90 horas de trabalho por semana.

A confiabilidade dos instrumentos escalares utilizados para a coleta de dados, apresentou de forma geral valores aceitáveis para o alfa de Cronbach. A JSS apresentou 0,73 para a dimensão Demanda, 0,54 para a dimensão Controle e 0,75 para a dimensão Apoio Social. A HADS-A obteve alfa de Cronbach igual a 0,79 e a HADS-D 0,77, enquanto o QSCA obteve consistência interna de 0,87.

Quanto à medida da QVT, obtivemos média de 58,9 (D.P.=27,7) e mediana 57, para os 201 profissionais de enfermagem que responderam a EVA.

A QVT não obteve associação estatisticamente significante com as características sócio-demográficas dos trabalhadores e entre as características

profissionais o resultado foi estatisticamente significante apenas para as variáveis “tipo de instituição” (p=0,003), “renda mensal” (p=0,006) e “opção pelo local de atuação” (p=0,01).

Com relação aos valores dos componentes da JSS para o total da amostra estudada, constatamos valor médio para a dimensão Demanda de 14,8 (D.P.=2,4); para a dimensão Controle de 16,5 (D.P.=2,3) e para a dimensão Apoio Social de 18,7 (D.P.=2,8). Dentre os participantes, 115 (54,5%) encontravam-se no grupo de exposição intermediária ao estresse.

As medidas das dimensões Demanda e Controle obtiveram resultado estatisticamente significante com as variáveis “idade” e “escolaridade”. Quanto às variáveis profissionais houve diferença estatisticamente significante na avaliação da dimensão Demanda apenas quando consideramos a categoria profissional contratada (p=0,01). Com relação à dimensão Controle, as associações foram estatisticamente significantes para as variáveis “tipo de instituição” (p=0,01), “categoria profissional” (p=0,000), “turno de trabalho” (p=0,01), “carga horária semanal” (p=0,00) e “renda mensal” (p=0,000).

Quanto às associações das variáveis sócio-demográficas, profissionais e a medida da dimensão Apoio Social, observamos diferença estatisticamente significante apenas quando consideramos a escolaridade (p=0,01) dos participantes.

Em relação à avaliação da ansiedade e da depressão, entre o total da amostra estudada, observamos uma média de 6,3 (D.P.=3,7) para a medida de ansiedade e de 5,2 (D.P=3,3) para a medida de depressão com intervalos variando de zero a 21 para a HADS-A e de zero a 16 para a HADS-D.

A ocorrência de sintomas de ansiedade apresentou-se estatisticamente significante quando consideramos o tipo de instituição (p=0,011) e a presença de

duplo emprego (p=0,027). A presença de sintomas de depressão apresentou-se estatisticamente significante em relação às variáveis “estado conjugal” (p=0,033) e “presença de duplo vínculo empregatício” (p=0,010).

Utilizando o escore oito como ponto de corte para a HADS-A e para a HADS-D, constatamos que, entre os profissionais de enfermagem, 66 (31,3%) apresentavam sintomas de ansiedade e 51 (24,2%) sintomas de depressão, freqüências consideradas preocupantes, apesar da maioria não apresentar sintomas de ansiedade (67,3%) ou de depressão (74,9%).

Quanto à presença de problemas osteomusculares a maioria referiu queixas principalmente na região inferior das costas (n=82; 38,9%) e ombros (n=80; 37,9%) nos últimos 12 meses. Com relação à presença de distúrbios músculo-esqueléticos nos últimos sete dias, houve predominância de ocorrência desses sintomas na região lombar (n=43; 20,4%).

Encontramos diferença estatisticamente significante na freqüência de distúrbios osteomusculares na região lombar nos últimos 12 meses e as variáveis “duplo vínculo empregatício” (p=0,03) e “carga horária semanal” (p=0,04). A variável “tempo de experiência” obteve associação estatisticamente significante com a presença de queixa na região lombar (p=0,005) e na região dos ombros (p=0,001) nos últimos 12 meses. A presença de distúrbios osteomusculares nos ombros nos últimos sete dias foi estatisticamente significante apenas com a variável “tempo de experiência” (p=0,000).

A média do QSCA para os 203 profissionais de enfermagem dos BC que responderam esse instrumento foi de 144,6 (D.P.=22,6). O intervalo obtido variou entre 69 e 201 (intervalo possível entre 29 e 203), revelando que existiam

profissionais tanto com valor alto, quanto baixo para a medida do senso de coerência.

O SC não obteve associação estatisticamente significante com as características sócio-demográficas dos participantes deste estudo. No entanto, as associações entre a medida de SC e as variáveis profissionais “tipo de instituição” (p=0,03), “presença de duplo vínculo empregatício” (p=0,00) e “renda mensal” (p=0,01) obtiveram resultado estatisticamente significante.

A medida de QVT obteve associação estatisticamente significante com a presença de estresse ocupacional (p=0,001), presença de ansiedade (p=0,008), de depressão (p=0,05) e de distúrbios osteomusculares na região dos ombros (p=0,00), lombar (p=0,00), nos últimos 12 meses e na região lombar nos últimos sete dias (p=0,01). O SC obteve resultado estatisticamente significante com a presença de estresse ocupacional (p=0,029), a presença de ansiedade (p=0,000) e de depressão (p=0,000).

A medida da QVT e do SC obtiveram correlação positiva, de moderada magnitude e estatisticamente significante (r=0,30; p=0,000), o que pode expressar que os profissionais com maior SC, por exemplo, são os mesmos com melhor QVT.

Podemos concluir que a primeira hipótese foi confirmada, ou seja, a adição do estresse ocupacional e dos transtornos de humor contribuiu para diminuir a QVT entre os profissionais de enfermagem dos BC deste estudo, porém a segunda hipótese não pôde ser confirmada, ou seja, a adição do senso de coerência não contribuiu satisfatoriamente para aumentar a QVT destes trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluirmos este estudo ressaltamos algumas considerações: em primeira instância a auto-informação sobre estresse ocupacional, doenças psíquicas e problemas osteomusculares pode se tornar um viés em pesquisas desta natureza, uma vez que indivíduos com afetividade negativa sempre tenderão a informar piores condições de trabalho, de saúde física e mental do que os demais trabalhadores.

O tipo de delineamento escolhido para o estudo é especialmente vulnerável a dois tipos de distorção. Primeiramente, deve-se considerar que em um estudo transversal, todas as medições são feitas em uma única ocasião, sem período de acompanhamento, sendo possível que alguns indivíduos não tenham tido a oportunidade de participar do estudo porque se sentiram incomodados, insatisfeitos, estressados ou afastados do trabalho por doença, folga, férias no momento da coleta de dados. Como este fato ocorreu, deve-se considerar que as proporções de queixas obtidas nessa investigação podem estar subestimadas. Segundo é que os estudos correlacionais são destinados a examinar a relação entre duas variáveis, não sendo possível estabelecer relações causais entre as mesmas.

