UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MEY FAN PORFÍRIO WAI

Equipes de enfermagem psiquiátrica: senso de coerência, estresse e uso de
substâncias psicotrópicas

Ribeirão Preto

2013

MEY FAN PORFÍRIO WAI

Equipes de enfermagem psiquiátrica: senso de coerência, estresse e uso de substâncias psicotrópicas

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

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde Mental

Orientador: Ana Maria Pimenta Carvalho

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Wai, Mey Fan Porfírio

Equipes de enfermagem psiquiátrica: senso de coerência, estresse e uso de substâncias psicotrópicas . Ribeirão Preto, 2013.

220 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Ana Maria Pimenta Carvalho

1. Estresse ocupacional. 2. Equipe de enfermagem.
3. Enfermagem psiquiátrica. 4. Saúde mental.

WAI, Mey Fan Porfírio

Equipes de enfermagem psiquiátrica: senso de coerência, estresse e uso de substâncias psicotrópicas

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

A minha Família (Dad, Mãe, Ling, Pan)
Com imenso amor incondicional

Agradecimentos

Sempre a Deus e o Senhor Jesus em primeiro lugar por me dar a família que tenho e condições para chegar até aqui. O Pai do céu teve que recolher a pessoa boa que foi meu pai, mas esse ano aumentou a família, trazendo o Diego (cunhado) e a Pan (sobrinha).

Aos amigos que, em Ribeirão Preto, sempre foram minha segunda família, sem a presença, conversas, risadas de vocês não haveria preenchimento emocional e saúde mental para terminar esse trabalho. Obrigada e enorme carinho (Mary, Elisandra, Isabela, Marcela, Marcela Beatriz, Fabiana Spinetti, Fabiana, Larissa (marida), Cristiano, Pâmela e Lia).

A minha família estendida (Braian, Brenda, Stefany e Andréia), família Porfírio e família Wai.

A Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho, amiga, que me fez crescer muito profissionalmente. Devo a ela a conquista da segurança e autonomia profissional que tenho hoje. Foi através de sua confiança na graduação que fui acreditando que seria capaz de fazer uma pós graduação. Não há palavras para agradecer a companhia, as orientações, a paciência e o companheirismo de todos esses anos. Tenho um imenso orgulho de dizer que você foi minha orientadora desde a bolsa trabalho.

A banca examinadora, pela disponibilidade e contribuição. Desde o início do projeto já admirava o trabalho de cada um e torcia para ter a honra de te-los na banca examinadora.

Aos profissionais de enfermagem que mesmo na sobrecarga de trabalho disponibilizaram tempo para contribuir na pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, a FAEPA, ao PAI-PAD, ao COREN-SP Subseção de Ribeirão Preto e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Vários foram mais que colegas, foram amigos, outros, foram apenas conhecidos e colegas, mas que muito contribuíram direta e indiretamente para este trabalho. Obrigada.

“Um bom emprego é uma das melhores estratégias
de promoção da saúde”

RICHARD PRICE

Resumo

WAI, M. F. P. **Equipes de enfermagem psiquiátrica: senso de coerência, estresse e uso de substâncias psicotrópicas**. 2013. 220 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

A ampla mudança do atendimento público em saúde mental, derivada da reforma psiquiátrica brasileira, gerou demanda pela criação de novos serviços especializados em atenção comunitária e pública em saúde mental. Diante desses novos ambientes, acredita-se que os diferentes locais de assistência têm desafiado as equipes de saúde mental quanto ao seu saber, aumentando o dispêndio de energia, consequentemente podendo aumentar seu nível de estresse. Objetivaram-se avaliar características sócio-demográficas, características profissionais, aspectos de saúde física, presença de estresse ocupacional e o senso de coerência entre os profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental. O referencial teórico adotado nesta pesquisa foi pautado no Modelo Demanda – Controle proposto por Alves et al. (2004), Theorell (1996) e Theorell e Karasek (1996) para análise do estresse ocupacional e na Teoria Salutogênica de Antonovsky (1987; 1993) para concepção de senso de coerência. Esse estudo é do tipo observacional, descritivo e correlacional, tipo corte transversal, com abordagem quantitativa dos dados. Participaram 163 profissionais de enfermagem do município de Ribeirão Preto. Os instrumentos utilizados foram o *Job Stress Scale* – versão resumida, Caracterização Sócio-demográfica, profissional e aspectos de saúde física, Questionário de Auto-Medicação de Psicotrópicos, Alcohol Use Disorders Identification Test, Questionário de avaliação do consumo de tabaco e Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky. O banco de dados foi transferido para o programa "Statistical Package for the Social Science para análise estatística. Considerou-se valor de $p < 0,05$. Os participantes do estudo eram do sexo feminino (73,62%), com parceiro (67%), idade média de 43,7 anos (D.P.= 9,75). Tempo de experiência na enfermagem 203,4 meses (D.P.= 110,2), carga horária semanal de 30 horas semanais. São hipertensos 34% dos enfermeiros e 41% dos profissionais de nível médio,

3% dos enfermeiros e 26% dos profissionais de nível médio de enfermagem possuem diabetes mellitus. 8,6% dos profissionais de enfermagem afirmaram ter feito automedicação de psicotrópicos. Houve associação entre exposição ao estresse e local de trabalho no grupo das enfermeiras ($p=0,01$) O ambiente de trabalho sem exposição ao estresse ocupacional esteve associado a um ambiente de trabalho considerado muito bom ($p<0,01$) Na comparação entre os grupos enfermeiros e profissionais de nível médio, destacaram as variáveis: idade, IMC, Domínio Demanda de Trabalho e o Domínio Controle. Entre os 163 profissionais de enfermagem: 19% não estavam expostos ao estresse, 45% em exposição intermediária ao estresse e 35% em alta exposição ao estresse ocupacional. Concluímos que o adequado dimensionamento dos profissionais de enfermagem já iria de imediato impactar na saúde mental e física dos profissionais e julga-se necessário investimentos para o tema estresse ocupacional em profissionais de enfermagem para tanto contribuir com a classe profissional, como para evitar evasão ou alta rotatividade de profissionais.

Palavras-chave: Estresse ocupacional. Equipe de Enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica. Saúde Mental.

Abstract

WAI, M. F. P. **Psychiatric nursing staff: sense of coherence, stress and use of psychotropic substances**. 2013. 220 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Broad change in public care concerning mental health, derived from the Brazilian psychiatric reform has generated demand for the creation of new specialized services in community care and public mental health. Given these new environments, it is believed that the different sites of care have challenged the knowledge of mental health staff, increasing energy expenditure, and consequently their stress level. It aimed to assess social demographic characteristics, professional characteristics, aspects of physical health, presence of occupational stress and sense of coherence among professional nurses working in psychiatric care and mental health. The theoretical framework adopted in this research was guided by the Model Demand - Control proposed by Alves et al. (2004), Theorell (1996) and Karasek and Theorell (1996) for analysis of occupational stress and the Theory of Antonovsky (1987, 1993) for the design of sense of coherence. This study is an observational, descriptive and correlational, cross-sectional, and use quantitative data. 163 nurses were recruited in Ribeirão Preto. The instruments used were the Job Stress Scale - short version, Characterization Socio-demographic, occupational and physical aspects of health, Questionnaire Self-Medication of Psychotropic Drugs, Alcohol Use Disorders Identification Test, Questionnaire assessment of tobacco, Questionnaire and Sense consistency of Antonovsky. The database was transferred to the program "Statistical Package for the Social Sciences for statistical analysis. It was considered $p < 0.05$. The study participants were female (73.62%), with a partner (67%), mean age of 43.7 years (SD = 9,75). Time experience in nursing 203.4 months (SD = 110.2), weekly workload of 30 hours per week. 34% of nurses and 41% of mid-level are hypertensive; 3% of nurses and 26% of mid-level professional nursing have diabetes mellitus; 8.6% of nurses reported making self-medication of psychotropic drugs. There was an association between exposure to stress

and the workplace of nurses in the group ($p = 0.01$) The working environment without exposure to occupational stress was associated with a work environment as very good ($p = <0.01$) in comparison groups among nurses and mid-level professionals, highlighted the variables: age, BMI, Labor Demand Domain and Domain Control. Among the 163 nursing professionals: 19% were not exposed to stress, 45% had intermediate exposure to stress and 35% had high exposure to occupational stress. It concluded that the proper sizing of nurses would have immediate impact on mental and physical health professionals that suggests it is necessary investments for the topic occupational stress in nursing professionals to both contribute to the professional category, and to prevent dropout or high staff turnover.

Keywords: Occupational stress. Nursing Team. Psychiatric Nursing. Mental Health.

Resumen

WAI, M. F. P. **Equipos de enfermería psiquiátrica: sentido de coherencia, estrés y uso de sustancias psicotrópicas**. 2013. 220 p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El gran cambio en la atención pública en salud mental, derivado de la reforma psiquiátrica brasileña, generó una demanda para la creación de nuevos servicios especializados en atención comunitaria y pública en salud mental. Ante estas nuevas circunstancias, se cree que los diferentes centros de asistencia han desafiado a los equipos de salud mental en relación a sus conocimientos, aumentando su gasto de energía, pudiendo aumentar también en consecuencia su nivel de estrés. Según esto, los objetivos de este estudio fueron evaluar las características sociodemográficas, características profesionales, aspectos de la salud física, presencia de estrés ocupacional y el sentido de coherencia entre los profesionales de la enfermería que actúan en la asistencia psiquiátrica y la salud mental. El referente teórico adoptado en esta investigación fue el señalado en el Modelo Demanda – Control propuesto por Alves et al. (2004), Theorell (1996) y Theorell y Karasek (1996) para el análisis del estrés ocupacional y en la Teoría Salutogénica de Antonovsky (1987;1993) para la concepción del sentido de coherencia. Este estudio es de tipo observacional, descriptivo y correlacional, tipo corte transversal, con abordaje cuantitativo de los datos. Participaron 163 profesionales de enfermería del municipio de Ribeirão Preto. Los instrumentos utilizados fueron el *Job Stress Scale* – versión resumida, Caracterización Sociodemográfica, profesional y aspectos de salud física, Cuestionario de Automedicación de Psicotrópicos, Alcohol Use Disorders Identification Test, Cuestionario de evaluación del consumo de tabaco y Cuestionario del Sentido de Coherencia de Antonovsky. El banco de datos se transfirió al programa “Statistical Package for the Social Science” para su análisis estadístico. Se consideró un valor de $p < 0,05$. Los participantes en el estudio fueron mujeres (73,62%), con pareja (67%), media de edad de 43,7 años (D.P.= 9,75). Tiempo de

experiencia en la enfermería: 203,4 meses (D.P.= 110,2), carga horaria semanal de 30 horas. Son hipertensos el 34% de los enfermeros y el 41% de los profesionales de nivel medio; el 3% de los enfermeros y el 26% de los profesionales de nivel medio de la enfermería padecen diabetes mellitus. El 8,6% de los profesionales de la enfermería afirmaron haberse automedicado con psicotrópicos. Hubo asociación entre exposición al estrés y lugar de trabajo en el grupo de las enfermeras ($p=0,01$). El ambiente de trabajo sin exposición al estrés ocupacional estuvo asociado a un ambiente de trabajo considerado muy bueno ($p=<0,01$). En la comparación entre los grupos de enfermeros y profesionales de nivel medio, destacaron las variables: edad, IMC, Dominio Demanda de Trabajo y Dominio Control. Entre los 163 profesionales de enfermería: el 19% no estaba expuesto al estrés, el 45% tenía una exposición intermedia al estrés y el 35% una alta exposición al estrés ocupacional. Concluimos que las medidas resultantes sobre estrés de los profesionales de enfermería ya impactarían inmediatamente en la salud mental y física de los profesionales, y se considera necesario invertir en el tema estrés ocupacional en profesionales de enfermería para contribuir tanto a la actuación de la clase profesional, como para evitar dimisiones alta rotatividad de los profesionales.

Palabras clave: Estrés ocupacional. Equipo de Enfermería. Enfermería Psiquiátrica. Salud Mental.

Lista de Figuras

Figura 1 - Metodologia para seleção de artigos e produções	5
Figura 2 – Esquema do Modelo Demanda – Controle de Karasek	13
Figura 3 – Departamento regional de saúde de Ribeirão Preto - DRS	53
XIII - Regionalização – 2011	
Figura 4 - Esquema com os principais resultados dos 163 profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental que tiveram associação com estresse ocupacional	96

Lista de Tabelas

Tabela 1 – População do DRS XIII, por município, ano 2011	49
Tabela 2 – Equipe técnica segundo cada serviço de saúde mental do município de Ribeirão Preto – SP, junho de 2011	62
Tabela 3 – Domínios e Conteúdos do AUDIT	70
Tabela 4 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo as variáveis sócio-demográficas da amostra estudada, Ribeirão Preto-SP, 2011	75
Tabela 5 – Distribuição dos 163 participantes, segundo dados relacionados aos aspectos profissionais. Ribeirão Preto – SP, 2011	77
Tabela 6 - Distribuição dos 163 participantes, segundo dados relacionados aos aspectos profissionais. Ribeirão Preto – SP, 2011	79
Tabela 7 – Distribuição dos 163 profissionais de enfermagem, segundo altura, peso e IMC. Ribeirão Preto – SP, 2011	82
Tabela 8 - Distribuição dos 163 profissionais de enfermagem, segundo a classificação de IMC. Ribeirão Preto – SP, 2011	83
Tabela 9 – Queixas verbalizadas pelos profissionais de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental. Ribeirão Preto – SP, 2011	84
Tabela 10 – Estatística descritiva da <i>Job Stress Scale</i> (versão resumida), total das médias de cada um dos itens que compõe a escala para a amostra estudada. Ribeirão Preto – SP, 2011	86
Tabela 11 – Resultados dos Domínios do JSS segundo categoria profissional da equipe de enfermagem que atua na assistência psiquiátrica e de saúde mental considerando o valor da média de cada domínio encontrado acima. Ribeirão Preto – SP, 2011	87
Tabela 12 – Distribuição da frequência de exposição ao estresse ocupacional para a amostra de profissionais que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental, Ribeirão Preto – SP, 2011	88
Tabela 13 – Estatística descritiva do QSCA. Média, mediana, desvio padrão e intervalo dos 163 profissionais de enfermagem segundo escore do QSCA. Ribeirão Preto – SP, 2011	92
Tabela 14 – Distribuição das enfermeiras de assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento <i>Job Stress Scale</i> (JSS) e local de trabalho, Ribeirão Preto – SP, 2011	93
Tabela 15 – Distribuição das enfermeiras de assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento <i>Job Stress Scale</i> (JSS) e ambiente de trabalho, Ribeirão Preto – SP, 2011	94
Tabela 16 – Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem	94

que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e ambiente de trabalho, Ribeirão Preto – SP, 2011

Tabela 17 – Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e vida profissional, Ribeirão Preto – SP, 2011 **95**

Tabela 18 – Estatística descritiva das variáveis abaixo relacionadas nas categorias profissionais de enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental, Ribeirão Preto – SP, 2011 **97**

Tabela 19 - Comparação entre as categorias profissionais enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem das variáveis abaixo relacionadas usando o Teste de Mann-Whitney, Ribeirão Preto – SP, 2011 **98**

Tabela 20 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e gênero, Ribeirão Preto – SP, 2011 **170**

Tabela 21 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e situação conjugal, Ribeirão Preto – SP, 2011 **170**

Tabela 22 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e número de filhos, Ribeirão Preto – SP, 2011 **171**

Tabela 23 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença ou não de outras atividades significativas, Ribeirão Preto – SP, 2011 **171**

Tabela 24 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e escolha do setor de psiquiatria, Ribeirão Preto – SP, 2011 **172**

Tabela 25 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e salário, Ribeirão Preto – SP, 2011 **172**

Tabela 26 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e vida profissional, Ribeirão Preto – SP, 2011 **173**

Tabela 27 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* **173**

(JSS) e relacionamento com colegas, Ribeirão Preto – SP, 2011

Tabela 28 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e número de ausências no trabalho no último ano, Ribeirão Preto – SP, 2011 **174**

Tabela 29 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e setor atual em relação a outros locais em que trabalhou, Ribeirão Preto – SP, 2011 **174**

Tabela 30 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença de problemas pessoais no momento da pesquisa, Ribeirão Preto – SP, 2011 **175**

Tabela 31 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença de problemas familiares no momento da pesquisa, Ribeirão Preto – SP, 2011 **175**

Tabela 32 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e qualidade do sono, Ribeirão Preto – SP, 2011 **176**

Tabela 33 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e como se sente no final da jornada de trabalho, Ribeirão Preto – SP, 2011 **176**

Tabela 34 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e satisfação com o peso, Ribeirão Preto – SP, 2011 **177**

Tabela 35 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e estado de saúde atual, Ribeirão Preto – SP, 2011 **177**

Tabela 36 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença de hipertensão, Ribeirão Preto – SP, 2011 **178**

Tabela 37 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença de diabetes mellitus, Ribeirão Preto – SP, 2011 **178**

Tabela 38 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* **179**

(JSS) e presença de problemas de saúde relacionados ao estresse, Ribeirão Preto – SP, 2011

Tabela 39 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e uso de medicamentos psicotrópicos, Ribeirão Preto – SP, 2011 **179**

Tabela 40 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e auto medicação de psicotrópicos no ultimo ano, Ribeirão Preto – SP, 2011 **180**

Tabela 41 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e percepção de aumento de consumo de álcool em momentos de estresse, Ribeirão Preto – SP, 2011 **180**

Tabela 42 - Distribuição das enfermeiras da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e o uso de tabaco, Ribeirão Preto – SP, 2011 **181**

Tabela 43 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e locais de trabalho, Ribeirão Preto – SP, 2011 **181**

Tabela 44 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e gênero, Ribeirão Preto – SP, 2011 **182**

Tabela 45 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e situação conjugal, Ribeirão Preto – SP, 2011 **182**

Tabela 46 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e número de filhos, Ribeirão Preto – SP, 2011 **183**

Tabela 47 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença ou não de outras atividades significativas, Ribeirão Preto – SP, 2011 **183**

Tabela 48 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e escolha do setor de psiquiatria, **184**

Ribeirão Preto – SP, 2011

Tabela 49 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e salário, Ribeirão Preto – SP, 2011 **184**

Tabela 50 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e relacionamento com colegas, Ribeirão Preto – SP, 2011 **185**

Tabela 51 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e faltas no trabalho no ultimo ano, Ribeirão Preto – SP, 2011 **185**

Tabela 52 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e setor atual em relação a outros locais em que trabalhou, Ribeirão Preto – SP, 2011 **186**

Tabela 53 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença de problemas pessoais no momento da pesquisa, Ribeirão Preto – SP, 2011 **186**

Tabela 54 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença de problemas familiares no momento da pesquisa, Ribeirão Preto – SP, 2011 **187**

Tabela 55 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e qualidade do sono, Ribeirão Preto – SP, 2011 **187**

Tabela 56 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e como se sente no final da jornada de trabalho, Ribeirão Preto – SP, 2011 **188**

Tabela 57 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e satisfação com o peso, Ribeirão Preto – SP, 2011 **188**

Tabela 58 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse **189**

do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e estado de saúde atual, Ribeirão Preto – SP, 2011

Tabela 59 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença de hipertensão, Ribeirão Preto – SP, 2011 **189**

Tabela 60 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença de diabetes melitus, Ribeirão Preto – SP, 2011 **190**

Tabela 61 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e presença de problemas de saúde relacionados ao estresse, Ribeirão Preto – SP, 2011 **190**

Tabela 62 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e uso de medicamentos psicotrópicos, Ribeirão Preto – SP, 2011 **191**

Tabela 63 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e auto medicação de psicotrópicos no último ano, Ribeirão Preto – SP, 2011 **191**

Tabela 64 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e percepção de aumento de consumo de álcool em momentos de estresse, Ribeirão Preto – SP, 2011 **192**

Tabela 65 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e uso de tabaco, Ribeirão Preto – SP, 2011. **192**

Lista de Abreviaturas e Siglas

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
Scielo	Scientific Electronic Library Online [Biblioteca Científica Eletrônica Online]
USP	Universidade de São Paulo
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
JCQ	<i>Job Content Questionnaire</i>
SATIS-BR	Escalas Brasileiras de Satisfação da Equipe
IMPACTO-BR	Escalas Brasileiras de Sobrecarga da Equipe
IMC	Índice de Massa Corporal
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
OMS	Organização Mundial de Saúde
SC	Senso de Coerência
DRS	Departamento Regional de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas
CAIS	Centro de Atenção Integral a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
ECT	Eletroconvulsoterapia
EPIB	Enfermaria Psiquiátrica de Intervenção Breve
HCRP	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
HD	Hospital Dia
HSTRP	Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto
GAIS	Gerência de Atenção Integral a Saúde
UE	Unidade de Emergência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
QSCA	Questionário Senso de Coerência de Antonovsky
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CID	Código Internacional de Doenças

SPSS	Statistical Package for the Social Science
DP	Desvio Padrão
SCP	Sistema de Classificação de clientes/pacientes
COREN SP	Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DORT	Distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho

Sumário

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Equipe de enfermagem	7
2	REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1	Estresse ocupacional	9
2.2	Modelos teóricos sobre o estresse no ambiente de trabalho	10
2.2.1	Modelo esforço-recompensa	10
2.2.2	Modelo de Lazarus e Folkman	10
2.2.3	Modelo de Cooper e colaboradores	11
2.2.4	Modelo demanda-controle	12
2.2.5	Síndrome de Burnout	16
2.3	Principais estressores no trabalho da enfermagem	19
2.3.1	Estado Civil	20
2.3.2	Interface trabalho-família	21
2.3.3	Experiência profissional	21
2.3.4	Dupla jornada	22
2.3.5	Escolha do setor	22
2.3.6	Locais de trabalho para assistência de enfermagem	23
2.3.7	Salário	23
2.3.8	Satisfação	24
2.3.9	Ambiente de Trabalho	24
2.3.10	Relacionamento interpessoal no trabalho	25
2.3.11	Absenteísmo e Licenças	25
2.3.12	Desemprego	27
2.4	Saúde Física do Trabalhador	27
2.4.1	Qualidade do Sono	28
2.4.2	Obesidade e Estresse Ocupacional	28
2.4.3	Prática de exercícios físicos	30
2.4.4	Doenças associadas ao estresse	31
2.4.5	Auto medicação de psicotrópicos	33
2.4.6	Uso de Álcool e Estresse no trabalho	36
2.4.7	Tabaco e Stress	37
2.5	Senso de Coerência de Antonovsky	39

2.5.1	Os componentes do Senso de Coerência	41
3	JUSTIFICATIVA	45
4	OBJETIVOS	46
4.1	Geral	46
4.2	Específicos	46
5	HIPÓTESES	47
6	MATERIAL E MÉTODOS	48
6.1	Delineamento do Estudo	48
6.2	Local da pesquisa	48
6.2.1	Departamento Regional de Saúde XIII de Ribeirão Preto	48
6.2.2	Localização e Área de Abrangência	48
6.2.3	Dados Econômicos Regionais	50
6.2.4	Índices de qualidade de vida da população	51
6.2.5	Atenção à Saúde Hospitalar	51
6.2.6	Atenção à Saúde Mental	52
6.2.7	Locais do estudo	54
6.3	Participantes	61
6.4	Aspectos Éticos	63
6.5	Procedimento para coleta de dados	64
6.5.1	Piloto	64
6.5.2	Coleta de Dados	65
6.5.3	Instrumentos de medida	66
	Caracterização Sócio-demográfica, profissional e aspectos de saúde física	66
	Questionário de Auto-Medicação de Psicotrópicos	67
	<i>Job Stress Scale</i> – versão resumida	68
	<i>AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test</i>	69
	Questionário de avaliação do consumo de tabaco	71
	Questionário de senso de coerência de Antonovsky	72
6.7	Processamento e análise dos dados	73
7	RESULTADOS	75
7.1	Caracterização sócio-demográfica dos participantes	75
7.2	Caracterização profissional	76
7.3	Características de saúde física	81

7.4	Estresse Ocupacional dos trabalhadores de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental	85
7.5	Uso de álcool	89
7.6	Tabaco	90
7.7	Auto medicação de psicotrópicos	90
7.8	Senso de Coerência dos trabalhadores de enfermagem da assistência psiquiátrica e de saúde mental	91
7.9	Associação entre as variáveis	92
8	DISCUSSÃO	101
	Características sócio demográficas dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental	101
	Características Profissionais da equipe de enfermagem que atua na assistência psiquiátrica e de saúde mental	104
	Estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental	108
	Aspectos de saúde física dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental	110
	Uso de substâncias psicotrópicas (álcool, tabaco e auto medicação) nos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica	115
	Senso de coerência dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental	119
	Correlações significativas encontradas nas variáveis estudadas em relação ao estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental	120
	Comparação entre as diferenças estatisticamente significativas entre categorias de enfermagem (enfermeiras e profissionais de nível médio de enfermagem)	125
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
10	REFERÊNCIAS	131
11	APÊNDICES	161
11.1	Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	162

11.2	Apêndice 2 - Questionário de Caracterização Sócio-demográfica, profissional e aspectos de saúde física; Questionário de Auto-Medicação de Psicotrópicos; Job Stress Scale – versão resumida; AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test; Questionário de avaliação do consumo de tabaco e Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky	163
11.3	Apêndice 3 - Tabelas das associações com exposição ao estresse, variáveis sócio demográficas, profissionais e de saúde por categoria profissional da enfermagem – Teste exato de Fisher	176
12	ANEXOS	199
12.1	Anexo 1 – Folha de aprovação do comitê de ética em pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto	200

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o profissional de enfermagem passou a adotar jornada dupla ou tripla, horas extras, entre outras, o que aumentou o risco de adoecimento e insatisfação profissional (FERNANDES, MEDEIROS, RIBEIRO, 2008). Assim, a enfermagem, na literatura científica, é reconhecida mundialmente como uma profissão estressante, sendo diários, os desafios para esta área e as instituições de saúde (CALLAGHAN, et al., 2000; MANN, et al., 2005; RIBEIRO, MARTINS, MARZIALE, ROBAZZI, 2012).

Segundo Menzani (2006), a enfermagem 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 de estresse o próprio objeto de trabalho, que dificulta o afastamento profissional desses estressores.

No campo da Psiquiatria e Saúde Mental, a assistência da enfermagem psiquiátrica foi construída em conjunto com a Psiquiatria tradicional. O tratamento era baseado na segregação, na manutenção da ordem e no controle dos doentes. Isso se conseguia com atitudes agressivas, coercitivas e autoritárias advindas dos “enfermeiros” (KIRSCHBAUN, 1997). A nova lógica de assistência à saúde mental exige um novo trabalho e a renovação de seus instrumentos para alcançar uma nova finalidade. O ser em sofrimento demanda novas formas de cuidado baseadas em não mais na doença e sim do indivíduo. As leis, os decretos, as portarias e os novos serviços substitutivos de assistência não garantem que as práticas de enfermagem sejam modificadas. Isto se torna verdade, quando se percebe que, em alguns lugares, a enfermagem trabalha de forma diferenciada e consegue resultados positivos e, em outros locais, ainda permanece inerte às transformações, mantendo e reproduzindo práticas pouco eficientes, produzindo frustrações na equipe.

Além disso, no senso comum, há a crença que o trabalhador de enfermagem que atua em psiquiatria está mais propenso ao risco de

adoecer mentalmente, risco este considerado maior que as outras especialidades e que a história de exclusão e reclusão dos pacientes psiquiátricos repercute até os dias atuais, sobre os trabalhadores que deles cuidam.

Considerando o processo saúde-doença, os profissionais de enfermagem da assistência psiquiátrica e de saúde mental estão expostos a todas as cargas psíquicas. A exposição a toda esta situação de estresse gera processo de desgaste físico e mental. A potencialização das cargas psíquicas leva também, ao desgaste mental mais intenso do que o físico (CARVALHO; FELLI, 2006).

Oliveira e Alessi (2003) analisaram quais eram as concepções de objeto, instrumentos e finalidade do trabalho realizado pelos enfermeiros em Saúde Mental e encontraram deficiência no processo de formação do enfermeiro que atua em Psiquiatria. Há conseqüentemente, indefinição acerca de seu papel, o que ocasiona o desvio de sua real função para o desenvolvimento de atividades burocrático-administrativas. Muitas vezes, esses enfermeiros ocupam-se com atividades que têm por finalidade a organização do trabalho dos demais profissionais sendo eles os que menos realizam atendimentos diretos à clientela. Sobre a atuação do enfermeiro no contexto atual da reforma psiquiátrica, o mesmo estudo aponta que a maioria destes profissionais não se sente preparada para atuar nessa área. Quanto à concepção do objeto de trabalho do enfermeiro, colocam que ainda baseado no modelo organicista e, apesar de criticarem este modelo de assistência, não se veem como agentes transformadores dessa realidade. Oliveira e Alessi (2003) consideravam que o trabalho de enfermagem em Saúde Mental caracterizava-se, então, pela transição entre uma prática interdisciplinar, aberta às subjetividades dos sujeitos. É, portanto, um período crítico para a profissão e favorável para conhecimento e análise de trabalho dessa área.

A ampla mudança do atendimento público em saúde mental, derivada da reforma na assistência psiquiátrica brasileira ocorrida efetivamente a partir das novas políticas de saúde instituídas pelo Ministério da Saúde, em

2001 (BRASIL, 2001), no Brasil, gerou demanda pela criação de novos serviços especializados em atenção comunitária e pública em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, serviços residenciais terapêuticos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais, entre outros.

Diante desses novos ambientes de intervenção psiquiátrica, acredita-se que os diferentes locais de assistência têm desafiado as equipes de saúde mental quanto ao seu saber, aumentando o dispêndio de energia, consequentemente podendo aumentar seu nível de estresse.

Assim sendo, buscou-se realizar uma revisão integrativa dos estudos brasileiros sobre estresse ocupacional entre os profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A revisão integrativa da literatura também é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada em evidência que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Desde 1980 a revisão integrativa é relatada na literatura como método de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Optou-se por delimitar o período a partir da proposição inicial da reforma na assistência psiquiátrica brasileira (1978) até o ano de 2010, pois a partir disso começou a demandar novas tecnologias e um novo olhar sobre o trabalho na assistência psiquiátrica e saúde mental para a enfermagem.

Em relação aos estudos brasileiros, salientamos que a reforma na assistência psiquiátrica tem um história própria, além do que fatores culturais podem ter influência na percepção do estresse ocupacional.

Portanto a questão que norteou a revisão foi: Existe a presença de estresse ocupacional nos profissionais brasileiros de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental?

Para o levantamento de artigos e a realização da revisão foram utilizadas as seguintes bases de dados: PUBMED, BVS - Lilacs, Scielo e banco de teses digitais da USP.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos inicialmente para a presente revisão foram:

- Artigos e produções acadêmicas em português, inglês ou espanhol.
- Resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas.
- Período compreendido da Reforma Psiquiátrica Brasileira até 2010.
- Coleta de dados realizada no Brasil.
- Participantes da pesquisa serem profissionais de enfermagem.

Na classificação proposta por Stetler et al. (1998), estudiosos da área de enfermagem, as evidências encontradas nos estudos podem ser estratificadas em seis níveis, sendo que o *nível 1*, estão aquelas obtidas do resultado de metanálise de estudos clínicos controlados e randomizados, no *nível 2*, as obtidas em um estudo de desenho experimental, no *nível 3*, as evidências de estudo com delineamento quase-experimental, no *nível 4*, evidências que emergiram de estudos descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa, *nível 5*, evidências que surgem de relatórios de casos ou relatos de experiência, *nível 6*, experiências coletadas baseadas em opiniões de especialistas ou legais.

Em virtude das características específicas para o acesso das bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada um, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão, previamente estabelecidos para manter a coerência na busca de artigos e evitar vieses.

A seguir segue uma figura:

Figura 1 – Metodologia para seleção de artigos e produções

A busca foi realizada pelo acesso on-line, evidenciando 127 referencias bibliográficas, que foram submetidos aos critérios de inclusão, posterior leitura do resumo, resultando em 7 trabalhos selecionados.

Na presente revisão analisamos 5 artigos científicos e 2 produções acadêmicas que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos (BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007; COSTA & LIMA, 2002; BRITO, 2006; CARVALHO E FELLI, 2006; NUNES, 2000; VIANEY E BRASILEIRO, 2003; RAMMINGER, 2008).

A seguir, apresentamos um panorama geral:

Dentre as referencias selecionadas, 4 são de autoria de enfermeiros, 1 de médicos exclusivamente, 1 de enfermeira e psicóloga e 1 realizado por psicóloga.

Quanto aos locais em que foram realizados os estudos: 2 em instituições de assistência psiquiátrica e de saúde mental de Ribeirão Preto, 2 estudos por serem de revisão não especificavam o local, 1 foi realizado em hospital psiquiátrico privado do estado de São Paulo; 1 foi realizado em 7 hospitais psiquiátricos do estado do Ceará e outro em unidade de emergência psiquiátrica do Rio de Janeiro. Há um predomínio de hospitais psiquiátricos, porém há representantes de serviços de atendimento em assistência psiquiátrica, como: CAPS, enfermaria psiquiátrica em hospital geral e hospital-dia.

Quanto ao tipo de periódico: 1 estudo foi publicado em periódico médico, 1 em periódico de saúde pública, 3 publicações em periódicos de enfermagem, 1 publicado no site digital de teses da USP e 1 resumo de dissertação publicado no LILACS.

Quanto ao tipo de delineamento, 3 estudos foram pesquisas quantitativas do tipo não experimental, 2 revisões de literatura e 2 pesquisas qualitativas. Quanto à classificação hierárquica que retratam a força das evidencias encontradas nas pesquisas, 3 estudos são nível 3 e 2 estudos nível 4.

A pouca problematização sobre o tema revela a necessidade de investimento no tema. Os estudos utilizaram recursos metodológicos diversos tornando difícil a comparação entre eles. Entretanto algumas convergências são verificadas: do total de sete artigos selecionados, seis

deles sugerem que o trabalho de enfermagem na assistência psiquiátrica e de saúde mental representa fonte significativa de carga de estresse e somente um não apontou o trabalho como gerador de tensão e nem de sofrimento mental.

