**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SILMAR MARIA DA SILVA

**AVALIAÇÃO E PROPOSTA DE PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA NOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

**SÃO PAULO
2017**

SILMAR MARIA DA SILVA

**AVALIAÇÃO E PROPOSTA DE PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA NOS
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patricia Campos Pavan Baptista

SÃO PAULO

2017

Silva SM. Avaliação e proposta de promoção da resiliência nos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

ERRATA

Página	Linha	Onde se lê	Leia-se
58	6	≥ 45,0 anos	≥ 60,0 anos
65	39	≥ 60,6%	≥ 60,8%
65	41	54,4%	54,5%
69	19	7 a 175 pontos	25 a 175 pontos
70	26	7 a 175 pontos	25 a 175 pontos

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Silmar Maria da

Avaliação e proposta de promoção da resiliência nos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário / Silmar Maria da Silva. São Paulo, 2017.
130 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Campos Pavan Baptista
Área de concentração: Fundamentos e práticas de gerenciamento em enfermagem e em saúde.

1. Saúde ocupacional. 2. Resiliência (psicologia).
3. Promoção da saúde. 4. Enfermagem I. Título.

Nome: Silmar Maria da Silva

Título: Avaliação e proposta de promoção da resiliência nos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

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 meu esposo e grande amigo Mário, por ajudar-me na busca de
comportamentos resilientes.*

*Aos meus pais, Magna e José Darci, que por acreditarem tanto em
mim, transformaram os meus sonhos em seus sonhos.*

*Aos meus irmãos, Katia e Talles, por tornarem as nossas vidas mais
aromáticas e saborosas.*

AGRADECIMENTOS

Eterna gratidão à competente e admirável Professora Dr.^a Patricia Pavan, pela oportunidade de trilhar a fascinante e angustiante (...angústia ontológica...) caminhada stricto sensu.

À querida Professora Dr.^a Vanda Felli pelo carinho e incentivo de sempre...

À professora Dr.^a Elisabete Borges por ter me acolhido de maneira tão especial em Portugal, e tornado o doutorado sanduíche enriquecedor e repleto de experiências acadêmicas e pessoais.

À professora Dr.^a Cristina Queirós pela acolhida, pela partilha do saber e do espaço para realizar minhas pesquisas durante o doutorado sanduíche.

Aos professores da Escola Superior de Enfermagem do Porto que contribuíram com o meu doutorado sanduíche.

Ao Enfermeiro Dr. Fábio Silva pelo companheirismo na coleta e organização dos dados.

À Professora Dr.^a Carmen Martinez pelo auxílio e comprometimento nas análises estatísticas.

À Mirian Almeida, amizade que floresceu e fortificou no doutorado.

Aos colegas do grupo de pesquisa GESTES pela parceria construída em todos esses anos.

Aos funcionários e docentes da Escola de Enfermagem da USP, que de forma direta ou indireta, contribuíram para a construção desta tese.

Aos trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário da USP por participarem desta pesquisa.

Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor.

Johann Wolfgang von Goethe

Silva SM. Avaliação e proposta de promoção da resiliência nos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: Os trabalhadores de enfermagem estão inseridos em um contexto laboral que tem contribuído para as desordens física e mental, mas que também pode ser fonte de prazer. Neste cenário, a resiliência, como ferramenta de construção humana, busca enfatizar as potencialidades e fortalezas do trabalhador, a encontrar um ponto de equilíbrio para o enfrentamento das adversidades laborais, e trazer à tona aqueles recursos dos quais o trabalhador não tem consciência de sua existência ou da sua capacidade de mobilizá-los. **Objetivos:** Mensurar o nível de resiliência em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário; verificar os fatores associados a resiliência dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário; e propor um modelo para promoção da resiliência em trabalhadores de enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado com trabalhadores de enfermagem, de um hospital universitário, que atuavam na assistência direta aos pacientes e, no mínimo, há 6 meses na instituição. Foram aplicados dois instrumentos para coleta de dados: um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e a Escala de Resiliência. **Resultados:** O escore médio da Escala de Resiliência dos 375 participantes foi de 138,7 pontos ($dp=18,3$), variando de 36,0 a 174,0 pontos e mediana de 142,0 pontos. A maior proporção de trabalhadores reportou nível moderadamente baixo/moderado (45,3%; 170), seguido pelo nível moderadamente alto/alto (39,5%; 148), sendo que 15,2% (57) apresentaram baixo nível de resiliência. A resiliência teve associação positiva com a idade, com o tempo de trabalho na instituição e com o tempo de trabalho na profissão, sendo que quanto mais elevadas, maior o escore da Escala de Resiliência. Na regressão linear, a interpretação do modelo é: para cada ano de idade ocorre aumento de 0,289 pontos na Escala de Resiliência. O modelo para promoção de resiliência se constituiu na elaboração de uma oficina com quatro encontros semanais, em grupo de 8 a 10 trabalhadores de enfermagem, com vistas a promoção dos fatores de proteção, intrínsecos e extrínsecos. **Conclusão:** O escore médio da Escala de Resiliência nos

trabalhadores de enfermagem foi de 138,7 pontos ($dp=18,3$), contudo, apesar da média estar dentro de um nível mediano, deve-se considerar que os valores da escala de resiliência variaram de 36,0 a 174,0 pontos. Ou seja, houveram trabalhadores com nível alto de resiliência, mas cerca de 15% apresentaram baixo nível de resiliência, indicando uma situação de risco para o adoecimento. As variáveis idade, tempo de trabalho na profissão e tempo de trabalho na instituição foram identificadas como fatores associados à resiliência dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Por outro lado, foi possível evidenciar que o sexo, o estado civil, a escolaridade e a remuneração, bem como as demais variáveis profissionais não são determinantes para a resiliência. Esses achados constituem numa contribuição desta pesquisa aos saberes da resiliência no campo do trabalho, em particular, o da enfermagem, principalmente, por haver poucos estudos que abordem a questão da resiliência em trabalhadores de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Saúde do Trabalhador. Promoção da Saúde. Resiliência Psicológica.

Silva SM. Evaluation and proposal to promote resilience in nursing workers of a university hospital [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo: 2017.

ABSTRACT

Introduction: The Nursing workers are inserted in a labour context which has contributed to the physical and mental disorders, but it can also be a source of pleasure. In this context, the resilience, seeks to emphasize the potentials and strengths of the worker, as a tool for human construction, to find a balance point for the confrontation of labour adversities, and to bring to the fore those resources of which the worker is not aware of his existence or his ability to mobilize them. **Objectives:** To measure the level of resilience in nursing workers of a university hospital; to verify the factors associated with the resilience of nursing workers of a university hospital; and to propose a model for promote resilience in nursing workers. **Method:** This is an exploratory, descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with nursing workers from a university hospital, working in patient care and with at least for 6 months at the institution. Two instruments were used for data collection: a sociodemographic and professional characterization questionnaire and the Resilience Scale. **Results:** The mean score of the 375 participants of the Resilience Scale was 138.7 points (sd = 18.3), ranging from 36.0 to 174.0 points and a median of 142.0 points. The highest proportion of workers reported a moderately low/moderate level (45.3%, 170), followed by moderately high/high level (39.5%, 148), and 15.2% (57) had a low level of resilience. Resilience had positive association with age, working time in the institution and working time in the profession, being the highest, largest score of the Resilience Scale. In linear regression, the interpretation of the model is: for each year of age occurs an increase of 0.289 points in the Resilience Scale. The model for promotion of resilience consisted in the elaboration of a workshop with four weekly meetings, in a group from 8 to 10 nursing workers, with a view to promoting protection, intrinsic and extrinsic factors. **Conclusion:** The mean score of the Resilience Scale in nursing workers was 138.7 points (sd = 18.3), however, although the average was within a median level, it should be considered that the values on the Resilience Scale ranged from 36.0 to 174.0 points. In other words, there were workers with a high level of resilience, but about 15% showed low level of resilience, indicating a risk situation

for the illness. The variables age, working time in the profession and working time in the institution were identified as factors associated with resilience of nursing workers in a university hospital. Otherwise, it was possible to show that gender, marital status, education and remuneration, as well as other variables professional are not determinant for resilience. These findings constitute a contribution of this research to the knowledge of resilience in the field of work, in particular, the nursing, mainly because there are few studies that address the issue of resilience in nursing workers.

KEYWORDS: Nursing. Occupational Health. Health Promotion. Resilience, Psychological.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	-	Distribuição (%) dos trabalhadores de Enfermagem segundo nível de resiliência.	69
Gráfico 2	-	Média do escore dos itens da Escala de Resiliência dos Trabalhadores de Enfermagem	73
Gráfico 3	-	Análise de resíduos do modelo estatístico final - probabilidade normal dos resíduos.	123
Gráfico 4	-	Análise de resíduos do modelo estatístico final - dispersão dos resíduos padronizados versus valores ajustados.	124

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Análise comparativa entre perdas e participantes segundo características demográficas e ocupacionais e variáveis qualitativas.	61
Tabela 2	-	Análise comparativa entre perdas e participantes segundo características demográficas e ocupacionais, variáveis quantitativas.	62
Tabela 3	-	Valores do alpha de Cronbach por fator e questão da Escala de Resiliência.	63
Tabela 4	-	Valores do alpha de Cronbach por questão da Escala de Resiliência.	64
Tabela 5	-	Caracterização dos trabalhadores de Enfermagem segundo variáveis sociodemográficas.	65
Tabela 6	-	Caracterização dos trabalhadores de Enfermagem segundo variáveis ocupacionais.	66
Tabela 7	-	Estatística descritiva das variáveis quantitativas contínuas, trabalhadores de Enfermagem.	67
Tabela 8	-	Estatística descritiva das variáveis quantitativas relativas aos fatores e ao escore global de resiliência dos Trabalhadores de Enfermagem.	68
Tabela 9	-	Estatística descritiva das variáveis quantitativas relativas aos fatores e ao escore global de Resiliência segundo Divisão de Enfermagem dos Trabalhadores de Enfermagem.	69
Tabela 10	-	Estatística descritiva das variáveis quantitativas relativas aos fatores e ao escore global de Resiliência segundo Setor de Enfermagem dos Trabalhadores de Enfermagem.	70
Tabela 11	-	Distribuição da população segundo nível de resiliência (nº e %) segundo Divisão de Enfermagem dos Trabalhadores de Enfermagem.	71

Tabela 12	-	Distribuição da população segundo nível de resiliência (nº e %) segundo Setor de Enfermagem dos Trabalhadores de Enfermagem.	72
Tabela 13	-	Análise das correlações entre variáveis quantitativas e escore global de Resiliência dos Trabalhadores de Enfermagem.	74
Tabela 14	-	Estatística descritiva do escore global de Resiliência segundo variáveis demográficas dos Trabalhadores de Enfermagem.	75
Tabela 15	-	Estatística descritiva do escore global de Resiliência segundo variáveis ocupacionais qualitativas dos Trabalhadores de Enfermagem.	75
Tabela 16	-	Fatores associados do escore da Escala de Resiliência identificados por meio da análise de regressão linear dos Trabalhadores de Enfermagem.	77
Tabela 17	-	Fatores associados do escore da Escala de Resiliência identificados por meio da análise de regressão linear dos Trabalhadores de Enfermagem.	123

LISTA DE SIGLAS

CCR	Coaching Cognitivo Resiliente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DE	Departamento de Enfermagem
DORT	Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho
DTM	Disfunção temporomandibular
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ER	Escala de Resiliência
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IDB	Inventário de Depressão de Beck
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
JSS	Job Stress Scale
MBI	Maslach Burnout Inventory
NMQ	Nordic Musculoskeletal Questionnaire
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIDV	Programa de Incentivo à Demissão Voluntária
PL	Projeto de Lei
PRIMA-EF	Psychosocial Risk Management Excellence Framework
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
SM	Salários Mínimos
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRQ	Self Report Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia cognitivo-comportamental
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	A PROBLEMÁTICA.....	21
2	OBJETIVOS.....	25
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1	OS DESGASTES VIVENCIADOS PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	26
3.2	O TRABALHO COMO FONTE DE SAÚDE AOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	35
3.3	A RESILIÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO PARA O TRABALHADOR DE ENFERMAGEM.....	42
4	MÉTODO.....	53
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	53
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	53
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	54
4.4	PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	54
4.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	55
4.6	PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	59
5	RESULTADOS.....	61
5.1	ANÁLISE DAS PERDAS.....	61
5.2	CONFIABILIDADE DA ESCALA DE RESILIÊNCIA.....	63
5.3	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	65
5.4	ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA DE RESILIÊNCIA.....	68
5.5	ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS A RESILIÊNCIA.....	69
5.6	ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA (ANÁLISE CONJUNTA DOS FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA)	76
5.7	MODELO PARA PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	77

6	DISCUSSÃO.....	81
6.1	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	81
6.2	PERFIL E RESILIÊNCIA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	83
6.3	MODELO PARA PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	93
7	CONCLUSÃO.....	103
	REFERÊNCIAS.....	106
	APÊNDICES.....	119
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	119
	APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL.....	121
	APÊNDICE 3 - ETAPAS DA MODELAGEM MÚLTIPLA PARA ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS AO ESCORE DA ESCALA DE RESILIÊNCIA.....	122
	ANEXOS.....	125
	ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP.....	125
	ANEXO 2 - CARTA DE ANUÊNCIA DO HU-USP.....	128
	ANEXO 3 - ESCALA DE RESILIÊNCIA.....	130

APRESENTAÇÃO

No intervalo entre o ensino médio e a graduação, trabalhei por 12 meses em uma fábrica têxtil como fiandeira, e ao solicitar para ser desligada, no período em que eu estava sendo preparada para ser encarregada de setor, meu encarregado apenas disse: “*eu só vou fazer o seu desligamento, pois sei que é para uma boa coisa... é para você estudar... você gosta de estudar*”. E ele tinha razão...

Retomei o cursinho preparatório para o vestibular, visando uma faculdade pública, e nesta segunda chance, em gratidão pela oportunidade de estudar, decidi por uma profissão que pudesse ajudar aos outros. E das opções que floresciam, fui tomada pelo *ser-enfermeira*. Assim, em 2003, aos 22 anos, ingressei no curso de enfermagem na Faculdade de Medicina de Marília (Famema).

Durante a graduação em enfermagem, por diversas vezes tive a confirmação que havia tomada a decisão mais certa, ao me conhecer e me reconhecer como *ser-de-cuidado*. Esta certeza era a fonte de combustão, que me fazia vislumbrar caminhos mil, como a pós-graduação *lato sensu* em enfermagem em cardiologia no Instituto do Coração (Incor), em 2007, onde passei a exercer o papel de enfermeira.

A mudança de papéis estabeleceu uma ampliação do meu olhar, que antes era direcionado unicamente ao paciente, exigindo um voltar-se também para o contexto de trabalho em que estava inserida. Em razão da aproximação, até como parte da conquista, passei a estar com os trabalhadores. E foram nestes instantes de partilha, que comecei a ouvir muitas queixas de dores nas costas, nos braços, no quadril, etc. E me choquei. Como um *ser-de(o)-cuidado* poderia ficar doente por causa do trabalho? Para mim, era incompreensível. E me angustiei.

Em 2008, passei a fazer parte do quadro de funcionários do Incor. Ao ser responsável por uma equipe, apesar de todas as dificuldades esperadas de um novo emprego, o que mais me preocupava eram as condições de trabalho que a equipe estava exposta, e como os trabalhadores estavam. Não sabia o que fazer, era a primeira vez que eu me sentia responsável por cada um, e na tentativa de poupá-los,

passsei a executar as atividades assistenciais junto com eles, mas aí, não só a minha equipe se queixava, como eu passei a ter dores, e percebi que este não era o caminho. E mais uma vez me angustiei...

Porém, dessa vez comecei a buscar na literatura caminhos para ajudar a minha equipe e os demais trabalhadores de enfermagem, e numa destas buscas encontrei um grupo de pesquisa que desenvolvia estudos na temática de saúde do trabalhador de enfermagem, e pensei: “é a oportunidade! ”.

Em 2009, fui acolhida no Grupo de Pesquisa Estudos sobre a Saúde do Trabalhador de Enfermagem e Saúde (GESTES), cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e tive a oportunidade de conhecer outras pessoas que tinham os mesmos anseios, que se preocupavam com a saúde do trabalhador e com o seu contexto de trabalho. E me vi feliz.

A entrada no grupo de pesquisa permitiu-me aflorar o interesse ainda maior na pesquisa na área da saúde do trabalhador, em razão disto, ingressei no curso de mestrado em 2010.

No mestrado desenvolvi a dissertação “Retorno ao trabalho: a vivência dos trabalhadores de enfermagem com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho”, que objetivou compreender a vivência do trabalhador de enfermagem que retorna ao trabalho após afastamento por distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (Silva, 2012).

Estar no *stricto sensu* permitiu imergir num universo até pouco desconhecido, mas que fazia todo sentido para mim... e mais uma vez me redescobri, mas agora como ser-pesquisadora. Então passei a trilhar, ora de modo tímido, ora bravamente, o caminho da pesquisa, a produzir e partilhar conhecimento científico, a participar de eventos regionais, nacionais e internacionais, e a vislumbrar a academia. Foi então que em meados de 2012, ingressei na carreira docente, de modo exclusivo.

Mas quando se está na jornada do *stricto sensu* não vê chegadas, apenas partidas... pois há muito a ser explorado, a ser conhecido, a ser desvelado... não há

fim... pois o fim é o recomeço de uma nova pesquisa, uma nova inquietação, uma nova partida... um infinito querer-ser-saber-descobrir-indagar. E, desta forma, iniciei o doutorado.

Na ocasião do meu ingresso no doutorado, realizou-se uma parceria com pesquisadores e pós-graduandos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no Brasil, da Universidade de Oviedo, na Espanha, da Escola Superior de Enfermagem do Porto e da Universidade do Porto, ambas de Portugal, para a realização de um projeto multicêntrico, intitulado “Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha”, que objetivava investigar variáveis relacionadas ao trabalhador de enfermagem, como, estresse, satisfação com o trabalho, presenteísmo e resiliência.

A proposição deste projeto visava o avanço do conhecimento do processo de adoecimento e incapacidade no trabalho dos trabalhadores de enfermagem nos contextos Brasil, Espanha e Portugal, a fim de realizar estudos comparativos transculturais para conhecer padrões comuns e as especificidades de cada país, e para construir estratégias de intervenção à saúde dos trabalhadores no âmbito específico e geral.

Assim, no Brasil, como parte integrante do projeto multicêntrico, foi proposto esta tese de doutorado, com vistas a avaliação da resiliência em trabalhadores de enfermagem brasileiros e a construção de estratégias para aumentar o nível de resiliência frente às adversidades no ambiente laboral.

Para tal, por necessidade de um aprofundamento na temática resiliência, fiz uma formação em *Coaching Cognitivo Resiliente (CCR)*, pela Sociedade Brasileira de Resiliência (Sobrare), em 2015. Esta formação permitiu uma aproximação com o conceito resiliência e um vislumbrar caminhos para a proposição de um modelo piloto de promoção da resiliência.

Ademais em 2015, em busca de crescimento profissional e acadêmico, fiz o doutorado sanduíche em Portugal. A escolha pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) foi motivada por ser uma das instituições que compõem o projeto

multicêntrico. Passei três meses na ESEP sob orientação direta da Professora Doutora Elisabete Borges, contudo, o sanduíche foi além do que imaginava, proporcionando crescimento e amadurecimento pessoal, e partilha com os demais membros do projeto multicêntrico.

Enfim, caminho para o término desta apresentação com a certeza que o doutorado trouxe consigo grandes desafios, muitos momentos de angústia... existencial (Heidegger não me deixa esquecer...), pois o doutorado carrega em si alguns pesos, como o peso de um título, de uma responsabilidade, do caminhar consigo mesmo, de um familiar estar vibrando pela possibilidade de ter uma doutora na família, de descobrir que não se sabe nada, de correr contra o tempo, da auto cobrança, da cobrança alheia, de estar pesquisando algo novo em que o conceito ainda está em transformação, dos resultados da pesquisa, de desenvolver um modelo piloto... muito diferente do mestrado, em que acreditava que poderia, por meio da minha pesquisa, transformar a saúde do trabalhador de enfermagem.

Incrivelmente, no vivenciar o doutorado se deleita momentos de alegria e de sofrimento quase simultaneamente. Mas por outro lado, foi por meio da mistura destes e de demais sentimentos, que pude viver uma experiência única, pessoal e transformadora, que exigiu de mim um voltar-se para mim mesma, em busca de recursos para o enfrentamento destas adversidades, e que proporcionaram o meu crescimento e amadurecimento pessoal, profissional e acadêmico.

E o encanto pela pesquisa? Continua, pois, a cabeça não para... as ideias borbulham... as inquietações me revolvem... num infinito querer-ser-saber-descobrir-indagar.

1 A PROBLEMÁTICA

Ao longo do tempo, tem-se atribuído grande importância ao trabalho, por seu papel no desenvolvimento das organizações e da sociedade, assim como, na capacidade de modificar o perfil de adoecimento dos trabalhadores.

A sociedade organiza-se por meio do trabalho, e este torna-se intimamente relacionado a vida do ser humano, determinando a relação do indivíduo com a sociedade. O trabalho é para o ser humano um meio de vida e de conquista da dignidade humana, por onde se obtém sustento, *status* social, além da possibilidade de estabelecer relações sociais. Portanto, não se deve ignorar a influência do trabalho na vida do trabalhador, podendo atuar como um potencializador da saúde e da vida. Portanto, a maneira pela qual o trabalho se organiza pode refletir de forma positiva ou negativa em todas as dimensões do ser humano e, conseqüentemente, no modo como o trabalho é produzido (Felli, Baptista, 2015).

Na prática, observa-se a implantação da incorporação tecnológica e do aumento da complexidade dos processos de trabalho, a valorização demasiada dos constructos quantitativos em detrimento dos qualitativos, com exigência de alta produtividade e metas praticamente inatingíveis, favorecendo um distanciamento crescente entre as práticas organizacionais e os direitos dos trabalhadores (Felli, Baptista, 2015; Baptista, 2014; Franco, Druck, Seligmann-Silva, 2010).

As transformações que o trabalho tem sofrido, em conjunto com os modelos gerenciais adotados, têm exigido dos trabalhadores um ritmo de trabalho mais intenso e complexo, resultando em consumo de força de trabalho que impacta no processo saúde-doença, tornando o adoecimento um problema não somente do indivíduo que adoece no ambiente laboral, mas um problema que impacta diretamente no gerenciamento de recursos humanos, comprometendo a vida social e a vida de trabalho, impactando nos processos saúde-doença e modificando o perfil de morbidade dos trabalhadores (Felli, Baptista, 2015; Baptista, 2014; Franco, Druck, Seligmann-Silva, 2010).

Nesse sentido, é possível observar que há no trabalho tanto fatores que promovem a saúde e o bem-estar do trabalhador, quanto fatores que são geradores de sofrimento e adoecimento nas dimensões biopsicossociais. E nesta dualidade, está inserido o trabalho de enfermagem.

O trabalho de enfermagem é composto por cargas de trabalho, que podem resultar em adoecimento físico e mental, assim como incapacidades, que impactam diretamente na produção do trabalho e na qualidade dos serviços de saúde (Baptista, 2014; Costa, Felli, 2005).

As cargas de trabalho são elementos presentes no contexto laboral que, de forma dinâmica, interagem entre si e com o corpo do trabalhador, produzindo os processos de desgaste, que afetam o corpo e a mente, sob a forma de alterações, como observada na fase subclínica da história natural das doenças, ou até mesmo desencadeando um processo patológico bem definido, portanto, a fase clínica da doença (Laurell, Noriega, 1989).

Fundamentados em Laurell e Noriega (1989), Felli et al. (2011) descrevem as cargas biológicas, físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas que os trabalhadores de enfermagem são submetidos no ambiente laboral, geradoras de inúmeros processos de desgaste.

As cargas de trabalho podem ser observadas por ritmo laboral intenso, jornadas de trabalho prolongadas, ausência de insumo em quantidade e qualidade necessárias, dimensionamento pessoal inadequado em seu quantitativo e qualitativo, relações de poder e hierárquicas extremamente demarcadas, exposição aos agentes biológicos, aos agentes químicos, entre outros (Felli, Baptista, 2016; Ramos et al., 2014).

Reconhece-se ainda que, a expansão de novas tecnologias, também muito presente no ambiente laboral da enfermagem, igualmente tem contribuído para aumentar a carga de trabalho, impondo maior exigência de ritmos e reduzindo a autonomia dos trabalhadores, tornando a relação homem-trabalho cada vez mais complexa, decorrente destes diversos elementos contemporâneos (Ribeiro et al., 2012; Torres et al., 2011; Elias, Navarro, 2006).

Por outro lado, o trabalho de enfermagem também consente vivenciar experiências positivas e gratificantes, apesar dos enfrentamentos negativos presentes no contexto laboral, pois, para os trabalhadores de enfermagem existem acontecimentos e motivações que os levam permanecer na profissão, como o compromisso profissional com seu objeto de trabalho, a partilha de situações positivas comumente vividas e a satisfação por atuar sobre a saúde do outro (Duarte, Simões, 2015).

Em outras palavras, mesmo diante de todas as dificuldades vivenciadas no contexto de trabalho, muitos trabalhadores de enfermagem não deixariam a profissão, ou mesmo, não se viriam em outra profissão. Perante isto, o que se poderia fazer para que os fatores promotores da saúde e bem-estar dos trabalhadores de enfermagem sobrepujassem às cargas de trabalho?

O contexto grave de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem impõe a necessidade de articular esferas de poder e atores, com vistas à melhoria das condições de trabalho e, especialmente, sensibilização dos sujeitos para o autocuidado e manutenção da qualidade de vida no trabalho.

Nesse sentido, pesquisas na área de gestão de pessoas, em especial em trabalhadores da saúde, têm destacado a importância de promover as características sadias e protetoras dos trabalhadores, por meio do mapeamento e promoção da resiliência, para poder superar as condições adversas a que estão submetidos, e assim fomentar as condições resilientes dos trabalhadores (Rodrigues, Barbosa, Chiavone, 2013; Chan, Chan, Kee, 2013; Belancieri et al., 2010; Melillo, 2005).

Diante desse contexto, o presente estudo tem como **objetivo mensurar o nível de resiliência e seus fatores associados em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário e propor um modelo para promoção da resiliência em trabalhadores de enfermagem.**

Este estudo justifica-se na medida que propõe conhecer a resiliência dos trabalhadores de enfermagem, por meio da capacidade de adaptação positiva as situações adversas, da autoconfiança em si, da independência e determinação, assim

como, como seus valores, relacionamento interpessoal, realização pessoal e a satisfação e o sentido da vida, a fim que as instituições tenham um guia para construir projetos pilotos para promoção de resiliência dos trabalhadores de enfermagem.

2 OBJETIVOS

- Mensurar o nível de resiliência em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário
- Verificar os fatores associados a resiliência dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário.
- Propor um modelo para promoção da resiliência em trabalhadores de enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 OS DESGASTES VIVENCIADOS PELOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

O trabalho pode influenciar sobremaneira o processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem, promovendo saúde ou resultando em enfermidades. Sob este enfoque, a saúde do trabalhador de enfermagem deve ser analisada sob uma ótica interdisciplinar e o trabalho como um espaço de organização da vida social, onde os aspectos psicossociais do trabalho são relevantes (Campos, David, Souza, 2014; Cruz et al., 2014).

A organização do trabalho de enfermagem tem recebido forte influência do modelo econômico atual, que objetiva resultados por meio de constante exigência e competitividade, refletindo, em desencontros entre os objetivos institucionais e os objetivos dos trabalhadores, gerando estresse e um sentimento de insegurança permanente (Jacques et al., 2015; Metzger, 2011).

Além disso, o trabalho de enfermagem é compreendido por ser um trabalho complexo permeado por subjetividades dos sujeitos trabalhadores, das ideologias, das representações e valores, de desencontros entre o discurso e a prática, imprimindo a existência de uma grande lacuna entre a organização prescrita e a organização real do trabalho (Santos, Camponogara, 2014).

Assim, a fim de alcançar os indicadores produtivos e de qualidade, e pela falta de tempo adequado para executar as atividades, tem-se induzido o trabalhador a realizá-las cada vez mais, com maior rapidez, o que pode influenciar na qualidade da assistência prestada e contribuir para a presença de acidentes e adoecimento (Jacques et al., 2015; Metzger, 2011).

Esse panorama pode ser agravado de acordo com o modo que os serviços de enfermagem estão organizados que, em sua maioria, instituem um modelo de gestão

centralizado, hierárquico e piramidal, com uma divisão social do trabalho, marcado por pressão e competitividade (Dall'Agnol et al., 2013).

As abordagens administrativas vigentes fornecem meios paliativos para administrar as consequências inerentes à precarização do trabalho, basicamente por meio do gerenciamento do estresse, além de deslocar o foco dos problemas estruturais intrínsecos, aos métodos produtivos para o sujeito (Finazzi-Santos, Siqueira, 2011).

O tipo de organização do trabalho empregada desgasta a saúde física e mental de todos os trabalhadores, de modo que não se trata aqui de idiossincrasias daqueles que trabalham, mas da organização do trabalho, ela mesma produtora de adoecimento. Sob este enfoque, o sofrimento permanece silenciado e só aparece na forma de doença, com a transformação dos sinais e os sintomas (Silva, Oliveira, Souza, 2011).

Nesse sentido, verifica-se elevado número de trabalhadores de enfermagem adoecidos, com destaque para problemas relacionados ao aparelho osteomuscular e problemas de ordem psíquica (Silva, 2012; Mininel, Baptista, Felli, 2011; Silva, 2011; Felli, 2010).

Tratando-se especificamente dos trabalhadores de enfermagem, evidencia-se a crescente precarização do trabalho, caracterizada pelos baixos salários, qualificação deficiente, condições insalubres e baixa autonomia no processo de trabalho (Ribeiro, Souza, Silva, 2014; Machado, Vieira, Oliveira, 2012; Silva, Muniz, 2011; Souza et al., 2010; Souza et al., 2009).

Estudo recente com 309 trabalhadores de enfermagem identificou que em decorrência da precarização do trabalho, manifestada pela baixa remuneração, pela elevada carga horária e pelas condições precárias de trabalho, ocorrem diversos desgastes, a saber: dor nas pernas (66,4%), dor nas costas (61,8%), cansaço mental (47,0%), dor nos braços (38,4%), sonolência (36,6%), nervosismo (33,7%) e insônia (21,8%) (Rodrigues et al., 2014).

Portanto, as cargas de trabalho que compõem o cotidiano dos trabalhadores de enfermagem, traduzidas pela redução da força de trabalho, pelo ritmo de trabalho intensificado, pela convivência diária com o sofrimento dos pacientes e familiares, pela inadequação dos recursos físicos e materiais, têm dado ao trabalho de enfermagem, atributos de um grande agente estressor e responsável por acidentes, doenças e morte (Abreu, Gonçalves, Simões, 2014; Campos, David, 2011).

Esse perfil de morbidade nos trabalhadores de enfermagem têm sido preocupação de pesquisadores nacionais e internacionais há mais de duas décadas, uma vez que os distúrbios osteomusculares e o adoecimento mental são responsáveis pela maioria das incapacidades temporárias e permanentes na profissão (Baptista, 2014; Tito, 2013; Mininel, Baptista, Felli, 2011; Magnano et al., 2010; Tinubu, 2010; Loisel et al., 2007; Magnano et al., 2007; Loisel, Durand, 2005).

Pesquisa que utilizou o instrumento *Nordic Musculoskeletal Questionnaire* (NMQ) para avaliação dos distúrbios osteomusculares em 211 trabalhadores de enfermagem do bloco cirúrgico de 11 hospitais, evidenciou que, nos últimos 12 meses, 38,9% dos trabalhadores referiram sintomas na região inferior das costas e 37,9% nos ombros, e nos últimos 7 dias, 20,4% apresentaram sintomas na região lombar (Schmidt, Dantas, 2012).

Um dado muito interessante evidenciado no estudo supracitado (Schmidt, Dantas, 2012), que diverge da crença fomentada em muitas instituições, é que a maior frequência de dor lombar foi entre os trabalhadores que possuíam apenas um vínculo empregatício e que trabalhavam até 40 horas semanais.

Os sintomas musculoesqueléticos, em alguma região corpórea nos últimos 12 meses, também foram referidos por 87,2% dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade neonatal, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e banco de leite humano. Houve prevalência de sintomas no inferior das costas, em que 56,4% dos trabalhadores apresentaram nos últimos 12 meses, e 23,2% nos últimos 7 dias (Monteiro, Faro, 2015).

Ao relacionar os sintomas osteomusculares e o trabalho doméstico, foi possível evidenciar que, a maior frequência de relatos de sintomas ocorreu entre os trabalhadores que compartilhavam as tarefas domésticas, comparados aqueles que eram os únicos responsáveis pelo cumprimento das tarefas, contrariando a hipótese da influência da atividade doméstica como carga física de natureza não ocupacional, em particular, entre as trabalhadoras (Monteiro, Faro, 2015).

Já em outro estudo, com 308 auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital público, evidenciou que 65,6% referiram sintomas em membros inferiores. O distúrbio musculoesquelético em membros inferiores foi mais prevalente que a região lombar (53,9%) e os membros superiores e pescoço (57,5%), sendo que a perna foi a principal região, que, isoladamente, correspondeu a 51,9% (Ribeiro, Fernandes, 2011).

Ao avaliar a relação entre sintomas osteomusculares na face e o estresse entre 43 trabalhadoras de enfermagem, 13 (30,2%) apresentaram disfunção temporomandibular (DTM), no entanto, por se tratar de pesquisa de corte transversal, a correlação entre os níveis de estresse e a severidade da DTM não se apresentou significativa ($p= 0,114$ e $p= 0,568$, respectivamente). No entanto, não se deve subestimar a influência dos fatores psicossociais, em especial o estresse, tanto na iniciação, quanto na perpetuação e/ou agravamento da DTM (Pozzebon et al., 2016).

Na verdade, os fatores psicossociais estão na gênese dos sintomas osteomusculares, haja vista a contração muscular induzida pelo trabalho realizado sob pressão, ritmo extenuante e/ou supervisão estrita, características predominantes nas organizações hospitalares (Leite, Silva, Merighi, 2007).

O trabalho limitado e a monotonia foram as principais causas de insatisfação dos trabalhadores de nível médio, apontadas em uma pesquisa, além da pressão dos superiores e a baixa remuneração, contribuindo para o surgimento do sofrimento psíquico, agravando os problemas musculoesqueléticos já instalados ou vice-versa (Renner et al., 2014; Rocha, Mendes, Morrone, 2012; Dejours, 2000).

O perfil de morbidade dos trabalhadores de enfermagem tem-se caracterizado, além dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), pelos transtornos mentais, incluindo as depressões, transtornos de ansiedade e *Burnout*, decorrentes, entre outros, da sobrecarga de trabalho, da falta de reconhecimento do desempenho, das dificuldades no relacionamento inter profissional e das constantes exigências (Campos, David, Souza, 2014; Mininel, Baptista, Felli, 2011).

O desgaste e os processos de desgaste decorrentes das cargas psíquicas estão presentes do cotidiano do trabalhador de enfermagem, comprometendo sua qualidade de vida no trabalho, como pode ser observado em um estudo com 15 trabalhadores de enfermagem, que referiram já terem apresentado alterações psicofísicas como fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias, doenças cardiovasculares e resfriados constantes, além das alterações psíquicas, mentais e emocionais, como a diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (Ramos et al., 2014).

Os fatores relacionados ao atual estado emocional ou ao desenvolvimento da sintomatologia depressiva, de 23 enfermeiros locados em um serviço de emergência, foram: sobrecarga de trabalho, carga horária excessiva, desgaste, preocupação com o trabalho, remuneração insatisfatória, desvalorização profissional, falta reconhecimento, falta de condições para o trabalho, equipe despreparada e rotativa, entre outros (Oliveira, Mazzaia, Marcolan, 2015).

Por outro lado, no mesmo estudo, apesar de reconhecer os fatores intervenientes na sua saúde mental e emocional, os enfermeiros não se apercebiam adoecidos. Ao responder o Inventário de Depressão de *Beck* (IDB), somente cinco apresentavam sintomatologia depressiva, no entanto, nas escalas de avaliação para depressão de *Hamilton* (HAM-D) e *Montgomery-Asberg* (MADRS), 21(91,3%) apresentaram resultado para sintomatologia depressiva, o que permite inferir que as condições de trabalho inadequadas são relevantes para o surgimento do quadro depressivo. Estas variações nos resultados podem ter ocorrido pelo fato que no IDB o entrevistado responde ao avaliador de acordo com suas percepções e crenças, já

nas demais escalas a avaliação é do observador. Chama atenção ainda, neste estudo, que os enfermeiros sabiam da existência das cargas de trabalho e as reconheciam, contudo, a maioria, não relacionava as cargas com os processos de desgaste, com o sofrimento psíquico instalado, tão pouco a influência deste sofrimento na assistência prestada (Oliveira, Mazzaia, Marcolan, 2015).

Ao buscar identificar o perfil dos trabalhadores de enfermagem acompanhados pela equipe multiprofissional de saúde mental, de um hospital universitário, foi detectado que, apesar de mais jovens em relação aos demais trabalhadores acompanhados, os trabalhadores de enfermagem afastaram-se por mais tempo, em maior frequência e apresentaram mais problemas de saúde mental, como os transtornos afetivos e de humor (54 casos – 58,0%) e as síndromes comportamentais com perturbações fisiológicas (21 casos - 22,6%), de um total de 93 profissionais da enfermagem (Araújo et al., 2014).

Em estudo realizado por meio dos instrumentos *Maslach Burnout Inventory* (MBI), para a aferição das dimensões de *Burnout*, e o *Self Report Questionnaire* (SRQ), para avaliação de transtornos mentais comuns, em 130 trabalhadores de enfermagem locados na UTI e Unidade Coronariana, de dois hospitais de grande porte, foi possível detectar a prevalência de 55,3% de síndrome de Burnout, com escores elevados de esgotamento emocional e despersonalização, e uma prevalência de 27,7% de transtornos mentais comuns, com alto grau de estresse autorreferido e aferido pela *Job Stress Scale* (JSS) em alta exigência e em baixa exigência (Silva et al., 2015).

Além das condições de trabalho, os fatores organizacionais também contribuem para o estresse dos trabalhadores de enfermagem, como, a não sincronia das equipes multiprofissionais, falhas no funcionamento de equipamentos essenciais para assistir com demora para consertar, lidar com vidas, necessidade de ter que saber tudo o que ocorre no setor e no plantão, quantitativo inferior ao necessário, falta de qualificação, e a própria divisão por estratos da equipe de enfermagem, podendo gerar mais estresse, preocupação e sobrecarga de trabalho. Os seis trabalhadores que participaram desta pesquisa tinham percepção que a exposição ao estresse

poderia gerar problemas de saúde, assim como, sua influência na assistência prestada (Barreto et al., 2016).

Assim, o relacionamento interpessoal também tem contribuído para o aumento do estresse dos trabalhadores de enfermagem, como os conflitos entre profissionais ou mesmo com paciente e/ou familiares, a falta de colaboração dos colegas e a falta de humanização nas relações (Duarte, Simões, 2015).

Frente à tantas exigências e dificuldades em razão das condições inadequadas de trabalho e dos aspectos organizacionais, os trabalhadores têm adotado estratégias a fim de articular as necessidades individuais com as coletivas e com as das organizações, articulação esta, nem sempre fácil, e o preço que estes profissionais têm que pagar, psiquicamente, é a vivência de angústias (Brandt, Oliveira, 2009).

Como consequência desse ambiente laboral, constituído por insatisfação, sofrimento, adoecimento e sem perspectivas de mudanças, há um elevado crescimento das taxas de presenteísmo e absenteísmo entre os trabalhadores de enfermagem, revelando um universo entremeado por sofrimento e/ou ausência do autocuidado.

As organizações precisam compreender que o cuidar depende de pessoas e estas constituem o seu capital intelectual, neste sentido, o comprometimento tanto do quantitativo quanto do qualitativo dos seus colaboradores pode influenciar de sobremaneira os resultados esperados (Calil, Jericó, Perroca, 2015).

De tal modo, o desequilíbrio da saúde do trabalhador de enfermagem tem implicações tanto para o trabalhador quanto para a instituição, ao aumentar as taxas de absenteísmo e presenteísmo, comprometendo a assistência prestada, o que pode ser de valor às organizações a proteção e a promoção da saúde mental dos trabalhadores, para manter a qualidade do trabalho oferecido (Noben, 2015).

Em um estudo sobre absenteísmo, compreendido como a ausência não-programada do trabalho, evidenciou que dos 652 trabalhadores de enfermagem, 560 (85,9%) apresentaram algum tipo de ausência entre 2007 a 2009, totalizando 4.217

ausências e 40.744 dias não trabalhados, sendo que as licenças médicas e as faltas foram as razões de ausências mais frequentes. Além disto, foi possível observar que as licenças com afastamento do trabalho pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) variaram de 16 a 1.095 dias, totalizando 23.163 dias não trabalhados. E as licenças médicas totalizaram 7.022 dias. As causas mais frequentes foram os agravos relacionados ao sistema osteomuscular (16,1%). No entanto, apesar da baixa prevalência, os transtornos mentais apresentaram mais dias perdidos (10.149 - 35%), seguido pelos agravos do sistema osteomuscular (6.843 - 23,6%) (Calil, Jericó, Perroca, 2015).

O absenteísmo-doença também foi o principal fator gerador de afastamento, num período de 5 anos, entre os trabalhadores de enfermagem. As principais razões foram às doenças do sistema osteomuscular (55,3%), seguida pelas doenças mentais e comportamentais (23%), com uma duração do tempo de afastamento de 31 a 150 dias, que correspondem de 1 a 6 meses, sendo que, a maior prevalência de absenteísmo-doença ocorreu entre os técnicos de enfermagem (Magalhães et al., 2011).

Ao avaliar os afastamentos ocorridos entre os servidores de uma instituição, os casos envolvendo trabalhadores de enfermagem foi 2,2 vezes maior quando comparados aos demais servidores, sendo que as ausências dos trabalhadores de enfermagem do nível médio eram superiores às dos enfermeiros, e os agravos ao sistema osteomuscular o principal grupo responsável pelos afastamentos (20,9%), e novamente, o grupo dos transtornos mentais e comportamentais apresentou o maior número de dias perdidos (4.586 dias), seguido do grupo do sistema osteomuscular, com 3.302 dias perdidos. Estes dois grupos em conjunto foram responsáveis por 29,8% dos afastamentos e 42,6% dos dias perdidos (Lucca, Rodrigues, 2015).

Ao se pensar nas motivações do absenteísmo, existe uma equívoca concepção que os trabalhadores mais velhos se ausentam com mais frequência, no entanto, na pesquisa de Calil, Jericó e Perroca (2015), a taxa de absenteísmo entre os trabalhadores acima de 50 anos foi de 4,1%, sendo mais prevalentes nas faixas etárias de 20 a 30 anos (39,8%) e de 31 a 40 anos (39,5%).

No tocante ao contexto de trabalho da enfermagem, entremeado por um dimensionamento pessoal não adequado, a falta de reposição dos trabalhadores decorrente do absenteísmo-doença resulta em grande impacto na saúde dos demais trabalhadores e na qualidade da assistência prestada, pois as atividades desenvolvidas, já muito desgastantes, são sobrecarregadas (Abreu, Gonçalves, Simões, 2014).

Além do mais, a exposição as situações precárias por períodos prolongados são desencadeadoras de ausências não previstas ao trabalho, o absenteísmo-doença, determinado principalmente por alterações no sistema osteomuscular e pelos transtornos mentais, como visto anteriormente, e também pela redução da produtividade pelo presenteísmo (Abreu, Gonçalves, Simões, 2014; Mininel et al., 2013; Paschoalin, Griep, Lisboa, 2012).

No contexto da precarização do trabalho, não se pode desconsiderar o fenômeno do presenteísmo, em que os trabalhadores doentes não revelam seus sintomas no trabalho, nem procuram seus benefícios trabalhistas pelo medo de perder o emprego ao terminar o período de afastamento. Esta prática posterga a busca pelo tratamento, desencadeando a evolução e piora do quadro de adoecimento, o que contribui para longos afastamentos e desenvolvimento de incapacidades, implicando em altos custos previdenciários, sociais e humanos (Franco, Druck, Seligmann-Silva, 2010).

Embora se reconheça os fatores determinantes no processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem, e que diante da precarização do trabalho, os estudos, como visto até aqui, tem enfatizando as cargas de trabalho e os processos de desgaste, há elementos presentes no trabalho, responsáveis pelo fortalecimento da saúde do indivíduo.

A seguir, uma reflexão do trabalho como fonte de saúde para os trabalhadores de enfermagem.

3.2 O TRABALHO COMO FONTE DE SAÚDE AOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

O trabalho tem passado por intensas e progressivas transformações, inclusive na percepção do que venha a ser o trabalho, no sentido e significado atribuídos e no modo como o ser humano relaciona-se com este. Constitui em uma categoria central da vida humana, pois compõe a identidade do indivíduo na sociedade (Silva, Tolfo, 2012).

Na dinâmica da relação homem-trabalho, o trabalhador pode ter vivências de prazer e/ou de sofrimento, sendo o prazer resultante da descarga de energia psíquica, e o sofrimento caracterizado por sensações desagradáveis provenientes da não satisfação de necessidades (Dejours, 2000; Mendes, 1995).

O trabalho é fonte de prazer quando permite ao trabalhador criar e transformar a realidade, mas é fonte de sofrimento, quando não permite ao trabalhador a escolha, a criação (Souza, Passos, Tavares, 2015).

Sob essa perspectiva, no trabalho existem processos protetores, favoráveis que potencializam a saúde e a vida, e os processos destrutivos da saúde, que acentuam a doença e a morte. Assim sendo, o trabalho pode apresentar um perfil protetor ou destrutivo (Breilh, 2013; Breilh, 2003).

Os processos favoráveis da saúde denotam ao trabalho um perfil protetor, tornando-se fonte de realização e de felicidade, enquanto que os processos destrutivos determinam um perfil destrutivo, o que distancia o trabalhador de experiências de felicidade no trabalho, de satisfação de necessidades fisiológicas (pausas para se alimentar, descansar, etc.), de segurança física e psíquica (ambiente de trabalho livre de assédio moral), de interações humanas saudáveis, de elevação da autoestima, de realização pessoal e de crescimento pessoal e profissional (Silva, Tolfo, 2012).

Ao se considerar o trabalho como fonte de saúde deve-se ponderar a necessidade elementar de melhorar as condições de trabalho, transformando o sofrimento em prazer, e tornar o trabalho como possibilidade de local para expressar a subjetividade, a criatividade e a potencialidade como ser humano, valorizando o saber do trabalhador (Cunha, Mazzilli, 2005).

No entanto, a maneira pela qual o trabalho de enfermagem está organizado, tem levado os trabalhadores ao consumo sem medida das energias físicas e espirituais a fim de atender as demandas impostas pela instituição de saúde, gerando sofrimento e adoecimento (Souza, Passos, Tavares, 2015).

Nesse sentido, percebe-se que a origem do sofrimento e do adoecimento do trabalhador tem estreita relação com a organização e a gestão do trabalho e, assim sendo, ações que objetivam tornar o trabalho fonte de saúde precisam mirar à organização e gestão do trabalho, pois esse é o elemento que define regras e funções para todo o sistema funcionar (Leão, Minayo Gomez, 2014).

Mas, apesar de todas as dificuldades advindas das condições e do processo de trabalho, a maioria dos trabalhadores de enfermagem não mudaria de profissão. Além do mais, percebe-se que existe uma força que impulsiona o trabalhador de enfermagem a continuar, a se aprimorar na área da enfermagem, a progredir na profissão (Barreto et al., 2016; Duarte, Simões, 2015).

Por vezes, o trabalhador de enfermagem se percebe em um universo entrelaçado por sofrimento e por situações geradoras de prazer, como o cuidar do paciente, o conhecimento adquirido, a valorização profissional. E, quando reconhecido e valorizado, compreende que seu esforço não foi em vão, apesar do desgaste gerado (Cruz et al., 2014).

O fato de lidar com vidas é um diferencial no trabalho de enfermagem, tornando-se um fator motivador para permanecer na profissão, principalmente, quando o resultado final do trabalho é positivo, ou seja, quando se alcança a recuperação do paciente (Lima et al., 2013).

A preocupação institucional que proponha o entendimento das condições de trabalho e do processo de adoecimento, as medidas para reduzir o adoecimento, a manutenção de saúde e a melhoria das condições de trabalho, além de estabelecer uma gestão mais participativa, pode gerar um melhor nível de bem-estar físico e mental nos trabalhadores, impactando na qualidade do processo de trabalho (Abreu, Gonçalves, Simões, 2014; Mauro et al., 2010).

Essas propostas de ações institucionais visam garantir melhorias na saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, contribuir para a redução de custos e encargos causados pela redução da produtividade ocasionada pelo presenteísmo e pelo absenteísmo. Portanto, a promoção da saúde do trabalhador é possível, desde que as instituições busquem o replanejamento dos processos de organização do trabalho (Caetano et al., 2012; Lelis et al., 2012).

Um forte argumento de persuasão para implementação de medidas preventivas e de promoção no ambiente de trabalho, é considerar os custos que a instituição tem com o adoecimento, que são relevantes quando comparados aos custos nas ações de prevenção e promoção da saúde do trabalho, por reduzir das taxas do absenteísmo e do presenteísmo (Noben, 2015).

As instituições que adotam a saúde dos trabalhadores como importante patrimônio e assim, promovem e protegem a saúde dos trabalhadores, evita afastamentos e incapacidades para o trabalho, minimiza os custos com saúde e os custos associados com a alta rotatividade tais como treinamento, e aumenta a produtividade a longo prazo bem como a qualidade dos produtos e serviços, tornando-se mais bem-sucedidas e competitivas (WHO, 2010).

Um estudo longitudinal holandês com 413 enfermeiros locados em 57 enfermarias, objetivava analisar o custo-benefício do investimento em saúde mental dos trabalhadores de enfermagem, a partir da perspectiva do empregador. A coleta de dados ocorreu durante seis meses, coletou dados em 3 momentos (no início e após 3 e 6 meses). Foi observado que o retorno do investimento foi de 11 euros para cada 1 euro investido, no prazo de 6 meses. Os custos incrementais de oferecer a intervenção é mais do que compensado por ganhos de produtividade (Noben, 2015).

Mas na verdade, essas ações institucionais deveriam ser contempladas também pela responsabilidade social das organizações, de zelar pela vida, saúde e integridade física e mental dos seus trabalhadores, e não apenas se tratarem de ações tópicas e pontuais. Para tanto, é preciso uma postura proativa diante da problemática da saúde do trabalhador, bem como articular diferentes ações como identificar precocemente os problemas, propor e aplicar mudanças, notificar, elaborar programas preventivos, capacitações, educação em saúde, estratégias de intervenção e organização dos serviços existentes (Lelis et al., 2012; Souza, Laros, 2010).

A própria “Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde”, de 2011, instituída para promover a saúde do trabalhador, recomenda medidas no ambiente laboral para promoção e proteção saúde (Brasil, 2011).

No entanto, observa-se ainda a necessidade de avançar acerca da promoção da saúde do trabalhador em diferentes âmbitos, e especialmente no tocante às iniciativas institucionais, a fim de atenuar ou modificar essa difícil realidade.

É imprescindível fortalecer estratégias de emancipação dos trabalhadores, facilitando o seu protagonismo na identificação e análise do trabalho, com vistas à transformação dos aspectos da organização da sua atividade, tornando o trabalho como produtor de saúde ou auxiliar no restabelecimento da saúde (Leão, Minayo Gomez, 2014; Silva, Ramminger, 2014).

Essa compreensão partilha dos preceitos do campo da Saúde do Trabalhador, em que se busca colocar o processo de trabalho, e não o indivíduo, no centro da análise, a fim de realizar mudanças nos processos de trabalho que são geradores de desgaste e sofrimento. No entanto, valoriza-se o saber e a experiência do trabalhador sobre seu próprio trabalho, entendendo-o como sujeito ativo do processo saúde-doença (Minayo Gomez, Thedim Costa, 1997).

Ao se discutir a relação do trabalhador com o seu ambiente de trabalho, deve-se considerar que o ser humano passa a maior parte de sua vida envolvido com o

trabalho, exigindo que este seja um ambiente saudável, com vistas ao bem-estar e qualidade de vida (Renner et al., 2014).

O bem-estar do trabalhador constitui um dos resultados organizacionais que deveria ser tão valorizado quanto o desempenho (Puentes-Palacios, Pacheco, Severino, 2013).

Nesse sentido, em 2011, na reunião de alto nível das Nações Unidas sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convidou o setor privado a promover e criar um ambiente propício para comportamentos saudáveis entre os trabalhadores, incluindo, quando apropriado, boas práticas corporativas, programas de bem-estar no local de trabalho e planos de saúde, com o objetivo de proteger e promover a saúde no local de trabalho, tal como estipulado no Plano de Ação Global para a Saúde dos Trabalhadores 2008-2017 (WHO, 2016).

O Plano de Ação Global para a Saúde dos Trabalhadores 2008-2017 estabelece cinco objetivos (WHO, 2010):

1. Elaborar e implementar instrumentos de políticas e normas para a saúde dos trabalhadores;
2. Proteger e promover a saúde no ambiente de trabalho;
3. Promover o desempenho e o acesso aos serviços de saúde ocupacional;
4. Fornecer e divulgar evidências, objetivando a ação e a prática;
5. Incorporar a saúde dos trabalhadores em outras políticas

Em abril de 2010, com base no Plano Global de Ação, a OMS lançou um *Modelo Global para Ambientes de Trabalho Saudáveis*, compreendido como o ambiente em que os trabalhadores e gestores colaborem na melhoria contínua da proteção e da promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores (WHO, [s.d.]; WHO, 2016).

Para tanto, a OMS elaborou cinco chaves que visam sua implementação prática (WHO, [s.d.]):

- *Chave 1: Compromisso e envolvimento da liderança;*

- *Chave 2: Envolvendo os trabalhadores e seus representantes* - os trabalhadores e seus representantes não devem simplesmente ser “consultados” ou “informados”, mas devem estar ativamente envolvidos em cada etapa da avaliação do risco e da gestão dos processos, do planejamento à avaliação, considerando suas opiniões e ideias. É essencial que os trabalhadores tenham meios coletivos de expressão;
- *Chave 3: Éticas e legislação do negócio;*
- *Chave 4. Sustentabilidade e integração;*
- *Chave 5. Use um processo sistemático e abrangente para assegurar a eficácia e a melhoria contínua.*

Sob essa perspectiva, espera-se que o ambiente de trabalho seja cada vez mais usado como um espaço para prevenção e promoção de saúde, para diagnosticar e melhorar a saúde dos trabalhadores (WHO, 2010).

Além disso, passa a compor a agenda da OMS o combate aos riscos psicossociais, tais como estresse, assédio moral e violência no local de trabalho, identificados como um dos maiores desafios contemporâneos para a segurança e saúde no trabalho. Ademais, a exposição crônica aos riscos psicossociais vai além de ser um problema individual, e pode ser um verdadeiro problema de saúde pública quando a sua prevalência e incidência são altas (Gil-Monte, 2012; WHO, 2008).

Nesse sentido, a promoção de ambientes de trabalho saudáveis é uma estratégia de intervenção importante para promover a saúde dos trabalhadores e, consequentemente, da população. Ambientes saudáveis e a saúde dos trabalhadores são condições essenciais para a eficácia dos indivíduos e do desempenho das organizações (Gil-Monte, 2012).

Sob esta perspectiva, foi elaborado PRIMA-EF (*Psychosocial Risk Management Excellence Framework*), modelo europeu para gestão de riscos psicossociais no local de trabalho, que objetiva fornecer uma metodologia para a promoção de políticas e práticas de gestão nos níveis nacional e institucional na União Europeia (WHO, 2008).

Mas, interferir na gestão e na organização do trabalho representa penetrar em um terreno de conflito de interesses, que por vezes são antagônicos aos interesses dos trabalhadores e, portanto, tem os seus limites. Neste sentido, é preciso pensar em meios e em estratégias que promovam a saúde no trabalho (Leão, Minayo Gomez, 2014).

A fim de prevenir e gerenciar as cargas psíquicas relacionado ao trabalho de forma eficiente, as estratégias de intervenção podem abordar as causas originárias do estresse relacionado ao trabalho (prevenção primária); fornecer treinamento a gestores e trabalhadores sobre gerenciamento de estresse, para que se reduza seu impacto (prevenção secundária); e, para aqueles que sofreram problemas de saúde resultantes do estresse relacionado ao trabalho, devem ser fornecidos recursos para gerenciar e reduzir seus respectivos efeitos (prevenção terciária) (WHO, 2008).

Diante na dicotomia do trabalho, produtor de adoecimento e de saúde, e visto que as rotinas de trabalho nas instituições são difíceis de serem alteradas, é necessário um olhar para o indivíduo, a fim que ele permaneça no ambiente de trabalho, e aprenda a adotar medidas para controlar o estresse gerado no ambiente de trabalho. No entanto, tais medidas só serão possíveis mediante conscientização a respeito da magnitude do problema, por todos os atores envolvidos (Pozzebon et al., 2016).

Por outro lado, abordar todos os problemas e questões identificados resultaria em uma iniciativa de intervenção pesada e complicada, improvável de ser bem-sucedida. A estratégia de intervenção deve delinear soluções possíveis de serem alcançadas e que possam ser incorporadas nas práticas diárias de trabalho, facilitando assim, uma implementação mais fácil e bem-sucedida em longo prazo (WHO, 2008).

A seguir, apresentamos os conceitos acerca da resiliência, vislumbrando a sua importância como um instrumento capaz de fortalecer o trabalhador para enfrentar o contexto de trabalho, favorecendo a manutenção de sua saúde e a redução dos agravos.

3.3 A RESILIÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO PARA O TRABALHADOR DE ENFERMAGEM

O estresse é um componente inevitável do processo de viver, e a resposta ao enfrentamento do estresse é um mecanismo de sobrevivência crucial. O corpo humano ao entrar em contato com o estresse desencadeia uma série de respostas, sendo que face ao estresse agudo, o indivíduo se prepara para a ação, e face ao estresse crônico há o desgaste, com alterações cerebrais que provocam problemas de saúde mental (King, 2016).

E é na vivência de situações adversas, como o estresse, que a resiliência, definida como sendo “a capacidade humana para enfrentar, vencer e sair fortalecido ou transformado por experiências de adversidade”, se manifesta (Grotberg, 2005, p. 15).

As primeiras pesquisas sobre o fenômeno resiliência ocorreram entre as décadas de 1970 e 1980. O fato de pessoas permanecerem saudáveis apesar da exposição severa a adversidades passou a inquietar pesquisadores americanos e ingleses. A princípio, nomearam essas pessoas de invulneráveis e o fenômeno de invulnerabilidade. Contudo, mais tarde o fenômeno foi renomeado de resiliência (Brandão, Mahfoud, Gianordoli-Nascimento, 2011).

Apesar de um crescente interesse na temática resiliência, é um constructo novo e sua definição ainda não é clara, tampouco precisa. No entanto, nem poderia sê-lo em decorrência da complexidade e da multiplicidade de fatores que devem observados e considerados no estudo dos fenômenos humanos (Taboada, Legal, Machado, 2006; Yunes, 2003).

Em relação a origem do termo e do conceito resiliência, percebe-se uma diferenciação entre os pesquisadores precursores. O fato do termo resiliência, até então, não fazer parte do vocabulário coloquial de algumas línguas latinas, suscitou a necessidade de compreender sua origem. Como o termo já era utilizado na física e na engenharia, buscou-se sua conceituação e transportou-o para as ciências humanas.

Já na língua inglesa, o termo resiliência já era difundido entre os falantes da língua, o que provavelmente não necessitou desta conceituação (Brandão, Mahfoud, Gianordoli-Nascimento, 2011).

Nesse sentido, as pesquisas de línguas latinas trazem que o conceito de resiliência tem suas origens históricas no campo da física e da engenharia, onde já era estudado desde o século XIX. Nestes campos, pode ser definido como a capacidade de um material voltar ao seu estado original, após sofrer a aplicação de pressão, sem registrar deformações permanentes. Etimologicamente, a palavra resiliência é originária do latim *resilio*, que significa retornar a um estado anterior, voltar, recuar (Minello, 2010; Barlach, 2005).

Com algumas exceções, pode-se dizer que para os pesquisadores precursores anglo-saxões, a resiliência era compreendida como um fenômeno relacionado à resistência ao estresse, a adaptação. Já para os precursores brasileiros e outros de língua latina, a resiliência não envolvia apenas a resistência ao estresse, mas abrangia também a recuperação e a superação. Atualmente, com o avançar do conhecimento sobre resiliência, autores nacionais e internacionais compreendem que a resiliência vai muito além de se recuperar após uma adversidade como suscita o desenvolvimento pessoal (Brandão, Mahfoud, Gianordoli-Nascimento, 2011).

O entendimento que a resiliência é a resistência à adversidade, capacidade de resistir firmemente, é dada nos estudos iniciais, pois a partir dos anos 2000, as pesquisas já trazem referências que quanto mais resistir, mais se torna vulnerável e corre sério risco de sucumbir. Neste sentido, a metáfora de que o resiliente é como bambu, ou seja, enverga até o máximo e volta à condição original, é equivocada, pois ao longo do tempo percebeu-se que quando se vergam (submissão) ao máximo, retornam com úlcera gástrica, processos alérgicos, alterações na rotina do sono, alterações cardiovasculares, entre outras consequências deletérias do estresse (Barbosa, 2014a).

Nesse sentido, para Grotberg (2005), resiliência não conota a ideia de retorno ao ponto de partida, mas sim de evolução. De tal modo, para Wagnild (2011), responder às adversidades com resiliência não significa voltar à situação original após

o problema. As pessoas resilientes enfrentam as mesmas dificuldades e níveis de estresse que outros indivíduos, não sendo imunes ou resistentes ao estresse. Porém, o que as diferencia das demais é que são capazes de, após a adversidade, recuperar o equilíbrio, tanto em termos mentais quanto emocionais. E mais do que isto, são capazes de aprender com a experiência tornando-se mais fortes e preparadas.

A resiliência não preserva o indivíduo das adversidades, do sofrimento, do estresse, tornando-o invulnerável (um dos precursores do conceito), inatingível, mas sim, o torna capaz de enfrentar, de superar, de transformar-se e aprender. Por outro lado, o conceito não deve ser entendido como um atributo fixo, estático, pois a capacidade de enfrentamento e superação variam de acordo com as circunstâncias enfrentadas, pois a resiliência se transforma em decorrência das circunstâncias (Brandão, Mahfoud, 2007).

De tal modo, não se *é resiliente* mas apresenta-se conduta ou comportamento de resiliência, pois as situações adversas não são estáticas, mudam e requerem mudanças nas condutas resilientes, à medida que as condições vão-se modificando, exigindo para o comportamento resiliente: preparo, vivência e aprendizagem com as experiências adversas (Grotberg, 2005).

Melillo e Ojeda (2005), analisando as diversas definições de resiliência, destacam que a resiliência “se produz a partir de processos sociais e intrapsíquicos. Não se nasce resiliente, nem se adquire a resiliência naturalmente no desenvolvimento: depende de certas qualidades do processo interativo do sujeito com outros seres humanos, responsável pela construção do sistema psíquico humano”.

Na verdade, o conceito resiliência surge do fracasso das previsões dos modelos de risco em que, surpreendentemente, sujeitos condenados a enfermidade, de acordo com as expectativas, não confirmavam o destino anunciado - uma visão biologistica, do campo das ciências naturais -, e avança para a agregação às ciências sociais, possibilitando compreender a condição humana de maneira mais ampla. A resiliência nasce com o surgimento de resultados inesperados e conserva o fator-surpresa como elemento inerente à sua definição (Rodríguez, 2005).

O voltar-se para resiliência, traz uma mudança de paradigmas, uma vez que anteriormente, prevalecia o modelo médico tradicional, centrado na fraqueza e na doença, e passa-se a focar na capacidade de enfrentamento, nas potencialidades, no desenvolvimento do indivíduo (Estamatti, 2005).

A resiliência não se aplica apenas às questões de sofrimento, mas também em circunstâncias de prazer ou assuntos existenciais, uma vez que, mesmo para as vivências de prazer, pode haver uma experiência de angústia, onde a resiliência manifesta, pois, sem angústia a resiliência não floresce, não se evidencia (Barbosa, 2014b).

Barbosa (2006) refere que a resiliência resulta das crenças do indivíduo, podendo conduzi-lo à adaptação saudável diante das adversidades e a uma experiência que implica amadurecimento e desenvolvimento, ou seja, todo indivíduo tem uma predisposição à resiliência, que pode ser desenvolvida a partir das vivências durante toda a vida.

Por meio da resiliência, o indivíduo é capaz de equilibrar os domínios de crenças na presença de perigos e riscos psicossociais, utilizando a gestão do racional e do emocional (somáticos e simbólicos), tendo em vista a interpretação dos processos, a partir da visão orientada para aspectos positivos de si e da vida, com intuito de ressignificar as situações adversas (Barbosa, 2014b).

A resiliência não se relaciona apenas às estratégias de *coping*¹ face ao estresse, mas deve ser compreendida como uma manifestação da capacidade de transcender, de renascer das amarras do sofrimento e da adversidade, todavia, não na condição de vítimas, e sim, enriquecidas pela experiência da adversidade, com vistas a viver mais e melhor (Barbosa, 2014c). Assim, enquanto o *coping* tem como alvo a estratégia, o modo utilizado para lidar com a adversidade, independentemente do resultado obtido. A resiliência direciona sua atenção ao que se espera, ao resultado

¹ Coping: Segundo Yunes (2003), *coping* é uma palavra de origem inglesa para referir-se a esforços cognitivos e comportamentais utilizados no enfrentamento de demandas específicas de situações adversas.

das estratégias utilizadas, ou seja, a adaptação bem-sucedida face a adversidade (Taboada, Legal, Machado, 2006).

A resiliência possibilita ao indivíduo uma nova interpretação e uma nova aprendizagem das próprias vivências, pois carrega em si um traço existencial (Vanistendael, 1996).

Por outro lado, mesmo que um indivíduo experientia uma situação muito difícil, mas que não lhe suscita o surgimento de angústia, o indivíduo utiliza estratégias já aprendidas e guardadas – o *coping*, como no enfrentamento ao medo, à inadequação, à falta de experiência. No entanto, o *coping* não ajuda quando há em curso uma situação angustiante, pois as situações que mobilizam a angústia existencial fazem surgir questionamentos existenciais, e o indivíduo não apresenta repertório para utilizar no enfrentamento, não há parâmetros estabelecidos, o que coloca em cheque a própria sobrevivência. Frente a isto, o indivíduo necessita “voltar para dentro de si e mobilizar a sua resiliência pessoal – recursos até então não conhecidos ou que não estão presentes no repertório de respostas prontas” (Barbosa, 2014b, p. 8).

Apesar do conceito de resiliência estar em construção, deve ser claro que a resiliência não deve ser entendida, ou utilizada, como mecanismo de aceitação do *status quo* ou como um elemento manipulador, uma vez que, a resiliência se propõe a contemplar a vida como um processo multifacetado, e não determinista (Vanistendael, 1996).

No que tange a resiliência, vulnerabilidade é a predisposição individual para desenvolver comportamentos não eficazes, ou que promova resultados negativos no desenvolvimento. No entanto, avaliar a vulnerabilidade implica em conhecer as características do indivíduo, do ambiente em que está inserido, além dos fatores de risco e de proteção existentes (Taboada, Legal, Machado, 2006; Pesce et al., 2004).

Os fatores de risco (também nomeados como adversidades, mas também estressores ou eventos de vida) são os elementos responsáveis por aumentar a probabilidade de um indivíduo de apresentar comportamentos negativos e mal adaptados. Os fatores de proteção são aqueles responsáveis pela redução ou

eliminação das influências negativas provenientes do risco, ou seja, são mecanismos internos ou captados do meio em que vive (Taboada, Legal, Machado, 2006; Pesce et al., 2004).

Os fatores de proteção objetivam minimizar os efeitos e as consequências deletérias das adversidades, além de restaurarem o equilíbrio face a adversidade e serem facilitadores no processo de percebê-la e enfrentá-la (Pesce et al., 2004).

No entanto, há de considerar que questões socioculturais e histórias, recobertas de valores e significados culturais, estão envolvidas na construção da resiliência. Deste modo, fatores de proteção e de risco podem ser diferentes, dependendo da população, do país e/ou da região (Souza, Cervený, 2006).

Nesse sentido, o que *a priori* poderia ser um fator adverso para alguém, pode se converter num fator de resiliência para outra pessoa. Deste modo, por exemplo, a reação ao estresse dependerá diretamente do modo como o indivíduo atribui significado a ele, de como lida e do modo que constitui o mundo em que vive (Taboada, Legal, Machado, 2006; Rodríguez, 2005).

O comportamento resiliente, como um resultado saudável e desejado, reside não na soma dos fatores de proteção, e sim, numa combinação destes (Rodríguez, 2005).

Entre fatores de proteção, o suporte social de amigos, família e/ou companheiro contribui para o comportamento resiliente e no enfrentamento das adversidades, pois a resiliência é fomentada no relacionar-se com o outro, no compartilhar vivências e no ter alguém em que se possa confiar. O ambiente e as relações sociais estabelecidas são chaves para a resiliência (Silveira, Mahfoud, 2008; Taboada, Legal, Machado, 2006).

Uma das primeiras pesquisas prospectivas, que investigou crianças vivendo em ambientes com múltiplos riscos psicossociais, na ilha de Kauai, no Hawaii, evidenciou que algumas crianças se desenvolviam de modo saudável, apesar das adversidades. Observaram que estas crianças contavam com uma rede de apoio

social, laços afetivos dentro da família com pelo menos um cuidador e suporte emocional fora de casa, geralmente de um professor na escola, de amigos ou outra pessoa que as apoiavam, principalmente nos períodos de maior estresse (Silva, Elsen, Lacharité, 2003).

Um outro fator de proteção é o otimismo, o que pode ser confundido, com o bom humor. No entanto, o bom humor não está associado a resiliência, mas trata-se de um traço da personalidade. O que se vincula a resiliência é o otimismo na forma de ver a vida e, essa característica propicia, por vezes, a experiência do bom humor (Barbosa, 2014a).

Por outro lado, estudos fisiológicos trazem os efeitos benéficos do humor, como a ativação do sistema parassimpático pelo humor ou risada, que diminuem a contração da musculatura lisa ocasionada pela tensão e pelo estresse, com efeitos benéficos no sistema cardiovascular e no volume respiratório, além de reduzir o cortisol e aumentar a liberação de endorfinas na corrente sanguínea (Rodríguez, 2005).

A empatia é a capacidade de compreender o outro, colocando-se em sintonia com seus próprios sentimentos e os do outro (Sabbag, 2012).

O conceito de autoeficácia se adequa a situações de perícia e habilidades, contudo, não suscita resiliência, pois na verdade, a autoeficácia é causa, é o produto, e não origem. Sendo assim, o que deve ser considerado como fator de proteção e ser promovido é a autoconfiança, para assim resultar em autoeficácia, ou seja, a autoeficácia é sempre dependente da autoconfiança, do acreditar em si, do acreditar em suas possibilidades (Barbosa, 2014a).

A autoeficácia, resultante da autoconfiança, suscita habilidades de enfrentamento, como: resolução de problemas, busca de suporte social, tomada de decisões e habilidades de comunicação (Fontes, Azzi, 2012).

Nesse sentido, mesmo que um indivíduo apresente redução de sua performance ou habilidades, por meio da autoconfiança pode manter-se produtivo,

como no caso de ex atletas e bailarinos que se tornam treinadores e professores de dança, idosos exercendo atividades como mentoria, aconselhamento e/ou consultoria ou o ingresso em programas de desenvolvimento de autoeficácia para idosos, que objetivam o autocuidado e o desenvolvimento de novas habilidades (Fontes, 2010).

A proatividade é a propensão a agir, ter iniciativa, face as adversidades. O que difere de reatividade, que se trata apenas de reagir às situações (Sabbag, 2012).

A plasticidade compreende a mudança na capacidade adaptativa do indivíduo, podendo contemplar o aumento, a diminuição ou a manutenção de determinada capacidade. Está relacionada ao potencial de manutenção e recuperação dos níveis de adaptação normal, por meio da ativação dos fatores e de recursos para manutenção ou à recuperação dos níveis normais de adaptação (Fontes, 2010).

Quanto maior plasticidade, maior repertório e enriquecimento das possibilidades de alternativas no enfrentamento. Neste sentido, a plasticidade segue na contramão da tenacidade, ou seja, da rigidez (Barbosa, 2014a).

A tenacidade se remete a um jargão muito utilizado no Brasil: “sou brasileiro e não desisto nunca”, ou seja, aguentar até o fim, sofrer até morrer, jamais desistir! Este tipo de postura, muitas vezes estimuladas pelas próprias organizações de trabalho, podem até tornar os profissionais mais “produtivos”, mas não se relaciona com o comportamento resiliente, tão pouco é vinculado a resiliência (Barbosa, 2014a).

A temperança se refere a capacidade de regular as emoções face a intenso estresse, mantendo-se sereno quando submetido a pressões. Já a destemperança é a perda do controle das emoções nestas situações, desencadeando na impulsividade (Sabbag, 2012).

Enfrentar às adversidades torna-se condição essencial para a qualidade de vida nas diferentes etapas do desenvolvimento, em um mundo permeado por constante transformação, exigindo do indivíduo flexibilidade e adaptação (Fontes, Azzi, 2012).

Contudo, a flexibilidade não é fator gerador de resiliência, mas sim, produto, consequência. É resultante da experiência da resiliência ou de treinamento, como programas de promoção de resiliência, por exemplo. Quando se capacita um indivíduo nas áreas vinculadas à resiliência, obtém-se como resultado uma maior flexibilidade e menor tenacidade face ao estresse (Barbosa, 2014a). Nessa direção, a partir da promoção dos fatores de proteção, abre-se espaço à criatividade com que cada grupo ou indivíduo resolve sua situação vital, buscando recursos internos e do meio. Portanto, a resiliência é também um recurso criativo que permite encontrar respostas novas para situações que parecem não ter saída (Rodríguez, 2005).

Assim sendo, ao buscar investigar a resiliência entre trabalhadores de enfermagem, visa-se focar nos aspectos saudáveis, desenvolvendo flexibilidade para enfrentar as adversidades (Rutter, 1985) e, conseqüentemente, gerar a promoção de saúde entre os trabalhadores de enfermagem, por meio do fomento da resiliência.

A resiliência é uma competência passível de ser aprendida e pode ser desenvolvida ao longo da existência. No entanto, é necessário que o trabalhador de enfermagem se aproprie de sua realidade e esteja engajado em transformá-la e, conseqüentemente, transformando a si mesmo, num movimento dialético (Belancieri, 2007).

A compreensão do processo de resiliência nas organizações abarca a identificação dos fatores de risco e de proteção que permeiam o ambiente de trabalho, e envolve os modos de ser e de existir do trabalhador de enfermagem, considerando que, muitas vezes, os valores organizacionais são impostos aos trabalhadores de forma a moldar sua subjetividade (Ribeiro et al., 2011).

A resiliência perpassa pelo autoconhecimento e, para tanto, é necessária uma compreensão da relação pessoa-pressão-subjetividade-trabalho para entender o processo de enfrentamento das adversidades nas organizações. Neste sentido, para compreender o processo contínuo de adaptação (assimilação e acomodação) é necessário considerar o indivíduo e o seu ambiente, utilizando para isto uma abordagem contextualizada do fenômeno, ponderando sempre a díade: ser humano e seu meio (Barlach, Limongi-França, Malvezzi, 2008).

Desse modo, pesquisar resiliência entre os trabalhadores permite entender a complexidade do contexto laboral e de alguns desfechos, como a existência de trabalhadores que se desenvolvem ou crescem, superando as dificuldades; trabalhadores que sucumbem, com alteração da saúde mental; trabalhadores que se sentem vítimas da situação, manifestando-se por meio de queixas seu desagrado; e trabalhadores que relatam a injustiça que acreditam estarem vivendo em decorrência das adversidades que estão atravessando (Barlach, Limongi-França, Malvezzi, 2008).

A essência da resiliência se concentra na possibilidade de se transcender a posição de vítima das circunstâncias exteriores e extrair conhecimento destas situações, o que torna o indivíduo capaz e fortalecido para lidar com adversidades futuras. Além do mais, a essência da resiliência também está na possibilidade de quebra de previsões e de expectativas de continuidade dos problemas (Ribeiro et al., 2011; Silva, Elsen, Lacharité, 2003).

Diante de um contexto laboral que tem contribuído para as desordens física e mental dos trabalhadores de enfermagem, a resiliência, como ferramenta de construção humana, busca enfatizar as potencialidades e fortalezas do trabalhador, a encontrar um ponto de equilíbrio para o enfrentamento das adversidades laborais, e trazer à tona aqueles recursos dos quais o trabalhador não tem consciência de sua existência ou da sua capacidade de mobilizá-los, com vistas a promoção de um trabalhador flexível, seguro e otimista (Barbosa, 2014; Barlach, Limongi-França, Malvezzi, 2008).

A utilização da resiliência pode apoiar as organizações de trabalho e seus gestores a alcançar resultados tanto comerciais como sociais, conseguindo extrair das mudanças apenas aquilo que há de bom a ser utilizado no futuro, superando as dificuldades e aprendendo com elas (Carmello, 2008).

Ademais, é necessário diferenciar resiliência de subserviência, de forma que a resiliência não seja compreendida como uma adaptação total do trabalhador aos contextos da organização, como uma submissão aos fatores presentes. Além disto, é necessário enfatizar, junto as organizações e aos seus gestores, a corresponsabilidade na elaboração e implantação de políticas preventivas e de

promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, com vistas a redução dos fatores de risco e promoção dos fatores de proteção aos trabalhadores (Ribeiro et al., 2011).

Portanto, apesar do potencial da resiliência aos trabalhadores de enfermagem, a resiliência não deve ser usada para isentar a responsabilidade aqueles que deveriam trabalhar para gerar as condições básicas necessárias a um ambiente de trabalho saudável e promotor de saúde (Silva, Elsen, Lacharité, 2003).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), hospital-escola localizado no campus da Universidade de São Paulo (USP), no Distrito de Saúde do Butantã, zona oeste da cidade de São Paulo.

O HU-USP é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), inserido na Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, e tem como objetivos o ensino, a pesquisa e a assistência multidisciplinar integral de média complexidade à população daquela área de abrangência, bem como, aos funcionários da USP e seus dependentes (Universidade de São Paulo, 2016a).

Atualmente, é composto por 178 leitos, distribuídos entre as especialidades Médica, Cirúrgica, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria e Ortopedia. É campo de estágio para alunos de graduação e de pós-graduação das unidades ligadas à área de saúde: Faculdade de Medicina, Faculdade de Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Odontologia e Instituto de Psicologia, onde recebem ensinamentos práticos e teóricos que complementam a formação (Universidade de São Paulo, 2016).

O Departamento de Enfermagem (DE) está ligado diretamente à Superintendência do HU-USP e tem como finalidade coordenar, supervisionar e controlar as atividades desenvolvidas nas áreas do ensino, da pesquisa e da assistência de enfermagem.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população alvo foi composta pelos 668 trabalhadores do DE do hospital de estudo.

Os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo foram: estar trabalhando na instituição no mínimo há 6 meses e atuar na assistência direta aos pacientes. Portanto, não fizeram parte do estudo, os trabalhadores lotados nas áreas administrativas, na central de material e esterilização e no serviço de gerenciamento de materiais nas unidades assistenciais.

Foram excluídos 152 (22,8%) trabalhadores que estavam enquadrados nos critérios de exclusão: estar afastado por licença médica (10 trabalhadores) ou em licença maternidade (11 trabalhadoras), não pertencer ao quadro assistencial (72 trabalhadores), desligados no Programa de Incentivo à Demissão Voluntária (PIDV) durante o período da coleta de dados antes de preencherem o questionário (58 trabalhadores), e o responsável pela coleta *in situ*, que também compõe o quadro de trabalhadores (1 trabalhador).

Assim, restaram 516 trabalhadores elegíveis, dos quais 375 (72,7%) participaram do estudo. Entre os demais, 137 recusaram participar do estudo e 4 tiveram dados incompletos, determinando uma taxa de perdas de 27,3%. Portanto, a amostra do estudo foi composta por 375 trabalhadores de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem dos diferentes turnos.

4.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Primeiramente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), de acordo com a Resolução 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, e somente após a aprovação do projeto de pesquisa, sob o parecer do CEP 912.483/2014 (Anexo 1), e da carta de anuência do HU-USP (Anexo 2), a coleta de dados foi iniciada.

Inicialmente, o Serviço de Ensino e Qualidade forneceu aos pesquisadores uma lista de todos os trabalhadores de enfermagem do HU-USP, bem como as escalas dos turnos de trabalho foram disponibilizadas pelos Enfermeiros-chefe de cada seção, com o intuito de identificar a população por meio dos critérios de elegibilidade, conforme descrito anteriormente.

A seguir, foi realizado o contato com os trabalhadores no próprio turno e local de trabalho, onde foi apresentado o projeto e feito o convite formal para participação na pesquisa. Diante da disponibilidade dos sujeitos em participar da pesquisa, os pesquisadores forneceram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – em duas vias (Apêndice A), conforme preconiza a Resolução 510/2016, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, momento em que se procedeu a leitura atenta do mesmo e esclarecimento sobre o direito de aceitar ou não a participar do estudo, direito de declinar da pesquisa a qualquer momento, e entre outras dúvidas que surgiram.

Finalizada essa etapa, os instrumentos foram entregues aos trabalhadores, ficando firmado o compromisso da devolução dos mesmos preenchidos por completo até o seu próximo plantão, a fim de que os mesmos pudessem respondê-los em ambiente tranquilo e sem interrupções. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2015.

4.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para realizar a coleta de dados foram utilizados: um **Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional** (Apêndice B) e a **Escala de Resiliência (ER)** de Pesce et al. (2005) (Anexo 3).

O **Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional** é um instrumento elaborado pelos pesquisadores, a fim de caracterizar a população do estudo por meio de dados sociodemográficos e profissionais.

A **Escala de Resiliência (Resilience Scale)** é um instrumento originalmente elaborado por Wagnild e Young, em 1993, que tinha como propósito identificar a

resiliência individual, independente do sexo e faixa etária, considerando a adaptação psicossocial positiva face aos eventos da vida (Wagnild, Young, 1993). Composta por 25 itens descritos de forma positiva, distribuídos entre dois fatores “competência pessoal” e “aceitação de si mesmo e da vida”, tem como constructos da resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência (Wagnild, Young, 1993). O fator “competência pessoal” é composto por 17 itens que abordam a autoconfiança, independência, determinação, invencibilidade, controle, desenvoltura e perseverança. O fator “aceitação de si mesmo e da vida” é composto por 8 itens que representam a adaptabilidade, equilíbrio, flexibilidade e perspectiva de vida equilibrada, e refletem a capacidade da aceitação da vida e um senso de paz apesar da adversidade (Wagnild, Young, 1993).

Na **ER**, para cada item, o indivíduo pode concordar ou discordar numa escala de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), com pontuações finais possíveis de 25 a 175 pontos, sendo altas pontuações indicativas de alto nível de resiliência (Wagnild, Young, 1993).

Em 2005, Pesce et al. realizaram a adaptação transcultural e avaliação psicométrica da **ER** desenvolvida por Wagnild e Young (1993). Na versão adaptada ao português foram mantidos os 25 itens e a mesma forma de pontuação, porém, os itens foram reagrupados em três fatores, que descrevem os atributos que auxiliam no enfrentamento dos problemas da vida, como a competência nas relações sociais, a capacidade de resolução de problemas, a conquista de autonomia e o sentido ou propósito para a vida e o futuro:

Fator 1 - Resolução de ações e valores: fator composto por 15 itens que indicam: resoluções de ações (levar os planos até o fim; lidar com problemas de alguma forma; aceitar os fatos sem muita preocupação; ser disciplinado; fazer as coisas um dia de cada vez; ser uma pessoa com quem se pode contar em uma emergência; geralmente encarar uma situação de diversas maneiras; normalmente encontrar uma saída quando está em uma situação difícil; ter energia suficiente para fazer o que deve ser feito) e valores (sentir orgulho de ter realizado metas em sua vida; ser amigo de si mesmo; frequentemente encontro motivos para rir; perceber

sentido em sua vida e levar em conta o apoio dos valores que dão sentido à vida, como a amizade, a realização pessoal, a satisfação e o significado da vida).

Fator 2 - Independência e determinação: fator composto por 4 itens, que indicam: manutenção de interesse pelas coisas; poder estar por sua própria conta; sentir-se bem ainda que haja pessoas que não gostam dele; e ser determinado.

Fator 3 - Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações: fator composto por 6 itens, que indicam: capacidades como ser capaz de depender de si mais do que de qualquer outra pessoa; sentir que pode lidar com várias situações ao mesmo tempo; pode enfrentar tempos difíceis porque já experimentou dificuldades antes; crer em si mesmo a ponto de sentir-se apto a atravessar tempos difíceis; não insistir em situações sobre as quais não pode fazer nada.

Em 2009, Wagnild ao publicar o artigo intitulado “*A review of the Resilience Scale*”, após aplicações repetidas da ER em uma variedade de amostras, definiu os seguintes escores:

- Pontuação **maior que 145**: indicativo de moderadamente alto a alto nível de resiliência;
- Pontuação **entre 125 a 145**: indicativo de moderadamente baixo a moderado nível de resiliência;
- Pontuação **abaixo de 125**: indicativo de baixo nível de resiliência.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados, as variáveis de estudo foram categorizadas para posterior análise estatística.

Variável dependente

Resiliência: Escore variando de 25 a 175 pontos, obtido a partir da ER (Resilience Scale).

Variáveis Independentes

Características sociodemográficas

Sexo: variável categorizada em feminino ou masculino.

Idade: variável quantitativa contínua, em anos. Foi categorizada em faixas etárias decenais: < 30,0 anos; ≥ 30,0 e < 40 anos; ≥ 40,0 e < 50,0 anos; ≥ 50,0 e < 60,0 anos; ≥ 60,0 anos.

Estado conjugal: variável qualitativa categorizada em: solteiro(a), casado(a), vive com companheiro(a), separado(a)/divorciado(a), viúvo(a).

Escolaridade: variável qualitativa categorizada em: Ensino Médio, Ensino Superior.

Renda familiar líquida: variável qualitativa convertida em salários mínimos (SM) da época da coleta de dados (1 SM = R\$ 788,00, de acordo com o Decreto 8.381/2014). A variável foi categorizada em: ≤ 3,81 SM; > 3,81 SM e ≤ 5,71 SM; > 5,71 SM e ≤ 7,61 SM; > 7,61 SM.

Características ocupacionais

Tempo de trabalho na instituição: variável quantitativa contínua, em anos, referente ao tempo de vínculo empregatício com a instituição. Foi categorizada em faixas de acordo com os tercís da distribuição de frequências: < 9 anos (1º tercíl); ≥ 9 e < 18 anos (2º tercíl); ≥ 18 anos (3º tercíl).

Tempo de trabalho na profissão: variável quantitativa contínua, em anos, referente ao tempo de atuação na Enfermagem. Foi categorizada em faixas de acordo com os tercís da distribuição de frequências: ≤ 12 anos (1º tercíl); ≥ 13 e < 19 anos (2º tercíl); ≥ 19 anos (3º tercíl).

Função: variável qualitativa representando a categoria ocupacional no quadro de Enfermagem da instituição: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem.

Setor de trabalho: variável categórica representando a estrutura organizacional do serviço de enfermagem da instituição em termos das unidades setoriais de trabalho: Alojamento Conjunto, Ambulatório, Berçário, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Imagem e Endoscopia, Pediatria, Pronto Socorro Adulto, Pronto Socorro Infantil, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Divisão de enfermagem: variável categórica representando a estrutura organizacional do serviço de enfermagem da instituição em termos de grandes blocos: Enfermagem Clínica (Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Clínica Médica), Enfermagem Cirúrgica (Clínica Cirúrgica e Centro Cirúrgico), Pacientes Externos (Pronto Socorro Adulto, Ambulatório e Imagenologia), Enfermagem Pediátrica (Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Pediatria, Pronto Socorro Infantil), Enfermagem Obstétrica e Ginecológica (Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico e Berçário).

Total de horas trabalhadas na semana: variável quantitativa contínua, em horas, referente ao total de horas da jornada semanal. Foi categorizada em 36,0 horas (jornada de trabalho esperada de acordo com o contrato de trabalho) e >36,0 horas.

Turno de trabalho: variável qualitativa categorizada em manhã, tarde e noite, sendo os turnos diurnos de 6,0 horas diárias e os noturnos de 12 horas trabalhadas por 36,0 horas de descanso.

Número de vínculos empregatícios: variável quantitativa ordinal variando de 1 a 3 vínculos empregatícios.

Tempo de trajeto (ida e volta) para o trabalho: variável quantitativa contínua, em horas, referente ao tempo gasto no trajeto de ida e volta ao trabalho. Foi categorizada em faixas de acordo com a distribuição de frequências: < 1,0 hora; ≥ 1,0 e < 2,0 horas; ≥ 2,0 horas.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi utilizada planilha do Microsoft Excel para realização de dupla digitação e verificação da consistência dos dados. Em seguida os dados foram exportados para o programa Software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 17.0 para realização das análises estatísticas.

Análise das perdas:

Foi feita a comparação entre a população participante no estudo e as perdas segundo sexo, idade, tempo de trabalho na instituição, Divisão e Setor de Trabalho. Foi utilizando o teste de associação pelo Qui-Quadrado para as variáveis categóricas. Para as variáveis quantitativas, após realização do teste de homogeneidade das variâncias de Levene ($p > 0,05$), foi aplicado o teste ANOVA.

Avaliação da confiabilidade dos questionários:

A análise da confiabilidade dos questionários utilizados foi avaliada utilizando o coeficiente alpha de Cronbach.

Análise descritiva da população de estudo:

A análise descritiva foi realizada por meio das médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos dos escores das variáveis quantitativas e proporções para as variáveis qualitativas.

Análise dos fatores associados à resiliência:

Inicialmente foi realizada a análise univariada para identificação dos fatores associados à resiliência. Para a análise das correlações entre as variáveis quantitativas e o escore da ER foi usado o coeficiente de correlação de Spearman. Para comparação das médias da ER segundo as categorias das variáveis qualitativas com variância constante foi utilizado o Teste ANOVA. Em havendo variáveis sem variância constante, foram utilizados os testes Mann-Whitney (variáveis dicotômicas) e Kruskal-Wallis (variáveis qualitativas com 3 ou mais categorias). Havendo diferença estatisticamente significativa entre as médias, foi realizado o teste post hoc de Tukey para múltiplas comparações. A homogeneidade das variâncias foi avaliada pelo teste de Levene.

Em seguida, foi realizada análise de regressão linear múltipla com todas as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada. O valor do “p” na análise univariada determinou a ordem de entrada no modelo múltiplo. O processo de modelagem foi o *stepwise forward*. A variável independente permanecia no modelo múltiplo se $p < 0,05$ e/ou se fosse variável de ajuste. As variáveis qualitativas foram transformadas em variáveis indicadoras (*Dummy*) tomando como referência a categoria com maior média não escore da ER.

Nível de significância:

Em todas as análises as associações foram consideradas significativas quando $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISE DAS PERDAS

A população alvo foi composta pelos 668 trabalhadores do Departamento de Enfermagem do hospital de estudo. Destes, 152 (22,8%) estavam enquadrados nos critérios de exclusão: estar afastado por licença médica (10 trabalhadores) ou em licença maternidade (11 trabalhadores), não pertencer ao quadro assistencial (72 trabalhadores), desligados no Programa de Incentivo à Demissão Voluntária (PIDV) durante o período da coleta de dados antes de preencherem o questionário (58 trabalhadores), e o responsável pela coleta *in situ*, que também compõe o quadro de trabalhadores (1 trabalhador).

Restaram 516 pessoas elegíveis, das quais 375 (72,7%) participaram do estudo. Entre os demais, 137 recusaram participar do estudo e 4 tiveram dados incompletos, determinando uma taxa de perdas de 27,3%. Os resultados da análise das perdas estão apresentados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Análise comparativa entre perdas e participantes segundo características demográficas e ocupacionais e variáveis qualitativas. São Paulo, 2016.

(continua)

Variável	Participação		Perdas		Total	p *
	nº	%	nº	%	nº	
Sexo						
Feminino	327	72,2	126	27,8	453	0,504
Masculino	48	76,2	15	23,8	63	
Função						
Enfermeiro	139	89,7	16	10,3	155	<0,001
Técnico de Enfermagem	201	66,6	101	33,4	302	
Auxiliar de Enfermagem	35	59,3	24	40,7	59	
Divisão de Enfermagem						
Enfermagem Clínica	90	79,6	23	20,4	113	0,019
Enfermagem Cirúrgica	70	79,5	18	20,5	88	
Pacientes Externos	79	71,8	31	28,2	110	
Enfermagem Pediátrica	67	61,5	42	38,5	109	
Enfermagem Obstétrica e Ginecológica	69	71,9	27	28,1	96	
Setor de trabalho						
Alojamento Conjunto	32	91,4	3	8,6	35	<0,001
Ambulatório	14	73,7	5	26,3	19	
Berçário	21	70,0	9	30,0	30	
Centro Cirúrgico	31	72,1	12	27,9	43	
Centro Obstétrico	16	51,6	15	48,4	31	

Tabela 1 - Análise comparativa entre perdas e participantes segundo características demográficas e ocupacionais e variáveis qualitativas. São Paulo, 2016.

					(continuação)
Clínica Cirúrgica	39	86,7	6	13,3	45
Clínica Médica	38	70,4	16	29,6	54
Imagem e Endoscopia	20	74,1	7	25,9	27
Pediatria	30	66,7	15	33,3	45
Pronto Socorro Adulto	45	70,3	19	29,7	64
Pronto Socorro Infantil	16	72,7	6	27,3	22
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	52	88,1	7	11,9	59
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	21	50,0	21	50,0	42
Total	375	72,7	141	27,3	516

* Teste de associação pelo Qui-Quadrado

(conclusão)

Não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo (27,8% de perdas entre as mulheres e 23,8% de perdas entre os homens; $p=0,504$).

Observou-se diferença no percentual de perdas quanto à função ($p<0,001$), com os Enfermeiros apresentando taxa de perdas (10,3%) menor do que os Técnicos de Enfermagem (33,4%) e Auxiliares de Enfermagem (40,7%). Também houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,019$) quanto à Divisão de Enfermagem, com maior taxa de participação na Divisão de Enfermagem Clínica e na Divisão de Enfermagem Cirúrgica. Quanto ao Setor de Trabalho, também ocorreu diferença estatisticamente significativa ($p<0,001$), com grande variação entre os setores, sendo que os maiores percentuais de perdas foram na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Centro Obstétrico, Pediatria e Berçário (respectivamente 50,0%; 48,4%; 33,3%; 30,0%).

Tabela 2 - Análise comparativa entre perdas e participantes segundo características demográficas e ocupacionais, variáveis quantitativas. São Paulo, 2016.

Variável	nº	Média	Desvio padrão	Mínima	Máxima	p*
Idade (anos)						
Participação	375	42,0	9,1	23,7	66,0	0,001
Perdas	141	45,1	9,2	27,0	68,9	
Total	516	42,9	9,2	23,7	68,9	
Tempo de trabalho na instituição (anos)						
Participação	374	13,9	8,6	1,2	33,5	0,024
Perdas	141	15,9	8,9	1,4	33,3	
Total	515	14,5	8,7	1,2	33,5	

* Teste ANOVA (teste de Levene $p>0,05$)

Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$) em relação à idade, sendo que os participantes tiveram média etária (42,0 anos) menor do que os não participantes (45,1 anos). Também houve diferença ($p=0,024$) quanto ao tempo de trabalho na instituição, com os participantes apresentando média (13,9 anos) inferior aos não participantes (15,9 anos).

5.2 CONFIABILIDADE DA ESCALA DE RESILIÊNCIA

A confiabilidade do ER, utilizada para mensurar a variável dependente, foi analisada tanto para cada um dos fatores como para a escala como um todo.

Na Tabela 3 observa-se que o Fator 1 apresentou coeficiente alpha de Cronbach de 0,85. A exclusão de qualquer das questões não levaria a uma melhoria no resultado. O Fator 2 apresentou coeficiente alpha de Cronbach de 0,60 e a exclusão de qualquer das questões não levaria a uma melhoria do resultado. O Fator 3 apresentou coeficiente alpha de Cronbach de 0,58, sendo que a exclusão da questão 22 (*Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas*) levaria a uma pequena melhoria no resultado ($\alpha = 0,61$).

Tabela 3 - Valores do alpha de Cronbach por fator e questão da Escala de Resiliência. São Paulo, 2016.

(continua)

Fator / Questão	Alpha de Cronbach se a questão for excluída
01 - Resolução de ações e valores	
01. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim	0,84
02. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	0,84
06. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	0,84
07. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	0,85
08. Eu sou amigo de mim mesmo	0,84
10. Eu sou determinado	0,84
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	0,88
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	0,86
14. Eu sou disciplinado	0,84
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir	0,84
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	0,84
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	0,84
21. Minha vida tem sentido	0,84
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	0,84
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	0,84
Todas as questões do Fator1	0,85

Tabela 3 - Valores do alpha de Cronbach por fator e questão da Escala de Resiliência. São

(continuação)

Paulo, 2016.

02 - Independência e determinação

04. Manter interesse nas coisas é importante para mim	0,49
05. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	0,58
15. Eu mantenho interesse nas coisas	0,47
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	0,60

Todas as questões do Fator 2 **0,60**

03 - Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações

03. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	0,51
09. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	0,54
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	0,47
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	0,49
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	0,57
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	0,61

Todas as questões do Fator 3 **0,58**

(conclusão)

Na Tabela 4 observa-se que, para o conjunto das questões que compõe a ER, o coeficiente alpha de Cronbach é de 0,89. A exclusão de alguma das escalas que compõem o questionário não proporcionou melhorias importantes nos resultados.

Tabela 4 - Valores do alpha de Cronbach por questão da Escala de Resiliência. São Paulo, 2016.

(continua)

Questão	Alpha de Cronbach se a questão for excluída
01. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim	0,89
02. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	0,89
03. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	0,89
04. Manter interesse nas coisas é importante para mim	0,89
05. Eu posso estar por minha conta se eu precisar	0,89
06. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	0,89
07. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	0,89
08. Eu sou amigo de mim mesmo	0,89
09. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo	0,89
10. Eu sou determinado	0,88
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	0,90
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez	0,89
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	0,89
14. Eu sou disciplinado	0,89
15. Eu mantenho interesse nas coisas	0,89
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir	0,89
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	0,89
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar	0,89
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras	0,89
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	0,90
21. Minha vida tem sentido	0,89

Tabela 4 - Valores do alpha de Cronbach por questão da Escala de Resiliência. São Paulo,

(continuação)

2016.

22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	0,89
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	0,89
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	0,88
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim	0,89
Escala de Resiliência (com todas as questões)	0,89

(conclusão)

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

Na Tabela 5 estão apresentadas as características sociodemográficas da população de estudo.

Tabela 5 - Caracterização dos trabalhadores de Enfermagem segundo variáveis sociodemográficas. São Paulo, 2016.

Variável	nº	%
Sexo		
Feminino	327	87,2
Masculino	48	12,8
Faixa etária		
< 30 anos	32	8,5
≥ 30,0 e < 40,0 anos	139	37,1
≥ 40,0 e < 50,0 anos	112	29,9
≥ 50,0 e < 60,0 anos	88	23,5
≥ 60,0 anos	4	1,1
Estado conjugal		
Solteiro(a)	88	23,5
Casado(a)	182	48,5
Vive com companheiro(a)	46	12,3
Separado(a)/divorciado(a)	52	13,9
Viúvo(a)	7	1,9
Escolaridade		
Ensino Médio	136	36,3
Ensino Superior	239	63,7
Renda familiar líquida mensal (R\$)		
≤ 3,81 SM	10	2,7
> 3,81 SM e ≤ 5,71 SM	85	22,7
> 5,71 SM e ≤ 7,61 SM	92	24,5
> 7,61 SM	188	50,1
Total	375	100,0

A população do estudo foi predominantemente feminina (87,2%), com cônjuge (casada ou vivendo com companheiro(a) – 60,8%), com escolaridade de nível superior (63,7%) e renda familiar líquida mensal maior que 7,61 SM (50,1%). A maior proporção de trabalhadores (54,5%) tinha idade a partir de 40,0 anos, sendo que 24,6% tinham

50,0 anos ou mais. A média etária foi de 41,5 anos (dp=9,2 anos), variando de 23,0 a 65,0 anos, com mediana de 41,0 anos.

Na Tabela 6 estão apresentadas as características ocupacionais qualitativas e na Tabela 7 as características ocupacionais quantitativas.

Tabela 6 - Caracterização dos trabalhadores de Enfermagem segundo variáveis ocupacionais. São Paulo, 2016. (continua)

Variável	nº	%
Tempo de trabalho na instituição		
< 9 anos (1º tercil)	121	32,3
≥ 9 e < 18 anos (2º tercil)	116	30,9
≥ 18 anos (3º tercil)	138	36,8
Tempo de trabalho na profissão		
< 12 anos (1º tercil)	116	30,9
≥13 e <19 anos (2º tercil)	123	32,8
≥ 19 anos (3º tercil)	136	36,3
Função		
Enfermeiro	139	37,1
Técnico de Enfermagem	201	53,6
Auxiliar de Enfermagem	35	9,3
Setor de trabalho		
Alojamento Conjunto	32	8,5
Ambulatório	14	3,7
Berçário	21	5,6
Centro Cirúrgico	31	8,3
Centro Obstétrico	16	4,3
Clínica Cirúrgica	39	10,4
Clínica Médica	38	10,1
Imagem e Endoscopia	20	5,3
Pediatria	30	8,0
Pronto Socorro Adulto	45	12,0
Pronto Socorro Infantil	16	4,3
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	52	13,9
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	21	5,6
Divisão de Enfermagem		
Enfermagem Clínica	90	24,0
Enfermagem Cirúrgica	70	18,7
Pacientes Externos	79	21,1
Enfermagem Pediátrica	67	17,9
Enfermagem Obstétrica e Ginecológica	69	18,4
Total de horas trabalhadas na semana		
36,0 horas	345	92,0
>36,0 horas	30	8,0
Turno de trabalho		
Manhã	130	34,7
Tarde	123	32,8
Noite	122	32,5
Nº de vínculos empregatícios		
Único	345	92,0
Duplo	29	7,7
Triplo	1	0,3
Tempo de trajeto (ida e volta) para o trabalho		

Tabela 6 - Caracterização dos trabalhadores de Enfermagem segundo variáveis ocupacionais. São Paulo, 2016.

< 1,0 hora	167	44,5
≥ 1,0 e < 2,0 horas	154	41,1
≥ 2,0 horas	54	14,4
Total	375	100,0

(conclusão)

Tabela 7 - Estatística descritiva das variáveis quantitativas contínuas, trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

Variável	nº	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de trabalho na instituição (anos)	375	14,0	14,0	8,6	1,0	34,0
Tempo de trabalho na profissão (anos)	375	16,2	15,0	8,0	1,0	40,0
Total de horas trabalhadas na semana (horas)	375	38,4	36,0	8,5	36,0	84,0
Tempo de trajeto para o trabalho (horas)	375	1,1	1,0	0,7	0,2	5,5

Os trabalhadores tinham em média 14,0 anos (dp=8,6 anos) de tempo de trabalho na instituição, variando de 1,0 a 34,0 anos, com mediana de 14,0 anos, sendo que 36,8% tinham, mais de 18 anos de casa. O tempo médio de atuação na profissão de enfermagem era de 16,2 anos (dp=8,0 anos), variando de 1,0 a 40,0 anos, com mediana de 15,0 anos, sendo que 36,3% dos trabalhadores informaram mais de 19 anos na profissão.

Observou-se que a maior proporção de trabalhadores era de Técnicos de Enfermagem (53,6%), seguidos pelos Enfermeiros (37,1%), e com uma minoria de Auxiliares de Enfermagem (9,3%). Os trabalhadores estavam alocados em 13 setores de trabalho, com as maiores proporções na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto (13,9%), Pronto Socorro Adulto (12,0%), Clínica Médica (10,1%) e Clínica Cirúrgica (10,4%). Os setores com maiores proporções de Enfermeiros foram a UTI Pediátrica (66,7%) e o Centro Obstétrico (56,3%), seguidos pelo Ambulatório (42,9%), Berçário (42,9%) e Pronto Socorro Adulto (42,2%). Quanto às Divisões de Trabalho, as maiores proporções de trabalhadores estavam na Divisão de Enfermagem Clínica (24,0%) e Divisão de Pacientes Externos (21,1%).

A jornada de trabalho total semanal informada foi de 38,4 horas em média (dp=8,5 horas), variando de 36,0 a 84,0 horas, com mediana de 36,0 horas, sendo que 92,0% informaram jornada de 36,0 horas semanais. Os trabalhadores estavam distribuídos em proporções semelhantes nos três turnos de trabalho, e a maioria deles (92,0%) informou um único vínculo empregatício.

O tempo médio diário de trajeto (ida e volta) para o trabalho foi de 1,1 hora (dp=1,0 hora), variando de 0,2 a 5,5 horas, com mediana de 1,0 hora, sendo que a maioria (55,5%) relatou mais de 1 hora diária, com 14,4% dispondo de 02 ou mais horas diárias.

5.4 ANÁLISE DESCRITIVA DA ESCALA DE RESILIÊNCIA

A Tabela 8 é possível observar que, entre os trabalhadores que participaram do estudo, o escore médio da ER foi de 138,7 pontos (dp=18,3), variando de 36,0 a 174,0 pontos e mediana de 142,0 pontos.

Tabela 8 - Estatística descritiva das variáveis quantitativas relativas aos fatores e ao escore global de resiliência dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

Fator / escore *	nº	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
1 - Resolução de ações e valores	375	5,5	6,0	0,8	1,0	7,0
2 - Independência e determinação	375	5,8	6,0	0,9	1,0	7,0
3 - Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações	375	5,4	5,5	0,8	2,0	7,0
Escore global de resiliência	375	138,7	142,0	18,3	36,0	174,0

* Fatores com escore reduzidos à média, variando de 1 a 7 pontos. Escore global variando de 25 a 175 pontos.

Quanto aos fatores que compõem a resiliência, na mesma Tabela 8 observa-se que o fator 2 - Independência e determinação apresentou a maior média (5,8 pontos; dp=0,9 pontos), seguido do fator 1 - Resolução de ações e valores (média 5,5 pontos; dp=0,8 pontos), semelhante ao fator 3 - Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações (média 5,4 pontos; dp=0,8 pontos).

Quando o escore de resiliência é transformado em níveis, a maior proporção de trabalhadores reportou nível moderadamente baixo/moderado (45,3%; 170), seguido pelo nível moderadamente alto/alto (39,5%; 148), sendo que 15,2% (57) apresentaram baixo nível de resiliência (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição (%) dos trabalhadores de Enfermagem segundo nível de resiliência. São Paulo, 2016.

Na Tabela 9 estão apresentados os resultados segundo Divisão de Enfermagem.

Tabela 9 - Estatística descritiva das variáveis quantitativas relativas aos fatores * e ao escore global de Resiliência segundo Divisão de Enfermagem dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

Divisão de Enfermagem	nº	Escore global de resiliência		01 - Resolução de ações e valores		02 - Independência e determinação		03 - Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Enfermagem Clínica	90	137,1	21,7	5,5	1,0	5,7	1,0	5,4	0,9
Enfermagem Cirúrgica	70	141,9	13,6	5,7	0,7	6,0	0,6	5,5	0,7
Pacientes Externos	79	139,4	19,2	5,6	0,8	5,9	1,0	5,4	0,8
Enfermagem Pediátrica	67	136,0	19,3	5,4	0,8	5,7	1,0	5,3	1,0
Enfermagem Obstétrica e Ginecológica	69	139,5	15,3	5,5	0,7	5,8	0,8	5,5	0,8
Total geral	375	138,7	18,3	5,5	0,8	5,8	0,9	5,4	0,8

* Fatores com escore reduzidos à média, variando de 1 a 7 pontos. Escore global variando de 25 a 175 pontos DP = Desvio padrão

Observa-se que as Divisões que apresentaram os escores médios mais elevados da ER foram a Enfermagem Cirúrgica (141,9 pontos), a Enfermagem Obstétrica e Ginecológica (139,5 pontos) e os Pacientes Externos (139,4 pontos). Quanto aos fatores que compõem a resiliência, na mesma Tabela observa-se que nos três fatores as médias foram semelhantes entre as Divisões.

Na Tabela 10 estão apresentados os resultados desdobrados segundo Setor de Enfermagem.

Tabela 10 - Estatística descritiva das variáveis quantitativas relativas aos fatores * e ao escore global de Resiliência segundo Setor de Enfermagem dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

Setor de Enfermagem	nº	Escore global de resiliência		01 - Resolução de ações e valores		02 - Independência e determinação		03 - Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Alojamento Conjunto	32	139,5	16,5	5,6	0,8	5,8	0,7	5,5	0,9
Ambulatório	14	137,6	15,9	5,4	0,6	5,9	0,8	5,4	0,7
Berçário	21	136,3	13,3	5,3	0,6	5,9	0,8	5,3	0,7
Centro Cirúrgico	31	143,3	12,0	5,8	0,6	6,1	0,5	5,5	0,6
Centro Obstétrico	16	143,9	14,8	5,6	0,8	5,9	0,8	5,7	0,5
Clínica Cirúrgica	39	140,8	14,9	5,6	0,7	5,9	0,7	5,5	0,8
Clínica Médica	38	139,9	11,6	5,6	0,6	5,8	0,7	5,4	0,7
Imagem e Endoscopia	20	141,3	12,2	5,8	0,4	6,0	0,6	5,4	0,8
Pediatria	30	132,9	23,8	5,3	1,0	5,6	1,2	5,1	1,0
Pronto Socorro Adulto	45	139,2	22,7	5,6	1,0	5,8	1,1	5,4	0,9
Pronto Socorro Infantil	16	140,8	9,7	5,5	0,5	6,0	0,8	5,7	0,8
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	52	135,0	26,7	5,4	1,2	5,6	1,2	5,4	1,0
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	21	136,8	17,2	5,4	0,7	5,8	0,7	5,2	0,9
Total geral	375	138,7	18,3	5,5	0,8	5,8	0,9	5,4	0,8

* Fatores com escore reduzidos à média, variando de 1 a 7 pontos. Escore global variando de 25 a 175 pontos DP = Desvio padrão

Observa-se que os Setores que apresentaram os escores médios mais elevados da ER foram a Centro Obstétrico (143,9 pontos). O Centro Cirúrgico (143,3 pontos), a Imagem e Endoscopia (141,3 pontos) a Clínica Cirúrgica (140,8 pontos) e o Pronto Socorro Infantil (140,8 pontos). Quanto aos fatores que compõem a

resiliência, na mesma Tabela observa-se que nos três fatores as médias foram semelhantes entre os Setores.

Na Tabela 11 observa-se que, quando o escore de resiliência é transformado em níveis, as Divisões que apresentaram maiores proporções de trabalhadores com resiliência moderada/alta foram a Enfermagem Cirúrgica (44,3%) e os Pacientes Externos (43,0%). Na resiliência moderada/baixa, as maiores proporções estiveram na Enfermagem Clínica (46,7%) e nos Pacientes externos (45,6%). Na resiliência baixa as maiores proporções foram observadas na Enfermagem Obstétrica e Ginecológica (22,4%).

Tabela 11 – Distribuição da população segundo nível de resiliência (nº e %) segundo Divisão de Enfermagem dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

Divisão de Enfermagem	Moderada/alta		Moderada/baixa		Baixa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfermagem Clínica	33	36,7	42	46,7	15	16,7	90	100,0
Enfermagem Cirúrgica	31	44,3	31	44,3	8	11,4	70	100,0
Pacientes Externos	34	43,0	36	45,6	9	11,4	79	100,0
Enfermagem Pediátrica	24	35,8	28	41,8	15	22,4	67	100,0
Enfermagem Obstétrica e Ginecológica	26	37,7	33	47,8	10	14,5	69	100,0
Total geral	148	39,5	170	45,3	57	15,2	375	100,0

Na Tabela 12 observa-se que, quando o escore de resiliência é transformado em níveis, os Setores que apresentaram maiores proporções de trabalhadores com resiliência moderada/alta foram o Centro Obstétrico (62,5%), a Imagem e Endoscopia (50,0%), o Centro Cirúrgico (45,2%), a Clínica Cirúrgica (43,6%) e o Pronto Socorro Adulto (44,4%). Na resiliência moderada/baixa, as maiores proporções estiveram no Berçário (66,7%), na Clínica Médica (60,5%), no Pronto Socorro Infantil (56,3%) e Ambulatório (50,0%). Na resiliência baixa as maiores proporções foram observadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (28,6%), na Pediatria (26,7%), na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (23,1%) e no Ambulatório (21,4%).

Tabela 12 – Distribuição da população segundo nível de resiliência (nº e %) segundo Setor de Enfermagem dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

(continua)

Setores de Enfermagem	Moderada/alta		Moderada/baixa		Baixa		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%

Tabela 12 – Distribuição da população segundo nível de resiliência (nº e %) segundo Setor de Enfermagem dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

							(continuação)	
Alojamento Conjunto	12	37,5	14	43,8	6	18,8	32	100,0
Ambulatório	4	28,6	7	50,0	3	21,4	14	100,0
Berçário	4	19,0	14	66,7	3	14,3	21	100,0
Centro Cirúrgico	14	45,2	15	48,4	2	6,5	31	100,0
Centro Obstétrico	10	62,5	5	31,3	1	6,3	16	100,0
Clínica Cirúrgica	17	43,6	16	41,0	6	15,4	39	100,0
Clínica Médica	12	31,6	23	60,5	3	7,9	38	100,0
Imagem e Endoscopia	10	50,0	8	40,0	2	10,0	20	100,0
Pediatria	10	33,3	12	40,0	8	26,7	30	100,0
Pronto Socorro Adulto	20	44,4	21	46,7	4	8,9	45	100,0
Pronto Socorro Infantil	6	37,5	9	56,3	1	6,3	16	100,0
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	21	40,4	19	36,5	12	23,1	52	100,0
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	8	38,1	7	33,3	6	28,6	21	100,0
Total geral	148	39,5	170	45,3	57	15,2	375	100,0
(conclusão)								

O Gráfico 2 apresenta os itens avaliados em cada fator da ER.

Gráfico 2 - Média do escore dos itens da Escala de Resiliência dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

No fator 1 - Resolução de ações e valores, os itens que apareceram com mais baixa resiliência foram: 11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas; 07. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação e 12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.

No fator 2 - Independência e determinação, o item com mais baixa resiliência foi 25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

No fator 3 - Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações, os itens que apareceram com mais baixa resiliência foram: 22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas; 20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.

5.5 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA

A Tabela 13 apresenta os resultados das análises de associações das variáveis quantitativas com o escore da ER.

Tabela 13 – Análise das correlações entre variáveis quantitativas e escore global de Resiliência dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

Variável	nº	r ^(S)	p
Idade (em anos)	375	0,149	0,004
Tempo de trabalho na instituição (anos)	375	0,131	0,011
Tempo de trabalho na profissão (anos)	375	0,144	0,005

(S) = Coeficiente de correlação de Spearman

Observa-se que houve correlação estatisticamente significativa a idade e a resiliência, sendo que quanto mais elevada a idade, maior o escore da ER ($p=0,004$; $r=-0,149$). Da mesma forma, mais elevado é o escore da ER quanto maior o tempo de trabalho na instituição ($p=0,011$; $r=-0,131$) e quanto maior o tempo de trabalho na profissão ($p=0,005$; $r=-0,144$).

Na Tabela 14 observa-se que não ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre as médias do escore de resiliência e as características demográficas qualitativas: sexo ($p=0,874$), estado conjugal ($p=0,750$), escolaridade ($p=0,109$) e renda familiar líquida ($p=0,724$).

Tabela 14 – Estatística descritiva do escore global de Resiliência segundo variáveis demográficas dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

Variável	nº	Média (Desvio padrão)	p
Sexo			
Masculino	327	138,7 (18,3)	0,874 ^(A)
Feminino	48	139,1 (18,3)	
Estado conjugal			
Casado(a)/companheiro(a) / Vive com companheiro(a)	228	138,5 (19,9)	0,750 ^(A)
Solteiro(a) / Separado(a) / Divorciado(a) / Viúvo(a)	147	139,1 (15,5)	
Escolaridade			
Ensino Médio	136	140,7 (17,5)	0,109
Ensino Superior	239	137,6 (18,3)	
Renda familiar líquida			
≤ 3,81 SM	10	134,9 (11,8)	0,724 ^(A)
> 3,81 SM e ≤ 5,71 SM	85	140,2 (18,5)	
> 5,71 SM e ≤ 7,61 SM	92	137,6 (20,5)	
> 7,61 SM	188	138,8 (17,4)	

(A) = ANOVA (teste de Levene >0,05)

Na Tabela 15 observa-se que as características demográficas qualitativas não ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre as médias do escore de resiliência e as características ocupacionais qualitativas: função (p=0,209), setor de trabalho (p=0,802), Divisão de Enfermagem (p=0,327), total de horas trabalhadas na semana (p=0,267), turno de trabalho (p=0,749), número de vínculos empregatícios (p=0,267) e tempo de trajeto para o trabalho (p=0,173).

Tabela 15 – Estatística descritiva do escore global de Resiliência segundo variáveis ocupacionais qualitativas dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016. (continua)

Variável	nº	Média (Desvio padrão)	p
Função			
Enfermeiro	139	137,4 (15,5)	0,209 ^(A)
Técnico de Enfermagem	201	138,8 (19,4)	
Auxiliar de Enfermagem	35	143,6 (22,0)	
Setor de trabalho			
Alojamento Conjunto	32	139,5 (16,5)	0,802 ^(K)
Ambulatório	14	137,6 (15,9)	
Berçário	21	136,3 (13,3)	

Tabela 15 – Estatística descritiva do escore global de Resiliência segundo variáveis ocupacionais qualitativas dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016. (continuação)

Centro Cirúrgico	31	143,3 (12,0)	
Centro Obstétrico	16	143,9 (14,9)	
Clínica Cirúrgica	39	140,8 (14,9)	
Clínica Médica	38	139,9 (11,6)	
Imagem e Endoscopia	20	141,3 (12,2)	
Pediatria	30	132,9 (23,8)	
Pronto Socorro Adulto	45	139,2 (22,7)	
Pronto Socorro Infantil	16	140,8 (9,7)	
Unidade de Terapia Intensiva Adulto	52	135,0 (26,7)	
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica	21	136,8 (17,2)	
Divisão de Enfermagem			
Enfermagem Clínica	90	137,1 (21,7)	0,327 (A)
Enfermagem Cirúrgica	70	141,9 (13,6)	
Pacientes Externos	79	139,4 (19,2)	
Enfermagem Pediátrica	67	136,0 (19,3)	
Enfermagem Obstétrica e Ginecológica	69	139,5 (15,3)	
Total de horas trabalhadas na semana			
36,0 horas	345	139,0 (18,2)	0,267 (A)
>36,0 horas	30	135,2 (20,1)	
Turno de trabalho			
Manhã	130	139,7 (16,5)	0,749 (A)
Tarde	123	138,5 (19,0)	
Noite	122	138,0 (19,5)	
Nº de vínculos empregatícios			
Único	345	139,0 (18,1)	0,267 (A)
Dois ou mais	29	135,2 (20,1)	
Tempo de trajeto para o trabalho			
< 1,0 hora	167	140,3 (16,6)	0,173 (A)
≥ 1,0 e < 2,0 horas	154	136,6 (20,9)	
≥ 2,0 horas	54	139,9 (14,8)	

(A) = ANOVA (teste de Levene >0,05) (K) = Teste Kruskal Wallis

(conclusão)

5.6 ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA (ANÁLISE CONJUNTA DOS FATORES ASSOCIADOS À RESILIÊNCIA)

A Tabela 16 apresenta os resultados finais da análise de regressão linear múltipla. A modelagem passo a passo está apresentada no Apêndice C.

Tabela 16 - Fatores associados do escore da Escala de Resiliência identificados por meio da análise de regressão linear dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

Variáveis	Univariada				Múltipla			
	β	IC _{95%} (β)	p	r ² a	β	IC _{95%} (β)	p	r ² a
Idade (anos)	0,289	[0,088; 0,490]	0,005	0,02	0,289	[0,088; 0,490]	0,005	0,02
Tempo de trabalho na profissão (anos)	0,281	[0,051; 0,511]	0,017	0,01	--	--	--	
Tempo de trabalho na instituição (anos)	0,265	[0,051; 0,479]	0,016	0,01	--	--	--	
Escolaridade	-3,153	[-7,013; 0,707]	0,109	0,00	--	--	--	
Tempo de trajeto $\geq 1,0$ e $< 2,0$ horas	-3,683	[-7,698; 0,333]	0,072	0,00	--	--	--	
Tempo de trajeto $\geq 2,0$ horas	-0,373	[-6,00; 5,253]	0,896		--	--	--	

O modelo final é representado da seguinte forma:

$$Y = 126,727 + 0,289(\text{idade})$$

A interpretação do modelo é: para cada ano de idade ocorre aumento de 0,289 pontos na ER, independente das demais variáveis do modelo.

O modelo apresentou coeficiente de determinação ajustado (r^2a) de 0,02, mostrando que 2,0% da variabilidade total do escore de resiliência pode ser explicado pela idade, que foi a variável que permaneceu na modelagem múltipla. A análise de resíduos do modelo final está nos gráficos 3 e 4 apresentados ao final do Apêndice C e mostrou que os erros apresentaram aderência à curva normal, bem como sequência de distribuição esperada com presença de alguns *outliers*, indicando homocedasticidade e, portanto, o modelo não apresenta vieses.

5.7 MODELO PARA PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Ao reconhecer o papel determinante da resiliência nos processos de proteção, promoção e recuperação da saúde mental do trabalhador, e ao aproximar do conceito de resiliência, dos fatores intervenientes e de alguns estudos nas diferentes fases do desenvolvimento humano, e após a realização da formação em *Coaching Cognitivo Resiliente (CCR)*, ousou propor um modelo de promoção da resiliência em trabalhadores de enfermagem, no âmbito hospitalar. Afirmando ser apenas um modelo, pois deverá receber adequações e adaptações de acordo com as necessidades dos trabalhadores de enfermagem de cada organização, pois assim como a resiliência por sua complexidade é dinâmica, o modelo também necessita ser dinâmico e flexível.

Como o objetivo do modelo é promover a resiliência em trabalhadores de enfermagem que apresentam em comum o ambiente laboral, se propõe a realizar uma oficina com encontros que enfoquem resiliência e trabalho de enfermagem.

A oficina deverá ser realizada semanalmente, em 4 encontros, em dias previamente determinados e com duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, em ambiente reservado pela instituição proponente. Deverá ser coordenada por uma ou duas pessoas, que terá apenas o papel de facilitador.

A oficina deverá ter como princípio a troca de experiências positivas entre os participantes. Deste modo, para que haja uma boa evolução, a oficina deve ter de 8 a 10 trabalhadores de enfermagem, e todos deverão participar dos quatro encontros. Caso haja novos interessados, haverá a orientação para a formação de novas oficinas.

O convite deve ser aberto a todos os trabalhadores de enfermagem, independentemente do nível de resiliência, e a participação deve ser de forma voluntária.

Para a expressão dos participantes na oficina poderão ser utilizadas ferramentas de apoio como: cartolina, sulfite, giz de cera, canetas hidrográficas, lápis de cor, textos e materiais audiovisuais, como músicas (para possibilitar a reflexão da temática pelos trabalhadores de enfermagem).

Desse modo, apresento a seguir a descrição dos quatro encontros da oficina.

Encontro 1 - Apresentar o conceito Resiliência

- Acolhimento dos participantes da oficina.
- Cada participante faz uma apresentação pessoal.
- Apresentação do objetivo e do roteiro da oficina, e acordar sobre a importância da participação em todos os encontros, no entanto, terá toda liberdade de mudar de ideia e deixar o estudo no momento que desejar sem que isto traga prejuízo ao trabalhador.
- Motivar os participantes a trazerem o seu conhecimento sobre o conceito Resiliência.
- Situar o que é Resiliência - conceitos presentes na literatura.
- Motivar os participantes a trazerem o seu conhecimento sobre os fatores de proteção que determinam a Resiliência.
- Apresentar os fatores de proteção que determinam a Resiliência - presentes na literatura.

Encontro 2 – Desbravar os Fatores Resilientes

- Acolhimento dos participantes da oficina.
- Resgatar uma experiência de vida que foi positiva.
- Quais qualidades/habilidades que utilizou naquele momento: registrar as qualidades em papel - o que estava a seu favor?
- Resgatar os fatores de proteção que determinam a Resiliência (apresentados no encontro 1) e solicitar aos participantes a identificarem aqueles que eles têm/ou utilizaram para na experiência de vida.

Encontro 3 – Imergir sobre as situações adversas do trabalho

- Acolhimento dos participantes da oficina.
- Quais situações de dificuldades vivenciadas atualmente no trabalho?
- Quais habilidades/qualidade (registradas no encontro 2) que você pode utilizar a seu favor para esta dificuldade?
- O que você necessita fazer para o que almeja se torne uma realidade? Solicitar que utilize um verbo de ação. E para facilitar a aplicação, sugira que estruture em etapas passíveis de

serem executados (fazer com que o participante utilize o senso de realidade, estabelecendo metas reais).

- Qual atitude você ainda não enfrentou e agora chegou o momento de você se confrontar?
- Você acredita que possa assumir como uma proposta de trabalho?
- Em que local/ambiente?
- Que resultados você espera alcançar em meses (definir prazo com o trabalhador)?

Encontro 4 – Um caminho para a Resiliência

- Acolhimento dos participantes da oficina.
- Quanto conseguiu avançar nas etapas formuladas no encontro anterior?
- Quando não se consegue alcançar o planejamento, se reformula, pois não há fracasso! Sempre há possibilidades!
- Pensando no objetivo para essa oficina de resiliência, o que alcançamos?
- Ao término da oficina, qual é a frase (pensamento/aprendizado/conquista) que expressa a oficina de resiliência?

Caso seja de interesse dos participantes, a oficina pode se estender em novos encontros, reproduzindo os encontros 2, 3 e 4.

6. DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão discutidos segundo os aspectos metodológicos, perfil e resiliência dos trabalhadores de enfermagem e o modelo para promoção de resiliência.

6.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

A fim de garantir a validade interna da pesquisa, procedeu-se a análise da confiabilidade da ER, por meio do coeficiente alpha de Cronbach. O coeficiente alpha de Cronbach avalia a consistência interna da escala e indica o quanto um instrumento está medindo um determinado conceito, no caso, a resiliência (Fortin, Côté, Filion, 2009).

O resultado do coeficiente alpha de Cronbach varia de 0,0 a 1,0, sendo que quanto mais alto o coeficiente, mais exata é a medida. De acordo com Bland e Altman (1997), valores a partir de 0,7 são considerados adequados.

Ao verificar o coeficiente alpha de Cronbach de cada fator da ER, o fator 1 apresentou valor acima de 0,7, e os fatores 2 e 3 apresentaram valores abaixo de 0,7, contudo, ao analisar o conjunto das questões que compõe a ER, o coeficiente alpha de Cronbach é de 0,89, indicando nível satisfatório de confiabilidade.

Esse resultado satisfatório se assimila com o encontrado por Pesce et al. (2005), que verificaram um coeficiente alpha de Cronbach de 0,80, na ocasião da adaptação transcultural e avaliação psicométrica da ER, e também similar ao encontrado por Wagnild e Young (1993), 0,91.

A representatividade da amostra, ou seja, o quanto ela é típica ou representativa da população, foi verificada por meio da análise da taxa de resposta, que consiste no percentual de indivíduos da população de estudo que participou do levantamento de dados (Polit, 2004).

Não há consenso sobre qual seja a taxa ideal de respostas, no entanto, Fowler Jr. (1990) refere que valores acima de 75,0% são considerados adequados. A taxa de resposta desta pesquisa foi de 72,7%, portanto, um pouco abaixo do esperado. A representatividade da amostra também é determinada pelas características sociodemográficas e laborais em relação a população. Assim sendo, é recomendado a análise das perdas para se tentar determinar a extensão pela qual a taxa de não-resposta difere da taxa de resposta (Fowler Jr., 1990).

Essa análise identificou diferenças em relação: à idade, sendo que os participantes tiveram média etária menor do que os não participantes; ao tempo de trabalho na instituição, com os participantes apresentando média inferior aos não participantes; à função, sendo que os enfermeiros apresentaram taxa de perdas menor do que os técnicos e auxiliares de enfermagem; à Divisão de Enfermagem, com maior taxa de participação na Divisão de Enfermagem Clínica e na Divisão de Enfermagem Cirúrgica; e ao Setor de Trabalho, com as maiores percentuais de perdas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Centro Obstétrico, Pediatria e Berçário.

A taxa de resposta ligeiramente abaixo do esperado e as diferenças estatisticamente significativas podem ser atribuídas pelo fato de que, na ocasião da coleta de dados, a instituição hospitalar estava passando por um período de instabilidade, em decorrência de uma crise financeira, que desencadeou a implementação do Programa de Incentivo à Demissão Voluntária (PIDV).

Acredita-se que o PIDV, que ofereceu prioritariamente maiores vantagens para a saída dos trabalhadores com mais idade e mais tempo de serviço, teria afetado o clima organizacional e gerado muitas incertezas e insegurança aos trabalhadores e a desmotivação para participar da pesquisa, como percebido nas unidades pediátricas e pronto socorro adulto, nas quais o acesso para a abordagem dos trabalhadores foi mais difícil, resultando em menor participação.

Assim sendo, não é razoável generalizar os resultados encontrados na amostra para a população-alvo mais ampla, no caso, os trabalhadores de enfermagem do HU.

6.2 PERFIL E RESILIÊNCIA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

A partir da caracterização das variáveis sociodemográficas e ocupacionais, foi traçado o perfil dos trabalhadores de enfermagem participantes da pesquisa. Deste modo, a população do estudo foi composta predominantemente por mulheres, casadas ou vivendo com companheiro, com média etária de 41,5 anos ($dp=9,2$ anos). A composição, em sua maioria, pela força feminina corrobora com os demais estudos realizados nos cenários nacional e internacional, que trazem esta particularidade da enfermagem, bem como, uma média etária que flutua em torno dos 40 anos.

Em estudo realizado no sul do Brasil, identificou que 80,4% dos participantes eram do sexo feminino, com idade média de 39,9 anos ($dp=10,02$) e tempo médio de atuação no serviço de 10,28 anos ($dp=6,64$) (Prestes et al., 2015).

Na Espanha, na região de Múrcia, 76,8% dos entrevistados eram mulheres, com idade média de 37,24 anos (Seva-Llor et al., 2015). Na região da Catalunha, 90,6% eram mulheres, o que concerne com o perfil da enfermagem da região, com média de idade de 43 anos e tempo médio na profissão de 19 anos (Bao et al., 2013).

De modo semelhante ocorre no norte de Portugal, onde 82,4% eram do sexo feminino, com idade média de 36,5 anos ($dp=9,31$) e tempo médio na profissão de 10.1 anos ($dp=8.74$) (Pereira, Gomes, 2016).

Em um estudo com 1163 enfermeiros, alocados em hospitais de sete países (Chipre, Estados Unidos, Finlândia, Grécia, Portugal, Suécia e Turquia), a maioria também era do sexo feminino (88%), com idade média de 37,3 anos ($dp=11,3$) e tempo médio na profissão de 13,0 anos ($dp=10,7$). Chipre teve a maior percentagem de enfermeiros – sexo masculino (27%) e a Finlândia a mais baixa (2%). Na Suécia, na Grécia e na Finlândia, a idade média dos enfermeiros era superior a 40 anos e a Turquia tinha a idade média mais baixa, cerca de 30 anos (Idvall et al., 2012).

Apesar do predomínio feminino na enfermagem, recente pesquisa promovida pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), nomeada Perfil da Enfermagem no Brasil, identificou um crescimento linear do sexo masculino na composição da

enfermagem brasileira, desde a década de 1990. Também foi identificado que a enfermagem brasileira está passando por um processo de rejuvenescimento, em que 61,7% dos profissionais de enfermagem tinham até 40 anos (Machado et al., 2016).

No entanto, a média da faixa etária mais elevada da população pesquisada pode ser decorrente da estabilidade do vínculo de trabalho estabelecido, pois o processo de ingresso na instituição hospitalar se dá por meio de concurso público, e também pela boa remuneração, em comparação as remunerações instituídas pelas demais instituições hospitalares brasileiras. Estes dois fatores são contribuintes na retenção do trabalhador na instituição. Assim sendo, pode-se observar que os trabalhadores tinham em média 16,2 anos de atuação na profissão e média de 14,0 anos de tempo de trabalho na instituição, sendo que 36,8% tinham mais de 18 anos.

Quanto à categoria profissional, a maior proporção era de Técnicos de Enfermagem (53,6%), seguidos pelos Enfermeiros (37,1%), e com uma minoria de Auxiliares de Enfermagem (9,3%). Portanto, 62,9% são trabalhadores de nível médio. Observa-se que a equipe de enfermagem foi majoritariamente composta por trabalhadores de nível médio, como também encontrado na pesquisa de Monteiro e Faro (2015), em que 70,93% da amostra foi representada por auxiliares/técnicos de enfermagem e 29,07% por enfermeiros.

Um indicador geral da disponibilidade de trabalhadores de enfermagem é a sua proporção na população. Em 2008, haviam no Brasil, 0,94 enfermeiros, 2,46 técnicos de enfermagem e 3,16 auxiliares de enfermagem por mil habitantes. Já em 2010, 1,5 enfermeiros, 3,28 técnicos de enfermagem e 2,80 auxiliares de enfermagem por mil habitantes (Brasil, 2016a).

Ao longo dos últimos anos tem-se observado um crescente aumento de técnicos de enfermagem e enfermeiros, em declínio do número de auxiliares. Esta circunstância pode ser elucidada pela situação econômica vivenciada pelo país nos últimos anos, pela facilidade do acesso às universidades como alguns programas do governo federal, pelo aumento do número de universidades privadas, pelo investimento pessoal em busca de recolocação no mercado e melhores oportunidades financeiras e pelo incentivo das instituições hospitalares e dos órgãos da classe.

Um outro fator contribuinte foi a implantação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), estratégia do Ministério da Saúde para melhorar a qualificação dos atendentes e auxiliares de enfermagem que já atuavam no sistema de saúde, inicialmente estruturado para execução em 4 anos (2000/2004), mas em decorrência do impacto positivo, foi estendido até 2007 (Fiocruz, 2016).

A estabilidade financeira e remuneração digna podem ser combustíveis para o investimento na capacitação profissional com vistas ao crescimento profissional. Neste sentido, é possível observar que quase dois terços dos trabalhadores de enfermagem da amostra têm nível superior. Embora, nem todos estejam exercendo a profissão graduada, o HU, pelo caráter de ser um hospital universitário, incentiva o ensino, valoriza e remunera quem se qualifica, por meio de plano de carreira.

Apesar desses ganhos da enfermagem brasileira, em 2009, o número de enfermeiros per capita em alguns países nórdicos foi de 14 a 15 enfermeiros por mil habitantes. E embora Portugal, com taxa de 5,6 enfermeiros por mil habitantes, tenha apresentado taxa mais baixa que a dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), apresentou taxa superior à do Brasil, quando comparado a variável enfermeiro (Buchan et al., 2013).

Sobre a remuneração financeira, os trabalhadores de enfermagem da amostra apresentaram valores que diferem da realidade brasileira, mas que se torna um motivo para permanecerem por longo tempo na instituição. A renda familiar líquida mensal de boa parte dos trabalhadores da amostra é maior que 7,61 SM, mais de R\$ 6.000,00, considerando um SM em 2015 de R\$ 788,00.

Em pesquisa realizada no HU identificou que 56,5% (26) dos trabalhadores de enfermagem investigados manifestaram satisfação com a remuneração financeira atual (Prestes et al., 2015).

A satisfação com a remuneração financeira também é apontada em estudo espanhol com 485 enfermeiros de 8 diferentes hospitais, da região de Murcia. Cerca

de 62%, de um total de 305, referiram satisfação com o salário (Abad-Corpa et al., 2013).

Em relação a uma remuneração mais adequada aos trabalhadores de enfermagem, não há um piso salarial determinado por lei, no entanto, tramitava na Câmara dos Deputados, desde 2009, o Projeto de Lei (PL) nº 4.924 de 2009, que “Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira”, no entanto, foi arquivado em 2015, atendendo ao artigo 105 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, que reza que ao findar a legislatura, o projeto é arquivado caso ainda esteja em tramitação após submetido a deliberação da Câmara (Brasil, 2016b).

No entanto, em 2015, os PL 597/2015; PL 729/2015; PL 1477/2015 e PL 1823/2015 foram apensados ao PL 459/2015, que “Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira”, estabelecendo o piso salarial nacional dos profissionais de Enfermagem. Neste PL, o piso salarial estabelecido do enfermeiro é de R\$ 7.880, 00, e o piso salarial estabelecido dos demais trabalhadores de enfermagem é fixado com base no piso salarial do enfermeiro, na razão de: cinquenta por cento para o Técnico de Enfermagem; e quarenta por cento para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira. Este PL é uma representação do PL 4.924/2009 que fora arquivado. Atualmente, o PL está aguardando Parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) (Brasil, 2016c).

Adicionalmente, é assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no Art. 7º (São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social), inciso V, o “piso salarial proporcional à extensão e à complexidade do trabalho” (Brasil, 2012).

Em média, a jornada de trabalho total semanal foi de 38,4 horas, variando de 36,0 a 84,0 horas, sendo que 92,0% informaram jornada de 36,0 horas semanais, estavam distribuídos em proporções semelhantes nos três turnos de trabalho, e a 92,0% informaram ter apenas um vínculo empregatício.

Em estudos portugueses, a jornada de trabalho dos enfermeiros participantes das pesquisas foi em média 35,1 horas por semana em um estudo, e 41,8 horas por semana no outro estudo (Martinez, Ferreira, 2012; Garrosa et al., 2010).

Desde de 2000, está em tramitação na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 2.295 de 2000, que “dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem”, com vistas a regulamentação das 30 horas semanais. Ao que se tem conhecimento, os deputados aprovaram a redução em todas as comissões de mérito, sem alteração, no entanto, para a votação final, ainda falta um acordo definitivo entre os profissionais, o governo e o setor privado (Brasil, 2016d).

Em 2011, movido pela crise financeira vivenciada por Portugal, o governo português firmou um compromisso para reduzir as despesas públicas, atingindo inclusive os serviços de saúde, e, conseqüentemente, os enfermeiros que tiveram redução salarial de mais de 20%, suspensão das promoções e sobrecarga de trabalho resultante das substituições serem inferiores ao número de saídas. Esta situação tem favorecido a migração de um número significativo de enfermeiros para outros países da União Europeia (Buchan et al., 2015).

O tempo médio diário de trajeto (ida e volta) para o trabalho foi de 1,1 hora (dp=1,0 hora), variando de 0,2 a 5,5 horas. Contudo, a maioria (55,5%) relatou mais de 01 hora diária, com 14,4% dispondo de 02 ou mais horas diárias.

O tempo de trajeto de casa ao trabalho é influenciado pela distância a ser percorrida, pelo meio de transporte adotado e pelo congestionamento, presente nas grandes metrópoles. O tempo gasto, bem como a qualidade do transporte público, tem implicações sobre o bem-estar do trabalhador, ao consumir energia e influenciar a produtividade (Pero, Stefanelli, 2015).

Os trabalhadores de enfermagem que participaram do estudo, apresentaram um escore médio da ER de 138,7 pontos (dp=18,3), variando de 36,0 a 174,0 pontos, sendo que a maior proporção de trabalhadores obteve nível moderadamente baixo/moderado (45,3%; 170), seguido pelo nível moderadamente alto/alto (39,5%; 148), sendo que 15,2% (57) apresentaram baixo nível de resiliência.

De modo geral, 84,8% dos trabalhadores de enfermagem apresentavam níveis mediano a alto de resiliência, o que sugere que os participantes já estejam utilizando os fatores de proteção, mesmo que sem saberem, no enfrentamento das condições adversas do trabalho. Por outro lado, deve-se considerar o fenômeno nomeado “efeito do trabalhador sadio”.

O fenômeno trata-se do processo em que permanecem nas instituições os trabalhadores que tendem a ser mais saudáveis. É apontado como fator de confusão e de viés, é difícil de ser mensurado, mas deve ser considerado na interpretação dos resultados (Shah, 2009).

Em estudo que também utilizou a ER, a pontuação dos 56 trabalhadores de enfermagem variou de 86 a 163 pontos ($dp=13,79$). No entanto, ao estratificarem em níveis, os autores optaram para uma estratificação própria, e consideraram pontuação entre 86 e 110 como nível baixo; entre 111 e 136, nível médio e entre 137 e 163, nível elevado de resiliência. Sendo assim, verificaram que 50% dos participantes apresentaram nível elevado e 42,9% nível médio de resiliência (Rocha et al., 2016).

Ao avaliar resiliência e suas associações entre 744 enfermeiros lotados em UTI de diferentes hospitais americanos identificou-se que 22% apresentavam nível alto de resiliência, e que altos níveis estavam associados a baixa prevalência de sintomas de ansiedade ou depressão e a síndrome de burnout ($p<0,001$ para todas as comparações) (Mealer et al., 2012).

O nível elevado de resiliência foi considerado protetor para a exaustão emocional dos enfermeiros e colaborador para a realização pessoal (Rushton et al., 2015).

Apesar de ser observado nos estudos um nível adequado de resiliência entre os trabalhadores de enfermagem, deve-se considerar que a resiliência não “é” e sim “está”, e além disto, deve-se voltar para ações de promoção a saúde.

A resiliência exerce papel preventivo, ao reduzir os efeitos negativos do estresse laboral, bem como promotor, ao melhorar a saúde mental do trabalhador (Arrogante, 2014).

Em relação aos fatores que compõem a resiliência, no fator 1 - Resolução de ações e valores, a média foi 5,5 pontos ($dp=0,8$ pontos). Os itens que apareceram com mais baixa resiliência foram: 07. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação; 11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas e 12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.

O fator 1 mapeou o comportamento do trabalhador de enfermagem em relação às adversidades no ambiente de trabalho. Observa-se que os itens 07 e 12 estão relacionados a resolução de ações, ou seja, o modo como lida com as demandas laborais e como se deixa ser afetado. O item 11 relaciona-se com os valores, com o sentido e a importância dados ao que está sendo realizado, ou mesmo, com o valor do próprio trabalho.

A ausência de envolvimento com o trabalho e o desinteresse nos processos laborais podem ser motivados pelo menor envolvimento afetivo com o paciente, por não reconhecer o impacto do seu trabalho na evolução dos pacientes, ou mesmo, por não perceber o valor social do seu trabalho. Assim, trabalhadores que percebem fazer diferença na vida de seus pacientes podem apresentar sentimento mais revigorado, dedicado e absorvido em seu trabalho, o que contribui para o seu bem-estar e para uma adaptação positiva e saudável (Santos, Chambel, Castanheira, 2016).

Uma visão mais positiva a respeito de si mesmo, desenvolvida por meio de treinamentos voltados à melhora da autoconfiança e da autoeficácia, assim como do suporte social, poderia contribuir para o maior envolvimento do trabalhador nos processos laborais, e para a redução da preocupação e sofrimento decorrentes da dinâmica de trabalho (Gottardo, Ferreira, 2015).

Além disso, ao reconhecer que a resiliência prediz o desenvolvimento pessoal do trabalhador, iniciativas institucionais deveriam ser implementadas, com vistas a

valorização das potencialidades do trabalhador e autonomia para o trabalho criativo e inovador, por meio da promoção dos fatores de proteção (Monteiro, Mourão, 2016).

No fator 2 - Independência e determinação, a média foi de 5,8 pontos ($dp=0,9$ pontos) e o item com mais baixa resiliência foi 25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.

O item 25 relaciona-se com a capacidade de o trabalhador de enfermagem sentir-se bem, ainda que haja pessoas que não gostam dele.

Os trabalhadores com baixo nível de resiliência podem experienciar conflitos interpessoais no trabalho, em decorrência da reduzida capacidade de gerenciar conflitos. Contudo, com o aumento do nível de resiliência, há a redução dos efeitos paralisantes dos conflitos interpessoais no trabalho, e nas situações negativas presentes no trabalho (Martinez-Corts et al., 2015).

A capacidade de manter relações, comunicar-se e conviver com o outro é um fator imperativo para o trabalho de enfermagem. O relacionamento saudável, a aceitação e o reconhecimento dos seus pares, dos demais trabalhadores da organização de saúde, dos pacientes e dos familiares dos pacientes são essenciais para a atividade profissional, e agem como uma mola propulsora para que o trabalhador se esforce cada vez mais em desenvolver seu trabalho (Thofehn et al., 2015).

No fator 3 - Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações, a média foi 5,4 pontos ($dp=0,8$ pontos). Os itens que apareceram com mais baixa resiliência foram: 20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não; e 22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.

Os itens 20 e 22 relacionam-se com a capacidade de lidar com as situações, assim como, não insistir nas quais não pode fazer nada.

A promoção da autoconfiança e do otimismo é imprescindível para que os trabalhadores sintam que são capazes de lidar de modo mais eficaz com as demandas

do seu ambiente de trabalho, buscando encontrar soluções criativas para resolver os problemas, amortecendo os efeitos da tensão (Martinez-Corts et al., 2015).

Em relação aos níveis de resiliência entre os setores, não houve diferença estatisticamente significativa, contudo, observou-se maiores proporções de trabalhadores com resiliência baixa na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (28,6%), na Pediatria (26,7%), na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (23,1%) e no Ambulatório (21,4%).

Em dois estudos com trabalhadores de enfermagem espanhóis também não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os setores hospitalares. Assim como em um estudo americano, com 114 enfermeiros de quatro hospitais americanos, observou-se que os níveis de resiliência não diferiram significativamente entre os setores investigados (Arrogante, Pérez-García, Aparicio-Zaldívar, 2016; Arrogante, Pérez-García, Aparicio-Zaldívar, 2015; Rushton et al., 2015).

Em relação aos fatores associados a resiliência, houve correlação estatisticamente significativa entre a idade e a resiliência, sendo que quanto mais elevada a idade, maior o escore da ER ($p=0,004$; $r=-0,149$). Da mesma forma, mais elevado é o escore da ER quanto maior o tempo de trabalho na instituição ($p=0,011$; $r=-0,131$) e quanto maior o tempo de trabalho na profissão ($p=0,005$; $r=-0,144$). Assim, pela regressão linear pode-se inferir que para cada ano de idade ocorre aumento de 0,339 pontos na ER.

Rushton et al. (2015), ao mapearem resiliência em enfermeiros americanos, não encontraram relação estatisticamente significativa entre resiliência e tempo na profissão.

No entanto, ao investigar os fatores geradores de estresse em 235 enfermeiros de unidades de terapia intensiva da cidade do Porto, Portugal, evidenciou-se que enfermeiros em início de carreira têm níveis de estresse mais elevados, em comparação aos demais enfermeiros (Rodrigues, Ferreira, 2011).

Na Austrália, observou-se que os enfermeiros que se percebiam capazes de lidar com as adversidades do trabalho eram os mais velhos, e com maior tempo de trabalho. Os autores consideram que a experiência clínica, o conhecimento de informação privilegiada sobre as pessoas e os processos do local de trabalho foram os fatores contribuintes para a adaptação positiva e saudável dos enfermeiros (McDonald et al. 2016).

Os enfermeiros sul-coreanos com maior tempo de trabalho percebiam o comportamento resiliente no cotidiano, como: o pensamento positivo, a flexibilidade e o assumir responsabilidades, que facilitavam a mudança de foco de experiências negativas para experiências positivas, da rigidez à flexibilidade, do pensamento centrado nas tarefas para o pensamento centrado na pessoa. Além disso, percebiam que o seu comportamento resiliente refletia na equipe (Kim, Windsor, 2015).

Os anos de experiência profissional é um fator associado a resiliência, pois a resiliência é uma capacidade que se desenvolve ao longo do tempo, na interação pessoa e o meio. Neste sentido, os trabalhadores de enfermagem que permanecem na profissão, apesar das condições adversas de trabalho, são sobreviventes e transformadores de sua própria realidade, ao mesmo tempo que tem oportunidade de crescimento pessoal e de aprendizagem ao longo da vida (Cope, Jones, Hendricks, 2016).

No entanto, a exposição crônica ao estresse intenso no local de trabalho, independentemente das variáveis sociodemográficas e ocupacionais, afeta o bem-estar físico e mental dos trabalhadores, podendo resultar em esgotamento. Por conseguinte, é imperativo adotar uma abordagem preventiva, como a promoção da resiliência dos trabalhadores, como um meio de reduzir os resultados negativos do estresse (McCann et al., 2013).

A partir da intervenção para promoção da resiliência, o trabalhador de enfermagem poderá utilizar mecanismos de proteção para reduzir os efeitos nocivos do trabalho, como a rede de apoio (companheiro, família e amigos), apoio entre colegas no local de trabalho, comunicação positiva no ambiente de trabalho, compartilhamento do conhecimento, compartilhamento de experiências no cuidar dos

pacientes e no enfrentamento dos desafios no local de trabalho, autonomia, otimismo, sentido de pertença ao grupo e a enfermagem, a crença em si mesmo e na capacidade de mudar as situações, o autocuidado, o autoconhecimento e a automotivação (McDonald et al. 2016).

6.3 MODELO PARA PROMOÇÃO DA RESILIÊNCIA EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

A oficina de resiliência tem por objetivo principal promover os fatores resilientes em trabalhadores de enfermagem, por meio da difusão do conhecimento sobre o conceito de resiliência e seus fatores condicionantes, a reflexão individual e em grupo das suas potencialidades resilientes (fortalezas) frente as adversidades do cotidiano de trabalho, assim como a promoção destas potencialidades e da descoberta de novas.

Segundo Afonso (2010, p.9):

Oficina é um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir.

A decisão por realizar a oficina foi motivada pela oportunidade de proporcionar a troca de desafios e experiências positivas entre os participantes, pela característica do trabalho de enfermagem ser realizado em equipe, e também por estar promovendo o relacionar-se com o outro, o fator de proteção suporte social.

E é nas oficinas que se desenvolvem experiências em sintonia com o enfoque de resiliência (Murtagh, 2005).

O número delimitado de participantes foi especialmente pensado, com vistas a dar oportunidade de espaço e de voz para todos os participantes, todavia, por se tratar de um modelo piloto, poderá ter adaptações quando implementado. Assim como o número de encontros, que a princípio foram propostos quatro encontros, mas que poderão ser modificados.

Compartilhar experiências positivas, histórias de resiliência, tem a capacidade de sustentar os pares em tempos difíceis e desafiadores, pois a história de uma pessoa pode se tornar força para restauração, um guia, uma inspiração, ou mesmo a cura entre os trabalhadores de enfermagem (Cope, Jones, Hendricks, 2016).

As experiências positivas do passado, ou seja, aquilo que foi bem vivido, experienciando de forma positiva, permanece guardado no passado como uma realidade, que pode, no presente, tornaram-se forças para superar as adversidades e viver melhor (Silveira, Mahfoud, 2008).

São nas trocas de experiências, no compartilhamento de histórias, que podem ser promovidos a empatia, o otimismo, a autoconfiança, a criatividade nos participantes da oficina. Para tanto, o trabalhador de enfermagem necessita apropriar-se do conceito de resiliência e dos fatores condicionantes, aumentando o seu repertório.

Compreender o conceito de resiliência é compreender as condições pelas quais o indivíduo é capaz de resistir às vicissitudes da vida, quando esta faz sentido, pois de maneira geral, o sofrimento está sempre presente, pois ele perpassa o caminho da vida. Neste sentido, o indivíduo deve ser flexível e aprender com a adversidade, superar as dificuldades, a dor, o trauma, reconstruir-se, encontrar recursos, caminhos e possibilidades (Silveira, Mahfoud, 2008).

Mas, de acordo com Paladini et al. (2005), a apresentação da definição de resiliência nos grupos de trabalho deve ser de maneira suficientemente simples, sem sobrecarregar com explicações complexas, e a abordagem deve ser orientada à aprendizagem e ao fortalecimento dos construtos da resiliência.

Nesse sentido, deve-se ter cautela na apresentação do conceito e dos fatores de resiliência, atentando-se para que o conteúdo e a linguagem sejam adequados aos participantes, a fim de que o momento seja de entendimento e partilha, e não uma aula expositiva. Na verdade, melhor seria se estes conteúdos fossem sendo introduzidos de maneira suave e despercebida, sem se prender a termos técnicos,

pois o objetivo da oficina é difundir a temática ao trabalhador por meio de experiências positivas.

Após a aproximação da temática, o trabalhador é capaz de levantar as próprias experiências “positivas”, que mesmo sem conhecimento ou explicação, aplicam elementos sob a ótica da resiliência (Murtagh, 2005).

O resgate de experiências positivas, vividas nas diferentes fases do desenvolvimento humano, visa identificar os fatores resilientes do trabalhador, inclusive aqueles que para o trabalhador não sejam conscientes, portanto, não tão facilmente acessados no cotidiano.

O conhecimento dos fatores de resiliência é um dos pontos forte da oficina, pois o enfoque da resiliência é “trabalhar com o que se tem, não o que falta, o que constitui um aporte como perspectiva de trabalho”. Ou seja, ao conhecer as qualidades e as habilidades utilizadas nas experiências positivas, consegue-se identificar e promover os fatores resilientes, ou seja, os fatores protetores que favorecem as respostas adequadas às situações adversas (Murtagh, 2005, p. 112).

Para que o trabalhador resgate suas experiências positivas e os fatores de proteção envolvidos, necessita fazer uma imersão em si, uma auto investigação, partindo para uma jornada que o leva para o autoconhecimento, para a compreensão de si mesmo, que em decorrência da dinâmica de mundo que está inserido há poucos espaços para estas reflexões pessoais.

O autoconhecimento também faz parte da dinâmica da resiliência, em que são empregados a reflexão, a inteligência, a sabedoria e a capacidade crítica para a auto compreensão. Também é no processo de autoconhecimento, que o trabalhador de enfermagem lança seu olhar ao mundo e levanta questões que expressam a perplexidade diante da vida, e pergunta-se se a própria vida faz sentido. Frente a estes questionamentos, baseado na reflexão e na ação, o trabalhador configura sua existência, e encontra um sentido para a vida, um sentido para enfrentar os desafios de cada dia (Silveira, Mahfoud, 2008).

E os desafios no contexto laboral da enfermagem são inúmeros, no entanto, a partir da oficina, quando o trabalhador se deparar com as adversidades poderá, de posse de suas habilidades e potencialidades, decidir pelo comportamento resiliente no enfrentamento das situações de risco.

Esse é o momento de promover os potenciais resilientes do trabalhador de enfermagem reforçando o comportamento resiliente, fortalecendo e potencializando os fatores protetores, em busca de reduzir sua vulnerabilidade (Paladini et al., 2005).

Ao identificar as fontes de estresse no ambiente de trabalho é possível direcionar estratégias de enfrentamento eficazes, que irão repercutir no desempenho, na saúde e na qualidade da assistência dos trabalhadores de enfermagem (Jacques et al., 2015).

A estratégia de enfrentamento deve ser elaborada pelo próprio trabalhador, ou pelos trabalhadores, para que seja um produto individual ou do grupo, e não de quem coordena a oficina, por exemplo, pois busca-se a autonomia do participante. Mas se deve estabelecer alguns parâmetros, que poderão servir para mensurar a implementação da estratégia, como, por exemplo, onde, quando e como será implantada a estratégia. Nesta etapa o trabalhador utiliza-se de diferentes fatores de proteção, tais: suporte social, otimismo, empatia, autoconfiança, proatividade e criatividade.

Dotados de otimismo, temperança e plasticidade, entre outros, a estratégia deverá ser reavaliada e mensurada no próximo encontro, a fim de verificar o quanto se avançou para sua implementação, mas também poderá ser um momento de reformulação da estratégia. Esta etapa não deve ser considerada como um momento de fracasso, pois o objetivo é a adaptação positiva e saudável do trabalhador, com vistas a promoção da saúde, e os ajustes poderão ser necessários, como assim os são na jornada da vida (flexibilidade).

O fomento da resiliência para o enfrentamento da prática complexa e estressante é necessário para manter os trabalhadores de enfermagem saudáveis, qualificados e para garantir a assistência segura ao paciente (Cusack et al., 2016).

O treinamento da resiliência no local de trabalho traz uma série de benefícios, como o desenvolvimento pessoal e o melhor desempenho. Uma revisão sistemática identificou que as intervenções ocorreram desde em uma única sessão de 1 hora e 30 minutos à 13 sessões semanais, de forma individual ou em grupo (Robertson et al., 2015).

Tarantino et al. (2013) desenvolveram programa piloto de 8 semanas para aumentar a resiliência de profissionais de saúde. Utilizaram estratégias combinadas, como diferentes formas de meditação, além de orientação individual com vistas a promoção da resiliência. A avaliação do programa piloto pelos 84 participantes (mais de 90% enfermeiros) foi positiva, com relatos de níveis significativamente mais baixos de estresse e aumento significativamente na autoconfiança em lidar com as adversidades. Este resultado foi ressaltado pelos participantes tanto no final das 8 semanas, como no seguimento a longo prazo, após 12 meses.

Outro programa com foco na promoção de resiliência em enfermeiros, foi implementado por 12 semanas entre enfermeiros de UTI que não apresentavam altos níveis de resiliência. A princípio, os enfermeiros participaram de um *workshop* de dois dias, onde receberam treinamento de exercícios de meditação e aeróbicos que deveriam ser realizados em casa durante as 12 semanas. Além disto, durante as 12 semanas, haviam sessões de aconselhamento com temas específicos, baseada na terapia cognitivo-comportamental; e, semanalmente, por correio eletrônico, sessões de terapia a fim de encorajar o comportamento resiliente no enfrentamento das adversidades laborais. No final do programa, observou-se que redução dos efeitos maléficos do estresse (Mealer et al., 2014).

Os novos comportamentos, provenientes das vivências positivas, induzem a construção de novos recursos pessoais, que como num ciclo, geram novas vivências positivas, e assim por diante, encaminhando o trabalhador de enfermagem a construir novas redes de apoio. Esta situação perdura até muito tempo depois de ter cessado a emoção positiva que desencadeou a mudança (Silvestre, Vandenberghe, 2013).

As emoções positivas, foco dos experimentos de Alice Isen e, posteriormente, de Barbara Frederickson, atuam de maneira benéfica e diversa na regulação de

emoções; na dissolução dos efeitos do estresse sobre processos fisiológicos; na abertura às experiências; no melhor desempenho das estratégias de coping; e, conjuntamente, na qualidade dos relacionamentos. Esta ampla atuação das emoções positivas contribui para a construção de recursos pessoais e sociais fortes do indivíduo, favorecendo a promoção da saúde mental e física e da resiliência (Silvestre, Vandenberghe, 2013).

As emoções positivas têm a capacidade de regular os efeitos das emoções negativas. Ou seja, as emoções negativas, como medo e ansiedade, são responsáveis com ativar a descarga adrenérgica, produzindo uma reatividade cardiovascular que podem durar quantidades variáveis de tempo. Já as emoções positivas têm a capacidade de retornar aos níveis basais de excitação, desfazendo os efeitos das emoções negativas, além de ampliar a atenção e a cognição, resultando em bem-estar emocional (Fredrickson, Joiner, 2002; Fredrickson et al., 2000).

Em um estudo de promoção de resiliência entre vítimas de trauma psicológico, os autores suscitavam no paciente três momentos: o resgate de situações passadas enfrentadas e superadas; o resgate do evento traumático; a condução do paciente a lembrar-se das sensações agradáveis vindas da situação passada vencida, deslocando estas emoções para reinterpretar o momento vivido no presente (Peres, Mercante, Nasello, 2005).

A resiliência tem sido reconhecida como aspecto importante na promoção e manutenção da saúde mental, podendo reduzir a intensidade do estresse e diminuir sinais emocionais negativos, como ansiedade, depressão ou raiva. Portanto, “a resiliência é efetiva não apenas para enfrentar adversidades, mas também para a promoção da saúde mental e emocional” (Grotberg, 2005, p. 19).

A oficina deverá proporcionar aos trabalhadores de enfermagem desfrutar de momentos agradáveis, com vistas as emoções positivas e a potencialização do comportamento resiliente, por meio da ressignificação de crenças que tem desfavorecido a adaptação positiva.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC), que tem como princípio modificar as crenças do indivíduo para produzir mudanças no comportamento, será o fio condutor da oficina (Brito, Bakos, 2013).

As crenças são um construto multideterminado e transversal, e pode ser compreendida como percepção, fé, expectativa, julgamento. O sistema de crenças é a relação das crenças de um indivíduo. É o conjunto de hipóteses aceitas como verdadeiras dentro do contexto em que vive, auxiliando na compreensão do significado da ação humana (Rokeach, 1968 *apud* Brant, Borges-Andrade, 2014).

As crenças podem ser de dimensão centro-periférica, ou seja, quanto mais centrais, mais resistentes a mudanças, estão relacionadas a identidade do indivíduo e ao modo como situa-se no mundo. São compartilhadas dentro do seu grupo social de referência. Já as crenças referentes a preferências são menos centrais e, portanto, menos resistentes a mudanças. Não há consenso dentro do grupo de referência do indivíduo. São mais flexíveis quanto à possibilidade de alterações. Nesta dimensão estão as crenças sobre o trabalho (Brant, Borges-Andrade, 2014).

Cuestas (2005) relata uma experiência de oficina ocorrida em uma comunidade na Argentina, em momento político muito crítico do país. Eram realizados encontros semanais, em um grande galpão, onde por mais de duas horas em torno de uma grande mesa, exploravam, ludicamente, diversas técnicas de pintura, colagem, gesso, argila, e, de modo natural, os princípios da resiliência eram desenvolvidos.

Os indivíduos que participaram da oficina desenvolveram fatores protetores que enuncia a resiliência, como “o respeito à diversidade, o apoio à iniciativa individual, o fortalecimento dos laços de companheirismo e afeto, a criatividade”, e que expandiram para toda a comunidade, gerando ações de fortalecimento na rede comunitária. A promoção da resiliência ampliou para além do grupo originário (Cuestas, 2005, p. 148).

A experiência vivida por Cuestas impulsiona a proposição deste modelo piloto para promoção da resiliência em trabalhadores de enfermagem, por acreditar que o

comportamento resiliente não se restringirá apenas ao grupo de participantes, e sim, será propulsionado nas relações com os demais trabalhadores, amigos e familiares.

O trabalhador de enfermagem pode ser um promotor da saúde no ambiente de trabalho, ressignificando sua forma de enxergar o seu trabalho, com vistas a diminuir os fatores geradores de estresse (Jacques et al., 2015).

Além disso, a oficina poderá ter momentos para os trabalhadores expressarem sua criatividade. Para este fim, serão disponibilizados materiais de apoio para os trabalhadores, tais como: textos para leitura, materiais de escritório (papelaria) e audiovisuais. Poderão, por exemplo, utilizar músicas que poderão ser ora relaxantes, ora estimulantes, de acordo com o objetivo da atividade estipulada.

Sob a perspectiva da resiliência, há um novo olhar sobre a experiência humana, em que frente ao sofrimento há possibilidade de transcender-se, transcendendo os condicionamentos psicofísicos, apesar dos condicionamentos inerentes do processo de viver, com vistas a manter a liberdade de se posicionar, de escolher (Silveira, Mahfoud, 2008).

Afinal, o que se almeja é aumentar a resiliência, contudo, a resiliência não é algo simples, como mais um artefato hospitalar que pode ser comprado. A resiliência é o produto, o resultado. Na verdade, existem diversos fatores precedentes à resiliência (fatores de proteção) que ao melhorá-los, promove a resiliência. Ou seja, a resiliência não é o começo... é o fim.

Nesse sentido, o trabalhador de enfermagem é beneficiado quando existem atitudes institucionais permanentes, que visam auxiliá-lo na gestão do reconhecimento da sua vulnerabilidade, mas com ênfase na fortaleza frente ao forte impacto de estressores internos e externos, que podem comprometer sua saúde e sua qualidade de vida, bem como afetar seu desempenho profissional.

Contudo, apesar dos benefícios destacados a resiliência, poucos estudos têm focado na construção de estratégias de intervenção centradas no sujeito trabalhador

de enfermagem, e diante deste contexto, tornou-se relevante a proposição deste modelo piloto.

É importante ter em mente que quando se aplica a resiliência face aos problemas sociais, como no enfrentamento das adversidades laborais, ela é um fenômeno humano e uma experiência de vida dificilmente replicável, que acontece em um momento e contexto específicos, e, portanto, os resultados não podem ser generalizados, pois cada cultura desenvolve as suas próprias estratégias para lidar com as adversidades e a visão que ele tem deles (García-Vesga, Domínguez-de la Ossa, 2013).

Aliás, não há apenas um modo de superar as adversidades. Enfrentar o sofrimento, as dificuldades, é um caminho que deve ser construído diariamente, com vistas as boas saídas, com criatividade e liberdade, e da capacidade da autogestão do desenvolvimento pessoal (García-Vesga, Domínguez-de la Ossa, 2013).

A eficácia dos programas de promoção de resiliência foi abordada em uma revisão sistemática, com 25 estudos, evidenciou que programas tem efeito benéfico na melhora saúde mental e no bem-estar (Leppin et al., 2014).

Ao avaliar a efetividade dos programas de promoção de resiliência no ambiente de trabalho, observou-se que o efeito global dos programas foi pequeno, e que os efeitos diminuem ao longo do tempo (Vanhove et al., 2016).

Por outro lado, cabe a corresponsabilidade social da instituição e dos seus gestores sobre a recuperação, manutenção e promoção da saúde dos seus trabalhadores. Muito menos, que o conceito de resiliência seja indevidamente utilizado para culpabilizar o trabalhador pela sua condição de saúde, pelo seu insucesso diante das adversidades, estigmatizando o trabalhador, agindo como se o modo que o trabalho está organizado não determinasse o perfil de adoecimento dos trabalhadores.

Assim, analisar maneiras de incorporar o tema resiliência como parte de uma política institucional, é um meio para que se produza resultados permanentes (Murtagh, 2005).

7. CONCLUSÃO

Ao investigar a resiliência em trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário, foi possível evidenciar que, apesar das adversidades encontradas no ambiente de trabalho, particularmente, potencializada pelas mudanças em decorrência do PIDV, o escore médio da ER foi de 138,7 pontos, considerado como moderadamente baixo/moderado.

Embora, a média esteja dentro de um nível mediano, deve-se considerar que os valores da ER variaram de 36,0 a 174,0 pontos. Ou seja, houveram trabalhadores com nível alto de resiliência, mas cerca de 15% apresentaram baixo nível de resiliência, indicando uma situação de risco para o adoecimento.

As variáveis idade, tempo de trabalho na profissão e tempo de trabalho na instituição foram identificadas como fatores associados à resiliência dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Por outro lado, foi possível evidenciar que o sexo, o estado civil, a escolaridade e a remuneração, bem como as demais variáveis profissionais não são determinantes para a resiliência.

Esses achados constituem numa contribuição desta pesquisa aos saberes da resiliência no campo do trabalho, em particular, o da enfermagem, principalmente, por haver poucos estudos que abordem a questão da resiliência em trabalhadores de enfermagem.

O conhecimento adquirido permite entender que a resiliência é dinâmica e, portanto, se *está resiliente* e não se *é resiliente*. Assim, independentemente dos valores da ER, a promoção da resiliência deve abarcar todos os trabalhadores, a fim de que haja uma adaptável positiva e saudável no trabalho.

Nesse sentido, a implantação de um modelo para promoção da resiliência faz-se necessário para a promoção da saúde do trabalhador de enfermagem, por meio do reconhecimento e utilização dos fatores de proteção, intrínsecos e externos, por meio do autoconhecimento e da mudança do comportamento face as adversidades do

contexto do trabalho, mas que também poderão ser aplicados na vida não laboral, com vistas ao desenvolvimento pessoal.

Mas foi evidenciado na literatura uma redução do efeito da intervenção ao longo do tempo, o que, sob a perspectiva do constructo da resiliência, é facilmente compreendida em vista da dinamicidade da resiliência, bem como, do ambiente de trabalho, do trabalhador e das adversidades. Assim sendo, orienta-se a implementação de medidas permanentes de promoção da resiliência.

Para tanto, seria ideal uma iniciativa institucional e política em busca de ambientes de trabalho saudáveis. Há sim as “Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde”, desde 2011, e experiências de modelos internacionais, contudo, na prática pouco se tem caminhado.

Frente as tímidas ou inexistentes ações eficazes na promoção da saúde do trabalhador de enfermagem, é necessário fazer algo, mesmo que seja de baixo para cima, de forma experimental e, que a princípio, beneficie um grupo pequeno de trabalhadores, ousamos propor este modelo para promoção da resiliência em trabalhadores de enfermagem, tendo em vista, a capacitação do trabalhador no enfrentamento das adversidades.

No entanto, faz-se necessário frisar que há uma corresponsabilidade pela preservação e promoção da saúde do trabalhador, sendo eles, o trabalhador, os gestores e a instituição, e os gestores políticos. Neste sentido, apesar do modelo para promoção da resiliência em trabalhadores de enfermagem ter propósito do desenvolvimento pessoal, por meio do fortalecimento do comportamento resiliente do trabalhador, não se tem a intenção de culpabilizar o trabalhador.

É que na verdade, acreditamos ser mais provável capacitar o trabalhador para enfrentar as situações adversas do que, a curto tempo, sensibilizar os gestores quanto a modificações eficazes nos processos e na organização do trabalho, com vistas a preservação do seu capital humano. É preciso realizar esta sensibilização, no entanto, trata-se de uma questão de longo prazo. Enquanto isto precisamos capacitar os trabalhadores, até porque acreditamos que trabalhadores com comportamento

resiliente buscarão promover e requererão, junto a seus gestores, ambientes de trabalho saudáveis.

Uma limitação desta pesquisa foi, em decorrência do não aceite da participação de trabalhadores elegíveis, uma taxa de perdas de 27,3%, o que não inviabilizou a pesquisa, contudo, não poderemos generalizar os resultados para todos os trabalhadores da enfermagem do HU-USP.

Pelo fato do conceito de resiliência estar em transformação, resultante do aumento progressivo de pesquisadores interessados nesta área, os constructos e os fatores de proteção têm sido repensados. Em razão disto, há uma série de escalas para mensurar o nível de resiliência e com diferentes constructos, o que dificulta a comparação dos resultados.

Em pesquisas futuras, ensejamos implementar e avaliar o modelo para promoção da resiliência em trabalhadores de enfermagem, proposto nesta pesquisa. Mas desejamos que possa ser implementado por outros pesquisadores para que possamos comparar as avaliações e os resultados.

REFERÊNCIAS

- Abad-Corpa E et al. Estudio RN4CAST en Murcia: características organizacionales de los hospitales y perfiles enfermeros. *Rev Calid Asist.* 2013;28(6):345-354.
- Abreu RMD, Gonçalves RMDA, Simões ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. *Rev Bras Enferm.* 2014 mai-jun;67(3):386-93.
- Afonso MLM, organizador. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
- Araújo GS, Sampaio AS, Santos EM, Barreto SMG, Almeida NJV, Santos MLD. Perfil de trabalhadores de enfermagem acompanhados por equipe multiprofissional de saúde mental. *Rev Rene.* 2014;15(2):257-63.
- Arrogante O, Pérez-García AM, Aparicio-Zaldívar EG. Bienestar psicológico en enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enferm Clin.* 2015;25(2):73---80.
- Arrogante O, Pérez-García AM, Aparicio-Zaldívar EG. Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermeira. *Enferm Intensiva.* 2016;27(1):22---30.
- Arrogante O. Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de Enfermería. *Enfermería Clínica.* 2014; 24(5): 283–289.
- Bao Y, Vedina R, Moodie S, Dolan S. The relationship between value incongruence and individual and organizational well-being outcomes: An exploratory study among Catalan nurses. *Journal of Advanced Nursing.* 2013; 69(3): 631–641.
- Baptista PCP. Incapacidade no trabalho: a compreensão de Gerentes de Enfermagem [tese de livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
- Barbosa G. A razão da publicação vir somente em 2014. In: Barbosa G, organizador. *Resiliência: desenvolvendo e ampliando o tema no Brasil.* São Paulo: Sobrare; 2014a. p. 11-14.
- Barbosa G. Definição de resiliência e a abordagem resiliente. In: Barbosa G, organizador. *Roteiro dos índices de resiliência: uma introdução de como analisar os resultados de pesquisas em resiliência.* São Paulo: Sobrare; 2014b. p. 7-8.
- Barbosa G. Resiliência em professores do ensino fundamental de 5º a 8º série - validação e aplicação do “questionário do índice de resiliência: adultos Reivich-Shatté/Barbosa”. In: Barbosa G, organizador. *Resiliência: desenvolvendo e ampliando o tema no Brasil.* São Paulo: Sobrare; 2014c. p. 23-55.

Barbosa GS. Resiliência em professores do Ensino Fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do “Questionário do Índice de Resiliência: adultos Reivich-Shatté/Barbosa [dissertação]. São Paulo: Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo; 2006.

Barlach L, Limongi-França AC, Malvezzi S. O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 2008; 42 (1): 101-112.

Barlach L. O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2005.

Barreto BMF, Silva RP, Camacho ACLF, Oliveira BGRP, Valente SCV. A interferência do estresse no trabalhador de enfermagem no ambiente hospitalar e sua relação como fator de risco para a ocorrência de câncer. *J. res.: fundam. care. online*. 2016; 8(2):4154-67.

Belancieri MF, Beluci ML, Silva DVR, Gasparelo EA. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2010; 27(2): 227-233.
Belancieri MF. Promoção do processo de resiliência em enfermeiras: uma possibilidade [doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

Bland JMB, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ*. 1997; 314:572.

Brandão JM, Mahfoud M, Gianordoli-Nascimento IF. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paideia*. 2011; 21(49): 263-271.

Brandão JM, Mahfoud M. Problematisando os estudos sobre a resiliência. In: *Anais do XIV Encontro Nacional da Abrapso*; 2007 out.31-nov.03; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/html/sessoes/1726_sessoes_resumo.htm

Brandt JA, Oliveira ICO. Análise das relações dos supervisores com suas equipes nas organizações de trabalho. *Psicologia USP*. 2009;20(4):577-596.

Brant SRC, Borges-Andrade JE. Crenças no contexto do trabalho: características da pesquisa nacional e estrangeira. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*. 2014;14(3): 292-302.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo nº 008/2011. Institui as Diretrizes

da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: 2011.

Brasil (a). Ministério da Saúde/SGTES/DEGERTS/CONPROF - Conselhos profissionais. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/e01.def>

Brasil (b). Câmara dos Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. PL 4924/2009. Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=427859>

Brasil (c). Câmara dos Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. PL 459/2015. Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=949035>

Brasil (d). Câmara dos Deputados. Projetos de Lei e Outras Proposições. PL 2295/2000. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>

Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(4):937-951.

Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31(supl 1): S13-S27.

Brito FS, Bakos DDGS. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2013; 9(1):34-41.

Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão L, Dussault G. Enfermeiros em funções avançadas: uma análise da aceitação em Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2013;21(Spec): 38-46.

Caetano VC, Cruz DT, Silva GA, Leite ICG, Carvalho SM. Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(3):1047-1062.

Calil ASG, Jericó MC, Perroca MG. Gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: estudo da interface idade – absenteísmo. *REME Rev Min Enferm*. 2015; 19(2): 79-85.

Campos JF, David HMSL, Souza NVDO. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. *Esc Anna Nery* 2014;18(1):90-95.

Campos JF, David HMSL. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011; 45(2):363-8.

Carmello E. Resiliência: a transformação como ferramenta para construir empresas de valor. São Paulo: Editora Gente; 2008.

Chan AO, Chan YH, Kee JP. Exposure to crises and resiliency of health care workers in Singapore. *Occup Med (Lond)*. 2013;63(2):141-4.

Cope V, Jones B, Hendricks J. Resilience as resistance to the new managerialism: portraits that reframe nursing through quotes from the field. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24:115–122.

Costa TF, Felli VEA. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(4):501-8.

Cruz EJER, Souza NVDO, Correa RA, Pires AS. Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery* 2014;18(3):479-485.

Cuestas A. A resistência à opressão. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 145-9.

Cunha EG, Mazzilli CP. A gestão do medo: o mal como instrumento de gestão na ótica da psicodinâmica do trabalho. *Revista da Abet*. 2005; 5(2):69-96.

Cusack et al. Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: constructing a unified theoretical model. *Front. Psychol*. 2016;7:1-8.

Dall'Agnol CM, Moura GMSS, Magalhães AMM, Falk MLR, Riboldi CO, Oliveira AP. Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(5): [07 telas].

Dejours C. Nouvelles formes D'organisation du travail et Lésions par Efforts Répétitifs (LER): aproche par la psychodynamique du travail. In: Sznelwarl.; Zidan L. (Orgs.). *Trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*. São Paulo: Pleiade, 2000, p. 183-196

Duarte JMG, Simões ALA. Significados do trabalho para profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015; 23(3):388-94

Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006;14(4):517-25.

Estamatti M. Programas em saúde mental comunitária. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 151-60.

Felli VEA, Baptista PCP. O contexto do trabalho de enfermagem e a saúde do trabalhador. In: Felli VEA, Baptista PCP, organizadoras. Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri (SP): Manole; 2015. p. 01-11.

Felli VEA, Baptista PCP. Qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016. p. 86-101.

Felli VEA, Mininel VA, Martins AC, Karino ME, Carvalho MB. Indicadores de saúde dos trabalhadores de enfermagem. In: XI Conferência Ibero-americana de Educação em Enfermagem, 2011. Coimbra. Referência. Coimbra: Aladefe, 2011.

Finazzi-Santos MAF, Siqueira MVS. Considerações sobre trabalho e suicídio: um estudo de caso. Rev. bras. saúde ocup. 2011;36(123):71-83.

Fontes AP, Azzi RG. Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. Estudos de Psicologia I Campinas. 2012; 29(1):105-114.

Fontes AP. Resiliência, segundo o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (life-span). Revista Kairós, São Paulo. 2010; Caderno Temático 7: 8-20.

Fortin MF, Côté J, Fillion F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta: Loures (Portugal). 2009; 595 p.

Fowler Jr DJ. Nonresponse: implementing a sample design. In: Survey Research Methods. California: Sage; 1990. p. 45-60.

Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Rev. bras. Saúde ocup. 2010;35(122):229-248.

Fredrickson BL, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward Emotional well-being. Psychological Science. 2002; 13(2): 172-175.

Fredrickson BL, Mancuso RA, Branigan C, Tugade MM. The Undoing Effect of Positive Emotions. Motivation and Emotion. 2000; 24(4): 237-258.

García-Vesga MC, Domínguez-de la Ossa E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2013; 11(1): 63-77.

Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jimenez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses. International Journal of Nursing Studies. 2010;47:205–215.

Gil-Monte PR. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29(2):237-41.

Gottardo LFS, Ferreira MC. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 2015; 67(1): 146-160.

Grotberg EH. Introdução: novas tendências em resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005, p. 15-22.

Idvall E et al. Nurses' Sociodemographic Background and Assessments of Individualized Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 2012; 44(3): 284–293.

Jacques JPB, Ribeiro RP, Martins JT, Rizzi DS, Schmidt DR. Geradores de estresse para os trabalhadores de enfermagem de centro cirúrgico. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina. 2015; 36(1), supl.: 25-32.

Kim M, Windsor C. Resilience and Work-life Balance in First-line Nurse Manager. *Asian Nursing Research*. 2015; 9:21-27.

King A. Neurobiology: Rise of resilience. *Nature*. 2016; 531(7592): S18-19.

Laurell AC, Noriega M. O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Leão LHC, Minayo Gomez C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(12):4649-4658.

Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2007;41(2):287-91.

Lelis CM, Battaues MRB, Freitas FCT, Rocha FLR, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):477-82.

Leppin AL et al. The Efficacy of Resiliency Training Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *PLoS One*. 2014; 9(10):e111420.

Lima FB, Velasco AR, Lima ABG, Alves EA, Santos PSSR, Passos JP. Fatores de motivação no trabalho de enfermagem. *R. pesq.: cuid. fundam. Online*. 2013; 5(4):417-23.

Loisel P, Charpentier N, Felli VAE, Durand MJ, Costa-Black K, Mininel VA, Hong QN. Cross-cultural adaptation of the Work Disability Diagnostic Interview (WoDDI) for a Brazilian context. Report present to Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR); 2007.

Loisel P, Durand MJ. Applying transdisciplinary to the complexity of work disability prevention. Centro de Educação Transdisciplinar CETRANS; 2005 [acessado em 18 set 2014]. Disponível em: http://cetrans.com.br/artigos/Patrick_Loisel.pdf

Lucca SR, Rodrigues MSD. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Trab*. 2015;13(2):76-82.

Machado MH, Wermelinger M, Vieira M, Oliveira E, Lemos W, Aguiar Filho W et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. *Enferm. Foco*. 2016; 7 (ESP): 15-34.

Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(3): 119-122.

Magalhães NAC, Farias SNP, Mauro MYC, Donato MD, Domingos AM. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. *Rev. enferm*. 2011;19(2):224-30.

Magnago TSBS, Lisboa MTL, Souza IEO, Moreira MC. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. *Rev. bras. enferm*. 2007;60(6):701-15.

Magnano TSBS, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher CQ, Vieira LB. Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paul. Enferm*. 2010;23(2):187-93.

Martinez LF, Ferreira AI. Sick at Work: Presenteeism among Nurses in a Portuguese Public Hospital. *Stress and Health*. 2012; 28(4): 297–304.

Martinez-Corts I, Demerouti E, Bakker AB, Boz M. Spillover of Interpersonal Conflicts From Work into Nonwork: A Daily Diary Study. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2015; 20(3), 326-337.

Mauro MYC, Paz AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Trabalho da Enfermagem nas Enfermarias de um Hospital Universitário. *Esc. Anna Nery*. 2010;14(1):13-18.

McCann

McDonald G, Jackson D, Vickers MH, Wilkes L. Surviving workplace adversity: a qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24, 123–131.

Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American journal of critical care*. 2014; 23(6):e97-e105.

Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with healthier psychological profile in ICU nurses: results of a national survey. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49(3): 292–299.

Melillo A, Ojeda ENS. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed Editora; 2005.

Mendes AMB. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicol. cienc. prof*. 1995; 15 (1-3): 34-38.

Metzger J. Mudança permanente: fonte de penosidade no trabalho? Rev. bras. Saúde ocup. 2011;36(23):12-24.

Minayo Gomez C, Thedim Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad Saude Publica 1997; 13(Supl. 2):21-32.

Minello IF. Um estudo exploratório sobre o comportamento resiliente e os estilos de enfrentamento do empreendedor em situações de insucesso empresarial, especificamente em casos de descontinuidade do negócio [doutorado]. São Paulo: Faculdade de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de São Paulo; 2010.

Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e Processos de desgaste in Trabalhadores de enfermagem de hospitais Universitários Brasileiros. Rev. latino-am. enfermagem. 2011;19(2):340-347.

Mininel VA, Felli VEA, Silva EJ, Torri Z, Abreu AP, Branco MTA. Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013;21(6):1290-7.

Monteiro AC, Mourão L. Resiliência e Justiça Organizacional como Antecedentes da Percepção de Desenvolvimento Profissional. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília. 2016;32(1):111-121.

Monteiro CR, Faro ACM. Sintomas osteomusculares em trabalhadores de enfermagem de uma unidade neonatal, UTI neonatal e banco de leite humano. Rev Bras Med Trab. 2015;13(2):83-90.

Murtagh R. Resiliência: uma proposta de pesquisa-ação para o desenvolvimento de estratégias educativas. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 103-18.

Noben et al. Protecting and promoting mental health of nurses in the hospital setting: is it cost-effective from na employer's perspective? International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health. 2015;28(5):891-900.

Oliveira FP, Mazzaia MC, Marcolan JF. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. Acta Paul Enferm. 2015; 28(3):209-15.

Paladini MA, Daverio PA, Moreno EM, Montero JP. Promoção da resiliência em adolescentes de uma escola semi-rural. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 119-29.

Paschoalin HC, Griep RH, Lisboa MTL. A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado. Rev APS. 2012;15(3):306-311.
Pereira MMA, Gomes ARS. Stress, burnout e avaliação cognitiva: estudo na classe de enfermagem. Arq. bras. psicol. 2016; 68(1): 72-83.

Peres JFP, Mercante JPP, Nasello AG. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Rev Psiquiatr*. 2005; 27(2):131-138.

Pero V, Stefanelli V. A questão da mobilidade urbana nas metrópoles brasileiras. *Revista de Economia Contemporânea*. 2015; 19(3):366-402.

Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(2):436-448.

Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004; 20(2): 135-143.

Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Pozzebon D, Piccin CF, Silva AMT, Corrêa ECR. Disfunção temporomandibular e dor craniocervical em profissionais da área da enfermagem sob estresse no trabalho. *Rev. CEFAC*. 2016; 18(2):439-48.

Prestes FC, Beck CLC, Magnago TSBS, Silva RM. Indicadores de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(3):469-477.

Puente-Palacios KE, Pacheco EA, Severino AF. Clima Organizacional e Estresse em Equipes de Trabalho. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*. 2013; 13(1): 37-48.

Ramos EL, Souza NVDO, Gonçalves FGA, Pires AS, Santos DM. Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva, que tem moldado o perfil epidemiológico de adoecimento dessa categoria. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. J. res.: fundam. care. Online. 2014;6(2):571-583.

Renner JS, Taschetto DVR, Baptista GL, Basso CR. Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *Rev Min Enferm*. 2014;18(2): 440-446.

Ribeiro AC, Souza JF, Silva JL. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(3):569-75.

Ribeiro ACA, Mattos BM, Antonelli CS, Canêo LC, Goulart Júnior E. Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. *Psicologia em Estudo*. 2011;16 (4): 623-633.

Ribeiro NF, Fernandes RCP. Distúrbios musculoesqueléticos em membros inferiores em trabalhadoras de enfermagem. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011;35(1):128-142.

Ribeiro RP, Martins JT, Marziale MHP, Robazzi MLCC. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2012; 46(2):495-504.

Robertson IT, Cooper CL, Sarkar M, Curran T. Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: a systematic review. *Journal of Occupational and Organizational*. 2015; 88: 533-62.

Rocha FLR, Gaioli CCLO, Camelo SHH, Mininel VA, Vegro TC. Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(5):765-7

Rocha SRA, Mendes AM, Morrone CF. Sofrimento, distúrbios osteomusculares e depressão no contexto de trabalho: uma abordagem psicodinâmica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2012;12(2):379-394.

Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LMM, LaudanoII RCS, Sobrinho CLN. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(2): 296-301.

Rodrigues RTS, Barbosa GS, Chiavone PA. Personalidade e Resiliência como Proteção contra o Burnout em Médicos Residentes. *Revista Brasileira De Educação Médica*. 2013; 37(2): 245-253.

Rodrigues VMCP, Ferreira ASS. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(4):1025-1032.

Rodríguez DH. O humor como indicador de resiliência. In: Melillo A, Ojeda ENS, organizadores. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 131-8.

Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes, and values: A theory of organization and change*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*. 2015; 24:412-421.

Rutter M. Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*. 1985; 147:598-611.

Sabbag, PY. *Resiliência: competência para enfrentar situações extraordinárias na sua vida profissional*. São Paulo: Elsevier, 2012.

Santos A, Chambel MJ, Castanheira F. Relational job characteristics and nurses' affective organizational commitment: the mediating role of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*. 2016; 72(2), 294–305.

Santos TM, Camponogara S. Um olhar sobre o trabalho de enfermagem e a ergologia. *Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro*. 2014; 12(1):149-163.

Schmidt DRS, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho entre profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(5):701-707.

Seva-Llor AM, Montesinos MJ, Ortega CB, Cecagno D, Pina Roche F. Relatório de enfermagem no hospital. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(2):101-6.

Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Med* 2009;13:77-9.

Silva CO, Ramminger T. O trabalho como operador de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(12):4751-4758.

Silva EF, Oliveira KKM, Souza PCZ. Saúde mental do trabalhador: o assédio moral praticado contra trabalhadores com LER/DORT. *Rev. bras. saúde ocup.* 2011;36(123):56-70.

Silva FJ. A capacidade para o trabalho e a fadiga entre trabalhadores de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Silva JLL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Rev. bras. ter. intensiva.* 2015; 27(2): 125-133.

Silva MRS, Elsen I, Lacharité C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paideia.* 2003; 13(26):147-156.

Silva N, Tolfo SR. Trabalho significativo e felicidade humana: explorando aproximações. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho.* 2012;12(3): 341-354.

Silva NM, Muniz HP. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. *Estudos e Pesquisas em Psicologia.* 2011;11(3):821-840.

Silva SM. Retorno ao trabalho: a vivência dos trabalhadores de enfermagem com Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Silveira DR, Mahfoud M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia, Campinas.* 2008; 25(4): 567-576.

Silvestre RFL, Vandenberghe L. Os benefícios das emoções positivas. *Contextos Clínicos.* 2013; 6(1):50-57.

Souza MM, Laros JA. Satisfação no trabalho e responsabilidade social empresarial: uma análise multinível. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho.* 2010;10(2):21-37.

Souza MMT, Passos JP, Tavares CMM. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. *J. res.: fundam. care. online.* 2015; 7(1):2072-2082.

Souza MTS, Cervený CMO. Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 2006; 40 (1): 119-126.

Souza NVDO, Santos DM, Anunciação CT, Thiengo PCS. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. *Rev. enferm. UERJ*. 2009; 17(3):356-61.

Souza NVDO, Santos DM, Ramos EL, Anunciação CT, Thiengo PCS, Fernandes MC. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14 (2): 236-243.

Taboada NG, Legal EJ, Machado N. Resiliência: em busca de um conceito. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2006; 16(3):104-113.

Tarantino B, Earley M, Audia D, D'Adamo C, Berman B. Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals. *Explore*. 2013; 9(1):44-47.

Thofehn MB, Montesinos MJL, Jacondino MB, Fernandes HN, Gallo CMC, Figueira AB. Processo de trabalho dos enfermeiros na produção de saúde em um hospital universitário de Múrcia Espanha. *Cienc Cuid Saude* 2015; 14(1):924-932.

Tinubu BMS, Mbada CE, Oyeyemi AL, Fabunmi AA. Work-Related Musculoskeletal Disorders among Nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2010;11(12).

Tito, RS. Burnout e transtornos mentais comuns nos trabalhadores de enfermagem que assistem crianças com cardiopatia grave [Dissertação]. São Paulo: Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

Torres ARA, Chagas MIO, Moreira ACA, Barreto ICHC, Rodrigues EM. Adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. *SANARE*. 2011;10(1):42-48.

USP. Universidade de São Paulo. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem. Serviço de Apoio Educacional. Quadro de pessoal completo. São Paulo, 2016.

USP. Universidade de São Paulo. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem. Serviço de Apoio Educacional. Quadro de pessoal completo. São Paulo. [citado 2016 ago. 11]. Disponível em: <http://www.hu.usp.br/historico/>

USP. Universidade de São Paulo. Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Departamento de Enfermagem. Serviço de Apoio Educacional. Quadro de pessoal completo. São Paulo. [citado 2016 ago. 11]. Disponível em: <http://sites.usp.br/hu2/departamento-de-enfermagem/>

Vanhove AJ, Herian MN, Perez ALU, Harms PD, Lester PB. Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2016; 89: 278–307.

Vanistendael S. Como crescer superando los percances. 2ª ed. Ginebra: Oficina Internacional Católica de la Infancia (RICE); 1996.

Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1993; 1:165-178.

Wagnild GM. A review of the resilience scale. *Journal of Nursing*. 2009;17(2):105-113.

Wagnild GM. The Resilience Scale User's Guide for the US English version of the resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14). Worden, MT: The Resilience Center; 2011.

WHO. Cinco Chaves Para Ambientes de Trabalho Saudáveis: Não Há Riqueza nos Negócios Sem a Saúde dos Trabalhadores. [s.d]
http://www.who.int/occupational_health/5keys_healthy_workplaces_portuguese.pdf

WHO. Healthy workplaces: a WHO global model for action. [citado 2016 nov. 06]. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces/en/

WHO. Organização Mundial da Saúde. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. /OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010. 26 p.: il.

WHO. PRIMA-EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: a resource for employers and worker representatives. 2008. [citado 2016 nov. 06]. Disponível em: [http://www.who.int/occupational_health/publications/Protecting Workers Health Series No 9/en/index2.html](http://www.who.int/occupational_health/publications/Protecting_Workers_Health_Series_No_9/en/index2.html)

Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 2003; 8 (Esp.):75-84.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estimado (a) Senhor (a):

Eu, **Silmar Maria da Silva**, aluna de Pós-Graduação (doutorado) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **“Avaliação da resiliência em trabalhadores de enfermagem brasileiros”**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia Campos Pavan Baptista. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, parte de um projeto multicêntrico que contempla Brasil, Portugal e Espanha, e tem como objetivos: **avaliar o nível de resiliência em trabalhadores de enfermagem no contexto brasileiro e propor uma estratégia para auxiliar o trabalhador de enfermagem a aumentar a sua resiliência**. E, para atingir estes objetivos, contamos com sua participação **respondendo aos questionários** que compõe este estudo.

Esclareço que nos comprometemos a respeitar seus direitos nesta pesquisa:

- Liberdade de participar ou não deste estudo;
- Caso aceite participar, você tem toda liberdade de mudar de ideia e deixar o estudo no momento que desejar sem que isto lhe traga prejuízo,
- Seu nome será mantido em absoluto sigilo.
- Responder todas as dúvidas todas as dúvidas que você tiver sobre este estudo durante o andamento desta pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou queira falar conosco para obter informações sobre o andamento do mesmo, pode entrar contato a qualquer momento pelo telefone (11) 44093007 ou (11) 971668078, bem como pelo endereço: Rua Miguel Castaldi, 136 – Jacaré - Cabreúva/SP, CEP 13318-000, ou ainda pelo endereço eletrônico: silmarmaria@usp.br. Também deixamos a disposição o contato do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do HU-USP: Av.

Prof. Lineu Prestes nº 2565 - Cidade Universitária - CEP 055088-900 - São Paulo/SP.

Muito obrigada pela sua intenção, disponibilidade e interesse.

Silmar Maria da Silva

Após ter lido e compreendido as informações acima, eu concordo em participar da pesquisa, eu _____ estou ciente dos meus direitos como sujeito da pesquisa e acredito que os mesmos serão respeitados pelo pesquisador. Declaro também estar recebendo uma cópia deste documento assinado concomitantemente com o pesquisador.

Datar e assinar

Silmar Maria da Silva

APÊNDICE B - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional

Assinale uma opção nos itens abaixo:

Sexo: 1 ☐ Feminino 2 ☐ Masculino

Idade: _____ anos

Estado conjugal atual:

1 ☐ Solteiro(a) 2 ☐ Casado(a) 3 ☐ Vive com companheiro(a)
4 ☐ Separado(a)/divorciado(a) 5 ☐ Viúvo(a)

Escolaridade: (assinalar o nível mais elevado)

1 ☐ Fundamental 2 ☐ Médio 3 ☐ Superior

Renda familiar líquida:

1 ☐ 1500-3000 2 ☐ 3001-4500
3 ☐ 4501-6000 4 ☐ 6001 ou +

Tempo de trabalho na Instituição: _____ anos e na profissão: _____

Função: 1 ☐ Enfermeiro 2 ☐ Téc. Enfermagem 3 ☐ Aux. Enfermagem

Setor onde trabalha: _____

Turno de trabalho: 1 ☐ Manhã 2 ☐ Tarde 3 ☐ Noite

Tempo de trajeto de (ida e volta) para o trabalho: _____ h _____ min

Nº de vínculos empregatícios: 1 ☐ único 2 ☐ duplo 3 ☐ triplo 4 ☐ outro

Nº Número total de horas trabalhadas na semana: _____h

APÊNDICE C – Etapas da modelagem múltipla para análise dos fatores associados ao escore da Escala de Resiliência

O passo a passo da análise múltipla está descrito a seguir e ilustrado na Tabela 17.

A modelagem foi iniciada pela variável idade (modelo 1).

No modelo 2 foi incluída a variável anos de trabalho na profissão, mas tanto essa variável como a idade perderam a significância estatística. Foi calculado o coeficiente de Spearman, que mostrou elevada correlação entre as duas variáveis ($r=0,817$; $p<0,001$) e, portanto, essa variável foi excluída da modelagem, optando-se por manter a idade.

No modelo 3 foi incluída a variável anos de trabalho no Hospital, mas tanto essa variável como a idade perderam a significância estatística. Foi calculado o coeficiente de Spearman, que mostrou elevada correlação entre as duas variáveis ($r=0,795$; $p<0,001$) e, portanto, essa variável foi excluída da modelagem, optando-se por manter a idade.

No modelo 4 foi incluída a variável escolaridade, que continuou sem significância estatística (na univariada apresentou $p=01,09$). A variável foi retirada da modelagem.

Por fim, no modelo 5 foi incluída a variável tempo de trajeto em horas. Ela foi transformada em variáveis indicadoras, com a categoria "< 1,0 hora" como referência. As demais categorias da variável não apresentaram significância estatística, sendo retiradas da modelagem.

O modelo 1 foi o modelo final, composto apenas pela variável idade.

Nos Gráficos 3 e 4 está a análise de resíduos do modelo final, evidenciando que o modelo não apresenta vieses, com os erros apresentando aderência à curva normal e homocedasticidade com presença de alguns *outliers*.

Tabela 17. Fatores associados do escore da Escala de Resiliência identificados por meio da análise de regressão linear dos Trabalhadores de Enfermagem. São Paulo, 2016.

Modelo	Variáveis	β	IC _{95%} (β)	p	r ² a
1	Idade (em anos)	0,289	[0,088; 0,490]	0,005	0,02
2	Idade (em anos)	0,257	[-0,081; 0,594]	0,136	0,02
	Tempo de trabalho na profissão (anos)	0,046	[-0,339; 0,431]	0,813	
3	Idade (em anos)	0,245	[-0,084; 0,574]	0,144	0,02
	Tempo de trabalho na instituição (anos)	0,060	[-0,290; 0,409]	0,738	
4	Idade (em anos)	0,263	[0,052; 0,475]	0,015	0,02
	Escolaridade	-1,627	[-5,653; 2,399]	0,427	
5	Idade (em anos)	0,281	[0,079; 0,484]	0,007	0,02
	Tempo de trajeto $\geq 1,0$ e $< 2,0$ horas	-3,203	[-7,199; 0,793]	0,116	
	Tempo de trajeto $\geq 2,0$ horas	0,451	[-5,159; 6,061]	0,874	

Gráfico 3 – Análise de resíduos do modelo estatístico final - probabilidade normal dos resíduos.

Gráfico 4 – Análise de resíduos do modelo estatístico final
– Dispersão dos resíduos padronizados
versus valores ajustados.

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOS CONTEXTOS DE TRABALHO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PORTUGAL, BRASIL E ESPANHA

Pesquisador: Patrícia Campos Pavan Baptista

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37104214.8.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 912.483

Data da Relatoria: 17/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto transversal, do tipo quantitativo. Embora seja multicêntrico, são apresentados apenas objetivos e métodos referentes à etapa a ser conduzida no Brasil. O objetivo é mensurar a síndrome de Burnout, a satisfação com o trabalho, o clima organizacional, o presenteísmo e a resiliência, e a respectiva relação entre estas variáveis, em trabalhadores de enfermagem de instituições hospitalares e de atenção primária da cidade de São Paulo (Hospital Universitário da Universidade de São Paulo) e das cidades de Ubatuba, Caraguatatuba, São Sebastião e Ilhabela, todas no litoral norte do Estado de São Paulo. A amostra prevista é de 500 trabalhadores de enfermagem. A coleta de dados será realizada pelos próprios pesquisadores, por meio dos respectivos instrumentos: Maslach Burnout Inventory, Cuestionario de Satisfacción Laboral, Escala de Clima Organizacional para Organizações de Saúde (ECOOS), Stanford Presenteeism, e Resilience Scale. Os dados quantitativos serão codificados em planilha eletrônica Microsoft Excel e submetidos à análise estatística descritiva e analítica.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar sociodemograficamente os trabalhadores de enfermagem.

Avaliar e comparar o Burnout, a satisfação no trabalho, o clima organizacional, o presenteísmo e a

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

Continuação do Parecer: 912.483

resiliência em trabalhadores de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os sujeitos de pesquisa não serão expostos a procedimentos invasivos, portanto considera-se risco mínimo. Caso seja identificado algum dado relevante no que se refere ao desconforto, os trabalhadores serão encaminhados ao Serviço de Medicina do trabalho dos hospitais e, no caso das unidades básicas de saúde, serão encaminhados ao CAPS.

Benefícios:

O estudo servirá de subsídios para intervenções à saúde do trabalhador nos diferentes contextos de atenção à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa toma como objeto tema relevante sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem, contemplando aqueles que atuam tanto em instituição hospitalar quanto na atenção básica. O projeto está bem fundamentado e apresenta coerência entre as partes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE é apresentado e contempla todos as partes adequadamente.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência. A pesquisadora responsável adequou a metodologia e o TCLE conforme recomendações deste CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 912.483

SAO PAULO, 12 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO 2 - Carta de anuência do HU-USP

CARTA DE ANUÊNCIA DA CÂMARA DE PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP

São Paulo, 05 de janeiro de 2015.

Ilmo. Sr.

Patricia Campos Pavan Baptista
Pesquisador Responsável

Prezado(a) Senhor(a)

A Câmara de Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, após análise do mérito científico do projeto de pesquisa **DOS CONTEXTOS DE TRABALHO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM, UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PORTUGAL, BRASIL E ESPANHA**, considerou como exequível sua realização nas dependências do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Entretanto, lembra que este documento se refere à concordância da Câmara de Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo com a possível realização do estudo, **o que não autoriza o início da pesquisa**, devendo o(a) pesquisador(a) aguardar a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em cumprimento a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Paulo Andrade Lotufo
Presidente da Câmara de Pesquisa
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

VERSÃO APROVADA EM JANEIRO/2014

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA ENVOLVIDA NO ESTUDO

São Paulo, 13 de janeiro de 2015.

Prezados Senhores,

O projeto de pesquisa "**Dos contextos de trabalho à saúde dos trabalhadores de enfermagem: um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha**", a ser realizado nas dependências do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), cuja pesquisadora responsável é a Profa. Dra. Patrícia Campos Pavan Baptista, foi considerado exequível pela Divisão de Enfermagem Cirúrgica.

Declaro que esta Chefia e o responsável pelo projeto têm conhecimento dos procedimentos da Universidade de São Paulo no que se refere à excelência científica exigida, às características da revisão anônima por pares e aos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que este documento se refere à anuência dada pela área para a possível realização do estudo, **o que não autoriza o início da pesquisa**, devendo o pesquisador aguardar a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, para tanto.

Atenciosamente,

Enfa. Dra. Noemi Marisa Brunet Rogenski
Chefe Técnico de Divisão
Departamento de Enfermagem
COREN-SP Nº 47.254

ANEXO 3 - Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993), versão adaptada e validada para o português por Pesce et al. (2005).

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

		DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
		Total mente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Total mente
1	Quando faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2	Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4	Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5	Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6	Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7	Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8	Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9	Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10	Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11	Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12	Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13	Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14	Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15	Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16	Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17	Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18	Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19	Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7

20	Às vezes eu me obrigo a fazer as coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21	Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22	Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23	Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24	Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25	Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7