Consideramos também que o Modelo Demanda-Controle nem sempre possibilita estudar algo mais amplo do que o trabalhador individual e seu ambiente de trabalho (seu ponto de partida é a interação indivíduo-ambiente no local de trabalho). Assim, ponderamos que o Modelo Demanda-Controle, apesar de ser um modelo investigativo utilizado em vários estudos para a avaliação do estresse ocupacional, incorpora apenas duas dimensões do mundo do trabalho (demanda e controle) o que poderia torná-lo demasiadamente simples, uma vez que esse contexto envolve outras dimensões. Todavia, a "*Job Stress Scale"* (versão resumida)

configurou-se um importante instrumento para avaliar a associação entre os aspectos psicossociais do trabalho e os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores.

Quanto à análise dos distúrbios osteomusculares, consideramos que a não exclusão dos profissionais que apresentavam patologias prévias do sistema músculo-esquelético, tais como, escoliose, deformidades da coluna, entre outras, pode ter alterado a freqüência de queixas osteomuscular. Uma outra consideração relevante, em se tratando da análise dos distúrbios músculo-esqueléticos, trata-se do grande número de dados perdidos, o que também poderia ter prejudicado a análise desta variável.

Destacamos que no estudo de adaptação e validação do Questionário Nórdico para a língua portuguesa (BARROS; ALEXANDRE, 2003), a maioria dos participantes (65%) possuía alto nível educacional, enquanto em nosso estudo, 68,2% dos respondentes possuíam, no máximo, o ensino médio completo. Além disso, a aplicação desse instrumento no estudo de Barros e Alexandre (2003) foi realizada por meio de entrevista e não auto-aplicado, o que poderia ter contribuído para ampliar o número de dados perdidos em nosso estudo.

No entanto, os resultados deste estudo são de extrema importância para a elaboração de medidas preventivas para o ambiente de trabalho hospitalar, considerado como altamente estressante e repleto de fatores predisponentes à depressão, à ansiedade e aos distúrbios osteomusculares entre seus trabalhadores. Todavia, a falta de recursos das instituições, a falta de serviços especializados para atender a demanda de trabalhadores e a falta de reconhecimento da relação de certas patologias com o trabalho poderão impedir as ações necessárias ao desenvolvimento da QVT.

Mesmo assim, a investigação da QVT dos profissionais de enfermagem poderá ser o início da conscientização dos gerentes/administradores sobre as condições de trabalho desses profissionais, assim como poderá contribuir para o crescimento da enfermagem e impulsionar programas com grupos de trabalho e de estudos que permitam a continuidade de pesquisas como esta e que possam futuramente intervir com estratégias de promoção à saúde e de melhor QVT.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AASA, U. et al. Relationships between work-related factors and disorders in the neck-shoulder and low-back region among female and male ambulance personnel. **Journal of Occupational Health**, Tokyo**,** v. 47, n. 6, p. 481-489, Nov. 2005.

AGARDH, E.E. et al. Work stress and low sense of coherence is associated with Type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. **Diabetes Care**, Alexandria**,** v. 26, n. 3, p. 719-724, Mar. 2003.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 1998. p. 278.

AKHTAR-DANESH, N.; LANDEEN, J. Relation between depression and sociodemographic factors. **International Journal of Mental Health Systems**, London, v.1, n. 4, p. 1-9, Sep. 2007.

ALBORNOZ, S. O que a palavra trabalho significa. In: _____. **O que é trabalho**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008. p. 7-14.

ALEXANDRE, N.M.C.; ANGERAMI, E.L.S.; MOREIRA FILHO, D.C. Dores nas costas e enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 267-85, ago. 1996.

ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p. 65-72, abr. 1998.

ALMEDON, A.M. et al. Use of “sense of coherence (SOC)” scale to measure resilience in Eritrea: interrogating both data and the scale. **Journal of Biosocial Science**, Cambridge, v.39, n.1, p.91-107, Jan. 2007.

ALVES, M.G.M. **Pressão no trabalho:** estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estado Pró-Saúde. 2004. 259 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

ALVES, M.G.M et al. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-171, abr. 2004.

AMARANTE, S.T. **Análise das condições ergonômicas do trabalho das enfermeiras de centro cirúrgico**. 1999. 215 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. **Organização do trabalho da equipe de enfermagem no centro cirúrgico**: proposta de instrumento de verificação ergonômica. 2004. 177 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ANABUKI, M.H. **Situações geradoras de estresse:** a percepção das enfermeiras de um hospital de ensino**.** 2001. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ANDRADE, L.H.S.G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 285-90, nov./dez.1998. Numero Especial.

ANTONOVSKY, A. **Health, stress, and coping**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.

_____. **Unraveling the mistery of health**. Sao Francisco: Jossey-Bass, 1987.

_____. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Social Science and Medicine,** Oxford, v. 36, n. 6, p. 725-33, Mar. 1993.

AQUINO, J.M. **Estressores no trabalho das enfermeiras em centro cirúrgico:** conseqüências profissionais e pessoais. 2005. 154 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuição do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.8, n.4, p. 991-1003, out. 2003.

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

ARGENTERO, P.; MIGLIORETTI, M.; ANGILLETTA, C. Quality of work life in a cohort of Italian health workers. **Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia**, Pavia, v.29, n.1 Supl.A , p. 50-54, Jan./Mar. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Campanha pela jornada de trabalho de 30 horas para a enfermagem.** 2008. Disponível em: http//enfermagem30horas.bonesoft.net/. Acesso em: 05 nov. 2008.

BAKER, D.; KARASEK, R.A. Stress. In: LEVY, B.S.; WEGMAN, D.H. **Occupational health:** recognizing and preventing work-related disease and injury. 4. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

BARROS, E.N.C.; ALEXANDRE, N.M.C. Cross-cultural adaptation of the Nordic Musculoskeletal questionnaire. **International Nursing Review**, Geneva, v. 50, n. 2, p.101-108, Jun. 2003.

BARROS, A.L.B.L. et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p.585-592, set./out. 2003.

BARTH, J.; MARTIN, C.R. Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Germany coronary heart disease patients. 2005. Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=555847&blobtype=pdf. Acesso em: 25 set. 2008.

BATISTA, K.M.; BIANCHI, E.R.F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, jul./ago. 2006.

BECK, A.T.; STEER, R.A.; GARBIN, M.G. An Inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry,** Chicago, v. 4, p. 53-63, Jun. 1961.

BERNARD, B. **Musculoskeletal disorders and workplace factors.** Cincinnati: Department of Health and Human Services, 1997. 280p.

BIANCHI, E.R.F. **Estresse em enfermagem:** análise da atuação do enfermeiro em Centro Cirúrgico. 1990. 113 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

_____. **Stress entre enfermeiros hospitalares**. 1999. 110 f. Tese (Livre – Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. Comparação do nível de estresse do enfermeiro de centro cirúrgico e de outras unidades fechadas. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 28-30, out./dez. 2000.

_____. Conceito de Stress – Evolução histórica. **Nursing**, São Paulo, v. 4, n.39, p. 16-19, ago. 2001.

BJELLAND, I. et al. The validity of the hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. **Journal of Psychosomatic Research**, Bergen, v. 52, n. 2, p. 69-77, Feb. 2002.

BOTEGA, N.J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 285-289, jun. 1998.

BOURBONNAIS, R. et al. Job strain, psychological distress and burnout in nurses. **American Journal of Industrial Medicine**, Quebec, v. 34, n. 1, p. 20-28, Jul. 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais no.1/92 a 35/2001 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão no. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretarias de edições técnicas, 2002. 415p.

BRITTO, E.S. **Enfermeiros psiquiátricos**: estresse, enfrentamento e saúde. 2006, 102 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CALIL, H.M.; PIRES, M.L.N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 240-244, set./out. 1998.

CARANDINA, D.M. **Qualidade de Vida no Trabalho**: construção de um instrumento de medida para enfermeiras. 2003. 263 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CAREGNATO, R.C.A.; LAUTERT, L. Situações geradoras de estresse na equipe multiprofissional na sala cirúrgica. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 8, n. 3, p.11-16, jul./set., 2003.

CARVALHO, D.V.; LIMA, E.D.R.P. Sintomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de um centro cirúrgico. **Nursing,** São Paulo, v. 4, n. 34, p. 31-34, mar. 2001.

CARVALHO, D.V. et al. Enfermagem em setor fechado e estresse ocupacional. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 290-94, abr./jun., 2004.

CARVÃO, J.M. et al. A ergonomia no contexto das políticas públicas sobre condições de trabalho: cenários da sua aplicação. **Revista de Enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 279-285, abr./jun. 2006.

CASSIANI, S.H.B. et al. A satisfação e o trabalho de enfermagem em centro cirúrgico do estado de São Paulo. In: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 3, 1989, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1989. p. 417-432.

CASTILLO, A.R.G.L. et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, dez. 2000.

CASTRO, M.M.C. et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 5, p. 470-477, set./out. 2006.

CÉLIA, R.C.R.S.; ALEXANDRE, N.MC. Aspectos ergonômicos e sintomas osteomusculares em um setor de transporte de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 33-43, abr. 2004.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** 6. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

COHEN, J.; COHEN, P. **Applied multiple regression/correlation for the behavioral sciences**. 2. ed. Hillsdale: Lawrence Erbaum,1983.

COHEN, J.D. The aging nursing workforce: how to retain experienced nurses. **Journal Healthcare Management**, Philadelphia, v. 51, n. 4, p. 233-245, Jul./Aug. 2006.

COOPER, C.L. Identifying workplace stress: costs, benefits and the ways forward. In: EUROPEAN CONFERENCE ON STRESS AT WORK. **Proceedings.** Brussels: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1993. p.132.

COSTA, J.R.A.; LIMA, J.V.; ALMEIDA, P.C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 63-71, set. 2003.

CUMMINGS, S.R.; STEWART, A.L.; HULLEY, S.B. Questionários e instrumentos de coleta de dados. In: HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 265-281.

DANTAS, R.A.S. **Adaptação cultural e validação do questionário de senso de coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros.** 2007. 116 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DEL CURA, M.L.A. **Satisfação profissional do enfermeiro.** 1994. 49 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

DE MARTINO, M.M.F.; MISKO, M.D. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 161-167, mar. 2004.

DOUGLAS, M. et al. The work of auxiliary nurses in México: stressors, satisfiers and coping strategies. **International Journal of Nursing Studies**, Palo Alto, v. 33, n. 5, p. 495-505, 1996.

DOZEMAN, E. et al. Depression and anxiety, an Indicated Prevention (DIP) protocol in homes for the elderly: feasibility and (cost) effectiveness of a stepped care programme. **BMC Geriatric**, v.7, n. 6, 9 p., Mar. 2007.

DRAGESET, J. et al. Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents- a questionnaire study. 2008. Disponível em: http://www.hqlo.com/content/6/1/85. Acesso em: 20 dez. 2008.

ERIKSEN, W. Pratice area and work demands in nurses'aides: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 6, n. 97, 9 p., Apr. 2006.

ERIKSEN, W.; TAMBS, K.; KNARDAHL, S. Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. **BMC Public Health**, v. 6, n. 290, 11 p., Nov. 2006.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.59, p.460-466, Jan. 2005.

FENG, C.K.; CHEN, M.L.; MAO, F. Prevalence of and risk factors for different measures of low back pain among female nursing aides in Taiwanese nursing homes. 2007. Disponível em: http//www.biomedcentral.com/1471-2474/8/52. Acesso em: 10 jul. 2008.

FERREIRA-BACCI, A.V. **Comparação da escala de CR10 de Borg com a Escala Analógica Visual na avaliação da dor em pacientes com disfunções temporomandibulares.** 2004. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERREIRA, E.M.; POSSARI, J.F.; MODERNO, A.M.B. Fatores de satisfação e insatisfação profissional do enfermeiro de centro cirúrgico de um hospital universitário de grande porte. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 11, n. 9, p.15-23, abr./jun. 2006.

FISCHER, F.M. et al. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.2, p. 245-253, abr. 2005.

FORTUNA, T.; KERSNIC, P. Low back pain in perioperative nurses. **Obzornik Zdravstvene Nege**, Slovenia, v.37, n.3, p. 199-206, 2003.

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

FUREGATO, A.R.F. et al. Alunos de graduação em enfermagem: conhecimento e opinião sobre depressão. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 80-86, jan./mar. 2006.

FUREGATO, A.R.F. et al. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 239-244, abr. 2006.

GARCIA-CEBRIAN, A. et al. The association of depression and painful physical symptoms – a review of the European literature. **European Psychiatry**, London, v. 21, n.6, p. 379-388, Oct. 2006.

GARRO, I.M.B.; CAMILLO, S.O.; NÓBREGA, M.P.S.S. Depressão em graduandos de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.2, p. 162-167, mar. 2006.

GELSEMA, T.I. et al. A longitudinal study of job stress in the nursing profession: causes and consequences. **Journal of Nursing Management**, v.14, n.4, p: 289-299, May. 2006.

GILLEN, M. et al. The association of socioeconomic status and psychosocial and physical workplace factors with musculoskeletal injury in hospital workers**. American Journal of Industrial Medicine**, New York, v. 50, n.5, p. 245-260, Apr. 2007.

GIRARDI, S.M.; CARVALHO, C.L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. 2002. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/mtlast. Acesso em: 10 set. 2008.

GIUNTINI, P.B. **Avaliação do estado de ansiedade em pacientes submetidos a cirurgias eletivas sob regime ambulatorial ou sob regime de internação**. 2006. 96f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GODIN, I. et al. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. **BMC Public Health**, v. 5, n. 67, 10 p., Jun. 2005.

GONDA, X. et al. Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. **Annals of General Psychiatry**, Budapest, v. 6, n. 23, 8 p., Sep. 2007.

GONGE, H.; JENSEN, L.D.; BONDE, J.P. Are psychological factors associated with low-back pain among nursing personnel? **Work & Stress**, Denmark, v. 16, n. 1, p. 79-87, Mar. 2002.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.5, n. 5, p. 245-250, 1998.

GRAYSON, D. et al. Ergonomic evaluation: part of treatment protocol for musculoskeletal injuries. **AAOH Journal**, St. Louis, v. 53, n. 10, p. 450-457, Oct. 2005.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362, jun. 2008.

GUIDO, L.A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica.** 2003. 180 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUMMESSON, C. et al. The transition of reported pain in different body regions – a one-year follow-up study. 2006. Disponível em: http//www.biomedcentral.com/1471-2474/7/17. Acesso em 10 jul. 2008.

GURGUEIRA, G.P.; ALEXANDRE, N.M.C.; CORREA FILHO, H.R. Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 608-613, set./out. 2003.

GUYTON, A.C. **Tratado de fisiologia médica.** In: _____. Os processos intelectuais; sono e vigília; padrões comportamentais e efeitos psicossomáticos. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. p.164-78.

HACKMAN, J. et al. A new strategy for job enrichment. **California Management Review**, Beverly Hills, v. 17, n. 4, p. 57-71, 1975.

HARRI, M. The sense of coherence among nurse educators in Finland. **Nurse Education Today**, v. 18, n. 3, p. 202-212, Apr. 1998.

HENER, T.; WELLER, A.; SHOR, R. Stages of acculturation as reflected by depression reduction in immigrant nursing students. **International Journal of Social Psychiatry**, Israel, v. 43, n. 4, p. 247-256, Dec. 1997.

HERRERO, M.J. et al. A validation study of the hospital anxiety and depresión scale (HADS) in a Spanish population. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 25, n. 4, p. 277-83, Jul./ Ago, 2003.

HIGASHIGUCHI, K.K. et al. The association between job demand, control and depression in workplaces in Japan. **Journal of Occupational Health**, Tokyo, v. 44, n. 6, p. 427-428, Jul. 2002.

HIGNETT, S. Work-related back pain in nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 23, n. 6, p.1238-1246, Jun. 1996.

HORNEIJ, E.L. et al. Sick leave among home-care personnel: a longitudinal study of risk factors. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 5, n. 38, p. 1-12, Nov. 2004.

HORSBURGH, M.E. Salutogenesis origins of health and sense of coherence. In: RICE, V.H. **Handbook of stress, coping and health**. London: International Educational and Professional Publisher, 2000. p.175-193.

HSU, M.Y.; KERNOHAN, G. Dimensions of hospital nurses' quality of working life. **Journal of Advanced Nursing**, Londres, v. 54, n.1, p.120-131, Jan. 2006.

HULLEY, S.B.; NEWMAN, T.B.; CUMMINGS, S.R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. In: HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 43-54.

HUISMAN, M. King Saul, work-related stress and depression. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 61, n. 10, p.890, Oct. 2007.

HUSE, E.F.; CUMMINGS, T.G. **Organization development and change**. 3.ed. St Paul: Minn, 1985.

JACOMO, Y.A. **Fatores de satisfação e insatisfação que interferem na prática do pessoal de enfermagem em assistência primária de saúde**: estudo realizado no município de Cotia. 1991. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

JOSEPHSON, M. et al. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three years period. **Occupational and Environmental Medicine**, Solna, v. 54, p. 681-685, Mar.1997.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Transtornos de ansiedade. In: _____. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento em psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997a. cap. 16, p. 545-583..

_____. Transtornos do humor. In: _____. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento em psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997b. cap. 15, p. 493-544.

KARASEK, R.A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesigning. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 3, p.285-308, Jun., 1979.

KARASEK, R.A. et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 71, n. 7, p. 694-705, Jul. 1981.

KARASEK, R.A. ;THEORELL, T. **Healthy work.** Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York, NY, USA: Basic Books, 1990.

KARLSSON, I. et al. Chest pain after coronary artery bypass: relation to coping capacity and quality of life. **Scandinavian Cardiovascular Journal**, Scandinavia, v. 36, n. 1, p. 41-47, Feb. 2002

KINRYS, G.; WYGANT, L.E. Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, supl. 2, p. 543-550, out. 2005.

KIVIMAKI, M. et al. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. **Social Science Medicine**, Oxford, v. 50, n. 4, p. 583-597, Apr. 2000.

KROGSTAD, U. et al. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. **Human Resources for Health**, Oslo, v. 4, n. 3, p. 1-8, Feb. 2006.

KRUGER, P. et al. Organization specific predictors of job satisfaction: finding from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey. **BMC Health Services Research** v. 2, n. 6, 8 p., Mar. 2002.

KUORINKA, I. et al. Standardised Nordic questionnaire for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Applied Ergonomics**, Denmark, v. 18, n. 3, p. 233-237, Sep.1987.

LANDSBERGIS, P.A. Occupational stress among health care workers: a test of the job demands-control model. **Journal of Organizational Behavior**, Australia, v. 9, n.3, p. 217-239, Jul. 1988.

LARSON, G.; KALLENBERG, K.O. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. **European Journal of Public Health**, v. 6, n. 3, p.175-180,1996.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.133-144, Jul.1997.

LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 6, n. 6, p. 415-425, Dec. 1999.

LAZARUS, R.S.; LAUNIER, S. Stress related transaction between person and environment. In: DERVIN, L.A.; LEWIS, M. **Perspectives in international psychology**. New York: Plenum, 1978. p. 287-327.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping.** New York: Springer, 1984.

LEINO-LOISON, K. et al. Sense of coherence among unemployed nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Londres, v. 48, n. 4, p. 413-422, Nov. 2004.

LIMA, M. Quando o trabalho adoece. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 4, n. 5, p. 22-23, dez. 2007.

LIMONGI-FRANÇA, A.C.; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho:** uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LINDHOLM, M. Working conditions, psychosocial resources and work stress in nurses and physicians in chief managers' positions. **Journal of Nursing Management**, Malmö, v. 14, p. 300-309, 2006.

LINO, M.M. **Satisfação profissional entre enfermeiros de UTI**: adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction (IWS). 1999. 221 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva.** 2004. 223 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LIPSCOMB, J.; et al. Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 94, n. 8, p. 1431-1435, Aug. 2004.

LoBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Desenhos não-experimentais. In: _____. **Pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.110-121.

MAGNAGO, T.S.B.S. et al. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p.701-705, nov./dez. 2007.

MANETTI, M.L.; MARZIALE, M.H.P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudo de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 1, p. 79-85, jan./abr. 2007.

MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV. **Transtornos do Humor**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1995. p. 303-373.

MARTINS, J.J. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual da enfermagem numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 128-146, set./dez., 1999.

MARZIALE, M.H.P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar.** 1995. 163 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MASLACH, C. Entendendo o Burnout. In: ROSSI, A.M.; PERREWË, P.L.; SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005. p. 41-55.

MASLACH, C.; JACKSON, S.E.; LEITER, M.P. **Maslach Burnout Iventory manual**. 3 ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, San Francisco, v. 52, p. 397-422, 2001.

MATSUDA, L.M. **Satisfação profissional da equipe de enfermagem de uma UTI adulto:** perspectiva de gestão para a qualidade da assistência. 2002. 244 f. Tese

(Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MAURO, M.Y.C. et al. O estresse e a prática de enfermagem: quando parar e refletir? Uma experiência com estudantes de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. especial, p. 44-48, 2000.

MAUSNER-DORSCH, H.; EATON, W.W. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of demand-control model. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 90, n.11, p. 1765-1770, Nov. 2000.

MEIRELLES, N.F.; ZEITOUNE, R.C.G. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 78-88, abr. 2003.

MELCHIOR, M. et al. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. **Psychological Medicine**, v. 37, n. 8, p. 1119-1129, Ago. 2007.

MENZANI, G. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em Pronto Socorro.** 2006. 112 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MERETOJA, R.; LEINO-KILPI, H.; KAIRA, A.M. Comparison of nurse competence in different hospital work environments. **Journal of Nursing Management**, v.12, n. 5, p. 329-336, Sep. 2004.

MIRZA, I.; JENKINS, R. Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. **BMJ**, v. 328, n. 7443, p. 1-5, Apr. 2004.

MITCHELL, T. et al. Low back pain characteristics from undergraduate student to working nurse in Australia: a cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**, Perth, v.15, 2008. No prelo

MONTANHOLI, L.L.; TAVARES, D.M.S.; OLIVEIRA, G.R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 661-665, set./out. 2006.

MONTEIRO, M.S.; ALEXANDRE, N.M.C.; RODRIGUES, C.M. Doenças músculo-esqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 20-25, jul. 2006.

MTE – MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Normas regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho**. Disponível em: http//www.trabalho.gov.br/Tema/SegSau/Legislação/Normas/default.asp. Acesso em 10 nov. 2008.

MUROFUSE, N.T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: reflexo das mudanças no

mundo do trabalho. 2004. 298 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A.A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255- 261, mar./abr., 2005.

MUROFUSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 364- 73, maio/jun., 2005.

NABE-NIELSEN, K. et al. Comparison of two self-reported measures of physical work demands in hospital personnel: a cross-sectional study. 2008. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1471-2474/9/61. Acesso em: 24 jul. 2008.

NADLER, D.A.; LAWLER, E.E. Quality of work life: perspective and directions. **Organization Dynamics**, Immaculata, v. 11, p. 20-30, 1983.

NICOLAU, P.F.M. Transtornos do humor. 2008. Disponível em: http://www.psiquiatriageral.com.br/humor/intro.htm. Acesso em: 21 nov. 2008.

NORDIN, M.; ALEXANDRE, N.M.C.; CAMPELO, M. Measure for low back pain: a proposal for clinical use. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 152-155, mar./abr. 2003.

OLSSON, I.; MYKLETUM, A.; DAHL, A.A. The hospital anxiety and depression rating scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. 2005. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/46. Acesso em: 24 jul. 2008.

PAFARO, R.C.; De MARTINO, M.M.F. Estudo de estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho de um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, jun. 2004.

PALLANT, J.F.; LAE, L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. **Personality and Individual Differences**, Melbourne, v. 33, p. 39-48, Jul. 2002.

PARADA, E.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; BENATTI, M.C.C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 64-69, jan./fev. 2002.

PARK, S.; LAKE, E.T. Multilevel modeling of a clustered continuous outcomes: nurse's work hours and Burnout. **Nursing Research,** New York, v. 54, n. 6, p. 406-413, Nov./Dec. 2005.

PASQUALI, L. Testes referentes à constructo: teoria e modelo de construção. In: _____. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. São Paulo: Lab PAM/IBAPP, 1999. p. 37-71.

PENICHE, A.C.G. A influência da ansiedade na atividade profissional do circulante de sala de operações. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 247-252, Março. 2005.

PENICHE, A.C.G.; NUNES, L.M. Estresse-ansiedade do enfermeiro em sala de recuperação anestésica. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 19-23, jul./set. 2001.

PINHO, P.S.; ARAÚJO, T.M. Trabalho de Enfermagem em uma unidade hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 329-336, jul./set. 2007.

POOLE, N.A.; MORGAN, J.F. Validity and reliability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a hypertrophic cardiomyopathy clinic: the HADS in a cardiomyopathy population. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 28, n. 1, p. 55-58, Jan./Feb. 2006.

PORTELA, L.F.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and pain work in nurses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 802-808, Out. 2005.

REIS, E.J.F.B. et al. Docência e exaustão emocional. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 229-253, jan./abr. 2006.

REIS, E.J.F.B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005.

ROAZZI, A.; CARVALHO, A.D.; GUIMARAES, P.V. Análise da estrutura de similaridade de *burnout*: validação da escala Maslach Burnout Inventory em professores. In: ENCONTRO MINEIRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: TEORIZAÇÃO E PRÁTICA, 5.,2000; CONFERENCIA INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA – FORMAS E CONTEXTOS, 8.,2000; ENCONTRO MINEIRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: TEORIZAÇÃO E PRÁTICA,5., 2000. **Anais...** Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2000. p. 20-25.

ROCHA, A.P. Contratos de trabalho. Modalidades e cláusulas especiais. 2007. Disponível em: www.mte.gov.br/trab_temp/ .Acesso em: 11 nov. 2008.

RODRIGUES, M.V. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 206p.

ROSSI, A.M. Estressores ocupacionais e diferenças de gênero. In: ROSSI, A.M.; PERREWÉ, P.L.; SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005. p. 9-18.

ROSSI, C.G.; ROCHA, R.M.; ALEXANDRE, N.M.C. Aspectos ergonômicos da transferência de pacientes: um estudo realizado com trabalhadores de uma central de transportes de um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 249-256, set. 2001.

ROTHMANN, S. et al. The relationship between individual variables and work-related outcomes, 2002. Disponível em: http//www.content.apa.org/journals/fsh. Acesso em: 16 jul. 2008.

RUSLI, B.N.; EDIMANSYAH, B.A.; NAING, L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modeling approach. **BMC Public Health**, v. 8, n. 48, 12 p., Feb. 2008.

SANTOS, M.C.L.; BRAGA, V.A.B.; FERNANDES, A.F.C. Nível de satisfação dos enfermeiros com seu trabalho. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 101-105, jan./mar. 2008.

SAWADA, N.O.; GALVÃO, C.M. A satisfação no trabalho do enfermeiro de centro de material. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 2., 1995, São Paulo. **Anais....** São Paulo, 1995. p.148-150.

SCHMIDT, D.R.C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico**. 2004. 185 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SCHMIDT, D.R.C.; DANTAS, R.A.S; MARZIALE, M.H.P. Quality of life at work: brazilian nursing literature review. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 330-337, mar./abr. 2008.

SCOTT, J.; HUSKISSON, E.C. Vertical or horizontal visual analogue scales. **Annals of the Rheumatic Diseases**, London, v. 38, n. 6, p. 560, Dec. 1979.

SELYE, H. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill, 1956.

SEVERINSSON, E.; KAMAKER, D. Clinical nursing supervision in the work place – effects on moral stress and job satisfaction. **Journal of Nursing Management**, v. 7, n. 2, p. 81-90, Mar. 1999.

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

SILVA, A.; BIANCHI, E.R.F. Estresse ocupacional da enfermeira de centro de material. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 26, n.1, p.65-74, mar. 1992.

SILVA, M.C.F. **Depressão**: pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. 2001. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SMITH, D.R.; LEGGAT, P. Musculoskeletal disorders in nursing. **Clinical Update**, Tokyo, v. 63, p. 1-3, Jul. 2003.

SMITH, D.R. et al. J. Musculoskeletal disorders among female nurses in a rural Japanese hospital. **Nursing and Health Sciences**, Carlton, v. 5, n. 3, p. 185-188, Sep. 2003.

SNAITH, P. The Hospital anxiety and depression scale. **Health and Quality of Life Outcomes,** London, v.1, n. 29, p.1-4, Aug. 2003.

SPÍNDOLA, T.; MARTINS, E.R.C. O estresse e a enfermagem – a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 212-219, jun. 2007.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, mar. 2001.

_____. Occupational stress and constructive thinking: health and job satisfaction. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 46, n. 5, p. 480-487, Jun. 2004.

STAMPS, P.L. **Nurses and work satisfaction**: an index for measurement. 2.ed. Chicago: Health Administration Press, 1997.

SUNDIN, L. et al. The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Ostersund, v. 44, n. 5, p. 758-769, Jul. 2007.

THEORELL, T. et al. Changes in job strain in relation to changes in psychological state. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, Helsinki, v. 14, n. 3, p.189-196, Jun. 1988.

THEORELL, T. et al. Influence of job strain and emotion on blood pressure in female hospital personnel during workhours. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, Helsinki, v. 19, n. 5, p. 313-318, Oct. 1993.

_____. Working conditions and health. In: BERKMAN, L.; KAWAKI, I. **Social epidemiology**. Oxford: University Press, 2000. p. 95-117.

TSELEBIS, A.; MOULOU, A.; ILIAS, I. Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. **Nursing and Health Sciences**, Carlton, v. 3, n.2, p. 69-71, Jun. 2001.

URBINA, S. Fundamentos em fidedignidade. In: _____. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 121-153.

VAN BELLE, et al. Biostatistics: a methodology for the health sciences. In: _____. **Statistical inference:** populations and samples. 2. ed. New Jersey: Hoboken, 2004. p. 100.

VIEIRA, C.A. **Depressão:** experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade**.** 2005. 161 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

VIEIRA, D.F.V.B. **Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em hospital de ensino.** 1993. 197 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1993.

VIEIRA, E.R. Why do nurses have incidence of low back disorders, and what can be done to reduce their risk? **Bariatric Nursing and Surgical Patient Care**, New Rochelle v. 2, n. 2, p. 141-147, Jun. 2007.

XIANYU, Y.; LAMBERT, V.A. Investigation of the relationships among workplace stressors, ways of coping, and mental health of Chinese head nurses. **Nursing and Health Sciences**, Carlton, v. 8, n. 3, p. 147-155, Sep. 2006.

WALDENSTRÖM, K. et al. Does psychological distress influence reporting of demands and control at work? **Occupational and Environment Medicine**, London, v. 60, n. 11, p. 887-891, Nov. 2003.

WALTON, R.E. Quality of working life: what is it? **Sloan Management**, New York, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

WAMALA, S.P. et al. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Health Study. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 6, p. 481-489, Mar. 2000.

WANDERLEY, N.B.; SANTOS, I.B.C. Lombalgia em auxiliares de enfermagem no CME. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 27-30, jul./set. 1999.

WATERS, T. et al. NIOSH research efforts to prevent musculoskeletal disorders in the healthcare industry. **Orthopedic Nursing**, Lawrenceville, v. 25, n. 6, p. 380-389, Nov./Dec. 2006.

WERTHER, R.E.; DAVIS, K. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

WESTLEY, W.A. Problems and solutions in the quality of working life. **Human Relations**, v. 32, n. 2, p.11-123, 1979.

WEST, A.A.A.; LISBOA, M.A.P.L.P. Satisfação no trabalho e perfil dos funcionários do centro de material e esterilização. **Revista SOBECC,** São Paulo, v. 6, n. 4, p.17-21, out./dez. 2001.

WOLFF, A.C.; RATNER, P.A. Stress, social support, and sense of coherence. **Western Journal of Nursing Research**, Beverly Hills, v. 21, n. 2, p.182-197, Apr. 1999.

YILDIRIM, D.; AYCAN, Z. Nurses' work demands and work-family conflict: a questionnaire survey**. International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 45, n. 9, p.1366-78 Sep. 2008.

YIP, V.Y. New low back pain in nurses: work activities, work stress and sedentary lifestyle. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 46, n. 4, p. 430-440, May 2004.

_____. A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 36, n. 6, p. 794-804, Dec. 2001.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 67, n. 6, p. 361-370, Jun. 1983.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Qualidade de Vida no Trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do Bloco Cirúrgico.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:
Enfa. Denise Rodrigues Costa Schmidt . COREN: 42738

ORIENTADOR:
ProfªDrª Rosana Aparecida Spadoti Dantas.COREN Nº: 44148.

PROMOTOR DA PESQUISA: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA

Nós desejamos saber mais sobre a qualidade de vida no trabalho (QVT) entre enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem atuantes no Centro Cirúrgico e Centro de Materiais. Muitas coisas podem influenciar a nossa qualidade de vida no trabalho, tais como: a idade, os problemas de saúde, o nosso jeito de ser e de encarar os problemas que enfrentamos no dia a dia. Por isso, desejamos conhecer como está sua QVT e como é a associação da mesma com o estresse, a ansiedade, a depressão, os distúrbios osteomusculares e o senso de coerência.

Essas informações são importantes para nós, profissionais da saúde, pois nos farão compreender melhor as questões relacionadas ao trabalho dos profissionais de enfermagem, contribuindo para a gestão de recursos humanos.

Sua participação neste estudo é voluntária e consiste em responder aos questionários. O primeiro está relacionado à caracterização sócio-demográfica e profissional, o segundo está relacionado à QVT e os demais dizem respeito às doenças mencionadas anteriormente e à capacidade de enfrentamento ao estresse. Você deverá ler e preencher o questionário sozinho, desta forma, poderá levá-lo para casa e entregá-lo no prazo de três dias, colocando-o no envelope, lacrando-o e depositando-o em uma pasta identificada e colocada na secretaria de seu setor para posteriormente ser recolhido pelo pesquisador. Embora você não receba benefícios diretos por sua participação, servindo como participante desta pesquisa, suas informações poderão contribuir para obtermos maiores informações sobre o tema e conseqüentemente trazer benefícios para a profissão e gestão de pessoal.

Esse estudo não oferece qualquer risco ou desconforto para você e asseguramos que você não será identificado após responder às nossas perguntas.

Caso necessite de maiores informações, mesmo após a conclusão da sua participação, você poderá entrar em contato conosco, através do endereço abaixo.

Muito obrigado pela sua atenção.

_____

Denise Rodrigues Costa Schmidt
Enfermeira do Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica do Hospital Universitário de Londrina-PR
Endereço: Rua: Ciro Sperandio, 326 - Telefone: (0XX43-3342-4813)
E.mail: denisebeto@terra.com.br

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

EU,_____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam no documento, ¨ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA¨, de que se trata o Projeto de Pesquisa intitulado "**Qualidade de Vida no Trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do Bloco Cirúrgico"** que tem como pesquisador responsável a enfermeira Denise Rodrigues Costa Schmidt, aluna do curso de Pós graduação da Escola de Enfermagem – USP – Ribeirão Preto, sob orientação da Prof ª Dra Rosana Aparecida Spadoti Dantas, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos riscos e aos benefícios, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e de outras situações relacionadas com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo no meu ambiente de trabalho;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade;
4. O compromisso de que me será prestada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade de continuar dele participando;

   Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade de participar do referido projeto.

Londrina, _____de _____de _____

_____

Assinatura do trabalhador

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Prezados colegas, este instrumento faz parte da pesquisa que tem como objetivo identificar a Qualidade de Vida no Trabalho, o estresse ocupacional, os problemas osteomusculares e da saúde mental e as formas com que as pessoas enfrentam o estresse. Nas partes A e B do instrumento encontram-se itens que fornecerão dados para melhor caracterização dos participantes da pesquisa, as partes C e D estão relacionadas à Qualidade de Vida no Trabalho e as doenças ocupacionais. Por favor, leia e responda **todos** os itens. Sua resposta é muito importante.

PARTE A

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

1. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino 2. Data de Nascimento:_____/_____/_____

3. Situação conjugal: ☐ solteiro (a) ☐ casado (a)/Vivendo consensualmente
☐ separado (a) ☐ viúvo (a)

4. Tem filhos? ☐ sim ☐ não

5. Formação:
☐ Ensino Fundamental completo ☐ Ensino Médio completo ☐ Ensino Médio incompleto
☐ Superior completo ☐ Superior incompleto
☐ Especialização ☐ Mestrado
☐ Doutorado

PARTE B

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

1. Assinale a categoria profissional que você foi contratado nesta instituição.
☐ Atendente ☐ Auxiliar de Enfermagem ☐ Técnico de Enfermagem ☐ Enfermeiro

2. Tempo de atuação no Bloco Cirúrgico: _____anos_____meses

3. Qual área do Bloco Cirúrgico você atua?
☐ Centro Cirúrgico ☐ Centro de Materiais

4. Horário de trabalho atual: das _____às_____

5. Você escolheu esta área para atuar? ☐ sim ☐ não

6. Você tem outro emprego? ☐ sim ☐ não

7. Se sim, que local você atua? _____

8. Em média, quantas horas por semana você trabalha? _____

9. Tipo de contrato de trabalho ☐ Definitivo ☐ Temporário

10. Assinale a atividade que você predominantemente faz no Bloco Cirúrgico, isto é, aquela que você faz em maior volume, marque somente uma alternativa:

☐ Circular sala cirúrgica
☐ Instrumentação cirúrgica
☐ Assistência na SRA
☐ Limpeza e preparo de materiais
☐ Montagem de caixas (arsenal)
☐ Montagem de materiais para cirurgias
☐ Esterilização
☐ Outros: _____

11. Qual é o seu salário mensal (responda nas categorias abaixo relacionadas ao salário mínimo nacional – R$350,00[3])?

☐ 1 a 3 salários mínimos
☐ 4 a 6 salários mínimos
☐ 7 a 9 salários mínimos
☐ 10 a 12 salários mínimos
☐ 13 ou mais salários mínimos

[3] Valor do salário mínimo nacional vigente em 2007.

APÊNDICE D

PARTE C

CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇAO

1. Tipo de Instituição: ☐ Pública ☐ Privada ☐ Outro _____

2. Número de S.O. ☐ duas ☐ três ☐ quatro ☐ cinco ☐ seis ☐ sete ☐ oito ou mais

3. Número de cirurgias/mês:_____

4. Número de trabalhadores no Centro Cirúrgico:_____

5. Número de trabalhadores na CME:_____

6. Número trabalhadores afastados por doença ou licença maternidade:_____

7. Número de trabalhadores em férias ou outras licenças:_____

APÊNDICE E

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Neste estudo, Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) foi considerada **como sendo a satisfação com remuneração, autonomia, status profissional, interação com a equipe médica e de enfermagem, normas organizacionais e requisitos do trabalho, ou seja, aquelas atividades que você faz no dia a dia.**

De acordo com o conceito de QVT apresentado, responda a questão a seguir marcando com um "X" na linha reta abaixo, o local que melhor expressa seu sentimento em relação à sua QVT.
Por exemplo: Um trabalhador que considera sua QVT ruim irá assinalar um "X" próximo à extremidade com a classificação "pior QVT possível", enquanto que se considerar sua QVT ótima, irá assinalar um "X" próximo à extremidade com a classificação "melhor QVT possível".
Agora responda:

1. No geral, como você avalia sua Qualidade de Vida no Trabalho?

_____

0 Pior QVT Possível | **10 Melhor QVT possível**

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO DERIVADO DO QUESTIONÁRIO NÓRDICO PARA AVALIAÇÃO DE DISTÚRBIOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS

Prezados colaboradores, esse instrumento destina-se a avaliar a presença de distúrbios músculo-esqueléticos, nos últimos DOZE meses e nos últimos SETE dias. Por favor, responda as questões colocando um "X" no espaço ( ) apropriado. Essa figura mostra as regiões do corpo questionadas. Por favor, responda todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problema em qualquer parte do seu corpo. Siga as instruções da questão 1 e não deixe resposta em branco, principalmente nas questões 1 e 4.

	1. Nos últimos 12 meses, você teve problemas como dor, formigamento, dormência em: Se responder "Não" nesta questão, passe para a questão número 4. Se responder "Sim" responda também as questões 2, 3 e 4.	2. Nos últimos 12 meses você foi impedido (a) de realizar atividades normais, por exemplo: trabalho, atividades domésticas de lazer, por causa desse problema em:	3. Nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área de saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	4. Nos últimos 7 dias, você teve algum problema em?
Pescoço	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não
Ombro	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não
Parte superior das costas	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não
Cotovelos	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não
Punhos/mãos	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não
Parte inferior das costas – Lombar	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não
Quadril/coxas	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não
Joelhos	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não	( ) Sim ( )Não

ANEXOS

CEP 235 / 06
Ofício nº 007/07 BIOISCAL

Londrina, 10 de janeiro de 2007.

Ilma. Sra.:
Denise Rodrigues Costa Schmidt

O Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina – BIOISCAL - de acordo com orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde/MS, APROVA a realização do Projeto "QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E DOENÇAS OCUPACIONAIS QUE AFETAM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO BLOCO CIRÚRGICO",

E informamos que deverá ser comunicado, por escrito, qualquer modificação que ocorrer no desenvolvimento da pesquisa, e que segundo esta resolução citada, no § 3º do art. IX, deve ser encaminhado a este Comitê, relatório parcial trimestral e final da pesquisa.

Desejamos sucesso e êxito na realização do mesmo que contribuirá no aprimoramento da assistência à saúde.

Atenciosamente,

Ir. Elvira Maria Perides Bewend
Coordenadora do BIOISCAL

SANTA CASA
iscal 70 1936-2006
Irmandade da Santa Casa de Londrina
rua espírito santo, 523 - centro - 86010-510 - londrina - paraná - brasil
fone: + 55 (43) 3373-1500 / fax: + 55 (43) 3374-2525
www.iscal.com.br

ANEXO C

VERSÃO RESUMIDA DA *JOB STRESS SCALE*

Esse instrumento destina-se a avaliar a presença de sinais de estresse relacionado ao trabalho. Por favor, responda as questões marcando com um **"X"** no espaço correspondente. Sua resposta é muito importante.

a. Com que freqüência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

☐ 4 Freqüentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

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

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

c. Seu trabalho exige demais de você?

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

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

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

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

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

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

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

g. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

h. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

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

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

j. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

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

☐ 4 Frequentemente

☐ 3 Às vezes

☐ 2 Raramente

☐ 1 Nunca ou quase nunca

l. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

☐ 4 Concordo totalmente

☐ 3 Concordo mais que discordo

☐ 2 Discordo mais que concordo

☐ 1 Discordo totalmente

m. No trabalho, nos relacvionamos bem uns com os outros.