Os dois estudos de revisão de literatura (VIANEY E BRASILEIRO, 2003; RAMMINGER, 2008) encontrados apresentam baixíssimo rigor metodológico, o que compromete as convergências citadas. O único estudo que não apontou o trabalho como gerador de estresse apresenta como limitação o uso de instrumento fechado para coleta de dados e amostra pequena (n=30).

Sugerem-se estudos que abordem a temática, do tipo quanti-qualitativo, já que estudos que abordem a temática estresse que é multifatorial na sua causalidade impedem a construção de um grupo controle rigorosamente pareado.

Enfim, entende-se ser necessário intensificar esforços para o desenvolvimento de pesquisas com delineamento que produzam evidências fortes relativas ao estresse ocupacional dos trabalhadores de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica, principalmente considerando nossa realidade e momento histórico pós reforma psiquiátrica, o que de antemão justifica a proposta de identificar a presença de estresse ocupacional nos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental.

1.1 Equipe de Enfermagem

Segundo o código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2000), a enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Para o exercício da Enfermagem, a Lei nº 7.498/1986 cita que a assistência de enfermagem é privativa do enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

Sendo assim, em relação aos profissionais de nível médio de enfermagem que atuam em enfermarias psiquiátricas, Alencastre (1995) encontrou que os auxiliares de enfermagem consideravam o enfermeiro psiquiátrico um profissional capacitado e importante para a enfermagem e a instituição; um profissional que apoia e transmite segurança. Todavia, quando este se mantém longe dos pacientes, é considerado ineficaz, pouco colaborador, autoritário e burocrata. Já Zago (2007) encontrou que são os profissionais de nível médio de enfermagem que passam mais tempo com os pacientes e suas atividades são caracterizadas pela divisão de tarefas e por um trabalho repetitivo e mecanizado.

Tais achados aliados à experiência profissional levam ao questionamento, se os profissionais de nível médio de enfermagem não acabam por receber, de maneira mais concentrada, a carga de cuidar de pessoas com transtornos mentais, e estariam, portanto, mais vulneráveis ao estresse.

Como foi verificado na revisão integrativa acima, há poucas investigações que descrevem a assistência de enfermagem na área de saúde mental, e nenhum que aborde o estresse ocupacional nos profissionais de nível médio exclusivamente.

Os resultados que serão estudados das categorias profissionais dos participantes serão apresentados separadamente entre enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem, pois se tratam de grupos muito heterogêneos que justificam uma análise separada em estudos que avaliam estresse ocupacional nos trabalhadores de enfermagem.

A seguir serão apresentadas as descrições dos principais conceitos que serão discutidos neste trabalho.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Estresse Ocupacional

O interesse pelo estudo do estresse no trabalho tem sido crescente na literatura científica, particularmente nos últimos anos. Uma razão para o aumento de pesquisas sobre este tema deve-se ao impacto negativo do estresse ocupacional na saúde e no bem estar dos empregados e, conseqüentemente, no funcionamento e na efetividade das organizações. Na economia, o impacto negativo desse fenômeno tem sido estimado com base na suposição e nos achados de que trabalhadores estressados diminuem seu desempenho e aumentam os custos das organizações com problemas de saúde, com aumento do absenteísmo, da rotatividade e do número de acidentes nos locais de trabalho.

As definições de estresse ocupacional, segundo Paschoal e Tamayo (2004), dividem-se de acordo com três aspectos: estressores organizacionais, respostas do individuo a esses estressores e nas diversas variáveis presentes no processo estressor-resposta.

Avaliar a presença de estresse ocupacional, entretanto, não é tarefa fácil. A complexidade do fenômeno tem levado à formulação de uma variedade de modelos de análise que ainda demonstram fragilidades de várias ordens (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

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 individuo. Vários estudos descrevem a complexidade do tema e a necessidade de investigação sobre a etiologia do problema (ROSSI, 2005).

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

A sobrecarga de trabalho pode ser dividida em dois níveis: quantitativo e qualitativo. A sobrecarga quantitativa diz respeito ao número excessivo de tarefas a serem realizadas. A sobrecarga qualitativa refere-se à dificuldade do trabalho, ou seja, o indivíduo depara-se com demandas que estão além de suas habilidades ou aptidões (GLOWINKOWSKI & COOPER, 1987; JEX, 1998).

Dentro dessa abordagem, serão apresentados os modelos mais utilizados na avaliação do estresse no ambiente de trabalho.

2.2 Modelos teóricos sobre o estresse no ambiente de trabalho

2.2.1 Modelo Esforço-Recompensa

Proposto por Johannes Siegrist, esse modelo refere-se aos esforços e recompensas gerados a partir do trabalho. De acordo com esse modelo, trabalhadores com alta carga de trabalho (esforço e obrigações no trabalho) em combinação com baixa recompensa (dinheiro, estima, segurança e progresso na carreira, entre outros) 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).

2.2.2 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 estresse é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pela mesma como onerando ou excedendo seus recursos e colocando em risco seu bem estar (LAZARUS E FOLKMAN, 1984).

Esse modelo leva em conta a avaliação primária, 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 quanto às estratégias de *coping*. A reavaliação diz respeito avaliação baseada em novas informações advindas do ambiente e/ou levantadas pela própria pessoa. Já o enfrentamento são processos cognitivos e comportamentais em constante mudança nos quais a pessoa administra exigências externas e/ou internas específicas ao avaliar que um fato ou evento excede os recursos que ela detém.

2.2.3 Modelo de Cooper e colaboradores

Cooper (1993) evidencia três grandes aspectos conceituais do estresse ocupacional: as causas potenciais deste tipo de estresse, 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).

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 tida como moderador de estresse, composta por: tipo de personalidade, *lôcus* 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.

2.2.4 Modelo demanda-controle

O modelo demanda-controle, também conhecido como Modelo Demanda Controle e Apoio Social ou *Job Strain Model*, foi desenvolvido a partir da década de 70 do século XX por Robert Karasek em que 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).

O estresse aqui enfatiza um desencontro entre as condições de trabalho e os trabalhadores, ou seja, o estresse ocorre quando as exigências do trabalho não estão em equilíbrio com as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador gerando respostas físicas e emocionais prejudiciais (BAKER E KARASEK, 2000).

Nesse modelo há a possibilidade de avaliação do risco dos trabalhadores desenvolverem estresse e certas doenças ou distúrbios a eles relacionados. Não há a preocupação em medir fatores de personalidade ou estressores externos ao trabalho, por se considerar que os fatores do ambiente de trabalho são determinantes no processo de estresse. Embora considere que estilo de *coping*, fatores individuais possam atuar como modificadores do processo, Karasek considera que alguns modelos de análise introduzem a dimensão individual de forma precoce, deixando de avaliar os fatores ambientais determinantes (BAKER E KARASEK, 2000).

No modelo demanda-controle, considera-se como estressores exigências de caráter psicossocial e como tensão (*strain*) as manifestações fisiológicas, psicológicas ou comportamentais de curto prazo (ALVES, 2004; LIMONGI-FRANÇA E RODRIGUES, 2005).

A tensão surge em razão das características do trabalho e não da percepção subjetiva do mesmo. Logo, a 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 sobre o processo de decisão 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 atribui níveis de demanda e de controle e em seguida colocou os diferentes níveis de demanda e de controle em dois eixos e quatro quadrantes, conforme pode ser observado na figura 2 a seguir:

O modelo de demanda – controle prevê que os trabalhadores que se defronta com muitas demandas ou pressões psicológicas combinadas com um baixo controle sobre o trabalho ou baixa latitude decisória, correm maiores risco de apresentar problemas de saúde física e mental decorrentes do estresse. O sentido das setas, na figura 2, indica a repercussão que a combinação entre exposição aos diferentes níveis de demanda e controle acarreta nos indivíduos (KARASEK; THEORELL, 1990).

Dentro das possibilidades de combinações, os trabalhos que envolvem alta demanda e baixo controle resultam em trabalhos considerados de alto desgaste psicológico, tais como, fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física. O desgaste psicológico ocorre quando o indivíduo submetido a uma situação estressante, não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente, por ter pouco controle sobre as circunstâncias. Se o tempo de exposição é curto, o organismo prontamente se recupera; se, ao contrário, for longo o desgaste acumula-se (ALVES, 2004).

De acordo com o referido modelo, no ambiente de trabalho são identificadas diferentes situações que podem tanto expor o indivíduo ao risco de desenvolver distúrbios de ordem física e psicológica, quanto influenciar a motivação para desenvolver novos padrões de comportamento.

Uma crítica ao modelo publicado em 1979 implicava que as relações sociais no ambiente de trabalho eram incluídas somente de forma indireta. Desenvolvimento posteriores levaram a incorporar essa dimensão por meio do conceito de apoio social, representado pelas relações interpessoais do trabalhador com seus colegas e chefia. Quando tais relações são de apoio, constituem um importante fator protetor para o trabalhador (LIMONGI-FRANÇA E 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 ser compostos por estressores tais como horas extras, trabalho em turnos alternados, pagamento por produção, ritmo acelerado, falta de controle, subutilização de capacidades, riscos físicos, ergonômicos, ambiguidade de papéis, conflito de papéis, competição, rivalidade, insegurança no trabalho, preocupações com a carreira e, também, por fontes extras de trabalho, como fatores pessoais, família e relacionados à comunidade. As consequências podem ser fisiológicas, como aumento da pressão arterial, doenças cardíacas, úlceras e asma; psicológica 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 trabalhadores em geral (KARASEK ET AL., 1981; MAUSNER-DORSCH, EATON, 2000; HIGASHIGUCHI ET AL., 2002; WALDENSTROM ET AL, 2003; ARAUJO, GRAÇA, ARAUJO, 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 profissionais da área de enfermagem (LANDSBERGIS, 1988; JOSEPHSON ET AL, 1997; BOURBONNAIS ET AL, 1998; ARAUJO ET AL, 2003; ALVES, 2004; GELSEMA ET AL, 2006; LINDHOLM, 2006; SUNDIN ET AL, 2007; FENG, CHEN, MAO, 2007; PINHO, ARAUJO, 2007; SCHMIDT, 2009; SCHMIDT ET AL, 2009).

O instrumento utilizado para avaliação do estresse ocupacional elaborado por Karasek no final da década de 70 do século XX (KARASEK, 1979) é denominado *Job Content Questionnaire* (JCQ). O mesmo 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 validado para a língua portuguesa por Araújo et al (2003), sendo que uma versão resumida do instrumento original foi elaborada 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 consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,79 0,67 e 0,85 respectivamente.

Nessa última avaliação resumida quanto maior for a demanda em relação ao controle, maior será a razão e maior o estresse no trabalho. Quanto menor for a demanda em relação ao controle, menor a razão e menor estresse. 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 feita por meio de quadrantes implica em identificar os grupos ativos, passivos, com alto desgaste e baixo desgaste, conforme demonstrado anteriormente na Figura 2. Para formação desses quadrantes utiliza-se a média ou a mediana dos escores obtidos para cada dimensão (demanda e controle) como ponte de corte. Assim, formam-se duas categorias para a demanda (baixa e alta demanda) e duas categorias para controle (baixo e alto controle).

Portanto, devido a capacidade desse modelo avaliar aspectos psicossociais e a possibilidade de avaliação de riscos que o trabalhador tem de desenvolver estresse e certos distúrbios ou doenças a ele relacionados, esse modelo teórico foi escolhido para embasar o estresse ocupacional da equipe de enfermagem psiquiátrica.

2.2.5 Síndrome de *Burnout*

O estresse ocupacional prolongado e crônico pode provocar a Síndrome de *Burnout* quando situações de enfrentamento não foram utilizadas, falharam ou não foram suficientes. Cristina Maslach e Susan E. Jackson desenvolveram um instrumento para avaliar os sentimentos pessoais e atitudes dos trabalhadores de saúde ante a seu trabalho e seu paciente, o qual foi designado de *Maslach Burnout Inventor*. Depois da primeira versão, outros dois instrumentos foram elaborados, a ultima versão em 1996 com o trabalho de Michael P. Leiter (MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001).

Os termos *burn* (queimar) 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.

A Síndrome de *Burnout* é caracterizada por 3 componentes: exaustão emocional, despersonalização e ausência de realização profissional, que afeta, sobretudo, profissionais que trabalham com pessoas, como por exemplo, os serviços de saúde, sociais, da justiça e da educação (MASLACH, SCHAUFELI, LEITER, 2001).

As equipes de saúde estão frequentemente em contato e envolvidas com seu público alvo. Muitas vezes a interação entre a equipe e paciente 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 parecem óbvia e de fácil resolução, a situação torna-se ambígua e frustrante. Para indivíduos que trabalham continuamente sob essas circunstâncias, o estresse crônico pode extravasar e ocasionar o *burnout* (MASLACH, JACKSON, LEITER, 1996).

Assim, o conceito de *burnout* é considerado um dos desdobramentos mais importantes do estresse ocupacional.

A Síndrome de *Burnout* é tida como uma síndrome psicológica que envolve uma reação prolongada aos estressores interpessoais crônicos. A dimensão da exaustão emocional representa o componente básico no *burnout*. Ela refere-se às sensações de estar além dos limites e exaurido de recursos físicos e emocionais sem qualquer fonte de reposição. As principais fontes dessa exaustão são as sobrecargas de trabalho e conflitos interpessoais no trabalho (MASLACH, 2005).

A despersonalização representa o componente interpessoal do *burnout*. Ela refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada do trabalho. Geralmente desenvolve-se em resposta à sobrecarga de exaustão emocional, inicialmente autoprotetora. Os trabalhadores que se queixam de sobrecarga de trabalho, tendem a se retrair ou reduzir o que

estão fazendo. Mas o risco é de que o desligamento possa resultar na perda de idealismo e na desumanização dos outros. Com o tempo essa estratégia deixa de ser autoprotetora e passa a ser uma reação negativa às pessoas e ao trabalho. Os trabalhadores nessa fase da síndrome reduzem a quantidade de tempo que passam no trabalho e a quantidade de energia que dedicam a ele. Eles continuam fazendo seu trabalho, mas apenas o mínimo necessário, de modo que a qualidade de seu desempenho acaba caindo, também (MASLACH, 2005).

A ausência de realização profissional representa o componente da autoavaliação na síndrome. Ela se refere às sensações de incompetência e uma falta de realização e produtividade no trabalho. Essa menor sensação de autoeficácia é acentuada por uma falta de recursos no trabalho, falta de apoio social e falta de oportunidades de desenvolvimento profissional. Os indivíduos passam a ter uma consideração negativa de si mesmo e dos outros (MASLACH, 2005).

A ênfase do *burnout* tem sido colocada mais no processo de erosão psicológica e nas consequências psicológicas e sociais dessa exposição crônica e não apenas nas físicas. Pelo fato da doença ser uma exposição prolongada aos estressores interpessoais crônicos no trabalho, ela tende 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 ideia do que está acontecendo com os trabalhadores que possivelmente estejam vivenciando esse fenômeno (MASLACH, 2005).

Embora haja indícios individuais para o *burnout*, várias pesquisas apontam a importância das variáveis situacionais no desenvolvimento dessa síndrome. Os estudos sobre *burnout* permitiram a identificação de vários fatores de risco organizacionais, concluindo-se que a síndrome 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 metódicos, têm menos criatividade, baixo comprometimento, aumentam o absenteísmo e a rotatividade (MASLACH, 2005).

Ciente de que a síndrome não é um problema das pessoas, mas do ambiente social que trabalham, deve-se concentrar em estratégias para eliminar os estressores que levam ao *burnout* ou reduzir o impacto negativo do mesmo. As estratégias de gerenciamento do estresse podem ter grande valor em qualquer programa cujo objetivo está ligado à prevenção do *burnout*.

Na enfermagem, o *burnout* tem sido associado a outras doenças como a ansiedade, depressão e a tensão no trabalho (BOUBOUNNAIS et al., 1998), senso de coerência (TSELEBIS; MOULOU; ILIAS, 2001), situações de trabalho, como carga horária (PARKE, LAKE, 2005), ao estresse (SUNDIN et al, 2007), que também serão discutidos posteriormente.

2.3 Principais estressores no trabalho da enfermagem

Segundo Bianchi (1999), os principais estressores relacionados ao trabalho de enfermagem são subdivididos em:

- Problemas de Comunicação com equipe: relacionamento com supervisores, relacionamento interpessoal com paciente, familiares, colegas e outros profissionais, falta de suporte social, equipe de enfermagem apática e descontente.
- Problemas inerentes à unidade: recursos físicos, mudanças tecnológicas, mudanças profissionais, ambiente, 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 o morrer, com a dor, com as doenças terminais, lidar com as necessidades emocionais do paciente e

da família, lidar com a agressividade de pacientes e/ou familiares, 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, experiência anteriores.
- Atuação do enfermeiro: conflito de papéis, ambiguidade de papeis, falta de autonomia, estilo de supervisão, recompensa, salário, falta de treinamento, falta de oportunidade de crescimento na organização, envolvimento.

Assim, constata-se que os estressores são de diversas naturezas, demonstrando que a avaliação inicial do trabalhador frente ao estressor é vital para acionar os mecanismos de *coping* e conseguir lidar com eficiência os estressores e promover a adaptação.

Estudos sobre estresse e variáveis independentes não são conclusivos, pois o estressor é diferente de individuo para individuo (BIANCHI, 1999).

Também se deve lembrar que as pessoas diferem em sua sensibilidade e vulnerabilidade ante aos eventos estressores, assim como suas interpretações, reações e avaliações (LAZARUS E FOLKMAN, 1984).

A seguir são discutidos a luz da produção científica aspectos que podem influenciar e devem ser considerados no estresse ocupacional.

2.3.1 Estado Civil

Lautert (1997) concluiu em seu estudo realizado no Brasil que enfermeiras casadas apresentam maior exaustão quando comparadas com as solteiras, já Maslach, Jackson e Leiter (1996), concluíram que os indivíduos casados são menos aptos para o enfrentamento do *burnout*. Schmidt (2009) que investigou enfermeiros do bloco cirúrgico encontrou ocorrência maior de depressão entre os profissionais casados (67,3%; $p=0,033$).

No trabalho de Murassaki et al. (2011), apesar de enfermeiros chefes de família terem obtido maior nível de estresse em todos os domínios da Escala Bianchi de *Stress*, não se encontrou diferença estatística significativa entre o nível geral de estresse entre os enfermeiros chefes e não-chefes de família ($p=0,905$). Concluiu-se que a condição de chefia familiar não se mostrou relevante para o favorecimento da ocorrência de estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas.

Diante disso e de que o estresse é relativo, o estado civil parece não ser um fator de risco seguramente preditor de estresse ocupacional.

2.3.2 Interface trabalho-família

A interface trabalho família é considerada de grande importância como risco psicossocial no trabalho, pois a esta categoria estão relacionadas questões como conflitos nas exigências do lar e do trabalho e pouco suporte familiar. Os agentes estressores, segundo Vianey e Brasileiro (2003), dentre várias causas, podem estar ligados aos assuntos pessoais.

Os resultados de uma pesquisa que abordou a influência da interferência família/trabalho sobre estresse ocupacional revelaram que esta pode favorecer o aparecimento de estressores organizacionais e influenciar afetos e cognições, que por sua vez, levam à percepção de demandas do trabalho como estressores (PASCHOAL, 2003).

Além disso, o impedimento do indivíduo em contar com os familiares está associado aos índices superiores da síndrome de *burnout* (MASLACH E LEITER, 1996; MASLACH ET AL, 2001). Outras formas de estresse são evidenciados através dos conflitos familiares e envolvimento com outros conflitos extra-trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2003).

2.3.3 Experiência profissional

Lauter (1997) descreveu que o maior desgaste profissional foi apresentado por indivíduos que tinham menor tempo de experiência

profissional. A mesma autora mostra que o indivíduo adquire maior segurança em suas tarefas e menor vulnerabilidade para tensão no trabalho à medida que sua idade aumenta. A pouca idade frequentemente está associada ao estresse e a falta de habilidade para enfrentar o estresse.

2.3.4 Dupla jornada

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 qualidade de vida no trabalho (SCHMIDT, 2009).

No Brasil, estudos sobre enfermeiros revelam uma maior porcentagem desses profissionais com dois empregos (ARAÚJO ET AL., 2003; SANTOS; BRAGA; FERNANDES, 2008).

O estudo de Portela, Rotemberg e Waissman (2005) trazem que é comum o profissional de enfermagem manter dois vínculos empregatícios e acumular longas horas de trabalho o que pode influenciar negativamente a saúde desses profissionais e prejudicar sua qualidade de vida. Outro resultado encontrado foi que há maior chance de surgimento de desordens emocionais entre trabalhadores com maior carga horária de trabalho semanal.

2.3.5 Escolha do setor

No trabalho de Schmidt (2009) observou-se associação estatisticamente significativa com opção pelo setor de atuação ($p=0,001$) e tipo de instituição ($p=0,003$) com a qualidade de vida no trabalho entre trabalhadores de enfermagem do Bloco Cirúrgico. 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.

2.3.6 Locais de trabalho para assistência de enfermagem

O local de trabalho foi investigado por Lautert (1997) que constatou significativa influencia do mesmo na produção do *burnout*. Os trabalhadores de enfermagem do setor de emergência apresentaram maior chance de apresentar a Síndrome de *Burnout* que os de outros setores.

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 sua relação com o estresse.

Nos estudos revisados encontramos resultados controversos, dificultando a associação de estresse com local específico de trabalho o que sugere não apenas a diversidade de delineamentos metodológicos, mas a própria diversidade com que trabalhadores lidam com as pressões nos diferentes contextos de trabalho.

2.3.7 Salário

Estudos sobre satisfação no trabalho do início do século XX teve um dos seus precursores o pioneiro Frederick W. Taylor, que tinha como um dos pressupostos de que as recompensas monetárias seriam os maiores motivadores de maior eficiência e produtividade gerando satisfação no trabalho (CHIAVANETO, 2000).

Em pesquisas sobre qualidade de vida nos trabalhos desenvolvidos na área de enfermagem, a insatisfação do trabalhador ficou evidente principalmente com relação à política organizacional, à supervisão técnica, salário e as condições de trabalho (LINO, 2004; WEST & LISBOA, 2001;

MATSUDA, 2002; SCHIMIDT, 2004; FERREIRA; POSSARI; MODERNO, 2006; SANTOS; BRAGA; FERNANDES, 2008).

No trabalho de Schmidt (2009), encontrou-se associação estatisticamente significativa entre a medida de qualidade de vida no trabalho ($p=0,006$) e a renda mensal do trabalhador de enfermagem. A autora considera que as gerencias 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 qualidade da assistência, à quebra da comunicação e aos conflitos entre os membros da equipe ou entre a equipe e a direção.

2.3.8 Satisfação

Staciarini e Trócoli (2004) em pesquisa com enfermeiros encontraram entre estresse ocupacional e satisfação no trabalho correlações inversas e estatisticamente significantes, ainda que tais relações sejam fracas ($r=-0,26$).

A pesquisa sobre satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental, com uma amostra de 172 sujeitos, sendo 49,4% trabalhadores de enfermagem, usando-se as escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR teve-se como resultados escores de satisfação inversamente associados aos escores de sobrecarga. Ou seja, o grupo com estresse apresentava menor satisfação e escore mais elevado de sobrecarga (BANDEIRA, ISHARA, ZUARDI, 2007).

2.3.9 Ambiente de Trabalho

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.

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

Leite e Villa (2005) informam que o processo de cuidar torna-se frustrante, sobretudo por causa das dificuldades decorrentes das condições de trabalho.

2.3.10 Relacionamento interpessoal no trabalho

A partir de 1927, George Elton Mayo chegou à conclusão que eram mais importantes as relações humanas, os sentimentos dos indivíduos e a valorização do trabalhador para que houvesse satisfação no trabalho. Percebeu que os fatores psicológicos e subjetivos tinham mais importância 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).

Para Hsu e Kernohan (2006) os aspectos mais significativos para a qualidade de vida no trabalho para os enfermeiros são as relações humanas, o *status* e o desenvolvimento profissional.

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 que a remuneração.

A literatura destaca a importância do relacionamento interpessoal (STACCIARINI E TRÓCCOLI, 2001) como categoria dos elementos estressores, porém não se deve esquecer que há também dificultadores de relacionamento entre os trabalhadores, seja da mesma categoria profissional como entre outros profissionais e com chefias.

2.3.11 Absenteísmo e Licenças

O estresse relacionado ao trabalho coloca em risco também a saúde dos membros da organização e tem como consequências o desempenho ruim, baixo moral, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho (ROSSI, 2005).

O absenteísmo é determinado por vários fatores dialeticamente interligados, como a condição de saúde pessoal, condições sociais que afetam o trabalho, condições do ambiente de trabalho e atitudes frente ao trabalho, que refletem a exploração econômica e dominação ideológica (ALVES, 2004).

O absenteísmo é um fenômeno complexo com vários preditores. Em relação a duração do período de ausência, poucos dias (< 9 dias) estão associados principalmente a cultura organizacional, que permite faltas ou a insatisfação dos trabalhadores com seu trabalho. Já o absenteísmo de longa duração (>10 dias) é considerado reflexo das condições de saúde e de problemas familiares (FERREIRA ET AL., 2012).

O absenteísmo por doença reflete o estado de saúde dos trabalhadores, tem impactos econômicos importantes e gera custos elevados às empresas e à seguridade social. Além de aspectos relacionados diretamente à saúde, diversos fatores determinam ausências ao trabalho, como cultura organizacional, a ausência de estratégias de valorização do trabalhador, *burnout* e estresse, o ambiente psicossocial desfavorável, a insatisfação com o trabalho, a condição socioeconômica dos trabalhadores, a ausência de controle sobre o trabalho e o baixo apoio social no trabalho (FERREIRA et al., 2012; DAVEY, et. al, 2009).

No contexto hospitalar, a enfermagem representa a maior força de trabalho; a ausência desses trabalhadores afeta a organização do serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os presentes e compromete a qualidade da assistência prestada ao paciente (DAVEY, et. al, 2009; MARTINATO et al., 2010).

No estudo de Ferreira et al. (2012) a prevalência de absenteísmo de poucos dias foi de 20,3%. O absenteísmo esteve associado ao sexo (maior entre o sexo feminino), a idade mais jovem, escolaridade (menor entre o nível médio), situação conjugal (maior entre os casados), número de emprego (maior entre os que têm mais de um emprego), tipo de vínculo (maior entre os setores públicos). Houve forte associação de doenças osteomusculares e situação autorreferida com o absenteísmo. Entre os que referiram autopercepção da saúde regular/ruim as chances foram 3,41 vezes mais elevadas, quando comparadas aos que referiram boa/muito boa condição de saúde.

2.3.12 Desemprego

A situação de desemprego prolongado tem estado associada ao desenvolvimento dos transtornos de humor em vários estudos em diferentes países (CRUZ, 2009).

Esse novo cenário do mundo do trabalho traz o desemprego como uma realidade para muitos trabalhadores. Antunes (2002) ao defender o trabalho como princípio básico da atividade do homem, discute que a ausência de um trabalho pode vir a se enxergada, por aquele que o vivencia, como a impossibilidade de se construir como ser produtor de si mesmo e do meio pelo qual está inserido tornando-se sinônimo de sofrimento, sendo responsável por varias alterações na vida do individuo.

De acordo com Cardoso (2004) as consequências do desemprego na vida do individuo atingem questões não somente de ordem financeira, mas de ordem social, pessoal e familiar, influenciando ainda em sua identidade profissional e psicológica. Dejours (1999) aponta que, o individuo desempregado, ao não conseguir trabalho, passa por um processo de dessocialização progressivo, causador de intenso sofrimento.

Em relação ao desemprego na enfermagem, não foram encontrados trabalhos, demonstrando uma lacuna e consequentemente uma sugestão de tema a ser abordado.

2.4 Saúde Física do Trabalhador

A capacidade para o trabalho, considerada como resultante de um processo dinâmico entre os recursos de indivíduos em relação ao seu trabalho, sofre modificações em função de vários fatores, entre eles a condição de saúde, as características sócio demográficas, o estilo de vida, o envelhecimento e os fatores relacionados ao trabalho (MARTINEZ, 2006).

Com intuito de avaliar alguns aspectos de saúde física do trabalhador, optou-se por discutir melhor os itens que direta ou indiretamente influencia a sua saúde.

2.4.1 Qualidade do Sono

Atividades laborais que adotam trabalho em turno e noturno impõem aos seus trabalhadores profundas repercussões à saúde e prejuízo na vida social. Este sistema de organização do trabalho faz com que os ritmos humanos sejam alterados, tendo como consequências diretas nos sistemas orgânicos e no ciclo vigília-sono (CAMPOS E DE MARTINO, 2004; AKERSTED, 2004).

Estudos sugerem que o excesso de esforço físico e alta demanda de trabalho são indicadores de risco para distúrbio de sono (AKERSTED, 2004).

Esta condição é considerada um dos principais desencadeadores de insônia (AKERSTED, 2002). Trabalho em turno da noite não só pode levar a distúrbios, mas também a um aumento da sonolência diária e uma diminuição do estado de alerta dos indivíduos. Os efeitos destas mudanças no ciclo vigília-sono podem causar danos a qualidade de vida dos trabalhadores (PALMA et al, 2007; DORRIAN et al, 2008).

No estudo de Rocha e De Martino (2009) comprovou o efeito do estresse sobre o sono, com repercussões negativas para o trabalhador que utiliza medicamentos para dormir.

2.4.2 Obesidade e Estresse Ocupacional

O organismo de um trabalhador estressado reage visando à proteção, preparando o corpo para o enfrentamento ou fuga da situação ameaçadora a ser controlada (MACEDO et al 2007). Para tanto a frequência cardíaca e respiratória elevam-se e alteram também os níveis de glicemia e gordura, só retornando aos parâmetros normais, quando o estresse for controlado. Essas reações são denominadas algostáticas (MC EWEN; LASLEY, 2002).

As reações algostáticas objetivam a manutenção do equilíbrio do organismo. Dentro de um prazo curto, essas reações são benéficas, mas quando prolongadas são prejudiciais à saúde, causando desgastes e doenças físicas ou mentais (MC EWEN; LASLEY, 2002).

As doenças do sistema circulatório, respiratório e endócrino também podem afetar a saúde do trabalhador e dependendo da atividade exercida e o estilo de vida de cada um poderão amenizar a sua gravidade.

No Brasil, as doenças do aparelho endócrino tem sido foco de muitas investigações científicas e atualmente a obesidade tornou-se um problema de saúde pública, merecendo atenção especial por parte das empresas, instituições e saúde do trabalhador (WHO, 2000).

Na Inglaterra, após os pesquisadores analisarem o histórico de 10 mil funcionários públicos britânicos, identificou-se uma relação estresse e síndrome metabólica. Os resultados revelaram que trabalhadores com estresse crônico de trabalho têm mais que o dobro de chances de ter essa síndrome dos que os que não têm estresse, levando em conta outros fatores de risco (CHANDOLA, BRUNNER, MARMOT, 2006).

Em um trabalho de revisão realizado por Ribeiro et al (2011), percebeu-se que altas demandas de trabalho causam estresse ao trabalhador e aumentam a necessidade e a vontade de comer, mas nas pessoas não obesas, essa necessidade não foi percebida.

Nesse mesmo trabalho de revisão encontrou-se que a prestação de serviços de qualquer natureza pode estar afetada, quando os trabalhadores

apresentam doenças crônicas e são obesos e quando estão estressados apresentam muitos problemas sociais no convívio com outros trabalhadores.

Por ultimo, Ribeiro et al (2011) concluem que nos estudos de 2000 a 2009 não revelaram uma relação significativa entre obesidade e estresse do trabalhador, porém nos trouxe uma lacuna a ser melhor investigada e sugerem delineamento mais rigorosos, com coleta de exames laboratoriais, peso, altura e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) do trabalhador.

2.4.3 Prática de exercícios físicos

A atividade física regular tem sido reconhecida por seus efeitos saudáveis nos praticantes. É possível relacioná-la a alterações positivas para combater ou prevenir o aparecimento de doenças diversas, tais como: doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, osteoporose, entre outras. Por esta razão o sedentarismo aparece como fator de risco para estas doenças (DUNCAN, et al., 1997).

Contudo, segundo Palma (2000), este modo de olhar a relação entre a atividade física e a saúde aponta para duas grandes inquietações. Por um lado, a visão estreita da saúde e por outro, a não identificação de grupos desprivilegiados. Ou seja, dependendo de que tipo de conceito que se tem de saúde pode ocorrer uma culpabilização do indivíduo frente ao aparecimento de doença que em ultima instancia poderia ser evitada.

O processo de prevenção é complexo e não podemos nos reduzir somente a perguntar se o trabalhador pratica ou não exercícios físicos, e sim, analisar outros fatores em torno do sedentarismo. Kaplan e Lynch (1999) comentam que pode ser preciso considerar as características da população alvo a ser estudada, pois observaram que mesmo em condições econômicas semelhantes, dois grupos podem ter hábitos de saúde e participação em programas de atividade física diferenciados.

Outro aspecto que não se pode esquecer, é que o trabalhador nos dias de hoje está com seu tempo reduzido para cuidar de si próprio. A revisão de Palma (2000) finaliza que a prática de atividade física apesar da clareza dos benefícios à saúde, está bastante associada ao estado sócio econômico e que programas voltados para a saúde devem levar isto em consideração.

2.4.4. Doenças associadas ao estresse

É provável que o estresse ocupacional contínuo seja um fator determinante de transtornos depressivos, síndrome metabólica, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes e a síndrome de *burnout* (LIMONGI-FRANÇA, RODRIGUES, 2005).

As situações ocupacionais inadequadas estão presentes nos locais de trabalho e têm gerado o adoecimento e suas consequências aos indivíduos a elas submetidos. As enfermidades consideradas emergentes, como o estresse, a depressão ou a ansiedade, assim como a violência no trabalho, o assédio e a intimidação são responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho, uma quarta parte dos quais implica em duas semanas ou mais de ausência laboral (COMISION LAS COMUNIDADES EUROPEAS, 2002; MUROFUSE, ABRANCHES, NAPOLEÃO, 2005).

As doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e asma estão entre as primeiras posições em termos de prevalência, morbidade e mortalidade. Essas doenças e seus tratamentos interferem nas condições de vida, trabalho e consumo da população gerando necessidades de atenção psicossociais, orgânico-funcional, com especial enfoque nas sobrecargas dos sistemas nervoso, endócrino e cardiovascular (IDE & CHAVES, 1992).

A hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial com alta prevalência e está frequentemente associada a outras doenças como a arteriosclerose, diabetes melitus e síndrome metabólica, conferindo a este

grupo alto risco cardiovascular (PIERIN, 2001; BRANDAO et al, 2002; SBC, 2006).

É um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo; é uma dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo é conduzido (BRASIL, 2006).

A diabetes mellitus, configura-se hoje como epidemia mundial, representando grande desafio para o sistema de saúde de todo o mundo (BRASIL, 2006). A prevalência do diabetes mellitus está aumentando por causa do crescimento e do envelhecimento da população mundial, maior urbanização, crescente prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevida do paciente diabético (ERBERLY et al., 2003).

Estima-se que, em 1995, a diabetes melitus atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará 5,4%. A maior parte desse aumento dar-se-a em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006b). No Brasil estima-se que 11% da população com idade igual ou superior a 40 anos, represente cerca de 5 milhões e meio de portadores (IBGE, 2005).

A diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. Acarreta custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. Representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BRASIL, 2006).

Não podemos deixar de complementar que no rol das doenças, os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho, embora apresentem alta prevalência na população trabalhadora, frequentemente deixam de ser avaliados como tal no momento da avaliação clínica devido principalmente às suas próprias características, regularmente mascarados por sintomas físicos, bem como a inerência à tarefa de definir-se claramente a associação entre tais distúrbios e o trabalho exercido pelo profissional (GLINA et al, 2001).

Apesar de não ser foco da pesquisa, nota-se um crescente número de publicações relacionando o trabalho como um fator de risco ou causa para comprometimento da saúde mental dos trabalhadores possibilitando o desenvolvimento de episódios depressivos (SELIGMANN-SILVA, 1995; MANETTI, 2009).

Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho têm um grande impacto não apenas na vida do indivíduo, mas para a sociedade como um todo. Para as empresas, esses eventos afetam o custo de produção e forçam a elevação dos preços de bens e serviços, interferindo no conjunto da economia. Oneram o Estado pela atenção à saúde que precisa prover aos trabalhadores afetados e pela ativação do sistema de previdência. Mas são as pessoas mais próximas do trabalhador acidentado ou doente que sofrem as principais consequências, pois as famílias acabam por assumir grande parte dos custos decorrentes de redução de renda, interrupção do emprego de familiares e gastos com acomodação no domicílio.

2.4.5 Auto-medicação de Psicotrópicos

Contraditoriamente, os profissionais de enfermagem para dedicar a sua profissão ficam expostos a situações que podem comprometer seu viver saudável, tornando-se mais suscetíveis às doenças, a depressões e ao cansaço. Muitas vezes eles recorrem à automedicação para solucionar seus problemas de saúde (EDITORIAL, 2001).

A automedicação é uma prática muito difundida no Brasil, cuja utilização é realizada sem a indicação e receita médica. Tal prática pode comprometer a saúde uma vez que, antes de sanar, tende a maximizar o problema ou trazer complicações indesejadas, ou seja, a automedicação pode mascarar a doença, podendo comprometer o diagnóstico e o tratamento precoce de uma doença mais grave. Além disso, é entendida como uma medida paliativa, não efetiva, pois minimiza os sinais e sintomas, mas não trata o problema que pode ressurgir potencializado. Soma-se, ainda, a esta atitude os riscos de intoxicação e reações alérgicas (BAGGIO E FORMAGGIO, 2009).

Com base nisso, entende-se a automedicação como uma forma errônea e arriscada de cuidar de si, na tentativa de aliviar ou tratar condições de doença percebidas pelo próprio indivíduo. No entanto, difunde-se nas mais variadas populações e está presente também, no cotidiano dos estudantes e profissionais de enfermagem, os quais, em tese, deveriam educar e orientar a população em geral, desestimulando a automedicação como modo de cuidar de si (RASSOL et al., 2006; DAMASCENO et al, 2007; ARAÚJO, ARAÚJO, BOCARDI, 1999; TOMASI et al, 2007; HOLTHAUSEN et al 2001).

Em estudos que avaliaram o índice da automedicação entre estudantes de cursos da área de saúde, a enfermagem apresenta resultados entre 72% e 91,2% (RASSOL et al, 2001; HOLTHAUSEN et al, 2001). Outra investigação com enfermeiros também encontrou prática de automedicação em 71% dos profissionais estudados (AVITRES E BEJARO, 2002). Tais dados são preocupantes e devem ser discutidos com vistas à responsabilidade dos profissionais que devem servir de modelo de autocuidado para seus clientes (TOMASI et al, 2007).

É imperativo assinalar ainda o risco de interação medicamentosa na prática da automedicação, que pode inativar, diminuir, prolongar ou potencializar o efeito de outros fármacos (EDITORIAL, 2001).

O estudo de Baggio e Formaggio (2009) com uma amostra de 12 profissionais da área de enfermagem, mostrou que a automedicação

praticada pelos profissionais da enfermagem visa a minimização do transtorno físico ou psíquico apresentado, sem, entretanto, assegurar a cura. Em geral, não buscam a adequada avaliação médica para tratar seus problemas de saúde.

Nesse mesmo estudo, os autores verificaram que os profissionais de saúde possuem conhecimento sobre as drogas disponíveis, seus efeitos e dispõem, via de regra, de acesso a elas facilitado, favorecendo a automedicação. Automedicam-se baseados em seus conhecimentos e prática, conforme suas necessidades. Destaca-se que a automedicação sem acompanhamento de um profissional médico pode tornar-se abusiva.

Em função do aumento e da facilidade do conhecimento obtido na faculdade e na profissão de enfermagem e da intenção do próprio cuidado pelo profissional, a automedicação é uma realidade que tende a aumentar (ARAÚJO, ARAÚJO, BOCARDI, 1999).

O uso, especialmente de drogas psicotrópicas pode ocasionar dependência farmacológica e, mesmo vivendo em condições favoráveis, o sujeito poderá recorrer às drogas para vencer a monotonia do cotidiano, combater a ansiedade, a depressão, a dor ou simplesmente para obter prazer.

No exercício da profissão, o trabalhador de enfermagem possui acesso a drogas psicotrópicas com facilidade, automedica-se e controla a quantidade da droga conforme seus próprios critérios. O acesso facilitado seria a disponibilidade em conseguir uma receita com um médico de suas relações interpessoais, sem, contudo manter o devido acompanhamento sobre o tratamento.

O profissional de enfermagem tem a facilidade de conseguir medicamentos não indicados por orientação médica, também, através de representantes de laboratórios que distribuem nas instituições de saúde vários tipos e formas farmacológicas como "amostras grátis". Essa atitude está por trás do *marketing* que incentiva o consumismo, dado o interesse

capitalista das indústrias farmacêuticas, sem importar-se, entretanto com a promoção da automedicação e os problemas que podem advir dela.

Portanto para a melhor compreensão da saúde do trabalhador há que se investigar, dados sobre automedicação, principalmente de psicotrópicos que podem levar o indivíduo ao abuso e dependência sem buscar as reais causas dos sintomas apresentados pelos trabalhadores de enfermagem que o fazem recorrer a automedicação.

2.4.6 Uso de Álcool e Estresse no trabalho

Na atualidade, o uso abusivo de álcool e outras drogas psicoativas constituem um problema social e uma grande questão de saúde pública que acomete também a população trabalhadora (NORMAN et al. 1994).

Através da história da humanidade e desde o surgimento do trabalho assalariado, encontram-se diversos exemplos em que a relação drogas-trabalho tem sido utilizada, fomentada, encoberta, tolerada e, inclusive, perseguida e castigada. Exemplo disso foi a Revolução Industrial na Inglaterra em que se tolerava o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos trabalhadores, com o objetivo de que resistissem mais tempo no desempenho das suas atividades nas linhas de produção (GATELY, 2008).

O consumo de drogas por trabalhadores engloba as drogas lícitas e ilícitas. O álcool, porém, tem sido descrito como a principal droga em termos de consumo e efeitos nocivos nos quadros de abuso e dependência. Sabe-se que o trabalhador que faz uso abusivo de drogas tem mais chances de ter problemas no ambiente de trabalho (BRASIL, 2011).

O uso de álcool está relacionado há uma grande variedade de doenças, transtornos e danos, assim como a problemas sociais e legais. É a causa principal de câncer de boca, esôfago, laringe. Cirrose hepática e pancreatite geralmente são resultados de uso abusivo de álcool por um período longo. O álcool causa prejuízos para o feto em mulheres grávidas. Além disto, alguns outros problemas de saúde mais comuns como hipertensão arterial, gastrite, diabetes, alguns tipos de derrame, assim como

problemas emocionais como depressão, podem ser agravados pelo uso de álcool, mesmo que seja de forma ocasional ou por um curto período. O uso excessivo de álcool também pode ocasionar problemas automobilísticos (com risco para quem dirige e para o pedestre), quedas e prejuízos na vida laboral (AUDIT, 2003).

Há poucos estudos nacionais que abordam essa associação de uso de álcool e estresse no trabalho. No trabalho de revisão de quatro artigos de uma base de dados internacionais, encontrou-se que independente do trabalho exercido a maioria dos trabalhadores consumia de álcool e que há presença do estresse nas mais diversas profissões. Os autores finalizam que o ambiente de trabalho pode ser um local rico para atividades de prevenção ao uso de substâncias psicoativas (RIBALDO, LOPES, SILVA, 2010).

Em uma pesquisa nacional de Lopes, Ribaldo e Silva (2010), obtiveram-se como resultado uma relação entre o uso de álcool e o controle exercido pelo sujeito no ambiente de trabalho, de modo que quanto maior for a falta de controle do sujeito, e conseqüentemente maior estresse, maior a pontuação encontrada para o uso de álcool.

Soma-se a esses achados, o trabalho de Seligmann-Silva (2003) em que quadros depressivos do trabalho muitas vezes não são típicos e podem assumir formas diferenciadas, como expressões somáticas de mal-estar e doenças, acidentes de trabalho, alcoolismo e absenteísmo.

2.4.7. Tabaco e Stress

O tabagismo é um problema mundial de saúde pública, associado a altas taxas de morbimortalidade (CASTRO et al., 2008). Atualmente é reconhecido como uma dependência química e desde 1997 está classificada no grupo de Transtornos Mentais e Comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas da CID-10.

Inúmeras investigações já demonstraram a associação do tabagismo com certas doenças, no entanto, embora esse fator de risco possa ser eliminado, os serviços de saúde não têm conseguido fazer as pessoas

abandonar o tabagismo, o que reflete a dificuldade que as pessoas enfrentam para parar de fumar (ECHER, 2006).

A dependência da nicotina conta com três componentes: (1) dependência física, responsável por sintomas de síndrome de abstinência; (2) dependência psicológica, responsável pela sensação de ter no cigarro um apoio ou um mecanismo para lidar com sentimentos de solidão, frustração, pressões sociais; (3) condicionamento, representado por hábitos associados a fumar, presentes na vida diária. O grau de dependência à nicotina influencia na maior ou menor dificuldade de abandonar o vício (ECHER, 2006).

Segundo a OMS, o tabaco em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, bronquite, enfisema e câncer – incluindo os cânceres de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero (WHO, 2004).

Além das consequências negativas relacionadas com a saúde, o tabagismo provoca enormes custos sociais, econômicos e ambientais. Em todas as idades, o custo médio com cuidados à saúde de fumantes supera o de não fumantes (OLIVEIRA, 2008).

Além disso, segundo a literatura, o alcoolismo ou seu consumo abusivo é preditor de consumo persistente e aumentado de cigarros (LEMOS E GIGLIOTTI, 2007; CALHEIROS, OLIVEIRA, ANDRETTA, 2006).

Segundo Medeiros (2010) acredita-se que o ato de fumar possa afastar momentaneamente alguma situação estressante, distraindo o indivíduo de seus problemas. As características psicológicas individuais são determinantes na iniciação e manutenção da dependência ao tabaco e, por isso, o conhecimento da saúde mental/emocional dos tabagistas faz-se necessário para a criação de programas de saúde voltados ao seu cuidado.

2.5 Senso de Coerência de Antonovsky

Nesse estudo optou-se para avaliar a capacidade de enfrentamento ao estresse, o Senso de Coerência de Antonovsky. O senso de coerência é o constructo chave da Teoria Salutogênica e propõe-se 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 e outros não conseguiram se recuperar? Por meio de entrevistas detalhadas sobre as experiências desses indivíduos ele chegou a formulação do constructo senso de coerência (ANTONOVSKY, 1987; 1993).

Antonovsky criou o Modelo Salutogênico e introduziu um conceito central para este modelo – o senso de coerência (SC), o qual foi formulado em 1979. O SC é um fenômeno abstrato descrito pelos indivíduos e “Salutogênesis” é o estudo de como e porque as pessoas permanecem bem mesmo sob situações desfavoráveis e estressantes. No Modelo Salutogênico a classificação dicotômica “saúde-doença” 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). 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*.

Não se trata de uma abordagem contrária à abordagem clássica que os profissionais de 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 focar apenas a etiologia de uma dada doença e passa-se a investigar a história completa do ser humano, incluindo sua doença. O enfoque são os recursos de *coping* (ANTONOVSKY, 1979;1987).

Para Antonovsky (1987) os estressores são onipresentes na vida humana e suas consequências sob o indivíduo não são tidas como necessariamente patogênica. O autor acredita que o aparecimento das doenças não seria causado pelo estresse e sim pela falência de manejá-los.

Segundo o referido autor, a predominância da abordagem patogênica no modelo biomédico acentua a anormalidade funcional, caminhando para a investigação do que leva ao aparecimento das doenças e não à manutenção da saúde.

Assim, 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 indivíduo 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 estado de estresse, ou seja, o estresse é o estado de resposta do organismo frente às tensões/estressores.

Recursos generalizados de resistência: variáveis relacionadas ao indivíduo, grupo social e meio ambiente que podem facilitar o manejo efetivo das tensões, sendo advindos das experiências vividas pelo indivíduo e incluem: recursos materiais (dinheiro, alimentação, moradia), conhecimento e inteligência, autoconhecimento, estratégia de enfrentamento racional e flexível, apoio social, coesão e comprometimento com 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 indivíduos.

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 do indivíduo. 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 como um potencial que pode ser ativado quando for necessário para lidar com estados de tensão.

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

- influência direta sobre os diferentes sistemas orgânicos; uma vez que o SC afetaria o raciocínio do indivíduo 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.
- mobilização de recursos existentes levando à redução do estresse e assim afetando indiretamente os sistemas fisiológicos;
- pessoas com 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 sua inserção nessa linha pode ser avaliada pela presença de sintomas, 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.

2.5.1 Os componentes do Senso de Coerência

Senso de Coerência é definido por Antonovsky (1979; 1987), 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 externos são estruturados, previsíveis e explicáveis (compreensão); os recursos estão disponíveis para que ela possa satisfazer as demandas impostas por estes estímulos (manejo) e estas demandas são mudanças merecedoras de investimentos e engajamento (significância). Portanto, compreensão, manejo e significância seriam os componentes do constructo senso de coerência.

Compreensão se refere ao quanto o indivíduo percebe que os seus desafios são claros, consistentes, estruturados, ou seja, tem sentido cognitivo para ele. 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. Exemplo seria a morte de um familiar, estímulo embora não desejável, ocorre e faz sentido (ANTONOVSKY, 1987).

O manejo é a extensão pelo qual a pessoa percebe que os recursos para enfrentar os estímulos estão disponíveis e ela conseguirá satisfazer as demandas impostas por esses estímulos. Os recursos podem pertencer ou estar no próprio indivíduo ou em outras pessoas, como conjugue, amigos, profissionais da saúde ou entidades divinas e o sujeito sente que poderá contar com esses recursos quando tiver necessidade. O indivíduo 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 precisos 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, 1987).

Antonovsky (1987) defende a idéia de que o SC é uma orientação global, voltada para a ação mais do que a resposta a uma situação específica. Trata-se de uma maneira de 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 permitiram que eles elaborassem uma imagem do mundo como sendo mais ou menos compreensível, manejável e significativa. Enfatiza que nessa idade, normalmente, o ser humano já completou 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 raras e quando ocorressem se justificariam pela experiência do homem frente a um novo padrão de vida. É importante clarificar que nessa discussão o autor leva em consideração uma pessoa com elevado SC.

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. Além disso, há evidências em outros estudos psicossociais os quais sugerem que não existe estabilidade para característica de personalidade como pode ser o SC (DANTAS, 2007).

Ainda não há um consenso sobre o que realmente se avalia quando se mede o SC de uma pessoa. 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 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 SC e sua associação com diversas variáveis como sexo, idade, escolaridade, classe social, ocupação, qualidade de vida relacionado à saúde e variações individuais entre outras (DANTAS, 2007; DRAGESSET ET AL, 2008). O senso de coerência já foi avaliado entre profissionais de enfermagem (TSELEBIS, MOULOU, ILIAS, 2001; LEINO-LOISON ET AL, 2004; SCHMIDT, 2009).

O estudo de Brito (2006) identificou que em geral os enfermeiros psiquiátricos não viam seu trabalho como estressor, sugerindo talvez uma maior habilidade para lidar com situações geradoras de estresse, porém o SC não foi avaliado nesse estudo. Aliado a esse trabalho e na necessidade de melhor compreender esse processo levou à eleição da investigação do SC como forma de avaliação da capacidade de enfrentamento dos profissionais de enfermagem, podendo assim contribuir com o desenvolvimento de estratégias que possam melhorar o ambiente de trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica.

3. JUSTIFICATIVA

Julga-se que este estudo seja relevante tanto pela necessidade de avaliar o estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem lotados em áreas específicas da enfermagem psiquiátrica e saúde mental, quanto pela carência de estudos que elucidem associações entre as variáveis aqui apontadas e características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem.

Espera-se estabelecer um diagnóstico da situação dos trabalhadores de enfermagem no campo da psiquiatria e saúde mental em seu ambiente de trabalho, podendo assim favorecer o gerenciamento dos recursos humanos, a comparação das várias unidades entre si, a detecção de problemas relacionados ao ambiente laboral e aos trabalhadores e subsidiar programas de saúde mental do trabalhador, a educação contínua e o gerenciamento do estresse.

A constatação de senso de coerência nos trabalhadores proporcionaria ainda investimentos nas propostas de Antonovsky para a promoção da saúde mental do trabalhador. Evidenciaremos também avaliando os profissionais de nível médio separadamente, o modo que os enfermeiros têm supervisionado e orientado esses trabalhadores de enfermagem, trazendo assim, contribuição para nortear a educação continuada da equipe de enfermagem.

Para finalizar, reitera-se que faz necessário cuidar de quem cuida e lida com a assistência psiquiátrica, seja a enfermeira e toda equipe, pois no contexto organizacional, a presença de trabalhadores estressados provoca o desenvolvimento das atividades com ineficiência, comunicação deficitária, desorganização do trabalho, insatisfação e diminuição da produtividade, o que trará consequências para toda a equipe na assistência prestada aos portadores de transtorno mental. Acredita-se ainda que a melhora na qualidade da assistência de enfermagem psiquiátrica justifica todo o investimento que esse estudo propõe.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Identificar características sócio-demográficas, características profissionais, aspectos de saúde física, presença de estresse ocupacional e o senso de coerência entre os profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental.

4.2 Específicos

Avaliar as associações entre as medidas de estresse ocupacional, características sócio-demográficas, características profissionais, aspectos de saúde física e senso de coerência entre profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica.

Testar se há diferenças entre os níveis de estresse, senso de coerência e aspectos de saúde física nos diferentes níveis profissionais de enfermagem, após o controle das demais variáveis.

5. HIPÓTESES

Ante o exposto, como enfermeira e diante da nossa experiência profissional, buscaremos testar as seguintes hipóteses:

H₁. As características sócio demográficas, características profissionais, aspectos de saúde física e senso de coerência entre os profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica estão associadas com maior estresse ocupacional.

H₂. O senso de coerência irá associar aos indivíduos que não estão expostos ao estresse ocupacional.

H₃. Auxiliares e técnicos de enfermagem, considerados linhas de frente na assistência psiquiátrica e de saúde mental, apresentam resultados diferentes de estresse ocupacional, saúde física e senso de coerência em relação aos enfermeiros.

H₄. Os problemas de saúde física estarão presentes nos profissionais com estresse ocupacional.

6. MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Delineamento do Estudo

Esse estudo é do tipo observacional, descritivo e correlacional, tipo corte transversal, com abordagem quantitativa dos dados. 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).

6.2 Local da pesquisa

Para o presente estudo, foi escolhida a cidade de Ribeirão Preto do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS-XIII) por concentrar na mesma cidade todos os equipamentos de assistência à saúde mental disponíveis pelo SUS à população. Para tanto, discorre-se a seguir sobre a DRS-XIII, o município de Ribeirão Preto e os equipamentos disponíveis para a assistência em saúde mental.

6.2.1 Departamento Regional de Saúde XIII de Ribeirão Preto

6.2.2 Localização e Área de Abrangência

O DRS XIII está localizado na região nordeste do Estado de São Paulo e é formado por 26 municípios, abrangendo uma população de 1.327.949 habitantes, tendo como município sede a cidade de Ribeirão Preto, maior município da região, com 604.682 habitantes (IBGE, 2010), que corresponde, aproximadamente, a 45% da população total do DRS XIII.

O segundo maior município, em número de habitantes é Sertãozinho, com 110.074 habitantes, em seguida vem Jaboticabal e Batatais com

71.662 e 56.476 habitantes, respectivamente. Os demais 22 municípios apresentam população abaixo de 50.000 (IBGE, 2010).

Atualmente, o DRS XIII é composto por três micro-regiões: micro-região A – “Horizonte Verde”, a micro-região B “Aquífero Guarani” e micro-região C “Vale da Cachoeiras”. O município de Ribeirão Preto integra a micro região B “Aqüífero Guarani”, composta por municípios, que concentram 816.948 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A seguir segue uma tabela com a população da DRS XIII por município.

Tabela 1 – População do DRS XIII, por município, ano 2011.

Municípios	População
Altinópolis	15.607
Barrinha	28.496
Batatais	56.476
Brodowski	21.107
Municípios	População
Cajuru	23.331
Cássia dos Coqueiros	2.634
Cravinhos	31.691
Dumont	8.143
Guariba	35.486
Guataporã	6.966
Jaboticabal	71.662
Jardinópolis	37.661
Luís Antônio	11.286
Monte Alto	46.642
Pitangueiras	35.307
Pontal	40.244

Continua

Continuação

Pradópolis	17.377
Ribeirão Preto	604.682
Santa Cruz da Esperança	1.953
Santa Rita do Passa Quatro	26.478
Santa Rosa de Viterbo	23.862
Santo Antônio da Alegria	6.304
São Simão	14.346
Serra Azul	11.256
Serrana	38.878
Sertãozinho	110.074
Total	1.327.949

Fonte: IBGE 2010

6.2.3 Dados Econômicos Regionais

Com referencia à economia e à renda destaca-se o município sede da regional, Ribeirão Preto, que se constitui num pólo de atração das atividades comerciais e de prestação de serviços, cuja área de influência extrapola os limites da própria região de governo, estendendo-se para as regiões de Franca, Barretos, Araraquara, São João da Boa Vista e outras do próprio Estado e de outros Estados (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Deve-se destacar a força da agroindústria, que está muito relacionada ao desempenho do setor primário. A região é a maior produtora mundial de açúcar e álcool; e as usinas representam uma das suas principais atividades econômicas. São 21 usinas que empregam, em torno de 8.000 trabalhadores, fator que estimula o desenvolvimento de outros setores, como exemplo, o de máquinas agrícolas e equipamentos para usinas (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Além das usinas, fazem-se presentes na região, várias indústrias de suco de laranja, beneficiadoras de café, soja, amendoim, indústrias alimentícias, indústria de ração, fertilizantes, dentre outras, ou seja, existe

um amplo complexo agro-industrial na região. Observa-se, também, a presença de outros setores industriais relevantes: o de equipamentos médicos odontológicos e farmacêuticos em Ribeirão Preto, o setor calçadista em Franca, o setor metal-mecânico em Sertãozinho, Matão, Araraquara e São Carlos (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A região possui um dos principais centros universitários e de pesquisa do Estado e do País, com destaque para as áreas das ciências da saúde em Ribeirão Preto, engenharia em São Carlos, agronomia e veterinária em Jaboticabal, zootecnia e engenharia de alimentos em Pirassununga, consolidando-se como um dos principais pólos de geração de tecnologia e mão de obra qualificada do país (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

6.2.4 Índices de qualidade de vida da população

O município de Ribeirão Preto apresenta um IDH de 0,855 estando em 6º lugar no *ranking* do Estado (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Com relação aos municípios que integram o DRS XIII, apenas 7 estão situados entre os 100 primeiros lugares do estado; 13 apresentam IDH abaixo de 0,8 (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

6.2.5 Atenção à Saúde Hospitalar

Ribeirão Preto é conhecida nacionalmente como grande centro de saúde. Sua rede de saúde desponta como uma das mais importantes e desenvolvidas do país. São 20 unidades de atendimento hospitalar, 35 unidades de saúde, um grande número de farmácias e clínicas, entre outros (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Integram a rede de saúde de Ribeirão Preto, as faculdades da Universidade de São Paulo, da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), do Centro Universitário Barão de Mauá, do Centro Universitário Moura Lacerda e da Universidade Paulista (UNIP) (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Já na DRS XIII, das 26 cidades 11 tem hospitais gerais, sendo elas: Monte Alto, Pitangueiras, Guariba, Pontal, Sertãozinho, Batatais, Serrana, Altinópolis, São Simão, Santa Rosa do Viterbo e Santa Rita do Passa Quatro.

6.2.6 Atenção à Saúde Mental

Para ilustrar e posterior descrição, segue um mapa que mostra as 3 micro-regiões da DRS XIII juntamente com os equipamentos de assistência psiquiátrica e saúde mental desta DRS disponibilizada para a população no ano de 2011.

**Figura 2- DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO - - DRS
XIII - REGIONALIZAÇÃO - 2011**

Conforme se pode observar, em toda a região abrangida pelo DRS XIII, há 23 ambulatorios de saúde mental, sendo apenas um voltado para o atendimento a crianças e adolescentes (em Ribeirão Preto). Em relação a serviços especializados, do tipo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), encontramos um CAPS-III e um CAPS-ad-III (Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas do tipo III) de abrangência regional em Santa Rita do Passa Quatro e três CAPS-I, em Monte Alto, Jaboticabal e Batatais. Em Ribeirão Preto, funcionam três CAPS (um CAPS-II, um CAPS-ad e um CAPS-III).

Em relação aos leitos de internação psiquiátrica hospitalar, temos 468 (quatrocentos e sessenta e oito) dos quais 320 (trezentos e vinte) ocupados por pacientes crônicos moradores, portanto, não disponíveis para internação aguda. Para este tipo de internação temos 148 (cento e quarenta e oito), sendo 90 (noventa) no hospital Santa Tereza, 30 (trinta) no CAIS de Santa Rita do Passa Quatro, e 28 (vinte e oito) no Hospital das clínicas de Ribeirão Preto.

Quanto aos hospitais psiquiátricos, há na DRS XIII o Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto e o CAIS de Santa Rita do Passa Quatro.

Os municípios de Guatapar e Serra Azul possuem poucos profissionais de Saúde Mental na Atenção Básica. Já os municípios de Santa Cruz da Esperança, Cássia dos Coqueiros e Dumont, atualmente, não possuem qualquer tipo de equipamento para assistência a pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos em geral.

Cabe salientar que apesar da descrição do serviço nos municípios, não significa que o mesmo funcione com efetividade, pois há serviços com precariedade de recursos humanos. Exemplo são cidades pequenas que apresentam dificuldade de fixar médicos psiquiatras.

6.2.7 Locais do estudo

Assim, o estudo foi desenvolvido nos diferentes locais de assistência psiquiátrica da cidade de Ribeirão Preto-SP. A seguir são listados as instituições participantes do estudo:

- CAPS-ad.
- CAPS-II - Prof. Dr. Claudio Roberto C. Rodrigues.
- CAPS-III.
- Enfermarias Psiquiátricas do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.
- Hospital-Dia.
- Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto.

Os seguintes serviços não autorizaram a coleta de dados:

- Ambulatório de Saúde Mental – Dr. Manoel dos Santos Gabarra.
- Ambulatório de Saúde Mental – Dr. Nelson Okano – Distrito Central.
- Ambulatório Regional de Saúde Mental – Dr. Guido Hetem.

O Serviço de Urgência Psiquiátrica da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto não entrou no estudo por se tratar de unidade de urgência e emergência em que os profissionais de enfermagem a depender da necessidade assistem diversas especialidades médicas.

Já os serviços ambulatoriais de clínica psiquiátrica que funcionam desde 1996 dentro do HCRP-USP não podem ser considerados, pois a assistência de enfermagem nesses locais não é exclusiva, ou seja, a equipe de enfermagem atende pacientes oriundos de várias especialidades, não sendo exclusivos da psiquiatria.

A seguir, descrevem-se características dos locais participantes da pesquisa:

- CAPS-ad

Trata-se de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, tipo II, de assistência especializada para usuários de álcool e/ou outras drogas. Inaugurado em 1996 para atendimento ao SUS, oferece desde a assistência

intensiva (semi internação) a não intensiva (ambulatorial) aos usuários de todas as faixas etárias de ambos os sexos.

A instituição funciona de segunda a quinta feira, das 7:00hs às 21:00hs e sexta feira das 7:00hs até às 17:00hs.

O tratamento inicia-se nos Grupos de Acolhimento oferecidos aos usuários e às suas famílias. A partir disto, cada indivíduo será convidado a um programa terapêutico individualizado que pode incluir: oficinas (de Expressão Artística, Literária, Relaxamento, Música, Jornal-Vivo, Contos, Expressão Corporal, Culinária, Vídeo, Teatro, Dança), Esportes, Grupos de Prevenção em DST/AIDS e Sexualidade, Terapia Ocupacional, Psicoterapia (de grupo e individual), Grupo para reflexão sobre Cidadania, Atendimentos familiares e Consultas psiquiátricas.

A equipe técnica é formada por médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, professor de educação física, secretária e auxiliares de enfermagem, treinados e capacitados para atender este tipo de clientela. Atendem crianças, adolescentes e adultos dependentes de álcool e drogas, em média, 60 por dia. Há 5000 clientes cadastrados.

Dentre as atividades desenvolvidas que a Enfermagem participa, estão os grupos de acolhimento, grupo intermediário (em que o cliente elabora melhor este uso e se responsabilizam por ele), grupos terapêuticos, atividades diárias, assembléias, elaboração individual e discussão em grupo de Projetos Terapêuticos (de acordo com a necessidade e especificidades de cada cliente), recreação musical, jogos, grupos com as famílias, atividades físicas e oficinas.

- CAPS-II - Prof. Dr. Cláudio Roberto C. Rodrigues.

O Centro de Atenção Psicossocial, tipo II, foi fundado em 1995. Funciona de segunda a sexta feira das 8:00hs às 17:00hs. Atende o distrito

central do município de Ribeirão Preto que possui cerca de 120.000 habitantes. Em média, são 20 a 40 clientes por dia.

Possui equipe multiprofissional em saúde mental para usuários a partir de 18 anos em regime de semi-internação, residentes no distrito central, encaminhados do Ambulatório do Distrito Central, Hospital Santa Tereza e do Hospital das Clínicas.

- CAPS-III.

Trata-se de Centro de Atenção Psicossocial do tipo III, com 5 leitos de internação para atendimento ao sistema único de saúde. Apresenta taxa média geral de ocupação dos leitos próxima ao 100%. Realiza semi-internação, internação integral, atendimento de urgência e atendimento ambulatorial para pacientes psiquiátricos adultos. Em média são 15 atendimentos ambulatoriais por dia da semana e em média 9 pacientes em regime de semi-internação.

Para assistência de maior complexidade clínica e/ou psiquiátrica, são referências a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto- SP, Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto-SP e CAIS de Santa Rita do Passa Quatro – SP.

- Enfermarias Psiquiátricas do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP).

A partir da década de 80 do século XX, no contexto da reforma psiquiátrica surgem as enfermarias psiquiátricas instaladas em hospitais gerais.

A enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, localiza-se no 3º andar do hospital e é dividida em duas alas: A e B, sendo esta última, chamada de Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve (inaugurada em 2000).

A população atendida na unidade constitui-se de pacientes com transtornos psiquiátricos pertencentes à DRS- XIII, sendo a ala B de pacientes em crises agudas, com tempo previsto de internação de 7 a 10 dias e ala A de pacientes com necessidade de período longos de internação (média de 120 dias). O serviço admite pacientes maiores de 12 anos, de ambos os sexos.

Na ala A os pacientes atendidos aqui apresentam muitas comorbidades clínicas e são refratário graves ao tratamento medicamentoso e com indicação para eletroconvulsoterapia.

A atuação terapêutica é realizada por uma equipe multiprofissional trabalhando interdisciplinarmente.

Atividades desenvolvidas: Grupo Operativo, Grupo de Terapia Ocupacional, atividades livres sempre com a participação de um representante de cada função. Paralelo a isso, há discussão de casos, acompanhamento da evolução terapêutica, reunião de equipe onde são decididas altas licença e preparação para altas definitivas.

A assistência de enfermagem é feita de forma integral e ininterrupta, são realizados cuidados com a higiene, observação biopsicossocial sistemática do paciente, administração de medicamentos, promoção de segurança e relacionamentos interpessoais adaptados, assim como educação e orientações para paciente e família. O objetivo da unidade é reduzir a gravidade de um distúrbio e sua reabilitação psicossocial.

Um dos pontos chaves da assistência no HCRP é a possibilidade contínua de eletroconvulsoterapia (ECT). O tratamento é feito 3 vezes por semana. O período varia de acordo com os resultados obtidos e com a natureza do distúrbio tratado. Podem durar 12 sessões, com manutenção posterior de aplicações mensais e bimestrais sem interrupções do tratamento.

A enfermagem auxilia na rotina da ECT, dando apoio antes, durante e após o tratamento ao paciente, médicos e familiares. As intervenções

importantes incluem garantir a segurança do cliente, controlar sua ansiedade e proporcionar a ele orientação adequada.

A enfermaria psiquiátrica ala B do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, destina-se 8 leitos, mais 1 para atendimento particular, ambos para internações psiquiátricas. A enfermaria é conhecida por EPIB, enfermaria psiquiátrica de internação breve.

A internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível.

A internação do paciente no hospital visa proporcionar-lhe tratamento médico de todas as especialidades e assistência de enfermagem permanente, sempre por indicação médica. A EPIB atende pacientes pertencentes à DRS XIII em crise aguda que necessitam de internação curta duração em hospital geral até seu encaminhamento para outros serviços da rede pública de saúde mental ou alta hospitalar. Esses pacientes geralmente apresentam história de rápida resposta terapêutica ou necessidade de melhor avaliação para definição diagnóstica. O serviço não dispõe de critérios excludentes de admissão, admitindo pacientes maiores de 12 anos, de ambos os sexos. O tempo previsto para a internação nesta unidade é de 7 a 10 dias.

A assistência de enfermagem é feita de forma integral e ininterrupta, são realizados cuidados com a higiene, observação biopsicossocial sistemática do paciente, administração de medicamentos, promoção de segurança e relacionamentos interpessoais adaptados, assim como educação e orientações para paciente e família.

- Hospital-Dia

O HD do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo se localiza no prédio da Saúde Mental e

se enquadra a proposta de ser um serviço menos restritivo que hospitalização integral e mais protetora que os tratamentos ambulatoriais (JUNQUEIRA, 2009). Esta instituição tem como características: diagnosticar e tratar sintomas atuais, oferecer reabilitação psicossocial promovendo um melhor ajuste do paciente com ele mesmo, com a família e com a comunidade. Desde 1974, o HD trata de 16 pacientes adultos, maiores de 16 anos, de ambos os sexos, de segunda à sexta-feira, das 7:30hs as 16:00hs, caracterizando uma assistência diária e intensiva (CONTEL, 2000). O tratamento oferecido geralmente pode ultrapassar três meses, porém o tempo médio é em torno de 45 a 60 dias.

Também recebem clientes pós-alta para acompanhamento em grupos.

Os pacientes, independente do diagnóstico, participam de diversas atividades propostas no cronograma semanal da instituição, tais como: Psicoterapia de Grupo, Atividade Física e Banho, Grupo de Teatro, Grupo de Terapia Ocupacional, Reunião Comunitária, Reunião de Recepção e Despedida/Educação e Saúde, Reunião da Comissão de Recreação, Reunião Familiar geral e Específica, Oficina de História, Atividade de Psicoeducação e Relaxamento. As atividades de seguimento são abertas para participação dos pacientes internados e de pós-alta, como: Grupo de Depressão, Grupo de Borderline e Grupo de Bipolar. Os pacientes ainda podem participar de eventos: Recreação Livre, Lanche Especial, Passeios, Comemorações de Aniversários, Carnaval, Páscoa, Festa Junina, Festa da Primavera, Natal, dentre outras.

- Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto.

A partir de 23 de março de 2000, pelo Decreto nº 44.786 (D. O., 2000) altera-se a denominação do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto para Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP). Este mesmo decreto dispõe, ainda, sobre sua reorganização e dá providências correlatadas.

Em 2001, efetiva-se a reorganização em 5 níveis hierárquicos de gerenciamentos diretamente ligados ao diretor do Hospital (Diretor Técnico do Departamento de Saúde) denominados Gerencia de Atenção Integral a Saúde (GAIS).

A missão do HSTRP é promover a melhoria contínua da saúde mental da população de Ribeirão Preto e região, de acordo com os princípios do SUS, prestando atendimento humanizado e de qualidade.

Trata-se de Hospital Psiquiátrico que conta atualmente com 200 leitos distribuídos nas seguintes unidades: unidade de agudos geral, unidade de atenção psicossocial, unidades de dependentes químicos, unidade de acolhimento e primeiras internações, GAIS IV (república, núcleo, vila terapêutica), GAIS V e vivenda. Os setores de agudos feminino, masculino e dependentes químicos fazem, parte, respectivamente, dos gerenciamentos GAIS I e II. Cada setor tem sua equipe multiprofissional.

A taxa média de ocupação dos leitos de internação é de 89,80%.

6.3 Participantes

Para participação do estudo os trabalhadores de enfermagem deverão abranger os seguintes critérios de inclusão: pertencer ao quadro de funcionários do serviço de psiquiatria e saúde mental dos locais participantes e autorizados do estudo.

Segundo dados da DRS-XIII, cada equipamento de saúde mental de Ribeirão Preto contam com os seguintes números de equipe técnica atualmente (informações coletadas em junho de 2011); estão destacados ainda os equipamentos que participaram do estudo.

Tabela 2 – Equipe técnica segundo cada serviço de saúde mental do município de Ribeirão Preto – SP, junho de 2011.

Unidade	Psicólogo	Psiquiatra	Ass. Social	Enfermeiro	Aux/Tec. Enfermagem	Ter. Ocupacional	Farmacêutico
Ambulatório de Saúde Mental – Dr. Guido Hetem	2	9	2	2	3	1	2
CAPS-ad	5	1	2	2	2	3	0
Ambulatório Distrito Central	1	4	1	2	3	0	1
CAPS-II	1	2	1	2	2	1	0
Ambulatório de Saúde Mental – Dr. Manoel Santos Gabarra	1	4	-	1	1	-	1
CAPS-III	1	7	1	8	18	1	0
HCRP – Campus	1	6	1	11	25	0	0
HCRP – U.E	0	3	0	5	11	0	0
HCRP – Ambulatório	2	8	1	1	4	0	0
Hospital – Dia	1	2	1	2	3	1	0
Hospital Santa Teresa	12	12	12	16	193	11	2
Total				51	265		

A amostra apresentada do estudo foi de conveniência. Foi intuito no projeto do estudo averiguar todos os profissionais de enfermagem que atuam na assistência de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental do município de Ribeirão Preto – SP, porém, só foi possível a realização nos locais em que foram autorizados pelos gerentes dos serviços. No entanto, julgamos que há uma representatividade, pois dos 51 enfermeiros, 32 participaram da pesquisa (63%); Entre os profissionais de nível médio de enfermagem, dos 265 atuantes no mês de junho de 2011, 131 participaram da pesquisa (49%).

Quando se pretende avaliar a representatividade por serviço que autorizaram o estudo, encontramos os seguintes achados que justificam a representatividade da amostra do estudo:

- CAPS (II, III e ad): 42% dos enfermeiros e 41% dos profissionais de nível médio participaram do estudo.
- HCRP: 91% dos enfermeiros e 80% dos profissionais de nível médio participaram do estudo.
- Hospital-dia: 100% dos enfermeiros e profissionais de nível médio participaram da pesquisa.
- HSTRP: 94% dos enfermeiros e 51% dos profissionais de nível médio participaram do estudo.

6.4 Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão da Universidade de São Paulo e aprovado de acordo com o Processo HCRP nº 12893/2010 (Anexo 1).

6.5 Procedimento para coleta de dados

6.5.1 Piloto

Um estudo piloto foi realizado com o objetivo de verificar se todos os instrumentos são compreensíveis para todos os membros da população à qual os instrumentos se destinam; verificar outras possíveis dificuldades no preenchimento dos instrumentos, se haveria necessidade de inclusão ou exclusão de alguma questão, testar a coleta, procedimentos, forma de abordagem e devolução destes questionários.

O piloto foi realizado em julho de 2011 em que 25 profissionais de enfermagem (11 enfermeiros e 14 profissionais de enfermagem do nível técnico) lotados no Centro de Terapia Intensiva Adulto do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – Campi participaram do estudo.

Foi solicitada autorização para a Chefia de enfermagem do local. Os trabalhadores foram orientados pela pesquisadora e entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) e o questionário contendo todos os instrumentos propostos nessa pesquisa.

Para o piloto foi estipulado 25 participantes, havendo um retorno de 100% dos instrumentos respondidos.

Em relação ao piloto, verificou-se compreensão de todos os questionários. O QSCA foi o que mais exigiu algumas orientações (n=5, 20%), porém com orientações simples houve entendimento de como respondê-lo. Para o retorno dos 25 cadernos de respostas dos voluntários, a coleta de dados do piloto durou 21 dias. A duração para responder o questionário ficou entre 15 a 20 minutos, quando os voluntários optavam e tinham tempo disponível para responder na presença da pesquisadora. Porém, a grande maioria solicitava um tempo para preenchê-lo com posterior devolução no próximo plantão do funcionário. Portanto para a coleta de dados foi optado uma maior flexibilização das opções de preenchimento e entrega.

Para a garantia de anonimato, os voluntários do piloto foram orientados a entregar os questionários em mãos para a pesquisadora. Não foi necessária a

retirada ou inserção de novas perguntas. A abordagem foi feita de modo direta, pesquisador-voluntário, contribuindo para a colaboração dos voluntários. A cada dois dias em média, a pesquisadora dirigia-se ao local de trabalho para recolhimento dos questionários. Por ter sido um local de trabalho anterior da pesquisadora, pode-se ter contribuído para o retorno de 100% dos questionários.

6.5.2 Coleta de Dados

Os dados para o projeto tiveram sua coleta iniciada em agosto de 2011, por meio de questionários (Apêndice 2) e o TCLE entregues em mãos pela pesquisadora. O mês de agosto foi escolhido por ser o mês em que há o menor número de trabalhadores em período de férias. Para garantir o anonimato, não havia nos questionários identificação por nome. Nas sete instituições que permitiram a coleta de dados havia um total de 299 profissionais de enfermagem, sendo 46 enfermeiros e 253 profissionais de enfermagem do nível técnico. Os questionários preenchidos eram entregues à pesquisadora no local de trabalho. O prazo máximo de devolução foi fixado em 20 dias.

Houve a distribuição de em torno de 220 questionários, no entanto pela estratégia adotada, muitos se esqueciam de trazê-lo ou adiavam sua entrega.

Para as variáveis peso, estatura, presença de diabetes melitus e hipertensão arterial sistêmica foram utilizadas informações autorreferidas.

O peso e a estatura autorreferidos têm sido utilizados em estudos epidemiológicos, principalmente para favorecer a economia de recursos e a simplificação do trabalho de campo (FONSECA et al, 2004). De acordo com os resultados de alguns estudos, trata-se de indicadores válidos, com níveis aceitáveis de validade, até mesmo entre os obesos (que poderiam apresentar maior tendência à subestimação do peso) e entre grupos com baixa escolaridade. Segundo Bolton-Smith et al (2000), parecem ser adequados, também, para o monitoramento da prevalência da obesidade na população.

No estudo de Fonseca et al (2004) as informações relatadas e aferidas de peso e estatura apresentaram boa concordância e validade entre 3713 funcionários públicos; e concluem que em populações similares, que disponham

de recursos escassos, é possível utilizar dados informados ao invés de valores aferidos. No estudo, houve alta concordância entre a aferição e a informação do peso ($CCIC=0,977$) e da estatura ($CCIC=0,943$). A sensibilidade do IMC, em suas várias categorias, variou em torno de 80%, e a especificidade foi próxima de 92%. Houve tendência leve e uniforme à subestimação do peso informado e à superestimação da estatura informada em ambos os sexos.

O N total do estudo foi de 163 profissionais de enfermagem que atuam na assistência de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental do município de Ribeirão Preto. Participaram do estudo os seguintes locais: CAPS II, CAPS III, CAPS-ad, Hospital Dia, HCRP- Campus (ala A e B) e HSTRP.

Desses 163 participantes, 32 são enfermeiros e 131 são profissionais de nível médio de enfermagem.

6.5.3 Instrumentos de medida

Caracterização Sócio-demográfica, profissional e aspectos de saúde física.

Buscou-se descrever o perfil do trabalhador de enfermagem no campo da Psiquiatria e Saúde Mental através de um instrumento previamente elaborado para este fim.

Neste perfil, contém informações quanto: sexo, data de nascimento, situação conjugal, número de filhos, categoria profissional, tempo de experiência na enfermagem e no local de trabalho, carga horária semanal, horário de trabalho, presença de duplo vínculo empregatício e outras atividades relevantes, escolha pelo setor, salário.

São abordadas questões sobre satisfação profissional, ambiente de trabalho, relacionamento interpessoal, absenteísmo, local anterior de trabalho, problemas pessoais, problemas familiares, qualidade do sono, desemprego, índice de massa corporal, pratica de exercícios físicos, estado de saúde atual, doenças como hipertensão, diabetes.

Cabe justificar que as características profissionais foram incluídas baseando-se na literatura e também entendendo que o Modelo Demanda-Controle nem sempre possibilita estudar algo mais amplo do que o trabalhador individual e seu ambiente de trabalho. Assim, levando em consideração que esse modelo incorpora apenas duas dimensões (Demanda e Controle) julga-se importante essas características profissionais para complementar o contexto do estresse ocupacional que envolve outras dimensões além da demanda e controle.

Para caracterização dos participantes do estudo, aspectos sócio demográficos, profissionais e individuais também foram abordados de modo semelhante no trabalho de Manetti (2009) em seu Formulário de Identificação do Trabalhador.

Questionário de Auto-Medicação de Psicotrópicos

Não foi encontrado qualquer questionário pré-concebido que buscasse automedicação de psicotrópicos. Assim buscou-se construção de um que investigasse essa questão a fim de satisfazer a pesquisa como um todo.

Durante a sua realização procedeu-se inicialmente a definição mais simples e compreensível possível de medicamentos psicotrópicos e a seleção de temas que seguissem uma lógica.

Definiu-se como medicamento psicotrópico um grupo vagamente definido de drogas que têm efeito sobre a função psicológica. Os agentes psicotrópicos incluem os antidepressivos, alucinógenos, ansiolíticos, antipsicóticos e tranqüilizantes.

Basicamente o questionário se centrou em três perguntas iniciais: se o sujeito faz uso atual de medicamentos psicotrópicos, se faz uso desses medicamentos sem prescrição médica e se no ultimo ano recorreu a automedicação de psicotrópicos.

Se a ultima questão for sim, há mais 4 perguntas e ao contrário, se a resposta for não, encerra essa sessão. As quatro ultimas perguntas abordam a freqüência da automedicação no ultimo ano, os problemas que o levaram à

automedicação e quem ou o que influenciou nessa prática. Um questionário semelhante é encontrado no trabalho de Peixoto (2008).

Job Stress Scale – versão resumida

Para avaliação do estresse ocupacional foi utilizado o *Job Content Questionnaire*, o qual após adaptação cultural para o português e validação foi denominada "*Job Stress Scale*", versão resumida (JSS). Optou-se por esta escala, por ser reconhecida internacionalmente para avaliação do estresse ocupacional, por ter sido adaptada e validada para a língua portuguesa e por ter 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) (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. Entre os itens que avaliam Demanda, quatro referem-se aos aspectos quantitativos, como tempo e velocidade para realização do trabalho (itens a, b, c, d) e uma questão avalia aspecto qualitativo do processo de trabalho, relacionado ao conflito de 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). Em relação ao Apoio Social há seis 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 frequentemente (4) a nunca (1) para a escala de Demanda-Controle e, de concordo totalmente (1) a discordo totalmente (4) para a escala de Apoio Social. Neste estudo, para posterior comparação, foi mantido o escore como foi realizado no trabalho de Schmidt (2009), pois na escala original os escores são invertidos (ALVES, 2004).

Alguns itens possuem escores reversos e devem ser examinados antes do cálculo da dimensão a qual pertencem. São eles: o item d da dimensão Demanda e o item i da dimensão Controle.

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 compõe a dimensão e pode variar de cinco a 20. O escore total da dimensão Controle 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, optou-se por utilizar os escores contínuos para as três dimensões que compõe a JSS e a classificação proposta no estudo de Araújo et al. (2003) e Schmidt (2009), 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, utiliza-se a média ou 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.

AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*

Há muitas formas de uso excessivo de álcool que podem causar riscos importantes ou nocivos para o indivíduo. O beber excessivo causa enfermidades e problemas para quem bebe e para sua família e amigos. É o maior motivo de término de relacionamentos, lesões graves, hospitalizações,

incapacitação por períodos prolongados e morte prematura. Problemas relacionados ao álcool representam um grande prejuízo econômico em muitos países do mundo (AUDIT, 2003).

O AUDIT, *Alcohol Use Disorders Identification Test*, foi desenvolvido com base em um extensivo processo de validação em seis países (SAUNDERS et al., 1993). É o único instrumento de rastreamento específico para uso internacional. Pesquisas adicionais têm sido conduzidas para avaliar sua precisão e utilização em diversas situações, populações e grupos culturais (ALLEN, LITTEN, FERTIG, BABOR, 1997). É breve, rápido, flexível, pode ser auto aplicável, condiz às definições do CID-10 para dependência de álcool e uso nocivo e foca o uso recente (último 12 meses).

A tabela 3 descreve os domínios conceituais e o conteúdo do AUDIT, que consiste em 10 questões a respeito do uso recente de álcool (últimos 12 meses), sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool.

Tabela 3 – Domínios e Conteúdos do AUDIT

Domínios	Questões	Conteúdo
Uso de risco de álcool	1	Frequência de uso
	2	Quantidade num dia típico
	3	Frequência de beber pesado
Sintomas de Dependência	4	Dificuldades de controlar o uso
	5	Aumento da importância da bebida
	6	Beber pela manhã
Uso Nocivo de Álcool	7	Sentimentos de culpa após o uso
	8	Esquecimentos após o uso
	9	Lesões causadas pelo uso
	10	Preocupações de outros pelo modo de beber

A sensibilidade do AUDIT em relação ao uso problemático de álcool ficou com média 0.90, considerando nota de corte maior ou igual a 7 para seu escore. A especificidade entre os critérios fez uma média de 0.80. Vários estudos pesquisaram também a fidedignidade do AUDIT (FLEMING, BARRY, MACDONALD, 1991; HAYS, MERZ, NICHOLAS, 1995) e os resultados indicaram alta consistência interna, sugerindo que o AUDIT avalia um único construto de forma confiável.

Cada questão do AUDIT tem resposta que pode variar de 0 a 4 pontos. Os pontos das 10 questões devem ser somados para produção do resultado. Resultados igual ou abaixo de 7 indicam uso de baixo risco; de oito pontos a 15 pontos indicam beber de risco, pontuações de 16 à 19 sugerem uso nocivo, e pontuações de 20 a 40 pontos, a possibilidade de dependência (AUDIT, 2003).

Uso de risco é um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de conseqüências perigosas para quem usa e para os que o cercam. A saúde pública e a saúde do trabalhador deve dar atenção ao uso de risco mesmo sabendo que este ainda não pressupõe dano ao indivíduo (AUDIT, 2003).

Uso nocivo se refere ao padrão de consumo de álcool que resulta em danos físicos e mentais para a saúde do indivíduo. Consideram-se também conseqüências em nível social como um dano causado pelo álcool (AUDIT, 2003).

Dependência alcoólica refere-se a um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver depois do uso repetido do álcool (AUDIT, 2003).

Questionário de avaliação do consumo de tabaco

O tabagismo pode ser avaliado pelo número de cigarros que a pessoa fuma por dia. Para se avaliar o uso de tabaco entre os profissionais de enfermagem, perguntas sobre esse consumo foram construídas, baseadas no Questionário de Tolerância de Fagerström (HEATHERTON, et al, 1991) tem como objetivos identificar e medir a dependência nicotínica e é utilizado em avaliações

e pesquisas em saúde, sendo seu uso recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2001) e pela Associação Brasileira de Psiquiatria (MARQUES E RIBEIRO, 2002).

Para tanto, buscou-se investigar se a pessoa fuma atualmente, se já fumou no passado, qual o consumo médio, se há dificuldade em parar de fumar mesmo doente, se em momentos de sobrecarga fuma mais e quanto a mais e se a pessoa acha que o hábito de fumar é um problema de saúde.

Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA)

Para avaliação do senso de coerência, utilizou-se a versão de 29 itens do QSCA adaptada e validada para língua portuguesa por Dantas (2007).

Trata-se de um questionário fechado para ser usado na forma de entrevista ou por autopreenchimento.

O QSCA é composto por três domínios sendo que: 11 itens investigam o domínio compreensão, dez itens estão relacionados ao domínio manejo e oito ao domínio significância e neste estudo foi usada a forma de auto preenchimento.

As respostas aos itens são obtidas por uma escala de sete pontos, com valores extremos variando de uma a sete, na qual o valor sete representa o mais elevado nível de SC e o um o mais fraco. Abaixo dos valores extremos (um e sete) há duas frases âncoras de referência que variam de acordo com a questão feita e servem para orientar as respostas do indivíduo.

Dos 29 itens, 13 são respondidos em uma escala reversa, ou seja, valores maiores indicam menor SC. São eles os itens: 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27. Para se obter o valor total do SC esses 13 itens precisam ter seus valores revertidos. O intervalo possível para a escala varia de 29 a 203 (ANTONOVSKY, 1987, 1993). Pode se utilizar também a análise dos escores de cada dimensão separadamente, embora os três componentes do SC tenham sido elaborados para expressar um único constructo que é o SC (ANTONOVSKY, 1987).

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 pelo Alfa de Cronbach de 0,78). Em 124 estudos utilizando o QSCA, o valor de Alfa Cronbach variou de 0,70 a 0,95 (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005).

6.6 Processamento e análise dos dados

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 que tiveram 20% ou mais de itens não respondidos em uma dada escala, o que não ocorreu na coleta de dados do piloto. Diante desse critério foram mantidos para análise dessas medidas os participantes que tivesse respondido, no mínimo, quatro itens da dimensão Demanda e cinco itens das dimensões Controle e Apoio Social da "Job Stress Scale", versão resumida e 24 itens do Questionário Senso de Coerência de Antonovsky. Os participantes que não atingirem o número máximo de dados sem resposta, segundo esse critério, terão seus dados substituídos pela média de suas respostas aos demais itens da dimensão ou escala.

Os dados foram organizados e inseridos em uma planilha eletrônica do programa "Excel for Windows", em forma de banco de dados eletrônico. Destaca-se que foi atribuída identificação única para cada resposta dos sujeitos e as respostas foram codificadas em categorias numéricas.

O banco de dados foi transferido para o programa "Statistical Package for the Social Science" (SPSS) version for Windows, para análise estatística.

Para verificar a associação entre duas variáveis qualitativas, foi proposto o teste Exato de Fisher. O teste foi realizado com o auxílio do software SAS® 9.0.

Para comparar dois grupos em relação às variáveis quantitativas, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney (CONOVER, 1981) e X^2 para amostras independentes pelo software SAS® 9, através da PROC NPAR1WAY.

Para correlacionar as variáveis de interesse foi proposto o coeficiente de correlação de *Sperman* (ρ), que quantifica a associação entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente varia entre os valores -1 e 1. O valor 0 (zero) significa que não há relação, o valor 1 indica uma relação perfeita positiva e o valor -1 também indica uma relação perfeita mas inversa, ou seja quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação entre as duas variáveis. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SAS® 9.0, através da PROC CORR.

Para os gráficos, foi utilizado o software R.

As variáveis analisadas no piloto foram categorizadas em:

- Variáveis preditoras: vida profissional, ambiente de trabalho, carga horária semanal, demanda psicológica (presença de problemas pessoais, problemas familiares), controle, tipo de trabalho turno de trabalho, falta no trabalho e ultimo local de trabalho.
- Variável desfecho: problemas de saúde relacionados ao estresse, auto-medicação de psicotrópicos, zonas de risco quanto ao uso de bebidas alcoólicas, percepção do aumento do consumo de bebida alcoólica e/ou tabaco em momento de sobrecarga no trabalho, exposição ao estresse no trabalho
- Variável modificadora do desfecho: relacionamentos com os colegas, prática de exercícios físicos, apoio social, senso de coerência de Antonovsky (compreensão, manejo, significância).
- Variáveis controle: gênero, idade, situação conjugal, número de filhos, categoria profissional, tempo de experiência no setor.
- Demais variáveis estudadas: tempo de experiência na enfermagem, outras atividades importantes, satisfação com o peso, qualidade do sono, queixas, hipertensão, diabetes, estado de saúde atual,

Para avaliação da consistência interna dos instrumentos e suas sub-escalas será utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach que avaliam a homogenicidade das perguntas que objetivam medir um mesmo construto.

7. Resultados

7.1 Caracterização sócio-demográfica dos participantes

Apresenta-se na Tabela 4, a caracterização sócio demográfica dos 163 profissionais de enfermagem atuantes na assistência psiquiátrica do município de Ribeirão Preto - SP.

Tabela 4 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo as variáveis sócio-demográficas da amostra estudada, Ribeirão Preto-SP, 2011.

Idade (anos)	n(%)	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo
Amostra Total	156 (96%)	43,73 (9,75)	44	23 – 64
Enfermeiros	30 (94%)	40,27 (10,15)	39	25 – 58
Aux. Téc. Enfermagem	126 (96%)	44,56 (9,51)	44	23 – 64
Sexo	Feminino n (%)		Masculino n (%)	
Amostra total	162 (99%)	120 (74%)	42 (26%)	
Enfermeiros	32 (100%)	29 (91%)	3 (9%)	
Aux. Tec. Enfermagem	130 (99%)	91 (69,5%)	39 (30%)	
Situação conjugal	Com parceiro		Sem parceiro	Dado Perdido
Amostra total	158 (97%)	109 (67%)	49 (30%)	5 (3%)
Enfermeiros	32 (100%)	22 (69%)	10 (31%)	
Aux. Tec. Enfermagem	126 (96%)	87 (66%)	39 (30%)	5 (4%)

Continua

Continuação

Variável	n(%)			
Tem filhos		Sim	Não	Dado Perdido
Amostra Total	163 (100%)	114 (70%)	46 (28%)	3 (2%)
Enfermeiros	32 (100%)	12 (37,5%)	20 (62,5%)	
Aux.Tec. Enfermagem	131 (100%)	102 (78%)	26 (20%)	3 (2%)

De acordo com a Tabela 4, os participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino (73,62%), a maioria com parceiro (67%). Em relação ao número de filhos, a maioria dos enfermeiros (62,5%) não possuem filhos, diferentemente dos PNM que 78% têm filhos. Com relação a idade dos trabalhadores, ela variou entre 23 a 64 anos, com mediana (44 anos) e média de 43,7 anos (D.P.= 9,75). Destaca-se que há mais atuação do sexo masculino na assistência psiquiátrica entre os profissionais de nível médio de enfermagem o qual perfazem 30%.

7.2 Caracterização profissional

A Tabela 5 apresenta os dados relacionados à caracterização profissional dos participantes do estudo, no que se refere a tempo de experiência na enfermagem, tempo de experiência no setor de psiquiatria, categoria profissional, carga horária, outras atividades, escolha do setor e ambiente de trabalho.

Tabela 5 – Distribuição dos 163 participantes, segundo dados relacionados aos aspectos profissionais. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Tempo de experiência na enfermagem (meses)	n	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo
Amostra Total	161 (99%)	203 (110,2)	180	3 - 492
Enfermeiros	32 (100%)	187 (114,5)	168	12 - 408
Aux. Tec Enfermagem	129 (98%)	198 (108,9)	186	3 - 420
Tempo de experiência na Psiquiatria	n	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo
Amostra Total	160 (98%)	90,8 (82,6)	72	1 - 384
Enfermeiros	32 (100%)	76,5 (80,9)	54	1 - 340
Aux. Tec Enfermagem	128 (98%)	94,4 (82,9)	96	1 - 384
Carga Horária	n	30hs/sem.	36hs/sem.	40hs/sem.
Amostra Total	157 (96%)	126 (77%)	9 (5,5%)	9 (5,5%)
Enfermeiros	31 (97%)	20 (62,5%)	3 (9%)	1 (3%)
Aux. Tec Enfermagem	126 (96%)	106 (81%)	6 (5%)	8 (6%)
Outras atividades	n	Sim	Não	Dado Perdido
Amostra Total	159 (98%)	114 (70%)	45 (28%)	4 (2%)
Enfermeiros	32 (100%)	26 (81%)	6 (19%)	
Aux. Tec Enfermagem	127 (97%)	88 (67%)	39 (30%)	4 (3%)

Continua

Continuação

Escolheu a área para atuar	n	Sim	Não	Dado Perdido
Amostra Total	158 (97%)	96 (59%)	62 (38%)	5 (3%)
Enfermeiros	32 (100%)	25 (78%)	7 (22%)	
Aux. Tec Enfermagem	126 (96%)	71 (54%)	55 (42%)	5 (4%)
Quanto ao ambiente de trabalho, o trabalhador afirma que ele é:	n	Inadequado	Satisfatório	Muito Bom
Amostra Total	162 (99%)	21 (12,9%)	132 (81%)	9 (6,1%)
Enfermeiros	32 (100%)	3 (9%)	26 (81%)	3 (9%)
Aux. Tec Enfermagem	130 (99%)	18 (14%)	106 (81%)	6 (5%)

A tabela 6 complementa as características profissionais referentes à turno de trabalho, salário, satisfação profissional e relacionamentos com colegas.

Tabela 6 - Distribuição dos 163 participantes, segundo dados relacionados aos aspectos profissionais. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variável	N	Manhã	Tarde	Noturno	Rodízio
Turno trabalho					
Amostra Total	163 (100%)	58 (36%)	40 (25%)	42 (26%)	23 (14%)
Enfermeiros	32 (100%)	15 (47%)	10 (31%)	4 (13%)	3 (9%)
Aux. Tec Enfermagem	131 (100%)	43 (33%)	30 (23%)	38 (29%)	20 (15%)
Em relação ao seu mercado de trabalho, considera seu salário:					
	N	Ruim	Médio	Bom	Muito Bom
Amostra Total	163 (100%)	65 (40%)	83 (51%)	15 (9%)	---
Enfermeiros	32 (100%)	16 (50%)	11 (34%)	5 (16%)	---
Aux. Tec Enfermagem	131 (100%)	49 (37%)	72 (55%)	10 (8%)	---
Em relação a sua vida profissional					
	N	Sente-se muito satisfeito	Poderia melhorar	Não está satisfeito	Está completamente insatisfeito
Amostra Total	163 (100%)	24 (15%)	123 (75%)	12 (7%)	4 (2%)
Enfermeiros	32 (100%)	4 (13%)	24 (75%)	3 (9%)	1 (3%)
Aux. Tec Enfermagem	131 (100%)	20 (15%)	99 (76%)	9 (7%)	3 (2%)
Relacionamento com os colegas					
	N	Ruim	Médio	Bom	Muito Bom
Amostra Total	163 (100%)	1 (1%)	15 (9%)	103 (63%)	44 (27%)
Enfermeiros	32 (100%)	0	2 (6%)	22 (69%)	8 (25%)
Aux. Tec Enfermagem	131 (100%)	1 (1%)	13 (10%)	81 (62%)	36 (27%)

Em relação ao tempo de experiência na enfermagem para os participantes foi, em média, de 203,4 meses (D.P.= 110,2), intervalo de 3 a 492 meses. Já o tempo de experiência no setor de psiquiatria atual diferiu nas categorias de enfermagem sendo, em média, 76,5 meses para os enfermeiros e 94,37 meses para os profissionais de nível médio de enfermagem.

Quanto à carga horária semanal, a maioria dos profissionais de enfermagem fazia 30 horas semanais (62,5% dos enfermeiros e 80% nos profissionais de nível médio de enfermagem). A maioria dos participantes faz turnos durante o dia, 98 (60%) e trabalham no período entre 7:00 e 19:00hs.

Em relação a outras atividades significativas, 81% dos enfermeiros e 67% dos profissionais de nível médio de enfermagem afirmaram ter atividades significativas fora do trabalho. Destaca-se entre outras atividades significativas estava um segundo emprego para 28% dos enfermeiros e 50% dos profissionais de nível médio de enfermagem.

Podem escolher o setor em que atuam 78% dos enfermeiros, diferentemente dos profissionais de nível médio de enfermagem, pois apenas 54% puderam escolher a psiquiatria como setor de maior identificação para trabalhar. Levando em consideração o mercado de trabalho, 63% dos auxiliares e técnicos de enfermagem consideram seu salário de médio a bom, enquanto que 50% dos enfermeiros consideram o seu salário de médio a bom. Já em relação ao ambiente de trabalho, 81% dos enfermeiros e 81% dos profissionais de nível médio de enfermagem consideram o ambiente de trabalho satisfatório. No quesito relacionamento com colegas, a maioria dos profissionais de nível técnico (89%) considera de bom a muito bom, já os enfermeiros, 94%.

Considerando locais anteriores ao atual de trabalho, 41 % das enfermeiras consideram a psiquiatria, setor atual, com mais fatores de sobrecarga do que o emprego anterior, seguidos de 16% que consideraram indiferentes, ou seja, os locais de trabalho são parecidos em relação à demanda de sobrecarga e 3 (1%) de respostas em branco. Entre os profissionais de nível médio de enfermagem, 22% consideram o setor de Psiquiatria com mais fatores de sobrecarga que o anterior e 37% indiferentes.

No que tange ao desemprego, 116 profissionais nunca estiveram desempregado (71%), 47 já tiveram um período da vida sem emprego (29%), tendo ainda 2 resposta em branco (1%). Desses 49 profissionais que afirmaram já ter um período de desemprego, 10 não responderam por quanto tempo foi esse desemprego, mas a média ficaram em 20,5 a 27,7 meses de desemprego. Comparando o campo atual com o período de desemprego, desses mesmos 49 profissionais, 17 consideram a psiquiatria com mais fatores de sobrecarga, já 18 o consideras com menos fatores de sobrecarga que o período em que teve desempregado e 12 assinalaram indiferença entre a psiquiatria e o período de desemprego.

7.3 Características de saúde física

Pode-se notar que 46% dos profissionais de nível médio de enfermagem, assim como os enfermeiros (41%), tiveram algum tipo de absenteísmo no último ano. Destacaram entre as categorias, os motivos para as faltas, que foram para 54% dos enfermeiros doença enquanto que para os profissionais de nível médio foram para 79%. O motivo de licença por doença dos filhos ficou em 31% para os enfermeiros e somente 10% para os profissionais de nível médio de enfermagem, destacando que entre os profissionais de nível médio há um numero maior de filhos.

Em relação à qualidade do sono, entre os enfermeiros, 50% disseram acordar se sentindo descansados e os outros 50% verbalizaram não acordar sentindo-se descansados. Já entre os auxiliares e técnicos, 43% referiram acordar se sentindo descansados e 55% deles disseram acordar ainda sentindo-se cansados.

No final da jornada de trabalho, entre a amostra total, 60% sentem-se física e mentalmente cansados, 30% deles pouco cansados e 8% consideram-se sair bem no final da jornada de trabalho, com 2 (1%) respostas em branco nessa questão.

Trinta e oito por centos dos enfermeiros estão satisfeitos com o corpo e 63% não estão satisfeitos e desejam emagrecer. Entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, 28% estão satisfeitos contra 71% de insatisfação com o corpo.

A seguir, na Tabela 7 segue os valores de altura, peso e IMC dos participantes do estudo:

Tabela 7 – Distribuição dos 163 profissionais de enfermagem, segundo altura, peso e IMC. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variável	n(%)	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo	D.Perdido
Altura (metro)	n(%)	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo	D.Perdido
Amostra total	160 (98%)	1,64 (0,09)	1,63	1,46 – 1,90	3 (2%)
Enfermeiros	32 (100%)	1,63 (0,07)	1,61	1,50 -1,84	
Aux. Tec. Enfermagem	128 (98%)	1,64 (0,09)	1,63	1,46 - 1,90	3 (2%)
Peso (kilos)	n(%)	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo	D.Perdido
Amostra total	159 (98%)	74,9 (19,1)	70	43,4 - 140	4 (2%)
Enfermeiros	31 (97%)	68,02 (13,9)	69	44 - 99	1 (3%)
Aux. Tec. Enfermagem	128 (98%)	76,63 (19,9)	71	43,4 - 140	3 (2%)
IMC (Kg/m²)	n(%)	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo	D.Perdido
Amostra total	158 (97%)	27,5 (5,7)	26,4	18,3 – 44,4	5 (3%)
Enfermeiros	31 (97%)	25,61 (4,9)	24,8	18,9– 38,6	1 (3%)
Aux. Tec. Enfermagem	127 (97%)	27,99 (5,8)	26,6	18,3- 44,4	4 (3%)

O IMC foi obtido pela divisão do peso em kilogramas pela estatura ao quadrado (altura medida em metro). Ou seja, $IMC = \text{Massa (Kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}$.

Foi considerado tanto para homem ou mulher: Abaixo do Peso < 18,5 kg/m² ; IMC Saudável 18,6 – 24,9 kg/m² ; Sobrepeso, IMC entre 25 a 29,9kg/m². Em relação a obesidade, de 30 a 34,9kg/m² é obesidade grau I, entre 35 a 39,9 kg/m², obesidade grau II (severa) e acima ou igual a 40kg/m², obesidade grau III (mórbida) (WHO, 2000).

A partir da Tabela 8 podemos observar que a média do IMC entre enfermeiros e profissionais de nível médio foram considerados sobrepeso. Destaca-se que o menor IMC encontrado se encontra no baixo peso. Já para Obesidade grau I, grau II e grau III, há representantes para todas elas conforme Tabela 8 abaixo:

Tabela 8 - Distribuição dos 163 profissionais de enfermagem, segundo a classificação de IMC. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Classificação do Índice de Massa Corporal (Kg/m²)	Enfermeiras (n=32)	Profissionais de nível médio de enfermagem (n=131)	Amostra Total (N=163)
Abaixo do Peso	---	1 (1%)	1 (1%)
Saudável	16 (50%)	45 (28%)	61 (37%)
Sobrepeso	10 (31%)	39 (24%)	49 (30%)
Obesidade I	3 (9%)	25 (15%)	28 (17%)
Obesidade Severa	2 (6%)	13 (8%)	15 (9%)
Obesidade Mórbida	---	4 (2%)	4 (2%)
Em branco	1 (3%)	4 (2%)	5 (3%)

Na prática de exercícios físicos, 50% da amostra total não fazem nenhum tipo de atividade física, enquanto que os outros 50% realizam no mínimo 30

minutos diários de atividades físicas de uma até três vezes ou mais durante a semana.

Na abordagem de como o trabalhador classifica seu estado de saúde atual, 72% dos enfermeiros classificam de bom a excelente, enquanto que 74% dos auxiliares e técnicos de enfermagem classificam como bom a excelente.

Quanto a presença de alguma queixa no momento da coleta de dados, houve 22 respostas em branco (13%) e 74 afirmativas; os que descreveram as queixas foram agrupadas as seguintes respostas:

Tabela – 9 Queixas verbalizadas pelos profissionais de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Queixa	n
Algias (cefaléia, coluna, MMII, lombar, joelho)	46
Cansaço	4
Insônia	1
Sobrepeso	6
Hipertensão	3
Problemas estomacais	3
Outros	7
Total	70

Na abordagem de no momento da pesquisa a profissional estava em algum tipo de tratamento médico, houve 19 respostas em branco (12%), 79 profissionais negaram estar em qualquer tipo de tratamento (48%) e 65 (40%) afirmaram que se encontrava em tratamento médico.

Dos 163 trabalhadores de enfermagem, são hipertensos 34% dos enfermeiros e 41% dos profissionais de nível médio, já em relação a diabetes melitus, 3% dos enfermeiros e 26% dos profissionais de nível médio possuem essa doença.

7.4 Estresse Ocupacional dos trabalhadores de enfermagem da assistência psiquiátrica e saúde mental

O variável estresse no trabalho foi avaliado pela versão resumida do JSS. Com relação aos dados perdidos de toda a amostra, houve uma resposta em branco na questão B, uma resposta em branco na questão C, um resposta em ranço na questão F, 2 respostas em branco na questão J, uma resposta me branco na G, uma na H, 9 na Q e 1 na H, que segundo os critérios de Cohen e Cohen (1983) tiveram seus valores substituídos pelas médias do domínio e por não ultrapassarem o número máximo de dados perdidos no questionário. Apenas 1 questionário inteiro do JSS teve que ser excluído.

Quanto a análise descritiva desta escala, é importante lembrar que, primeiramente optou-se 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 a Apoio Social. Os resultados referentes as análises descritivas dos componentes da JSS (versão resumida) estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Estatística descritiva da Job Stress Scale (versão resumida), total das médias de cada um dos itens que compõe a escala para a amostra estudada. Ribeirão Preto – SP, 2011.

JSS - Domínio	Intervalo	Mediana	Média (D.P.)
Demanda			
Amostra total	8 – 23	13	13,2 (2,4)
Enfermeiros	10 – 18	14	13,8 (2,3)
Aux. Tec. Enfermagem	8 – 23	13	13 (2,4)
Controle			
Amostra total	10 – 22	17	16 (2,3)
Enfermeiros	13 – 22	18	18 (1,9)
Aux. Tec. Enfermagem	10 – 21	16	16 (2,3)
Apoio Social			
Amostra total	9 – 24	18	18,1 (2,9)
Enfermeiros	14 – 23	18	18,2 (2,6)
Aux. Tec. Enfermagem	9 – 24	18	18,1 (2,98)

A partir dos valores das médias da amostra total dos domínios Demanda, Controle e Apoio Social são apresentados as seguintes interpretações na Tabela 11 a seguir:

Tabela 11 – Resultados dos Domínios do JSS segundo categoria profissional da equipe de enfermagem que atua na assistência psiquiátrica e de saúde mental considerando o valor da média da cada domínio encontrado acima. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Domínio	n(%)	Alto	Baixa
Demanda			
Enfermeiros	32 (100%)	18 (56%)	14 (44%)
Aux. Tec. Enfermagem	131 (100%)	79 (60%)	51 (39%)
Controle			
Enfermeiros	32 (100%)	12 (38%)	20 (63%)
Aux. Tec. Enfermagem	131 (100%)	60 (46%)	70 (53%)
Apoio Social			
Enfermeiros	32 (100%)	12 (38%)	20 (63%)
Aux. Tec. Enfermagem	131 (100%)	60 (47%)	69 (53%)

Destaca-se que entre os enfermeiros 56% consideram seu trabalho como sendo de alta demanda, enquanto que 60% dos profissionais técnicos consideram seu trabalho como alta demanda. Já no domínio Controle, os enfermeiros percebem um baixo controle do seu trabalho (63%), enquanto que 53% dos profissionais de nível médio percebem baixo controle do seu trabalho. Em relação ao Apoio Social houve diferença entre as categorias, 63% dos enfermeiros e 53% dos profissionais de nível médio de enfermagem consideram baixo o apoio social.

Assim, identificamos trabalhadores com alta exposição ao estresse ocupacional, aqueles com exposição intermediária e também os não estão expostos ao estresse no trabalho. O critério utilizado para essa classificação foi sugerido por Araújo et al. (2003). A Tabela 12 apresenta a distribuição da

frequência destas três categorias de exposição ao estresse ocupacional, na qual o cruzamento de alta demanda e baixo controle resulta alta exposição ao estresse, alta demanda e alto controle, baixa demanda e baixo controle determinam exposição intermediária ao estresse e por fim baixa demanda e alto controle, sem exposição ao estresse.

Tabela 12 – Distribuição da frequência de exposição ao estresse ocupacional para a amostra de profissionais que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental, Ribeirão Preto – SP, 2011.

Estresse Ocupacional		
	n	%
Sem exposição	n	%
Amostra Total	31	19%
Enfermeiros	3	9%
Aux. Tec. Enfermagem	28	21%
Exposição Intermediária	n	%
Amostra Total	74	45%
Enfermeiros	20	63%
Aux. Tec. Enfermagem	54	41%
Alta exposição	n	%
Amostra Total	57	35%
Enfermeiros	9	28%
Aux. Tec. Enfermagem	48	37%

Como um dos principais intuitos da pesquisa é avaliar o estresse, foi inserido nos questionários, se naquele momento, havia problemas pessoais na

vida daquele trabalhador que poderiam estar contribuindo para a sensação de sobrecarga; 38% dos enfermeiros e 33% dos auxiliares e técnicos de enfermagem disseram que sim, enquanto 63% dos enfermeiros e 64% dos profissionais de enfermagem do nível técnico negaram haver algum problema de ordem pessoal no momento. Já para problemas familiares, houve 31% e 29% de respostas afirmativas entre enfermeiros e técnicos respectivamente, ou seja, havia problemas de ordem familiar que poderiam estar contribuindo com a sobrecarga do momento.

Foi questionado aos trabalhadores se há ou já houve problemas de saúde em que o médico comentou que a causa estaria ligado ao estresse, 41% dos enfermeiros e 45% dos profissionais do nível médio de enfermagem afirmaram que houve problemas de saúde, enquanto 55% do total da amostra negaram. Entre os problemas de saúde relacionados ao estresse houve citados os seguintes problemas de saúde: diminuição da imunidade (3), alopecia (3), aumento do cortisol basal, dermatite (6), problemas gastrointestinais (13), resistência a insulina, problemas de ordem emocional (5), problemas com o sono (3), afonia, anemia, transtornos psiquiátricos (16), câncer, esgotamento físico (4), cardiopatia, cefaleia, colesterol alto, labirintite, hipertensão (8), diabetes gestacional, dor nos ombros, enxaqueca, epilepsia, fibromialgia (2), taquicardia (2), hipotireoidismo e pneumonia.

Como podemos observar acima, destacaram-se em ordem decrescente: transtornos psiquiátricos (n=16), problemas gastrointestinais (n=13), pressão alta (n=8), dermatites (n=6) e problemas de ordem emocional (n=5).

7.5 Uso de álcool

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas e considerando um escore de 0 ponto no AUDIT, abstinência no último ano, igual ou menor a sete pontos, uso de baixo risco, de 8 a 15 pontos uso de risco, 16 a 19 pontos, uso nocivo e acima de 20 pontos, provável dependência ao álcool, encontrou-se que entre os enfermeiros: 8 (25%) são abstêmios, 21 (66%) fazem uso de baixo risco de bebidas alcoólicas e 3 (9%) são classificados como uso de risco para bebidas alcoólicas. Já entre os

auxiliares de enfermagem, 52 (40%) são abstêmios, 65 (50%) fazem uso de baixo risco, 8 (6%) uso de risco e 2 (2%) fazem uso nocivo de bebidas alcoólicas, levando em consideração que houveram 4 (3%) testes em branco entre os profissionais de nível médio.

No questionamento ao trabalhador se ele percebe um aumento no consumo de bebidas alcoólicas em momentos de grande sobrecarga no trabalho, 17 profissionais disseram que sim (4 enfermeiros e 13 auxiliares de enfermagem). Desses 17, 1 já faz uso nocivo, 4 já são usuários de risco e 12 de baixo risco, ou seja, o usuário de uso nocivo e os usuários de risco percebem um aumento ainda maior do consumo de bebidas alcoólicas em momentos de sobrecarga no ambiente de trabalho.

7.6 Tabaco

Quanto ao uso de tabaco, 25 (15%) trabalhadores de enfermagem fazem uso atualmente, 133 (82%) não fumam. Cinquenta e sete trabalhadores (35%) já fumaram no passado e 100 (61%) nunca fumaram.

Dos 26 profissionais que fumam atualmente, há o consumo médio de 12,6 cigarros por dia (D.P.= 8,98), mediana de 11 cigarros por dia, intervalo de 1 a 40 cigarros-dia. Esses mesmos profissionais afirmam não estar fumando mais que o habitual, conseguem deixar de fumar quando estão muito doentes e desses 14 (54%) afirmam que em momentos de sobrecarga no trabalho aumentam 11 por dia.

7.7 Automedicação de psicotrópicos

Nesse questionário específico, 143 (88%) da amostra total negaram uso atual de medicamentos psicotrópicos e apenas 19 (12%) afirmaram uso atual dos mesmos. Ao abordar o uso de automedicação de psicotrópicos atual, houve uma resposta em branco (0,6%), 8 afirmativas somente entre os profissionais do nível médio (5%) e 154 negativas (94%). Porém, levando em consideração o

ultimo ano, 14 (8,6%) profissionais de enfermagem afirmaram ter feito automedicação de psicotrópicos.

Desses 14 profissionais que afirmaram automedicação de psicotrópicos, a frequência variou de raramente (n=9) a alguma frequência (n=5). Os motivos foram insônia (n=5), ansiedade (n=4), cefaleia intensa, depressão (n=2), estresse, fadiga, nervosismo e transtorno do pânico. Os facilitadores citados para automedicação de psicotrópicos foram facilidade de acesso (n=2), falta de tempo (n=3), já conhece os efeitos das drogas (n=4), indução por colegas com 2 respostas em branco.

7.8 Senso de Coerência dos trabalhadores de enfermagem da assistência psiquiátrica e de saúde mental

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 houve respostas em branco nas questões 1, 4, 5, 6,7, 24, 26, 28, 27 e 29. Por não ultrapassarem os limites propostos por Cohen, tiveram seus escores substituídos pela média de suas respostas nos itens restantes do domínio. Foram excluídos 14 (8,5%) QSCA da amostra total (todos profissionais de nível médio de enfermagem) devido o não entendimento de como responder o instrumento.

A seguir são apresentados a média, mediana, desvio padrão e intervalo do QSCA para os 163 profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental.

Tabela 13 – Estatística descritiva do QSCA. Média, mediana, desvio padrão e intervalo dos 163 profissionais de enfermagem segundo escore do QSCA. Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variável	n(%)	Média (D.P.)*	Mediana	Intervalo
Enfermeiros	(%)	145 (15)	143	117 - 169
Aux. Tec. Enfermagem	(%)	141,9 (23,4)	145	74 - 183
Amostra total	149 (91%)	142,6 (21,9)	145	74 - 183

7.9 Associação entre as variáveis

Nessa sessão, apresentaremos abaixo as variáveis que tiveram associação entre exposição ao estresse. As associações que não tiveram valor de $p < 0,05$ são apresentadas no apêndice 5.

Tabela 14 – Distribuição das enfermeiras de assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e local de trabalho, Ribeirão Preto – SP , 2011.

Local	JSS Exposição ao Estresse			Total	Valor p
	Alta Exposição	Exposição Intermediaria	Sem exposição		
CAPS II	0	1	0	1	0,01
	0	100	0		
	0	5	0		
CAPS III	1	0	1	2	
	50	0	50		
	11,11	0	33,33		
CAPS-ad	0	1	1	2	
	0	50	50		
	0	5	33,33		
HCRP	0	9	1	10	
	0	90	10		
	0	45	33,33		
HD	1	1	0	2	
	50	50	0		
	11,11	5	0		
HSTRP	7	8	0	15	
	46,67	53,33	0		
	77,78	40	0		
Total	9	20	3	32	

Houve associação entre exposição ao estresse e local de trabalho no grupo das enfermeiras ($p = 0,01$). Na enfermagem psiquiátrica em hospital geral nenhum profissional encontra-se em alta exposição ao estresse. No Hospital Dia as enfermeiras apresentam exposição ao estresse pois estão a nível de estresse intermediária a alta a exposição. No Hospital Psiquiátrico não houve nenhum profissional sem exposição e encontram-se altos valores de alta de exposição ao estresse.

Tabela 15 - Distribuição das enfermeiras de assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e ambiente de trabalho, Ribeirão Preto – SP , 2011.

Ambiente de trabalho	JSS Exposição ao Estresse			Total	Valor p
	Alta Exposição	Exposição Intermediaria	Sem exposição		
Inadequado	3	0	0	3	<0,01
	100	0	0		
	33,33	0	0		
Satisfatório	6	19	1	26	
	23,08	73,08	3,85		
	66,67	95	33,33		
Muito bom	0	1	2	3	
	0	33,33	66,67		
	0	5	66,67		
Total	9	20	3	32	

Tabela 16 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e ambiente de trabalho, Ribeirão Preto – SP , 2011.

Ambiente de trabalho	JSS Exposição ao Estresse			Total	Valor p
	Alta Exposição	Exposição Intermediaria	Sem exposição		
Inadequado	12	4	2	18	0,02
	66,67	22,22	11,11		
	25	7,55	7,14		
Satisfatório	35	44	26	105	
	33,33	41,9	24,76		
	72,92	83,02	92,86		
Muito bom	1	5	0	6	
	16,67	83,33	0		
	2,08	9,43	0		
Total	48	53	28	129	
Frequency Missing = 2					

O ambiente de trabalho inadequado a satisfatório teve associação com alta exposição ao estresse entre as enfermeiras. Enquanto que sem exposição ao

estresse ocupacional esteve associado a um ambiente de trabalho considerado muito bom.

Entre os profissionais de nível médio de enfermagem, o ambiente de trabalho inadequado esteve associado à alta exposição ao estresse e a exposição intermediária a um ambiente de trabalho satisfatório.

Tabela 17 - Distribuição dos profissionais de nível médio de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental, segundo a classificação de estresse do instrumento *Job Stress Scale* (JSS) e vida profissional, Ribeirão Preto – SP, 2011.

Vida profissional	JSS Exposição ao Estresse			Total	Valor p
	Alta Exposição	Exposição Intermediaria	Sem exposição		
Sente-se muito satisfeito	5	4	11	20	0,01
	25	20	55		
	10,42	7,41	39,29		
Poderia melhorar	37	46	15	98	
	37,76	46,94	15,31		
	77,08	85,19	53,57		
Não está satisfeito	5	3	1	9	
	55,56	33,33	11,11		
	10,42	5,56	3,57		
Completamente insatisfeito	1	1	1	3	
	33,33	33,33	33,33		
	2,08	1,85	3,57		
Total	48	54	28	130	

Frequency Missing = 1

Segue-se o esquema - 1, para melhor visualização, das características profissionais que se associaram ao estresse ocupacional.

Figura 4 - Esquema com os principais resultados dos 163 profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental que tiveram associação com estresse ocupacional

Tabela 18 – Estatística descritiva das variáveis abaixo relacionadas nas categorias profissionais de enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental, Ribeirão Preto – SP, 2011.

Categoria Profissional	N	Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de Confiança 95%		Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
						LI	LS					
Enfermeiros	32	Idade	30	40,27	10,15	36,48	44,06	25	30	39	48	58
		Tempo de experiência na enfermagem	32	180,91	114,49	139,63	222,18	12	96	180	252	408
		Tempo de experiência no setor	32	76,5	80,89	47,33	105,67	1	13,5	54	132	340
		IMC	31	25,61	4,89	23,82	27,4	18,96	22,43	24,82	28,65	38,67
		JSS/Demanda	32	13,78	2,27	12,96	14,6	10	12,5	14	15,5	18
		JSS/Controle	32	18,05	1,91	17,36	18,74	13	17	18	19	22
		JSS/Apoio Social	32	18,22	2,58	17,29	19,15	14	16,9	18	20,5	23
		QSCA/Total	32	145,04	15,02	139,62	150,45	117	133	143	159	169
Profissionais de nível médio de enfermagem	131	Idade	126	44,56	9,51	42,88	46,23	23	36	44	52	64
		Tempo de experiência na enfermagem	129	209,02	108,91	190,05	228	3	132	180	300	492
		Tempo de experiência no setor	128	94,37	82,9	79,87	108,87	1	18,5	96	144	384
		IMC	127	27,99	5,85	26,97	29,02	18,37	23,5	26,56	32,05	44,38
		JSS/Demanda	130	12,89	2,27	12,5	13,29	8	12	13	14	19
		JSS/Controle	130	16,03	2,27	15,63	16,42	10	15	16	18	21
		JSS/Apoio Social	129	18,13	2,99	17,61	18,65	9	16	18	20	24
		QSCA Total	131	126,74	49,25	118,23	135,26	0	120	142	157	183,4

Tabela 19 – Comparação entre as categorias profissionais, enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem, das variáveis abaixo relacionadas, Ribeirão Preto – SP, 2011.

Variáveis	Valor p
Idade	0,05
Tempo de experiência na enfermagem	0,23
Tempo de experiência no setor	0,30
IMC	0,05
AUDIT RES	0,32
JSS/ Demanda	0,04
JSS/ Controle	< 0,01
JSS/ Apoio Social	0,86
QSCA Total	0,25

Na comparação entre os grupos enfermeiros e profissionais de nível médio, destacaram-se, estatisticamente, as variáveis: idade, IMC, Domínio Demanda de Trabalho e o Domínio Controle, conforme podemos visualizar nas Tabelas 18 e 19.

Apesar de diferenças no domínio demanda e controle, utilizando-se o teste χ^2 , enfermeiros e profissionais de nível médio não se distribuem de forma diferente quanto à alta exposição, exposição intermediária e sem exposição ao estresse. O mesmo ocorre quanto ao IMC, enfermeiros e profissionais de nível médio não se distribuem de forma diferente quanto a classificação do IMC (peso saudável, sobrepeso e obesidade).

Os profissionais de nível médio são mais velhos. O IMC esteve limítrofe entre os enfermeiros (25,61Kg/m²) e em sobrepeso entre os profissionais de nível médio de enfermagem (27,99Kg/m²).

Apesar das diferenças na estatística descritiva entre enfermeiros e profissionais de nível médio não houve associação entre as seguintes variáveis com o estresse ocupacional: sexo, número de filhos, tempo de experiência na psiquiatria, carga horária, atividades extras, escolha do setor, salário, prática de exercícios físicos, estado de saúde atual, hipertensão, diabetes, auto medicação de psicotrópicos, resultados no AUDIT, consumo de tabaco.

Em relação às hipóteses levantadas no trabalho:

H₁. As características sócio demográficas, características profissionais, aspectos de saúde física e senso de coerência entre os profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica estão associadas com maior estresse ocupacional.

Parcialmente confirmada. As características profissionais de local de trabalho, ambiente e vida profissional se associaram ao estresse ocupacional.

H₂. O senso de coerência irá se associar com indivíduos que não estão expostos ao estresse ocupacional.

Refutada. O senso de coerência foi considerado alto entre na amostra como um todo (tanto enfermeiros e profissionais de nível médio) independente

da exposição ao estresse ocupacional. E não houve associação entre senso de coerência e exposição ao estresse ocupacional.

H₃. Auxiliares e técnicos de enfermagem, considerados linhas de frente na assistência psiquiátrica e de saúde mental, apresentam resultados diferentes de estresse ocupacional, saúde física e senso de coerência em relação aos enfermeiros.

Hipótese parcialmente confirmada. Não houve diferença estatística na distribuição das categorias profissionais quanto a classificação do JSS. Entre os enfermeiros: 28% estão em alta exposição, 63% em exposição intermediária e 9% sem exposição ao estresse. Nos profissionais de nível médio de enfermagem: 37% estão em alta exposição ao estresse ocupacional, 41% em exposição intermediária e 21% sem exposição ao estresse ocupacional. As diferenças que alcançaram a significância estatística referiam-se a categorias idade, IMC, demanda de trabalho e controle sobre o trabalho. Não se evidenciaram diferenças quanto ao senso de coerência e aspectos de saúde física nos diferentes níveis profissionais de enfermagem.

H₄. Os problemas de saúde física estarão presentes nos profissionais com estresse ocupacional.

Parcialmente confirmada. Apesar de não haver associações estatísticas destas variáveis, foram referidos problemas de saúde relacionados ao estresse em 41% dos enfermeiros e 45% dos profissionais de nível médio. Na amostra total, 39,88% são hipertensos e 21,47% têm diabetes mellitus, porém não houve associação estatística significativa destas com estresse ocupacional.

8. Discussão

Conforme o objetivo geral do trabalho buscou-se identificar características sócio-demográficas, características profissionais, aspectos de saúde física, presença de estresse ocupacional e o senso de coerência entre os profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental. A partir desse objetivo geral buscou-se então estabelecer objetivos específicos e dentre eles avaliarem se havia ou não correlação entre as variáveis do estudo e a presença de estresse ocupacional.

Nesta seção pretende-se discutir os resultados das caracterizações, seguidas das associações das variáveis com o estresse ocupacional que alcançaram significância estatística. Finaliza-se com comparação entre as variáveis que apontaram diferenças entre as categorias – enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem.

Características sócio demográficas dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental

Os profissionais de enfermagem do estudo eram predominantemente do sexo feminino (73,62%) e a maioria com parceiro (67%). Em relação ao número de filhos, a maioria dos enfermeiros (62,5%) não possui filhos, diferentemente dos profissionais de nível médio de enfermagem, destes 78% têm filhos. Com relação à idade dos trabalhadores, ela variou entre 23 a 64 anos, com mediana de 44 anos e média de 43,7 anos (D.P.= 9,75) para todos os profissionais de enfermagem. O estudo de Raffone e Hennington (2005) caracterizou 465 trabalhadores de enfermagem de complexo hospitalares, a idade média encontrada foi de 43 anos (D.P= 6,3), mesmo valor encontrado na presente amostra de enfermeiros e profissionais de nível médio.

Em um estudo brasileiro em que 965 trabalhadores de enfermagem de todas as categorias foram entrevistados de um hospital universitário, encontrou-se média de idade de 39,8 anos para as enfermeiras, valor próximo ao encontrado no presente estudo de 40,2 anos para as enfermeiras (REIS e cols, 2003).

Na caracterização de enfermeiros que trabalhavam nas instituições de assistência psiquiátrica em Ribeirão Preto colhida em 1998, a idade dos sujeitos variou entre 24 e 48 anos. Do total de enfermeiros, 90,0% encontravam-se entre 30 e 48 anos (MELLO SOUZA, ALENCASTRE, SAEKI, 2000).

Brito (2006) que também estudou os enfermeiros da assistência psiquiátrica de Ribeirão Preto em 2004, encontrou média de idade de 39,3 ; 38,6 e 44,4 anos para enfermeiros de psiquiatria de hospital geral, de hospital psiquiátrico e unidades abertas de psiquiatria respectivamente.

Para os técnicos de enfermagem, no estudo de Reis e cols (2003) a média foi de 38,1 e para auxiliares de 40,7 anos. A média de idade do presente estudo para os profissionais de nível médio de enfermagem foi de 44,5 anos, verificando-se assim um grupo de profissionais de nível médio um pouco mais velhos em relação a esse estudo.

Quanto ao sexo dos participantes, há um predomínio de profissionais de enfermagem do sexo feminino (73,6%) na amostra total, coincidindo com vários estudos (SCHMIDT, 2004; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2004; CARANDINA, 2003; GUIDO, 2003; SPINDOLA; MARTINS, 2007; GUERRER; BIANCHI, 2008; PINHO; ARAUJO, 2007; PRETO, 2008; SCHMIDT, 2009; MANETTI, 2009). No entanto, a participação do sexo masculino no setor de psiquiatria encontrada na amostra (25,8%) é considerada alta quando comparada com outros estudos do perfil dos enfermeiros em geral do Brasil (SCHMIDT, 2004; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2004; CARANDINA, 2003; GUIDO, 2003; SPINDOLA; MARTINS, 2007; GUERRER; BIANCHI, 2008; PINHO; ARAUJO, 2007; PRETO, 2008; SCHMIDT, 2009; MANETTI, 2009).

Vários estudos constataam a predominância feminina em todas as categorias de trabalhadores de enfermagem. No trabalho de Lopes e Leal (2005) os índices apontavam uma porcentagem de mulheres entre os enfermeiros de 94,1%; entre os técnicos de enfermagem esse índice baixava para 89%, e entre os auxiliares de enfermagem os percentuais apontavam 91,5%. No presente estudo a proporção de mulheres foi de 90,63% e 69,47% entre os profissionais de nível médio de enfermagem. O mesmo trabalho de Lopes e Leal (2005) apontou que o aumento de homens na profissão foi gradual e estável, o que se

deveu, sobretudo, à “segurança, estabilidade e garantias” de postos de trabalho que a área oferece.

Wainberg (2004) destacou que “qualidades naturais” masculinas para o trabalho relacionavam-se ao uso da força física. Esses argumentos são sustentados pelos próprios trabalhadores que vêem nesses atributos o fortalecimento de sua condição masculina e a garantia do exercício de tarefas ou atividades exclusivas a esses atributos.

Existem, portanto, articulações entre as categorias gênero e trabalho na enfermagem expressas na segregação por atividades e por especialidades da área. A falta de estudos mais abrangentes, neste momento, não permite que se discutam quais são essas áreas de concentração e preferência. No entanto, essa constatação está presente em estudos de caso anteriores, por exemplo, em “O sexo no Hospital”, publicado em 1996 (LOPES, 1996). Assim, a prática evidencia que existe uma seletividade induzida pelo mercado de trabalho que se baseia no tipo de necessidades assistenciais definidas, por sua vez, pela medicina no campo da assistência individual e pelo aparato técnico e tecnológico empregado na terapêutica. Existem áreas que, tradicionalmente, concentram maior número de mão-de-obra masculina, como a assistência psiquiátrica, a ortopedia e os serviços radiológicos, entre outros. Essa tradição segue as características das práticas terapêuticas vinculadas ao uso da força física e baseadas na noção de risco técnico. Executar atos de contenção, tracionar, irradiar, são verbos conjugados nos processos de trabalho da enfermagem nesses setores. Nessa perspectiva, Kergoat (1987) afirma que é baseada na força física que repousa a lógica social das práticas masculinas no cuidado de saúde.

A situação conjugal da amostra foi semelhante entre as categorias enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem (69% para enfermeiros com parceiros e 66% dos profissionais de nível médio de enfermagem com parceiros). Os dois grupos profissionais – enfermeiros e profissionais de nível médio – diferem quanto a ter ou não filhos. Apenas 37,5% dos enfermeiros têm filhos; entre os profissionais de nível médio 78% possuem filho; diferença importante que pode implicar em uma percepção de maior ou menor estresse ocupacional.

Stacciarini e Tróccoli (2001) encontraram taxas de 63,6% para enfermeiros docentes e 60% de enfermeiros assistenciais casados. No trabalho de Silva e Marziale (2000) com um total de 199 trabalhadores, sendo 47 enfermeiros e 152 auxiliares de enfermagem, evidenciaram estado civil casado (52,3%) e com filhos (68,3%) na amostra total.

Características Profissionais da equipe de enfermagem que atua na assistência psiquiátrica e de saúde mental

Em relação ao duplo vínculo 28,12% dos enfermeiros possuem outro vínculo empregatício, entre os profissionais de nível médio de enfermagem, 26,91% apresentam outro vínculo. Na amostra de Schimdt (2009), apenas 22,7% dos 203 enfermeiros mantinham duplo vínculo, valor menor quando se compara enfermeiros e profissionais do nível médio de enfermagem do presente estudo que ficou em 32,51% com duplo vínculo empregatício.

Na amostra total de profissionais de enfermagem 18,4% citaram como atividade significativa o cuidado com a casa, família e filhos. Aspectos relacionados nas respostas dos trabalhadores, como ser mãe e cuidar de casa, perpassam a realidade de muitos trabalhadores que realizam dupla ou tripla jornada, ao se somarem atividades profissionais àquelas realizadas no âmbito doméstico. Esta sobrecarga, segundo Spindola et al (2007) leva os profissionais à exaustão e a comprometimentos físicos. Confirmando essa análise, um estudo sobre mães-trabalhadoras de enfermagem de uma instituição pública constatou que a sobrecarga de trabalho contribui para o cansaço e desgaste dessas mulheres que frequentemente negligenciam o auto cuidado, em função da “falta de tempo”, ficando expostas aos agravos à saúde (SPINDOLA, 2002).

No entanto, outros estudos relacionados ao estresse entre enfermeiras, mostraram que atividades ligadas à vida pessoal, tais como responsabilidades com a casa e filhos ao invés de estressantes podem funcionar como suporte emocional (STÁCCIARINI E TRÓCCOLI, 2001).

Entre outras atividades relevantes se destacou, também, na resposta dos enfermeiros: a pós graduação (22%), indicando um maior investimento na

carreira. Entre os profissionais de nível médio de enfermagem, o investimento na carreira foi citado apenas em 9% das respostas. Sugerindo diferenças no investimento da carreira entre as categorias de enfermagem.

Nas características profissionais, a carga horária de 30 horas prevaleceu na amostra total (77%). Dado importante, já que, atualmente, está em processo de tramitação o projeto de lei federal nº 2295/2000 que pretende fixar a carga horária de 30 horas semanais para os profissionais de enfermagem.

A enfermagem é uma profissão que tem como objetivo a preservação da vida e a promoção da saúde. Representa mais de 50% das equipes de saúde e atuam praticamente em todas as instituições de saúde do país. A grande maioria dos pacientes que necessitam de cuidados relativos à saúde, são atendidos por profissionais de enfermagem.

Dessa maneira, é um trabalho que necessita ser cautelosamente regulamentado, a fim de dar condições ao profissional para prestação de um serviço de qualidade, o que também beneficia o paciente e todo sistema a saúde. O Projeto de Lei nº2295/2000 prevê a redução do estresse laboral, o que acarretará em uma melhoria na qualidade da assistência dada, diminuindo o risco de falhas, e ainda possibilitará um aprimoramento profissional, pois os enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem terão mais tempo para se especializar e aumentar seus conhecimentos. Tais conseqüências serão benéficas a todos os trabalhadores e instituições de saúde.

De acordo com o levantamento do COREN-SP, 9,5% dos municípios paulistas já praticam carga horária de 30 horas semanais para todos os profissionais de enfermagem, enquanto que 62,8% têm jornadas de 40h/semana. Todos os demais têm cargas diferentes para enfermeiros, técnicos e auxiliares, variando entre a casa de 30 (normalmente 30, 32 e 36) até 40 a 44 horas. No geral, 178 cidades (27,6% do total) possuem jornadas de 30 horas semanais para pelo menos uma categoria dentro da enfermagem.

Acreditamos nos benefícios da aprovação do PL 30 horas e somente sua aprovação não terá impacto imediato na saúde do trabalhador, há de se pensar ainda em proibições de horas extras, o total equacionamento do numero de

funcionários, a manutenção do mesmo horário de atendimento com mínimo de rodízio, piso salarial, para só assim impactar nos profissionais de enfermagem.

Quanto à escolha do setor, puderam escolher o setor de psiquiatria, 78% dos enfermeiros, e 54% dos profissionais de nível médio de enfermagem. No estudo de Schmidt (2009), 80,6% dos profissionais de enfermagem puderam escolher a área em que atuam.

A insatisfação salarial na amostra de profissionais de enfermagem do setor de psiquiatria e saúde mental foi maior entre os enfermeiros, no entanto ambas as categorias enfermeiros (50%) e profissionais de nível médio de enfermagem (63%) consideram de médio a bom seu salário. Schmidt (2009) encontrou associação positiva entre qualidade de vida no trabalho e salário ($p=0,006$) entre os 203 trabalhadores de enfermagem de sua amostra. Para Stacciarini e Tróccoli (2001) a questão salarial como elemento estressor só foi relacionada aos enfermeiros docentes. Schmidt e Dantas (2006) destacaram que a profissão é mal remunerada no país, o que faz com que os trabalhadores optem por mais de um emprego.

41% dos enfermeiros consideraram a área de psiquiatria e saúde mental com mais fatores de sobrecarga que os locais anteriores de trabalho, 16% dos enfermeiros acharam os locais indiferentes e 34% responderam que a assistência em psiquiatria apresenta menos fatores de sobrecarga. Entre os profissionais de nível médio de enfermagem 22% consideraram a psiquiatria com mais fatores de sobrecarga que o emprego anterior, 37% indiferente e 34% acharam que a psiquiatria apresenta menos fatores de sobrecarga.

Pode-se pensar em explicações para esses dados: para os enfermeiros o fato de haver mais sobrecarga no emprego atual na psiquiatria pode relacionar-se à valorização do trabalho nessas unidades, que em geral são vistas como serviços que tratam de pessoas com condição crônica de difícil controle e, como o tratamento, é centrado na interação isto muitas vezes é visto como tarefa fácil; por outro lado, o trabalho de conter o outro, que está em surto ou cujas habilidades de interação estão comprometidas, seja percebido como mais difícil e que impõe mais demandas ao enfermeiro.

Uma hipótese para a percepção de menos sobrecarga no trabalho para os profissionais de nível médio de enfermagem nas unidades psiquiátricas parece relacionar-se à diminuição da demanda de procedimentos técnicos que em outras unidades se fazem mais presentes. Salienta-se que estas são suposições que poderiam direcionar outras investigações.

Um estudo que comparou diferentes locais de atuação da enfermagem comparou nível de estresse de instituição hospitalar quanto a unidades consideradas abertas e fechadas (BIANCHI, 2000). A classificação das unidades de atuação do enfermeiro em unidade aberta e fechada foi realizada levando-se em consideração o fluxo de pacientes e familiares. Considerou-se como unidade aberta a unidade de internação, unidade de pronto atendimento, comissão de controle de infecção e unidade de internação em maternidade. Como fechada foram englobadas as unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, centro de material, centro obstétrico, transplante de órgãos, endoscopia, berçário, hemodinâmica e hemodiálise. O estudo de Bianchi (2000) mostrou que o estresse está presente na atuação do enfermeiro em instituições hospitalares. A crença de que somente os enfermeiros que atuam junto ao paciente crítico são estressados não é sustentada. Os enfermeiros de unidades abertas apresentaram maior índice de estresse em relação àqueles que atuavam em unidades fechadas.

70% da amostra total nunca estiveram desempregados, sugerindo que a área da enfermagem apresenta altas taxas de empregabilidade. Dos que ficaram desempregados, o desemprego durou em média de 20 a 27,7 meses, todavia, 18,4% da amostra total consideraram o período de desemprego com mais fatores de sobrecarga que o período de trabalho no setor atual de psiquiatria.

O desemprego produz consequências para o trabalhador, em termos sociais, psicológicos, morais, bem como na formação de sua identidade. Esta perda do posto de trabalho tem sido associada com baixa auto estima e aumento da ansiedade e estresse (VEIGA E SILVA, 2007). Por outro lado, os mesmos autores citados anteriormente, argumentaram que o ciclo emprego-desemprego, não é sempre negativo, podendo ser uma oportunidade de crescimento também. Entende-se que há possibilidade de investigações sobre desemprego e estresse, importantes também para área de saúde mental do trabalhador.

O absenteísmo na presente amostra ficou em torno de 44,8% no último ano. Os motivos foram doenças para 54% dos enfermeiros e 79% para os profissionais de nível médio de enfermagem. Na Holanda, um estudo entre enfermeiras de unidades clínicas revelou que a frequência do absenteísmo por doenças associou-se significativamente número de horas trabalhadas (SCHREUDER et al, 2009).

No estudo de Silva e Marziale (2000) com 199 profissionais de enfermagem o absenteísmo mais presente, também, foi por doença (72,6%).

Estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental

Os resultados apontaram 28% das enfermeiras em alta exposição ao estresse ocupacional, 63% em exposição intermediária e 9% sem exposição. Em relação aos profissionais de nível médio de enfermagem que atuam em enfermagem psiquiátrica houve: 30% em alta exposição ao estresse ocupacional, 45% em exposição intermediária e 25% sem exposição ao estresse. Assim, no contexto da assistência psiquiátrica e de saúde mental quando se agrupam as duas categorias dos profissionais de enfermagem há 35% dos profissionais de enfermagem em alta exposição ao estresse ocupacional e 45% em exposição intermediária, totalizando 80% da equipe exposta ao estresse ocupacional.

O estresse ocupacional na assistência psiquiátrica foi também apontado por autores como Bandeira; Ishara; Zuardi (2007), Costa e Lima (2002), Carvalho e Felli (2006), Nunes (2000) que apesar, de utilizarem recursos metodológicos diferentes e amostras pequenas e diversas, apontavam o ambiente psiquiátrico e de saúde mental brasileiro com alta carga de estresse para seus trabalhadores.

Conforme o modelo teórico utilizado, o estresse ocupacional é resultante de muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de trabalho é um modelo bidimensional desenhado para avaliar aspectos psicossociais do trabalho (KARASEK, 1979). No ambiente de trabalho são identificadas diferentes situações que podem tanto expor o indivíduo ao risco de desenvolver distúrbios de ordem

física e psicológica, quanto influenciar a motivação para desenvolver novos padrões de comportamento, que fazem um enfrentamento positivo ao estresse merecendo, portanto, a atenção da saúde do trabalhador para esses aspectos.

Os problemas pessoais para 38% dos enfermeiros e 33% dos auxiliares/técnicos de enfermagem poderiam estar contribuindo para a sobrecarga no estresse. Em relação a problemas familiares, 31% dos enfermeiros e 29% dos auxiliares/técnicos afirmaram que poderiam estar influenciando a sensação de sobrecarga. Manetti (2009) encontrou em sua amostra de enfermeiros que 53,42% afirmaram mudanças significativas em suas vidas no último ano, sendo 56,35% dessas mudanças de natureza pessoal.

Uma crítica ao modelo de Karasek publicado em 1979 implicava que as relações sociais no ambiente de trabalho eram incluídas somente de forma indireta. Desenvolvimentos posteriores levaram a incorporar essa dimensão por meio do conceito de apoio social, representado pelas relações interpessoais do trabalhador com seus colegas e chefia. Quando tais relações são de apoio, constituem um importante fator protetor para o trabalhador (LIMONGI-FRANÇA E RODRIGUES, 2005).

O apoio social foi referido por ambas as categorias: 38% dos enfermeiros a consideraram alta e 47% dos auxiliares/técnicos referiram alto apoio social.

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. Schmidt (2009) inferiu em seu estudo que devido à média encontrada do domínio Apoio Social ser alta, os profissionais de enfermagem poderiam apresentar percepção de seu trabalho como sendo menos estressante.

Baseados na literatura encontrada podemos inferir, que os profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental do presente estudo poderiam apresentar menor percepção do estresse ao estresse ocupacional, uma vez que obtiveram maior média para a medida Apoio Social e o constructo senso de coerência.

Aspectos de saúde física dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental

Quanto à saúde física dos trabalhadores de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental, 50% dos enfermeiros e 43% dos auxiliares e técnicos referiram acordarem descansados. Rocha e De Martino (2009) encontraram que a qualidade do sono dos enfermeiros do turno da manhã estava relacionada ao estresse e o aumento nos níveis de estresse resultou em prejuízo da qualidade do sono para estes sujeitos. Segundo um estudo espanhol, a insônia pode ser considerada como um importante preditor de adoecimento (OHAYON; SAGALES, 2010).

Em relação ao corpo, 63% dos enfermeiros não estão satisfeitos com o seu corpo. Entre os auxiliares/técnicos de enfermagem, a insatisfação com o corpo foi referida por 66% dos participantes. Apesar da insatisfação em relação ao corpo, os enfermeiros (72%) classificam sua saúde entre boa a excelente, e entre os auxiliares/técnicos esse número fica em 74%. Isto sugere que a insatisfação pode estar mais relacionada à estética que a aspectos de saúde física.

A média de IMC entre os enfermeiros ficou em 25,61 kg/m² (sobrepeso) e entre os auxiliares/técnicos 27,99 kg/m² (sobrepeso). Na amostra total, 50% não praticam nenhum tipo de exercícios físicos.

Maia et al (2007) objetivaram identificar fatores de riscos modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem de um hospital geral, os auxiliares de enfermagem em seu trabalho apresentaram maior índice de IMC e estresse e o sedentarismo estava presente em mais da metade da amostra, corroborando com os achados do presente trabalho.

Em um estudo que objetivou relacionar o processo de trabalho com o adoecimento entre os enfermeiros identificou se o estresse como principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas como hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus (MARTINS, et. al., 2010).

Na amostra do presente estudo, encontrou-se 39,9% de hipertensos e 21,5% de diabéticos. Kroenke et al. (2007) relataram que as enfermeiras que

trabalhavam 40 horas ou mais por semana tinha o risco aumentando para o desenvolvimento de diabetes do tipo 2.

Em um estudo nacional, foram entrevistados 1.287 profissionais de enfermagem, com intuito de verificar a prevalência de Diabetes Mellitus autorreferida; identificar os principais fatores de risco para a Diabetes Mellitus (DM) e, entre os que já possuem a doença, identificar as dificuldades relacionadas a seu controle. Observou-se a prevalência de 3% de DM autorreferida. Os principais fatores de risco reconhecidos foram: idade, sexo, peso e histórico familiar. Dentre estes, o excesso de peso é o único fator modificável, portanto, deve-se considerar a importância de uma alimentação correta, assim como a prática de atividade física por esses profissionais (MARTINS et al., 2010). Detectou-se que o plantão noturno concentrava mais metade dos diabéticos. A prevalência de DM autorreferida no estudo de Martins et al (2010) de 3% foi menor do que a esperada para a população geral da cidade de São Paulo (4,7%) (GOLDENBERG, SCHENKMAN, FRANCO, 2003) e menor quando se compara com os 21,5% do presente estudo com profissionais de enfermagem da assistência psiquiátrica.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do DM, especialmente, o tipo 2 podem ser classificados em não modificáveis e modificáveis. Dentre os não modificáveis, podemos citar: idade, história familiar e presença de diabetes gestacional prévia. Os fatores modificáveis são de grande importância, visto que podem ser alvos de intervenção, destacando-se: obesidade, alimentação, sedentarismo, tabagismo e estresse psicossocial (LYRA, OLIVEIRA, LINS, CAVALCANTI, 2006).

Outro fator que aumenta a concentração de gordura abdominal (SHIMOKATA; MULLER; ANDRÉS, 1989), reduz a sensibilidade insulínica (FRATI; INIESTRA; ARIZA, 1996) e eleva demasiadamente a concentração glicêmica (JANZON, et. al., 1983) é o uso de tabaco. A quantidade de cigarros e o tempo de tabagismo parecem estar relacionados ao risco de diabetes melitus (UCHIMOTO et al., 1999).

Em relação à hipertensão arterial, dos 40 profissionais militares da área de enfermagem que participaram do estudo de Soares et al (2012), apurou-se que

32,5% dos participantes demonstraram valores pressóricos considerados normais, 50,0% valores considerados limítrofes e 17,5% comprovaram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), número abaixo do encontrado na presente amostra. O estresse, nesse mesmo estudo, foi o fator de risco mais encontrado como constante do estilo de vida dos profissionais, logo em seguida estão sedentarismo e má-alimentação. O tabagismo foi declarado por 7% dos entrevistados, valor abaixo do encontrado no presente estudo, que ficou em 16% de tabagistas (SOARES et al, 2012).

No Brasil, a HAS atinge uma parcela de 20% da população total. Os dados do presente estudo evidenciaram índices maiores que os nacionais para hipertensão arterial sistêmica apontando para a necessidade de intervenção.

As principais queixas físicas foram: algias (cefaléia e músculo-esqueléticas), cansaço, insônia, sobrepeso, hipertensão e problemas estomacais.

Feng, Cheng e Mao (2007) sugeriram 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. É possível que isto explique o grande número de queixas de algias do tipo músculo esquelética no estudo. Já Schmidt (2009) encontrou em seu estudo, uma frequência de 38,9% de referências de queixas na região lombar nos últimos 12 meses. Outros estudos também demonstraram doenças ósteo musculares acometendo os trabalhadores de enfermagem (ALEXANDRE; 1998; BOTHÁ; BRIDGER, 1998).

Quando abordados sobre problemas de saúde em que o médico relatou o estresse como uma das possíveis causas, 41% dos enfermeiros referiram ter ou já ter tido problemas de saúde relacionados ao estresse, com valores de 45% entre profissionais do nível médio de enfermagem. Os principais diagnósticos foram: cefaléia, agitação, insônia, cansaço contínuo, dores musculares, depressão, hipertensão, impaciência e nervosismo. Destaque que o problema de saúde mais citado foi de depressão entre os profissionais de nível médio e entre os enfermeiros a dor de estômago.

Segundo Baba et al (1999), a depressão é definida pelo prolongamento de sentimentos negativos e a incapacidade de concentração ou do funcionamento

normal. Na literatura, verificamos a existência de inúmeros estudos relacionados à depressão, mas, em contrapartida, a prevalência de depressão entre os profissionais de enfermagem tem sido pouco pesquisada (FRANCO, BARROS, & NOGUEIRA-MARTINS, 2005). No estudo recente de Moreira e Furegato (2013), realizado com dois grupos de estudantes de enfermagem (bacharelado e licenciatura), cursando o último período, mostrou que o estresse pode ter relação com a presença de sintomas de depressão. Os escores de estresse acompanharam proporcionalmente as pontuações de depressão, ou seja, quanto maior a carga de estresse que o aluno apresenta mais suscetível estaria a apresentar sinais de depressão.

A literatura subestima a importância da depressão no entendimento da Saúde Ocupacional Mental (BABA et al, 1999), isso demonstra a necessidade da realização de novos estudos direcionados à população profissionais de enfermagem (FRANCO, BARROS, & NOGUEIRA-MARTINS, 2005), sobretudo diante da constatação empírica do aumento de número de trabalhadores de enfermagem com sintomas de depressão.

Um estudo realizado no Caribe entre trabalhadores de enfermagem, utilizando as variáveis *depressão*, *estresse* e *burnout*, encontrou forte correlação entre a saúde mental e o trabalho de enfermagem (BABA et al, 1999).

Em estudo realizado em 23 unidades de saúde do Estado de Minas Gerais – Brasil (MUROFUSE & MARZIALE, 2005), objetivando identificar os transtornos mentais e comportamentais apresentados por trabalhadores de enfermagem, foi constatado que durante o ano de 2002, um total de 692 trabalhadores de enfermagem teve diagnósticos relacionados a transtornos mentais e comportamentais, com diagnósticos classificados, segundo o Código Internacional de Doenças (CID), como *transtornos de humor (afetivos)* (54,3%), *transtornos neuróticos*, *transtornos relacionados com o estresse* e *transtornos somáticos* (28,7%) e os *transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas* (5,5%). Foi constatado que 40,8% dos diagnósticos foram vinculados a patologias legalmente consideradas como doenças do trabalho, entre as quais se destacaram os episódios depressivos. Os transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores de enfermagem se constituíram a

segunda causa da demanda de atenção prestada pelo Serviço de Medicina do Trabalho.

Manetti (2010) em seu trabalho com 292 enfermeiros de um hospital universitário do interior do estado de São Paulo, utilizando o Inventário de Depressão de Beck – I encontrou 9% dos enfermeiros com sintomas sugestivos de depressão.

As evidências científicas mostram que existem diversos fatores desencadeantes associados à depressão, quais sejam desequilíbrios químicos cerebrais, características de personalidade, vulnerabilidade genética e eventos situacionais. 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, 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 E MARZIALE, 2007; MANETTI, 2009).

No contexto da saúde, as estratégias e propostas para a prevenção da depressão enfatizam a melhora do suporte administrativo e do relacionamento interpessoal, entre a equipe de enfermagem e demais profissionais, a melhor divisão do trabalho entre um número adequado de profissionais, apoiados no gerenciamento da depressão e a redução do estresse relacionado ao trabalho, e a implantação de programas de atenção a saúde do trabalhador.

Candeias (1992) destacou ainda outros sintomas de estresse, como: dor de cabeça, tensão muscular, alteração no batimento cardíaco, dores de estômago e irritação, sintomas que também foram citados pelos profissionais de enfermagem em que o médico relacionou a queixa clínica com estresse. Segundo Lipp (2000) a hiperacidez estomacal sem causa aparente está entre os sintomas

de estresse, o que poderia justificar as queixas estomacais encontradas entre enfermeiros.

No estudo de Preto (2008), em relação às manifestações causadas pelo estresse, as associações também foram fisiológicas e psicológicas. Chamou atenção em relação a aspectos psíquicos, a questão do desestímulo, desânimo e cansaço mental, como os encontrados no presente estudo.

Uso de substâncias psicotrópicas (álcool, tabaco e auto medicação) nos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica

O abuso de substâncias psicotrópicas envolve uma auto-administração de compostos psicoativos. Este consumo, segundo Beck e David (2007), causa sofrimento orgânico e psíquico para a pessoa e alterações que são refletidas multidimensionalmente na sociedade, na família, nos estudos e no trabalho.

O uso de substâncias psicotrópicas, que no presente estudo restringiu-se ao álcool, tabaco e medicamentos psicotrópicos, têm se tornado em um problema multidimensional, que não se limita a uma relação circunscrita entre a pessoa e as drogas. É importante considerar a interação que ocorre entre os elos de um determinado contexto, valores, crenças, características sócio econômicas, políticas, incluindo, também, o trabalho (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

Profissões de risco para este tipo de abuso são aquelas que se desenvolvem em ambientes estressantes, como o trabalho noturno e aquelas que requerem atenção constante (MARTINS; ZEITOUNE, 2007). Dentro dessa perspectiva não devemos ignorar o contexto do trabalho para o uso de substâncias psicotrópicas, que segundo Martins et al. (2009), está se tornando mais prevalente, alterando as relações de trabalho, interpessoais, familiares e de saúde.

O fácil acesso às substâncias e a atuação em ambientes estressantes são considerados fatores de risco para uso de substâncias psicotrópicas entre profissionais de enfermagem e seu uso está associado com esta disponibilidade (MARTINS; ZEITOUNE, 2007; MARTINS et al. 2009).

Situações adversas associadas com sobrecarga de trabalho motivam o uso de drogas ou substâncias psicotrópicas submetendo o trabalhador de enfermagem a uma diminuição do raciocínio, reflexos e outros efeitos nocivos (MARTINS; ZEITOUNE, 2007). Os efeitos do uso dessas substâncias são expressos por atrasos, absenteísmo, aumento da ocorrência de acidentes, assistência inadequada e conflitos interpessoais (BECK; DAVID, 2007).

As pesquisas mostram que o trabalho na enfermagem é fator de risco para uso e abuso de álcool e de outras drogas (DIAZ et al, 2011). Estudantes de enfermagem que participaram dos dois últimos anos de graduação citaram o consumo de substâncias psicotrópicas como uma forma de reduzir o desgaste resultante de exaustão psicofísica, atividades acadêmicas, estágios, como forma de minimizar a ansiedade, medos, preocupações e para relaxar (OLIVEIRA E FUREGATO, 2008). O estudo de Carvalho (2001) com estudantes de enfermagem mostrou uso de drogas psicoativas por várias razões, tais como insônia, estresse, obesidade, entre outros, e, também, na tentativa para se assemelhar aos outros que consomem álcool e drogas na faculdade.

Assim, o termo “uso problemático” se refere aos três últimos padrões de consumo de álcool, ou seja, inclui os padrões de consumo considerados de risco, uso nocivo e provável dependência (PILLON; CORRADI-WEBSTER, 2006; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

O uso problemático do álcool prejudica não só o indivíduo, mas o ambiente familiar, social e de trabalho, bem como gera custos à sociedade. O ambiente de trabalho apresenta diversos fatores estressantes, como os relacionados a condições do trabalho e aos fatores psicossociais que são passíveis de influenciar no rendimento, na satisfação laboral e na saúde do trabalhador, os quais favorecem a presença do estresse ocupacional. Lopes (2011) investigou 925 servidores técnico-administrativos de uma universidade pública do estado de São Paulo. A prevalência do uso problemático do álcool foi de 13,19%, com 27,35% de abstêmios no último ano. Na amostra do presente estudo, o uso problemático esteve em 9% nas enfermeiras e em 8% nos profissionais de nível médio. A taxa de abstêmios no último ano ficou em 25% dos enfermeiros e 40% entre os profissionais de nível médio.

Apesar do uso problemático de 8% da amostra total (enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem) esteja abaixo do encontrado por Laranjeira et al (2007) que foi de 12% e Lopes (2011) de 13,19%, devemos considerar os seguintes fatores: a maioria das participantes do estudo era do sexo feminino e, de acordo com Bradley e colaboradores (2003), os transtornos de álcool são menos prevalentes entre mulheres, embora essa prevalência tenha aumentado e outro fator que pode ter influenciado é que os participantes podem não ter assinalado o real consumo de álcool.

Moore et al (2007) considerando os fatores e vulnerabilidade genética e o acréscimo da instabilidade no ambiente domiciliar dos trabalhadores pesquisados cujos pais, ambos ou não, consumiam bebidas alcoólicas, pretenderam examinar se o consumo de álcool decorrente do estresse no trabalho apresentava relação com o ambiente domiciliar onde os participantes foram criados a fim de identificar possíveis grupos vulneráveis ao consumo de álcool para redução da tensão no trabalho. Como esperado pelos autores, constatou-se que os adultos trabalhadores com ambos os pais que bebiam problemáticamente eram mais propensos a fazer uso de álcool para a redução da tensão no trabalho. Portanto, o uso do AUDIT associado à história de vida do trabalhador pode ser uma ferramenta útil na avaliação das necessidades de intervenções preventivas ou de intervenção na saúde do trabalhador.

No presente trabalho, considerando se toda a amostra de profissionais de enfermagem (n=163), 89,57% estão em uso de baixo risco ou abstinência, 6,74% estão em uso de risco e 1,22% estão em uso nocivo. Na amostra de Lopes (ano), 86,81% estão em baixo risco ou abstinência, 11,57% em uso de risco e 1,119% em uso nocivo e 0,43% de prováveis dependentes. Ou seja, os valores foram próximos aos abstinência e ao uso nocivo, lembrando que Lopes (2011) abordou trabalhadores de um campus universitário.

O uso de tabaco ficou em 9% entre os enfermeiros e 18% entre os profissionais de nível médio de enfermagem, média de 11 cigarros por dia. Quatorze pessoas (54% dos fumantes) afirmaram aumentar o consumo de tabaco em momentos de sobrecarga. A automedicação de psicotrópicos ficou em torno de 6% entre enfermeiros e 13% entre os auxiliares de enfermagem. As

manifestações que levaram a automedicação de psicotrópicos foram insônias, ansiedades e depressões.

Maia et al. (2007) encontraram uma taxa maior de tabagismo (28%) entre auxiliares/técnicos de enfermagem. Como o estudo citado é de 2007 é possível que efeitos da campanha antifumo tenham influenciado os dados do presente estudo. Os achados do uso de psicotrópicos, principalmente para insônia e dificuldade de dormir, reforçam os relatos anteriores de os profissionais não terem boa qualidade de sono. O dano à saúde causado pelo uso de medicamentos para dormir já é conhecido na literatura. Entretanto, o trabalho de Rocha e De Martino (2009) reafirmou esse dado. Enfermeiros que utilizavam medicamentos para dormir, na sua totalidade (100%), apresentaram uma qualidade de sono ruim quando comparados aos enfermeiros que não utilizavam medicamentos para dormir.

Em um estudo, que procurou identificar o uso de drogas psicoativas entre trabalhadores de enfermagem hospitalar, encontrou-se que a maioria era do sexo feminino, casada, católica, entre 45-61 anos, com filhos, renda familiar de três salários mínimos, com 21 anos de serviço, turnos de trabalho 12 x 36 h, com trabalhos domésticos associados. Esses profissionais referiram que seu ambiente de trabalho era estressante, relataram ter conhecimento dos efeitos das substâncias psicoativas e informaram que os problemas de saúde mental são os fatores principais para a utilização destas substâncias. Nessa amostra 48,5% tinham usado ou ainda utilizavam substâncias psicotrópicas, prevalecendo os ansiolíticos prescritos por receitas médicas do próprio local de trabalho, coincidindo com um dos motivos para a automedicação o presente trabalho (PIN, 1999).

Outros autores realizaram entrevistas com trabalhadores de enfermagem de um hospital, com o objetivo de entender como foi para eles lidar com substâncias psicoativas. Houve desconfiança para falar sobre isso, mas à medida que verbalizaram as suas experiências relacionadas com os medicamentos psicotrópicos, os sujeitos reconheceram a importância de refletir e discutir a questão, além disso, mostraram-se pouco preparados frente a situações que envolvam a utilização destas substâncias. Tendo em conta os problemas

causados pelo consumo excessivo, sugestões foram feitas a partir da formação profissional que poderia incluir na grade curricular discussões sobre o assunto, incentivando os futuros profissionais a perceberem esse fenômeno e suas consequências (MARTINS E CORREIA, 2004).

O consumo de substâncias pelos trabalhadores de enfermagem representa a falta de cuidado consigo mesmo (DIAZ et al, 2011) e que o uso dessas substâncias por uma equipe de enfermagem é uma realidade que deve ser abordada e resolvida.

Senso de coerência dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental

O senso de coerência dos enfermeiros foi de 145 (D.P.= 15) e entre os profissionais de nível médio foi de 142 (D.P.= 23,4). Schmidt (2009) encontrou uma média de 144,6 (D.P.=22,6) entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Rothman et al. (2002) entre farmacêuticos, 148,23 (D.P.=20,22) e na revisão sistemática realizada por Eriksson e Lindström (2005), em que foram abordados 124 estudos que utilizaram a versão com 29 itens do QSCA, obteve-se valor para a medida do SC entre 100,5 (28,5) e 164,5 (D.P.=17,1).

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 o SC e a medida de Qualidade de Vida ($r=0,30$, $p=0,000$) no trabalho Schmidt (2009) dá suporte a esse aspecto.

Porém, cabe ressaltar que o valor mínimo do SC encontrado entre enfermeiros foi de 117 e entre os auxiliares/técnicos 74, valor baixo para o SC (SCHMIDT; DANTAS, 2011). Na presente amostra, a variação dos escores de SC é maior entre os auxiliares/técnicos.

Correlações significativas encontradas nas variáveis estudadas em relação ao estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental

Correlações entre as medidas de estresse ocupacional foram encontradas em relação ao local de trabalho das enfermeiras ($p=0,01$). Ou seja, na enfermaria psiquiátrica em hospital geral nenhuma enfermeira encontra-se em alta exposição ao estresse. No Hospital Dia as enfermeiras apresentam exposição ao estresse, pois estão no nível de estresse intermediário a alta exposição. No Hospital Psiquiátrico não houve enfermeira sem exposição ao estresse e encontram-se altos valores de alta de exposição ao estresse.

O achado relativo a que na enfermaria psiquiátrica de um hospital geral não ter sido identificado nenhum enfermeiro em alta exposição ao estresse e no hospital psiquiátrico não haver enfermeiro sem estar exposto ao estresse chama-nos a atenção, pois ambos são unidades consideradas fechadas com presença de internações de pacientes psiquiátricos crônicos. O achado de não haver enfermeira em exposição ao estresse em enfermaria psiquiátrica de um hospital geral corrobora com os achados do trabalho de Brito (2006) que investigou a condição de estresse entre enfermeiros que trabalham em unidades de assistência aos portadores de transtorno mentais e encontrou que os enfermeiros estudados tenderam a avaliar seu trabalho como não sendo altamente estressante. Essa situação nos faz inferir que vários outros fatores influenciam a percepção de estresse e que diferentes locais de assistência psiquiátrica e de saúde mental podem estar associados a diferentes níveis de estresse ocupacional.

Possíveis diferenças de enfermaria psiquiátrica de um hospital geral não ter enfermeiras com alta exposição ao estresse e hospital psiquiátrico ter 47% das enfermeiras com alta exposição pode estar pautada na organização do serviço e na relação quantitativa entre enfermeiros e pacientes.

Considerando o número de vagas para internação dessas unidades, temos 22 leitos na enfermaria psiquiátrica de um hospital geral para 11 enfermeiros, o que corresponde uma relação dois pacientes por enfermeiro. No hospital psiquiátrico são 200 leitos para 16 enfermeiros, correspondendo 12,5 pacientes

por enfermeiro. No hospital dia são sete pacientes por enfermeiro. O que remete a discussão do quanto um dimensionamento adequado de profissionais de enfermagem para assistência é importante. Essa importância está tanto no número de profissionais por pacientes como no número adequado de cada categoria de enfermagem por paciente.

Outra possibilidade seria considerar características de sobrecarga decorrentes da gravidade do quadro de pacientes. Aqueles com condições mais graves e de difícil manejo são os que demandam internação em serviços psiquiátricos de internação integral, como hospital psiquiátrico que tem alta pressão de demanda por esse tipo de atendimento.

Hannigan e cols. (2000), estudando enfermeiros de saúde mental comunitário, observaram alto nível de exaustão emocional. Happel e cols. (2003), aplicando o MBI, em enfermeiros psiquiátricos encontraram *burnout* de nível médio a moderado. Robinson e cols. (2003) observaram altos níveis de exaustão emocional entre enfermeiras psiquiátricas. Tais achados parecem convergir com os resultados encontrados no presente estudo relacionados à exposição, de intermediária a alta, de estresse em uma unidade de hospital-dia e em uma unidade fechada de longa permanência, quando considerada a categoria enfermeira.

Estudo desenvolvido na Inglaterra mostrou que, em hospitais com maior quantidade de pacientes por enfermeiro, as taxas de mortalidade foram 26% mais altas que em hospitais com proporção adequada desse profissional (RAFFERTY et al., 2007). Ademais, a falta de profissionais gera a necessidade de dupla jornada de trabalho e realização de horas extras, conseqüentemente maior exposição ao estresse aos profissionais.

Em relação à sobrecarga de trabalho, cabe à coordenação de enfermagem calcular o dimensionamento do pessoal de enfermagem a fim de garantir número de profissionais de enfermagem suficientes para garantir uma assistência de qualidade e segura. É necessário que esse cálculo tenha ciência dos representantes legais para a contratação do número adequado e caso não haja interesse por parte da instituição, deve-se formalizar uma denúncia junto aos

Conselhos Regionais de Enfermagem para providências legais para adequação dessa situação.

O numero de profissionais suficientes leva em consideração a carga de trabalho ideal. O dimensionamento e a adequação quantitativa e qualitativa do quadro de profissionais de enfermagem são regulamentados pela resolução nº 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, baseada em características relativas à instituição/empresa; ao serviço de enfermagem; à clientela: sistema de classificação de clientes/pacientes (SCP) e à realidade sociocultural e econômica. Considerando esse referencial, para a unidade de internação psiquiátrica, deve-se classificar o cliente, tomando como base as suas características assistenciais, adaptando-se ao SCP em nível de assistência mínima ou autocuidado, assistência intermediária, assistência semi intensiva ou assistência intensiva. O cliente especial, ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários.

Evidências científicas indicam que uma instituição que não provê número e condições de trabalho adequadas à enfermagem tem taxas mais altas de quedas, de úlceras de pressão, de erros de medicação de infecção hospitalar e de readmissão, aumentando o numero de permanências nas instituições de saúde e a mortalidade dos pacientes (ICN, 2007).

Para adequar o cuidado de enfermagem aos paradigmas do século XXI é necessário desenvolver, promover e sustentar a retenção de profissionais criativos e comprometidos, com habilidade, com competência e responsabilidade. Para tanto, devem trabalhar em ambientes com filosofia e recursos que promovam e sustentem melhoras contínuas. Os investimentos devem priorizar as pessoas que são cuidadas e as que cuidam.

Ambientes positivos de prática afetam não apenas a enfermagem, mas outros profissionais de saúde, e permitem que se alcancem excelência na prática, melhorando os resultados do cuidado ao paciente.

Entre profissionais de nível médio de enfermagem, não houve associação estatisticamente significativa entre exposição ao estresse ocupacional com local

de trabalho ($p=0,77$). No hospital dia houve um representante em cada categoria de exposição ao estresse e no hospital psiquiátrico havia 40% de profissionais de nível médio de enfermagem em alta exposição ao estresse, 38% em exposição intermediária e 22% sem exposição ao estresse.

Esses dados nos fazem questionar o porquê de não terem sido encontrados enfermeiros em alta exposição ao estresse na enfermaria psiquiátrica de um hospital geral e um percentual de 30% de profissionais de nível médio de enfermagem em alta exposição. As questões vão desde se os profissionais de nível médio de enfermagem são os mais expostos por estarem mais próximos da assistência a se os fatores de grau de conhecimento técnico e fatores socioeconômicos influenciam fortemente a exposição ao estresse, entre outros. Concluímos que uma das hipóteses levantadas no estudo se confirmou, ou seja, os enfermeiros e profissionais de nível médio apresentam graus diferentes de exposição ao estresse ocupacional e que por serem grupos tão diferentes no Brasil, seja no aspecto técnico e/ou socioeconômico deveriam ser estudados separadamente para demandarem estratégias diferenciadas de planos de assistência ao trabalhador.

Considerando as outras correlações, o ambiente de trabalho inadequado associou-se com alta exposição ao estresse entre as enfermeiras ($p<0,01$) e profissionais de nível médio ($p=0,02$). Ambiente de trabalho satisfatório associou-se a exposição intermediária ao estresse.

Longas e imprevisíveis jornadas de trabalho verificadas no estudo de Rogers et al. (2004) sugerem ligação entre más condições de trabalho e ameaças à segurança do paciente e profissional de enfermagem.

Instituições que enfrentam dificuldades para promover boas condições de trabalho à enfermagem podem colocar seus pacientes em situação de maior vulnerabilidade para ocorrência de erros. O contingente de profissionais de enfermagem além de ser o maior entre os profissionais de saúde, tem posição privilegiada para dirimir a possibilidade de erros atingirem o paciente, bem como detectar precocemente as complicações, atuar rapidamente para minimizar seus eventos adversos e proporcionar segurança ao paciente (AIKEN et al., 2003; AIKEN, 2005; CHEUNG et al., 2008).

Em 2006, a Organização Mundial da Saúde identificou uma crise global de falta de mão de obra em saúde, com destaque para a enfermagem como prioridade de ação. As razões para a presente crise de falta e de deficiências na formação profissionais de enfermagem são várias e complexas, sendo as condições inadequadas de trabalho seu motivo chave.

Condições de trabalho inadequadas afetam a saúde física e psicológica de profissionais de enfermagem por causarem estresse eminentemente relacionado a longas jornadas de trabalho, baixo valor social, baixa remuneração e problemas de relacionamento no local de trabalho e no desempenho da função profissional, associados a uma série de insalubridades nas atividades cotidianas.

Braumann (2007) aponta que várias características de qualidade no ambiente de trabalho da enfermagem afetam diretamente a qualidade do cuidado fornecido ao paciente. São eles: satisfação com o trabalho, quantidade de profissionais, quantidade de profissionais segundo o tipo de categoria, proporção enfermagem/ paciente, trabalho em equipe, jornada de trabalho, lesões ocupacionais e violência contra o profissional.

No estudo de Tamayo e Trócoli (2002), verificou-se uma predominância de variáveis de percepção de suporte organizacional na correlação e na predição de exaustão emocional, considerada como fator central do *burnout*, em comparação com as variáveis de *coping*. Essa constatação reforça o argumento de Aiken e Sloane (1997), acerca de que o *burnout* está mais relacionado a características do ambiente de trabalho do que a característica do trabalhador.

Sentir-se muito satisfeito com a vida profissional se associou com ausência de estresse ocupacional e não estar satisfeito ou completamente insatisfeito associou-se a alta exposição do estresse ocupacional entre a categoria profissional de nível meio de enfermagem ($p=0,01$).

Apesar da associação acima citada, devido à sua complexidade, a satisfação no trabalho e/ou vida profissional tem sido definida de diferentes maneiras, dependendo do referencial teórico considerado. As conceituações mais frequentes referem-se à satisfação no trabalho e vida profissional como sinônimo

de motivação, atitude ou estado emocional positivo, havendo, ainda, os que consideram satisfação como oposto de insatisfação (MARTINEZ, 2002).

A associação entre satisfação com vida profissional e estresse ocupacional mostra a necessidade de se conhecer os fatores que causam satisfação, o que poderia melhorar e os que causam insatisfação, para que assim possamos decidir sobre as condições que devem ser proporcionadas aos trabalhadores de enfermagem. Na área da saúde o baixo nível de satisfação no trabalho pode causar consequências para o indivíduo, afetando sua atitude em relação à vida, à família e a si mesmo, como também para o desenvolvimento para o próprio trabalho, provocando absenteísmo, prejuízo na qualidade das atividades, maior número de acidentes de trabalho, desinteresse, apatia, refletindo diretamente na assistência prestada (SCHMIDT E DANTAS, 2006).

Não houve associação com as seguintes variáveis com o estresse ocupacional: sexo, idade, número de filhos, ter ou não companheiro, tempo de experiência na psiquiatria, carga horária, atividades extras, escolha do setor, salário, prática de exercícios físicos, estado de saúde atual, hipertensão, diabetes, automedicação de psicotrópicos, resultados no AUDIT e consumo de tabaco.

Comparação entre as diferenças estatisticamente significativas entre categorias de enfermagem (enfermeiras e profissionais de nível médio de enfermagem).

Na comparação entre os grupos enfermeiros e profissionais de nível médio, destacaram as variáveis estatisticamente significantes: idade ($p=0.05$), IMC ($p=0.05$), Domínio Demanda de Trabalho ($p=0.04$) e o Domínio Controle ($p=0,01$).

Os profissionais de nível médio são mais velhos. O IMC esteve normal (limítrofe) entre os enfermeiros ($25,61\text{Kg/m}^2$) e em sobrepeso (porém mais próximo a obesidade) entre os profissionais de nível médio de enfermagem ($27,99\text{Kg/m}^2$).

Estudo sobre obesidade entre trabalhadores de vários países revelou a prevalência de 17% de trabalhadores com sobrepeso, 7,6% com obesidade grau I e 3,4% com obesidade grau II (CHANDOLA T, BRUNNER E, MARMOT, 2006; SBH, 2005) valores abaixo dos encontrados no presente estudo, 31% das enfermeiras com sobrepeso, 9% delas com obesidade grau I e 6% obesidades grau II (severa). Entre profissionais de nível médio de enfermagem, houve 24% de sobrepeso, 15% de obesidade grau I, 8% de obesidade grau II e 2% de obesidade grau III (mórbida). Ou seja, as elevadas proporções de excesso de peso entre os profissionais de enfermagem mostram a necessidade de ações de saúde destinadas à prevenção e ao controle, de modo a contribuir para a redução desses índices e para o controle das doenças crônicas.

Considerando apenas os domínios do JSS, Schmidt (2009) também encontrou nos domínios demanda diferença significativa entre enfermeiros e não enfermeiros (nível auxiliar e técnico) – $p=0,01$ e diferença de ($p=0,05$) no domínio controle entre enfermeiros e não enfermeiros. Foi observado no trabalho de Schmidt (2009) ainda que profissionais com menor formação percebessem maior apoio dos colegas e chefia quando comparados aos demais trabalhadores.

9. Considerações Finais

São limitações do estudo proposto trabalhar com instituições públicas, pois não podemos deixar de considerar que o tipo de instituição como as públicas dão condições de estabilidade o que pode influenciar na percepção de estresse ocupacional, por exemplo. No entanto, não há hospital psiquiátrico particular na DRS-XIII, há somente 2 leitos particulares no HCRP para a psiquiatria, porém quem atende esses clientes são os próprios trabalhadores de enfermagem do HCRP que atendem o SUS.

O tipo de delineamento do estudo tem algumas vulnerabilidades, uma por ser um estudo transversal, em que todas as medidas são feitas em uma única ocasião, sem período de acompanhamento, possibilitando a não participação de indivíduos que, no momento, estavam indispostos, de licença ou férias. Outro aspecto é que estudo correlacional não permite relações causais entre as mesmas, somente a relação entre duas variáveis.

O estudo de fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho, método que visa estabelecer a relação entre o fator e a instalação da doença ou agravamento à saúde, determinados como riscos que provocam danos específicos à saúde dos trabalhadores por meio de mecanismos bem definidos, sem considerar a historicidade e outras determinantes que participam do processo, não se mostram suficientes para se compreender a relação existente entre trabalho, saúde e doença nos grupos sociais (LAURELL, NORIEGA, 1989; SECCO, 2006). Nosso trabalho tentou reunir um número amplo de variáveis que interferem nesse processo, entretanto não foi utilizada nenhuma medida da saúde mental. Reconhece-se que esta dimensão é muito importante.

Outras limitações foi o grande número de variáveis e a amostra de enfermeiras (N=32) não permitiram análise de regressão.

O cenário de enfermagem no Brasil, no qual o trabalhador de enfermagem se depara com as condições desfavoráveis de trabalho, tais como riscos físicos, ergonômicos, biológicos, estresse, entre outros, não é nada adequado à saúde mental desses profissionais, podendo colocá-los como um grupo de riscos para surgimento desses transtornos nos próximos anos.

Ainda assim, julgam-se necessários investimentos para o tema estresse ocupacional em profissionais de enfermagem para tanto contribuir com a classe profissional, como para evitar evasão ou alta rotatividade de profissionais. No estudo de meta-análise de satisfação do trabalho dos enfermeiros há uma correlação negativa fortíssima entre estresse ocupacional e satisfação no trabalho, para os autores americanos a preocupação com a satisfação do trabalhador de enfermagem é motivador para os mesmos, pois o EUA tem uma estimativa que não haverá reposição suficiente para a demanda de enfermeiros naquele país futuramente (ZANGARO; SOEKEN, 2007).

Também, acredita-se que os instrumentos utilizados no presente trabalho podem, além do uso na pesquisa, sinalizar problemas, serem úteis para uso de triagem, identificar trabalhadores em risco e aqueles que já precisam de tratamento. Porém, faz-se necessário uma entrevista para saber o histórico de cada trabalhador, levantando história de vida, eventos estressores sob idade muito precoce etc. Uma sugestão de estudo seria abordagem quanti qualitativa, ou seja, uso de instrumentos de rastreamento e identificação do estresse ocupacional, com posterior fase qualitativa dos sujeitos com “mais estresse” e os sujeitos com menores valores para estresse ocupacional.

Concluimos, ainda, que há poucos trabalhos sobre gênero, trabalho de enfermagem e estresse ocupacional.

O presente estudo não pode contribuir se características sócio demográficas prejudicam ou amortecem os efeitos do estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem. No entanto, estes aspectos devem ser reforçados na literatura científica a fim de promover condições de trabalho que sejam sensíveis a algumas circunstâncias de vida dos profissionais de enfermagem, como aquelas profissionais que são casadas e tem filhos pequenos, por exemplo. Neste sentido, é necessário uma discussão sobre a real necessidade de rodízio de turnos e jornadas muito longas.

Acredita-se que o adequado dimensionamento dos profissionais de enfermagem para cada local de trabalho já iria de imediato impactar na saúde mental e física dos profissionais que atuam na assistência psiquiátrica e de saúde mental. Portanto, há de se promover estudos sobre sistema de classificação de pacientes psiquiátricos para que assim possamos calcular a dimensionamento de

profissionais de enfermagem ideal para dar uma assistência adequada e segura para os pacientes e, ao mesmo tempo, cuidar do trabalhador.

Sugere-se que as categorias de enfermagem (enfermeiros e profissionais de nível médio de enfermagem) possam ser avaliadas separadamente nos estudos, principalmente quando se observa prioridades diferenciadas quanto ao plano de saúde desses trabalhadores, conforme foi evidenciado no presente trabalho.

A presença de 46,4% de profissionais de enfermagem com alto apoio social, senso de coerência de 142 a 145 e 31% de profissionais de enfermagem classificados como não expostos ao estresse ocupacional demonstram que há mecanismos de enfrentamento ao estresse positivos e, possivelmente, características individuais protetoras que merecem ser alvo de investigação futura.

Por fim, esse trabalho vai em parte ao encontro da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, adotada no país, cujas diretrizes são promover ambientes e processos de trabalho saudáveis, fortalecer a vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, oferecer assistência integral à saúde dos trabalhadores e promover adequação e ampliação da capacidade funcional (BRASIL, 2005).

Além de aprofundar no tema saúde mental dos enfermeiros, foi intuito solidificar o conhecimento científico e chamar atenção das instituições e dos serviços de atenção à Saúde do Trabalhador para os problemas relacionados aos seus trabalhadores, bem como dos profissionais, que muitas vezes subestimam ou negligenciam as consequências do estresse ocupacional nos ambientes laborais.

Segundo publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), as atividades de vigilância em saúde executadas pela saúde do Trabalhador incluem:

- Participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- Informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas e instituições sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e

exames de saúde, de admissão, periódicos e de admissão, respeitados os preceitos da ética profissional.

Esse trabalho também pode contribuir para a intersetorialidade com o tema Psiquiatria Ocupacional e a relação estresse precoce e transtornos mentais recorrentes.

O papel da psiquiatria ocupacional é de natureza clínica, mas não é unicamente envolvido no tratamento de transtornos mentais, podendo atuar como um consultor especialista ao médico do trabalho que garante a saúde e segurança dos trabalhadores. Assim, o psiquiatra ocupacional tem suas habilidades voltadas à gestão de vulnerabilidade e psicopatologia com vistas à prevenção secundária e terciária (METZER, 2011).

A associação entre estresse precoce na vida e transtornos psiquiátricos na vida adulta têm sido amplamente estudada na literatura (MARTINS; TOFOLI; BAES; JURUENA, 2011; TOFOLI, 2013). Martins (2012) confirmou essa associação e complementa que é necessário mais estudos para entender os mecanismos de quais eventos estressores são fatores de risco para uma futura psicopatologia. No contexto da saúde do trabalhador, uma avaliação de estresse precoce poderia tanto contribuir para melhor escolha do setor profissional como poderia ser considerado como mais um fator de risco para a saúde do trabalhador em locais e profissões reconhecidamente estressantes.

10. REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H.; SLOANE, D.M. Effects of organizational innovations in aids care on burnout among urban hospital nurses. **Work and Occupations**, v. 24, p. 453-477, 1997.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; CHEUNG, R. B.; SLOANE, D. M.; SILBER, J. H. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. **JAMA**, v. 290, n. 12, p. 1617-23, 2003.

AIKEN, L. H. Improving patient safety: the link between nursing and quality of care. **Res Prof.** v. 12, p. 1-4, 2005.

AKERSTED, T.; KNUTSSON, A.; WESTERHOLM, P.; THEORELL, T.; ALFREDSSON, L.; KECKLUND, G. Sleep disturbances, work stress and work hours: a cross-sectional study. **Journal Psychosomatic Research**, v. 53, n. 3, p. 741-8, 2002.

ALENCASTRE, M.B. **Como o pessoal de enfermagem vê o profissional enfermeiro: uma abordagem compreensiva**. 1995. 164f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 65-72, abr. 1998.

ALLEN, J. P.; LITTEN, R. Z.; FERTIG, J. B.; BABOR, T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 21, n. 4, p. 613-619, 1997.

ALMEDON, A. M. et al. Use of "sense of coherence (SOC)" scale to measure resilience in Eritreia: interrogating both data and the scale. **Journal of Biosocial Science**, Cambrigde, v. 39, n. 1, p. 91-107, Jan. 2007.

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.

ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estado Pró-Saúde**. 2004. 259f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health**. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 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.

ANTUNES, R. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. **Idéias**, n.9/10, p. 13-24, 2002/2003.

ARAÚJO, E. R.; ARAÚJO, R. R. D. F.; BOCARDI, M. I. B. Prática de automedicação entre universitários de enfermagem. **Unimar**, v. 8, n. 4, p. 35-41, 1999.

ARAÚJO, T. M; GRAÇA, C.C; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p.991-1003, 2003.

AUDIT: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool roteiro para uso em atenção primária / Thomas F. Babor; John C. Higgins-Biddle; John B. Saunders; Marsitela G. Monteiro. Tradução: Clarissa Mendonça Corradi – Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003

ALVITRES, B. C.; BEJARANO, I. F. Autodiagnóstico y automedicación em El personal de enfermería: una práctica usual em nuestros días. **Temas Enfermagem Actual**.; v. 10, n.49, p.37-40, 2002.

BABA, V.; GALAPERIN, B. L.; LITUCHY, T. R. Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. **International Journal of Nursing Studies**, v. 36, p. 163-169, 1999.

BAGGIO, M. A.; Formaggio, F. M. Automedicação: desvelando o descuido de si dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERG**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 224-8, 2009.

BAKER, D. KARASEK, R. A. Stress. In: LEVY, B.S.; WEGMAN, D. H. **Occupacional health**: recognizing and prevented work-related disease and injury. 4. ed. Philadelphia: Linppcott Williams & Wilkins, 2000.

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A. W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade do construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p.280-286, 2007.

BECK, L. M.; DAVID, H. M. S. L. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 706-11, 2007.

BENATTI MCC. **Acidentes do trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre a ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem** [tese]. São Paulo: Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1997.

BERGSTROM, A.; PISANI, P.; TENET, V.; WOLK, A.; ADAMI, H. O. Overweight as an avoidable cause of cancer in Europe. **International Journal of Cancer**, v. 91, p. 421-430, 2001.

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

BOCLIN, K. L. S.; BLANK, N. Prevalência de sobrepeso e obesidade em trabalhadores de cozinhas dos hospitais públicos estaduais da Grande Florianópolis, Santa Catarina. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, p. 124-130, 2010.

BOLTON-SMITH, C.; WOODWARD, M.; TUNSTALL- PEDOE, H.; MORRINSON, C. Accuracy of the estimated prevalence of obesity from self reported height and weight in an adult Scottish population. **J Epidemiol Commun Health**, v. 54, p. 143-8, 2000.

BOTHA, W. E.; BRIDGE, R. S. Anthropometric variability, equipment usability and musculoskeletal pain in a group of nurses in the Western Cape. **Applied Ergonomics**, Greta Britain, v. 29, n. 6, p. 481-490, december, 1998.

BOURBONNAIS, R. et al. Job strain, psychological distress and burnout in nurses. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 34, p.20-28, 1998.

BRADLEY, K. A.; BUSH, K. R.; EPLER, A. J.; DOBIE, D. J.; DAVIS, T. M.; SPORLEDER, J. L. et. al. Two brief alcohol screening tests from the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation in a female veterans affairs patient population. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, p. 821- 829, 2003.

BRANDÃO, A. P.; BRANDÃO, A. A.; FREITAS, E. V.; MAGALHÃES, M. E. C.; POZZAN, R. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas, E. V., Neri A. C., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L., Rocha, S.M. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. P. 249-62.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2010 mar. 15]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>

BRASIL. **Lei nº 10.216 – 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/Listapublicacoes.action>>.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil e Organização Pan-Americana da Saúde do Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimento para os serviços de saúde**. Ministério da Saúde no Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Ildeberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.114, 580p., 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus: manual de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/051109M.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Caderno de Atenção Básica**. n, 15. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. **Caderno de Atenção Básica**. n, 16. 2006.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **A situação do tabagismo no Brasil:** dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRAUMANN, A. **Positive practice environments: quality workforce = quality patient care.** Internacional Council of Nurses. Geneva (Switzerland); 65p., 2007.

BRITO, E. S. **Enfermeiros Psiquiátricos: estresse, enfrentamento e saúde.** 2006. 90f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

CABRERA, M. A. S.; JACOB FILHO, W. Obesidade em Idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-Morbidades. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabolismo**, v.45, n.5, Oct., 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302001000500014>

CALHEIROS, P. R. V.; Oliveira, M. S.; Andretta, I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. **Aletheia**, v. 23, jan./jun, 2006.

CALLAGHAN, P.; TAK-YING, S. A.; WYATT, P. A. Factors related to stress and coping among Chinese nurses in Hong Kong. **Journal Adv Nursing**, 31 (6), p. 1518-27, 2000.

CAMPOS, M. L. P.; DE MARTINO, M. M. F. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 38, n. 4, p. 415-21, 2004.

CANDEIAS, N. M. F.; ABUJAMARA, A. M. D.; SABBAG, S. N. Stress em atendentes de enfermagem. *Rev Bras Saúde Ocupacional*, v. 75, n. 20, 1992.

CARANDINA, D. M. **Qualidade de vida no trabalho: construção de um instrumento de medida para enfermeiras**. 2003. 263f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CARDOSO, G. R. **"Estou Desempregado, Não Desesperado": A Vivência do Desemprego Para Trabalhadores Desempregados frequentadores do SINE de Florianópolis**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal Santa Catarina, Florianópolis. 2004.

CARVALHO, M.B.; FELLI, V.E.A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 61-69, jan-fev. 2006.

CASTRO, M. G. T. et al. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. **Revista Psiquiatria RS**, v. 30, n. 1, p. 25-30, 2008.

CHANDOLA, T. BRUNNER, E.; MARMOT, M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. **BMJ**, v. 332, p. 521-5, 2006.

CHEUNG, R. B.; AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P.; SLOANE, D. M. Nursing care and patient outcomes: international evidence. **Enferm Clin**. V. 18, n. 1, p. 35-40, 2008.

CHIAVANETO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

COFEN. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. In: COREn-SP. **Documentos Básicos de Enfermagem- enfermeiros, técnicos, auxiliares**: principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo, 1997. p. 36.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Projeto Lei 2295/2000**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/form/manifesto30h>>. Acesso em: 10, fev., 2012.

COFEN. Resolução n. 240/2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. [citado em 22 Jun 2010]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4280>.

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.

COHEN, J.; Cohen, P. **Applied multiple regression/correlation for the behavioral sciences**. 2 ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1983.

COMISSION DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. **Como adaptares a los câmbios em La sociedade y em El mundo de trabajo: una nueva estrategia comunitária de salud y seguridad** (2002-2006). [citado 17 de dezembro de 2004].

CONOVER, W. J. **Practical nonparametric statistics**. New York, John Willy & Sons, 1981.

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.32

Costa & Lima, 2002

CRUZ, M. G. P. **O impacto do desemprego nos níveis da depressão, auto estima e desânimo aprendido – estudo comparativo numa amostra de empregados e desempregados**. Dissertação (Mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2009. 125f.

DAMASCENO, D. D.; TERRA, F. S.; ZANETTI, H. H. V.; D'ANDREA, E. D.; SILVA, H. L. R.; LEITE, J. A. Automedicação entre graduandos de enfermagem, farmácia

e odontologia da Universidade Federal de Alfenas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 48-52, 2007.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do questionário de senso de coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. 116f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DAVEY, M. M.; CUMMINGS, G.; NEWBURN-COOK, C. V.; LO, E. A. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. **Journal Nursing Managment**, v. 17, n.3, p. 312-30; 2009.

DEJOURS, C. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE.
<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-xiii-ribeirao-preto>

DIAS, E. C. A organização da atenção à saúde do trabalhador. In: FERREIRA JUNIOR, M. (Org.). **Saúde no trabalho**. São Paulo: Rocca, 2000.

DIAZ, C. L.; ULLOA, C. M.; FREITAS, F. T.; AMORIM, L. A.; BARCELOS, M. C. D.; VALENZUELA, S. V. S. ROBAZZI, M. L. C. C. El uso de drogas em el personal de enfermería. **Ciencia y Enfermería**, v. XVII, n. 2, p. 37-45, 2011

DORRIAN, J. TOLLEY, C.; LAMOND, N.; VAN DEN HEUVEL, C.; PINCOMBE, J.; ROGERS, A. E.; DREW, D. Sleep and errors in a group of Australian hospital nurses at work and during the commute. **Apply Ergonomic**, v. 39, n.5, p. 605-613, 2008.

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>

DUNCAN, B. B. et al. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. **Revista de Saúde Publica**, 27 (1): 143-8. 1993.

ECHER, I. C. **Fatores de sucesso no abandono do tabagismo**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2006.

EDITORIAL. Automedicação. **Rev Ass Med Brasil**, v. 47, n. 4, p. 269-95, 2001.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 59, p. 460-66, Jan. 2005.

FARIAS, S. N. P.; MAURO, M. Y. C.; ZEITOUNE, R. C. G. Questões legais sobre a saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**; v. 8, n. 1, p. 28 -32; 2000.

FENG, C. K; CHEN, M. L; MAO, I.F. Prevalence of risk factors for different measures of low back pain among female nursing aides in Taiwanese nursing homes. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v.25, n.8, p. 52, jun 2007.

FERNANDES, S. M. B. A.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, V. 10, n. 2, p. 414-27, 2008. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>

FERREIRA et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.2, Apr. 2012.

FERREIRA, E. M.; POSSARI, J. F.; MODERNO, A. M. B. Fatores de satisfação 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.245-53, abril 2005.

FLEMING, M. F.; BARRY, M. K. L.; MACDONALDS, R. The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. **International Journal of the Addictions**, v. 26, p. 1173-1185, 1991.

FONSECA, M. J. M. et al. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. **Revista de Saúde Pública**; v. 38, n. 3, p. 392-8; 2004.

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**, v. 13, n. 2, p. 139-44. março-abril. 2005.

FRATI AC, INIESTRA F, ARIZA CR. Acute effect of cigarette smoking on glucose tolerance and other cardiovascular risk factors. **Diabetes Care**; v. 19, n. 2, p. 112-8; 1996.

GATELY, I. **Drink: A Cultural History of Alcohol**. Gotham Books, 2008

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.

GIGANTE, D. P.; BARROS, F. C.; POST, C. L. A.; OLINTO, M. T. A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 236-46, 1997.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-16, maio/junho, 2001.

GLOWINKOWSKI, S. P., & COOPER, C. L. (1987). Managers and professionals in business/industrial settings: the research evidence. In J. M. Ivancevich & D. C. Gangster (Orgs.), **Job stress: from theory to suggestion**. Nova York: Haworth.

GODIN, I. et al. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. **BMC Public Health**, v.5, n.67, 10p. jun. 2005.

GOLDBERG, R. J.; STEURY, M. D. Depression in the workplace: costs and barrier to treatment. **Psychiatric Services**, USA, v. 52, n. 12, 2001.

GOLDENBERG P, SCHENKMAN S, FRANCO LJ. Prevalência de Diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Rev Bras Epidemiol**. 2003;6(1):18-28.

GOMES MB, GIANNELLA NETO D, MENDONÇA E, TAMBASCIA MA, FONSECA RM, RÉA RR, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil: estudo multicêntrico nacional. **Arq Bras Endocrinol Metab**. 2006;50(1):136-44.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidade 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. 180f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HANNIGAN, B.; EDWARDS, D.; COYLE, D.; FOTHERGILL, A.; BURNARD, P. Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. **Journal Psychiatric Mental Health Nursing**, v. 7, n. 2, p. 127-34, 2000.

HAPPELL, B.; MARTIN, T.; PINIKAHANA, J. Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. **International J. Mental Health Nursing**, v. 12, n. 1, p. 39-47, 2003.

HAYS, R. D.; MERZ, J. F.; NICHOLAS, R. Response burden, reliability and validity of the CAGE, short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. **Behavioral Research Methods, Instruments & Computers**, v. 27, p. 277-280, 1995.

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.

HOLTHAUSEN, C. N.; ADELMAN, J.; BORGES, J. N.; MATTAR, S. B.; MIGUEL, M. D. Automedicação e os acadêmicos da área da saúde. **Infarma**, v. 13, n. ½, p. 74-75, 2001.

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.

HUISMAN, M. KING SAUL. Work-related stress and depression. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v.61, n.10, p.890, Oct. 2007

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: WWW.ibge.gov.br/cidades Acesso em: outubro de 2011.

IBRAHIM, A. S. et al. Job strain and self reported health among working women and men: an analysis of the 1994/5 Canadian National Population Health Survey. **Women Health**, v. 33, n. 1-2, p. 105-124, 2001.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING (ICN). Position statement – patient safety. 2007. Disponível em: <http://www.icn.ch/patientsafety>. Acesso em: 15 nov 2009.

IDE, C.A.C.; CHAVES, E.C. A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 187-204, 1992.

ISHARA, S. **Equipes de saúde mental: avaliação da satisfação e do impacto do trabalho em hospitalização integral e parcial**. 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

JAIME, P. C et al. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. **Rev Saude Pública**. v. 41, n. 1, p. 154-7, 2007.

JANZON L, BERNTORP K, HANSON M, LINDELL SE, TRELL E. Glucose tolerance and smoking: a population study of oral and intravenous glucose tolerance tests in middle-aged men. **Diabetologia**. 1983;25(2):86-8.

JEX, S. M. **Stress and job performance**. Londres: Sage, 1998.

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.

KANTACHUVESSIRI, A.; SIRIVICHAYAKUL, C.; KAEWKUNGWAL, J.; TUNGTRONGCHIRT, J.; LOTRAKUL, M. Factors associated with obesity among workers in a metropolitan waterworks authority. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**, v. 36, n. 4, p. 1057-65, 2005.

KAPLAN, G. A.; Lynch, J. W. Socioeconomic considerations in the primordial prevention of cardiovascular diseases. **Preventive Medicine**, v. 29, p. 30-35, 1999.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quartely**, v.24, n.2, p.285-308. 1979.

KARASEK, R. A. et al. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.3, p.322-355, 1998.

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Health Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life**. New York: Basic Books Inc., 1990.

KERGOAT, D. **Da divisão do trabalho entre os sexos**. Paris, Gedisst, texto apresentado em seminário Tecnologias, processo de Trabalho e Políticas de Emprego. São Paulo, Curso de Pós Graduação em Sociologia, USP, 1987.

KIRSCHBAUM.,D.I.R., Análise Histórica das Práticas de Enfermagem no campo da Assistência Psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre décadas de 20 e 50. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 19-30, 1997.

KROENKE, C. H. et al. Worl characteristics and incidence of type 2 Diabetes in women. **American Journal of Epidemiology**, v. 165, p. 175-183, 2007.

KUPER, H.; Marmot, M. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 57, n. 2, p. 147-153, feb. 2003.

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, 1988.

LANDSBERGIS, P. A. et al. Association between ambulatory blood pressure and alternative formulations of job strain. **Scandinavian Journal of Work Environmental and Health**, v. 20, n.5, p.349-63, oct 1994.

LARANJEIRA, R.; Pinsky, I.; Zaleski, M.; Caetano, R. (Orgs.) **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), 76p., 2007.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec; 1989.

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.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. N.T.: Spring Publishing Company, 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.

LEITE, M. A.; VILLA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.145-50, 2005.

LEMOES, T. GIGLIOTTI, A. P. Transtornos psiquiátricos e tabagismo. In: VIEGAS, C. A. A. **Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 185-200

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. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva**. 2004. 223f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LIPP, M. E. N. **O Stress está dentro de você**. 2 ed. – São Paulo: Contexto, 2000.

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.

LOPES, M. **Uso de álcool, estresse no trabalho e fatores associados entre servidores técnicos-administrativos de uma universidade pública**. 170f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos PAGU**, v. 24, p. 105-125, jan.-jun., 2005.

LOPES, M. J. O sexo do hospital. In: Lopes, M. J.; Meyer, D. E.; Waldow, V. R. (orgs.). **Genero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 77-105

LOPES, M.; RIBALDO, I. R.; SILVA, E.C. **Uso de álcool e estresse no trabalho entre trabalhadores de uma universidade pública**. In: Anais do XI Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica: o contexto histórico-social e os cenários do cuidado em saúde mental na atualidade. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

LYRA R, OLIVEIRA M, LINS D, Cavalcanti N. Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2006;50(2):239-49.

MACEDO, L. E.; CHOR, D.; ANDREOZZI, V. FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais por problemas de saúde, no Estudo PRÓ-SAÚDE. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2327-36, 2007.

MAIA, C. O.; GOLDMEIER, S.; MORAES, M. A.; BOAZ, M. R.; AZZOLIN, K. Fatores de risco modificáveis para doença arterial coronariana nos trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 138-142. 2007.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Aspects associated to work-related depression on nursing staff. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 12, n. 1, p. 79-85, 2007.

MANETTI, M. L. **Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar.** 2009. 234f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MANN, S.; COWBURN, J. Emotional labour and stress within mental health nursing. **Journal Psychiatric Mental Health Nursing**, V. 12, n. 2, p. 154-62, 2005.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. Nicotina: abuso e dependência. In: Laranjeira, R. et al., coordenadores. **Usuários de substâncias psicoativas> abordagem, diagnóstico e tratamento.** 2 ed. São Paulo: CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ AMB – Associação Médica Brasileira, 2002, p. 49-62

MARTINATO, M. C. N. B.; Severo, D. F.; Marchand, E. A. A.; Siqueira, H. C. H. Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 160-6; 2010.

MARTINEZ, M. C. **Estudo dos fatores associados à capacidade para o trabalho em trabalhadores do setor elétrico**. 2006. 176f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MARTINS, E. R. C.; CORREIA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. especial, p. 398-405, 2004.

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G.; FRANCISCO, M. T. R.; SPINDOLA, T.; MARTA, C. B. Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos. **Revista Enfermagem UERG**, v. 17, n. 3, p. 368-72, 2009.

MARTINS, C. M. S. **Análise da Ocorrência de Estresse Precoce em Pacientes Psiquiátricos Adultos**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

MARTINS, C. A.; MONTEIRO, O. O.; BARBOSA, D. A.; BETTENCOURT A. R. C. Prevalência de Diabetes Mellitus autorreferida entre trabalhadores de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 632-9. 2010.

MARTINS, C. M.; TOFOLI, S. M. C.; BAES, C.; JURUENA, M. F. Analysis of the occurrence of early life stress on adult psychiatric patients. A systematic review. **Psychology & Neuroscience** (Online), v. 4, p. 219-227, 2011.

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 639-44, 2007.

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador**. (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

MASLACH, C. Entendendo o Burnout. 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.41-55.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. **Maslach Burnout Inventory 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, n. 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. 244f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

MAUSNER-DORSCH, H.; EATON, W. W. Psychosocial work environment and depression epidemiologic assessment of the Demand-Control Model. **American Journal of Public Health**, USA, v.90, n.11, p. 1765-1770, November, 2000.

MC EWEN, B. S.; LASLEY, E. Carga alostática: quando a proteção dá lugar ao dano. In: MC EWEN, B. S.; LASLEY, E. (org.) **O fim do estresse como nós o conhecemos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2002. P. 79-93.

MEDEIROS, D. **Tabagismo e transtorno mental comum na população de São Paulo – SP: um estudo a partir do inquérito de saúde no município de São Paulo (ISA-CAPITAL)**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

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.

MELLO SOUZA, M. C. B.; ALENCASTRE, M. B.; SAEKI, T. Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 71-80, 2000.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto**, v. 17, n. 4, p. 756-64, 2008.

MENZANI, G. **Stress entre enfermeiros brasileiros que atuam em pronto socorro**. 2006. 112f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

METZER, J. **Occupational Psychiatry in 2011 – Its past and its future**. In: 15th World Congress of psychiatry. Abstract Book (Main Sessions). 18-22 september, Buenos Aires – Argentina, p. 235. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução COFEN nº 293/ 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem para as Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [acesso em 2004 setembro 22]. Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materias.asp?ArticleID=1275SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 251-8, 2000.

MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H. D´A.; FREITAS, I. Evolução da mortalidade infantil e do retardo de crescimento nos anos 90 : causas e impacto sobre desigualdades regionais. In: Monteiro, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil : a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975 – 1997). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, supl. 1, p. 67-75, 2003.

MOORE, S.; SIKORA, P.; GRUNBERG, L.; GREENBERG, E. Work stress and alcohol use: examining the tension-reduction model as a function of worker's parent's alcohol use. **Addictive Behaviors**, v. 32, n. 12, p. 3114-21, December, 2007.

MOREIRA, D. P.; FUREGATO, A. R. F. Estresse e depressão entre alunos do último período de dois cursos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n. especial, p. , Ribeirão Preto, jan./fev, 2013.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 497-509, 2011.

MURASSAKI, ET AL. Estresse em enfermeiros intensivistas e a condição chefe/não chefe de família. *Cienc Cuid Saude* 2011; 10(4):755-762

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Trantornos mentales y de comportamiento em trabajadores de enfermería de 23 instituciones de salud em Brasil. **Revista de Enfermagem IMSS**, v. 13, n. 3, p. 133-40, 2005.

MUROFOSE, 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. 255-61, mar./abr. 2005.

MUST, A.; SPADANO, J.; COACKEY, E. H. The disease burden associated with overweight and obesity. **JAMA**, v. 282, p. 1523-29, 1999.

NORTH, F. et al. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: The Whitehall study. **British Medical Journal**, v. 306, p. 361-6, 1993.

NUNES, M. B. G. **Estresse nos trabalhadores de enfermagem: estudo em unidade de psiquiatria**. 2000. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Enfermagem, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

OHAYON MM, SAGALES T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. **Sleep Med.**, v. 11, n. 10, p. 1010-8, 2010.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O Trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 333-340, mai-jun. 2003.

OLIVEIRA, E. B.; FUREGATO, A. R. F. Nursing student's work, a risk factor for the consumption of alcohol and other drugs. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão preto, v. 16, n. especial, p. 565-571, 2008.

OSÓRIO, C. A CAT: o trabalhador como protagonista da análise de acidentes de trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 11, n. 1, p. 111-120, 2008.

OSÓRIO, C.; HUET, J. M.; MINAYO-GOMEZ, M. C. Proposição de um método de análise coletiva de acidentes de trabalho no hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 515-524, mar-abr. 2005.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 97-106, jan./jun. 2000

PALMA, B. D.; TIBA, P. A.; MACAHADO, R. B.; TUFIK, S.; SUCHECKI, D. Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como fator modulador. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, supl. 1, p.33-38, 2007.

PARKE, S.; LAKE, E. T. Multilevel modeling of a clustered continuous outcomes: nurses' work hours and Burnout. **Nursing Research**, New York, v. 54, n. 6, p. 406-413, Nov./Dec. 2005.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

PASCHOAL, T. **Relação dos valores do trabalho e da interferência família-trabalho com estresse ocupacional**. (Dissertação). Brasília, DF: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2003.

PEIXOTO, J. B. **Automedicação no adulto**. 2008. 87 f. Monografia – Escola Superior de Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima, Portugal, 2008. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/814/3/Monografia%20Joana%20-%20Automedica%C3%A7%C3%A3o%20no%20Adulto.pdf>

PIERIN, A. M. G., MION JUNIOR, D. Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão Arterial. In: Ministério da Saúde (BR), Programa de Saúde da Família; Universidade de São Paulo, Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de Enfermagem**. São Paulo (SP): MS/USP, 2001. P. 149-54.

PILLON, S. C.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 325- 332, 2006.

PIN, J. G. **O profissional de enfermagem e a dependência química por psicofármacos: uma questão na saúde do trabalhador**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

PINHO, P. S.; ARAUJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade hospitalar e transtornos mentais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.329-336, jul/set. 2007.

PORTELA, L. F.; ROTEMBERG, L.; WAISSMAN, W. Saúde, sono e falta de tempo: relações com o trabalho profissional e domésticos em enfermeiras. **Revista de saúde pública**, v. 39, n. 5. Oct. 2005.

PRETO, V. A. **O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva**. 2008. 67f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão preto, 2008.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar publica e universitária. **Revista Med Minas Gerais**, v. 20, supl. 2, p. 47-58, 2010.

RAFFERTY, A. M; CLARKE, S. P.; COLES, J.; BALL, J.; JAMES, P.; MCKEE, M. et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. **J Nurs Stud**, v. 44, p. 175-82, 2007.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 669-76, 2005.

RAMMINGER, T. Saúde do trabalhador de Saúde mental: uma revisão de estudos brasileiros. **Saúde em debate**, v. 32, n. 78-80, p. 60-71, jan./dez. 2008.

RASSOL, G. H. VILLAR-LUIS, M.; CARRARO, T. E.; LOPES, G. Undergraduate nursing student's perceptions of substance use and misuse: a Brazilian position. **Journal Psych Mental Health Nursing**, v. 1, p. 85-9, 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, setembro/outubro, 2005.

REIS, R. J.; LA ROCCA, P. F.; SILVEIRA, A. M.; LOPEZ BONILLA, I. M.; NAVARRO I GINÉ, A.; MARTÍN, M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 616-23, 2003.

RIBALDO, I. R.; LOPES, M.; SILVA, E. C. **Conhecendo melhor a relação entre estresse e álcool no ambiente de trabalho**. In: Anais do XI Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica: o contexto histórico-social e os cenários do cuidado em saúde mental na atualidade. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

RIBEIRÃO PRETO.

http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/conhecarib/i3301_principal.php

HTTP://WWW.RIBEIRAOPRETO.SP.GOV.BR/SSAUDE/PRINCIPAL/I16SUS-COMP-DRS_13.PD

RIBEIRO, R. P.; RIBEIRO, P. H. V.; MARZIALE, M. H. P.; MARTINS, M. B.; SANTOS, M. R. Obesidade e estresse entre trabalhadores de diversos setores de produção: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 577-81, 2011.

RIBEIRO, R. P.; MARTINS, J. T.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. O adoecer pelo trabalho de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012.

ROBINSON, J. R.; CLEMENTS, K.; LAND, C. Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, predictors. **J. Psychosocial Nurs Mental Health Service**, v. 41, n. 4, p. 32-41, 2003.

ROCHA, M. C. P.; DE MARTINO, M. M. F. Estresse e qualidade do sono entre enfermeiros que utilizam medicamentos para dormir. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n.5, p. 658-65, 2009.

RODRIGUES, M. V. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 9 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 206p.

ROGERS, A. E.; HWANG, W. T.; SCOTT, L. D.; AIKEN, L. H.; DINGES, D. F. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. **Health Aff.**, v. 23, n. 4, p. 202-12, 2004.

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, 2005.

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: 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, 12p. 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.

SAUNDERS, J. B.; AASLAND, O. G.; AMUNDSEN, A.; GRANT M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption I. **Addiction**, v. 88, p. 349-362, 1993.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz de prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Bras Cardiologia**, v. 77, supl. III, 2001.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades de bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão preto, v. 14, n. 1, Jan.Feb. 2006

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Análise da validade e confiabilidade da versão adaptada para o português do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky, entre profissionais de enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, p. 42-9, Ribeirão Preto, jan./fev., 2011.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades de bloco cirúrgico**. 2004. 185f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004

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 os profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico**. 2009. 243f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SCHMIDT, 2009. ESTRESSE OCUPACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO BLOCO CIRÚRGICO. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 330-7

SCHREUDER, J. A. et al. Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: a cross-sectional study. **International Journal of nursing Studies**, 2009.

SEADE. <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>

SECCO, I. A. O. **Acidentes e carga de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do norte do Paraná**. 2006. 291f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. 2 ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2003. Cap. 25, p. 1141-1182.

SELIGMANN- SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: Mendes, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995, p. 287-310.

SHIMOKATA H, MULLER DC, ANDRES R. Studies in the distribution of body fat. III. Effects of cigarette smoking. **JAMA**. 1989;261(8):1169-73. Comment in: **JAMA**. 1989;262(9):1185-6.

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

SIEGRIST, J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 258, suppl. 5, p. 115-19, 2008.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, outubro 2000.

SOARES RS, SILVA JLL, LOPES MR, MORENO RF *et al*. **ESTRESSE E DEMAIS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE PROFISSIONAIS MILITARES DA ÁREA DE ENFERMAGEM**. Revista de pesquisa.: cuidado é fundamental online 2012. jan/mar. (Ed. Supl.):45-48

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Diabetes, Associação Brasileira para Estudos da Obesidade. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq Bras Cardiol**. 2005;84(Supl 1):S3-28

SOUSA, R. M. R. P et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. **Rev Nutr**, Campinas, SP, v. 20, n. 5, p. 1-13, 2007.

SPINDOLA, T. **Trabalho feminino: muitos papéis... uma só mulher: ambivalências do cotidiano**. 2002. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002

SPINDOLA, 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.

STÁCCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Occupational stress and constructive thinking: health and job satisfaction. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 46, n. 5, p. 480-487, Jun. 2004.

STANSFELD, S. A. et al. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II study. **International Journal of Epidemiology**, v. 31, n. 1, p. 248-55, feb. 2002

STETLER, C. B. et al. Utilization – focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, n.4, p. 195-206, nov. 1998.

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

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 37-46, 2002.

THEORELL, T. ET al. Changes in job strain in relation to changes in psychological state. **Scandinavian Journal of Work, Environmental & Health**, Helsinki, v.14, n.3, p.189-196, Jun. 1988.

THEORELL, T. Working conditions and health. In: BERKMAN, L.; KAWAKI, I. **Social Epidemiology**. Oxford: University Press, 2000. P. 95-117.

TOFOLI, S. M. C. **Depressão, Estresse Precoce, Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal e a Resposta Terapêutica: avaliações psicométricas e**

psiconeuroendócrinas. Dissertação (Mestrado). 181 f. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

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

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.

TSUTSUMI, A. et al. Association between job strain and prevalence of hypertension: a cross-sectional analysis in a Japanese working population with a wide range of occupations: the Jichi Medical School cohort study. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 58, p. 367-373, 2001.

TUOMILEHTO J, LINDSTRÖM J, ERIKSSON JG, VALLE TT, HÄMÄLÄINEN H, ILANNE-PARIKKA P, KEINÄNEN-KIUKAANNIEMI S, LAAKSO M, LOUHERANTA A, RASTAS M, SALMINEN V, UUSITUPA M. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **N Engl J Med**. 2001;344(18):1343-50. Comment in: **N Engl J Med**. 2001;345(9):696; author reply 696-7. **BMJ**. 2001;323(7319):997. ACP J Club. 2001;135(3):101. **N Engl J Med**. 2001;344(18):1390-2.

UCHIMOTO S, TSUMURA K, HAYASHI T, SUEMATSU C, ENDO G, FUJII S, OKADA K. Impact of cigarette smoking on the incidence of Type 2 diabetes mellitus in middle-aged Japanese men: the Osaka Health Survey. **Diabet Med**. 1999;16(11):951-5.

VEIGA, H. M. S.; SILVA, N. I. A. Construção de escala para avaliar sofrimento psíquico-social de trabalhadores desempregados. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, jun. 2007.

VIANEY, E. L.; BRASILEIRO, M. E. Saúde do Trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n.5, p.555-57, Set. 2003.

VIGITEL 2010. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_180411.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2012.

WAINBERG, S. **Experiências e vivências de auxiliares de enfermagem do sexo masculino no exercício de uma profissão majoritariamente feminina**. Dissertação (Mestrado), Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre, 2004.

WALDENSTRÖM, K. et al. Does psychological distress influence reporting of demands and control at work? **Occupational and Environmental Medicine**, London, v.60, n. 11, p. 887-891, Nov. 2003.

WALDMAN, E. A.; Silva, L. J.; Monteiro, C. A. Trajetória de doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. 2000. In: Monteiro, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil : a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 2000.

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.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Workplace health protection and promotion in the policy and practice of social and health insurance institutions. Copenhagen: WHO; 2000.

WHO. World Health Organization. World No Tobacco Day 2004 materials. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004/em>.

ZAGO, K.S.A. **Assistência em saúde mental: atuação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio em uma enfermaria de psiquiatria de um hospital geral**. 2007. 121f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ZANGARO, G. A.; Soeken, K. L. A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. **Research in Nursing & Health**, v. 30, p. 445-458, 2007.

11. APÊNDICES

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Mey Fan e sou aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **"ESTRESSE OCUPACIONAL, SAÚDE FÍSICA E SENSO DE COERÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL"** sobre o nível de estresse dos trabalhadores de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental e se há diferenças nos escores entre as classes de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos) ou de outras especialidades (ex. psiquiatria, cardiologia). Com os resultados pretendemos oferecer temas que relacione estresse, senso de coerência, saúde física para que sirvam de apoio para programas de saúde mental do trabalhador, melhorando o seu ambiente de trabalho. Para tanto, estou lhe convidando para que participe da pesquisa. Esta pesquisa será realizada no próprio local de trabalho ou outro da sua escolha, no qual você se sinta mais a vontade, em horário previamente combinado. O tempo gasto dependerá de sua disponibilidade, porém estimamos entre 20 minutos o máximo de tempo necessário para responder os questionários. As entrevistas serão feitas por mim. Esclareço que há autorização de sua chefia imediata. Sua identificação ou a de qualquer outro participante serão mantidos em sigilo. Os resultados da análise das entrevistas serão apresentados em minha tese de doutorado e em trabalhos que poderão ser publicados em revistas científicas. Não há risco e nem despesas com sua participação. Caso você tenha alguma dúvida ou se sinta incomodado com alguma pergunta, estarei à disposição para ouvi-la. Você também tem garantido a liberdade de se recusar a participar dessa pesquisa ou até mesmo, se você quiser desistir de participar desse estudo poderá fazê-lo a qualquer momento sem qualquer prejuízo em seu trabalho.

Caso você aceite participar, preencha e assine abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Mey Fan Porfírio Wai

Enfermeira - Mestre em Enfermagem Psiquiátrica

Contato: (16) 3602-2727

Prof^a. Dr^a. Ana Maria P. Carvalho

Orientadora - Docente da EERP

Contato: (16) 3602-3427

Endereço das Pesquisadoras: Avenida Bandeirantes, 3900. Sala 333.

Monte alegre - Ribeirão Preto

I – Dados Pessoais - I.D. _____

1.1 Sexo: () Masculino () Feminino

1.2 Data do nascimento: ____/____/____

1.3 Situação conjugal: () Com parceiro () Sem parceiro

1.4 Nº de filhos: _____

1.5 Categoria Profissional: () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem

() Auxiliar de Enfermagem

1.6 Tempo de experiência na enfermagem: _____

1.7 Tempo de experiência no setor em que atua no momento: _____

1.8 Carga horária semanal: _____

1.9 Turnos de trabalho:

() Maior parte de Manhã

() Maior parte à Tarde

() Maior parte Noturno

() Outro: _____

1.9 Você tem outras atividades fora de seu horário de trabalho, que ocupam grande parte da sua semana? () Sim () Não

1.9.1 Se sim, Quais? _____

1.9.2 Em caso positivo, quantas horas no total você gasta por semana, considerando todas as suas principais atividades? _____

2.0 Você pôde escolher este setor em que trabalha?

() Sim () Não

2.1 Em relação ao seu mercado de trabalho, você considera seu salário:

() Ruim () Médio () Bom () Muito Bom

2.2 Com relação a sua vida profissional, você afirmaria que?

() sente-se muito satisfeito.

() poderia melhorar.

() não está satisfeito

() está completamente insatisfeito

2.3 Quanto à seu ambiente de trabalho, ele é:

() inadequado

() satisfatório

() muito bom

2.4 Seu grau de relacionamento com seus colegas de trabalho é:

() ruim () médio () bom () muito bom

2.5 No ano passado quantas vezes você precisou faltar ao serviço?

() nenhuma vez () 1 a 2 vezes () mais de 3 vezes

2.6.1 Em caso positivo, quais foram os motivos? _____

2.7 Antes de trabalhar nesse setor, qual era o local e/ou setor em que você trabalhou? _____

2.8 Qual era sua função? _____

2.9 Considerando todos os locais em que você trabalhou, você considera esse setor atual?

() Com mais fatores de sobrecarga
() Com menos fatores de sobrecarga
() Indiferente, eles são parecidos em relação à demanda de sobrecarga.

3.0 Essa pesquisa tem o intuito de avaliar seu estresse. Para isso, você acha que nesse momento há problemas pessoais acontecendo na sua vida que podem estar lhe sobrecarregando?

() Sim () Não

3.1 Você acha que nesse momento há problemas familiares acontecendo na sua vida que podem estar lhe sobrecarregando? () Sim () Não

3.2 Você normalmente acorda descansado? () Sim () Não

3.3 No final da jornada de trabalho você se sente (física e mentalmente)?

() bem () cansado () pouco cansado

3.4 Você já esteve desempregado na sua vida?

() Sim () Não

3.5 Por quanto tempo ficou desempregado? _____

3.6 Em relação ao período em que esteve desempregado, você considera o período atual?

() Com mais fatores de sobrecarga
() Com menos fatores de sobrecarga
() Indiferente, a sobrecarga era parecida

3.7 Você está satisfeito com o seu peso?

() sim () não (gostaria de aumentar) () não (gostaria de diminuir)

3.7.1 Altura: _____

3.7.2 Peso: _____

3.8 Você pratica exercícios físicos regularmente (pelo menos 20 minutos de exercícios)?

- () Uma vez por semana
- () Duas vezes por semana
- () três ou mais vezes por semana
- () Nenhuma vez

3.9 Como você classificaria seu estado de saúde atual?

- () Ruim
- () regular
- () Bom
- () Excelente

4.0 Há alguma queixa física atualmente? _____

4.1 Está sob algum tipo de tratamento? _____

4.2 Você é hipertenso? () Sim () Não

4.3 Você sofre atualmente de diabetes mellitus? () Sim () Não

4.4 Você já teve um problema de saúde em que o médico comentou que a causa estaria ligado ao estresse? () Sim () Não

4.5 Qual era esse problema? _____

Medicamentos psicotrópicos são um grupo vagamente definido de drogas que têm efeito sobre a função psicológica. Aqui os agentes psicotrópicos incluem os antidepressivos, alucinógenos, ansiolíticos, antipsicóticos e tranqüilizantes. Considere essa definição para responder as próximas perguntas;

4.6 Você faz uso de medicamentos psicotrópicos atualmente? () Sim () Não

4.7 Você faz uso de medicamento psicotrópico sem serem prescritos por um médico?

() Sim () Não

4.8 No ultimo ano recorreu à automedicação de psicotrópicos? () Sim () Não

Se responder NÃO, na pergunta anterior, essa sessão de medicamentos acaba aqui, pule as quatros perguntas seguintes. Se respondeu SIM, continue, por favor:

4.9 No ultimo ano recorreu à automedicação de psicotrópicos...

() Raramente () Alguma frequência () Muita frequência

5.0 Quais eram os problemas que você apresentava quando recorreu à automedicação? _____

5.1 Quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? _____

5.2 A automedicação foi influenciada por:

- () Familiar ou amigo () Prescrições anteriores
() Profissional de saúde () Publicidade
() Tinha em casa sem prescrição médica

VERSÃO RESUMIDA DA JOB STRESS SCALE

- a. Com que freqüência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- () 4 Frequentemente
() 3 Às vezes
() 2 Raramente
() 1 Nunca ou quase nunca
- b. Com que freqüência 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 iniciativa?

() 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 relacionamos 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

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionadas ao uso de Álcool

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

() Nunca

() Uma vez por mês ou menos

() 2-4 vezes por mês

() 2-3 vezes por semana

() 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal? **Considere para esta questão: 1 dose = 1 lata de cerveja (300ml) ou 1 tulipa de cerveja ou 1 taça de vinho ou 1 dose de whisky, vodka ou pinga**
- () 0 ou 1
- () 2 ou 3
- () 4 ou 5
- () 6 ou 7
- () 8 ou mais
3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?
- () Nunca
- () Menos que uma vez por mês
- () Uma vez por mês
- () Uma vez por semana
- () Quase todos os dias
4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?
- () Nunca
- () Menos que uma vez por mês
- () Uma vez por mês
- () Uma vez por semana
- () Quase todos os dias
5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?
- () Nunca
- () Menos que uma vez por mês
- () Uma vez por mês
- () Uma vez por semana
- () Quase todos os dias
6. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?
- () Nunca
- () Menos que uma vez por mês
- () Uma vez por mês
- () Uma vez por semana
- () Quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?
- () Nunca
- () Menos que uma vez por mês
- () Uma vez por mês
- () Uma vez por semana
- () Quase todos os dias
8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?
- () Nunca
- () Menos que uma vez por mês
- () Uma vez por mês
- () Uma vez por semana
- () Quase todos os dias
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?
- () Não
- () Sim, mas não no último ano
- () Sim, durante o último ano
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?
- () Não
- () Sim, mas não no último ano
- () Sim, durante o último ano
11. Você percebe um aumento no consumo de bebidas alcoólicas em momentos de grande sobrecarga no trabalho?
- () Sim () Não

Avaliação do consumo de tabaco

1. Você fuma atualmente? () Não () Sim
2. Já fumou no passado? () Não () Sim
3. Atualmente, eu fumo em média? _____ cigarros por dia
4. O máximo que já fumei foi: _____ cigarros por dia.
5. Você tem dificuldade em ficar sem fumar, mesmo em locais proibidos?
- () Não () Sim
6. Atualmente, você está fumando mais que o habitual? () Não () Sim
7. Você fuma mesmo quando está doente "de cama"? () Não () Sim

8. Em momentos de sobrecarga no trabalho, você aumenta o consumo de cigarros?

() Não () Sim

9. Quantos cigarros a mais geralmente você fuma? _____

10. Você acha que pode ter um problema com seu habito de fumar?

() Não () Sim

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 número 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 teve contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são 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 frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor:

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

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, a sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Sem qualquer objetivo ou finalidade						Com finalidade e objetivos claros

9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						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 frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?

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

13. Como você vê a vida?

1	2	3	4	5	6	7
						Não há solução para os sofrimentos da vida
Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida						

14. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:

1	2	3	4	5	6	7
						Pergunta a si mesmo por que você existe
Sente o quanto é bom estar vivo						

15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:

1	2	3	4	5	6	7
						Sempre completamente clara e fácil de encontrar
Sempre confusa e difícil de encontrar						

16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:

1	2	3	4	5	6	7
						Uma fonte de sofrimento e chateice
Uma fonte de grande prazer e satisfação						

17. Sua vida no futuro provavelmente será:

1	2	3	4	5	6	7
						Completamente previsível (esperada)
Cheia de mudanças sem que você saiba o que acontecerá em seguida						

174

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 frequência você tem sentimentos e idéias bastante confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						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 estragará essa sensação

21. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						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

145

24. Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?

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

25. Muitas pessoas – mesmo aquelas muito fortes – algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?

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

26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que

1	2	3	4	5	6	7
Você deu muita ou						Você viu as coisas
pouca importância						na medida certa
para o que aconteceu						

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						Não terá sucesso
em superar as						em superar as
dificuldades						dificuldades

28. Com que frequência 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						Raramente ou
frequência						nunca

29. Com que frequência você tem a sensação de que não consegue manter seu auto-controle?

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

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Mey Fan e sou aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **"ESTRESSE OCUPACIONAL, SAÚDE FÍSICA E SENSO DE COERÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL"** sobre o nível de estresse dos trabalhadores de enfermagem que atuam na assistência psiquiátrica e saúde mental e se há diferenças nos escores entre as classes de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos) ou de outras especialidades (ex. psiquiatria, cardiologia). Com os resultados pretendemos oferecer temas que relacione estresse, senso de coerência, saúde física para que sirvam de apoio para programas de saúde mental do trabalhador, melhorando o seu ambiente de trabalho. Para tanto, estou lhe convidando para que participe da pesquisa. Esta pesquisa será realizada no próprio local de trabalho ou outro da sua escolha, no qual você se sinta mais a vontade, em horário previamente combinado. O tempo gasto dependerá de sua disponibilidade, porém estimamos entre 20 minutos o máximo de tempo necessário para responder os questionários. As entrevistas serão feitas por mim. Esclareço que há autorização de sua chefia imediata. Sua identificação ou a de qualquer outro participante serão mantidos em sigilo. Os resultados da análise das entrevistas serão apresentados em minha tese de doutorado e em trabalhos que poderão ser publicados em revistas científicas. Não há risco e nem despesas com sua participação. Caso você tenha alguma dúvida ou se sinta incomodado com alguma pergunta, estarei à disposição para ouvi-la. Você também tem garantido a liberdade de se recusar a participar dessa pesquisa ou até mesmo, se você quiser desistir de participar desse estudo poderá fazê-lo a qualquer momento sem qualquer prejuízo em seu trabalho.

Caso você aceite participar, preencha e assine abaixo:

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Mey Fan Porfírio Wai

Enfermeira - Mestre em Enfermagem Psiquiátrica

Contato: (16) 3602-2727

Prof^a. Dr^a. Ana Maria P. Carvalho

Orientadora - Docente da EERP

Contato: (16) 3602-3427

Endereço das Pesquisadoras: Avenida Bandeirantes, 3900. Sala 333.

Monte alegre - Ribeirão Preto

I – Dados Pessoais - I.D. _____

1.1 Sexo: () Masculino () Feminino

1.2 Data do nascimento: ____/____/____

1.3 Situação conjugal: () Com parceiro () Sem parceiro

1.4 Nº de filhos: _____

1.5 Categoria Profissional: () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem

() Auxiliar de Enfermagem

1.6 Tempo de experiência na enfermagem: _____

1.7 Tempo de experiência no setor em que atua no momento: _____

1.8 Carga horária semanal: _____

1.9 Turnos de trabalho:

() Maior parte de Manhã

() Maior parte à Tarde

() Maior parte Noturno

() Outro: _____

1.9 Você tem outras atividades fora de seu horário de trabalho, que ocupam grande parte da sua semana? () Sim () Não

1.9.1 Se sim, Quais? _____

1.9.2 Em caso positivo, quantas horas no total você gasta por semana, considerando todas as suas principais atividades? _____

2.0 Você pôde escolher este setor em que trabalha?

() Sim () Não

2.1 Em relação ao seu mercado de trabalho, você considera seu salário:

() Ruim () Médio () Bom () Muito Bom

2.2 Com relação a sua vida profissional, você afirmaria que?

() sente-se muito satisfeito.

() poderia melhorar.

() não está satisfeito

() está completamente insatisfeito

2.3 Quanto à seu ambiente de trabalho, ele é:

() inadequado

() satisfatório

() muito bom

2.4 Seu grau de relacionamento com seus colegas de trabalho é:

() ruim () médio () bom () muito bom

2.5 No ano passado quantas vezes você precisou faltar ao serviço?

() nenhuma vez () 1 a 2 vezes () mais de 3 vezes

2.6.1 Em caso positivo, quais foram os motivos? _____

2.7 Antes de trabalhar nesse setor, qual era o local e/ou setor em que você trabalhou? _____

2.8 Qual era sua função? _____

2.9 Considerando todos os locais em que você trabalhou, você considera esse setor atual?

() Com mais fatores de sobrecarga
() Com menos fatores de sobrecarga
() Indiferente, eles são parecidos em relação à demanda de sobrecarga.

3.0 Essa pesquisa tem o intuito de avaliar seu estresse. Para isso, você acha que nesse momento há problemas pessoais acontecendo na sua vida que podem estar lhe sobrecarregando?

() Sim () Não

3.1 Você acha que nesse momento há problemas familiares acontecendo na sua vida que podem estar lhe sobrecarregando? () Sim () Não

3.2 Você normalmente acorda descansado? () Sim () Não

3.3 No final da jornada de trabalho você se sente (física e mentalmente)?

() bem () cansado () pouco cansado

3.4 Você já esteve desempregado na sua vida?

() Sim () Não

3.5 Por quanto tempo ficou desempregado? _____

3.6 Em relação ao período em que esteve desempregado, você considera o período atual?

() Com mais fatores de sobrecarga
() Com menos fatores de sobrecarga
() Indiferente, a sobrecarga era parecida

3.7 Você está satisfeito com o seu peso?

() sim () não (gostaria de aumentar) () não (gostaria de diminuir)

3.7.1 Altura: _____

3.7.2 Peso: _____

3.8 Você pratica exercícios físicos regularmente (pelo menos 20 minutos de exercícios)?

- () Uma vez por semana
- () Duas vezes por semana
- () três ou mais vezes por semana
- () Nenhuma vez

3.9 Como você classificaria seu estado de saúde atual?

- () Ruim
- () regular
- () Bom
- () Excelente

4.0 Há alguma queixa física atualmente? _____

4.1 Está sob algum tipo de tratamento? _____

4.2 Você é hipertenso? () Sim () Não

4.3 Você sofre atualmente de diabetes mellitus? () Sim () Não

4.4 Você já teve um problema de saúde em que o médico comentou que a causa estaria ligado ao estresse? () Sim () Não

4.5 Qual era esse problema? _____

Medicamentos psicotrópicos são um grupo vagamente definido de drogas que têm efeito sobre a função psicológica. Aqui os agentes psicotrópicos incluem os antidepressivos, alucinógenos, ansiolíticos, antipsicóticos e tranqüilizantes. Considere essa definição para responder as próximas perguntas;

4.6 Você faz uso de medicamentos psicotrópicos atualmente? () Sim () Não

4.7 Você faz uso de medicamento psicotrópico sem serem prescritos por um médico?

() Sim () Não

4.8 No ultimo ano recorreu à automedicação de psicotrópicos? () Sim () Não

Se responder NÃO, na pergunta anterior, essa sessão de medicamentos acaba aqui, pule as quatros perguntas seguintes. Se respondeu SIM, continue, por favor:

4.9 No ultimo ano recorreu à automedicação de psicotrópicos...

() Raramente () Alguma frequência () Muita frequência

5.0 Quais eram os problemas que você apresentava quando recorreu à automedicação? _____

5.1 Quais os motivos que justificaram a automedicação em vez da consulta médica? _____

5.2 A automedicação foi influenciada por:

- ☐ Familiar ou amigo ☐ Prescrições anteriores
☐ Profissional de saúde ☐ Publicidade
☐ Tinha em casa sem prescrição médica

VERSÃO RESUMIDA DA JOB STRESS SCALE

- a. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- ☐ 4 Frequentemente
☐ 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 iniciativa?

() 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 relacionamos 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

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionadas ao uso de Álcool

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

() Nunca

() Uma vez por mês ou menos

() 2-4 vezes por mês

() 2-3 vezes por semana

() 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal? **Considere para esta questão: 1 dose = 1 lata de cerveja (300ml) ou 1 tulipa de cerveja ou 1 taça de vinho ou 1 dose de whisky, vodka ou pinga**

() 0 ou 1

() 2 ou 3

() 4 ou 5

() 6 ou 7

() 8 ou mais

3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

() Nunca

() Menos que uma vez por mês

() Uma vez por mês

() Uma vez por semana

() Quase todos os dias

4. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

() Nunca

() Menos que uma vez por mês

() Uma vez por mês

() Uma vez por semana

() Quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

() Nunca

() Menos que uma vez por mês

() Uma vez por mês

() Uma vez por semana

() Quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

() Nunca

() Menos que uma vez por mês

() Uma vez por mês

() Uma vez por semana

() Quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?
- () Nunca
- () Menos que uma vez por mês
- () Uma vez por mês
- () Uma vez por semana
- () Quase todos os dias
8. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?
- () Nunca
- () Menos que uma vez por mês
- () Uma vez por mês
- () Uma vez por semana
- () Quase todos os dias
9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?
- () Não
- () Sim, mas não no último ano
- () Sim, durante o último ano
10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?
- () Não
- () Sim, mas não no último ano
- () Sim, durante o último ano
11. Você percebe um aumento no consumo de bebidas alcoólicas em momentos de grande sobrecarga no trabalho?
- () Sim () Não

Avaliação do consumo de tabaco

1. Você fuma atualmente? () Não () Sim
2. Já fumou no passado? () Não () Sim
3. Atualmente, eu fumo em média? _____ cigarros por dia
4. O máximo que já fumei foi: _____ cigarros por dia.
5. Você tem dificuldade em ficar sem fumar, mesmo em locais proibidos?
- () Não () Sim
6. Atualmente, você está fumando mais que o habitual? () Não () Sim
7. Você fuma mesmo quando está doente "de cama"? () Não () Sim

8. Em momentos de sobrecarga no trabalho, você aumenta o consumo de cigarros?

() Não () Sim

9. Quantos cigarros a mais geralmente você fuma? _____

10. Você acha que pode ter um problema com seu habito de fumar?

() Não () Sim

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 número 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 teve contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são 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 frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor:

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

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, a sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Sem qualquer objetivo ou finalidade						Com finalidade e objetivos claros

9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						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 frequência 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 frequência						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, frequentemente 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 chateice

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)

174

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 frequência você tem sentimentos e idéias bastante confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						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 estragará essa sensação

21. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?

1	2	3	4	5	6	7
Com muita frequência						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

145

24. Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?

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

25. Muitas pessoas – mesmo aquelas muito fortes – algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?

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

26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que

1	2	3	4	5	6	7
Você deu muita ou						Você viu as coisas
pouca importância						na medida certa
para o que aconteceu						

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						Não terá sucesso
em superar as						em superar as
dificuldades						dificuldades

28. Com que frequência 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						Raramente ou
frequência						nunca

29. Com que frequência você tem a sensação de que não consegue manter seu auto-controle?

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

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 09 de fevereiro de 2011

Ofício nº 420/2011
CEP/MGV

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“ESTRESSE OCUPACIONAL, SAÚDE FÍSICA E SENSO DE COERÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL”** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 317ª Reunião Ordinária realizada em 07/02/2011 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 12893/2010.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.
Atenciosamente.

DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
MEY FAN PORFÍRIO WAI
PROFª DRª ANA MARIA PIMENTA CARVALHO (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP