UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CARLA ARAUJO BASTOS TEIXEIRA

Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de
enfermagem em ambiente hospitalar

RIBEIRÃO PRETO

2013

CARLA ARAUJO BASTOS TEIXEIRA

Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de
enfermagem em ambiente hospitalar

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

Linha de Pesquisa: Promoção à Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Cristina da
Silva Gherardi-Donato

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Catologação na Publicação
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

TEIXEIRA, CARLA ARAUJO BASTOS

Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar, 2013.

94f.

Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Saúde Mental. 2. Estresse Ocupacional. 3. Estratégias de Enfrentamento. 4. Enfermagem.

Carla Araujo Bastos Teixeira

Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar.

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

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao nosso bom e providente Deus, que tudo vê, tudo escuta e nos acolhe como Pai amoroso e zeloso. Ao meu querido anjo da guarda que me acompanha de perto e trabalha incessantemente para minha proteção e meu direcionamento nos caminhos dessa vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, nosso Pai maior, criador de todas as belezas do universo. Amor puro em essência presente em forma de centelha divina em cada um de nós.

À minha Mãe Ray, com “M” maiúsculo, exemplo de garra e perseverança. Quem me deu vida, e ensinou-me valores como respeito, autonomia e amor. A ela devo meu caminhar, pois foram suas pegadas que me direcionaram pra frente apesar de todos os obstáculos do caminho.

Ao meu pai Deolindo José (*in memoriam*), que me ensinou, com seu exemplo, valores como humildade e bom humor (sempre!). A sua marca faz de mim quem eu sou.

Ao meu irmão Danilo, por sempre me abordar com “tá animada?!” e por ser o presente mais brincalhão e de coração puro que Deus me deu.

À minha Família Bastos e família Teixeira pelo apoio, confiança e energias positivas.

Aos meus tios Zilar, Zé Luiz, Zélia, Creusa, Orlando, Regina, Ana Claudia, Airton, Fernando, Cláudio, Claudia, Beta, Vera, Careca pelo amor e pela compreensão do real sentido de família.

À Fernanda, minha cunhada, mulher virtuosa que cuida de parte do meu coração, pelo apoio e carinho.

Aos meus sobrinhos Beatriz e Filipe, pela renovação de energia familiar e pela alegria do riso fácil e do encantamento pueril.

À Profa. Dra. Edilaine, por ser ela. Simples assim. Por ter decidido me aceitar como orientanda e por me orientar não só na vida acadêmica. Por acreditar nos meus sonhos e devaneios e por transfigurá-los em uma realidade conjunta onde companheirismo, perseverança, e criatividade fazem morada. Obrigada por sonhar comigo.

Ao Prof. Dr. Mário Juruena e a profa. Dra. Lucilene Cardoso, por terem aceitado participar desta banca e por suas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

À minha família postiça Maia (Roberta, Lúcio, Oclébia, Ocenéia, Arthur, Benzinho, Daniel, Renan, Vó Conceição) pelo incentivo, acolhimento e apoio. Em especial minha “primã” e afilhada Roberta pela cumplicidade de sempre.

À família CEAR (Centro Espírita Aurora Redentora), pelo acolhimento, direcionamento, trabalho em equipe, aprendizado e paciência.

Às amigas Carol Aguiar e Juliana Bicalho pelos emails e SMS trocados durante as madrugadas de desespero e por serem tão humanas quando eu mesma não me reconhecia como tal. Por compartilhar da minha percepção “fluorescente” de mundo.

Aos amigos de Fortaleza: Ana Paula Pimentel, Natália Gama, Bruna, Lara, Lorena, Camyla, Emerson, Clarice, Neidiane e Luiziana pela amizade de longa data, apesar da distância física.

Aos amigos da Pós-Graduação: Elton Carlos (“G”), Jéssica, Maycon, Larissa, Samuel, Ana, Fernanda Burbulhan, Heloisa, Jaqueline, Calíope, Marialda, Gabriela, Sato, Tabata e Lucas pelos momentos inesquecíveis que passamos juntos.

Aos amigos da casa 12, pelo acolhimento e por fazer daquela casa minha segunda moradia em Ribeirão.

Ao amigo Elton Brás que fez rir, me acalentou e que puxou minha orelha quando necessário. Obrigada pela amizade leal e por tudo que passamos juntos, por mostrar-se tão doce e espontâneo. Obrigada por ser meu primeiro companheiro em Ribeirão Preto.

Ao amigo Leonardo Naves, pelo “Bullying de cada dia” e por demonstrar companheirismo em momentos em que eu não sabia como pedir ajuda.

À amiga Sandra Pereira, pela amizade, parceria acadêmica e por todos os momentos compartilhados, tanto as alegrias quanto os momentos de dificuldade.

À Emilene, pela paciência e contribuição durante o trabalho.

Aos funcionários do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, tanto os que ajudaram nas questões burocráticas, como aqueles que colaboraram como sujeitos da pesquisa.

Aos funcionários da EERP que sempre me recebem com um sorriso no rosto e solicitude infinita. Em especial, Adriana, Ulisses e Flávia (PG); Odilon, Lico, Natan, Fernando, Bin, Marcos, Clério e Izete.(Portaria) e Gisele e Rose (Serviços Gerais).

Aos trabalhadores e pacientes do CAPS de Maranguape-CE pelo conhecimento em Saúde Mental e pela troca de experiências. Em especial Dr. Wellington Alves, meu mentor na psiquiatria.

A amiga Camila Landim e ao Vinícius Alves por terem dado um “empurrãozinho”, cada uma a sua maneira. Sem eles não teria dado o primeiro passo em direção à USP.

A Luciana Calabrese (*in memoriam*).

À todos os meus amigos, antigos e recentes, por terem compartilhado momentos que fazem de mim quem eu sou.

Ao CNPQ, pela concessão da bolsa de Mestrado

À FAPESP pelo apoio concedido ao projeto.

“A pedra

*O distraído, nela tropeçou,
o bruto a usou como projétil,
o empreendedor, usando-a construiu,
o campônio, cansado da lida,
dela fez assento.
Para os meninos foi brinquedo,
Drummond a poetizou,
Davi matou Golias...
Por fim;
o artista concebeu a mais bela escultura.
Em todos os casos,
a diferença não era a pedra.
Mas o homem.”*

(Antonio Pereira ,1999)

RESUMO

TEIXEIRA, C. A. B. **Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar**. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

O trabalho de enfermagem tem sido foco de várias pesquisas diante da possibilidade de adoecimento físico e mental dos trabalhadores. Esse estudo objetivou analisar a prevalência e a associação entre estresse ocupacional e as estratégias de enfrentamento em técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital universitário. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A amostra foi aleatorizada com 338 técnicos e auxiliares de enfermagem, houve 8,2% de recusas totalizando 310 participantes. Desenvolveu-se um estudo transversal, de abordagem quantitativa. Para avaliação do estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento aplicou-se a *Job Stress Scale* (JSS) e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Os dados foram submetidos à estatística descritiva e analítica. Os participantes do estudo eram em sua maioria mulheres (76,1%), com idade média de 47,1 anos (DP 10,94), casados ou com companheiro (58,1%), com filhos (74,5%), auxiliares de enfermagem (85,5%), com único vínculo empregatício (79,4%), passaram por consulta médica no último ano (88,4%) e tiveram afastamento do trabalho no último ano (50,0%). Estavam altamente expostos ao estresse ocupacional 17,1% da amostra. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram as estratégias focadas no problema (60,0%) e as menos utilizadas foram as focadas na emoção (1,3%). As estratégias de busca por práticas religiosas estiveram associadas à religião protestante, ao sexo feminino, a morar com alguém e a ter filhos. Ser protestante confere 1,9 vezes mais chances de utilizar as estratégias de busca por práticas religiosas; mulheres apresentaram 3,73 vezes mais chances de utilizar estratégias de enfrentamento de busca por práticas religiosas em relação ao sexo masculino; morar com alguém diminui as chances de utilizar a busca por práticas religiosas (OR=0,33); ter filhos aumenta as chances de utilização das estratégias de busca por práticas religiosas, sendo que a cada filho o trabalhador apresenta mais chance de utilizar as referidas estratégias (OR=1,40). O estresse ocupacional esteve estatisticamente associado às estratégias focadas na emoção, identificando essas estratégias como fator de risco para o estresse ocupacional. Contudo, o número de observações deste fator impede afirmar com certeza o fenômeno observado. Evidenciou-se tendência para que as estratégias focadas no problema desempenhem proteção ao estresse ocupacional. As condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais no ambiente hospitalar implicam em considerável prevalência de estresse laboral com repercussões biopsicossociais. Almeja-se com os resultados deste estudo, expandir o conhecimento científico e assim beneficiar os trabalhadores do setor da saúde, estimulando iniciativas e ações de proteção e promoção da saúde mental do trabalhador no ambiente laboral.

Descritores: Saúde Mental. Estresse Ocupacional. Estratégias de Enfrentamento.. Enfermagem.

ABSTRACT

TEIXEIRA, C. A. B. **Occupational stress and coping strategies among nursing workers at hospital environment.** 2013. 94f. Dissertation (Master's degree) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Nursing assistance has been focus of numerous studies because of potential for physical and mental damage to these workers. This study aimed to analyze the prevalence and association between occupational stress and coping strategies in technical and nursing assistants at a university hospital. It had approval of the Research Ethics Committee. The sample was randomized with 338 technicians and nursing assistants, there were 8.2% of refuse totaling 310 participants. We developed a cross-sectional study, with a quantitative approach. For evaluation of occupational stress and coping strategies were applied the Job Stress Scale (JSS) and the Ways of Coping (EMEP). The data were submitted to descriptive and analytical statistics. Participants were mostly women (76.1%), with a mean age of 47.1 years (SD 10.94), married or living with a partner (58.1%), with children (74.5%), nursing assistants (85.5%), with only employment (79.4%), were attended by medical consultation last year (88.4%) and had off work in the last year (50.0%). Were highly exposed to occupational stress 17.1% of the sample. Coping strategies were used more problem-focused strategies (60.0%) and the least used were the emotion-focused (1.3%). Strategies related to religious practices were associated with the Protestant religion, the female, living with someone and have children. Being Protestant gives 1.9 times more likely to use religious practices strategies; women were 3.73 times more likely to use coping strategies of seeking religious practices in relation to male, living with someone decreases the chances of use the religious practices strategies (OR=0.33), having children increases the chances of using search strategies of religious practices (OR=1.40). Occupational stress was statistically associated with emotion-focused strategies, identifying those strategies as a risk factor for occupational stress. However, the number of observations of this factor doesn't permit to affirm the observed phenomenon certainly. There was a trend for strategies focused on problem play protection for occupational stress. Working conditions experienced by professionals in hospitals involve considerable prevalence of work stress which have an biopsychosocial impact. It is hoped that the results of this study, to increase scientific knowledge and thus benefit workers in the health sector, stimulating initiatives and actions for the mental health protection and promotion at the workplace.

Descriptors: Mental Health. Occupational Stress. Coping. Nursing.

RESUMEN

TEIXEIRA, C. A. B. **Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre trabajadores de enfermería en ambiente hospitalario**. 2013. 94f. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El trabajo de enfermería ha sido foco de innúmeras investigaciones por la posibilidad del adoecer físico y mental de los trabajadores. El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia y la asociación entre el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento de los asistentes técnicos y de enfermería de un hospital universitario. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación. La muestra fue aleatorizada con 338 técnicos y auxiliares de enfermería, hubo 8,2% de recusos totalizando 310 participantes, auxiliares de enfermería y técnicos que trabajaban en un hospital universitario. Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal, en un abordaje cuantitativo. Para la evaluación del estrés laboral y estrategias fueron aplicados la *Job Stress Scale* (JSS) y la Escala de Afrontamiento de Problemas (EMEP). Los datos fueron sometidos a estadística descriptiva y analítica. Los participantes del estudio eran en su mayoría mujeres (76,1%), con una edad media de 47,1 años (DE 10,94), casado o viviendo en pareja (58,1%), con hijos (74,5%), auxiliares de enfermería (85,5%), con sólo un empleo (79,4%), fueron atendidos por médico en el último año (88,4%) y tenían baja laboral en el último año (50,0%). Estaban altamente expuestos al estrés ocupacional 17,1% de la muestra. Las estrategias de afrontamiento que más se utilizaron fueron las estrategias centradas en el problema (60,0%) y las menos utilizadas fueron las centradas en la emoción (1,3%). Estrategias de búsqueda por prácticas religiosas se asocian con la religión protestante, el sexo femenino, a vivir con alguien y tener hijos. Siendo protestante resulta 1,9 veces más propensos a usar las estrategias de búsqueda por prácticas religiosas, las mujeres eran 3,73 veces más propensas a utilizar estrategias de afrontamiento de búsqueda por prácticas religiosas en relación con el sexo masculino, vivir con alguien disminuye las posibilidades de utilizar la búsqueda de prácticas religiosas (OR = 0,33), tener hijos aumenta las posibilidades de uso de las estrategias de búsqueda por prácticas religiosas (OR = 1,40 .) El estrés laboral se asocia a estrategias centradas en las emociones, se identificó estas estrategias como un factor de riesgo de estrés laboral. Sin embargo, el número de observaciones de este factor impide afirmar con certeza el fenómeno observado. Hubo una tendencia para las estrategias centradas en problema actuar como protectoras para el estrés laboral. Las condiciones de trabajo experimentadas por los profesionales del hospital implican considerable prevalencia de estrés en el trabajo, el que tiene un impacto biopsicosocial para los trabajadores involucrados. Se espera que con los resultados de este estudio, se pueda ampliar el conocimiento científico y así beneficiar a los trabajadores del sector de salud, estimulando iniciativas y acciones de protección y promoción de la salud mental del trabajador en el ambiente laboral.

Descriptores: Salud mental. Estrés Ocupacional. Estrategias de Afrontamiento. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Síndrome Geral de Adaptação - resposta inicial ao estresse	29
Figura 2 – Síndrome Geral de Adaptação - resposta ao estresse prolongado	29
Figura 3 – Diagrama esquemático do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA)	32
Figura 4– Modelo teórico <i>Job Strain Model</i> de Robert A. Karasek	34
Figura 5– Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo a variável tipo de trabalho do <i>Job Strain Model</i>	54
Gráfico 1 – Percentual de estratégias de enfrentamento utilizadas, segundo presença ou não de estresse ocupacional.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo as variáveis demográficas. Ribeirão Preto, 2012.....	50
Tabela 2	Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo as variáveis de formação e condições de trabalho. Ribeirão Preto, 2012.	51
Tabela 3	Distribuição dos técnicos e auxiliares de enfermagem segundo as variáveis de saúde. Ribeirão Preto, 2012.....	52
Tabela 4	Distribuição dos técnicos e auxiliares de enfermagem segundo uso de medicamentos, tabaco e álcool. Ribeirão Preto, 2012.....	52
Tabela 5	Distribuição dos técnicos e auxiliares de enfermagem segundo doenças autorreferidas. Ribeirão Preto, 2012.....	53
Tabela 6	Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo pontuação nas dimensões da JSS. Ribeirão Preto, 2012.....	54
Tabela 7	Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo a exposição ao estresse ocupacional. Ribeirão Preto, 2012.....	55
Tabela 8	Distribuição dos auxiliares e técnico de enfermagem segundo as variáveis sociodemográficas e nível de exposição ao estresse ocupacional. Ribeirão Preto, 2012.....	55
Tabela 9	Distribuição dos escores médios das respostas dos técnicos e auxiliares de enfermagem segundo os fatores da EMEP. Ribeirão Preto, 2012.....	56
Tabela 10	Distribuição de técnicos e auxiliares de enfermagem segundo o tipo de estratégias de enfrentamento utilizadas. Ribeirão Preto; 2012.....	57
Tabela 11	Odds Ratio da análise múltipla para as estratégias de busca por práticas religiosas segundo variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, 2012.....	58
Tabela 12	Odds Ratio da análise múltipla para o estresse ocupacional relacionado às estratégias de enfrentamento utilizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem. Ribeirão Preto, 2012.....	59

LISTA DE SIGLAS

SAG	Síndrome da Adaptação Geral
HPA	Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
PVN	Núcleo Paraventricular
CRH	Hormônio Liberador de Corticotrofina
ACTH	Hormônio Adenocorticotrófico
JSM	Job Strain Model
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EMEP	Escala de Modos de Enfrentamento dos Problemas
JSS	Job Stress Scale
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
DP	Desvio Padrão
OR	Razão de Prevalência
IC	Intervalo de Confiança

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
1.1 Apresentação.....	21
1.2 Justificativa do estudo	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1 A enfermagem e o processo de trabalho	26
2.2 Contextualizando Estresse.....	27
2.3 Estresse e a regulação neuroendócrina.....	31
2.4 Modelo teórico Job Strain Model de Robert A. Karasek.....	33
2.5 Estratégias de enfrentamento	36
3 OBJETIVOS.....	38
3.1 Objetivo geral.....	39
3.2 Objetivos específicos.....	39
4 MÉTODOS.....	40
4.1 Delineamento da pesquisa	41
4.2 Local, população e amostra do estudo.....	41
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	42
4.4 Aspectos Éticos	43
4.5 Instrumentos	43
4.5.1 Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e de saúde	43
4.5.2 Job Stress Scale – JSS	44
4.5.3 Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP	45
4.6 Coleta de dados	47
4.7 Procedimentos de análise dos dados.....	48
5 RESULTADOS	49
5.1 Caracterização da amostra e aspectos sociodemográficos, de trabalho e saúde.....	50
5.2 Estresse Ocupacional.....	53
5.3 Estratégias de Enfrentamento.....	56
5.4 Relação do estresse ocupacional com as estratégias de enfrentamento e a ocorrência de estresse.....	58
6 DISCUSSÃO	60

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
8 REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	81
A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP	82
B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP	83
C – Job Stress Scale	84
E – Autorização para uso da JSS	89
APÊNDICES.....	90
A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
B – Questionário sóciodemográfico	93

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Este estudo faz parte de um projeto maior de investigação, intitulado **Estresse, esgotamento profissional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de saúde**. Tal projeto é coordenado pela Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato e Dra. Lucilene Cardoso, docentes do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Que tem como objetivo analisar a prevalência de estresse (ocupacional e precoce), prevalência de esgotamento profissional e identificar estratégias de enfrentamento entre técnicos e auxiliares de enfermagem.

Assim, o presente estudo teve como objetivos: Analisar a prevalência de estresse ocupacional e sua associação com estratégias de enfrentamento em técnicos e auxiliares de enfermagem.

1.2 Justificativa do estudo

Na maioria das sociedades, as pessoas que são acometidas por algum tipo de desconforto físico ou emocional têm diferentes formas de procurar ajuda. Quanto maior e complexa a sociedade em que vive a pessoa, mais opções terapêuticas estarão disponíveis. Porém, principalmente no ocidente, o modelo biomédico ainda é o mais utilizado como recurso devido fatores socioculturais arraigados. Baseando-se no modelo biomédico, o hospital surge como principal estrutura institucional que compreende uma gama de profissionais com formações diferenciadas atuando junto ao usuário desse sistema. Esses profissionais são denominados profissionais da saúde (HELMAN, 2009).

A ascensão da tecnologia no sistema biomédico pode ser encarada como uma extensão dos sentidos humanos e de suas funções motoras e sensoriais

(HELMAN, 2009) Desde os tempos da antiguidade, as mais diversas sociedades utilizaram alguma forma de equipamento seja ela uma rústica espátula até a mais inovadora máquina de tratamento/diagnóstico. Esse desenvolvimento tecnológico gera benefícios ao mundo moderno e, em contrapartida, provoca mudanças no comportamento do ser humano, interferindo diretamente na sua qualidade de vida. Cada vez mais há responsabilidades de variáveis níveis de complexidade atribuídas ao trabalhador, que demandam novas exigências de qualidade na execução das tarefas e novas competências. Desta forma, torna-se cada vez mais emergente considerar o nível de estresse do trabalhador e a repercussão deste na saúde do mesmo (SANTOS; ALVES; RODRIGUES, 2009; JODAS; HADDAD, 2009).

Na tentativa de alcançar a produtividade a qualquer custo, os seres humanos acabaram indo de encontro aos próprios limites o que resultou num aumento de sofrimento repercutindo em consequências deletérias sobre seu estado de saúde e desempenho funcional. Tais consequências coexistem com alterações e ou disfunções pessoais e organizacionais com alcance nas esferas econômicas e sociais (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005)

Conforme Trindade (2007), entre os diferentes fatores que podem acometer a saúde do trabalhador, salienta-se o ambiente de trabalho como gerador de conflito, pois é no contexto do trabalho que, por vezes, os trabalhadores entram em choque, devido ao hiato existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que estão inseridos. As condições, o regime de trabalho e suas consequências para a saúde do trabalhador têm sido também objeto de estudos nas áreas de Saúde Mental e Saúde do Trabalhador nos diversos ramos das atividades produtivas (MOTTA et al, 2008).

Nesse contexto, os profissionais de saúde que tem como competência promovê-la, também estão vulneráveis à exposição ao estresse relacionado ao trabalho, uma vez que a atividade exige contato intenso com pessoas e enfrentamento de muitas situações de estresse.

Segundo Miquelin e colaboradores (2004) a palavra “estresse” é originada do inglês “stress” e foi descrita pela primeira vez pelo pesquisador austríaco Hans Selye, nas décadas de 20 e 30 do século passado. A fonte geradora de estresse ou estressor é a denominação dada a algum evento que provoca estresse, assim,

existem vários tipos de estressores, podendo, muitas vezes, o fator que estressa um indivíduo não ser estressante para outro.

O estresse pode ser definido como conjunto de reações físicas, psicológicas e sociais, de adaptação a um estressor, buscando através da luta ou fuga levar o organismo a homeostasia. Pode ser considerado patológico, quando o indivíduo esgota seus recursos internos, entra num sofrimento psíquico e acaba por ser acometido por patologias ocasionadas por esse esgotamento (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008).

As manifestações do estresse podem gerar sintomas físicos como ranger dos dentes, aumento de sudorese, hipertensão arterial, aperto de mandíbula, cansaço, tensão muscular, náuseas, vômitos, mãos e pés frios, insônia e sintomas emocionais como frustrações, ansiedade, desmotivação, angústia, alienação, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva e hipersensibilidade emotiva (FERREIRA; MARTINO, 2006).

Essas manifestações podem ocorrer em qualquer pessoa, pois todo o ser humano está sujeito a um excesso de fatores estressantes que ultrapassam sua capacidade de resistir física e emocionalmente (MIQUELIM et al 2004).

De acordo com Trindade, Lautert e Beck (2009), o estresse acomete trabalhadores do mundo inteiro, assim pode ser considerado um grave problema de saúde, pois interfere nos fatores biopsicossociais do indivíduo e dos grupos nos quais estão inseridos. Além disso, sabe-se que o trabalho em saúde é uma atividade que pode ocupar grande parcela do tempo de cada indivíduo e do seu convívio em sociedade, nem sempre possibilitando a realização profissional, pelo contrário, podendo causar problemas desde insatisfação até exaustão (TRINDADE, 2009). Preto e Pedrão (2009) dizem que isso se deve à própria atividade laboral, já que está relacionada com o envolvimento direto e indireto com pessoas que necessitam de uma grande demanda de cuidados que necessitam de muita paciência, simpatia e atenção. A convivência com a dor, o sofrimento, a impotência, a angústia, o medo, a desesperança, perda e morte, podendo trazer graves consequências físicas, emocionais, e até mesmo na qualidade do cuidar (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem fazem parte de uma categoria caracterizada por ter em sua essência o cuidado e também uma grande carga de trabalho voltada ao contato direto com pacientes e familiares.

O ambiente hospitalar, por sua vez, gera estresse de várias naturezas e em vários níveis: o estresse do paciente e de seus familiares, o estresse dos profissionais e do pessoal de saúde envolvidos, a morte, a constatação de que nem sempre os pacientes fazem o que lhes é recomendado, entre outros (MIQUELIM et al 2004). O mesmo autor ainda completa que os estressores hospitalares variam desde o local de atuação do profissional de enfermagem, bem como o cargo ocupado, o nível de satisfação e até mesmo os clientes atendidos nas unidades.

Dessa forma, para um melhor enfrentamento desta condição pelos profissionais da saúde, faz-se necessário ampliar os conhecimentos sobre sua prevalência, processos desencadeantes, suas características e consequências, além dos possíveis modos de enfrentamento, com o intuito de promover o cuidado à saúde destes profissionais e melhorar a qualidade do desempenho laboral. Para que se possa atuar preventivamente, considerando os custos elevados relacionados à má performance dos profissionais, o absenteísmo, a rotatividade, o recrutamento, o treinamento e as doenças que acometem esses profissionais.

Diante do exposto, considera-se relevante o desenvolvimento de um estudo que investigue o estresse laboral e as estratégias de enfrentamento utilizadas por profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar, e deste modo, contribuir para formação de um panorama situacional que subsidie reflexões acerca destes fenômenos entre os profissionais de enfermagem e para elaboração de intervenções que melhorem as condições de trabalho dos mesmos.

Espera-se, com a presente pesquisa, que sejam revelados os padrões desse panorama de forma analítica e sistemática, suplantando assim, as observações e experiências prévias vivenciadas pela pesquisadora durante dois anos de serviço como enfermeira em ambiente hospitalar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A enfermagem e o processo de trabalho

O período compreendido entre 2006 e 2015 foi denominado “Década de Recursos Humanos em Saúde” durante a Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde ocorrida em Toronto, Canadá, 2005. Como produto desse encontro, emergiu a necessidade de gerar ações de atualização, promovendo acessibilidade a serviços de saúde de qualidade até 2015. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2005; MENDES; MARZIALE, 2006; RIGOLI; ROCHA; FOSTER, 2006). Não é possível discutir serviços de saúde de qualidade sem levar em conta a estrutura por trás desse serviço, o instrumento que move e alicerça a promoção de saúde, ou seja, o profissional de saúde.

Partindo do pressuposto que, dentre os profissionais de saúde, o trabalhador de enfermagem é o profissional que tem como função primordial a prestação de cuidados. Vale ressaltar a importância do cuidado na prática de serviços em saúde. Bueno e Queiroz (2006) alegam que o conjunto de ações que compõe o cuidado são pouco valorizados no ambiente hospitalar sendo executados principalmente pelo técnico e/ou auxiliar de enfermagem. Coelho (2005), afirma que a categorização social do trabalho em classes promove relações de desigualdade além da divisão de gênero no trabalho de enfermagem.

Diante desse panorama, Luchesi (2008) afirma que a enfermagem só poderá mudar esse cenário, adquirindo plena autonomia, quando o cuidado adquirir um alto status científico e prático no âmbito da saúde. Entretanto, essa mudança só poderá acontecer se houver um rompimento no paradigma científico, conferindo ênfase ao cuidado e a humanização dos serviços em saúde.

Em um estudo com enfermeiras/mães de um hospital do município do Rio de Janeiro, almejando a descrição do cotidiano desses profissionais, as autoras concluem que para os sujeitos da referida pesquisa, o profissional de enfermagem é polivalente, o que associado a fatores como baixa remuneração salarial, reduzido reconhecimento no ambiente de trabalho, falta de incentivo, dentre outros aspectos podem levar o trabalhador à angústia e sofrimento no exercício da profissão (SPINDOLA; SANTOS, 2005). A literatura reconhece o trabalho de enfermagem no

ambiente hospitalar como altamente estressante. As responsabilidades atribuídas à Enfermagem configuram-se em situações de tensão diversas (ARAÚJO et al., 2003).

No ambiente hospitalar, diferentes e complementares estressores têm sido evidenciados no trabalho da Enfermagem, incluindo-se o número reduzido de profissionais; o excesso de atividades; a dificuldade para delimitação de papéis entre os profissionais que compõem a equipe (enfermeiros, técnicos e auxiliares); a complexidade das relações interpessoais; a responsabilidade para com os clientes; as restrições organizacionais oriundas do sistema hospitalar; a estagnação e a desvalorização de salários; a manutenção de múltiplos vínculos empregatícios; o cumprimento de longas e desgastantes jornadas de trabalho (BOEY et al., 1997; STACIARINI; TRÓCCOLI, 2001; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

São diversos os problemas relacionados ao ambiente de trabalho entre profissionais de enfermagem, dentre os quais o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e psicossociais (GOLDBERG; STEURY, 2001; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001; GEIGER-BROWN et al; 2004).

2.2 Contextualizando Estresse

“*Estresse*” é uma das palavras mais popularmente utilizadas no mundo contemporâneo. Uma pesquisa na internet pela palavra estresse, em 2005, revelou 185 milhões de entradas no site de buscas “Yahoo” e 126 milhões no site de busca “Google”. Entretanto nem todos os resultados se referiam ao estresse psicológico. No nível popular cultural, estresse conotou-se, amplamente, como sofrimento pessoal e coletivo e para todas as dificuldades pelas quais as pessoas passam no cotidiano (HELMAN, 2009). O termo estresse tomou proporções tão amplas que permeia conversações diárias além de perpassar os grandes meios de comunicação. Como afirmava Wallis (1983), “*o estresse, além de ser ele próprio e a consequência de si mesmo, é também a causa de si próprio*”.

Diversos pesquisadores contribuíram para a conceituação de estresse. Na literatura existem três correntes conceituais do referido termo. O primeiro pesquisador a conceituar o estresse foi Hans Selye em 1956. Para ele, o estresse era conceituado como uma resposta biológica. Selye (1956) entendia o estresse como uma *“resposta fisiológica de um sistema biológico a uma mudança a ele imposta”*. No modelo original do autor, que tinha em base um conceito de engenharia, o estresse representaria uma resposta intrínseca que prepara o organismo para uma ação quando acionado. Em 1976, após revisões, Selye alterou a definição de estresse para *“estado manifesto por uma síndrome específica que consiste em todas as modificações induzidas num sistema biológico”*. Afirmou ainda que nem todo estresse é prejudicial ao indivíduo, em um nível moderado, ele tem função protetora e adaptativa. Entretanto, num nível maior, a resposta desencadeada pode causar alterações patológicas. Tal síndrome foi denominada como Síndrome geral de adaptação (SGA) ou “síndrome da luta ou fuga”, como ficou conhecido popularmente.

Segundo Selye (1956,1976), a SGA se desenvolve em três estágios distintos: fase de alarme ou alerta (o organismo identifica o estressor e busca mecanismos de enfrentamento, sendo que pode superar o estresse ou evoluir para a segunda fase); fase de resistência (desaparece os sinais da fase de alarme, independente da permanência do estímulo ou não, podendo o organismo atingir a homeostasia ou evoluir para a terceira fase); fase de exaustão (o organismo não consegue eliminar ou adaptar ao estressor, tornando o indivíduo suscetível a doença). Uma quarta fase foi identificada por Lipp (2000) entre as fases de resistência e exaustão, identificada como fase de pré-exaustão, onde há enfraquecimento e incapacidade do indivíduo em resistir ou adaptar-se ao estressor. Nesta fase pode surgir problemas leves de saúde, não-incapacitantes (FERREIRA; DE MARTINO, 2009).

As respostas fisiológicas da SAG estão esquematizadas nas figuras 1 e 2:

Fig. 1: SAG resposta inicial ao estresse

Fonte: Adaptado de Townsend, (2002, p.04)

Fig. 2: SAG resposta ao estresse prolongado

Fonte: Adaptado de Townsend, (2002, p.05)

Conforme observa-se nos diagramas esquemáticos apresentados nas fig. 1 e fig.2, no estado de estimulação, o sujeito agrupa forças para enfrentar o estresse e mobilizar as defesas para solucioná-lo, porém, se a exposição ao estressor tornar-se prolongada, o corpo permanece no estado de excitação tornando-se susceptível ao adoecimento psicofísico.

O segundo conceito das três correntes referidas anteriormente, engloba o estresse como um evento ambiental. Holmes e Rahe (1967) definem estresse como “coisa” ou “evento” que acarreta em respostas fisiológicas e psicológicas adaptativas num indivíduo. Roy (1976) define respostas adaptativas como um conjunto de atitudes que mantêm a integridade do indivíduo. Pode ser considerada positiva se estiver relacionada a uma resposta sadia e pode ser considerada negativa quando altera a integridade do sujeito (TOWNSEND, 2002).

O terceiro conceito define o estresse como uma transação entre o indivíduo e o ambiente. Nessa definição são colocadas em relevância as características individuais do sujeito assim como a natureza do evento ambiental. Lazarus & Folkman (1984a) inferem que a determinação de uma relação pessoa/ambiente como fator estressante depende da avaliação cognitiva da situação pelo sujeito. Murphy e Moriarty, (1976) acrescentam que fatores predisponentes como experiências pregressas, influências genéticas e condições existentes incorporam susceptibilidades que influenciam a adequação dos recursos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo para lidar com as demandas adaptativas.

Independente da corrente conceitual, o elemento “resposta adaptativa” permeia as definições, o que leva a considerar a forma como o indivíduo reage a determinado estímulo interno ou externo como fator expressivo para o desenvolvimento ou não de um quadro patológico.

O papel do estresse nos modelos psicológicos e psicossociais contribuem para a contextualização de uma visão mais ampliada dos aspectos que envolvem as relações do homem com os fatores considerados estressores durante o curso da vida. Sabe-se que eventos estressantes ou traumáticos apresentam importante elemento no desenvolvimento de alterações de humor, cognitivas e comportamentais para a maior parte das teorias psicológicas. Um forte exemplo é a teoria psicanalítica que classificou a reação aos eventos traumáticos como essencial

para elucidar os transtornos de natureza psicológica (MAZURE, 1995). Apesar do desenvolvimento de modelos que propõem explicações distintas do modelo psicanalítico, os eventos estressantes mantêm papel crucial para a maioria dos modelos contemporâneos (HAAGA, 1991).

Considerando o estresse pela perspectiva laboral, se a resposta do indivíduo aos eventos estressantes for prejudicial no âmbito físico ou emocional, devido a não correspondência de capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador, temos por definição, o estresse laboral ou estresse ocupacional (BRUK-LEE; SPECTOR, 2011; HURRELL JR., SAUTER, 2011).

Os estudos sobre estresse no contexto laboral indicam que as situações vivenciadas no espaço laboral podem expor o indivíduo ao desencadeamento de distúrbios de natureza física e psicológica, bem como influenciar a motivação para o desenvolvimento de novos padrões de comportamento. Tais situações caracterizam diferentes tipos de trabalho com maior ou menor risco para o adoecimento do trabalhador (KARASEK, 1979; KARASEK; THEÖREL, 1990; ARAÚJO et al, 2003).

Diante do panorama exposto, percebe-se que independente da corrente conceitual ou da teoria psicológica que embase o estresse, no âmbito laboral, o nível de estresse pode ser desencadeador de malefícios na saúde do profissional de enfermagem. Dessa forma, faz-se necessário entender o processo de estresse sob diversos pontos de vista, seja do biológico até a percepção do mesmo pelo trabalhador. A partir da apropriação desse saber, estabelecer correlações entre o estresse laboral e a forma como o profissional se articula diante deste faz-se primordial para o avanço no campo das relações trabalhistas, bem-estar no ambiente de trabalho, prevenção de adoecimento orgânico e psíquico, além da promoção a saúde como um todo.

2.3 Estresse e a regulação neuroendócrina

A literatura apresenta o eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) como um dos principais sistemas mantenedores da homeostase do organismo em situações de desafio ou estímulo ao estresse. A resposta endócrina no processo de estresse está associada a uma gama de fatores dentre eles: a natureza do estresse, intensidade, rapidez de surgimento e tempo de exposição (BORGES NETO, 2011; TOFOLI, 2012).

Qualquer evento estressor, sendo interno ou externo, desencadeia uma sequência de eventos que culmina na secreção do cortisol o qual liberado na corrente sanguínea atua sobre órgãos e tecidos do organismo humano, sendo considerado, portanto, o produto final do eixo HPA (GUYTON, 1988; BORGES NETO, 2011; TOFOLI, 2012).

O início do eixo se dá pela captação do estímulo e transmissão nervosa deste até o hipotálamo. O hipotálamo, mais precisamente em uma região deste denominada núcleo paraventricular (PVN), secreta o fator liberador de corticotrofina ou hormônio liberador de corticotrofina (CRH). Esse hormônio passa pelo sistema porta hipotálamo-hipofisário até a hipófise anterior. Por sua vez, a hipófise anterior secreta o hormônio adenocorticotrófico (ACTH) que, via corrente sanguínea, flui até o córtex da adrenal, onde é produzido o cortisol. (GUYTON, 1988; KRONENBERG et al, 2010; TOFOLI, 2012).

Para que o nível de cortisol seja regulado existe um mecanismo de regulação integrada que age como controle de feedback negativo, essencial para o que os níveis desse hormônio retornem ao nível basal quando o eixo é desencadeado intensamente durante um evento estressante (GUYTON, 1988; KRONENBERG et al, 2010; MATTOS, 2011; TOFOLI, 2012), conforme demonstrado em figura 3:

Figura 3: Diagrama esquemático do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA)

Fonte: Adaptado de Tofoli, (2012, p.31)

A ativação do eixo HPA, mediante ao estímulo estressor deve ser aguda e limitada no tempo, culminando em efeitos metabólicos que, em curto período, propicia efeitos benéficos e uma resposta adequada ao estresse. Caso a ativação do eixo seja cronicada, como em situações de estresse ocupacional, as consequências passam a ser deletérias e associadas a condições patológicas. (KRONENBERG et al, 2010; BORGES NETO, 2011; TOFOLI, 2012).

2.4 Modelo teórico *Job Strain Model* de Robert A. Karasek

O Modelo Demanda-Controle ou Job Strain Model (JSM) foi o referencial teórico metodológico utilizado para embasar o estudo. Desenvolvido por Robert Karasek (1979), foi traduzido como Modelo Demanda Controle e proposto nos anos 70 para avaliar os efeitos do estresse na vida do trabalhador e suas repercussões no ambiente ocupacional. Para tal, o JSM relaciona duas dimensões psicossociais no ambiente de trabalho: a demanda psicológica e o controle no trabalho. A partir da combinação dos níveis pontuados nestas dimensões, o modelo atribui tipos de trabalho com diferentes riscos à saúde do trabalhador (ALVES et al., 2004; MAGNAGO, 2008).

A dimensão demanda psicológica corresponde ao conjunto de pressões psicológicas, quantitativas ou qualitativas, enfrentadas pelo profissional ao executar suas tarefas. Os aspectos do trabalho envolvidos com a demanda são: o ritmo (o excesso e a dificuldade das tarefas); os conflitos nas relações de trabalho; a pressão pelo tempo, velocidade e nível de concentração requerida para realização da atividade; as interrupções na realização das tarefas; os conflitos entre demandas dissonantes; a realização de tarefas que requeiram esperar as atividades realizadas por outros trabalhadores (KARASEK, 1979; KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al., 2004).

A dimensão controle no trabalho corresponde à amplitude ou margem de decisão possuída pelo trabalhador em relação à possibilidade de utilizar sua capacidade e à autonomia para tomar decisões no que permeia seu próprio trabalho. A utilização das habilidades reflete a possibilidade de uso das habilidades intelectuais do trabalhador na execução de seu trabalho, para o qual verifica-se o desenvolvimento de habilidades e o grau de aprendizagem, de repetitividade, criatividade e variedade junto às tarefas que compõem o trabalho. A autonomia para

tomada de decisões, reflete a habilidade individual de decisão sobre o próprio trabalho e a forma de conduzi-lo, incluindo o ritmo, a influência do grupo e a influência política gerencial do trabalhador (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al., 2004; MANETTI, 2009).

Conforme o JSM, situação de maior desgaste ao trabalhador e maior exposição ao estresse ocupacional acarretando em maior risco para o desenvolvimento de patologias ocupacionais é configurado pela combinação de alto nível de demanda psicológica e o baixo controle no trabalho. Já os níveis moderados de demanda com alto controle, conferem uma situação favorável ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis no trabalho (KARASEK, 2008).

Considerando-se os níveis baixo e alto das dimensões demanda e controle, configuram-se quatro tipos de trabalho, conforme ilustra a Figura 4.

Figura 4 – Job Strain Model de Karasek.
Fonte: Adaptado de Karasek e Theorell (1990, p.32)

A diagonal A refere-se ao risco de adoecimento físico e psíquico, cuja predição mais acentuada é que a ocorrência de agravos à saúde se dá no trabalho de alta exigência/ alto desgaste (quadrante 1). A condição ideal de trabalho, com

menor risco de comprometimento à saúde, é representada no quadrante 3 pelo trabalho ativo (baixa demanda e alto controle). A diagonal B refere-se à motivação para desenvolver novos tipos de comportamento, sendo o trabalho ativo (quadrante 2) uma situação de aumento da atividade global do indivíduo frente às motivações e ao alto controle. No quadrante 4, o trabalho passivo refere-se à desmotivação e à insatisfação, podendo ocasionar comprometimento à saúde do trabalhador (KARASEK; THEORELL, 1990; ARAÚJO et al., 2003).

São considerados os indivíduos que apresentam maior quantidade de reações adversas a saúde, os trabalhadores expostos ao trabalho de alta exigência, pois estes estão submetidos a situações repetidas de alta tensão e menor controle sobre o evento. As situações desgastantes ocasionam uma resposta de tensão no organismo ao agente estressor, que em seguida dissipa-se com a ausência do estressor. Quando este processo ocorre de forma repetitiva, o mecanismo desencadeador de respostas intensifica-se e impede a dissipação total da tensão gerada, restando no organismo uma tensão residual. O acúmulo da tensão residual ao longo da ocorrência das situações estressantes poderá levar ao adoecimento físico e/ou psicológico do sujeito conforme o JSM (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al.; 2004).

A terceira dimensão constituinte do JSM corresponde ao apoio social no trabalho. Esta dimensão foi acrescida por Johnson, em 1988, e corresponde ao nível de interação social existente no trabalho, seja por parte dos colegas, ou por parte dos supervisores. Um maior apoio social comporta-se como atenuante, e em escassez como potencializador do efeito demanda-controle (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al.; 2004; MANETTI, 2009; CORSI, 2012).

Diversas pesquisas delineadas a partir do modelo JSM evidenciaram a associação do estresse ocupacional com o adoecimento físico e mental (KARASEK; THEORELL, 1990; MAZURE, 1995; STANSFELD et al., 2002; KUPER; MARMOT, 2003; SIEGRIST; 2008), onde as situações apresentadas inferiam como desfecho desde a sintomatologia até quadros patológicos instalados.

2.5 Estratégias de enfrentamento

Diante de uma situação estressante, os indivíduos desenvolvem diferentes formas de enfrentamento, as quais estão relacionadas a fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis, e objetivam restabelecer o equilíbrio do organismo frente às reações desencadeadas pelo estressor. É importante ressaltar que os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas em uma específica situação variam de acordo com a personalidade ou de experiências vivenciadas pelo sujeito, bem como as características da situação (LAAL; ALIRAMAIE, 2010).

Na literatura a terminologia *coping* ou enfrentamento é utilizado para identificar a forma como lidar com demandas, sejam elas internas ou externas, julgadas pelo sujeito como estando acima seus recursos ou possibilidades (TAYLOR, 1999; ALLEGRETTI, 2006). Ryan Wenger, (1992) acrescenta que estratégias de enfrentamento são atitudes determinadas e conscientes passíveis de aprendizado que possibilitam o uso e o descarte conforme a necessidade. Objetiva-se com essas atitudes reagir frente ao estresse percebido

Podem ser definidas como um conjunto de ações cognitivo-comportamental desenvolvido pelos indivíduos ao longo de suas vivências frente a diversos estressores, visando modificar aspectos adversos do ambiente e regular potenciais ameaças que surjam em decorrência destes. Entende-se, portanto que os meios de enfrentamento podem mudar ao longo do tempo, de acordo com as características do estressor e as exigências do contexto (MITCHELL; CRONKITE; MOOS, 1983; SILVA, 2005).

Lazarus e Folkman (1984b) elaboram um modelo, baseado na perspectiva cognitivista, que categoriza o enfrentamento em duas classificações: enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado na emoção. O enfrentamento centrado no problema visa realizar alterações no ambiente se o sujeito conseguir controlar-se ou modificar a situação estressante. Em outras palavras, o sujeito busca conhecer o agente estressor e tenta modificá-lo ou evitá-lo no futuro. O enfrentamento centrado na emoção visa atenuar o desconforto emocional vivenciado pelo sujeito, se este se adequar a resposta emocional à situação estressante. Ou seja, o sujeito procura serenar o sofrimento que o estímulo determina, mesmo que a situação estressante não possa ser alterada (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON 2001).

O enfrentamento focado na emoção, geralmente, ocorre quando o indivíduo avalia uma situação e obtém como observação a impossibilidade de modificar as condições danosas ou ameaças potenciais. As estratégias centradas no problema têm mais ocorrência quando o indivíduo avalia as condições danosas ou ameaças potenciais como fáceis de modificação (SAVOIA, 2000).

Em suma, as estratégias de enfrentamento têm como finalidade manter o bem-estar, buscando amortizar os efeitos deletérios das situações estressantes. A partir desse contexto, o enfrentamento utilizado pelo indivíduo tem adquirido relevância nos estudos sobre o estresse no trabalho, pois refere-se aos esforços do sujeito que podem tanto acentuar como amainar os efeitos de eventos estressores (PINHEIRO et al., 2003; CALDERERO; CORRADI-WEBSTER; MIASSO, 2008; CAMELO; ANGERAMI, 2008; TELLES; PIMENTA, 2009; SOUSA et al., 2009; STEKEL, 2011).

A partir da construção individual de cada sujeito e do conhecimento das situações estressoras, observando a relação entre o estresse laboral e as estratégias de enfrentamento, pode-se obter um panorama de como esses trabalhadores reagem ao ambiente laboral e às situações conflitantes. Tal panorama poderá auxiliar no desenvolvimento de ações voltadas, especificamente, para o público alvo, a serem desenvolvidas numa continuidade e aprofundamento desse estudo.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a prevalência de estresse ocupacional e identificar as estratégias de enfrentamento em técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital universitário.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas, condições de trabalho e saúde;
- Identificar a prevalência de estresse ocupacional;
- Identificar as estratégias de enfrentamento;
- Testar a associação entre as estratégias de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas;
- Testar a associação entre as estratégias de enfrentamento e o estresse ocupacional.

4 MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal, descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, no qual os investigadores assumiram o papel de observadores e exploradores, coletando diretamente os dados no local (campo) em que se deram ou surgiram os fenômenos (BARROS; LEHFELD, 2005).

A opção pela pesquisa descritiva se deve à possibilidade de observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los, sendo indicada, principalmente, a pesquisas nas ciências humanas e sociais, abordando os dados e problemas que merecem ser estudados e cujo registro não consta de documentos (CERVO; BERVIAN, 2002).

Nesta pesquisa quantitativa objetivou-se apropriar da análise estatística para o tratamento dos dados. Sendo esta utilizada quando é exigido um estudo exploratório para um conhecimento mais profundo do problema, ou objeto de pesquisa, representado nesta pela ocorrência de estresse, esgotamento profissional e os modos de enfrentamento apresentados pelos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem em sua prática profissional (FIGUEIREDO, 2007).

As pesquisas quantitativas são mais adequadas para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos padronizados. São utilizadas quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado para atingir os objetivos da pesquisa. Elas testam, de forma precisa, as hipóteses levantadas para a pesquisa e fornecem índices que podem ser comparados com outros (GIL, 2002).

4.2 Local, população e amostra do estudo

A investigação foi desenvolvida em um hospital universitário de grande porte do interior do Estado de São Paulo.

A população da pesquisa abrange todos os técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no referido hospital. Sabe-se que uma maior demanda associada a um menor controle do trabalho exercido corresponde a um maior nível de desgaste do trabalhador (KARASEK, 1990). Assim, optou-se por realizar o estudo

nesta população (técnicos e auxiliares), considerando que estes profissionais apresentam um trabalho que atende às condições acima, ou seja, cumprem uma alta demanda de trabalho e tem pouco controle da função exercida devido ao seu nível de formação e também à supervisão constante do profissional enfermeiro.

Segundo informações do setor de Recursos Humanos, no início da coleta o hospital empregava 987 auxiliares de enfermagem e 148 técnicos em enfermagem, totalizando uma população de 1135 funcionários. A amostra calculada para o estudo foi constituída por 338 participantes. Para o cálculo do tamanho amostral aplicou-se a fórmula usual proposta por Silva (2001), $N = Z^2 \cdot p \cdot q / E^2$, onde:

Z: é o valor da curva normal correspondente ao nível de confiança

p: é a prevalência

$q = 1 - p$

E: é o erro máximo que se está disposto a cometer.

Como são poucas as referências sobre uma prevalência confiável, optou-se pelo valor mais seguro de 50%. Assim, o tamanho da amostra foi calculado para detectar uma prevalência prevista de 50% com 95% de confiança e um erro máximo de 5%. Isto é, o tamanho da amostra deve garantir esta precisão ao detectar uma prevalência no intervalo de 45% a 55% com 95% de probabilidade. Valores da prevalência mais afastados de 50% resultarão em menor erro ou maior poder da estimativa.

Substituindo os valores $Z = 1,96$, $p = 0,50$ e $E = 0,05$ obtém-se $n(\text{inicial}) = 384$.

A correção para a população finita foi realizada por meio da expressão: $n = n(\text{inicial}) / \{1 + n(\text{inicial}) / \text{População}\}$, onde $n(\text{inicial}) = 384$ e população = 1055, leva ao valor de $n(\text{intermediário}) = 282$. Assim, admitindo-se recusas e respostas parciais em torno de 20%, o valor final ficou sendo: $n(\text{final}) = 338$.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na amostra os profissionais que atendessem ao critério de estar exercendo suas atividades profissionais no mínimo há um ano e de ambos os gêneros.

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos da pesquisa aqueles profissionais que estavam afastados ou de férias do trabalho durante o período de coleta de dados.

4.4 Aspectos Éticos

Considerando os aspectos éticos referentes à pesquisa envolvendo seres humanos (resolução 196/96), o presente estudo foi aprovado pelo serviço para sua realização, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da EERP sendo aprovado sob o Parecer 23433 (**Anexo A**) e logo após aprovado também pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCFMRP (**Anexo B**). Foi assegurado aos participantes que as informações obtidas impossibilitariam a identificação dos mesmos. Todos os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, os seus direitos e os cuidados a eles garantidos. Após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice A**), em duas vias assinadas pelo pesquisador e participante, sendo uma via do pesquisador e a outra via do participante conforme regulamenta os dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

4.5 Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- 1 –Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e saúde (**Apêndice B**).
- 2 - *Job Stress Scale* – JSS (**Anexo C**)
- 3 - Escala de Modos de Enfrentamento dos Problemas – EMEP (**Anexo D**);

4.5.1 Questionário sociodemográfico, de condições de trabalho e de saúde

O questionário foi elaborado pelas pesquisadoras para registrar os dados sociodemográficos e laborais, e assim caracterizar a população em estudo. É formado por 27 questões que contemplam as seguintes variáveis: Idade; Sexo; Escolaridade; Estado civil; Religião; Tempo de serviço no setor; Tempo de serviço na profissão; Número de vínculos empregatícios; Horário de Trabalho; Com quem mora; Número de pessoas que residem no domicílio; Número de filhos; Consulta

médica no último ano; Motivo da consulta médica; Tipo de serviço de saúde; Uso de medicamentos; Afastamento do trabalho; Doenças autorreferidas; Uso de álcool e tabaco.

4.5.2 Job Stress Scale – JSS

A JSS é a versão reduzida do questionário originalmente elaborado por Karasek (49 questões). Foi elaborada na Suécia por Theorell em 1988 e validada no Brasil por Alves et al. em 2004. Contém 17 itens que são distribuídos da seguinte forma na escala: cinco itens avaliam demanda, que são pressões da natureza psicológica, tanto quantitativa (tempo e velocidade de realização do trabalho) quanto qualitativa (conflito entre demandas contraditórias); seis para avaliar controle, definido como possibilidade do trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para realização de seu trabalho e bem como ter autoridade suficiente para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo e seis para apoio social. Para as dimensões de demanda e controle, as opções de resposta são apresentadas em escala tipo Likert (1-4), variando entre “frequentemente” (4) e “nunca/quase nunca” (1), já na dimensão referente ao apoio social a opção de resposta também são apresentados em escala tipo Likert (1-4) com variação entre “concordo totalmente”(1) e “discordo totalmente”(4) (ALVES, et al. 2004).

Os escores são obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas de cada dimensão. Assim, na dimensão demanda o procedimento de cálculo é dado pela soma dos escores atribuídos aos cinco itens (após a inversão do escore do item “d”) que compõem a dimensão e pode variar de cinco a vinte, quanto maior o escore maior a demanda psicológica percebida pelo trabalhador. No que se diz a dimensão controle, é reversa para o item “i”. Quanto maior o valor, maior o controle de como e quando desenvolver seu trabalho. Por fim, na dimensão apoio social possui o intervalo de seis a vinte e quatro e é dado pela soma das respostas fornecida aos seis itens, o que significa que quanto maior o escore, melhor o apoio social do trabalhador em seu ambiente de trabalho (SCHMIDT et al. 2009).

A partir das respostas obtidas nas dimensões demanda psicológica e controle no trabalho, as respostas foram atribuídas às quatro categorias do modelo *Job Strain Model* proposto por Karasek: trabalho em baixa exigência (combinação de baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle),

trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e trabalho em alta exigência (alta demanda e baixo controle). Em seguida, os quatro tipos de trabalho foram reagrupados para fornecer a medida de exposição ao estresse ocupacional de acordo com suas três categorias, maior exposição (alta exigência), exposição intermediária (trabalhos ativo e passivo) e menor exposição ou grupo de referência (baixa exigência).

Foi solicitada autorização para o uso da JSS à autora que procedeu a validação no Brasil (**Anexo F**).

4.5.3 Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP

Esta escala foi concebida com base no modelo interativo do estresse e conceitua enfrentamento como um conjunto de respostas específicas para determinada situação estressora. A tradução e adaptação para o português foi realizada por Gimenes e Queiroz (1997), que utilizaram procedimentos de análise semântica e tradução reversa, sem proceder à investigação da estrutura fatorial. A análise fatorial da escala foi investigada por Seidl, Tróccoli e Zanon em 2001, que modificaram apenas a escala de respostas de Likert de quatro pontos substituindo-a por cinco pontos (1 = Eu nunca faço isso; 2 = Eu faço isso um pouco; 3 = Eu faço isso às vezes; 4 = Eu faço isso muito; 5 = Eu faço isso sempre) (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

A EMEP é composta por 45 itens, distribuídos em quatro fatores:

1. Enfrentamento focalizado no problema: constituído por 18 questões ($\alpha = 0,84$) que englobam estratégias comportamentais que representam aproximação em relação ao estressor, voltadas para seu manejo ou solução, bem como estratégias cognitivas direcionadas para a reavaliação e ressignificação do problema, percebendo-o de modo positivo. Fazem parte deste fator as seguintes questões: 40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui; 39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela; 45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema; 36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez; 1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas; 33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo; 28. Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente; 32. Eu tento não agir

tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia; 42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo; 24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido; 17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida; 10. Eu insisto e luto pelo que eu quero; 3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação; 15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista; 30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores; 19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém; 14. Encontro diferentes soluções para o meu problema; 16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.

2. Enfrentamento focalizando na emoção: constituído por 15 questões ($\alpha = 0,81$) que englobam estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva ou negação, expressão de emoções negativas, pensamento fantasioso, autculpa ou culpabilização de outros, com função paliativa ou de afastamento do problema. Fazem parte deste fator as seguintes questões: 29. Eu culpo os outros; 20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema; 13. Desconto em outras pessoas; 25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo; 38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor; 23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema; 35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer; 2. Eu me culpo; 5. Procuro um culpado para a situação; 22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim; 34. Procuro me afastar das pessoas em geral; 37. Descubro quem mais é ou foi responsável; 12. Eu brigo comigo mesmo, eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer; 18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto; 11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.
3. Busca de práticas religiosas: constituído por 7 questões ($\alpha = 0,74$) que englobam pensamentos e comportamentos religiosos como modos de enfrentamento e manejo para auxiliar no enfrentamento do estressor. Fazem parte deste fator as seguintes questões: 44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação; 6. Espero que um milagre aconteça; 21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema; 41. Eu desejaria

poder mudar o que aconteceu comigo; 27. Tento esquecer o problema todo; 8. Eu rezo/oro; 26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.

4. Busca de suporte social: constituído por 5 questões ($\alpha = 0,70$) que englobam a procura de apoio social emocional ou instrumental para ajudar a lidar com o problema. Fazem parte deste fator as seguintes questões: 31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema; 9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo; 43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação; 7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite; 4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.

As respostas serão dadas em escala de Likert de cinco pontos (1 = nunca faço isso a 5 = faço isso sempre). Os escores são obtidos pela média aritmética e quanto mais altos, maior a frequência de utilização da estratégia de enfrentamento. Apenas o item quatro possui análise fatorial negativa, sendo necessário inverter os escores antes do cálculo (SEIDL; TRÓCOOLI; ZANNON, 2001).

4.6 Coleta de dados

Solicitou-se ao setor de recursos humanos do hospital uma relação com o nome completo dos profissionais, data de admissão, carga horária semanal de trabalho, tipo de contrato e setor de alocação. De posse das listas, os profissionais que atendiam os critérios de inclusão foram organizados em uma planilha de cálculo do *Microsoft Windows Excel*, classificados em ordem alfabética. O processamento da aleatorização da amostra foi feito através do programa SPSS versão 16.0. Os profissionais aleatorizados foram então convidados a participar do estudo, não sendo possível a reposição em caso de recusa.

A coleta ocorreu durante o segundo semestre de 2012, após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino e do campo de estudo. Antes da abordagem do participante era solicitada autorização para o enfermeiro responsável da unidade. Foi fornecido a cada participante esclarecimentos quanto à natureza da pesquisa, objetivos, procedimentos, garantias éticas e solicitada a sua colaboração voluntária. Os instrumentos foram autoaplicados e preenchidos pelos

participantes logo após os esclarecimentos da pesquisadora em sala reservada. O tempo de coleta foi em média de 30 minutos.

4.7 Procedimentos de análise dos dados

Para o processamento das respostas, os dados coletados foram codificados e tabulados em planilha de dados do *Microsoft Excel 2010*, em dupla digitação. Na sequência foi realizada a validação do banco de dados com o uso do software estatístico *EpiData*.

Realizou-se a estatística descritiva das características da população e das variáveis estudadas através de distribuição de frequências, números absolutos e percentuais, média, mínimo e máximo.

Calculou-se o *Alfa de Cronbach* para verificar a consistência interna e confiabilidade das escalas JSS, EMEP e CTQ para a amostra em estudo. Os valores do *Alfa de Cronbach* podem variar de 0 a 1, sendo os valores acima de 0,70 considerados aceitáveis (CUMMINGS; STWART; RULLEY, 2003).

Foi realizada estatística descritiva para os resultados dos instrumentos de acordo com a pontuação recomendada na literatura e pontuada no item de descrição dos instrumentos.

Para associação das estratégias de enfrentamento com as variáveis sociodemográficas foi realizada análise bivariada de cada uma das 4 estratégias que compõem o instrumento com as variáveis sociodemográficas investigadas. Foram excluídas as estratégias e as características sociodemográficas que não apresentaram significância estatística. O modelo final de análise para as estratégias de busca por apoio social resultou da regressão logística com múltiplas variáveis.

Para associação do estresse ocupacional (variável desfecho) com as estratégias de enfrentamento foi realizada análise por regressão logística, considerando-se o nível de significância estatística $p < 0,05$. Para esta análise a variável estresse ocupacional foi dicotomizada, considerando-se a categoria alto desgaste/alta exposição ao estresse para composição grupo com estresse ocupacional.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra e aspectos sociodemográficos, de trabalho e saúde.

Participaram do estudo 310 auxiliares e técnicos de enfermagem. Houve 8,2% de recusas considerando-se o cálculo amostral inicial de 338 sujeitos.

A amostra do estudo foi composta em sua maioria por mulheres (76,1%), com idade acima dos 40 anos (67,7%), com ensino médio (81,0%), casada ou amasiada (58,1%), com filhos (74,5%) e católica (53,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo as variáveis demográficas. Ribeirão Preto, 2012.

Variável	N*	%
Sexo		
Masculino	74	23,9
Feminino	236	76,1
Faixa Etária		
< 30 anos	18	5,8
31 a 40 anos	82	26,5
41 a 50 anos	87	28,1
51 a 60 anos	82	26,5
> 60 anos	41	13,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental	29	9,3
Ensino Médio	251	81,0
Ensino Superior	30	9,7
Estado Civil		
Casado ou com companheiro	180	58,1
Solteiro	77	24,6
Divorciado	48	15,6
Viúvo	5	1,7
Filhos		
Não tem filhos	79	25,5
Tem filhos	231	74,5

* N total = 310

Os resultados sobre a formação e as condições de trabalho (Tabela 2) evidenciaram que a maioria dos participantes possuía formação profissional de auxiliares de enfermagem (63,9%), exerciam o cargo de auxiliares de enfermagem (85,5%), atuavam em serviços de alta complexidade (88,7%), apresentavam tempo de serviço em média de 12,6 anos e tempo médio na profissão de 15,9 anos,

possuíam único vínculo empregatício (79,4%) e trabalhavam até 30 horas semanais (78,0%).

Tabela 2 – Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo as variáveis de formação e condições de trabalho. Ribeirão Preto, 2012.

Variável	N*	%
Formação		
Auxiliar de Enfermagem	198	63,9
Técnico de Enfermagem	107	34,5
Enfermeiro	5	1,6
Tipo de serviço		
Média complexidade	35	11,3
Alta complexidade	275	88,7
Turno		
Diurno	238	76,8
Noturno	72	23,2
Tempo de serviço no local de estudo		
Até 5 anos	84	27,1
6 a 10 anos	50	16,1
11 a 15 anos	95	30,7
16 a 20 anos	31	10,0
21 a 25 anos	22	7,1
Acima de 26 anos	28	9,0
Tempo de serviço na profissão		
Até 5 anos	33	10,6
6 a 10 anos	61	19,7
11 a 15 anos	86	27,7
16 a 20 anos	48	15,5
21 a 25 anos	34	11,0
Acima de 26 anos	48	15,5
Número de vínculos empregatícios		
Único	246	79,4
Dois vínculos	64	20,6
Carga horária semanal de trabalho		
Até 30 horas semanais	242	78,0
Acima de 30 horas semanais	68	22,0

* N total = 310

Com relação aos aspectos de saúde dos participantes (Tabela 3), a maioria informou ter passado por consulta médica no último ano (88,4%), sendo que a maioria dessas consultas não eram de rotina (60,2%) e foram realizadas em serviço público de saúde (72,6%). Sobre afastamento do trabalho no último ano, 50,0% da amostra informou esta situação.

Tabela 3 – Distribuição dos técnicos e auxiliares de enfermagem segundo as variáveis de saúde. Ribeirão Preto, 2012.

Variável	N	%
Realização de consulta médica no último ano		
Não	36	11,6
Sim	274	88,4
Consulta de Rotina*		
Sim	109	39,8
Não	165	60,2
Tipo de serviço procurado		
Público	199	72,6
Particular	75	27,4
Afastamento do trabalho no último ano		
Não	155	50,0
Sim	155	50,0

* N = 274 (participantes que referiram ter passado por consulta médica).

Tabela 4 – Distribuição dos técnicos e auxiliares de enfermagem segundo uso de medicamentos, tabaco e álcool. Ribeirão Preto, 2012.

Variável	N	%
Uso de medicamentos		
Não	152	49,0
Sim	158	51,0
Uso de tabaco		
Não	275	88,7
Sim	35	11,3
Quantidade diária de tabaco**		
Até 10 cigarros	17	48,6
10 a 20 cigarros	14	40,00
Acima de 20 cigarros	4	11,4
Tempo de uso de tabaco**		
Até 10 anos	8	22,9
10 a 20 anos	9	25,7
Acima de 20 anos	18	51,4
Uso de bebida alcoólica		
Não	233	75,2
Sim	77	24,8
Uso semanal de bebida alcoólica***		
1 vez	53	68,8
2 ou mais vezes	24	31,2

* N = 158 (participantes que referiram fazer uso de medicamentos).

** N = 35 (participantes que referiram fazer uso de tabaco).

*** N = 77 (participantes que referiram fazer uso de bebida alcoólica).

O uso de medicamentos foi informado por 51% dos participantes. Os usuários de tabaco (11,3%) consomem, em sua maioria (48,6%), até 10 cigarros por dia. O

uso de bebida alcoólica foi referido por 75,2% dos profissionais, dentre os quais a maioria consome apenas uma vez por semana (68,8%) (Tabela 4).

Com relação às doenças autorreferidas (Tabela 5), os participantes do estudo indicaram com maior frequência problemas de coluna (38,1%), gastrite (24,8%), ansiedade (23,5%), tendinite (21,6%) e depressão (20,0%).

Tabela 5 – Distribuição dos técnicos e auxiliares de enfermagem segundo doenças autorreferidas. Ribeirão Preto, 2012.

Doenças autorreferidas	Sim N (%)	Não N (%)
Problemas de Coluna	118 (38,1)	192 (61,9)
Gastrite	77 (24,8)	233 (75,2)
Ansiedade	73 (23,5)	237 (76,5)
Tendinite ou tendossinovite	67 (21,6)	243 (78,4)
Depressão	62 (20,0)	248 (80,0)
Distúrbios do sono	51 (16,4)	259 (83,6)
Hipertensão	50 (16,1)	260 (83,9)
Doença de pele	38 (12,3)	272 (87,7)
Diabetes	21 (6,8)	289 (93,2)
Doença do coração ou cardiovascular	16 (5,2)	294 (94,8)
Úlcera no estômago ou duodeno	11 (3,5)	299 (96,5)
Distúrbios sexuais	9 (2,9)	301 (97,1)

5.2 Estresse Ocupacional

A consistência interna (confiabilidade) do instrumento JSS, utilizado para avaliar o estresse ocupacional a que estão expostos os auxiliares e técnicos de enfermagem no ambiente hospitalar, foi analisada por meio do coeficiente Alfa de Chronbach. Os valores alfa obtido foi de 0,74, considerando-se o instrumento com adequada consistência interna.

A distribuição dos participantes segundo a pontuação nas dimensões do JSS é apresentada na Tabela 6.

Os resultados evidenciaram que 88,39% dos profissionais participantes do estudo relatou trabalhar sob alta demanda psicológica, 20,97% apresentam baixo controle quanto ao trabalho a ser executado e 35,16% demonstraram baixo apoio social.

Tabela 6 – Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo pontuação nas dimensões da JSS. Ribeirão Preto, 2012.

Dimensões	Frequência	%	DP
Demanda			
Baixa	36	11,61	1,17
Alta	274	88,39	1,65
Controle			
Baixo	65	20,97	1,03
Alto	245	79,03	1,55
Apoio Social			
Baixo	109	35,16	1,84
Médio	146	47,10	1,14
Alto	55	17,74	0,85

A Figura 2 ilustra as quatro situações de trabalho propostos no modelo Job Strain Model, após a combinação das dimensões demanda psicológica e controle no trabalho. De acordo com os resultados, 17,4% dos profissionais atuavam em alta exigência, 3,6% em trabalho ativo, 71,9% em trabalho passivo e 7,1% em baixa exigência.

		Demanda psicológica	
		Baixa	Alta
Controle no trabalho	Alto	22 (7,1%) Baixa exigência	11 (3,6%) Trabalho ativo
	Baixo	Trabalho passivo 223 (71,9%)	Alta exigência 54 (17,4%)

Figura 5 – Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo a variável tipo de trabalho do *Job Strain Model*.

Tabela 7 - Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo a exposição ao estresse ocupacional. Ribeirão Preto, 2012.

Exposição ao estresse ocupacional	N	%
Sem exposição	22	7,1
Exposição Intermediária	234	75,5
Alta exposição	54	17,4

Tabela 8 – Distribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem segundo as variáveis sociodemográficas e nível de exposição ao estresse ocupacional. Ribeirão Preto, 2012.

Variável	Baixa Exposição	Exposição Intermediária	Alta Exposição	Total (100%)
Sexo				
Masculino	6 (8,11)	58 (78,38)	10 (13,51)	74
Feminino	16 (6,78)	176 (74,58)	44 (18,64)	236
Faixa etária				
Até 40 anos	3 (3,37)	77 (86,52)	9 (10,11)	89
> 40 anos	19 (8,60)	157 (71,04)	45 (20,36)	221
Escolaridade				
Fundamental	1 (3,33)	26 (86,67)	3 (10,00)	30
Médio	19 (7,57)	187 (74,50)	45 (17,93)	251
Superior	2 (6,90)	21 (72,41)	6 (20,69)	29
Estado conjugal				
Com companheiro	15 (8,33)	133 (73,89)	32 (17,78)	180
Sem companheiro	7 (5,38)	101 (77,69)	22 (16,92)	130
Mora				
Sozinho	22 (7,80)	213 (75,53)	47 (16,67)	282
Com alguém	-	21 (75,00)	7 (25,00)	28
Filhos				
Não	19 (8,23)	168 (72,73)	44 (19,05)	231
Sim	3 (3,80)	66 (83,54)	10 (12,66)	79
Cargo				
Técnico	20 (7,55)	198 (74,72)	47 (17,74)	265
Auxiliar	2 (5,13)	31 (79,49)	6 (15,38)	39
Tempo na instituição				
Até 15 anos	13 (6,67)	155 (79,49)	27 (13,85)	195
> 15 anos	9 (7,83)	79 (68,70)	27 (23,48)	115
Turno				
Diurno	19 (7,98)	177 (74,37)	42 (17,65)	238
Noturno	3 (4,17)	57 (79,17)	27 (23,48)	72
Afastamento				
Não	13 (8,39)	114 (73,55)	28 (18,06)	155
Sim	9 (5,81)	120 (77,42)	26 (16,77)	155
Doença Crônica				
Não	6 (7,06)	69 (81,18)	10 (11,76)	85
Sim	16 (7,11)	165 (73,33)	44 (19,56)	225
Uso de Tabaco				
Não	22 (8,00)	206 (74,91)	47 (17,49)	275
Sim	-	28 (80,00)	7 (20,00)	35
Uso de álcool				
Não	18 (7,73)	174 (74,68)	41 (17,60)	233
Sim	4 (5,19)	60 (77,92)	13 (16,88)	77

A avaliação da exposição ao estresse ocupacional evidenciou que 17,4% dos auxiliares e técnicos estavam submetidos ao alto nível de estresse; 75,5% expostos ao nível intermediário e baixa exposição ao estresse em 7,1% da amostra (Tabela 7).

A Tabela 8 apresenta as proporções dos níveis de exposição ao estresse ocupacional para cada categoria das variáveis sociodemográficas. Observou-se a ausência de trabalhadores fumantes no grupo sem exposição ao estresse ocupacional; entre os profissionais que moram com alguém 25,0% estavam expostos ao alto nível de estresse, enquanto entre os que moram sozinhos 16,5% estavam expostos a esta condição; 13,8% dos trabalhadores com até 15 anos de trabalho na instituição apresentaram alta exposição ao estresse ocupacional, enquanto que esta porcentagem foi de 23,48% entre os que possuíam mais de 15 anos de trabalho na instituição.

5.3 Estratégias de Enfrentamento

As estratégias de enfrentamento de problemas utilizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital geral foram avaliadas por meio do EMEP, sendo o valor de alfa de Chronbach obtido na amostra igual a 0,85. Considerou-se, portanto, a consistência interna do instrumento adequada.

Entre os quatro fatores avaliados pela EMEP, as estratégias focalizadas no problema apresentaram maior média de escore (3,7), seguidas pelas práticas religiosas (3,3). A menor média de escore decorreu das estratégias focalizadas na emoção (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos escores médios das respostas dos técnicos e auxiliares de enfermagem segundo os fatores da EMEP. Ribeirão Preto, 2012.

Fatores da EMEP	Mínimo	Máximo	Média	DP
Estratégias focalizadas no problema	1,00	5,00	3,70	0,54
Estratégias focalizadas na emoção	1,00	3,80	2,30	0,56
Busca de práticas religiosas	1,00	5,00	3,30	0,79
Busca por suporte social	1,00	5,00	3,10	0,82

O tipo de estratégia mais utilizada pelos profissionais do estudo foi a focalizada no problema, correspondendo a 59,35% da amostra. As estratégias focalizadas na emoção apresentaram a menor frequência, sendo identificadas em apenas 1,30% dos profissionais (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição de técnicos e auxiliares de enfermagem segundo o tipo de estratégias de enfrentamento utilizadas. Ribeirão Preto; 2012.

Fatores da EMEP	N	%
Estratégias focalizadas no problema	184	59,35
Estratégias focalizadas na emoção	4	1,30
Estratégias de busca por práticas religiosas	63	20,32
Estratégias de busca por suporte social	59	19,03
Total	310	100,00

Tabela 11 – Odds ratio (OR) da análise múltipla para Estratégias de busca por práticas religiosas segundo variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, 2012.

Variável	OR	IC 95%
<i>Religião*</i>		
não protestante	1,00	**
Protestante	1,90	1,02 - 3,55
<i>Sexo*</i>		
Masculino	1,00	**
Feminino	3,73	1,51 - 9,21
<i>Mora*</i>		
Sozinho	1,00	**
com alguém	0,33	0,13 - 0,85
<i>Número de filhos***</i>	1,40	1,09 - 1,79

* variável categórica; ** categoria de referencia; *** variável contínua

De acordo com os resultados da associação entre as estratégias de enfrentamento e as variáveis sociodemográficas estatisticamente significativas no modelo bivariado e incluídas no modelo de análise múltipla, ser protestante confere 1,9 vezes mais chances de utilizar as estratégias de busca por práticas religiosas. O sexo feminino indicou mais chances de utilizar tais estratégias em relação ao sexo masculino (OR=3,73), sendo a categoria que apresentou a maior magnitude de associação. Morar com alguém diminui as chances de utilizar a busca por práticas religiosas (OR=0,33). Ainda sobre a utilização das estratégias de busca por prática

religiosa, destaca-se o número de filhos ($OR=1,40$), sendo que a cada filho o trabalhador apresenta mais chance de utilizar as referidas estratégias.

5.4 Relação do estresse ocupacional com as estratégias de enfrentamento e a ocorrência de estresse.

No Gráfico 1 verificam-se as proporções das estratégias de enfrentamento nos grupos com e sem estresse ocupacional.

Gráfico 1 – Percentual de estratégias de enfrentamento utilizadas, segundo presença ou não de estresse ocupacional.

Entre os profissionais identificados sem estresse ocupacional houve predomínio das estratégias focalizadas no problema em 61,72%. Para o grupo de profissionais com estresse ocupacional essa porcentagem foi de 48,15%. As estratégias focalizadas na emoção esteve presente em apenas 1 sujeito do grupo sem estresse ocupacional e 5,56% dos sujeitos com estresse ocupacional. As estratégias de busca por práticas religiosas/ pensamentos fantasiosos prevaleceu em 19,14% dos sujeitos identificados sem estresse ocupacional e 25,93% daquele identificados com estresse ocupacional. No grupo sem estresse ocupacional as estratégias de busca por suporte social foram as mais utilizadas por 18,75% dos

profissionais, enquanto no grupo com estresse esta porcentagem foi de 20,37% (Gráfico 1).

Tabela 12 – Odds Ratio da análise múltipla para o estresse ocupacional relacionado às estratégias de enfrentamento utilizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem. Ribeirão Preto, 2012.

Estratégias de Enfrentamento	Sem Estresse	Com Estresse	IC 95%	OR	P
Focalizadas no problema	158	26	0,32-1,03	0,58	0,067
Focalizadas na emoção	1	3	1,53-147,10	15,00	0,020
Busca por práticas religiosas/ pensamento mágico	49	14	0,75-2,93	1,48	0,262
Busca por suporte social	48	11	0,53-2,31	1,11	0,783

De acordo com a regressão logística aplicada às variáveis: estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento (Tabela 14), mesmo não apresentando significância estatística ($p=0,067$), as estratégias focalizadas no problema na amostra estudada apresentam-se como fator de proteção para o estresse ocupacional ($OR=0,58$; $IC\ 95\%=0,32-1,03$). Houve significância estatística para as estratégias focadas na emoção ($p=0,020$), elencando-as como fator de risco para o estresse ocupacional, contudo o reduzido número de observações e o extenso intervalo de confiança compromete a conclusão sobre o fenômeno observado. O odds ratio obtido para a busca de práticas religiosas sugere que esta estratégia comporta-se como fator de risco para o estresse ocupacional, contudo o valor de p impede afirmar com certeza esta relação. Não houve significância estatística para as estratégias de busca por suporte social e considerando-se o $IC=0,53-2,31$, estas estratégias poderiam comportar-se tanto como fator de risco como fator de proteção para o estresse ocupacional na amostra estudada.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Este estudo produziu inferências sobre a caracterização sociodemográfica, de trabalho e saúde dos auxiliares e técnicos de enfermagem de amostra proveniente de um hospital universitário. Apresentou-se a prevalência de estresse ocupacional e foram identificadas as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por esses trabalhadores. Em termos gerais, foram testadas: a associação entre estresse ocupacional e as estratégias de enfrentamento; e a relação entre busca por práticas religiosas como estratégia de enfrentamento de acordo com variáveis sociodemográficas.

No presente estudo as mulheres corresponderam 76,1% dos sujeitos. Partindo de uma amostra aleatorizada, a predominância do gênero feminino entre os participantes reflete uma condição já delineada em outros estudos no que se refere à composição de recursos humanos da Enfermagem (LOPES; LEAL, 2005; PINHO; ARAÚJO, 2007; STEKEL, 2011). Vale ressaltar que além da carga de trabalho hospitalar, as mulheres ainda estão inseridas num contexto sociocultural em que as demandas não se extinguem ao final de um plantão. As demandas só mudam de ambiente, pois estas ainda exercem papéis complementares como mantenedoras do lar, maternidade, serviços domésticos dentre outros. Para Calais (2003) o risco do surgimento de sintomas de estresse pode não ser igual entre gêneros. Calais, Andrade e Lipp (2003), em pesquisa sobre escolaridade e estresse, inferem que as mulheres são mais afetadas do que os homens em todas as faixas etárias estudadas. Lipp (2001; 2003) arremata afirmando que o sexo feminino precisa de mais atenção quanto ao estresse emocional.

É importante salientar que no presente estudo houve inclusão dos participantes do sexo masculino objetivando-se identificar possíveis dissonâncias entre os gêneros, mesmo que compreendam uma proporção inferior.

Com relação a faixa etária houve prevalência no intervalo delimitado entre 31 e 60 anos. Análises dos dados de duas grandes pesquisas britânicas delimitaram relações curvilíneas entre idade e indicadores de saúde mental. Conforme Warr (1992) e Smith (2001) há predomínio de ansiedade e depressão entre os trabalhadores de meia-idade, semelhante a faixa etária predominante no presente estudo. Esses níveis são mais elevados que os encontrados em trabalhadores mais jovens e trabalhadores mais velhos.

Foi encontrada a porcentagem de 13,1% dos profissionais com mais de 60 anos encontrada na presente pesquisa. Conforme dados do Levantamento Europeu das Condições de Trabalho do ano 2000, Ilmarinen (2005) e Molinié (2003) inferem que a idade, em geral, tem efeito amortecedor quanto à exposição ao estresse, mesmo considerando a demanda física das atividades, pois, com o aumento da idade, os trabalhadores têm possibilidade de pausas e maior possibilidade de readequação de atividades conforme aptidão física. Estudo conduzido por Stekel (2011) encontrou apenas 2,6% de auxiliares e técnicos neste intervalo

Com relação à escolaridade, predominaram os profissionais com o ensino de nível médio (80,0%) e apenas 9,7% possuíam formação de nível superior. A porcentagem de profissionais com ensino superior foi inferior ao encontrado no estudo conduzido por Stekel (2011), em que profissionais com ensino superior representaram 25,5% da amostra.

O estado civil predominante na amostra foi de casados ou vivendo com companheiro (58,1%). Porcentagem semelhante foi identificada encontrado por Corsi (2012) em uma amostra de profissionais de enfermagem da unidade de emergência do hospital em que foi realizado o presente estudo (57,1%). Esta proporção de casados é menor em relação a estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul com essa categoria profissional, cuja porcentagem de casados foi de 70,9% (STEKEL, 2011).

Entre as variáveis de condições de trabalho investigadas no estudo, destaca-se o período de trabalho diurno (76,8%), carga horária semanal de até 30 horas (78,0%) e a vivência de um único vínculo empregatício (79,4%). Condições consideradas favoráveis se comparadas ao estudo de Spector et al (2000) os quais inferiram que há uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o número de horas trabalhadas relatado por supervisores e o número de sintomas de problemas de saúde relatados pelos trabalhadores. DeArmond e Chen (2009) corroboram com estudo referido e acrescentam que a carga de trabalho tem consequência danosa sobre a qualidade do sono, saúde física e psicológica.

A prevalência de uso de tabaco foi de 11,3% neste estudo. Magnago et al. (2010) identificou resultado semelhante, em que a porcentagem de fumantes foi de 11%. Estudo realizado entre profissionais de saúde da atenção primária por Reisdorfer (2013), identificou que 8,9% desses profissionais eram tabagistas. As

pesquisas têm apontado que médicos e enfermeiras apresentam uma prevalência de tabagismo superior ao da população geral (FERNANDEZ-RUIZ; BAYLE, 1999; COSTA, 2006), entretanto os achados demonstram que para a amostra de auxiliares e técnicos estudados a prevalência de tabaco foi inferior ao da população geral, cuja prevalência foi de 17% no Brasil, segundo dados do Levantamento Nacional (BRASIL, 2011).

A prevalência de uso de álcool entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, participantes do estudo, foi de 24,8%, inferior ao registrado na população brasileira, que corresponde a 52% (LARANJEIRA et al., 2010).

As doenças autorreferidas prevalentes na amostra foram problemas de coluna, gastrite, ansiedade, tendinite e depressão. Outros estudos apontam tensão muscular, dores de estômago, colite e irritação como decorrentes do estresse ocupacional nos profissionais de enfermagem (CANDEIAS; ABUJAMARA ; SABBAG, 1992; MONTANHOLI, TAVARES e OLIVEIRA, 2006). Tofoli (2012) identificou em estudo sobre a depressão, o estresse e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), através de avaliações psicométricas e psiconeuroendócrinas, que o estresse pode acarretar em alterações persistentes na capacidade do eixo HPA em responder às situações estressantes levando a uma maior suscetibilidade à depressão. DAL PAI (2011), em estudo transversal com trabalhadores de saúde de uma hospital público, encontrou prevalência de 17,1% de transtornos psíquicos menores na amostra composta por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem dentre outros profissionais, complementando a associação entre estresse e distúrbios de ordem psíquica e orgânica.

Autores inferem que os indivíduos que vivenciam cronicamente altos níveis de carga de trabalho tendem a apresentar elevadas secreções de cortisol ao acordar de manhã. Os altos níveis de cortisol elevam estado excitatório e sugerem como possível consequência, uma exaustão antecipada durante o dia. (SHULZ et al.,1998; DeARMOND, CHEN,2009).

Sobre o estresse ocupacional, mensurado a partir da aplicação da JSS,, evidenciou-se que 88,39% dos profissionais participantes do estudo relatou trabalhar sob alta demanda psicológica, 20,97% apresentaram baixo controle quanto ao trabalho a ser executado e 35,16% demonstraram baixo apoio social. De acordo com o modelo JSM de Karasek (1990), o trabalho realizado em condições de baixo

controle e alta demanda é nocivo à saúde dos trabalhadores, podendo ser desencadeador da maioria das reações adversas provenientes do trabalho. Pesquisa semelhante desenvolvida com profissionais de enfermagem indicou a associação entre trabalho de alta exigência e adoecimento psíquico (ARAÚJO et al., 2003). O referido estudo evidenciou a relevância do apoio social, atuando como um amortecedor quando em maior oferta ou catalizador do efeito da demanda e do controle na saúde do trabalhador.

Enfermeiros em ambiente hospitalar foram identificados em alta demanda psicológica numa porcentagem de 49,66%, 50,34% possuíam baixo controle sobre trabalho exercido e 82,88% demonstraram baixo apoio social (MANETTI, 2009).

Ao focar o grau de formação e as exigências trabalhistas com relação à divisão hierárquica dentro da equipe de enfermagem, em que auxiliares e técnicos ocupam uma posição subordinada ao enfermeiro, pode-se hipotetizar que a diferença encontrada entre os dois estudos esteja relacionada com a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação à autonomia e à possibilidade decisória de utilizar suas habilidades no ambiente de trabalho. Considerando-se a regulamentação profissional do exercício da enfermagem (lei 7.498 de junho de 1986), cabe ao técnico e auxiliar de enfermagem, exercer atividades específicas de assistência de enfermagem sob orientação e supervisão do enfermeiro (Brasil, 1986). Tal definição corrobora com diferenciação para a tomada de decisões oriundas ao processo de trabalho entre esses profissionais.

A combinação das dimensões demanda e controle evidenciou que 7,1% realizavam trabalho de baixa exigência (baixa demanda e alto controle), 3,6% realizavam trabalho ativo (alta demanda e alto controle), 71,9% realizavam trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e 17,4% dos profissionais atuam em alta exigência, apresentando alta demanda psicológica e baixo controle sobre o trabalho realizado. Este último resultado, segundo o JSM, corresponde à pior condição de trabalho, a qual confere maior risco para o adoecimento físico e mental decorrente da alta exposição ao estresse (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al.; 2004).

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de pronto-socorro na região Sul, apresentaram uma prevalência para a alta demanda psicológica de 37,9%, o baixo controle de 57,0% e de 21,4% para o trabalho de alto desgaste (URBANETO et al., 2011). A diferença encontrada na comparação com o presente estudo corrobora

para a análise combinada entre o dimensão e controle, visto que apesar de encontrarmos maior proporção de alta demanda e menor de baixo controle em relação ao estudo de comparação, os profissionais do presente estudo estão submetido ao alto desgaste em proporção menor que o estudo de comparação.

Os usuários de tabaco do presente estudo, estiveram presentes apenas no grupo de alta e média exposição ao estresse ocupacional. A literatura aponta estudos que buscam evidência da relação entre o uso de substâncias psicoativas e o estresse ocupacional, sugerindo o uso de substâncias psicoativas como uma estratégia de coping (GHERARDI-DONATO; CORRADI-WEBSTER e LUIS, 2011; RIBALDO, 2011). Entre bancários observou-se níveis mais elevados de estresse entre os tabagistas em relação aos não-usuários de tabaco (PINHEIRO; GÜNTHER, 2002). A ocorrência de estresse ocupacional e o hábito de fumar entre trabalhadores precisa ser melhor compreendida e avaliada, pois ambas as condições conferem maior risco para o adoecimento do sujeito.

Sobre o tempo de serviço na instituição, 13,85% dos auxiliares e técnicos com até 15 anos de trabalho na instituição apresentaram alta exposição ao estresse ocupacional, ao passo que esta porcentagem foi de 23,48% entre os que possuíam mais de 15 anos de trabalho na instituição. Benevides-Pereira (2010) considera que o tempo de serviço pode agregar mais conhecimento ao trabalhador, contudo, quanto maior o tempo de serviço, maior a suscetibilidade do trabalhador ao desencantamento pelas atividades desenvolvidas, frustração, mal-estar e baixa remuneração, podendo levar ao adoecimento ou abandono da profissão.

A busca referente às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos demonstrou que as estratégias mais utilizadas pela amostra da presente pesquisa foram estratégias centradas no problema (60,0%). Esta estratégia corresponde a uma forma ativa de reagir diante de situação estressante, pois o enfrentamento focado no problema tem como finalidade a solução da situação estressora. Conforme Seidl, Trócoli e Zannon, (2001), O indivíduo que utiliza essa estratégia mantém pensamento positivo, pois o mesmo percebe a situação de forma positiva.

Allegretti (2006) observou a situação oposta, em seu estudo inferindo que 60% das mulheres casadas apresentaram estratégias emocionais para lidar com os problemas e 40% buscavam solução trabalhando mais ou resolvendo os problemas de forma racional. Já em outro estudo realizado entre agentes comunitários de

saúde, as médias dos fatores da EMEP se apresentaram de forma similar ao encontrado na presente pesquisa, sendo 3,93 para estratégias centradas no problema, 3,44 para busca de práticas religiosas, 3,38 para busca de suporte social e 2,38 para estratégias centradas na emoção (TELLES; PIMENTA, 2009).

A segunda categoria de enfrentamento mais utilizada pela amostra foi a busca por práticas religiosas/místicas com 21,3%. Em um estudo com agentes comunitários de saúde, este comportamento associa-se a busca pelo afastamento do problema através de crenças místicas e/ou religiosas (TELLES, 2008; TELLES e PIMENTA, 2009). É uma estratégia usada com intuito de aliviar tensões, sendo considerada paliativa, pois não envolve o problema em si (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Entre os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, a busca por apoio social, que conforme Oliveira (2009) configura-se na redução das tensões através do suporte das pessoas constituintes da rede social do indivíduo, ocupou o terceiro lugar entre as estratégias mais utilizadas. As estratégias focadas na emoção foram as menos utilizadas entre os auxiliares e técnicos de enfermagem participantes deste estudo. Situação semelhante ocorreu em estudo de avaliação fatorial da EMEP, escala adotada no presente estudo. (SEIDL, TRÓCCOLI e ZANNON, 2001).

Entre os grupos com e sem estresse ocupacional a distribuição dos profissionais entre os quatro fatores de estratégias de enfrentamento foram 48,15%, 5,56%, 25,93%, 20,37 e 61,72%, 0,39%, 19,14%, 18,75%, respectivamente, considerando-se as estratégias focadas no problema, as focadas na emoção, a busca de práticas religiosas e a busca por suporte social.

O teste de associação com o estresse ocupacional foi significativo apenas para as estratégias focadas na emoção, indicando este tipo de enfrentamento como fator de risco para o estresse laboral. O enfrentamento centrado na emoção apresenta correlação positiva com manifestação de sintomas ansiosos conforme Estudo realizado com cuidadores de crianças oncológicas (KOHLS DORF, 2008). Entretanto o número de observações que utilizaram estas estratégias como principal forma de enfrentamento foi muito reduzido na amostra, comprometendo a afirmação exata da associação entre os elementos relacionados.

Em relação às estratégias focadas no problema, mais prevalentes no presente estudo, a associação com estresse ocupacional sugere que estas

estratégias poderiam comportar-se como fatores de proteção para o estresse ($OR=0,32$; IC 95%=-1,03-0,58; $p=0,067$), contudo o valor de p excedeu o nível estabelecido para a presente análise.

De acordo com os resultados sobre a busca de práticas religiosas relacionada a aspectos sociodemográficos, observou-se que ser protestante confere 1,9 vezes mais chances de utilizar as estratégias de busca por práticas religiosas. O sexo feminino indicou mais chances de utilizar tais estratégias em relação ao sexo masculino ($OR=3,73$), sendo a categoria que apresentou a maior magnitude de associação. A literatura assinala a religiosidade como um fator de proteção para a saúde, pois estudos sugerem que os sujeitos praticantes de alguma religião tendem a desenvolver maior bem-estar psicológico e consequentemente, menor índice de adoecimento (SELIGMANN-SILVA et al., 2010).

Morar com alguém diminui as chances de utilizar a busca por práticas religiosas ($OR=0,33$). Ainda sobre a utilização das estratégias de busca por prática religiosa, destaca-se o número de filhos ($OR=1,40$), sendo que a cada filho o trabalhador apresenta mais chance de utilizar as referidas estratégias. Benevides-Pereira (2010), em estudo realizado com professores, afirma a ocorrência de esgotamento profissional, desencadeado pelo estresse crônico, em níveis mais elevados em solteiros, viúvos ou divorciados. Tal estudo demonstra a relevância de ter vínculos afetivos como medida de suporte no enfrentamento das situações conflitantes. Na ausência de companhia, supõem-se que o indivíduo busque práticas religiosas como enfrentamento.

Conforme resultados apresentados, o nível de estresse é resultado de uma interação multifatorial. Podem-se obter associações entre o estresse e as estratégias de enfrentamento, no entanto indivíduos que trabalham na mesma ocupação podem não vivenciar o mesmo nível de estresse. Porém, é plausível admitir que os indivíduos que trabalham sob alta exigência terão maior probabilidade de serem acometidos pelas consequências danosas do estresse, tornando o estudo relevante diante do panorama situacional apresentado.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Com base nos objetivos estabelecidos seguem as conclusões do presente estudo.

- A alta exposição ao estresse ocupacional foi identificada em 17,1% dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital participantes do estudo, constituindo-se em uma porcentagem de trabalhadores exercendo um tipo de trabalho com alto desgaste e risco para o adoecimento físico e mental.
- As estratégias de enfrentamento focadas no problema foram as mais utilizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem e as menos utilizadas foram as estratégias focadas na emoção.
- As estratégias de busca por práticas religiosas estiveram associadas à religião protestante, ao sexo feminino, a morar com alguém e a ter filhos.
- Ser protestante confere 1,9 vezes mais chances de utilizar as estratégias de busca por práticas religiosas.
- Mulheres apresentaram 3,73 vezes mais chances de utilizar estratégias de enfrentamento de busca por práticas religiosas em relação ao sexo masculino.
- Morar com alguém diminui as chances de utilizar a busca por práticas religiosas ($OR=0,33$).
- Ter filhos aumenta as chances de utilização das estratégias de busca por práticas religiosas, sendo que a cada filho o trabalhador apresenta mais chance de utilizar as referidas estratégias ($OR=1,40$).
- Os resultados da análise de associação para o estresse ocupacional e as estratégias de enfrentamento foi estatisticamente significativa para as estratégias focadas na emoção, identificando essas estratégias como fator de risco para o estresse ocupacional. Contudo, o número de observações deste fator impede afirmar com certeza o fenômeno observado, indicando-se a necessidade de outros estudos para melhor compreensão dessa relação.

- Evidenciou-se uma tendência para que as estratégias focadas no problema desempenhem proteção ao estresse ocupacional, considerando-se o odds e o intervalo de confiança.

De maneira geral, os achados da presente pesquisa indicam a relevância dos estudos sobre o estresse ocupacional e as estratégias de enfrentamento, no sentido de mensurar a problemática instalada no contexto laboral de auxiliares e técnicos de enfermagem atuantes em ambiente hospitalar. O comportamento das variáveis sociodemográficas associadas às estratégias de enfrentamento de busca por práticas religiosas revelam uma característica de um grupo de profissionais com um perfil mais específico, sugerindo uma perspectiva diferenciada de planejamento para futuros estudos e ações de intervenção. Neste sentido, o comportamento das estratégias focadas na emoção e focadas no problema com relação ao estresse ocupacional, revelaram informações que podem subsidiar o direcionamento das intervenções de promoção da saúde mental mais assertivas no contexto de trabalho desses profissionais, a partir de ações que enfoquem a redução e a resolução de situações estressantes relacionadas a forma como os sujeitos reagem ao serem expostos ao estresse ocupacional.

8 REFERÊNCIAS

8 REFERÊNCIAS

ALLEGRETTI, J. **Nível de stress, fontes estressoras e estratégias de enfrentamento em mulheres**. 70p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2006.

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.164-71, abril. 2004.

ARAUJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, p.424-33, agosto. 2003.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. de S. **Projeto de Pesquisa: propostas metodológicas**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

BOEY, K.W. et al. Work stress and psychological well-being among the nursing profession in Singapore. **Singapore Medical Journal**, Malaya, v.38, n.6, p.256-260, june. 1997.

BORGES NETO, J. B. Os Neurotransmissores. In: FIKS, J. P., MELO, F.F. de. Transtorno de Estresse pós-traumático: violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2011, p. 49-64.

BRASIL. **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 25 de jun. 1986.

BRASIL. **Resolução no. 196/96** de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Congresso Nacional, 1996.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **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.

BRUK-LEE, V.; SPECTOR, P. E. Conflito Interpessoal e Estresse no Trabalho: Implicações para saúde e o Bem-Estar dos funcionários. In: ROSSI, A. M., PERREWÉ, P. L.; MEURS, J. A.(Org.) **Stress e Qualidade de vida no Trabalho: Stress Social- Enfrentamento e Prevenção**. São Paulo, Atlas: 2011, p. 03-22.

BUENO, F. M. G; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev. bras. enfermagem**, v.59, n.2, p.222-227, mar.-abr.2006.

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L.M.B. & LIPP, M.E.N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de *stress* em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão & Crítica**. v.2 n.16, 2003.

CALAIS, S.L. Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao *stress*. IN M.E.N.LIPP (org.) **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas (pp.93-98). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev. Eletr. Enf.** (Internet); v.10, n.1, p.51-62, 2008.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Eletr. Enf.** (Internet), v.10, n.4, p.915-923, 2008.

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

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Prentic Hall, 2002.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. bras. enfermagem**, v.58, n.3, p. 345-348, maio-jun. 2005.

CORSI, E. M. **Estresse laboral na equipe de enfermagem do setor de emergências de um hospital no interior do estado de São Paulo**. 2012. 78f [Dissertação], Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto Dezembro, 2012.

COSTA, E. S.; LEAL, I. P. Estratégias de coping em estudantes do ensino superior. **Análise Psicológica**, v.24, n.2, p.189-199, 2006.

CUMMINGS, S. R.; STUART, A.; RULLEY, S. B. **Elaboração de questionários e instrumentos de coleta de dados**. In: HULLEY, S. G. et al. Delineando a pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DEARMOND, S.; CHEN, P. Stress ocupacional e sonolência no local de trabalho. In: ROSSI, A. M.; QUICK, J. C.; PERREWÉ, P. L..(Org.) **Stress e Qualidade de vida no Trabalho**: O Positivo e o Negativo. São Paulo, Atlas: 2009, p. 40-64.

DAL PAI, D. **Violência no trabalho em pronto socorro**: implicações para a saúde mental dos trabalhadores. 218f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Porto Alegre, 2011.

FERREIRA, L. R. C.; DE MARTINO, M. M. F. Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 65-72, 2009.

FERNÁNDEZ RUIZ, M. L.; BAYLE, M. S. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la comunidad de Madrid. **Rev Esp Salud Pública**. v.3, n.73,p. 355- 364, 1999.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica**. 2. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

GEIGER-BROWN, J. et al. Nurses' perception of their work environment, health, and wellbeing. **American Association of Occupational Health Nurses Journal**, USA, v.52, n.1, p.16-22, January. 2004.

GHERARDI-DONATO, E.C.S.; LOPES, M.; SANTIAGO, M.R.; CORRADI-WEBSTER, C.M. . Caracterização de consumo e dependência de tabaco entre trabalhadores de uma instituição de nível superior. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Edição em português), v. 7, p. 155, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed, São Paulo: Atlas, 2002.

GIMENES, M. M. G.; QUEIROZ, B. As diferentes fases do enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In GIMENES, M. M. G. (Orgs), **A mulher e o câncer** (pp.171-195). Campinas: Psy, 1997.

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

GUYTON, A. C. **Fisiologia Humana**. 6 ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1988.

HAAGA, D. A. F.; DYCK, M. J.; ERNST, D. **Empirical status of cognitive theory of depression**. Psychol. Bull 110:215-236, 1991.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5 ed, Porto Alegre: Artmed, 2009.

HOLMES, T. RAHE, R. The Social Readjustment Rating Scale. **Journal of Psychosomatic Research**, n.11, p. 213-218, 1967.

HURRELL Jr., J. J.; SAUTER, S. L. Stress Ocupacional: Causas, Consequências, prevenção e Intervenção. In: ROSSI, A. M., PERREWÉ, P. L.; MEURS, J. A. (Org.) **Stress e Qualidade de vida no Trabalho**: Stress Social- Enfrentamento e Prevenção. São Paulo, Atlas: 2011, p. 213-230.

ILMARINEN, J. **Towards a longer worklife!** Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsing, Finland: Finnish Institute of Occupational Health, 2005.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. do C. L. Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.

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

KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books, 1990.

KARASEK, R. Low social control and physiological deregulation – the stress – disequilibrium theory, towards a new demand – control model. **SJWEH Suppl.**, v.6, n. 34, p. 117-135, 2008.

KOHLSDORF, M. **Análise das estratégias de enfrentamento adotadas por pais de crianças e adolescentes em tratamento de leucemias**. 232p. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2008.

KRONENBERG, H. M et al. **Williams Tratado de Endocrinologia**. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

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.147-53, Feb., 2003.

LAAL, M.; ALIRAMAIE, N. Nursing and Coping With Stress. **International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health**, v. 2, n. 5, p. 168-181, maio 2010.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; SANCHES, M.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 231-241, set. 2010.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. N.T.: Spring Publishing Company. 1984a.

LAZARUS R.S.; FOLKMAN, S. Coping and adaptation. In Gentry, W.D. (Ed), **Handbook of Behavioral Medicine** (p. 282-325). New York: The Guilford Press, 1984b.

LIPP, M.E.N. (Org.) **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIPP, M.E.N. . **O stress e a beleza da mulher**. São Paulo: Connection Books, 2001.

LIPP, M. E. N. **O stress está dentro de você.** São Paulo: Contexto, 2000.

LOPES, M. J.; LEAL, S. M. C. **Cadernos Pagu** v. 24, p. 105-125.jan./jun. de 2005.

LUCHESE, L. B. **Imagem do enfermeiro segundo a visão de estudantes do ensino médio:**desenvolvimento de Questionário Multidimensional.2008. 301f. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo; 2008.

MAGNAGO, T. S. B. S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio músculo-esquelético em trabalhador de enfermagem.** 2008. 200f (Tese), Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, Dezembro, 2008.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, June 2010 .

MANETTI, M. L. **Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar.** 234p. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2009.

MATTOS, P. A. Psiconeuroendocrinologia. In: FIKS, J. P.; MELO, F.F. **Transtorno de Estresse pós-traumático:**violência, medo e trauma no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2011, p. 77-89.

MAZURE, C. M. **Does stress cause mental illness?** Washington: American Psychiatric Press, 1995.

MENDES, I. A. C.; MARZIALE, M. H. P. Década de recursos humanos em saúde: 2006-2005. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 1-2, 2006.

MIQUELIN, J. D. L.; CARVALHO, C. B. O.; GIR, E.; PELÁ, N. T. R. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. **J. Bras. Doenças Sex. Transm**, v. 16, n. 3, p. 24-31, 2004.

MITCHELL, R. E.; CRONKITE, R.C.; MOOS, R. H. Stress, coping and depression among married couples. **Journal of Abnormal Psychology**, 92, 433-448, 1983.

MOLINIÉ, A. F. Age and work conditions in the European Union. Ireland: European Foudation for the Improvement of Living and Work Conditions, 2003.

MOTTA, A. C. da; WERLANG, J. de O.; COLOSSI, L.; FIGUEIREDO, R. J. A de; MARTINI, J. G. **Ser saudável: representações de trabalhadores da estratégia saúde da família.** 2008. 120f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Santa Catarina.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflections on stress and burnout and their relationship with nursing. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.255-261, mar./abr. 2005.

MURPHY, L. B.; MORIARTY, A. E. Vulnerability, coping and growth. **New Haven**, CT: Yale University Press, 1976.

OLIVEIRA, D. S. **Relações entre perfis cognitivos de personalidade e estratégias de coping em adultos**. 158p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Toronto Call to action for a Decade of Human Resources in Health in the Americas (2006-2015). Regional Meeting oh the Observatory of Human Resources in health 4-7 October, 2005. 9 SCREEN. Disponível em: http://www.observatoriorh.org/Toronto/CallAction_eng1.pdf>. Acesso em 10 jan. 2013.

PINHEIRO, F. A.; TROCCOLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de coping no ambiente ocupacional. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v.19, n.2, 2003.

PINHEIRO, F. A.; GÜNTHER, I. A. Estresse ocupacional e indicadores de saúde em gerentes de um banco estatal. **RPOT**, v.2, n.2, julho-dezembro, 2002.

PINHO, P.S.; ARAÚJO, 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.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, Ribeirão Preto, v. 43, n. 4, p. 841-848, 2009.

REISDORFER, E. **Significado do uso de álcool e Tabaco entre profissionais de saúde e a assistência prestada aos usuários da Atenção Primária em Saúde**. 2013. 215p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2013.

RIBALDO, I. R. **Uso de tabaco, estresse e fatores associados entre trabalhadores de uma universidade pública**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2011.

RIGOLI, F.; ROCHA, C. F.; FOSTER, A. A. Desafios críticos dos recursos Humanos em saúde:uma visão regional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.1, p. 7-16, 2006.

ROY, C. **Introduction to nursing: An Adaptation Model**. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall, 1976.

RYAN-WENGER, N. M. A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. **American Journal of Orthopsychiatry**, 62, 256-263, 1992.

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

SANTOS, F. E. dos; ALVES, J. A.; RODRIGUES, A. B. Síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em uma unidade de terapia intensiva. **Einstein**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 59-63, 2009.

SAVOIA, M. G. Instrumentos para a avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse. In L.H.S. Gorenstein e A.W.Z. Andrade (eds.). **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia** (pp. 377-87). São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.

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

SCHULZ, P. et al. Increase free cortisol secretion after awakening in chronically stressed individuals due to work overload. **Stress Medicine**, 14, p. 91-97, 1998.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234, set./dez. 2001.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocup.**, n. 35, v. 122, p. 187-191, São Paulo, 2010.

SELYE, H. The stress of life. **McGraw-Hill**, New York, 1956.

SELYE, H. The stress of life (rev. ed.). **McGraw-Hill**, New York, 1976.

SELYE, H. Stress and the general adaptation syndrome. **British Medical Journal**, London, p. 1383-1392, 1950.

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.115–119, 2008.

SILVA, G. **Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama**. 2005. 151f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras, Ribeirão Preto.

SILVA, N. N. **Amostragem probabilística**. São Paulo: EDUSP, 2001.

SMITH, A. Perceptions of stress at work. **Human Resource Management Journal**. n.11, p. 74-86, 2001.

SOUSA, I. F.; MENDONÇA, H.; ZANINI, D. S.; NAZARENO, E. Estresse ocupacional, coping e burnout. **Estudos**, Goiania, v.36, n.1/2, p.57-74, 2009.

SPECTOR, P. E. et al. A longitudinal study of relation between job stressors and job strains while controlling for prior negative affectivity and strains. **Journal of Applied Psychology**. 85, p. 2011-218, 2000.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. da S. O trabalho de enfermagem e seu significado para as profissionais. **Rev. Bras. Enferm**, v.2, n.58, p. 156-160, 2005.

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.

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.

STEKEL, L. M. C. **Estresse e coping entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital universitário**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2011.

TELLES, S. H. **Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de enfrentamento**. 2008. 147f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Ribeirão Preto.

TELLES, S. H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.3, p. 467-478, 2009.

TOFOLI, S. M. de C. **Depressão, Estresse Precoce, Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal e a Resposta Terapêutica: avaliações Psicométricas e psiconeuroendócrinas**. 2012.180f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

TOWNSEND, M. C. Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe saúde da família: implicações para saúde do trabalhador**. 2007. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Rio Grande do Sul, 2007.

TRINDADE, L. de L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 607-612, 2009.

URBANETTO, J. S. et al. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, Oct. 2011 .

WALLIS, C. Stress: Can we cope? **Time**, June, p. 48-54, 1983.

.
WARR, P. Age and occupational well-being. **Psychology and Aging**, n.7, v.1, p.37-45, 1992.

.

A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

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

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 086/2012

Ribeirão Preto, 17 de maio de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de maio de 2012.

Protocolo CAAE: 01658912.1.0000.5393

Projeto: Estresse, esgotamento profissional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de saúde.

Pesquisadores: Lucilene Cardoso

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Lucilene Cardoso

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 31 de maio de 2012

Projeto de pesquisa: “Estresse, esgotamento profissional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de saúde”

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra. Lucilene Cardoso

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.

“O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar”.

Ciente e de acordo:

Dr^a Marcia Guimarães Villanova
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - HCFMRP-USP

Prof. Dr. José Alexandre de Souza Crippa
Coordenador Técnico Científico da Unidade
de Pesquisa Clínica - HCFMRP-USP

ESCALA DE APOIO SOCIAL

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 dos 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

D - Escala de Modos de Enfrentamento dos Problemas - EMEP

AFIRMAÇÕES	FATORES				
	1 - Eu nunca faço isso	2 - Eu faço isso um pouco	3 - Eu faço isso às vezes	4 - Eu faço isso muito	5 - Eu faço isso sempre
1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.					
2. Eu me culpo.					
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.					
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.					
5. Procuro um culpado para a situação.					
6. Espero que um milagre aconteça.					
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.					
8. Eu rezo/oro.					
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.					
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.					
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.					
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.					
13. Desconto em outras pessoas.					
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.					
15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.					
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.					
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.					
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.					
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.					
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.					
21. Pratico mais a religião desde que tenho este problema.					
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.					
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.					

24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para se bem sucedido.					
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.					
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.					

AFIRMAÇÕES	FATORES				
	1 - Eu nunca faço isso	2 - Eu faço isso um pouco	3 - Eu faço isso às vezes	4 - Eu faço isso muito	5 - Eu faço isso sempre
27. Tento esquecer o problema todo.					
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.					
29. Eu culpo os outros.					
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.					
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.					
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia.					
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.					
34. Procuro me afastar das pessoas em geral.					
35. Eu imagino ou tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.					
36. Encaro a situação por etapa, fazendo uma coisa de cada vez.					
37. Descubro quem mais é ou foi responsável.					
38. Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.					
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.					
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.					
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.					
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.					
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.					
44. Eu me apego a minha fé para superar esta situação.					
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.					

E – Autorização para uso da JSS

From: Marcia Guimarães <marciagmalves@gmail.com>To: Edilaine C Silva
Gherardi-Donato <nane@eerp.usp.br>Sent: Fri, 9 Apr 2010 14:56:12 -0300Subject:
Re: Pesquisa-Job Stress Scale

Prezada Edilaine

Entendo perfeitamente seu pedido e a parabeno pelo cuidado. Fizemos o mesmo com o Dr. Theorell por ocasião da publicação do primeiro artigo, o qual por e-mail concordou com a publicação da escala adaptada.

Confirmo, pois, o recebimento de sua mensagem onde você informa sobre seu interesse em usar a escala reduzida de estresse no trabalho em sua pesquisa e solicita nossa concordância. Informo-lhe que, após consulta e concordância da Coordenação do Estudo Pró-Saúde que encaminhou o processo de adaptação, estamos cientes de seu interesse e concordamos em sua utilização.

Coloco-me ainda, à disposição, para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Um abraço

Márcia Guimarães de Mello Alves
Professora Adjunta
Departamento de Planejamento em Saúde
Instituto de Saúde da Comunidade
Universidade Federal Fluminense

APÊNDICES

A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: “Estresse, Esgotamento Emocional e Estratégias de Enfrentamento entre Profissionais de Saúde”

Pesquisadoras: Lucilene Cardoso, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato, Sandra de Souza Pereira e Carla Araújo Bastos Teixeira.

Caro participante:

Gostaria de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Estresse, Esgotamento Profissional e Estratégias de Enfrentamento entre Profissionais de Saúde”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- EERP/USP.

O objetivo desse trabalho é analisar a prevalência de estresse e esgotamento profissional e identificar estratégias de enfrentamento entre técnicos e auxiliares de enfermagem e a ocorrência de estresse precoce. Caso aceite participar você não terá riscos nem benefícios diretos, não haverá ônus, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação nesse estudo. Sua participação contribuirá para reflexões e avanços no conhecimento científico sobre esta temática.

Caso aceite participar, todos os procedimentos da pesquisa irão realizar-se de forma a garantir sua privacidade. Você irá responder algumas perguntas sobre: dados sociodemográficos, modos de enfrentamento dos problemas, estresse e esgotamento profissional. O tempo de preenchimento destes instrumentos será de aproximadamente 50 minutos. O preenchimento dos instrumentos será em local reservado no serviço em que você trabalha, após os esclarecimentos realizados pelas pesquisadoras do projeto de pesquisa.

Os dados coletados, pelos instrumentos, serão utilizados anonimamente para o relatório final da pesquisa e publicação dos resultados em periódicos científicos, seu nome não será divulgado em qualquer fase da pesquisa.

Sua participação será voluntária e você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação, em qualquer momento da pesquisa, se assim o preferir, sem penalização ou prejuízo algum. Você também terá direito a ser esclarecido sobre o que desejar em qualquer momento da pesquisa.

Caso sinta-se sensibilizado de alguma maneira com as perguntas que serão feitas, ou caso seja identificada pelos pesquisadores alguma situação preocupante em relação a sua saúde, sua demanda será prontamente acolhida pelos pesquisadores e será realizada uma reflexão conjunta acerca de quais procedimentos precisarão ser tomados em consideração a seus sentimentos e necessidades.

Este termo será preenchido e assinado pelos pesquisadores e por você em duas vias. Uma delas ficará com você.

Caso necessite de esclarecimentos ou tenha alguma dúvida você poderá entrar em contato com qualquer uma das pesquisadoras que assinam abaixo:

Sandra de Souza Pereira
e-mail: sanpereira@usp.br
EERP/USP- sala 60/Tel. (16) 8130 6706

Profa. Dra. Lucilene Cardoso
e-mail: lucilene@eerp.usp.br
EERP/USP- - sala 60/Tel. (16) 3602 0531

Carla Araújo Bastos Teixeira
e-mail: carlinhateixeira@usp.br
EERP/USP- sala 20/Tel. (16) 8166 7811

Profa. Dra. Edilaine C. S. G. Donato
e-mail: nane@eerp.usp.br
EERP-USP- sala20/Tel. (16) 3602 3447

Consentimento pós-esclarecido

Eu, _____, RG _____
confirmando que os pesquisadores me explicaram o objetivo dessa pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram esclarecidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento. Portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário dessa pesquisa.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

B – Questionário sócio-demográfico

Data da coleta ____/____/____

1. Número do sujeito no banco:			
2. Unidade HC: _____			
3. Sexo: 1. Masculino / 2. Feminino			
4. Data de Nascimento?			
5. Escolaridade? 1. Fundamental completo / 2. Médio incompleto / 3. Médio completo / 4. Superior incompleto 5. Superior completo			
6. Estado Civil? 1. Casado ou com companheiro / 2. Solteiro / 3. Divorciado / 4. Viúvo			
7. Religião? 1. Católico / 2. Evangélico / 3. Protestante / 4. Espírita / 5. Agnóstico			
8. Qual a sua profissão? 1. Auxiliar de enfermagem / 2. Técnico de enfermagem / 3. Enfermeiro (a)			
9. Cargo que exerce nesse serviço: 1. Auxiliar de enfermagem / 2. Técnico de enfermagem / 3. Outro Qual: _____			
10. Tempo de serviço no HC:			
11. Tempo de serviço na profissão:			
12. Possui mais de um vínculo empregatício? 1. Não / 2. Sim – Quantos? _____			
13. Carga horária de trabalho semanal? 1. Diurno – Carga horária: _____ 2. Noturno – Carga horária: _____			
14. Você mora com: 1. Família (mãe, pai ou filhos) / 2. Parentes (tios, primos, avós) / 3. República / 4. Sozinho / 5. Outros: _____			
15. Número de pessoas que residem com você:			
16. Número de filhos: Quantos dependentes da sua renda? _____			
17. No último ano você esteve em consulta com o médico? 1. Não (passe para a questão 21) / 2. Sim			
18. Qual o motivo principal pelo qual você procurou esse atendimento? 1. Acidente ou lesão / 2. Doença / 3. Atestado de saúde / 4. Para fazer consulta de rotina / 5. Outros atendimentos preventivos / 6. NSA ou IGN			
19. Esse serviço de saúde onde o (a) Sr (a). foi atendido era: 1. Público (SUS) () emergência ou () UBS / 2. Particular () emergência ou () consulta agendada / 3. Por convênio () emergência ou () consulta agendada / 4. NSA ou IGN			
20. Toma algum medicamento (analgésicos, calmantes, relaxantes musculares, etc)?			

1. Não / 2. Sim – Qual: _____	
21. Teve algum afastamento do trabalho no último ano? 1. Não / 2. Sim – Motivo: _____	

22. Fuma atualmente? 1. Não 2. Sim Quantos cigarros ao dia? _____ Há quanto tempo? _____	
23. Consome bebida alcoólica? 1. Não / 2. Sim Quantas vezes na semana? _____	

24. Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem:	25. Prescreveu alguma Medicação?	26. Você fez o tratamento prescrito?
a. Doença de coluna ou costas? 1. Não / 2. Sim	a. 1. Não / 2. Sim	a. 1. Não / 2. Sim
b. Diabetes? 1. Não / 2. Sim	b. 1. Não / 2. Sim	b. 1. Não / 2. Sim
c. Hipertensão? 1. Não / 2. Sim	c. 1. Não / 2. Sim	c. 1. Não / 2. Sim
d. Doença do coração ou cardiovascular? 1. Não / 2. Sim	d. 1. Não / 2. Sim	d. 1. Não / 2. Sim
e. Depressão? 1. Não / 2. Sim	e. 1. Não / 2. Sim	e. 1. Não / 2. Sim
f. Tendinite ou tendossinovite? 1. Não / 2. Sim	f. 1. Não / 2. Sim	f. 1. Não / 2. Sim
g. Gastrite? 1. Não / 2. Sim	g. 1. Não / 2. Sim	g. 1. Não / 2. Sim
h. Úlcera no estômago ou duodeno? 1. Não / 2. Sim	h. 1. Não / 2. Sim	h. 1. Não / 2. Sim
i. Doença de pele? 1. Não / 2. Sim	i. 1. Não / 2. Sim	i. 1. Não / 2. Sim
j. Ansiedade? 1. Não / 2. Sim	j. 1. Não / 2. Sim	j. 1. Não / 2. Sim
k. Distúrbios do sono? 1. Não / 2. Sim	k. 1. Não / 2. Sim	k. 1. Não / 2. Sim