☐ 4 Concordo totalmente

☐ 3 Concordo mais que discordo

☐ 2 Discordo mais que concordo

☐ 1 Discordo totalmente

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

☐ 4 Concordo totalmente

☐ 3 Concordo mais que discordo

☐ 2 Discordo mais que concordo

☐ 1 Discordo totalmente

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

☐ 4 Concordo totalmente

☐ 3 Concordo mais que discordo

☐ 2 Discordo mais que concordo

☐ 1 Discordo totalmente

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

☐ 4 Concordo totalmente

☐ 3 Concordo mais que discordo

☐ 2 Discordo mais que concordo

☐ 1 Discordo totalmente

q. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

☐ 4 Concordo totalmente

☐ 3 Concordo mais que discordo

☐ 2 Discordo mais que concordo

☐ 1 Discordo totalmente

ANEXO D

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um **X** a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

A. Eu me sinto tenso e contraído.

☐ 3 A maior parte do tempo

☐ 2 Boa parte do tempo

☐ 1 De vez em quando

☐ 0 Nunca

D. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes.

☐ 0 Sim, do mesmo jeito que antes

☐ 1 Não tanto quanto antes

☐ 2 Só um pouco

☐ 3 Já não consigo ter prazer em nada

A. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa fosse acontecer?

☐ 3 Sim, de um jeito muito forte

☐ 2 Sim, mas não tão forte

☐ 1 Um pouco, mas isso não me preocupa

☐ 0 Não sinto nada disso

D. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas.

☐ 0 Do mesmo jeito que antes

☐ 1 Atualmente um pouco menos

☐ 2 Atualmente bem menos

☐ 3 Não consigo mais

A. Estou com a cabeça cheia de preocupações.

☐ 3 A maior parte do tempo

☐ 2 Boa parte do tempo

☐ 1 De vez em quando

☐ 0 Raramente

D. Eu me sinto alegre.

☐ 3 Nunca

☐ 2 Poucas vezes

☐ 1 Muitas vezes

☐ 0 A maior parte do tempo

A. Consigo ficar sentada à vontade e me sentir relaxado.

☐ 0 Sim, quase sempre

☐ 1 Muitas vezes

☐ 2 Poucas vezes

☐ 3 Nunca

D. Eu estou lento pra pensar e fazer coisas.

☐ 3 Quase sempre

☐ 2 Muitas vezes

☐ 1 De vez em quando

☐ 0 Nunca

A. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago.

☐ 0 Nunca

☐ 1 De vez em quando

☐ 2 Muitas vezes

☐ 3 Quase sempre

D. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência.

☐ 3 Completamente

☐ 2 Não estou mais me cuidando como devia

☐ 1 Talvez não tanto quanto antes

☐ 0 Me cuido do mesmo jeito que antes

A. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.

☐ 3 Sim, demais

☐ 2 Bastante

☐ 1 Um pouco

☐ 0 Não me sinto assim

D. Fico esperando animado com as coisas boas que estão por vir.

☐ 0 Do mesmo jeito que antes

☐ 1 Um pouco menos que antes

☐ 2 Bem menos do que antes

☐ 3 Quase nunca.

A. De repente tenho a sensação de entrar em pânico.

☐ 3 A quase todo momento

☐ 2 Várias vezes

☐ 1 De vez em quando

☐ 0 Não senti isso

D. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, rádio, ou quando leio alguma coisa.

☐ 0 Quase sempre

☐ 1 Várias vezes

☐ 2 Poucas vezes

☐ 3 Quase nunca

ANEXO E

QUESTIONÁRIO DE SENSO DE COERÊNCIA DE ANTONOVSKY

Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa sua resposta, com números de 1 a 7. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 1, circule o número 1. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 7, circule o número 7. Se sua resposta for diferente, circule o número que melhor expressa seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão.

1. Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca tenho essa sensação						Sempre tenho essa sensação

2. Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Com certeza não seria feito						Com certeza seria feito

3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?

1	2	3	4	5	6	7
Você sente que não as conhece						Você as conhece muito bem

4. Com que freqüência você tem a sensação de que não se importa com o que está se acontecendo ao seu redor:

1	2	3	4	5	6	7
Raramente ou nunca						Com muita freqüência

5. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

6. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu						Sempre aconteceu

7. A vida é:

1	2	3	4	5	6	7
Muito interessante						Muito rotineira

8. Até agora, sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Sem qualquer objetivo ou finalidade						Com finalidade e objetivos claros

9. Com que freqüência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita freqüência						Raramente ou nunca

10. Nos últimos dez anos sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida						Completamente previsível (esperada)

11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente fascinante						Extremamente chata

12. Com que freqüência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita freqüência						raramente ou nunca

13. Como você vê a vida?

1	2	3	4	5	6	7
Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida						Não há solução para os sofrimentos da vida

14. Quando você pensa na sua vida, freqüentemente você:

1	2	3	4	5	6	7
Sente o quanto é bom estar vivo						Pergunta a si mesmo por que você existe

15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:

1	2	3	4	5	6	7
Sempre confusa e difícil de encontrar						Sempre completamente clara e fácil de encontrar

16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:

1	2	3	4	5	6	7
Uma fonte de grande prazer e satisfação						Uma fonte de sofrimento e chatice

17. Sua vida no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
Cheia de mudanças sem que você saiba o que acontecerá em seguida						Completamente previsível (esperada)

18. Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:

1	2	3	4	5	6	7
Ficar se "remoendo de raiva" sobre o acontecido						Dizer "está tudo bem, tenho que viver com isso" e seguir em frente

19. Com que freqüência você tem sentimentos e idéias bastante confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita freqüência						Raramente ou nunca

20. Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente:

1	2	3	4	5	6	7
Com certeza você continuará sentindo-se bem						Com certeza algo acontecerá para estragar essa sensação

21. Com que freqüência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita freqüência						Raramente ou nunca

22. Você acha que sua vida pessoal no futuro será:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente sem significado e finalidade						Cheia de significado e finalidade

23. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?

1	2	3	4	5	6	7
Você está certo de que essas pessoas existirão						Você duvida que essas pessoas existirão

24. Com que freqüência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita freqüência						Raramente ou nunca

25. Muitas pessoas - mesmo aquelas muito fortes - algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que freqüência você já se sentiu dessa maneira?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca						Com muita freqüência

26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:

1	2	3	4	5	6	7
Você deu muita ou pouca importância para o que aconteceu						Você viu as coisas na medida certa

27. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:

1	2	3	4	5	6	7
Sempre terá sucesso em superar as dificuldades						Não terá sucesso em superar as dificuldades

28. Com que freqüência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita freqüência						Raramente ou nunca

29. Com que freqüência você tem a sensação de que você não consegue manter seu auto-controle?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita freqüência						Raramente ou nunca

"O tempo passa. Mesmo quando isso parece impossível. Mesmo quando cada batida do ponteiro dos segundos dói como o sangue pulsando sob um hematoma. Passa de modo inconstante, com guinadas estranhas e calmarias arrastadas, mas passa. Até para mim."

Stephenie Meyer

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo