

1- CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

1.1- ESTRESSE

1.1.1 - Definições de Estresse

O conceito de estresse tem sido empregado de forma corriqueira. Difundido por diferentes meios de comunicação, este termo tem sido utilizado como sendo causa ou explicação para vários acontecimentos que afligem a vida humana moderna. Sua utilização generalizada simplifica o problema e oculta suas implicações na vida humana (Murofuse, Abranches & Napoleão 2005). É um construto em cuja definição não há consenso, podendo ser compreendido como uma mudança imposta pela situação externa ou uma tentativa frustrada de lidar com a situação ou pode ainda ser descrita como uma situação de muita tensão (Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt, & Kristensen, 2002). O nome estresse surgiu emprestado da ciência de materiais cujo significado é um desgaste por uso prolongado e o termo passou a ser utilizado e expandido para compreender a resposta, os estímulos e as circunstâncias que são provocadas (Graeff, 2003).

Na Grécia Antiga, Hipocrates, considerado o pai da medicina, acreditava que o corpo possuía mecanismos que estabelece a saúde depois de exposições patogênicas (Selye 1982). No século XIX, o fisiologista francês Claude Bernard, um dos mais importantes da época, observou que a composição química do fluído corporal, no qual todas as células vivem, em geral, é muito estável e matem um equilíbrio dinâmico controlado por mecanismos de regulação. Esse ambiente ele denominou de meio interno, termo este que é utilizado até hoje. Em 1875 pronunciou que o organismo, ao apresentar qualquer variação, sempre preservará as condições vitais do meio interno (Donoso 2000).

Em 1914, Walter Bradford Cannon, estudou vários mecanismos fisiológicos de proteção do organismo contra agressores ou estressores. Estudou estímulos físicos e psicológicos que ativam as glândulas adrenais e conceituou como “reação de emergência”. Esta é uma reação imediata à percepção do estímulo ameaçador, a epinefrina, secretada pela medula espinal, esta vai para a corrente sanguínea e prepara o organismo para a luta ou a fuga. Cannon destaca que este fenômeno desvia sangue das vísceras e da pele direcionando para o cérebro para os músculos esqueléticos. Estas interligações das estruturas garantem mudanças comportamentais exigidas e é chamado de “sistema cerebral de defesa”. Embora tenha sido focado a estímulos físicos, foi escrito o papel da hipófise na estimulação do córtex adrenal. O organismo submetido a um estímulo intenso, por exemplo, o calor ou o frio, ocasiona uma hipertrofia da glândula adrenal que libera os hormônios corticóides na corrente sanguínea, que acelera o metabolismo e utiliza a energia armazenada no glicogênio hepático e nas gorduras para reparar os danos sofridos pelo organismo (Graeff, 2003).

O estresse surge de um estímulo que provoca a liberação de glicocorticóides (GC) da glândula supra-renal ativando o eixo hipotálamo-hipofise-adrenal (HPA), preparando o organismo para desafios fisiológicos ou ambientais, provocando uma resposta ao estresse. Com a persistência, a intensidade exagerada do estímulo estressante e a incapacidade do organismo de reagir a este estímulo, o eixo torna-se hiperreativo causando alteração no organismo (Joca, Padovan & Guimarães, 2003). Sparrenberger, Santos e Lima (2003) referem que o organismo, em estresse, libera mediadores como o cortisol e as catecolaminas; hormônios como a prolactina, do crescimento e outros, causando efeitos fisiológicos e respostas psíquicas caracterizando o estresse como um processo complexo e multidimensional que pode aparecer de forma aguda ou crônica.

Walter Cannon verificou, após estudos, que o organismo se mantém em equilíbrio. Este processo ele denominou “homeostasis”, nome este que vem do grego *homoios*, que significa semelhante e *stasis* que significa posição. Este é um processo de estabilidade do organismo proporcionado pelo sistema nervoso simpático, fazendo com que libere agentes para manter um equilíbrio. São liberados também agentes que deixam o organismo mais atento a qualquer distúrbio como, por exemplo, a temperatura corpórea, o pH do sangue, os níveis de açúcar no sangue, as proteínas, o cálcio e as gorduras. Este processo fisiológico mantém o organismo estável e quando um evento estressor surge, rompe-se a homeostase/estabilidade, fazendo com que o organismo reaja, na tentativa de recuperar o equilíbrio do corpo (Selye 1982).

Hans Selye, médico endocrinologista, foi o primeiro a utilizar o termo estresse na área de saúde em 1936. Observou que várias pessoas apresentavam doenças e reclamavam de sintomas comuns. Tais observações o levaram a fazer estudos com animais e observou que o estresse produzia reações de defesa e de adaptação. Ele conceituou o estresse como uma resposta do organismo a qualquer estímulo imposto, seja de natureza física, mental ou emocional, gerando reações de defesa e de adaptação do indivíduo. Em decorrência destas observações, Selye descreveu a “Síndrome Geral de Adaptação” (SGA) que pode ser entendida como um conjunto de reações do organismo devido exposição prolongada de estímulos estressores (Graeff, 2003).

Para Selye (1982) a SGA passa por três fases. A primeira fase é chamada de *fase de alerta*, que é uma resposta imediata ao estímulo. Quando o indivíduo está em contato com o evento estressor, o equilíbrio (homeostase) é rompido e o organismo prepara-se para luta ou para a fuga, se o problema for solucionado, o organismo relaxa e o equilíbrio é restaurado. A segunda fase é conhecida como a *de resistência*, que é quando o organismo procura

estabelecer um equilíbrio por adaptação e consome as reservas de energia. A terceira e última a fase é a de *exaustão*, caracterizada por um esgotamento das reservas do organismo. O indivíduo torna-se incapaz de lidar com a tensão, surge o aumento das estruturas linfáticas podendo gerar a depressão, levar a complicações sérias de saúde ou até mesmo a morte.

Donoso (2000) cita que Selye estruturou o conceito de estresse, referindo-o como uma reação física ou psicológica que o indivíduo tem mediante exposições que alteraram seu equilíbrio interno. Lautert, Chaves e Moura (1999) escrevem que na década de 80 o estresse passou a ser conceituado sob uma perspectiva da interação psicológica, referindo que o evento é estressante quando o indivíduo o percebe e o valoriza como tal, pressupondo que o estresse é um processo interacional entre o acontecimento, sua percepção e seu afrontamento. Essa percepção somente ocorre quando as demandas representam um desejo que o indivíduo tem e é incapaz de alcançar. O estresse pode surgir devido problemas físicos, emocionais e ambientais produzir alterações transitórias ou permanentes nos indivíduos.

Trucco, Valenzuela e Trucco (1999) referem que o estresse pode ser definido como um conjunto de processos de respostas fisiológicas, emocionais e condutas diante de situações que são percebidas e interpretadas como ameaça ou perigosas para sua saúde, tanto física como psicológica. Holroy e Lazarus (1992) definem estresse como um relacionamento especial entre uma pessoa e o ambiente avaliado como difícil, pois excede os recursos arriscando o bem estar.

Margis, Picon, Cosner e Silveira (2003), relatam que o estresse é o resultado da interação entre as características da pessoa com as demandas do meio. É uma relação entre o meio interno e externo e está relacionado com a percepção que o indivíduo tem de a sua

capacidade de resposta ou ainda pode depender de como é compreendida, sendo que a resposta pode variar de acordo com aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Quando o indivíduo procura soluções, tende a selecionar condutas adequadas e prepara o organismo para agir de forma rápida e precisa. Sua percepção, depende da capacidade de resposta, do conflito das exigências de uma tarefa e dos recursos que cada pessoa tem para cumprir certas exigências.

Judkins, Massey e Huff (2006) relatam que Selye observou que o estresse pode ser denominado de estresse positivo que chamou de “eustress”, este surge quando o estímulo estressante individual melhora seu desempenho, fazendo parte da vida, produzindo mudanças planejadas, aumentando sua produtividade. O oposto disto ele chamou de “distress”, que aparece quando o indivíduo identifica como um estímulo negativo, desperdiça as reservas de energia causando danos físicos e psicológicos. Sparrenberger, Santos e Lima (2003) afirmam que existem diferentes fatores estressantes que podem induzir formas benéficas (eustress) e/ou maléficas (distress). O distresse surge quando o indivíduo é incapaz de superar a exposição aos fatores estressantes, provoca um desgaste levando a uma ruptura do bem estar individual.

Tem sido estudado e demonstrado que os eventos estressantes podem vir de vários fatores etiológicos, de problemas físicos e emocionais. Tem sido conceituado como estímulo, resposta e interação. O estímulo é considerado quando forças externas produzem alterações transitórias ou permanentes sobre o indivíduo e são consideradas ameaçadoras. O conceito de resposta pode ser tanto fisiológica, cognitiva ou motora e o de interação é a relação que se tem da resposta de um determinado estímulo (Lautert, Chaves & Moura 1999).

Stacciarini e Tróccoli (2001) relatam que o estresse pode ser entendido de formas distintas e define-o de três formas: como estímulo que vem do impacto dos estressores, como resposta que é a avaliação da tensão produzida e como interação do ambiente interno e externo. O estresse no trabalho é um problema negativo de natureza perceptiva, enfatizado devido aparecimento de doenças, tais como hipertensão arterial, úlcera e outras.

Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt, e Kristensen (2002) relatam que Lazarus descreve quatro pressupostos que devem ser observado no estresse: a) um agente interno ou externo que denominamos de estressor; b) a avaliação do estressor diferenciando o tipo de estresse podendo ser danoso, ameaçador e desafiador; c) a capacidade do indivíduo de lidar com o estressores e d) os efeitos na mente e no corpo referindo como reação do estresse.

Pachol e Tamayo (2004) relatam que o estresse não é uma propriedade da pessoa ou do ambiente, ele se desenvolve a partir de um tipo particular de ambiente com um tipo determinado de pessoa. Figueiroa, Schufer, Muiños, Marro e Coria (2001) citam que uma pessoa pode sentir certa exigência como um desafio e reage dedicando-se à tarefa, mas pode também ter esta exigência como uma ameaça e reagir de forma negativa evitando a situação. Certas situações ou estímulos podem ser considerados como relevantes agradáveis ou aterrorizantes e as respostas ao estresse dependem de como o indivíduo filtra e processa a informação.

Os estímulos estressores podem ser *ambientais* como a casa, o trabalho; um *evento maior* pode ser considerado a morte, a doença, a separação conjugal, o desemprego; por um *trauma* como um acidente de trânsito ou acidentes industriais; por *abuso* ou negligência na infância ou na velhice dentre outros. Estes estressores são percebidos pelo indivíduo como uma ameaça e ele tenta adaptar-se à situação iniciando um processo dinâmico de

pensamentos, de sentimentos, de condutas e seus mecanismos biofisiológicos tentam adaptar ao ambiente (Sparremberg, Santos & Lima 2003).

Nas duas últimas décadas intensificaram os estudos associados ao trabalho, saúde e bem estar, isto ocorreu devido à economia mundial. Verificou-se que estímulos estressantes são provocados devido às exigências do ambiente externo e na ineficiência do mecanismo de respostas. Quando o estresse se prolonga implica em efeitos negativos à saúde, tais como hipertensão arterial, depressão e ansiedade. Na sistematização destes aspectos, qualquer fator, seja ele físico ou psicológico, é capaz de alterar os níveis hormonais e poderia ser considerado um fator estressor (Araújo, Aquino, Menezes, Santos & Aguiar 2003).

O trabalho ocupa um papel central na vida das pessoas e é considerado um fator relevante na identidade e na inserção social. Uma relação satisfatória com o trabalho é importante no desenvolvimento de diferentes áreas da vida humana e esta relação depende dos suportes afetivos e sociais. O suporte afetivo surge do relacionamento de pessoas que compartilham preocupações, amarguras e esperanças traz sentimentos de segurança, conforto e confiança. Os suportes sociais provem das relações gerais estabelecidas entre colegas de trabalho, vizinhos e conhecidos, favorece o aparecimento de sentimentos que venham fazer parte do suporte afetivo. A suscetibilidade emocional surgir devido a falta de suporte afetivo e social traz sofrimento e reflete não só na vida privada, mas também nas relações de trabalhos. O trabalhador quando não consegue compartilhar suas dificuldades, anseios e preocupações, tem sua tensão emocional aumentada podendo levar também à Síndrome de Burnout, síndrome esta associada a grandes períodos de estresse laboral (Abreu, Stoll., Ramos, Baumgardt, & Kristensen 2002).

1.1.2- Estresse no Trabalho

O estresse tem sido estudado nos últimos anos de forma crescente devido ao impacto negativo sobre o trabalho, por interferir na saúde e no bem-estar dos empregados. Vive-se numa época de intensa competitividade e a economia vem sentindo um impacto negativo devido aos trabalhadores que estão estressados, acarretando um aumento dos custos para organizações devido ao desempenho reduzido por parte dos trabalhadores. Surge também o aumento dos problemas de saúde ocasionando o aumento do absentéismo que acaba por provocar uma maior rotatividade de atuação em setores distintos para cobrir faltas existentes, ocasionando um número maior de acidentes no local de trabalho (Paschoal & Tamayo 2004).

Pachol e Tamayo (2004) conceituam o estresse ocupacional como um processo que enfoca a relação entre o ambiente de trabalho e o indivíduo. O indivíduo reconhece que as demandas do trabalho estão excessivas e desenvolve recursos de enfrentamentos caracterizando um processo individual que apresenta um caráter relacional, pois cada pessoa tem as suas percepções do ambiente. Deve-se levar em consideração a avaliação de alguns aspectos que se associam ao estresse, tais como: a) aspectos do trabalho, sendo sua ocupação, tempo de atuação, carga horária, turno e setor de trabalho suporte social e valorização do profissional; b) trabalho doméstico, levando em consideração carga horária semanal, sobrecarga doméstica e auxílio nas tarefas domésticas básicas (lavar, passar, limpar e cozinhar); c) sociodemográfico como a idade, escolaridade, cor da pele referida, chefia da família e história migratória (Araújo, Aquino, Menezes, Santos & Aguiar 2003).

Feijóo (2004) cita que existem variáveis independentes como a idade, gênero, educação e nível sócio-econômico que também influenciam no nível de estresse. Em uma

pesquisa com uma amostra acidental realizada com 200 indivíduos que moravam na cidade de Buenos Aires, de ambos os sexos e que estavam passando por instabilidade no serviço, com faixa etária era de 35 anos a 54 anos, foi observado pessoas com 45 a 54 anos tinham o maior nível de estresse do que os que tinham 35 a 44 anos, sendo previsível devido ao fator de quanto maior a idade maior são as dificuldades de se adaptar ao novo serviço. Os homens apresentam maior nível de estresse do que as mulheres. Os homens com mais idade e baixo nível econômico apresentaram maior nível de estresse e por sua vez as mulheres com menor idade e maior nível econômico apresentaram menor índice de estresse.

O estresse no trabalho associa-se à baixa satisfação laboral, absenteísmo, abandono do serviço, provavelmente influência na qualidade dos serviços, cuidados prestados e no ambiente de trabalho (Hunpel & Caputi 2001). Murta e Tróccoli (2004) também relatam que o estresse no trabalho vem causando impacto negativo, pois é considerado um fator de risco devido às perdas econômicas associadas como a diminuição de produtividade, o aumento de indenizações e prejuízo para a qualidade de vida. Fatores psicossociais podem desencadear estresse e a resposta do organismo depende do estilo de vida e das estratégias de enfrentamento. Quando as causas do estresse se prolongam e sua forma de enfrentamento é escassa, o organismo torna-se vulnerável a doenças. Para impedir o adoecimento é necessária uma intervenção focada ao trabalhador, na promoção da saúde. Estar em estresse ocasionalmente não é prejudicial, porém a permanência neste estado é que pode causar inúmeras de complicações ao trabalhador.

A fisiologia do estresse vem sendo estudada há mais de duas décadas avaliando respostas endócrinas. Nos anos 70 foi abordado o estresse no trabalho e suas repercussões na saúde mental do indivíduo e baseando-se nas demandas de tarefas. Os psicólogos apoiados no modelo de Selye relacionavam demandas *versus* capacidade do indivíduo. Em

estudos realizados em saúde e trabalho, a dimensão psicossocial do trabalho tem sido abordada em diversas propostas teóricas (Araujo, Graça & Araujo 2003).

Araujo, Graça e Araujo (2003) citam um modelo denominado demanda-controle que identifica os efeitos do estresse ocupacional sobre a saúde do trabalhador privilegiando duas dimensões psicossociais sendo a primeira o controle sobre o trabalhador e a segunda é a demanda psicológica do trabalhador. A primeira dimensão envolve as características individual tais como motivação e criatividade e as atividades individuais que influenciam na autoridade decisória, na habilidade na tomada de decisão sobre o trabalho e na influência do grupo de trabalho de política gerencial. A segunda dimensão refere às exigências psicológicas enfrentadas na realização de suas tarefas, envolvendo pressão de tempo, nível de concentração, interrupção de tarefas e espera de atividades realizadas por outros trabalhadores. A combinação da primeira e da segunda dimensão identifica situações de trabalho que proporcionam riscos à saúde.

O estresse de origem ocupacional é um resultado da interação de vários fatores de risco, sendo eles vindos do ambiente físico, dos transtornos das funções biológicas e de diversos componentes psicossociais tanto do trabalho como fora dele. O estresse necessita ser avaliado de acordo com o tipo de trabalho, o apoio social dentro e fora do serviço, do sentimento de auto-estima; do sentimento de controle da situação; do tipo de personalidade, da idade dentre outras diversas variáveis. (Trucco, Valenzuela & Trucco 1999). O estresse é o principal responsável pelas doenças que provocam absenteísmo. O resultado é o aumento do custo, a perda de eficiência e a redução da continuidade do serviço. Afeta o comprometimento com a organização, a satisfação no trabalho ficando, o funcionário, mais atento às férias (Judkins, Massey & Huff 2006).

Araujo, Graça e Araujo (2003), em seus estudos laboratoriais com um grupo de trabalhadores da indústria serralheira, foi observado, em trabalhadores que usavam poucos suas habilidades e não tinha autoridade decisória, apresentavam auto-relato de irritação e a excreção de catecolamina. Grupo de trabalhadores cujo estímulo estressor era controlável aumentava a adrenalina enquanto o cortisol permanecia baixo. Quando as demandas eram tidas como estímulo, mais do que como uma carga, muda o equilíbrio dos hormônios chamados de “hormônios do estresse”, a adrenalina aumenta e diminui o cortisol.

O ambiente de trabalho também pode ser visto como estímulo estressor segundo algumas características: os *intrínsecos para o trabalho*, condições inadequadas de trabalho, carga horária, turno de trabalho, pagamento, viagens, riscos, novas tecnologias e quantidade de trabalho; *os papeis estressores*, conflitos, ambigüidade de papeis, grau de responsabilidades para com pessoas e coisas; *relações no trabalho*, relacionamento com a chefia, colegas, subordinados; *estressores na carreira*, falta de desenvolvimento na carreira, insegurança na estabilidade empregatícia, *estrutura organizacional*, estilo de gerenciamento, falta de participação e *interface trabalho-casa*, dificuldade em conciliar casa e serviço (Stacciarini & Tróccoli 2001).

Definindo o trabalho como estressor Pachoal e Tamayo (2005) referem que existe variáveis as quais podem ter impacto no processo de estresse tais como suporte social que é a presença de *redes sociais no serviço*; *atividade física regular* que ajuda na interação social e na comunicação interpessoal; *interação entre trabalho e família* que é, quando o trabalho interfere no lado familiar ou quando a família interfere no desempenho do serviço, tendo como exemplo, a vida conjugal. A auto estima quando elevada torna-se um filtro protetor e os *valores pessoais* tais como, realização, prazer em executar o serviço e gratificação do serviço prestado. O estresse ocupacional é constantemente associado à

saúde do trabalhador e ao desempenho na organização, podendo ser definido baseando-se nos fatores do trabalho que excedem a capacidade de enfrentamento do indivíduo ou nas respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais das pessoas ao estímulo estressor. A falta de suporte social encontrado dentro e fora do trabalho tem sido associada ao estresse ocupacional e quando o suporte social da organização está bem definido tem efeito protetor indicando baixos níveis de estresse.

Aquino (2007), em sua dissertação de mestrado, buscou evidências de validade para a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse (EVENT). Na pesquisa foi correlacionado o EVENT e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). A amostra continha 414 estudantes universitários dos cursos de saúde, exatas e humanas, com idade entre 17 a 54 anos e 56,8% do sexo feminino. Foi encontrada correlação negativa entre as dimensões dos instrumentos. Ao correlacionar eventos da vida estressantes foram encontrados correlação negativa com o IPSF e positivas com o EVENT. Nas análises secundárias, os cursos da saúde tiveram média inferior para a adaptação familiar, quanto maior o poder econômico, maior o suporte familiar. O estresse foi encontrado em trabalhadores de contratação formal e que trabalhavam acima de 40/44 horas semanais e os que executavam atividades compatíveis com o cargo apresentaram médias menores de estresse.

Miguel (2006), em sua dissertação de mestrado cita que o estresse está relacionado com a demanda no trabalho e buscou evidências de validade para a Escala de Vulnerabilidade ao Estresse do Trabalho (EVENT), hoje Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ESSL). A amostra foi de 116 pessoas, com idade entre 19 a 67 anos, na maioria (N = 85) eram do sexo feminino e trabalhavam em universidade particular, um órgão público estadual e um hospital público municipal. O EVENT não apresentou correlação

significativa com a idade e escolaridade e nem na média de diferenças significativas entre sexos. Ao correlacionar os dois instrumentos, foram encontradas várias correlações significativas e positivas. O EVENT mostrou-se sensível para diferenciar indivíduo que se encontrava na fase de exaustão do estresse e notou-se que não houve correlação positiva entre compreensão das emoções e estresse. O EVENT mostrou-se satisfatório, visto que o valor de alfa de Cronbach foi de 0,90.

Hunpel e Caputi (2001) citam que competência emocional é uma variável importante no ambiente de trabalho e que os sentimentos e emoções são usados como informações para guiar pensamentos, comportamentos que ajudam no relacionamento com o estresse no trabalho. Foi realizado um estudo exploratório em um hospital regional da Austrália. Em tal estudo foi avaliado o relacionamento, a competência emocional, o estresse no trabalho e foi feita uma associação entre um longo tempo de trabalho, competência emocional e seu estresse. O resultado apresentou uma correlação significativa entre competência emocional e tempo trabalhado, indicando que enfermeiras com seis anos ou mais de serviço apresentaram grande nível de competência emocional. As enfermeiras com menos de dois anos de profissão apresentaram mais insegurança do que enfermeiras com mais experiência. A relação é mais forte para as mulheres do que para os homens enfermeiros.

A relação entre saúde-doença-trabalho tem merecido atenção da área da saúde ocupacional. As evidências de prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores devido às longas jornadas de trabalho, o ritmo acelerado de produção, excesso de tarefas, parcelamento de tarefas e remuneração baixa em relação à responsabilidade e complexidade das tarefas executadas. Estas situações fazem com que o trabalho deixe de ter

um significado de satisfação, ganhos materiais e serviços sociais úteis e passa a tornar-se um sofrimento (Barboza & Soler, 2003).

Na área de saúde, tradicionalmente, as mulheres predominam o mercado de trabalho. Na maioria dos países cresce rapidamente a mão de obra feminina, mas ao mesmo tempo tem havido poucas mudanças nas responsabilidades das mulheres seja na sua casa ou na sua família ocasionando uma sobrecarga podendo gerar estresse. Outras variáveis que afetam os trabalhadores são: a profissão exercida (enfermeiras, auxiliares de enfermagem, médicos), o *status* profissional, interação entre os grupos, a idade e o grau de instrução (Trucco, Valenzuela & Trucco 1999).

A mulher, como uma profissional que assume atividades remuneradas fora de casa, assume conotações e diversos papéis que entram em conflito surgindo dúvidas e questionamentos. Mulheres que são profissionais de saúde, que atuam na manutenção e preservação da saúde da população podem apresentar ansiedade e sentirem-se culpadas por não darem a devida atenção a casa e aos filhos e também não conseguirem dedicar-se ao desenvolvimento profissional. Aquelas que possuem mais de um emprego têm seu problema agravado. Os profissionais de enfermagem nos dias atuais, ainda permanecem são em sua maioria mulheres que convivem com a dinâmica das organizações e com suas próprias atividades ao mesmo tempo. Gerenciam suas vidas como pessoas, esposas e mães. O trabalho de enfermagem hospitalar é caracterizado pela continuidade em 24 horas, seu trabalho é por plantões, não diferenciando finais de semana, feriado e festas comemorativas, o que pode dificultar ainda mais as atividades do lar e maternal (Spindola & Santos 2003).

O estresse ocupacional pode produzir efeitos negativos como fadiga, tensão muscular, não somente após uma experiência adversa, mas em situações diversas como

trabalho excessivo para ser realizado em curto espaço de tempo. Lipp e Tanganelli (2002) realizaram um estudo com Magistrados da Justiça do Trabalho, avaliando fontes de estresse e qualidade de vida. Foi verificado que 71% dos juizes apresentavam sintomas de estresse, sendo que o número de juízas era significativamente maior do que seus colegas do sexo masculino. O alto nível de estresse do grupo e sua qualidade de vida prejudicada faziam com que estes fossem procurar terapia especializada em estresse. Os níveis de qualidade de vida estavam prejudicados em vários aspectos, principalmente nas áreas da saúde e da afetividade, estando significativamente correlacionados com o alto estresse verificado.

O estresse ocupacional interfere nas diversas áreas da vida do indivíduo, podendo ocorrer alta prevalência de desajustes na saúde física e mental, relações sociais e meio ambiente devido há pouco tempo dedicado à família, ao trabalho, a falta de suporte e apoio quando necessários. Na área social ocorre o isolamento e a falta de amigos. O estresse, além de ter um efeito facilitador no desenvolvimento de doenças pode propiciar prejuízo para a Qualidade de Vida e a produtividade do ser humano.

1.2 - QUALIDADE DE VIDA

Este construto foi definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como a percepção que o indivíduo tem de sua vida no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O conceito de qualidade de vida está centrado na avaliação subjetiva do indivíduo, incluindo uma variedade de condições que podem afetar sua percepção, seus sentimentos e comportamentos relacionados no seu dia a dia e não só a condição de saúde (Fleck.e cols 2000).

A Qualidade de Vida é um construto complexo para ser definido e seu conceito, ponderação e valorização vêm sofrendo evoluções acompanhando a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, suas prioridades e crenças. Alguns termos são utilizados como sinônimos de qualidade de vida, tais como bem-estar, felicidade, boas condições de vida e satisfação de vida. Pode ser considerada como uma condição a mais do que a ausência de doença, abrange a educação, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, satisfação e condições de trabalho (Lentz, Costenaro, Gonçalves & Nassar, 2000).

Minayo, Hartz e Buss (2000) relatam que qualidade de vida é uma denominação do ser humano e está associado ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, na vida amorosa, convívio social e ambiental, sendo, portanto, referência da própria existência. Os autores referem ainda que existem pelo menos três fóruns de referências, sendo a primeira a histórica, cuja dependência está determinada pelo desenvolvimento econômico, social e tecnológico, com cada sociedade possuindo seu próprio parâmetro; segundo, o cultural, dependendo dos valores e necessidades de cada povo, revelando as tradições; o terceiro refere-se às classes sociais que os indivíduos pertencem.

Percebendo que a Qualidade de Vida não pode ser tomada como um conceito geral, Souza e Carvalho (2003) apontam que ela deve ser entendida dentro de uma experiência contida e pessoal de cada um dos envolvidos. Ainda hoje, o conceito tem uma definição imprecisa, não se encontra um consenso teórico a seu respeito. Inicialmente, associava-se a qualidade de vida a um conceito quantitativo, referente aos bens materiais disponíveis para determinado tipo de pessoa ou sociedade, porém observa-se hoje que sua definição tem uma abordagem mais ampla e integradora.

Seidl e Zannon (2003) afirmam que o termo qualidade de vida é utilizado em duas vertentes, sendo uma falada na linguagem cotidiana pela população em geral e outra no

contexto da pesquisa científica na área da economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e outras áreas da saúde. O interesse crescente por este construto na área da saúde surgiu na década de 30, objetivando a sua definição e já fazia referências à avaliação deste construto. Na década de 70 já existiam vários instrumentos e foi definida como uma extensão em que o prazer e a satisfação têm sido alcançados. Em meados da década de 80 apareceram cerca de 70% do total de instrumentos voltados ao amadurecimento conceitual e metodológico do uso na linguagem científica.

Na década de 90, chegou-se a um consenso entre os estudiosos na conceituação de qualidade de vida, por dois aspectos, sendo um a subjetividade e o outro a multidimensionalidade. A subjetividade é a percepção que a pessoa tem sobre sua vida, avaliando a sua situação pessoal. A natureza multidimensional do construto foi validada a partir de quatro fatores, a física, que é a *percepção* sobre sua saúde, *psicológica*, que é a percepção sobre sua condição afetiva e cognitiva, do *relacionamento social*, que é referente aos papéis sociais adotados e do *ambiente* que é o local onde vive (Seidl & Zannon 2003). A qualidade de vida do indivíduo se expressa além da qualidade de sua saúde, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas, representam o processo de satisfação de suas necessidades com cuidados físicos e culturais. Falar em qualidade de vida é suprir necessidades básicas, melhorar o estilo de vida, tendo hábitos saudáveis, realiza atividade física, ter relacionamentos estáveis, duradouros e ter uma dieta saudável (Souza 2001).

A saúde e doença são processos que relacionam aspectos econômicos, socioculturais, a experiência pessoal e estilos de vida. Na saúde coletiva e nas políticas de saúde é possível identificar interesse crescente por avaliação da qualidade de vida. Ela é indicador para avaliação da eficácia e eficiência para determinados tratamentos de grupos portadores de agravos diversos, também é utilizado como indicador nos julgamentos

clínicos de doenças específicas permitindo um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação à condição, em que está inserido, influenciando em decisões e condutas terapêuticas das equipes de saúde (Seidl & Zannon 2003).

Segundo Sanches (2005), qualidade de vida no trabalho é quando as pessoas que estão trabalhando são capazes de satisfazer as suas necessidades por meio de suas experiências obtidas no serviço. Os aspectos importantes para o desenvolvimento psicológico e sócio profissional são a motivação para o trabalho, capacidade de adaptação às mudanças dos ambientes de trabalho, criatividade e vontade para inovar e aceitar as mudanças da organização.

Schmidt e Dantas (2006) relatam que a satisfação no trabalho é considerada um dos indicadores de qualidade de vida e sua medida tem sido utilizada em diversos estudos. A satisfação é considerada baseando-se em alguns componentes, tais como a autonomia, interação, “status” profissional, requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração. O tema é de fundamental importância para o serviço de enfermagem, uma vez que a satisfação dos trabalhadores, bem estar e qualidade de vida no trabalho são fatores que influenciam para um bom desempenho no serviço e na qualidade final da assistência.

1.3 - ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA NA ENFERMAGEM

Um dos grupos ocupacionais com mais riscos de estresse são os indivíduos das instituições de saúde. Eles podem ter um quadro de esgotamento emocional, distanciamento afetivo, tratamento despersonalizado, sentimento de perdas de lucros pessoais (Trucco, Valenzuela & Trucco 1999). Algumas profissões são consideradas de “alto contato” por manter relação de ajuda constante e direta com outras pessoas, elas aliam longas jornadas

com os “problemas dos outros”, além de apresentarem uma excessiva carga de trabalho em locais potencialmente geradores de conflitos. Esses profissionais são aqueles que no seu dia-a-dia fazem contato direto com as pessoas como, por exemplo, encontram-se os enfermeiros, professores, médicos e policiais (Mallar & Capitão 2004).

Campos (2005) descreve que o estresse ocupacional não vem somente de estressores pessoais, vem também de institucionais, familiares e é mais freqüente em profissionais que mantém relações de ajuda constante e direta com outras pessoas. Os profissionais mais susceptíveis são os que prestam serviços de apoio como os médicos, enfermeiros e professores. Entre estes profissionais, os de enfermagem são os que permanecem por mais tempo ao lado do paciente hospitalizado e sua família, vivendo situações de estresse junto a eles, seja na revelação do diagnóstico, dos procedimentos cirúrgicos ou nas tomadas de decisões sobre o tratamento.

A enfermagem é considerada como uma profissão, cuja atividades estão entre as que mais são geradoras de estresse, principalmente para os que trabalham em hospital e neste, os profissionais de enfermagem fazem parte da maioria dos trabalhadores (Lautert, Chaves, & Moura 1999). Os profissionais de enfermagem fazem parte de um grupo que se destaca por ser a maioria do sexo feminino, tem hierarquia e sobrecarga física e emocional. Sua população é predominantemente feminina e estão expostas a altas exigências (Araújo, Aquino, Menezes, Santos & Aguiar 2003).

A enfermagem está ligada à noção de caridade e devotamento, pois em sua origem, eram pessoas que faziam parte da igreja ou pessoas leigas que praticavam caridade; trabalhar em hospital significava abnegação, obediência e dedicação (Barboza & Soler 2003). O caráter caritativo das práticas hospitalares e a produção capitalista mantêm-se até hoje com características originando certa ambigüidade, entre o assistencialismo caritativo-

religioso e as regras típicas do capitalismo (Elias & Navarro 2006). A enfermagem tem sua história no Brasil como uma categoria marginalizada e vem tentando se afirmar profissionalmente. Hoje, ela é considerada científica, mas vive em uma crise tanto na prática profissional, como no âmbito de formação (Stacciarini & Tróccoli, 2001).

O hospital é reconhecido como um local insalubre, penoso e perigoso que deixa seus trabalhadores expostos a riscos a ao sofrimento psíquico, carrega o ônus da dor, da doença e da morte. O ambiente hospitalar apresenta uma excessiva carga de trabalho e o empregado está em um local com um nível de tensão elevado por se encontrar sempre em contato com situações limites. O processo de trabalho é parcelado, tem características da organização do trabalho industrial e o setor de atuação é essencialmente de um trabalho intensivo. A necessidade de funcionamento diuturno implica plantões diurnos e noturnos, permitindo uma dupla jornada de plantão e longas jornadas de trabalho principalmente quando o salário é insuficiente para manutenção de uma vida digna (Elias & Navarro, 2006).

Com o passar do tempo, o hospital deixou de ser um local onde as pessoas eram levadas para morrer e passou a ser um local de cura. O hospital aglomera pacientes/clientes acometidos por problemas de saúde e são assistidos por profissionais da área de saúde ou técnico-administrativo. No contexto hospitalar a enfermagem compõe o quadro com o maior número de funcionários e as condições de trabalho da equipe de enfermagem são marcadas por riscos resultando em absenteísmo e licenças saúde. Os profissionais têm suas atividades divididas por tarefas, com uma rígida estrutura hierárquica para o cumprimento de rotinas, normas e regulamentos. Suas atividades freqüentemente estão próximas do sofrimento e da morte e a monotonia das atividades repetitivas e parceladas, os turnos

rotativos de trabalho, são fatores psicossociais que causam danos à saúde do trabalhador, evidenciando a fadiga que pode levar ao estresse (Barboza & Soler, 2003).

A grande maioria dos enfermeiros trabalha em hospitais, mas também encontram-se enfermeiros trabalhando em programas de saúde coletiva, atuando no atendimento preventivo e atuando como assistencialistas. Este profissional também ocupa cargos administrativos, geralmente em serviços de saúde e de ensino, tanto no nível técnico como no universitário e como gerente do serviço de enfermagem (Stacciarini & Tróccoli, 2001).

Nos últimos anos tem-se observado um número significativo de enfermeiros que assumem a função de gerentes da Unidade Básica de Saúde (UBS) e sua ação gerencial determina a organização de serviços e efetivação de políticas sociais. No entanto, os recursos organizacionais e materiais são escassos fazendo com que o trabalho gerencial reduza-se a controlar e executar tarefas. O gerenciamento da UBS refere-se às necessidades sociais e o trabalho é sempre uma ação transformadora. Este modelo de assistência à saúde vem sendo reestruturado desde a década de 70. O Sistema Único de Saúde (SUS) compreende o modelo vigente de política de saúde no Brasil e representa um importante passo para o fortalecimento das administrações locais e regionais. O SUS prevê políticas de descentralização e cria a municipalização direcionando atribuições de autoridade sanitária na sua área de atuação, aumentando o poder de operação e decisões locais para as UBS. A atenção à saúde prevê promoção, proteção e recuperação, deve ser articulada e integrada, permitindo ampla cobertura e acesso da população com eficiência social e econômica possível (Passos & Ciosak 2006).

O Ministério da Saúde (MS) propõe também um modelo de assistência à saúde com acesso ao serviço e resolutividade associado ao trabalho de equipe, estimulando o autocuidado e o repensar sobre o estilo de vida das pessoas e sua família. O programa

Saúde da Família (PSF) vem com a proposta de reorganizar a atenção básica à saúde baseada nos princípios e diretrizes do SUS. O MS propõe estruturação de equipes multiprofissionais que atuam em um número específico de usuário em uma região delimitada. O MS propõe uma equipe mínima de enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe deve responsabilizar-se pelos problemas da região e executar ações capazes de resolvê-los. Este modelo de assistência supõe haver envolvimento dos trabalhadores da equipe com a população de seu território de abrangência e a aproximação com a comunidade, requer tempo da equipe, conhecimento da saúde da família, habilidades clínicas e possuir um perfil necessário para confrontar-se com situações que podem apresentar-se (Camelo & Angerami 2004).

Camelo e Angerami (2004) relatam que o enfermeiro desenvolve seu trabalho na unidade do PSF, atua com sua equipe e na comunidade no nível de sua competência com ações básicas em atenção à criança, mulher, adolescente, adulto e idoso. Apóia os ACS com pacientes que necessitam de cuidados mais específicos. Executa capacitação dos auxiliares de enfermagem e dos ACS. O auxiliar de enfermagem trabalha na unidade do PSF e em atividades de identificação das famílias de risco, atuando em domicílio/comunidade junto com os ACS.

Os trabalhadores de enfermagem têm uma ampla descrição de efeitos nocivos sobre a saúde devido a elevados níveis de demanda e de estimulação ambiental. Tem sido amplamente evidenciado como um dos principais fatores de estresse ocupacional, a sobrecarga do trabalho (Araújo, Aquino, Menezes, Santos & Aguiar 2003). A equipe de enfermagem tem características de estresse tais como o número reduzido de profissionais na equipe, a dificuldade de delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, a falta de reconhecimento pelo público, o

achatamento salarial, o estreitamento do mercado de trabalho e o desemprego que obriga o profissional de enfermagem a trabalhar em mais de um local, exercendo uma carga horária mensal longa (Stacciarini & Tróccoli 2001)

Segundo Engel (2004), os enfermeiros encontram no seu serviço algumas características físicas, emocionais e sociais que podem ser consideradas como estressoras. Trabalham com a morte e o morrer, freqüentemente trata-se de padrões de ética e de moral, com o conflito e a ambigüidade do papel, a estrutura e o clima da organização, além da relação do trabalho e descanso. Em resposta aos sentimentos, os comportamentos saudáveis podem ser inibidos e os comportamentos como comer demais, consumo de bebida alcoólica e o fumo, podem ser aumentados para se conseguir lidar com o estresse.

Os atos mais técnicos e mais qualificados são realizados por enfermeiras responsáveis por chefias, coordenação e supervisão. Os auxiliares de enfermagem executam procedimentos menos qualificados e dedicam-se mais tempo aos enfermos, porém as tarefas são mais intensas, repetidas, menos reconhecidas socialmente e financeiramente menos valorizadas (Barboza & Soler, 2003).

Em um estudo descritivo realizado por Judkins, Massey e Huff (2006) avalia o estresse nas supervisoras de enfermagem e o papel dela na equipe. Este estudo demonstra que as enfermeiras apresentam mais sofrimento do que outros profissionais. A equipe de enfermagem que atua em hospital é constituída por supervisoras de enfermagem e estas apresentam uma demanda mais intensa de atividades. Elas freqüentemente são expostas a estímulos estressores apresentando maior estresse, afetando o desempenho no exercício profissional. As supervisoras apresentam uma expectativa maior no serviço, por lidar com baixos recursos, ter que manter uma qualidade no padrão de atendimento, alcançar contentamento da equipe, fazer com que o grupo trabalhe em um padrão ideal nos

atendimento. O estudo conclui que a enfermagem é uma profissão que trabalha em equipe e necessita de um supervisor com interação direta com a equipe e que saiba dividir as responsabilidades nos cuidados com os pacientes. Foi constatado que os supervisores que se encontram mais presentes ajudam a equipe a lidar com os problemas, direcionando e dando suporte à equipe, resultando assim, em uma diminuição de absenteísmo e estresse na equipe.

Embora o estresse seja uma variável individual, existem fontes de estresse comum entre os enfermeiros em geral. São eles: carga de trabalho, cuidados com pacientes, relações interpessoais com os colegas, conhecimento e habilidades de enfermagem, burocracia e atuação em unidades especializadas, como a Unidade de Terapia Intensiva ou enfermagem em médico-cirúrgica. Nos estudos sobre a profissão de enfermagem não há clareza sobre o papel interveniente das organizações. Há uma ampla discussão sobre a influência da estrutura organizacional e/ou fatores de personalidade para entender o estresse ocupacional e o bem estar psicológico dos enfermeiros (Stacciarini & Tróccoli 2000).

Albion, Fogarty e Machin (2005) realizaram um estudo com 1097 empregados de um serviço de saúde que haviam terminado o exame público da agência de Queensland em 2002. Foram obtidos resultados que medem clima organizacional e psicológico. Foram comparados os resultados com os trabalhadores do serviço de saúde e concluiu-se que os enfermeiros relataram ser menos favorecidos, indicando ter mais tensão, baixo nível de bem estar, baixa satisfação no serviço e qualidade da vida no trabalho. Os resultados são menos favoráveis para as enfermeiras que estão trabalhando em hospital regional e na saúde mental do que em outros locais. Provavelmente isto ocorre quando a equipe apresenta uma alta expectativa quanto ao suporte de seus superiores no desenvolver de suas atribuições.

Barboza e Soler (2003) realizaram uma pesquisa com 10 profissionais de enfermagem. A idade média era de 36,9 anos, quatro solteiras, três casadas, uma separada, uma divorciada e uma amasiada. Três não tinham filhos e as demais tinham de um a quatro. Somente uma não era responsável pela maior parte da renda familiar. Quatro realizavam de três a oito horas por dia de trabalho doméstico e uma delas ainda trabalhava em outro emprego. Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com duração entre 30 a 60 minutos que foram gravadas na íntegra e transcritas. O estudo afirma que a equipe de enfermagem está sendo acometida por problemas de saúde de caráter físico e psíquico, destacando-se lesões por esforços repetidos, depressão, angústia, estresse, além do que condições inadequadas de trabalho acabam por influenciar na qualidade do atendimento prestado pela equipe de enfermagem.

Em Londrina foi realizado um estudo em quatro hospitais da região, e avaliados os profissionais de enfermagem que trabalhavam em unidade cirúrgica. Participaram 105 trabalhadores, sendo a maioria mulheres com idade média de 38 anos. A coleta de dados foi feita por meio de 20 questões referentes à caracterização sócio-demográfica e 44 itens referentes à escala de Atitude do Índice de Satisfação Profissional, que permite que o respondente estabeleça seu grau de satisfação. O estudo identificou que os profissionais de enfermagem encontravam-se insatisfeitos e nem satisfeitos/nem insatisfeitos com a qualidade de vida no trabalho. Os de menor satisfação foram os requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração; os itens com maior satisfação foram o *status* profissional, autonomia e interação (Schmidt & Dantas, 2006).

Attree (2005) baseou-se na teoria de que a qualidade dos cuidados é influenciada pela habilidade em conseguir fazer os cuidados básicos. A falta de autonomia dos profissionais está associada a uma insatisfação ocupacional, ao estresse, às mudanças e a

baixa auto-estima, causando um impacto na qualidade do cuidado. Foi realizado uma entrevista semiestruturada com 142 enfermeiras, do Hospital National Health Service (Inglaterra), 132 eram mulheres e 10 homens, com idade entre 21 a 60 anos, 52 tinham entre 10 a 19 anos e os outros com 5 a 9 anos de experiência. Foram avaliados utilizando-se a análise comparativa constante. As enfermeiras estavam insatisfeitas com as suas chefias e acreditavam ter maior prejuízo nos cuidados básicos aos pacientes.

Batista e Bianchi (2006) fizeram um estudo em que participaram 73 enfermeiros que atuavam em um setor de emergência. Estes profissionais depararam-se com atendimento emergencial médico e cirúrgico 24 horas, vivenciando ansiedade por indefinição das atividades laborais. O enfermeiro assume uma postura de alerta devido à dinâmica do serviço. Eles ressaltam que o ritmo acelerado de trabalho, deficiência de estrutura do ambiente, deficiência de funcionários, ambiente físico, ausência de funcionários, tempo mínimo para realizações da assistência de enfermagem, o cumprimento de tarefas burocráticas e atividades administrativas geram estresse para a unidade de Emergência. Os autores afirmam que o enfermeiro que atua na unidade emergencial é um profissional que vive sob condições estressantes de trabalho.

Em Florianópolis foi realizado um estudo quali-quantitativo em unidades de internação de DST/AIDS e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, utilizando-se a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (trata-se de uma escala psicométrica, agrupada em cinco dimensões, um instrumento multidimensional e com evidência de validade de construto). A pesquisa foi realizada com 59 profissionais de enfermagem, sendo 22 na unidade DST/AIDS e 37 na UTI neonatal. Foi constatado que quem trabalha na UTI neonatal tem escores mais altos de qualidade de vida daqueles que trabalham na unidade DST/AIDS, sugerindo que a relação com a satisfação pelo setor influencia na sua qualidade

de vida, pois, na UTI, existe maior expectativa de vida para as crianças (Lentz, Costenaro, Gonçalves & Nassar, 2000).

Em um estudo realizado com 135 enfermeiras em 7 hospitais de uma cidade metropolitana localizado no centro dos Estados Unidos, com enfermeiras que trabalham menos de 30 horas semanais em Unidade de cuidados intensivos. Quatro estressores foram os mais relatados, sendo eles: incompetência da equipe; responsabilidade e poder de decisão; pacientes em instabilidade e/ou em estado crítico; prolongamento desnecessário da vida. A situação mais freqüente que relataram e causa de mais tensão foi a falta de trabalho em equipe (Hays, All, Mannahan, Cuaderes & Wallace 2006).

Franco, Barros e Nogueira-Martins (2005) realizaram um estudo sobre qualidade de vida em 68 residentes de enfermagem da Escola Paulista de Medicina e foi demonstrado um comprometimento no componente mental, vitalidade e saúde mental do questionário de qualidade de vida. Não houve diferenças entre os grupos do primeiro ano e do segundo ano, também não houve correlação entre a diminuição da qualidade de vida e as áreas de atuação, mas 27,9% apresentaram disforia/depressão, sendo que 8,8% apresentam critérios para disforia e 19,1% apresentam critérios compatíveis com depressão, sendo este índice superior ao encontrado na população em geral que é em torno de 5 a 10%.

Lautert, Chaves e Moura (1999) relataram em um estudo com uma amostra de 207 indivíduos que atuavam como enfermeiros em um hospital universitário na cidade de Porto Alegre. A amostra foi composta por sua grande maioria de mulheres, 55% casadas, com uma média de idade de 35,8 anos e que trabalhavam, em média, 8,5 anos nos diferentes setores do hospital, 93% trabalhavam em unidades e 7% eram chefes, desta amostra 48% estavam estressados e a carga de trabalho foi o que mais evidenciou-se como condição de risco ao estresse. As alterações cardiovasculares estavam entre os sintomas mais referidos,

no entanto, as alterações gastrintestinais e imunitárias tiveram maior relação com o estresse. O gerente de pessoal foi o que apresentou o maior número de correlações significativas com os sintomas de estresse. Quanto à bebida alcoólica, 74% bebiam esporadicamente, no entanto, observou-se um risco maior de estresse comparando-se aos que não ingeriam bebidas. Dos 160 enfermeiros que bebiam, 62% estavam estressados na área de gerenciamento de pessoal, 43% relatavam ter alterações de sono, 4% usavam soníferos e 5% usavam tranquilizantes.

Bégat, Ellefsen e Severinsson (2005) realizaram um estudo descritivo correlacionado avaliando a satisfação das enfermeiras com o ambiente psicossocial do trabalho, a sensibilidade moral. A pesquisa contou com 71 enfermeiras de dois hospitais. Os dados foram obtidos através de questionários com 150 questões. A média da idade das enfermeiras era de 35 anos, cuja média é 9,3 anos de experiência. Vinte e duas enfermeiras eram supervisoras. Os fatores “trabalho estressante” e “ansiedade” tiveram uma significativa correlação com conflitos éticos. O estresse no trabalho e o sentimento de ansiedade não superaram os conflitos éticos. Os autores afirmam que uma situação tensa é fator relevante na falta de controle da ansiedade não somente das enfermeiras, mas também das expectativas do paciente e, por sua vez, desconhecer fatores que desencadeiam a alta demanda no trabalho, ocasiona dificuldade em executar atividades, gerando uma atuação ineficiente, reduzindo a qualidade de cuidados devido às rotinas de trabalho e ao alto nível de ansiedade. Os resultados mostraram uma correlação entre a sensibilidade moral (MS), a colaboração total e a boa comunicação.

O estresse ocupacional pode ser considerado como um dos grandes problemas psicossociais, despertando interesse e preocupação pela comunidade científica internacional e pelas entidades governamentais, empresas e sindicatos norte-americanos e europeus. A

enfermagem não fica isenta desta interação e apresenta insatisfações profissionais, absenteísmo, acidentes de trabalho e algumas doenças ocupacionais. O sofrimento do indivíduo traz conseqüências sobre o seu estado de saúde, seu desempenho no trabalho e sobre a qualidade de vida (Murofuse, Abranches & Napoleão 2005).

Capitão, Scortegagna e Baptista (2005) relatam que vários fatores, como os psicossociais ou os comportamentais influenciam sobre a saúde ou a doença. As emoções podem desencadear problemas físicos, porém a saúde pode ser influenciada por características individuais, personalidade, crenças, comportamentos, suporte social e meio ambiente. A saúde pode ser considerada um bem-estar físico, psicológico e social. A psicologia na saúde está voltada para os aspectos psicológicos no decorrer da vida de uma pessoa. As intervenções da psicologia ajudam as pessoas a enfrentar a dor, a ansiedade e a depressão. A avaliação psicológica pode ser considerada uma ferramenta que ajuda na decisão do diagnóstico diferencial, tipo de tratamento e prognóstico. A detecção precoce de problemas comportamentais pode ser um grande diferencial no tipo e na qualidade do atendimento oferecido.

1.4 - AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

A avaliação psicológica pode ser considerada como um conjunto de procedimentos realizados para responder questões específicas quanto ao funcionamento psíquico adaptado ou não de um indivíduo durante um período específico de tempo ou predizer o funcionamento psicológico no futuro. A avaliação deve obter informações científicas fundamentadas, deve orientar, deve sugerir e sustentar o processo de tomada de decisão (Noronha & Alchieri 2004).

A idéia de uso de instrumentos surgiu na década de 30, com uma perspectiva da instrumentalização em psicologia caracterizando o psicólogo como o mais bem amparado no contexto do comportamento humano. Nas décadas de 60 e 70 os instrumentos foram criticados e seu uso foi diminuído na atuação do psicólogo, porém nos dias de hoje voltou a ter sua importância na atuação do psicólogo. O relatório da Comissão de Testes do Colégio Oficial de Psicólogos (COP) e da Comissão Européia sobre Testes da Federação Européia de Associações Profissionais de Psicólogos (EFPPA), apontadas diretrizes internacionais para o estabelecimento de políticas para o uso dos testes psicológico. Em 1980, foi criada a Comissão Nacional sobre Testes Psicológicos no Brasil com o objetivo de discutir a política em relação à área. Em 1986, esta comissão incluía algumas recomendações quanto ao uso de instrumentos psicológicos (Noronha, Primi & Alchieri 2004).

A resolução CFP 02/2003 estabelece que os instrumentos de avaliação psicológica, no Brasil devem atender a um conjunto de requisitos mínimos estabelecidos pela Psicometria e devem possuir: (a) uma fundamentação teórica, (b) evidências empíricas de validade e precisão das interpretações propostas, (c) um sistema de correção e interpretação dos escores, (d) uma descrição clara dos procedimentos de aplicação e correção (e) um manual contendo essas informações. Atualmente no Brasil encontra-se em pauta a análise da qualidade dos testes pelo Conselho Federal de Psicologia, apontando que os testes devem conter fundamentação teórica, evidências empíricas de validade e precisão das interpretações propostas para os escores do teste, justificando os procedimentos específicos adotados na investigação (CFP, 2003).

Os testes psicológicos são instrumentos úteis para a realização da avaliação psicológica e oferecem uma "medida objetiva e padronizada de uma amostra do

comportamento" (Anastasi & Urbina, 2000). No Brasil, eles são exclusivos dos profissionais de psicologia (Noronha, Sartori, Ottati & Freitas 2001).

A fidedignidade ou precisão dos testes está de acordo com a estabilidade ou consistência dos resultados, indicando que quanto mais próxima a correlação entre os escores em diferentes situações, maior será sua precisão. A validade de um teste corresponde ao quanto mede aquilo que se propõe a medir e quão bem ele o faz. É necessário submetê-lo a vários processos de verificação de validade. Hoje são buscadas evidências de validade nos testes para a interpretação de um tipo de resultado (Anastasi & Urbina 2000).

As evidências buscadas são divididas em cinco categorias: 1) evidências baseadas no conteúdo investigam o domínio existente nos itens; 2) evidências baseadas nas relações com outras variáveis buscam padrões de correlação entre os escores do teste com outras variáveis que medem o mesmo construto ou construtos relacionados e com variáveis que medem o mesmo construto; 3) evidências baseadas na estrutura interna, que é o procedimento que se constitui em fonte de validade para a interpretação de um teste; 4) evidências baseadas no processo de resposta, que atribui significado psicológico para a realização correta do item a partir das relações entre componentes cognitivos e 5) evidências baseadas nas conseqüências da testagem, que examinam conseqüências sociais intencionais e não intencionais do uso verificando se está tendo efeitos desejados de acordo com o objetivo para o qual foi criado (AERA, APA & NCME, 1999).

Ao se falar em avaliação psicológica, Andriola (1998) aponta dois aspectos que estão subjacentes à atividade do psicólogo. O primeiro refere-se à formação profissional do psicólogo e o segundo, à qualidade dos instrumentos psicológicos utilizados. O homem é um objeto bastante complexo e para compreendê-lo é preciso organizar conhecimentos

sobre a vida biológica, intrapsíquica e social, gerando uma certa complexidade na formação do psicólogo que se dispõe a realizar um psicodiagnóstico, devendo possuir conhecimentos teóricos, dominar procedimentos e técnicas psicológicas (Gomes 2000).

2- OBJETIVOS

2.1- OBJETIVO GERAL

Buscar evidência de validade baseada nas relações com outras variáveis, correlacionando as dimensões da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) (Sisto, Baptista, Noronha & Santos 2007) e o Instrumento Abreviado de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde - WHOQOL-bref (Fleck e cols 2000).

2.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar se as variáveis tais como idade, número de filhos, tempo de formação, tempo de experiência profissional, tempo de trabalho na instituição, turno de trabalho, posição sócio-econômica, grau de instrução e frequência de atividade física apresentam correlação com a vulnerabilidade ao estresse no trabalho e com qualidade de vida.

- Comparar os escores dos instrumentos de estresse no trabalho e qualidade de vida com determinados grupos referentes ao tabagismo, declaração de cor/raça, estado civil, dificuldade em conciliar trabalho/casa, período de trabalho, alteração gastrointestinal, atividade física, problemas com sono, realização de viagens, profissão de enfermagem e setor de atuação.

3- MÉTODO

3.1- PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 117 profissionais da área de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiros que trabalham em hospitais privados, privados e com convênio do Sistema Único de Saúde (SUS) e em serviço público na área de saúde pública de um município do Estado de São Paulo. A faixa etária dos participantes variou de 20 a 56 anos. As características da amostra encontram-se pormenorizadas nos resultados.

3.2 - INSTRUMENTOS

3.2.1- Ficha de Caracterização

Foi criada uma Ficha de Caracterização (Anexo 1) contendo questões fechadas e abertas, abordando dados de identificação pessoal, profissional, social, como por exemplo: sexo, idade, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição, nível de escolaridade, turno de plantão, setor de atuação, dentre outras. Utilizou-se também o Sistema de Classificação Econômica Brasil, que tem a função de estimar o poder de compra dos indivíduos e das famílias, dividindo o mercado não mais em classes sociais e sim em classes econômicas. O sistema de pontos aplicados baseia-se na quantidade de itens que o indivíduo possui em sua residência. É verificado, da mesma forma, o grau de instrução do chefe de família, sendo que para cada grau há uma pontuação equivalente. O critério foi construído para definir grandes classes, divididas em classe A₁, A₂, B₁, B₂, C, D e E. A

renda familiar média fica dividida respectivamente da seguinte forma: R\$ 7.793, R\$ 4.648, R\$ 2.804, R\$ 1.669, R\$ 927, R\$ 424 e R\$ 207 (ANEP, 2000).

3.2.2- Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT)

A Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) foi desenvolvida por Sisto, Baptista, Noronha e Santos (2007), contendo 40 situações de trabalho dentre as quais, o profissional deve assinalar o quanto cada situação o incomoda, de acordo com uma escala Likert de 3 pontos (nunca, às vezes, freqüentemente). Seu objetivo é avaliar o quanto as situações do cotidiano do trabalho interferem no modo de agir do indivíduo, podendo caracterizar certa fragilidade. Este instrumento relaciona medidas de estresse profissional podendo diferenciar a relação da intensidade com a percepção de sua vulnerabilidade. O instrumento mede o estresse e o relaciona com a intensidade que o indivíduo percebe a sua vulnerabilidade (Anexo 2).

Este instrumento tem a proposta de auxiliar a identificação da vulnerabilidade em relação ao estresse laboral, instrumentalizando os pesquisadores e psicólogos que atuam na área do trabalho; bem como de desenvolver avaliações sobre o estresse no serviço. A construção dos itens foi baseada em três categorias, sendo: aborrecimento/contrariedade no trabalho, pressão no trabalho e a falta de suporte organizacional. Inicialmente foram geradas 181 situações estressoras e estas foram avaliadas e filtradas por profissionais resultando em 154 itens. Primeiramente foi aplicado em 388 pessoas com idade variando entre 17 a 49 anos com uma média de 26,11 anos e Desvio Padrão (DP) de 6,99. A população era de 66,8% do sexo feminino e 31,2% eram do sexo masculino, de forma coletiva. Cada item deste instrumento tinha três alternativas e as pontuações eram: nunca (zero pontos), às vezes (um ponto) e sempre (dois pontos). Foram realizados dois estudos

de evidência de validade relacionados com a estrutura interna, sendo que um procurou analisar se os itens diferenciavam as pessoas, indevidamente, entre os sexos e o outro analisou os componentes principais, visando identificar variáveis latentes, subjacentes aos itens.

No primeiro estudo foram detectados oito itens que discriminavam indevidamente a diferença do gênero e foram excluídos devido à pequena quantidade de favorecimento ou do sexo feminino ou do sexo masculino dificultando as características de cada um. No estudo fatorial realizado pelo método *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO = 0,88$) foi indicado o grau de variância comum entre variáveis, considerado bastante bom e também foi utilizado o teste de esfericidade de *Bartlett* ($\chi^2 = 4925,88$, $df = 780$ e $p = 0,000$). Tais resultados demonstram que a matriz é apropriada para extração de fatores. Foram estudados os resultados e a análise heurística indicou melhor interpretabilidade para três fatores, sendo: fator 1 com 17 itens que explicou 21,94% da variância, fator 2 com 13 itens responsáveis por 9,25% da variância total e fator 3 com 10 itens, que explicou 4,82% da variância. Utilizou-se o modelo *Rash* para escalar os itens em termos de construto comum e o resultado indicou precisão para os itens de 0,98 e para as pessoas de 0,91. A média foi 0,00 ($DP = 0,55$) e erro padrão médio de 0,09. Os itens apresentaram ajuste ao modelo pelo índice do *infit*, com intervalo de 0,70 a 1,30 comumente usado. E foi observado o mesmo em relação ao *outfit*, indicando que todos os itens foram respondidos de acordo com o padrão esperado de 1,00.

O instrumento remodelado foi aplicado em 948 indivíduos, com idade variando entre 17 a 54 anos, tendo em média 26 anos e DP ; 7,02, sendo 65,1% do sexo feminino e 34,7% do sexo masculino. A aplicação foi realizada de forma coletiva e a correção manteve-se a mesma do primeiro estudo. A medida de adequação da amostra foi $KMO = 0,$

92 e o teste de Barlett ($\chi^2 = 10726,77$, $gl = 780$ e $p = 0,000$) indicou a possibilidade de retirada de mais de um fator e uma boa explicação da variância envolvida. A análise dos dados para a retirada de três fatores explicou 37,44% da variância e a estrutura retirada anteriormente manteve-se, no entanto alguns itens mudaram de posição em termos de fatores.

O fator 1 ficou com 16 itens e ficou denominado de *Clima e Funcionamento Organizacional*. Os itens são 3, 4, 5, 6, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 25, 26, 27, 36, 40 e expressam ambiente físico inadequado, chefes despreparados, dificuldades pessoais com o chefe, expectativa excessiva da chefia, falta de oportunidades de progresso no trabalho, falta de perspectiva profissional, falta de plano de cargos e salários, falta de solidariedade, função pouco conhecida, impossibilidade de dialogar com a chefia, desconhecimento de como é avaliado e de quem manda realmente no trabalho, falta de valorização, salário inadequado para a função, autoridade rejeitada pelos iguais ou superiores, e tom autoritário de superiores.

O Fator 2 ficou com 13 itens e foi denominada *Pressão no Trabalho*, cujos itens são 1, 2, 12, 17, 24, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 38, 39 e expressam acúmulo de funções, acúmulo de trabalho, execução de trabalhos que não pertencem à função, fazer o trabalho do outro, muita responsabilidade no trabalho diário, necessidade de ajudar colegas para fazer o serviço deles, novas obrigações, o erro do funcionário afetando o trabalho dos outros, prazos para realização de trabalhos, responsabilidade excessiva, ritmo acelerado de trabalho, atender a muitas pessoas de uma só vez, ter mais obrigações que os demais colegas.

O Fator 3, com 11 itens, ficou denominado *Infraestrutura e Rotina*, sendo composto pelos itens 7, 8, 9, 10, 20, 21, 22, 23, 31, 32, 37 que traduzem jornadas dobradas, doença ou

acidente pessoal, equipamento precário, licença de saúde recorrente dos colegas, mudança nas horas de trabalho, mudança no status financeiro, mudanças de chefias, perspectivas de ascensão vinculadas à idéia de transferência, pouca cooperação da equipe para trabalhos que deveriam ser feitos em conjunto, problemas com a iluminação do ambiente e salários atrasados.

A precisão do instrumento de avaliação psicológica também indica a qualidade do instrumento. A precisão é alta quando o erro de medida é baixo. Os estudos de fidedignidade foram realizados com base nos procedimentos de precisão por consistência interna que informa quão bem os itens refletem o construto. Foi estudada a consistência interna com o coeficiente de *Cronbach* e a correlação entre duas metades e a Teoria de Resposta ao item utilizando modelo *Rasch*. Para este modelo a precisão para os itens é de 0,98 e para as pessoas é de 0,91 e os *Sperman-Brown* e *Guttman* entre 0,75 a 0,85, sendo considerados altos, indicando que as dimensões do instrumento têm ótima precisão. A correção do teste é feita aplicando “zero” às respostas nunca; um ponto para “às vezes” e dois pontos para “freqüentemente”, variando de “zero” a no máximo 80 pontos.

3.2.3 - Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

(WHOQOL-bref)

O Instrumento Abreviado de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL – Bref) é de propriedade da Organização Mundial da Saúde (Anexo 3). É uma versão abreviada do WHOQOL – 100. O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a versão abreviada devido à necessidade de instrumentos breves, que sejam de fácil preenchimento, porém mantendo as características psicométricas de auto-avaliação. Ele é auto-explicativo e foi formulado em uma escala de

resposta do tipo Likert, com escala de intensidade indo do “nada” para o “extremamente”; de capacidade indo de “nada” para “completamente”; de frequência indo do “nunca” para o “sempre” e de avaliação, indo do “muito insatisfeito” para o “muito satisfeito” ou do “muito ruim” para o “muito bom”.

O WHOQOL-Bref, na versão em português (Brasil) é composto por 26 questões com escala Likert de 5 pontos, duas questões são tidas como gerais e as outras 24 representam cada faceta que compõe o instrumento original, ficando assim: para cada questão do WHOQOL-Bref equivale a 4 questões do WHOQOL-100. O critério de seleção foi psicométrico e conceitual. A escolha psicométrica foi de acordo com a questão que mais se correlacionasse com o escore total. Foi realizada uma análise fatorial e foram obtidos 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A versão em Português foi realizada seguindo a metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde e desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil no Departamento de psiquiatria e medicina legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ele pode ser utilizado, não devendo modificar as orientações, questões e “layout” de nenhuma forma. (Fleck & cols 2000).

Os escores são pontuados utilizando um programa estatístico SPSS. Não é recomendado pontuação manual por aumentar a margem de erros dos escores. O instrumento tem a seguinte forma de pontuação: primeiro há necessidade de recodificar as questões q3, q4 e q26, devido ter pontuações invertidas.

O instrumento apresentou boa consistência interna, medida pelo coeficiente de Cronbach, com as 26 questões, 4 domínios ou cada um deles. A capacidade de identificar indivíduos normais de pacientes foi discriminada pela validade discriminante e foi observada nos Domínios 1, 2, 3, 4 e Geral.

Domínio 1 que representa o *físico*, com as questões 3,4,10,15,16,17 e 18 que descreve situações relacionadas com dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho

Domínio 2 que representa o desempenho *psicológico* cujos itens são 5, 6, 7, 11, 19, 26 descreve sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais.

Domínio 3 que representa *relações sociais*, descritos pelos itens 20, 21 e 22, descreve relações pessoais, suporte social e atividade sexual, porém não apresentou capacidade de discriminação entre pacientes e indivíduos normais. Isto pode significar que o fato de estar doente não interfere nas relações sociais e a menor representabilidade em número de questões é um fator que o deixa como um domínio menos estável, do ponto de vista psicométrico.

Domínio 4, que representa o *meio ambiente* nos itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 descreve segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, novas informações e habilidades, recreação e lazer, ambiente físico e transporte. O Domínio *geral* com as questões 1 e 2 descreve como ele percebe sua qualidade de vida e sua saúde.

3.3 – PROCEDIMENTOS

3.3.1 Coleta de Dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco, protocolo CEP/USF: 221/06 (Anexo 5), entrou-se em contato com os serviços de saúde solicitando a autorização para a aplicação dos testes nos funcionários que estão trabalhando nas Instituições. Explicou-se sobre o objetivo do projeto e foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 4) para cada funcionário. Logo após foi entregue a ficha de caracterização e os testes (anexo 1, 2, 3 e 4) e foi realizada uma explanação, a todos os funcionários sobre o preenchimento da ficha de caracterização e dos dois instrumentos, relatando que eles são breves e de fácil preenchimento, levando cerca de 20 minutos. Em alguns setores não foi possível o preenchimento no momento e foi deixado para um enfermeiro responsável da instituição para fazer a entrega e a coleta dos instrumentos. Na instituição com atendimento misto (particular e SUS) foi apresentado dificuldade na coleta dos dados devido à dinâmica e da estrutura organizacional do local.

4- RESULTADOS

4.1 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada com base no programa *Statistical Package for Social Sciences for Windows*, SPSS, versão 12.0. Foi empregada a técnica estatística não-paramétrica, que é usada geralmente para comparar distribuição de dados da locação, de variabilidade ou para avaliar correlação entre as variáveis (Callegari-jaques, 2003).

Inicialmente foi realizada uma estatística descritiva da amostra com os dados sobre idade, sexo, estado civil, turno e tempo de trabalho, tempo de formação, experiência profissional, cargo que ocupa, se possui outro emprego, grau de instrução, com quem compartilha preocupações e esperanças, se encontra dificuldade na conciliação do serviço de casa com o do hospital, se viaja, se pratica atividade física e quantas vezes por semana, se consome bebida alcoólica, se faz uso de tranqüilizantes e alterações do sono.

Para a estatística inferencial utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (r_s) para correlacionar os domínios dos instrumentos EVENT com os domínios do WHOQOL-Bref, correlacionando também os domínios de cada teste com outras variáveis numerais. Para as variáveis nominais envolvendo dois grupos foi utilizado o teste não paramétrico *U* de Mann-Whitney, e em situações em que envolveram mais de dois grupos, o teste estatístico utilizado foi o Kruskal-Wallis (*H*). Foi adotado o nível de significância para as análises de $p \leq 0,05$.

4.2 – ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

4.2.1 Caracterização da Amostra

Participaram deste estudo um total de 117 profissionais de enfermagem de uma cidade do interior de São Paulo. Desse montante foram excluídos 07 participantes que deixaram de responder 10% ou mais itens de um ou outro instrumento (EVENT e WHOQOL-Bref.), correspondendo uma perda da amostra de 6 %, restando assim 110 profissionais. A faixa etária variou de 20 a 56 anos com uma média de idade de 35,8 e um desvio padrão de 8,9. A amostra é predominantemente feminina (N=106, correspondendo a 96,6% da amostra total), sendo que apenas 4 participantes são do sexo masculino (3,6%) e a idade variou de 20 a 56 anos, com uma média de 35,96 e um desvio padrão de 8,7, nesse gênero.

Quanto ao estado civil, mais da metade dos participantes declarou-se casado(a) (N=60, o que equivale a 52,1% da amostra) e as outras 50 pessoas afirmam não ser casadas (solteiros, desquitados e divorciados), somando-se um total de 47,9%. Esses dados podem ser conferidos na Tabela 1.

Tabela 1 Frequência e porcentagem da amostra por estado civil

Estado civil	Frequência	Porcentagem
Casado	60	54,5
Solteiro	33	30,0
Desquitado	6	5,5
Divorciado	11	10
Total	110	100,0

Com relação ao número de filhos, na amostra obteve-se 33 pessoas que declararam não possuir filhos (30%). Três pessoas, equivalente a 2,7% da amostra, não informaram a quantidade de filhos. Dentre os 74 profissionais, que correspondem a 66,5% da amostra, referiam ter filhos, sendo que 53 pessoas (48,1%) possuem de 1 a 2 filhos e 21 pessoas têm de 3 a 5 filhos correspondendo a 18,4%, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 Freqüência e porcentagem do número de filhos

Número de filhos	Freqüência	Porcentagem
0	33	30,0
1	27	24,5
2	26	23,6
3	14	12,7
4	6	5,5
5	1	0,9
Total	107	97,3
Não responderam	3	2,7
Total	110	100,0

Quanto à cor da pele, grande parte da amostra (N = 77 pessoas, correspondendo a 70%) declarou ter cor de pele branca, enquanto os outros 33 participantes (30%) somam-se em outras categorias, a saber, cor parda, negra e amarela. Essas freqüências e porcentagens podem ser notadas na Tabela 3.

Tabela 3 Freqüência e porcentagem da cor da pele

Cor da pele	Freqüência	Porcentagem
Branca	77	70,0
Parda	27	24,5
Negra	5	4,5
Amarela	1	0,9
Total	110	100,0

Na declaração do tempo de formação, 19 profissionais, um total de 17,3% não responderam esta questão, 38 declararam ter mais de 10 anos de formação, sendo que a maioria dos participantes (N = 42 equivalente a 48,2% da amostra) afirma ter de 1 a 10 anos de formação profissional. Quando questionado o tempo de experiência profissional, somente 5 pessoas (4,5%) não responderam a esta questão. Não houve muita diferença dos resultados obtidos com o tempo de formação, sendo que a maioria (N= 63 correspondente a 57,2% dos participantes) trabalha entre 1 a 10 anos na profissão e 42 pessoas (38,2%) trabalham mais de 10 anos, como pode-se observar na Tabela 4.

Tabela 4 Frequência e porcentagem do tempo de formação e do tempo de experiência profissional

	Tempo de formação		Tempo de experiência profissional	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
1 ano	11	10,0	12	10,9
1 a 4 anos	21	19,1	24	21,8
5 a 10 anos	21	19,1	27	24,5
mais que 10 anos	38	34,5	42	38,2
Total	91	82,7	105	97,4
Não responderam	19	17,3	5	4,5
Total	117	100,0	117	100,0

Um total de 68 participantes, correspondendo a 61,9% da amostra, afirma trabalhar na instituição a menos de 4 anos. 15 pessoas trabalham a mais de 10 anos no mesmo local. Somente dois profissionais não responderam a esta questão, como podemos notar na Tabela 5.

Tabela 5 Frequência e porcentagem de tempo de trabalho na Instituição

Tempo de trabalho na instituição	Frequência	Porcentagem
1 ano	29	26,4
1 a 4 anos	39	35,5
5 a 10 anos	25	22,8
mais que 10 anos	15	13,6
Não responderam	2	1,8
Total	110	100,0

De acordo com a Tabela 6, pode-se notar que a maioria dos participantes declarou ser auxiliar de enfermagem, correspondendo a 47,3% da amostra (N = 52), sendo 37 técnicos de enfermagem e as outras categorias somadas (enfermeiro, enfermeiro supervisor e enfermeiro gerente) obteve-se 21 profissionais enfermeiros (19,1%).

Tabela 6 Frequência e porcentagem de profissões

Profissões	Frequência	Porcentagem
Auxiliar de enfermagem	52	47,3
Técnico de enfermagem	37	33,6
Enfermeiro	19	17,3
Enfermeiro supervisor	0	0
Enfermeiro gerente	2	1,8
Total	110	100,0

Quanto ao grau de instrução da amostra, somente 6 pessoas (5,5%) declararam ter o ensino fundamental completo, a maioria dos profissionais declarou ter o ensino médio completo (52 participantes, 47,3%), sendo que 30 participantes (27,3%) declararam ter ensino superior e especialização. Na amostra 16 pessoas (14,5%) afirmam ter ensino

superior incompleto, somente um participante não respondeu esta questão, como nota-se na Tabela 7.

Tabela 7 Frequência e porcentagem do grau de instrução

Grau instrução	Frequência	Porcentagem
Ens. Fundamental completo	6	5,5
Ens. Médio incompleto	5	4,5
Ens. Médio completo	52	47,3
Ens. Superior incompleto	16	14,5
Ens. Superior completo	20	18,2
Especialização	10	9,1
Não responderam	1	0,9
Total	110	100,0

Com relação à responsabilidade pela renda familiar, a maioria da amostra (67, correspondendo a 60,9% da amostra) declarou não ter essa responsabilidade. A outra categoria corresponde a 41 participantes (37,3%) e somente dois profissionais não responderam a essa questão.

Quando questionados sobre o período em que trabalha, 24 (21,8%) dos participantes responderam que trabalham no período noturno, 86 profissionais (78,2%) trabalham durante o dia sendo que 11 participantes (10%) declararam trabalhar no período vespertino como podemos notar na Tabela 8.

Tabela 8 Frequência e porcentagem do turno que os profissionais trabalham.

Turno de trabalho	Frequência	Porcentagem
diurno	75	68,2
vespertino	11	10,0
noturno	24	21,8
Total	110	100,0

Na declaração de carga horária obteve-se que a maioria relatou trabalhar 8 horas por dia, sendo 54 participantes (49,1%), seguidos por 30 participantes (27,3%) que afirmam trabalhar 12 horas por dia. O que obteve menor frequência (N = 21, 19,1%) foi os que trabalham 6 horas por dia. Apenas 5 participantes não responderam, como visto na Tabela 9.

Tabela 9 Frequência e porcentagem da carga horária dos profissionais por turno.

Carga Horária	Frequência	Porcentagem
6 horas	21	19,1
8 horas	54	49,1
12 horas	30	27,3
Não responderam	5	4,5
Total	110	100

Quanto ao setor de atuação, os participantes declararam trabalhar em diversas áreas tanto no setor hospitalar como no setor de saúde pública. Têm-se 61 participantes (55,4%) que declararam trabalhar em área hospitalar (enfermagem, folguista, supervisão, pronto socorro, maternidade, unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, clínica médica e cirúrgica com convenio SUS e clínica médica e cirúrgica com convênio, pediatria, agência transfusional e unidade semi intensiva). Na área de saúde pública 48 profissionais (43,6%) declararam trabalhar no programa saúde da família (PSF), unidade básica de saúde, ambulatório central de especialidades e no centro de testagem e aconselhamento. Números mais detalhados podem ser encontrados na Tabela 10.

Tabela 10 Frequência e porcentagem dos setores onde a amostra trabalha

Setor de trabalho	Frequência	Porcentagem
Enfermagem	3	2,7
Folguista	2	1,8
Supervisão	6	5,5
Pronto Socorro	8	7,3
Maternidade	7	6,4
Unidade Terapia Intensiva	9	8,2
Centro cirúrgico	4	3,6
Clinica médica/cirúrgica SUS	14	12,7
Clinica médica/cirúrgica convênio	3	2,7
Pediatria	3	2,7
Agência Transfusional	1	0,9
Unidade Semi Intensiva	1	0,9
Programa Saúde da Família	18	16,4
Unidade Básica de Saúde	12	10,9
Ambulatório Central Especialidade	13	11,8
Centro Testagem e Aconselhamento	5	4,5
Total	109	99,1
Perda	1	0,9
Total	110	100,0

Na amostra, 22 participantes (20%) referem possuir outro emprego, sendo a maioria no período da manhã (N = 10, 9,1%). Quanto aos profissionais que possuem outro emprego, 87 profissionais, equivalente a 79% da amostra total, refere não possuir outro serviço. Apenas uma pessoa da amostra declara ter outro emprego porém não respondeu qual turno trabalhava, como podemos observar na Tabela 11.

Tabela 11 Frequência e porcentagem de profissionais que possuem outro emprego e o seu turno de trabalho

Possui outro emprego	SIM	
	Frequência	Porcentagem
manhã	10	9,1%
Tarde	4	3,6%
Noite	8	7,3%
Não respondeu	1	0,9%

Com relação aos problemas de saúde, a maioria dos participantes afirma não ter alterações, a mais freqüente foi *alterações gastrointestinais* (N = 23 20,9%) seguida por *problemas de hipertensão arterial* (N = 12, 10,9%). Apenas duas pessoas (1,8%) declararam apresentar *alterações cardiovasculares*, como se mostra na Tabela 12

Tabela 12 Frequência e porcentagem de profissionais que possuem alteração da saúde

	Com alteração da saúde		Sem alteração da saúde		
	Não sabe	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Hipertensão arterial	0	12	10,9	98	89,1
Problemas gastrointestinais	1	23	20,9	86	78,2
Alteração cardiovascular	7	2	1,8	101	91,8

De acordo com a Tabela 13, a maioria dos participantes (N = 101, correspondente a 91,9% da amostra) compartilham preocupações, sendo a maioria somente fora do seu ambiente de trabalho, 28 (25,5%) compartilham suas preocupações no serviço e fora do serviço e apenas 6 profissionais (5,5%) compartilham somente no serviço. Um participante não respondeu a essa questão.

Tabela 13 Frequência e porcentagem de profissionais que compartilham preocupações

Compartilham preocupações	Frequência	Porcentagem
Serviço	6	5,5
Fora do serviço	67	60,9
Não compartilha	7	6,4
Não sei	1	0,9
No serviço e fora do serviço	28	25,5
Não respondeu	1	0,9
Total	110	100

Quanto à variável dificuldade de conciliar casa e serviço somente 42 participantes (38,2%) declararam nunca ter essa dificuldade. Um total de 67 profissionais (60,9%) declarou sempre ou às vezes ter dificuldade com a casa e o serviço. Somente uma pessoa não respondeu a este item conforme Tabela 14. Quanto à variável fazer atividade doméstica, 93 pessoas (84,5%) disseram que fazem essa atividade e somente 5 (4,5%) referem não fazê-la e 12 (11%) referem ter empregada doméstica e faxineira.

Tabela 14 Frequência e porcentagem de profissionais com dificuldade conciliar casa e serviço

Dificuldade conciliar casa e trabalho	Frequência	Porcentagem
Sempre	11	10
As vezes	56	50,9
Nunca	42	38,2
Não respondeu	1	0,9
Total	110	100

A maioria da amostra (N = 69, equivalente a 62,7%) declarou não praticar atividade física. Já, dos 40 participantes (36,4%) que praticam atividade física 31 (28,2%) faz de 2 a 3 vezes por semana. Apenas um profissional faz atividade física diária e somente um não respondeu esta questão conforme a Tabelas 15.

Tabela 15 Frequência e porcentagem de profissionais que praticam atividade física

Dias na semana	Não Pratica atividade física		Pratica atividade física	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Zero	69	62,7	0	0
1	0	0	6	5,5
2	0	0	18	16,4
3	0	0	13	11,8
4	0	0	2	1,8
Todos os dias	0	0	1	0,9
Não respondeu	1	0,9	0	0
Total	70	63,6	40	36,4

Com relação ao item viaja constantemente, a maioria dos participantes (N = 94, correspondente a 85,4% da amostra) relataram que raramente saem para viajar, seja a passeio ou a trabalho. Apenas 15 pessoas (13,6%) declararam nunca viajar. Apenas uma pessoa não respondeu este item (Tabela 16).

Tabela 16 Frequência e porcentagem de profissionais que viajam constantemente

Viaja constantemente	Frequência	Porcentagem
Passeio	36	32,7
Trabalho	4	3,6
Raramente viajo	54	49,1
Nunca viajo	15	13,6
Não respondeu	1	1
Total	110	100

Conforme ilustrado na Tabela 17, a maioria dos participantes (83,6%) não faz uso do fumo e nem de bebida alcoólica. Somente 18 pessoas (16,4%) declararam fumar todos os dias. O consumo de bebida alcoólica ficou restrito aos finais de semana para 37 participantes (33,6%) sendo que 72 pessoas declararam não consumir bebida alcoólica.

Tabela 17 Frequência e porcentagem de profissionais que fumam e consomem bebida alcoólica

	Fumante		Consumo alcoólico	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Não	92	83,6	72	65,5
Todos os dias	18	16,4	1	0,9
Final de semana	0	0	37	33,6
Total	110	100	110	100

Quanto à variável sono e o uso de tranquilizantes, 81 participantes (73,6%) declararam dormir normalmente e somente 7 (6,4%) fazem uso de tranquilizantes. A amostra tem 29 participantes (26,3%) que afirmam não dormir ou declaram que às vezes não dormem bem. A maioria dos participantes (85,5%) não utiliza tranquilizante (Tabela 18).

Tabela 18 Frequência e porcentagem de profissionais que dormem normalmente e usam algum tranquilizante.

	Dorme normalmente		Usa tranquilizante	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Sim	81	73,6	7	6,4
Não	3	2,7	94	85,5
As vezes	26	23,6	9	8,2
Total	110	100	110	100

Com relação à posição econômica, a maioria dos participantes situa-se nas classes B (63 profissionais correspondendo a 57,3% da amostra), seguidos de 34 (30,9%) profissionais da classe C, 5 (5,4%) dos profissionais nas classes A e somente 3 (2,7%) na classe D, e ninguém na classe E. Na amostra, 5 profissionais (4,5%) não responderam a esta questão. Essas frequências podem ser notadas na Tabela 19.

Tabela 19 Frequência e porcentagem do nível econômico dos participantes

Classe Econômica	Frequência	Porcentagem
A1	1	0,9
A2	4	3,6
B1	24	21,8
B2	39	35,5
C	34	30,9
D	3	2,7
E	0	0
Não responderam	5	4,5
Total	110	100,0

Quanto à média e desvio padrão da pontuação do EVENT na amostra obteve para clima e funcionamento organizacional uma média de 28,17 (DP = 7,5), para pressão no trabalho 24,01 (DP = 5), infra-estrutura e rotina 16,30 (DP=3,5) e para o escore total 22,7 com desvio padrão de 4,5, conforme Tabela 20

Tabela 20 Média e desvio padrão da pontuação do EVENT na amostra comparados com a amostra normativa

Fatores - EVENT	Média da pontuação	Desvio Padrão
Clima e Funcionamento Organizacional	28,17	7,5
Pressão no Trabalho	24,01	5
Infra-Estrutura e Rotina	16,30	3,5
Escore Total	22,70	4,5

A seguir serão fornecidas as análises inferenciais das variáveis descritas e serão expostas no próximo tópico.

4.3 – ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS

4.3.1 - Correlação entre Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) e o Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref).

Buscou-se correlacionar a percepção dos participantes quanto à vulnerabilidade ao estresse no trabalho e sua qualidade de vida. A pontuação do instrumento que mede a vulnerabilidade ao estresse (EVENT) assinala que, quanto maior o escore, maior é a vulnerabilidade ao estresse e em contrapartida o instrumento que mede a qualidade de vida (WHOQOL-Bref) indica que, quanto menor a pontuação, pior é a qualidade de vida do profissional. Sendo assim, a correlação buscada é negativa, uma vez que, espera-se que quanto maior a vulnerabilidade ao estresse, menor será a qualidade de vida do indivíduo. Como pode-se observar na Tabela 21, algumas dimensões encontraram-se correlacionadas significativamente e em algumas correlações, observou-se tendências à significância.

Tabela 21 Correlação de Spearman entre as dimensões da Escala de Vulnerabilidade ao Estresse (EVENT) e do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref)

	Event-clima	Event-pressão no trabalho	Event -infra-estrutura	Event-total
WHOQOL-físico	$r_s = -0,171^{**}$ $p = 0,075$	$r_s = -0,116$ $p = 0,226$	$r_s = -0,139$ $p = 0,148$	$r_s = -0,178^{**}$ $p = 0,068$
WHOQOL-psicológico	$r_s = -0,232^*$ $p = 0,015$	$r_s = -0,146$ $p = 0,128$	$r_s = -0,160$ $p = 0,095$	$r_s = -0,224^*$ $p = 0,019$
Whoqol-relações sociais	$r_s = -0,216^*$ $p = 0,023$	$r_s = -0,081$ $p = 0,399$	$r_s = -0,205^*$ $p = 0,032$	$r_s = -0,217^*$ $p = 0,023$
Whoqol-meio-ambiente	$r_s = -0,169^{**}$ $p = 0,078$	$r_s = -0,058$ $p = 0,550$	$r_s = -0,043$ $p = 0,655$	$r_s = -0,150$ $p = 0,119$
Whoqol-geral	$r_s = -0,195^*$ $p = 0,041$	$r_s = -0,056$ $p = 0,559$	$r_s = -0,060$ $p = 0,535$	$r_s = -0,166^{**}$ $p = 0,083$

* significância ao nível 0,05

** tendência ao nível 0,01

Cabe ressaltar que, independente da significância, todas as dimensões do EVENT e do WHOQOL-Bref correlacionaram-se negativamente, o que era esperado. O Clima e Funcionamento Organizacional do EVENT correlacionou-se significativamente e negativamente com o domínio desempenho psicológico ($r_s = -0,232$; $p = 0,023$) e as relações sociais ($r_s = -0,216$; $p = 0,023$) além do domínio geral ($r_s = -0,195$; $p = 0,041$) do WHOQOL-Bref. Este resultado sugere que quanto mais inadequado o ambiente de trabalho, quanto mais conhecida sua função, menos valorizado, salário inadequado, falta oportunidade de perspectivas profissionais, ausência de plano de cargos e salários, menos trabalho em equipe, não saber como é avaliado, ter problemas com chefias como a falta de

diálogo, ausência da mesma, chefias despreparadas, dificuldades pessoais com chefia, não saber quem manda realmente, ter autoridade rejeitada e tom autoritário de superiores, menos se aproveita a vida, diminuindo-se o sentido da vida, sua concentração, sua aceitação física, sua satisfação consigo próprio, surge sentimentos negativos, diminui as relações com parentes, amigos, diminui o apoio dos colegas, sua satisfação sexual e diminui a satisfação com sua vida e sua qualidade de vida.

O Fator 2 do EVENT apresentou uma correlação negativa com todas as dimensões do WHOQOL-Bref, porém não se correlacionou significativamente com alguma dimensão. O fator 3 – Estrutura e Rotina do EVENT correlacionou-se significativamente e negativamente com as relações sociais do WHOQOL-Bref ($r_s = -0,205$, $p = 0,032$), sugerindo que quanto maior a jornada de trabalho, mudança de horas de trabalho, equipamentos precários, maior licença de saúde dos colegas, mudança de status financeiros, mudança de chefias, falta de colaboração, problemas com área física e salários atrasados, menores são as relações com parentes, amigos, diminui o apoio dos colegas, sua satisfação sexual.

Foram encontradas ainda correlações significativas e negativas entre escore total do EVENT com o desempenho psicológico ($r_s = -0,224$; $p = 0,019$) e as relações sociais ($r_s = -0,217$; $p = 0,023$) do WHOQOL-Bref. Foram encontradas tendências à significância do físico e do meio ambiente (WHOQOL-Bref) com o clima do EVENT, Psicologia do WHOQOL-Bref com a infra-estrutura do EVENT e finalmente observou-se o físico e o geral do WHOQOL-Bref com o escore total do EVENT.

Em seguida buscou-se associação entre a percepção do estresse com as características dos participantes. Para a avaliação do EVENT, apresenta-se que quanto maior escore maior o grau de vulnerabilidade ao estresse. Deste modo foi encontrado

correlação significativa e positiva com o Clima e Funcionamento e o tempo de trabalho ($r_s = -0,223$; $p = 0,020$), sugerindo que quanto mais tempo trabalha-se no mesmo serviço maior é a insatisfação com o ambiente físico, com a chefia, maior é a falta de perspectiva profissional e financeira, falta de reconhecimento, de solidariedade; menor é o diálogo com a chefia, mais acredita-se que o salário é inadequado para a função.

Foi encontrada correlação significativa e positiva com a Pressão no Trabalho e grau de instrução, sugerindo que quanto maior o nível de escolaridade maior é o acúmulo de funções e de trabalho. Quanto maior é a responsabilidade e obrigações diárias, mais tem-se que cumprir os prazos para realizações de serviços, o ritmo de trabalho é aumentado para atender várias pessoas ao mesmo tempo, como ilustra a Tabela 22.

Tabela 22 Correlação de Spearman entre as dimensões da escala de Vulnerabilidade do Estresse no Trabalho (EVENT) e características da amostra.

EVENT Amostra	Clima	Pressão no trabalho	Infra-estrutura	geral
Idade	$r_s = 0,058$ $p = 0,544$	$r_s = -0,032$ $p = 0,742$	$r_s = -0,025$ $p = 0,796$	$r_s = 0,003$ $p = 0,971$
Número de filhos	$r_s = -0,078$ $p = 0,427$	$r_s = -0,103$ $p = 0,291$	$r_s = -0,045$ $p = 0,642$	$r_s = -0,082$ $p = 0,404$
Tempo de formação	$r_s = 0,116$ $p = 0,275$	$r_s = 0,095$ $p = 0,370$	$r_s = 0,115$ $p = 0,280$	$r_s = 0,124$ $p = 0,241$
Tempo de experiência profissional	$r_s = 0,082$ $p = 0,403$	$r_s = 0,133$ $p = 0,173$	$r_s = 0,084$ $p = 0,387$	$r_s = 0,112$ $p = 0,252$
Tempo de trabalho no serviço	$r_s = \mathbf{0,223^*}$ $p = \mathbf{0,020}$	$r_s = 0,129$ $p = 0,182$	$r_s = 0,116$ $p = 0,234$	$r_s = 0,188^{**}$ $p = 0,052$
Turno de trabalho	$r_s = -0,100$ $p = 0,296$	$r_s = -0,051$ $p = 0,595$	$r_s = 0,066$ $p = 0,493$	$r_s = -0,046$ $p = 0,633$
Classe econômica	$r_s = -0,008$ $p = 0,933$	$r_s = -0,121$ $p = 0,221$	$r_s = -0,022$ $p = 0,984$	$r_s = -0,050$ $p = 0,613$
Grau de instrução	$r_s = 0,082$ $p = 0,398$	$r_s = \mathbf{0,217^*}$ $p = \mathbf{0,023}$	$r_s = 0,067$ $p = 0,488$	$r_s = 0,131$ $p = 0,173$
Atividade física	$r_s = -0,014$ $p = 0,886$	$r_s = 0,097$ $p = 0,315$	$r_s = \mathbf{0,188^*}$ $p = \mathbf{0,050}$	$r_s = 0,083$ $p = 0,391$

Para Infra-instrutora e Rotina encontrou-se correlação significativa para a característica atividade física ($r_s = 0,188$; $p = 0,050$) sugerindo que, para a amostra, quanto mais atividade física diária maior é a percepção do estresse na rotina do serviço, no ambiente físico e nas perspectivas de ascensão.

Ainda de acordo com a Tabela 21, para o escore total ($r_s = 0,188$; $p = 0,052$), nenhuma correlação foi encontrada. Apenas o tempo de trabalho no mesmo serviço os resultados mostraram-se limítrofes para uma correlação significativa sugerindo que quanto mais tempo de serviço no mesmo local, maior é a vulnerabilidade ao estresse.

Na seqüência buscou-se associação entre a percepção de qualidade de vida com as características dos participantes. Lembrando que para o instrumento WHOQOL-Bref, quanto maior o escore, melhor é a qualidade de vida. A Tabela 23 ilustra os resultados obtidos.

Tabela 23 Correlação de Spearman entre as dimensões do Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde e das características da amostra.

WHOQOL-Bref e Amostra	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente	Geral
Idade	$r_s = 0,040$ $p = 0,679$	$r_s = 0,047$ $p = 0,624$	$r_s = -0,063$ $p = 0,511$	$r_s = 0,064$ $p = 0,508$	$r_s = -0,055$ $p = 0,565$
Número de filhos	$r_s = 0,035$ $p = 0,718$	$r_s = 0,040$ $p = 0,682$	$r_s = 0,028$ $p = 0,774$	$r_s = 0,062$ $p = 0,524$	$r_s = 0,003$ $p = 0,977$
Tempo de formação	$r_s = 0,146$ $p = 0,167$	$r_s = 0,070$ $p = 0,510$	$r_s = -0,096$ $p = 0,366$	$r_s = 0,210^*$ $p = 0,046$	$r_s = 0,217^*$ $p = 0,023$
Tempo de experiência profissional	$r_s = 0,112$ $p = 0,250$	$r_s = -0,002$ $p = 0,980$	$r_s = -0,023$ $p = 0,813$	$r_s = 0,181^{**}$ $p = 0,062$	$r_s = 0,004$ $p = 0,966$
Tempo de trabalho no serviço	$r_s = 0,002$ $p = 0,988$	$r_s = 0,103$ $p = 0,288$	$r_s = 0,152$ $p = 0,117$	$r_s = 0,094$ $p = 0,335$	$r_s = -0,030$ $p = 0,755$
Turno de trabalho	$r_s = 0,190^*$ $p = 0,046$	$r_s = 0,182^{**}$ $p = 0,057$	$r_s = 0,140$ $p = 0,145$	$r_s = -0,038$ $p = 0,692$	$r_s = 0,003$ $p = 0,974$
Classe econômica	$r_s = -0,103$ $p = 0,294$	$r_s = 0,013$ $p = 0,892$	$r_s = -0,022$ $p = 0,824$	$r_s = -0,165$ $p = 0,093$	$r_s = 0,006$ $p = 0,949$
Grau de Instrução	$r_s = 0,064$ $p = 0,507$	$r_s = 0,010$ $p = 0,915$	$r_s = 0,036$ $p = 0,714$	$r_s = 0,094$ $p = 0,330$	$r_s = -0,149$ $p = 0,122$
Atividade física	$r_s = 0,092$ $p = 0,341$	$r_s = 0,129$ $p = 0,181$	$r_s = -0,072$ $p = 0,458$	$r_s = 0,161$ $p = 0,094$	$r_s = 0,177$ $p = 0,065^{**}$

* significância ao nível 0,05

** tendência ao nível 0,01

Foi encontrada uma correlação significativa e negativa entre escore do domínio 1 (físico) do WHOQOL-Bref ($r_s = -0,190$; $p = 0,046$) com turno de trabalho, sugerindo que quanto menor a quantidade de horas trabalhada no turno, maior é a satisfação em desempenhar atividades diárias, satisfação com o trabalho, maior é a energia para o seu dia-a-dia, melhor qualidade do sono, sua locomoção, menos necessidade de tratamento médico.

Nenhuma correlação foi encontrada entre escore do domínio 2 (psicológico), no domínio 3 (relações sociais) e no geral. Turno de trabalho mostraram-se limítrofes para uma correlação com o domínio 2 (psicológico) ($r_s = 0,182$; $p = 0,057$), sugerindo uma

tendência, quanto maior o turno de trabalho, mais aproveita-se a vida, mais sentido tem a vida, melhora a concentração, melhor é a aceitação de si mesmo.

De acordo com a Tabela 23, para a característica Tempo de Formação, foi encontrada correlação significativa e positiva com o Domínio 4 ($r_s = 0,210$; $p = 0,046$), indicando mais segurança na vida diária, melhoria no seu meio ambiente, local de moradia, melhores oportunidades de lazer, condições financeiras suficientes, disponibilidade de informações, maior acesso à saúde e ao transporte. Este domínio apresentou correlação limítrofe com tempo de experiência, com classe econômica e com quantidade de atividades físicas diárias. Tempo de experiência mostrou-se limítrofe para domínio 4 (meio ambiente) ($r_s = 0,181$; $p = 0,062$), indicando uma tendência de que quanto maior for o tempo de experiência melhor é o ambiente onde trabalha. Para o domínio geral ($r_s = 0,217$; $p = 0,023$), os resultados indicam que quanto maior for o tempo de formação melhor é sua qualidade de vida. Atividade física mostra correlação limítrofe para uma correlação significativa ($r_s = 0,177$; $p = 0,065$), sugerindo que quanto maior a quantidade de atividade física diária maior é a qualidade de vida.

4.3.2 – Relação entre Estresse no Trabalho, Qualidade de Vida e outras variáveis

Foi realizada uma comparação entre fumantes e não fumantes em relação ao estresse e à qualidade de vida. Não foram verificadas diferenças significativas em relação aos escores das dimensões do EVENT e do WHOQOL-Bref entre grupos de participantes que fumam e não fumam, que consomem e não consomem bebida alcoólica, que possuem e não possuem alteração cardiovascular, que possuem ou não outro emprego, e que são ou não são responsáveis pela maior renda em casa. Esse resultado demonstra que não há

diferenças entre esses grupos no que tange à vulnerabilidade ao estresse laboral e à qualidade de vida.

A variável coloração de pele foi separada em dois grupos: brancos e não brancos (pardo, negro, amarelo). Buscou-se diferenças entre esses grupos em relação às dimensões do EVENT e WHOQOL-Bref e foi encontrada uma tendência quanto à pressão no trabalho ($U = 974,500$, $p = 0,053$) sugerindo que os não brancos da amostra pesquisada relatam sofrer mais pressão no trabalho em comparação com os brancos.

Verificou-se também se havia diferenças quanto ao estado civil dos profissionais, para isso a amostra foi dividida em dois grupos: casados e não casados (solteiros, desquitados, divorciados, viúvos). Ocorreu somente uma tendência ($U = 1190,000$, $p = 0,061$) e os casados apresentam-se melhor no domínio meio ambiente do WHOQOL-Bref. Esta tendência aponta que os casados apresentam mais segurança física e proteção, condições financeiras melhores, ambiente físico e lar estáveis, mais recreação, saúde e transporte melhores.

De acordo com a Tabela 24, foi comparado quem tem dificuldade em conciliar casa/trabalho ($N=67$) e quem não tem dificuldade ($N=42$). No EVENT foram encontradas diferenças para dificuldade em conciliar casa e trabalho para o clima e funcionamento organizacional ($U = 856,500$; $p = 0,001$), pressão no trabalho ($U = 1041,500$; $p = 0,023$) e no escore total ($U = 975,500$; $p = 0,007$). Esse resultado permite inferir que os participantes que têm dificuldade em conciliar casa e trabalho apresentam maior estresse laboral que os que não têm essa dificuldade.

Tabela 24 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do EVENT e declaração dos participantes com relação ao conciliar casa e trabalho

WHOQOL-Bref / EVENT	Dificuldade Conciliar casa/trabalho	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Sim	54,63	<i>U</i> =1382,500
	Não	55,58	<i>p</i> = 0,878
Whoqol - psicologico	Sim	54,71	<i>U</i> = 1387,500
	Não	55,46	<i>p</i> = 0,903
Whoqol - relações sociais	Sim	56,17	<i>U</i> = 1328,500
	Não	53,13	<i>p</i> = 0,618
Whoqol - meio ambiente	Sim	56,05	<i>U</i> = 1336,500
	Não	53,32	<i>p</i> = 0,659
Whoqol - geral	Sim	54,51	<i>U</i> =1374,500
	Não	55,77	<i>p</i> = 0,001
Event - clima	Sim	63,22	<i>U</i> = 856,500
	Não	46,30	<i>p</i> = 0,001
Event - pressão	Sim	60,46	<i>U</i> = 1041,500
	Não	46,30	<i>p</i> = 0,023
Event – infra-estrutura	Sim	57,15	<i>U</i> = 1263,000
	Não	51,57	<i>p</i> = 0,367
Event - total	Sim	61,44	<i>U</i> = 975,500
	Não	44,73	<i>p</i> = 0,007

Posteriormente foi comparada a carga horária que foi dividida em dois grupos: período diurno, que compreende 6 e 8 horas, (N=75) e período noturno 12 horas (N=30). Foram encontradas diferenças com o desempenho psicológico do WHOQOL-Bref e para o escore total do EVENT sugerindo que quem trabalha no período de 12 horas apresenta maiores sentimentos positivos, tem melhor concentração e aprendizagem, está satisfeito consigo mesmo e ao mesmo tempo apresenta-se com menos vulnerabilidade ao estresse. Apresentou-se limítrofe para infra-estrutura. A Tabela 25 ilustra os resultados.

Tabela 25 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e declaração dos participantes com relação à carga horária por turno de trabalho.

WHOQOL / EVENT	Carga horária	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	6 a 8 horas	54,81	<i>U</i> = 989,000
	12 horas	48,47	<i>p</i> = 0,332
Whoqol - psicologico	6 a 8 horas	47,90	<i>U</i> = 742,500
	12 horas	65,75	<i>p</i> = 0,006
Whoqol - realações sociais	6 a 8 horas	50,01	<i>U</i> = 900,500
	12 horas	60,48	<i>p</i> = 0,104
Whoqol - meio ambiente	6 a 8 horas	51,85	<i>U</i> = 1038,500
	12 horas	55,88	<i>p</i> = 0,537
Whoqol - geral	6 a 8 horas	51,27	<i>U</i> = 995,000
	12 horas	57,33	<i>p</i> = 0,317
Event - clima	6 a 8 horas	54,23	<i>U</i> = 1032,500
	12 horas	49,92	<i>p</i> = 0,511
Event - pressão	6 a 8 horas	54,66	<i>U</i> = 1000,500
	12 horas	48,85	<i>p</i> = 0,376
Event – infra-estrutura	6 a 8 horas	49,43	<i>U</i> = 857,000
	12 horas	61,93	<i>p</i> = 0,056
Event - total	6 a 8 horas	53,08	<i>U</i> = 975,500
	12 horas	52,80	<i>p</i> = 0,007

Buscou-se comparar os instrumentos com alteração gastrointestinal (N=22) e não apresenta alteração gastrointestinal (N=86). Duas pessoas não preencheram estes itens ficando, assim, com 108. Foi encontrada diferença significativa e negativa para o WHOQOL-Bref, no domínio físico (*U* = 656,500, *p* = 0,026) e para o meio ambiente (*U* = 666,500, *p* = 0,032) e uma tendência para o domínio geral (*U* = 729,000 *p* = 0,073). A partir destes resultados permite-se inferir que os profissionais que não apresentam alterações gastrointestinais têm menor desconforto, mais energia e capacidade de trabalho, sente-se bem com o ambiente de trabalho, tem mais recursos financeiros e uma tendência a ter melhor qualidade de vida, como se pode observar na Tabela 26.

Tabela 26 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e alteração gastrointestinal.

WHOQOL / EVENT	Alteração gastrointestinal	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Sim	41,34	<i>U</i> = 656,500
	Não	57,87	<i>p</i> = 0,026
Whoqol - psicologico	Sim	48,77	<i>U</i> = 820,000
	Não	55,97	<i>p</i> = 0,333
Whoqol - realações sociais	Sim	53,89	<i>U</i> = 932,500
	Não	54,66	<i>p</i> = 0,916
Whoqol - meio ambiente	Sim	41,80	<i>U</i> = 666,500
	Não	57,75	<i>p</i> = 0,032
Whoqol - geral	Sim	44,64	<i>U</i> = 729,000
	Não	57,02	<i>p</i> = 0,073
Event - clima	Sim	62,18	<i>U</i> = 777,000
	Não	52,53	<i>p</i> = 0,197
Event - pressão	Sim	60,25	<i>U</i> = 819,500
	Não	53,03	<i>p</i> = 0,333
Event – infra-estrutura	Sim	55,18	<i>U</i> = 931,000
	Não	54,33	<i>p</i> = 0,908
Event - total	Sim	61,55	<i>U</i> = 791,000
	Não	52,70	<i>p</i> = 0,237

A variável atividade física foi utilizada para agrupar quem pratica (N=41) e para quem não pratica (N=69). Para aqueles que praticam atividade física, mostrou-se significativa para o fator infra-estrutura e Rotina ($U = 1072,000$, $p = 0,033$) e mostrou-se limítrofe para o WHOQOL no domínio 4 - meio ambiente ($U = 1120,500$, $p = 0,068$) e com o domínio geral ($U = 1122,500$, $p = 0,051$). Esses resultados sugerem que quem pratica atividade física semanal apresenta mais vulnerabilidade ao estresse com a jornada de trabalho dobradas, doenças ou acidente pessoal, mudanças de chefias e uma tendência a melhor qualidade de vida, sente mais segurança e com mais recursos financeiros e compreende seu ambiente de trabalho como bom, como podemos notar na Tabela 27.

Tabela 27 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e atividade física.

WHOQOL / EVENT	Atividade física	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Não pratico	52,76	<i>U</i> =1225,500
	Pratico	60,11	<i>p</i> = 0,240
Whoqol - psicologico	Não pratico	51,67	<i>U</i> = 1150,500
	Pratico	61,94	<i>p</i> = 0,101
Whoqol - realações sociais	Não pratico	56,07	<i>U</i> =1375,500
	Pratico	54,55	<i>p</i> = 0,805
Whoqol - meio ambiente	Não pratico	51,24	<i>U</i> = 1120,500
	Pratico	62,67	<i>p</i> = 0,068
Whoqol - geral	Não pratico	51,27	<i>U</i> =1122,500
	Pratico	62,62	<i>p</i> = 0,051
Event - clima	Não pratico	55,34	<i>U</i> = 1403,300
	Pratico	55,77	<i>p</i> = 0,946
Event - pressão	Não pratico	52,29	<i>U</i> = 1193,000
	Pratico	60,90	<i>p</i> = 0,170
Event – infra-estrutura	Não pratico	50,54	<i>U</i> =1072,000
	Pratico	63,85	<i>p</i> = 0,033
Event - total	Não pratico	52,87	<i>U</i> = 1233,000
	Pratico	59,93	<i>p</i> = 0,262

De acordo com a Tabela 28, no WHOQOL-Bref foram encontradas diferenças para a variável dorme normalmente (N=81) e não dorme normalmente (N=29), no domínio físico ($U = 373,000$ $p = 0,000$), no desempenho psicológico ($U = 685,500$ $p = 0,001$), nas relações sociais ($U = 862,500$ $p = 0,031$), no meio ambiente ($U = 875,500$ $p = 0,041$) e para o geral ($U = 875,500$ $p = 0,039$) e mostrou-se limítrofe para o fator 1 clima e funcionamento organizacional ($U = 922,500$ $p = 0,087$). Este resultado sugere que quem dorme bem, comparado aos profissionais que não dormem, apresentam-se mais descansados, com mais energia, com sentimentos positivos, pensam melhor, concentram-se mais, não apresentam sentimentos negativos, têm bom suporte social, apresentam-se mais seguros, divertem-se mais, têm menos dificuldade em se locomover e em uma tendência

menor ao estresse no trabalho quanto ao seu ambiente de trabalho, expectativas com chefias e ao fato de não ser valorizado no serviço.

Tabela 28 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e os problemas com o sono.

WHOQOL / EVENT	Dorme normalmente	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Sim	65,40	<i>U</i> = 373,000
	Não	27,86	<i>p</i> = 0,026
Whoqol - psicologico	Sim	61,54	<i>U</i> =685,500
	Não	38,64	<i>p</i> = 0,001
Whoqol - realações sociais	Sim	59,35	<i>U</i> =862,500
	Não	44,74	<i>p</i> = 0,031
Whoqol - meio ambiente	Sim	59,19	<i>U</i> =875,500
	Não	45,19	<i>p</i> = 0,041
Whoqol - geral	Sim	58,97	<i>U</i> =875,500
	Não	45,81	<i>p</i> = 0,039
Event - clima	Sim	52,39	<i>U</i> =922,500
	Não	64,19	<i>p</i> = 0,087
Event - pressão	Sim	54,84	<i>U</i> = 1121,000
	Não	57,34	<i>p</i> = 0,716
Event – infra-estrutura	Sim	54,56	<i>U</i> =1098,500
	Não	58,12	<i>p</i> = 0,604
Event - total	Sim	53,17	<i>U</i> = 986,000
	Não	62,00	<i>p</i> = 0,201

A variável viaja constantemente foi condensada em dois grupos, a saber: sim (a passeio, a trabalho, raramente viajo) e não (nunca viajo). Foram comparadas e foram encontradas diferenças para o WHOQOL-Bref para o desenvolvimento psicológico ($U = 450,500$, $p = 0,024$), o meio ambiente ($U = 442,000$, $p = 0,020$) e no domínio geral ($U = 416,500$, $p = 0,006$). Sugere-se que os profissionais que viajam a trabalho, a passeio e mesmo os que raramente viajam apresentam-se com pensamentos positivos, melhora sua auto-estima sente-se seguro, com melhores recursos financeiros, com mais informações e com mais qualidade de vida do que aqueles que nunca viajam.

Buscaram-se as diferenças nas profissões auxiliar de enfermagem (N=52), técnico de enfermagem (N=37) e enfermeiro (N=21). Foram comparadas e encontradas diferenças significativas para o fator geral do estresse no trabalho para o enfermeiro ($H = 6,245$, $p = 0,044$) e mostrou-se limítrofe para o clima e funcionamento organizacional ($H = 5,314$ $p = 0,070$) e infra-estrutura e rotina ($H = 5,090$, $p = 0,078$) Sugere-se que o enfermeiro apresenta-se mais vulnerável ao estresse do que os auxiliares de enfermagem, seguido pelo técnico de enfermagem, como pode-se observar na Tabela 29.

Tabela 29 Diferença de médias de acordo com o Teste *H* de *Kruskal-Wallis* entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e os profissionais de enfermagem

WHOQOL / EVENT	Profissionais de enfermagem	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - físico	Auxiliar	53,19	$H = 0,564$
	Técnico	58,22	$p = 0,754$
	Enfermeiro	56,43	
Whoqol - psicologico	Auxiliar	51,06	$H = 4,455$
	Técnico	64,46	$p = 0,108$
	Enfermeiro	50,71	
Whoqol - relações sociais	Auxiliar	52,96	$H = 2,535$
	Técnico	62,01	$p = 0,282$
	Enfermeiro	50,31	
Whoqol - meio ambiente	Auxiliar	49,15	$H = 3,948$
	Técnico	61,38	$p = 0,139$
	Enfermeiro	60,86	
Whoqol - geral	Auxiliar	54,75	$H = 0,479$
	Técnico	58,05	$p = 0,787$
	Enfermeiro	52,86	
Event - clima	Auxiliar	60,24	$H = 5,314$
	Técnico	45,68	$p = 0,070$
	Enfermeiro	61,07	
Event - pressão	Auxiliar	57,06	$H = 3,078$
	Técnico	48,80	$p = 0,215$
	Enfermeiro	63,45	
Event – infra-estrutura	Auxiliar	59,44	$H = 5,090$
	Técnico	46,04	$p = 0,078$
	Enfermeiro	62,40	
Event - total	Auxiliar	59,98	$H = 6,245$
	Técnico	44,95	$p = 0,044$
	Enfermeiro	63,00	

Posteriormente, foi comparados dois a dois cada profissão identificando a relação entre os profissionais. Comparado o auxiliar de enfermagem (N=52) e o técnico de enfermagem (N=37), foi encontrada diferença significativa para o EVENT no clima e funcionamento organizacional ($U = 691,000$, $p = 0,024$), a infra-estrutura e rotina ($U = 724,000$, $p = 0,046$) e no escore total, mostrando-se limítrofe para o desempenho psicológico, meio ambiente e o geral para o técnico de enfermagem. O resultado sugere que os auxiliares de enfermagem encontram-se mais vulneráveis ao estresse no trabalho do que o técnico de enfermagem quanto ao ambiente físico, chefias, falta de oportunidades de progresso, falta de solidariedade, jornadas de trabalho dobradas, pouca cooperação da equipe. Já os técnicos de enfermagem têm uma tendência a sentimentos positivos, melhor auto-estima e imagem corporal, mais segurança física, mais recursos, maior cuidados com a saúde, mais habilidades, divertem-se mais e apresentam melhor qualidade de vida do que os auxiliares de enfermagem, como se pode ver na Tabela 30.

Tabela 30 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e os profissionais auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem.

WHOQOL / EVENT	Profissionais de enfermagem	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Auxiliar	43,38	<i>U</i> =877,500
	Técnico	47,28	<i>p</i> = 0,479
Whoqol - psicologico	Auxiliar	40,57	<i>U</i> =731,500
	Técnico	51,23	<i>p</i> = 0,053
Whoqol - realações sociais	Auxiliar	41,94	<i>U</i> =803,000
	Técnico	49,30	<i>p</i> = 0,176
Whoqol - meio ambiente	Auxiliar	40,76	<i>U</i> =741,500
	Técnico	50,96	<i>p</i> = 0,065
Whoqol - geral	Auxiliar	43,88	<i>U</i> =904,500
	Técnico	46,57	<i>p</i> = 0,053
Event - clima	Auxiliar	50,21	<i>U</i> =691,000
	Técnico	37,68	<i>p</i> = 0,024
Event - pressão	Auxiliar	47,95	<i>U</i> =808,500
	Técnico	40,85	<i>p</i> = 0,200
Event – infra-estrutura	Auxiliar	49,58	<i>U</i> =724,000
	Técnico	38,57	<i>p</i> = 0,046
Event - total	Auxiliar	50,22	<i>U</i> =690,500
	Técnico	37,66	<i>p</i> = 0,024

Na comparação, a amostra entre auxiliares de enfermagem (N=52) e enfermeiros (N=21), não foi encontrado diferença significativa e nem tão pouco uma tendência para o estresse no trabalho e para qualidade de vida. Na análise das diferenças entre os profissionais técnicos de enfermagem (N=37) e enfermeiros foram encontrados resultados limítrofes para a infra-estrutura e rotina ($U = 276,500$, $p = 0,068$) e no escore geral ($U = 269,500$, $p = 0,054$) do EVENT inferindo que os técnicos de enfermagem apresentam-se com maior vulnerabilidade ao estresse e os enfermeiros apresentam uma tendência a vulnerabilidade ao estresse no domínio infra-estrutura devido a jornadas de trabalho, pouca cooperação da equipe, problemas de estrutura física, ter mais obrigações que os demais colegas como podemos observar na Tabela 31 a seguir.

Tabela 31 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e os profissionais técnicos de enfermagem e enfermeiros.

WHOQOL / EVENT	Profissionais de enfermagem	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Técnico	29,93	$U = 372,500$
	Enfermeiro	28,74	$p = 0,795$
Whoqol - psicologico	Técnico	32,23	$U = 287,500$
	Enfermeiro	24,69	$p = 0,100$
Whoqol - realações sociais	Técnico	31,72	$U = 306,500$
	Enfermeiro	25,60	$p = 0,175$
Whoqol - meio ambiente	Técnico	29,42	$U = 385,500$
	Enfermeiro	29,64	$p = 0,961$
Whoqol - geral	Técnico	30,49	$U = 352,000$
	Enfermeiro	27,76	$p = 0,515$
Event - clima	Técnico	27,00	$U = 296,000$
	Enfermeiro	33,90	$p = 0,134$
Event - pressão	Técnico	26,95	$U = 294,000$
	Enfermeiro	34,00	$p = 0,126$
Event – infra-estrutura	Técnico	26,47	$U = 276,500$
	Enfermeiro	34,83	$p = 0,068$
Event - total	Técnico	50,22	$U = 269,500$
	Enfermeiro	37,66	$p = 0,054$

A variável setor de atuação foi dividida em três grupos: os que atuam em área hospitalar (hospital privado e hospital conveniado, ambos com contratação CLT e trabalha na rede privada), os que trabalham no Programa Saúde da Família (PSF com contratação CLT e trabalha na rede pública) e os que trabalham na rede pública (Unidade Básica de Saúde - UBS, Ambulatório Central de Especialidades - ACE, Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA com contratação por concurso público). Foram feitas comparações e foram encontradas diferenças significativas para o WHOQOL-Bref no desempenho psicológico ($H = 6,765$, $p = 0,034$), no meio ambiente ($H = 6,963$, $p = 0,030$) e no domínio geral ($H = 8,460$, $p = 0,015$) identificando que quem trabalha na rede pública apresenta melhor qualidade de vida. Foram encontrados também resultados limítrofes com o domínio 3 - relações sociais ($H = 5,465$, $p = 0,065$) também para os que trabalham na rede pública.

Os resultados sugerem que quem atua na rede pública apresenta mais sentimentos positivos, mais auto-estima, sente-se mais seguro, com mais recursos financeiros, diverte-se mais e tem uma tendência a ter melhores relações sociais, pessoais e sexuais maiores dos que atuam no PSF e hospitais. A Tabela 32 ilustra melhor esse resultado.

Tabela 32 Diferença de médias de acordo com o Teste *H* de *Kruskal-Wallis* entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e locais de trabalho.

WHOQOL / EVENT	locais de trabalho	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Hospitais	50,43	<i>H</i> = 3,494
	PSF	56,36	<i>p</i> = 0,174
	Rede pública	63,47	
Whoqol - psicologico	Hospitais	58,23	<i>H</i> = 6,765
	PSF	37,42	<i>p</i> = 0,034
	Rede pública	58,98	
Whoqol - realações sociais	Hospitais	57,57	<i>H</i> = 5,465
	PSF	39,50	<i>p</i> = 0,065
	Rede pública	59,07	
Whoqol - meio ambiente	Hospitais	53,86	<i>H</i> = 6,963
	PSF	41,62	<i>p</i> = 0,030
	Rede pública	65,62	
Whoqol - geral	Hospitais	56,61	<i>H</i> = 8,460
	PSF	37,47	<i>p</i> = 0,015
	Rede pública	62,23	
Event - clima	Hospitais	49,68	<i>H</i> = 3,992
	PSF	63,17	<i>p</i> = 0,136
	Rede pública	60,92	
Event - pressão	Hospitais	51,83	<i>H</i> = 2,522
	PSF	65,25	<i>p</i> = 0,283
	Rede pública	55,30	
Event – infra-estrutura	Hospitais	56,04	<i>H</i> = 0,153
	PSF	53,69	<i>p</i> = 0,927
	Rede pública	53,67	
Event - total	Hospitais	51,38	<i>H</i> = 2,188
	PSF	63,17	<i>p</i> = 0,335
	Rede pública	57,47	

Foi feita ainda uma análise comparando os grupos acima, dois a dois. Em relação a quem trabalha na área hospitalar e na rede pública, só foi encontrada uma tendência significativa para o WHOQOL-Bref no domínio físico, sugerindo que os que trabalham na rede pública apresentam uma tendência a ter mais energia, melhor sono, menor dor e melhor mobilidade do que os que atuam na área hospitalar.

Comparando os profissionais que trabalham na área hospitalar com os que trabalham no PSF foram encontradas diferenças significativas com o WHOQOL-Bref no desempenho psicológico ($U = 344,500$, $p = 0,016$), nas relações sociais ($U = 371,500$ $p = 0,035$) e no domínio geral ($U = 361,000$, $p = 0,020$). Esse resultado permite inferir que quem atua na área hospitalar apresenta mais qualidade de vida, mais pensamentos positivos, tem mais auto-estima, apresenta menos sentimentos negativos, tem melhor relações sociais, pessoais e sexuais do que os que atuam no PSF.

Ao comparar os que trabalham no PSF ($N=18$) e na rede pública ($N=30$), foram encontradas diferenças significativas com o WHOQOL-Bref no desempenho psicológico ($U = 158,000$, $p = 0,016$), nas relações sociais ($U = 168,500$ $p = 0,027$), no meio ambiente ($U = 143,000$, $p = 0,006$) e no domínio geral ($U = 142,500$, $p = 0,003$). O resultado sugere que os que trabalham na rede pública apresentam mais qualidade de vida, apresentam mais sentimentos positivos, tem melhor concentração, mais auto-estima, sentimentos positivos, melhores relações sociais pessoais e sexuais, melhor segurança, têm mais informações, divertem-se mais e têm mais mobilidade do que os que trabalham no PSF, como se pode observar na Tabela 33.

Tabela 33 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e que trabalham no PSF e rede pública.

WHOQOL / EVENT	Locais de trabalho	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - físico	PSF	22,31	<i>U</i> =230,500
	Rede pública	25,82	<i>p</i> = 0,396
Whoqol - psicológico	PSF	18,28	<i>U</i> =158,000
	Rede pública	28,23	<i>p</i> = 0,016
Whoqol - relações sociais	PSF	18,86	<i>U</i> =168,500
	Rede pública	27,88	<i>p</i> = 0,027
Whoqol - meio ambiente	PSF	17,44	<i>U</i> =143,000
	Rede pública	28,73	<i>p</i> = 0,006
Whoqol - geral	PSF	17,42	<i>U</i> =142,500
	Rede pública	28,75	<i>p</i> = 0,003
Event - clima	PSF	25,06	<i>U</i> =260,000
	Rede pública	24,17	<i>p</i> = 0,831
Event - pressão	PSF	27,25	<i>U</i> =220,500
	Rede pública	22,85	<i>p</i> = 0,290
Event – infra-estrutura	PSF	24,58	<i>U</i> =268,500
	Rede pública	24,45	<i>p</i> = 0,974
Event - total	PSF	25,83	<i>U</i> =246,000
	Rede pública	23,70	<i>p</i> = 0,609

A variável setor de atuação foi dividida também em três grupos, só que desta vez foi levado em consideração o tipo de clientela que é atendida, a saber: atendimento privado, N=21 (atendimento exclusivamente particular), atendimento misto, N=41 (privado e conveniado particular e pelo Sistema Único de Saúde - SUS) e atendimento exclusivo do SUS, N=48 (PSF, UBS, ACE, CTA). Foram feitas comparações e foi encontrado diferenças significativas para o WHOQOL-Bref para o físico ($H = 8,573$, $p = 0,014$), o meio ambiente ($H = 8,106$, $p = 0,017$), no domínio geral ($H = 10,206$, $p = 0,006$). No EVENT foram encontradas diferenças significativas no clima e funcionamento ($H = 7,452$ $p = 0,024$), infra-estrutura ($H = 14,746$, $p = 0,001$) e no escore total ($H = 8,495$, $p = 0,014$). Este resultado sugere que quem atua com atendimento privado apresenta melhor qualidade de vida no domínio 1 (físico), no domínio 4 (meio ambiente), no domínio geral e

vulnerabilidade ao estresse no fator infra-estrutura e rotina e no fator geral indicando mais qualidade de vida, mais energia, menos fadiga, boa mobilidade, mais segurança, mais recursos financeiros, bom acesso às informações, diverte-se e ao mesmo tempo apresenta maior vulnerabilidade ao estresse no trabalho devido a jornadas dobradas de trabalho, sofre acidentes pessoais, pouca cooperação da equipe e problemas com salários atrasados. Quem atua no atendimento exclusivo SUS apresenta vulnerabilidade ao estresse no trabalho no fator 2 (clima) sugerindo que os que atuam nesta área apresentam ambiente físico inadequado, problemas com chefias, falta de perspectiva profissional, função pouco reconhecida, não ser valorizado, como podemos observar na Tabela 34.

Tabela 34 Diferença de médias de acordo com o Teste *H* de *Kruskal-Wallis* entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e tipo de clientela.

WHOQOL / EVENT	tipo de clientela	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Privado	63,76	<i>H</i> = 8,573 <i>p</i> = 0,014
	Misto	44,05	
	SUS	61,67	
Whoqol - psicologico	Privado	68,67	<i>H</i> = 4,542 <i>p</i> = 0,103
	Misto	53,32	
	SUS	51,60	
Whoqol - realações sociais	Privado	58,60	<i>H</i> = 0,791 <i>p</i> = 0,673
	Misto	57,39	
	SUS	52,53	
Whoqol - meio ambiente	Privado	70,00	<i>H</i> = 8,106 <i>p</i> = 0,017
	Misto	46,11	
	SUS	57,18	
Whoqol - geral	Privado	73,52	<i>H</i> = 10,206 <i>p</i> = 0,006
	Misto	48,80	
	SUS	53,33	
Event - clima	Privado	59,71	<i>H</i> = 7,452 <i>p</i> = 0,024
	Misto	44,84	
	SUS	62,76	
Event - pressão	Privado	58,71	<i>H</i> = 3,054 <i>p</i> = 0,217
	Misto	48,65	
	SUS	54,26	
Event – infra-estrutura	Privado	77,98	<i>H</i> = 14,746 <i>p</i> = 0,001
	Misto	45,44	
	SUS	54,26	
Event - total	Privado	65,76	<i>H</i> = 8,495 <i>p</i> = 0,014
	Misto	44,27	
	SUS	60,60	

Posteriormente foi feita ainda uma análise comparando os grupos acima, dois a dois. Na primeira análise foram comparados os grupos que fazem atendimento privado com quem faz atendimento misto. Foram encontradas diferenças significativas com o WHOQOL no físico ($U = 267,500$, $p = 0,015$), meio ambiente ($U = 251,000$, $p = 0,007$) e no domínio geral ($U = 241,000$, $p = 0,003$). Para o estresse observou-se correlação significativa para a infra-estrutura ($U = 186,000$, $p = 0,000$) e no escore total ($U = 271,500$, $p = 0,018$). Esses resultados permitem inferir que os que fazem atendimento

privado apresentam mais qualidade de vida, menos dor, mais energia, mais segurança, mais recursos financeiros, divertem-se mais e por sua vez apresentam mais vulnerabilidade ao estresse no trabalho, jornadas de trabalho dobradas, mais acidentes pessoais, menos cooperação pela equipe, problemas com salários atrasados (Tabela 35).

Tabela 35 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e tipo de clientela privada e mista.

WHOQOL / EVENT	Tipo clientela	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Privado	39,26	<i>U</i> =267,500
	Misto	27,52	<i>p</i> = 0,015
Whoqol - psicologico	Privado	37,40	<i>U</i> =306,500
	Misto	28,48	<i>p</i> = 0,063
Whoqol - relações sociais	Privado	31,88	<i>U</i> =422,500
	Misto	31,30	<i>p</i> = 0,903
Whoqol - meio ambiente	Privado	40,05	<i>U</i> =251,000
	Misto	27,12	<i>p</i> = 0,007
Whoqol - geral	Privado	40,52	<i>U</i> =241,000
	Misto	26,88	<i>p</i> = 0,003
Event - clima	Privado	36,52	<i>U</i> =325,000
	Misto	28,93	<i>p</i> = 0,116
Event - pressão	Privado	35,19	<i>U</i> =353,000
	Misto	29,61	<i>p</i> = 0,247
Event – infra-estrutura	Privado	43,14	<i>U</i> =186,000
	Misto	25,54	<i>p</i> = 0,000
Event - total	Privado	39,07	<i>U</i> =271,500
	Misto	27,62	<i>p</i> = 0,018

Ao comparar os que fazem atendimento privado com quem faz atendimento SUS, foram encontradas diferenças significativas no desempenho psicológico (*U* =351,500, *p* = 0,045) e no domínio geral (*U* =315,000, *p* = 0,008). Com o EVENT ocorreu diferença significativa na infraestrutura e rotina (*U* =276,500, *p* = 0,003). Este resultado permite inferir, mais uma vez que os profissionais que atuam no setor privado apresentam mais qualidade de vida, apresentam sentimentos positivos, melhor

concentração, mais auto-estima e mais vulnerabilidade ao estresse no trabalho devido jornadas de trabalho dobradas, mais acidentes pessoais, menos cooperação pela equipe, problemas com salários atrasados (Tabela 36).

Tabela 36 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e tipo de clientela privada e SUS.

WHOQOL / EVENT	Tipo clientela	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Privado	35,50	<i>U</i> =493,500
	SUS	34,78	<i>p</i> = 0,890
Whoqol - psicologico	Privado	42,26	<i>U</i> =351,500
	SUS	31,82	<i>p</i> = 0,045
Whoqol - relações sociais	Privado	37,71	<i>U</i> =447,000
	SUS	33,81	<i>p</i> = 0,447
Whoqol - meio ambiente	Privado	40,95	<i>U</i> =379,000
	SUS	32,40	<i>p</i> = 0,101
Whoqol - geral	Privado	44,00	<i>U</i> =315,500
	SUS	31,06	<i>p</i> = 0,008
Event - clima	Privado	34,19	<i>U</i> =487,000
	SUS	35,35	<i>p</i> = 0,824
Event - pressão	Privado	34,52	<i>U</i> =494,000
	SUS	35,21	<i>p</i> = 0,896
Event – infra-estrutura	Privado	45,83	<i>U</i> =276,500
	SUS	30,26	<i>p</i> = 0,003
Event - total	Privado	37,69	<i>U</i> =447,500
	SUS	33,82	<i>p</i> = 0,461

Em seguida buscaram-se associações entre atendimento misto (N=41) com quem faz atendimento SUS (N= 48). Em relação ao WHOQOL-Bref foi somente encontrada uma diferença significativa no domínio físico ($U = 677,500$, $p = 0,011$) e mostrou-se limítrofe para o meio ambiente ($U = 778,500$, $p = 0,089$) e, para o EVENT foi encontrada diferença significativa no clima e funcionamento ($U = 652,500$, $p = 0,006$) e escore total ($U = 682,500$, $p = 0,013$) mostrando-se limítrofe com pressão no trabalho ($U = 780,500$, $p = 0,093$). Este resultado infere que quem faz atendimento SUS apresentou

mais qualidade de vida no domínio 1 (físico), uma tendência ao domínio 4 (meio ambiente), vulnerabilidade ao estresse no trabalho no fator clima e no geral e apresentou uma tendência no fator pressão no trabalho. A Tabela 37 ilustra melhor esse resultado.

Tabela 37 Diferença de médias de acordo com o Teste *U* de Mann-Whitney entre as dimensões do WHOQOL/EVENT e tipo de clientela mista e SUS.

WHOQOL / EVENT	Tipo clientela	Mean Rank	<i>U</i> / <i>p</i>
Whoqol - fisico	Mista	37,52	<i>U</i> =677,500
	SUS	51,39	<i>p</i> = 0,011
Whoqol - psicologico	Mista	45,84	<i>U</i> =949,500
	SUS	44,28	<i>p</i> = 0,775
Whoqol - relações sociais	Mista	47,09	<i>U</i> =898,500
	SUS	43,22	<i>p</i> = 0,473
Whoqol - meio ambiente	Mista	39,99	<i>U</i> =778,500
	SUS	49,28	<i>p</i> = 0,089
Whoqol - geral	Mista	42,93	<i>U</i> =899,000
	SUS	46,77	<i>p</i> = 0,442
Event - clima	Mista	36,91	<i>U</i> =652,500
	SUS	51,91	<i>p</i> = 0,006
Event - pressão	Mista	40,04	<i>U</i> =780,500
	SUS	49,24	<i>p</i> = 0,093
Event – infra-estrutura	Mista	40,90	<i>U</i> =816,000
	SUS	48,50	<i>p</i> = 0,163
Event - total	Mista	37,65	<i>U</i> =682,500
	SUS	51,28	<i>p</i> = 0,013

O resultado sugere que os profissionais que atuam com a clientela SUS apresentam menos dor e desconforto, mais energia, mais descanso e têm uma tendência a mais segurança, mais recursos financeiros, tem maiores informações, divertem-se. Em contra partida, apresentam maior vulnerabilidade ao estresse, apresentando descontentamento com seu ambiente físico de trabalho, problemas com chefias, falta de cargos e salários, não serem valorizados e uma tendência ao acúmulo de funções, muita responsabilidade no trabalho diário, têm prazos para realizações de tarefas.

5- DISCUSSÃO

Assim como o esperado nos resultados encontrados, as dimensões dos dois instrumentos foram encontradas *correlação negativa* indicando que as escalas utilizadas indicam resultados inversos caracterizando que quanto maior for a vulnerabilidade ao estresse no trabalho menor é a qualidade de vida do trabalhador. Também foi encontrado que *nem todas* as dimensões dos dois instrumentos *correlacionaram-se significativamente*.

O estresse no trabalho interfere no bem-estar dos empregados e está associado à baixa satisfação laboral, relacionada com ambiente de trabalho e o indivíduo. É um resultado da interação de vários fatores, sendo eles o ambiente, apoio social, auto-estima, sentimento de controle da situação, idade, falta de redes sociais no trabalho e trabalho excessivo em curto espaço de tempo (Paschoal & Tamayo, 2004; Humpel & Caputi, 2001; Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999; Stacciarini & Tróccoli, 2001; Lipp e Tanganelli, 2002). Em contra partida Sanches (2005) afirma que qualidade de vida no trabalho surge quando o profissional apresenta motivação para o trabalho, capacidade de adaptação às mudanças do ambientes de trabalho, quando é capaz de satisfazer suas necessidades, apresenta criatividade, vontade de inovar e aceita mudanças da organização. Também está associado ao grau de satisfação familiar, amorosa, social e ambiental e está determinada pelo desenvolvimento econômico, cultural e classe social a que o indivíduo pertence (Minayo, Hartz & Buss 2000). A satisfação no trabalho também é um indicador de qualidade de vida baseada na autonomia, interação, “status” requisitos do trabalho, normas organizacionais e remuneração (Shimidt & Dantas 2006).

Foi observado valores bem acima da média de pontuação da amostra nos profissionais de enfermagem sendo que estes apresentaram maior vulnerabilidade ao

estresse no trabalho em todos os fatores, corroborando a literatura que afirma que a enfermagem é uma profissão cujas atividades são as mais geradoras de estresse (Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999; Mallar & Capitão, 2004; Campos 2005; Lautert, Chaves & Moura, 1999). Os profissionais de enfermagem encontram estímulos estressantes tanto para os que atuam na área hospitalar como aqueles que atuam na saúde coletiva (Elias & Navarro 2006; Barboza & Soler 2003; Araújo, Aquino, Menezes, Santos & Aguiar, 2003; Stacciarini & Tróccoli 2001)

Nos resultados encontrados entre clima e funcionamento organizacional (EVENT) com os domínios do WHOQOL-Bref, foi verificada correlação significativa com o domínio psicológico, relações sociais e com o geral. Este resultado revela que quanto maior é a dificuldade com o local de trabalho, problemas com a chefia e com a estrutura administrativa da instituição, menor é a percepção da qualidade de vida, da capacidade de interagir com equipe de trabalho, podendo o funcionário apresentar sentimentos ruins e dificuldades no aprendizado de novas tarefas. Alguns autores identificam o estresse como um processo de resposta emocional e de condutas percebidas e interpretadas como ameaça, é também visto como uma relação que o indivíduo tem com o seu meio, seja ele interno e externo e está relacionado com sua capacidade de resposta mediante exigências e pode ser identificado como uma ameaça ou um desafio (Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Figueiroa, Schufer, Muiños, Marro & Coria, 2001).

A amostra revela compartilhamento de preocupações dentro e fora do serviço caracterizando um suporte afetivo e social, corroborando com a literatura quando afirma que compartilhar preocupações, amarguras, esperança com colegas de trabalho, vizinho e com conhecidos traz sentimento de segurança, conforto e confiança, melhorando o apoio

social, trazendo uma relação satisfatória com o trabalho. Uma relação satisfatória com o trabalho, é importante ter também o suporte afetivo que é compartilhamento de preocupações, amarguras e esperanças trazendo sentimentos de segurança além do suporte social, que provém das relações estabelecidas entre colegas de trabalho (Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt & Kristensen, 2002; Paschoal & Tamayo, 2005). A falta de apoio social dentro ou fora do serviço é um fator ou um estímulo estressor ou ainda uma variável que resulta em estresse de origem ocupacional (Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999; Stacciarini & Tróccoli, 2001, Paschoal & Tamayo, 2005) e que a qualidade de vida está associada ao grau de satisfação no convívio social (Minayo, Hartz & Buss 2000). A maioria da amostra também apresenta um bom nível sócio-econômico, indo ao encontro das afirmações do estudo de Feijó (2004) pontuando que quanto maior o nível econômico menor é o índice de estresse e Minayo, Hartz e Buss (2000) ressaltam que a classe social a que o indivíduo pertence está associada ao grau de satisfação encontrado no convívio social.

Ao relacionar infra-estrutura e rotina (EVENT) obteve-se correlação significativa com relações sociais indicando que quanto maior forem os problemas com os equipamentos, com local de trabalho, com dupla jornada de trabalho, menos trabalho em equipe e presença de problemas com salários, menor é o bom relacionamento da equipe, prejudicando as relações sociais e pessoais. Alguns autores apontam que carga horária demasiada, sobrecarga de trabalho, suporte social, condições inadequadas de trabalho, problemas com pagamentos, conflitos com colegas, remuneração baixa, são aspectos que se associam ao estresse no trabalho e fazem com que o trabalho não tenha significado de satisfação, diminuindo a qualidade das relações sociais (Araújo, Aquino, Menezes, Santos & Aguiar, 2003; Stacciarini & Tróccoli 2001; Barbosa & Soler 2003).

Foi obtida correlação significativa com o escore total (EVENT) e o domínio psicológico e relações sociais (WHOQOL-Bref) indicando que quanto maior a vulnerabilidade ao estresse no trabalho mais se obtém dificuldade de pensar, aprender, ter pensamentos positivos, dificuldade na concentração e diminuição de auto-estima, dificultando o relacionamento social. O estresse está relacionado com a percepção que cada indivíduo tem e a sua capacidade de resposta depende de como ele compreende o estímulo. Quando um profissional tem suporte afetivo e social, aumenta-se a probabilidade de uma relação satisfatória com o trabalho e a capacidade de satisfação das suas necessidades por meio de experiências obtidas no serviço (Sanches 2005; Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt & Kristensen 2002).

Em relação às análises secundárias deste estudo - a associação entre a vulnerabilidade ao estresse e o tempo de trabalho na instituição - foi encontrado correlação significativa para clima e funcionamento organizacional demonstrando que quanto maior o tempo de trabalho na instituição, mais dificuldade o funcionário encontra no local de trabalho, mais problemas apresenta com a chefia e com a instituição.

Na associação do grau de instrução com o EVENT observou-se correlação com pressão no trabalho indicando que quanto maior for o grau de instrução maior é vulnerabilidade ao estresse. O grau de instrução pode estar ligado ao cargo assumido no trabalho e quanto maior for o nível de escolaridade mais o profissional percebe acúmulo de função, maior responsabilidade, mais prazos a serem cumpridos. A equipe de enfermagem é composta por profissionais com diferentes graus de escolaridade. O auxiliar de enfermagem necessita do ensino fundamental completo; o técnico de enfermagem, do ensino médio completo; o enfermeiro, o ensino superior de Enfermagem. O resultado corrobora com alguns autores que apontam que o enfermeiro possui mais

responsabilidades, mais acúmulo de função e de trabalho e possuem prazos a cumprir, apresenta uma maior demanda de atividades e tem que alcançar o contentamento da equipe fazendo com que se produza um padrão ideal de atendimento (Judkins, Massey & Huff, 2006; Trucco, Valenzuela & Trucco, 1999)

Em relação à atividade física, foi encontrada correlação com infra-estrutura do EVENT. O profissional está vulnerável à percepção dos problemas do local de trabalho, com o salário, com mudanças de chefia, perspectiva de ascensão vinculada à transferência, mudança de hora de trabalho, jornada dobrada de trabalho e falta de trabalho em equipe. O resultado sugere que quanto mais atividade física semanal, maior o estresse do indivíduo. A vários autores afirmam que ter hábitos saudáveis e atividade física melhora a qualidade de vida (Souza 2001), mas pode-se sugerir a hipótese de que os profissionais mais estressados acabam procurando a prática de atividade física justamente por tentarem lidar com o estresse laboral.

Na carga horária por turno, foi encontrada correlação significativa e negativa com domínio físico do WHOQOL-Bref indicando que os profissionais que trabalham 12 horas por dia apresentaram mais energia para o dia-a-dia, sentem mais capacidade de desempenhar atividades diárias, sugerindo a hipótese de que o profissional que apresenta mais tempo livre entre um plantão e outro pode desempenhar mais atividades que lhe satisfazem, inclusive maior tempo com a família. Araújo, Aquino, Menezes, Santos e Aguiar (2003) apontam em seu estudo que aspectos do trabalho, como a carga horária, são associados ao estresse, contrapondo com os resultados da atual amostra.

O tempo de formação obteve correlação com o meio ambiente do WHOQOL-Bref., inferindo-se que quanto mais tempo de formação, mais o profissional sente segurança, mais saudável é seu meio ambiente e tem mais capacidade de desempenhar atividades,

convergindo com o estudo de Hunpel e Caputi (2001) que afirmam que enfermeiros com seis ou mais anos de serviço apresentam mais aptidão e mais segurança que profissionais com dois anos de profissão.

A dificuldade em conciliar a casa e o trabalho apresentou correlação com clima e funcionamento organizacional, pressão no trabalho e com o escore total do EVENT. Este resultado elucida o fato de que o profissional apresenta vulnerabilidade ao estresse no trabalho, apresentando dificuldades com ambiente físico, estrutura do serviço, problemas com chefia e sofrendo com acúmulos de função. Este resultado corrobora a literatura, já que Araújo, Aquino, Menezes, Santos e Aguiar (2003) consideram o trabalho doméstico (dupla jornada) como um dos aspectos que se associa ao estresse.

Profissionais que não citaram complicações gastrointestinais apresentaram também melhor qualidade de vida, no domínio físico e no meio ambiente do WHOQOL-Bref, indicando que estão mais satisfeitos no desempenho de suas atividades diárias e sentem-se mais seguros, indo de acordo com os autores Lautert, Chaves e Moura (1999) que apontam que o estresse no trabalho pode favorecer problemas gastrointestinais.

De forma similar, profissionais que afirmam dormir normalmente apresentaram melhor desempenho nos domínios físico, desenvolvimento psicológico, meio ambiente e no domínio geral (Whoqol-Bref), indicando que o sono está associado à qualidade de vida. Lautert, Chaves e Moura (1999) apontaram, em seus estudos, que os profissionais que apresentavam mais estresse também tiveram mais alterações de sono.

Em relação aos profissionais de enfermagem, o enfermeiro apresentou maior vulnerabilidade ao estresse indo de acordo com a literatura. Judkins, Massey e Huff (2006) citam que a enfermagem apresenta mais sofrimento, trabalha em equipe e necessita de um supervisor que tenha interação direta com a equipe, proporcionando ao enfermeiro uma

demanda mais intensa, uma expectativa maior no serviço que frequentemente resulta em estresse. Lautert, Chaves e Moura (1999), em sua pesquisa com enfermeiros, observaram esse profissional com altos níveis de estresse e com mais carga de trabalho, evidenciando condições de risco ao estresse. Comparando o técnico de enfermagem com o enfermeiro, não foi obtida diferença significativa, somente tendências. Ao se avaliar o auxiliar de enfermagem e o técnico de enfermagem foi verificado que o auxiliar apresenta mais vulnerabilidade ao estresse para o clima e funcionamento organizacional e para infraestrutura, caracterizando este profissional com dificuldades em relação às chefias e com a estrutura do local. A literatura confirma estes dados, afirmando que auxiliares de enfermagem executam procedimentos menos qualificados, dedicam-se mais tempo aos enfermos, suas tarefas são mais intensas, repetidas, menos reconhecidas socialmente e financeiramente menos valorizadas (Barboza & Soler, 2003).

Ao avaliar os profissionais que trabalham em hospitais, PSF e rede pública, foi evidenciado que os trabalhadores que atuam na rede pública apresentam mais qualidade de vida, sabem aproveitar mais a vida e apresentam mais satisfação consigo mesmo. Comparando os que atuam somente com atendimento SUS (PSF e rede pública) obteve-se significância nos domínios desenvolvimento psicológico, relações sociais, meio ambiente e no domínio geral, confirmando os dados anteriores. Pode-se inferir a hipótese de que estes profissionais se diferenciam dos demais devido ao seu tipo de contrato de trabalho, todos passaram por concurso público e têm mais estabilidade no serviço.

Ao analisar o profissional de enfermagem de acordo com o tipo de clientela atendida, verificou-se que aquele que trabalha em uma instituição com atendimento a clientes particulares (setor privado), outra instituição atende clientes particulares e conveniado SUS (setor misto) e outra instituição que atende somente clientes SUS (rede

pública). Os profissionais da instituição que atendem clientes particulares (setor privado) apresentam uma melhor qualidade de vida nos domínios físico, meio ambiente e geral do WHOQOL-Bref e também apresentam mais vulnerabilidade ao estresse no trabalho na infra-estrutura e no escore total. Os profissionais que atuam com clientes SUS apresentam mais vulnerabilidade ao estresse no clima e funcionamento organizacional, inferindo-se que quem atua junto a clientes particulares percebe mais qualidade de vida do que os demais atendimentos e também apresenta-se com vulnerabilidade ao estresse devido a problemas de jornadas dobradas, problemas com a equipe e com o local de trabalho. Quem faz atendimento a clientes SUS apresenta-se vulnerável ao local de trabalho, com chefias e com a equipe. Não foi encontrado literatura que corroborasse com este resultado.

Ao comparar o profissional que trabalha com atendimento privado e os que fazem atendimento misto e atendimento a clientes SUS, foram encontradas diferenças significativas com o físico, desempenho psicológico, e com o domínio geral do WHOQOL-Bref. O resultado aponta que os profissionais que atuam na instituição com atendimento somente a clientes particulares, apresentam melhor percepção na sua qualidade de vida e apresentam-se mais vulneráveis ao estresse no trabalho no fator infra-estrutura e rotina indicando que há dupla jornada de trabalho, mudança de chefias, falta de cooperação da equipe e problemas salariais. Comparando-se com quem faz atendimento somente SUS e com os que atendem clientelas mistas foi notado que há um aumento da vulnerabilidade ao estresse no clima e funcionamento organizacional e com o escore total e uma percepção maior na qualidade de vida, no domínio físico indicando problemas com chefias, falta de valorização, salário inadequado à função, porém apresentam-se mais confortáveis, mais descansados, com menos dependência medicamentosa e mais capacidade ao trabalho. Apesar da literatura pesquisada neste estudo não apresentar dados sobre o tipo de clientela

atendida pode-se inferir a hipótese de que quem trabalha com cliente particular e clientes SUS apresentam melhor percepção da qualidade de vida e também vulnerabilidade ao estresse laboral.

6- CONCLUSÃO

O presente estudo buscou evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis entre o EVENT e WHOQOL-Bref. Os resultados encontrados foram considerados satisfatórios, mesmo que não foram encontradas correlações significativas com todas as dimensões dos dois instrumentos. Foi encontrada correlação negativa em todas as dimensões, indicando que as escalas utilizadas indicam resultados inversos caracterizando que quanto maior for a vulnerabilidade ao estresse no trabalho menor é a qualidade de vida do trabalhador.

A Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho mostrou-se satisfatória para avaliar a vulnerabilidade ao estresse. É importante ressaltar a viabilidade do instrumento devido a sua praticidade, pela sua simplicidade e por ser auto-aplicável, o que pode ser de fácil utilização em outras pesquisas e nas relações com outras variáveis.

O fator clima e funcionamento organizacional (EVENT) correlacionaram-se significativamente com o domínio psicológico, as relações sociais, o domínio geral e apresentou uma tendência para o domínio físico e para o domínio meio ambiente do WHOQOL-Bref. O resultado indica que os trabalhadores que apresentam maior vulnerabilidade ao estresse no trabalho, no fator clima e funcionamento organizacional, percebem sua qualidade de vida diminuída. Isto ocorre quando ele identifica problemas com o ambiente físico, estrutura organizacional incluindo problemas com salários e com chefias apresenta dificuldade em aproveitar a vida, em concentrar-se, aceitar sua aparência, apresenta sentimentos negativos, tem dificuldades com relacionamentos (amigos, colegas, parentes e sexuais).

Não ocorreu correlação significativa de pressão no trabalho com os domínios do WHOQOL-Bref, indicando que a vulnerabilidade ao estresse no trabalho não está correlacionada com a qualidade de vida, provavelmente devido às características da amostra pesquisada.

O fator infra-estrutura e rotina (EVENT) correlacionaram-se significativamente e negativamente com as relações sociais e uma tendência ao domínio psicológico (WHOQOL-Bref) indicando que quem tem jornadas de trabalho dobradas, mudanças de chefia, salários atrasados, percebe sua qualidade de vida diminuída no domínio cuja características é apresentar dificuldades com relacionamentos seja de amigos, colegas, parentes ou sexual.

O Escore total (EVENT) correlacionou-se significativamente com domínio psicológico e relações sociais, e apresentou tendência ao domínio físico e ao domínio geral. Este resultado identifica que o trabalhador apresenta vulnerabilidade ao estresse no trabalho apresenta dificuldade no desempenho psicológico e nas relações sociais do WHOQOL-Bref, com dificuldades em aceitar sua aparência, sentimentos negativos, problemas com relacionamentos seja de amigos, colegas, parentes ou sexual, e apresenta qualidade de vida diminuída.

A correlação do EVENT com as características da amostra, a variável tempo de trabalho está correlacionada com o fator clima e funcionamento organizacional positivamente e apresenta uma tendência no escore geral caracterizando o estresse laboral, este resultado indica que quanto maior for o tempo de trabalho mais vulnerabilidade ao estresse o trabalhador apresenta. O grau de instrução também correlacionou positivamente com vulnerabilidade ao estresse no trabalho no fator pressão o trabalho.

A correlação do Whoqol-Bref com as características da amostra a variável turno de trabalho apresentou uma correlação significativa e negativa com o domínio físico e uma tendência com domínio psicológico, evidenciando que quanto menor for o turno de trabalho mais se percebe a qualidade de vida no domínio físico. Tempo de formação apresentou uma correlação significativa e positiva com o domínio meio ambiente e uma tendência ao domínio geral, caracterizando quanto maior for o tempo de formação mais se percebe a qualidade de vida. A variável tempo de experiência profissional apresentou uma tendência para o domínio meio ambiente na qualidade de vida e a variável atividade física apresentou uma tendência positiva ao domínio geral caracterizando melhor qualidade de vida.

Ao relacionar o EVENT e o Whoqol-Bref com outras variáveis obtivemos maior vulnerabilidade ao estresse no trabalho. A variável dificuldade em conciliar casa e trabalho e atividade física apareceram como característica, evidenciando que quanto mais aparece estes itens mais vulnerabilidade ao estresse no trabalho surge. As variáveis carga horária e sono se evidenciaram que quanto maior mais o trabalhador percebe sua qualidade de vida e a variável alteração intestinal quanto menor, maior é a percepção de qualidade de vida.

Entre os profissionais de enfermagem, quanto maior for sua graduação surge uma tendência a ser mais vulnerável ao estresse no trabalho. Os profissionais que trabalham na rede pública apresentam melhor percepção de sua qualidade de vida. Os que trabalham com uma clientela de rede particular apresentam melhor qualidade de vida nos domínios físico, meio ambiente e geral e também apresentam vulnerabilidade ao estresse no trabalho no fator clima, infra-estrutura e no escore geral.

Os construtos estresse no trabalho e qualidade de vida são complexos e esta pesquisa deteve-se somente em avaliar uma faceta dessa relação propondo a estudar as relações entre a vulnerabilidade ao estresse no trabalho e a qualidade de vida.

É necessário destacar que este estudo apresenta limitações em relação à própria amostra devido ao número reduzido de participantes de cada local de atuação. Novas pesquisas são sugeridas para averiguar as hipóteses aqui assinadas, como: a quantidade de horas trabalhadas por turno melhora a percepção da qualidade de vida, o tipo de clientela que se atende interfere na vulnerabilidade ao estresse no trabalho e como a quantidade de atividade física semanal está associada ao estresse.

7- REFERÊNCIAS

- Abreu, K. L., Stoll, I., Ramos, L. S., Baumgardt, R. A. & Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 22(2), 22-29.
- Albion, M.J., Fogarty, G.J. & Machin, M. A. (2005). Benchmarking occupational stressors and strain levels for rural nurses and other health sector workers. *Journal of Nursing Management*, 13, 411-418.
- American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], National Council on Measurement in Education [NCME] (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000) *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas p. 18.
- Andriola, W. B. (1998). Utilização da Teoria da Resposta ao Item (TRI) para a organização de um banco de itens destinados a avaliação do raciocínio verbal. *Psicoogia: Reflexão e Crítica*, 11(2) 295-308.
- Aquino, R. R. (2007). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT): Evidência de Validade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Araujo, T. M., Aquino, E., Menezes, G. Santos, C. O. & Aguiar, L. (2003) Work psychosocial aspects and psychological distress among nurses. *Revista de Saúde Pública*, 37(4) 424-433.
- Araujo, T. M., Graça, C. C & Araujo, E. (2003). Occupational stress and health: contributions of the Demand-Control Model. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8(4) 991-1003.
- Attree, M. (2005). Nursing agency and governance: registered nurses' perceptions. *Journal of Nursing Management*, 13, 387-396.
- Barboza, D. B. & Soler, Z. A. S.G. (2003). Afastamentos do Trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2), 177-183.

- Batista, K, M. Bianchi, E. R. F. (2006) Estresse do Enfermeiro em uma unidade de emergência. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do sul, Revista Latino-Americana de enfermagem* 14 (4) pp. 534 – 539.
- Bégat, I., Ellefsen, B. & Severinsson, E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing management*, 13, 221-230.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 4-11.
- Callegari-Jacques, S. M. (2003). Testes Não-Paramétricos. Em: S. M. Callegari-Jacques *Bioestatística: Princípios e Aplicações* (pp.165-184). Porto Alegre: Artmed.
- Camelo, S. H. H & Angerami E. L. S. (2004) Sintomas de Estresse nos Trabalhadores Atuantes em Cinco Núcleo de Saúde da Família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1), 14-21.
- Campos, R. G. (2005). *Burnout: Uma Revisão Interativa na Enfermagem Oncológica* (Dissertação). São Paulo: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A. & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82.
- Conselho Federal de Psicologia (2003). Resolução nº 25/2003. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao2003_2.doc>. (Acessado em 01/2007).
- Donoso, H. (2000). Homeostasis y estrés em salud ocupacional. *Boletín Científico-Asociación Chilena de Seguridad*, junho, 79-83
- Engel, B. (2004) Are we out o four Minds With Nursing Stress? *Creatine Nursing*, 04, 4-6.
- Elias, M. A. & Navarro, V. L. (2006). A Relação entre o Trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissões de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 517 – 525.
- Feijóo, N. R. (2004). Job Insecurity and Stress level. *Interdisciplinaria: Revista de Psicologia y Ciencias Afines*, número especial, 249-257.
- Figueiroa, N. L., Schufer, M., Muiños, R., Marro, C. & Coria, E. A. (2001). *Um instrumento para avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. Psiologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 653-659.

- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamivich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da Versão em Português do Instrumento abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Franco, G. P., Barros, A. L. B. L. & Nogueira-Martins, L. A. (2005). Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2) 139-144.
- Goldberg, L. & Benznitz, S. (1982), *Handbook of Stress – Theoretical and Clinical Aspects*. (pp. 7-17). New York: The Free Press
- Graeff, F. G. (2003), Bases biológicas do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 5, 21-24.
- Gomes, I. C. (2000). A formação em psicodiagnóstico e os testes psicológicos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2(2) 60-69.
- Hays, M. A., All, A. C., Mannahan, C., Cuaderes, H & Wallace D. (2006). Reported Stressors and Ways of Coping Utilized by Intensive Care Unit Nurse. *Dimensions of Critical care Nursing*, 25(4), 185-193.
- Holroyd, K. H. & Lazarus, R. S. (1982). Stress, Coping, and Somatic Adaptation. *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 21-35). London: Collier Macmillan Publishers.
- Humpel, N. & Caputi P. (2001) Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 399-403.
- Joca, S. R.L, Padovan, C.M; & Guimarães, F. S. (2003). Estresse, depressão e Hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (supl II), 46-51.
- Judkins, S., Massey, C. & Huff, B. (2006). Hardiness, Stress and Use of Ill-time Among Nurse Manager: is this a connections?. *Nursing Economics*, 24(4), 187-192.
- Lautert, L., Chaves E.H.B & Moura, G.M.S.S. (1999). O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6 (6), 415-425.
- Lentz, R. A.; Costenaro, R. G. S; Gonçalves, L. H. T. & Nassar, S.M. (2000). O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4), 7-14.

- Lipp, M. E. N. & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e Qualidade de Vida em Magistrados de justiça do Trabalho: Diferenças entre Homens e Mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 537-548
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R.O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (supl 1), 65-74.
- Mallar, S.C. & Capitão, C. G. (2004). *Bournout e Hardiness: um estudo de evidência de validade* Psico-USF, 9(1), 19-29.
- Mattar, F. N. (1996) Porque os métodos de classificação socioeconômicos utilizados no Brasil não funcionam. *Anais do 20º ENANPAD, Rio de Janeiro*. 97.
- Miguel, F. K. (2006). *Estresse e Inteligência Emocional: Evidências de Validade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Murta, S.G. & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (1), 39-47.
- Murofuse, N. T., Abranches, S. S & Napoleão, A. A (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261.
- Noronha, A. P P & Alchiere, J. C. (2004). Conhecimento em Avaliação Psicológica. *Estudos de Psicologia*, 21(1), 43-53.
- Noronha, A. P P., Primi, R & Alchiere, J. C. (2004). Parâmetros psicométricos: uma análise de testes psicológicos comercializados do Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(4), 88-99.
- Noronha, A. P. P., Baldo, C. R., Almeida M.C., Freitas, J. V., Barbin, P. F. & Cozoli, J. (2004). Conhecimento de estudantes a respeito de conceitos de avaliação psicológica *Psicologia em Estudo*, 9 (2) 263-269.
- Noronha, A. P P, Sartori, F. A., Ottati, F & Freitas, F. A. F. (2001). Informações contidas nos manuais de testes de inteligência publicados no Brasil. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 101-106.
- Paschoal, T. & Tamayo, A (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(1), 45-52.

- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2005). Impacto dos valores laborais e da interferência família-trabalho no estresse ocupacional. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(2), 173-180.
- Passos, J. P. & Ciosak, S. I. (2006). A Concepção dos Enfermeiros no Processo Gerencial em Unidade Básica de Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(4), 464-468.
- Resolução CFP No.002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução No. 025/2001. Conselho Federal de Psicologia. Recuperado em 27 de janeiro, 2007 de http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2003_2.pdf
- Sanchez, R. H. & Villa, M. C. (2005) Algunos factores influyentes em la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de Enfermagem*, 21(1), 1-1.
- Schmidt, D. R. C. & Dantas, R. A. S. (2006). Qualidade de Vida no Trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades o bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. *Revista Latino Americana*, 14(1), 54-60.
- Seild, M. & Zannon CMLC. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Selye, H. (1965). The Stress Syndrome. *The American Journal of Nursing*, 65 (3), 97-99.
- Selye, H (1982). Hystory and Present Status of the Stress Concept. Em L. Goldberger, & S. Breznitz (Orgs). *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects* (pp. 7-17). London: Collier Macmillan Publishers.
- Sisto, F. F., Baptista, M. N., Noronha, A.P.P. & Santos, A. A. A. (2007) Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT. (manual). Itatiba: Universidade São Francisco.
- Souza, R. A. & Carvalho, A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Ppsicologia*, 8(3), 515-523.
- Souza, S D (2001) *Qualidade de vida de Professores Universitários em Fase de Mestrado* (Dissertação). Paraná: Universidade Federal de Santa Catarina
- Spindola, T. & Santos, R. S. (2003) Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 593-600.
- Sparrenberg, F; Santos, I & Lima R. C. (2003) Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 434-439.
- Stacciarini, J. M. R & Tróccoli, B. T. (2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 17-25.

Stacciarini, J. M. R & Tróccoli, B. T. (2000). Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(6), 17-25.

Trucco B. M., Valenzuela A. P. & Trucco H. D. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *Revista médica de Chile*, 127(12), 1453-1461.

8- ANEXO

ANEXO 1

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO

I) Identificação

- 1) Sexo: Feminino () Masculino () 2) Data nascimento: ____/____/____
- 3) Estado civil: casado () solteiro () desquitado () divorciado () viúvo ()
- 4) Numero de filhos: _____ 5) Naturalidade: _____
- 6) Cor da pele: _____ 7) Tempo de formação: _____
- 8) Experiência profissional:
 até 1 ano () de 1 a 4 anos () de 5 a 10 anos () mais de 10 anos ()
- 9) Tempo de trabalho neste hospital : _____ Cargo que ocupa: _____
- 10) Atualmente é o responsável pela maior parte da renda familiar () sim () não
- 11) Turno de trabalho: diurno () vespertino () noturno () carga horária: _____
- 12) Setor de atuação: _____
- 13) Possui outro emprego? sim () não () Qual o turno? _____
- 14) Tem problemas de hipertensão arterial? sim () não () não sei ()
- 15) Apresenta alterações cardiovasculares? sim () não () não sei ()
- 16) Tem alterações gastrointestinais com freqüência? sim () não () não sei ()
- 17) Tem alguém para compartilhar preocupações e esperanças?
 No serviço () fora do serviço () não () não sei ()
- 18) Tem dificuldade em conciliar casa e serviço? sempre () as vezes () nunca ()
- 19) Faz atividades domésticas
 Sim () não () tenho faxineira () tenho empregada doméstica ()
- 20) Você viaja constantemente?
 A passeio () a trabalho () raramente viajo () nunca viajo ()
- 21) Quantas vezes você pratica atividade física?
 Não pratico () sim () ____ vezes por semana
- 22) Você fuma? não () sim () ____ vezes por semana
- 23) Você consome bebida alcoólica?
 Não bebo () todos os dias () só de final de semana ()
- 24) Faz uso de algum tranqüilizante?
 Não () só quando estou nervoso () todos os dias ()
- 25) Consegue dormir normalmente?
 Sim () não () as vezes ()

II) Critérios

Grau de Instrução do Chefe da Família

Analfabeto/ Fundamental I incompleto	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	
Fundamental II completo / Fundamental II incompleto	
Ensino Médio completo / superior incompleto	
Superior completo	

Posse de Ítems	0	1	2	3	4
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Videocasste e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou duplex)					

ANEXO 2

**ESCALA DE VULNERABILIDADE AO ESTRESSE NO TRABALHO
(EVENT)**

Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT)

Fermino F. Sisto; Makilim N. Baptista; Ana Paula P. Noronha & Acácia A. A. Santos

IDADE: _____ SEXO: M () F () OCUPAÇÃO: _____

ESCOLARIDADE:

Ens. Fundamental incompleto () Ens. Fundamental completo () Ens. Médio incompleto () Ens. Médio completo ()

Ens. Superior incompleto () Ens. Superior completo () Especialização () Mestrado ()
Doutorado ()

Encontram-se abaixo relacionadas 40 situações de trabalho. Assinale dentre as alternativas propostas, quanto cada uma delas o **incomoda**. No caso de uma determinada situação não se aplicar ao seu ambiente de trabalho, assinale a alternativa *nunca* como a opção de resposta. Não existem respostas certas ou erradas.

① Nunca ② Às vezes ③ Frequentemente

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Acúmulo de funções | ① | ② | ③ |
| 2. Acúmulo de trabalho | ① | ② | ③ |
| 3. Ambiente físico inadequado | ① | ② | ③ |
| 4. Ter autoridade rejeitada pelos iguais ou superiores | ① | ② | ③ |
| 5. Chefes despreparados | ① | ② | ③ |
| 6. Dificuldades pessoais com o chefe | ① | ② | ③ |
| 7. Dobrar jornadas | ① | ② | ③ |
| 8. Doença ou acidente pessoal | ① | ② | ③ |
| 9. Equipamento precário | ① | ② | ③ |
| 10. Problemas com a iluminação do ambiente | ① | ② | ③ |
| 11. Expectativa excessiva da chefia | ① | ② | ③ |
| 12. Faço trabalhos que não pertencem à minha função | ① | ② | ③ |
| 13. Falta de oportunidades de progresso no meu trabalho | ① | ② | ③ |
| 14. Falta de perspectiva profissional | ① | ② | ③ |
| 15. Falta de plano de cargos e salários | ① | ② | ③ |

16. Falta de solidariedade	①	②	③
17. Fazer o trabalho do outro	①	②	③
18. Função pouco conhecida	①	②	③
19. Impossibilidade de dialogar com a chefia	①	②	③
20. Licença de saúde recorrente dos colegas	①	②	③
21. Mudança nas horas de trabalho	①	②	③
22. Mudança no status financeiro	①	②	③
23. Mudanças de chefias	①	②	③
24. Muita responsabilidade no trabalho diário	①	②	③
25. Não saber como sou avaliado	①	②	③
26. Não saber quem manda realmente no meu trabalho	①	②	③
27. Não ser valorizado	①	②	③
28. Necessidade de ajudar colegas para fazer o serviço deles	①	②	③
29. Novas obrigações	①	②	③
30. O meu erro afeta o trabalho dos outros	①	②	③
31. Perspectivas de ascensão vinculadas à idéia de transferência	①	②	③
32. Pouca cooperação da equipe para trabalhos que deveriam ser feitos em conjunto	①	②	③
33. Prazos para realização de trabalhos	①	②	③
34. Ritmo acelerado de trabalho	①	②	③
35. Responsabilidade excessiva	①	②	③
36. Salário inadequado para a função	①	②	③
37. Salários atrasados	①	②	③
38. Ter mais obrigações que os demais colegas	①	②	③
39. Tenho que atender a muitas pessoas de uma só vez	①	②	③
40. Tom autoritário de meus superiores	①	②	③

ANEXO 3

**WHOQOL – ABREVIADO – Versão em Português
(WHOQOL-Bref)**

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTRESSE LABORAL E QUALIDADE DE VIDA: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE

Responsáveis: Rosângela Zabaleta Alves Corrêa (mestranda em Avaliação Psicológica) e Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista (orientador)

O abaixo-assinado declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, de responsabilidade do pesquisador. O abaixo-assinado está ciente que:

- 1) Encontrar evidência de validade baseada nas relações com outras variáveis
- 2) Durante o estudo, responderá a uma Ficha de Caracterização, uma Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) e o Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref)
- 3) A participação neste estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo / benefício terapêutico.
- 4) Obteve todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do referido estudo.
- 5) Estou livre para interromper a participação no estudo a qualquer momento.
- 6) Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, e os pesquisadores não identificarão o voluntário por ocasião da exposição e/ou publicação dos mesmos.
- 7) Poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para apresentar recursos ou reclamações em relação ao estudo.
- 8) Poderá contatar o responsável pelo estudo, sempre que necessário pelo telefone (fone 11 - 4034-8028).

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome: _____

Declaro que concordo em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura

II- DADOS DO PESQUISADOR

Nome: Rosângela Zabaleta Alves Corrêa - COREN 44146

Mestranda em Avaliação Psicológica pela USF - Universidade São Francisco.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***ESTRESSE LABORAL E QUALIDADE DE VIDA: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE***

Responsáveis: Rosângela Zabaleta Alves Corrêa (mestranda em Avaliação Psicológica) e Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista (orientador)

O abaixo-assinado declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, de responsabilidade do pesquisador. O abaixo-assinado está ciente que:

- 1) Encontrar evidência de validade baseada nas relações com outras variáveis
- 2) Durante o estudo, responderá a uma Ficha de Caracterização, uma Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) e o Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref)
- 3) A participação neste estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo / benefício terapêutico.
- 4) Obteve todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação do referido estudo.
- 5) Estou livre para interromper a participação no estudo a qualquer momento.
- 6) Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, e os pesquisadores não identificarão o voluntário por ocasião da exposição e/ou publicação dos mesmos.
- 7) Poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para apresentar recursos ou reclamações em relação ao estudo.
- 8) Poderá contatar o responsável pelo estudo, sempre que necessário pelo telefone (fone 11 - 4034-8028).

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome: _____

Declaro que concordo em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____/____/____

Assinatura

II- DADOS DO PESQUISADOR

Nome: Rosângela Zabaleta Alves Corrêa - COREN 44146

Mestranda em Avaliação Psicológica pela USF - Universidade São Francisco.