



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Fernanda Medeiros da Fonseca Beiral

Fatores de risco psicossocial e estresse no trabalho de enfermagem em hospital universitário: modelo desequilíbrio esforço - recompensa

Rio de Janeiro

2018

Fernanda Medeiros da Fonseca Beiral

Fatores de risco psicossocial e estresse no trabalho de enfermagem em hospital universitário: modelo desequilíbrio esforço - recompensa

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B423 Beiral, Fernanda Medeiros da Fonseca.
Fatores de risco psicossocial e estresse no trabalho de enfermagem em hospital universitário: modelo desequilíbrio esforço - recompensa / Fernanda Medeiros da Fonseca Beiral. - 2018.
97 f.

Orientador: Elias Barbosa de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Riscos ocupacionais. 3. Stress ocupacional. 4. Saúde do trabalhador. I. Oliveira, Elias Barbosa de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Fernanda Medeiros da Fonseca Beiral

Fatores de risco psicossocial e estresse no trabalho de enfermagem em hospital universitário: modelo desequilíbrio esforço - recompensa

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 17 de dezembro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira (Orientador)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Luciana Fernandes Portela

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

À minha família, minha mãe Denise e minha irmã Laura, agradeço por todo apoio, incentivo e, principalmente, a ajuda com meu bebê nos momentos de ausência. Obrigada por terem me deixado tranquila nas ocasiões de afastamentos necessários e por terem cuidado dele com muito amor e carinho.

Ao meu marido, Eduardo, meu companheiro, amigo, meu grande amor. Obrigada pela paciência, cumplicidade, pela ajuda com nosso bebê, companheirismo, incentivo e pela sua compreensão nos momentos de ausência. Obrigado, Deus, por ter me presenteado com essas bênçãos em minha vida, meu filho Heitor e um marido maravilhoso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por estar comigo em todos os momentos, me iluminando, me direcionando para o melhor caminho, conferindo-me proteção e força para enfrentar todas as adversidades que surgiram ao longo desse árduo e tão privilegiado percurso. Obrigada Senhor, por proporcionar-me a dádiva de poder ser escolhida e desfrutar esse momento tão desejado da vida e da minha profissão.

Ao meu orientador, Professor Dr. Elias Barbosa de Oliveira, pela oportunidade que me foi concedida, mesmo estando grávida, por não desistir de mim e por acreditar que a execução e finalização deste trabalho seria possível mesmo em meio a inúmeras dificuldades. Obrigado pela sua paciência, ensinamentos, compartilhamento de experiências, por sua atenção e compreensão ao longo desses dois anos. Eu não poderia ter sido abençoada com orientador e mentor melhor.

Aos professores e funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pelos ensinamentos, por servirem de motivação e pela inspiração.

À banca examinadora, Professora Dra. Luciana Fernandes Portela, Professora Dra. Maria Yvone Chaves Mauro, Professora Dra. Cristiane Helena Gallasch, Professora Dra. Joaquir Pereira Passos, por suas valiosas contribuições e pelo apoio e atenção que me foram dados. Ao Professor Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael, por sua grandiosa e ajuda tão cheia de afeto e disponibilidade na construção do banco de dados e análise estatística, o meu muito obrigado.

À minha colega de mestrado, Caroline do Nascimento Leite, pelo companheirismo, apoio e parceria em diversos e inusitados momentos ao longo dessa jornada. Obrigada por tudo.

Ao hospital universitário, campo onde realizei a pesquisa e desenvolvo minhas atividades profissionais como enfermeira e, em especial, às equipes de enfermagem (auxiliares, enfermeiros, técnicos de enfermagem) do Serviço de Internações Clínicas, que contribuíram sobremaneira para a construção desta dissertação ao se colocarem à disposição para a coleta de dados. A todos vocês, o meu muito obrigado pelo constante aprendizado profissional e pela ajuda e torcida para meu ingresso no mestrado.

RESUMO

BEIRAL, Fernanda Medeiros da Fonseca. **Fatores de risco psicossocial e estresse no trabalho de enfermagem em hospital universitário**: modelo desequilíbrio esforço - recompensa. 2018. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O presente estudo tem como tema “fatores de risco psicossocial e estresse em trabalhadores de enfermagem em unidade de internação clínica de um hospital universitário”. Em minhas observações empíricas no hospital que serviu de campo para o presente estudo, identifiquei que parte dos trabalhadores da instituição acumulava duplo vínculo empregatício, cumpria jornadas extensas e se sentia desgastada física e mentalmente, em função das exigências do próprio do trabalho, em termos de esforços físicos, cognitivos e psicomotores. Acrescenta-se a problemática da precarização de parte do serviço de enfermagem, cujo quadro de pessoal vinha sendo composto por trabalhadores com vínculos instáveis. A partir do exposto, os objetivos do estudo são: verificar os esforços e as recompensas a partir do modelo desequilíbrio esforço-recompensa em uma amostra de trabalhadores de enfermagem; discutir a associação entre o desequilíbrio esforço-recompensa e as características sociodemográficas e ocupacionais, em uma amostra de trabalhadores de enfermagem; analisar o estresse resultante da ausência de reciprocidade entre esforços e recompensas do trabalho hospitalar, em uma amostra de trabalhadores de enfermagem. Estudo transversal, quantitativo e descritivo, cujos campos foram as unidades de internação clínica de um hospital universitário público situado no município do Rio de Janeiro. O recrutamento dos participantes foi realizado mediante um levantamento, sendo eleitos para o estudo os trabalhadores que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) com vínculo estatutário e temporário, que exerciam suas atividades laborais a partir de 06 meses no serviço. Excluídos os trabalhadores com menos de 06 meses de atuação, em licença para tratamento de problemas de saúde, outros afastamentos e as chefias das unidades. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o Questionário Desequilíbrio Esforço Recompensa (ERI, Siegrist, 1996), validado para uso no Brasil por Chor et al (2008) e um questionário para a caracterização dos dados sociodemográficos, ocupacionais e de saúde da amostra. A coleta foi realizada na própria instituição, após a autorização do estudo pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Resultados: de uma população de 160 trabalhadores, a amostra foi constituída por 110 participantes, em sua maioria, do sexo feminino (87%), faixa etária acima de 45 anos (48%), nível médio (51%), casados (50%), estatutários (64%), temporários (36%) com renda familiar de 3 a 5 salários mínimos. Sobre os esforços e recompensas no trabalho, na aplicação da escala Desequilíbrio Esforço-Recompensa verificou-se que dos 110 trabalhadores, 88 (80%) “não foram expostos” (equilíbrio) e os demais 22 (20%) “expostos” (desequilíbrio), portanto, com risco de estresse psicossocial. Apenas a renda familiar e o tipo de vínculo trabalhista foram associados ao desequilíbrio esforço-recompensa ($p < 0,005$). Conclui-se a necessidade de novas investigações, tendo em vista a atual reestruturação produtiva ser fator de risco psicossocial para o estresse ocupacional. Há a necessidade de se realizar uma adequada avaliação dos riscos psicossociais no trabalho da enfermagem hospitalar, para poder corrigi-los ou preveni-los, com vistas à redução dos problemas decorrentes do estresse psicossocial.

Palavras-chave: Enfermagem. Riscos ocupacionais. Estresse. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

BEIRAL, Fernanda Medeiros da Fonseca. **Psychosocial risk factors and stress in nurses' work at a university hospital:** effort-reward imbalance model. 2018. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The present study has as its theme the “factors of psychosocial risk and stress in nursing workers in hospital clinical unit of a university hospital”. In my empirical observations in the hospital that served as a field for this study, I identified that part of the institution’s workers accumulated double employment bond, worked extensive shifts and felt worn out physically and mentally due to the requirements of the work itself in terms of physical, cognitive and psychomotor efforts. Added to the problem is the outsourcing of part of the nursing service, whose staff was being composed of workers with unstable employment bonds. From the above, the objectives of the study are: check the efforts and rewards from the effort-reward imbalance (ERI) model in a sample of nursing workers; discuss the relationship between ERI and the sociodemographic and occupational characteristics in a sample of nursing workers; analyze the stress resulting from the absence of reciprocity between effort and rewards of clinical work in a sample of hospital nursing workers. Cross-sectional, quantitative and descriptive study, whose fields were the clinical hospitalization units of a public university hospital situated in the city of Rio de Janeiro. Recruitment of participants was conducted through data survey, being elected as participants to the study the employees who met the following inclusion criteria: nursing workers (nurses, technicians and nursing assistants) with statutory or temporary employment bonds who exercised their activities as of 6 months in the service. Workers with less than 6 months in service, on leave for treatment of health problems, other medical leaves and sector managers were excluded. The instruments used for data collection were the Effort Reward Imbalance Questionnaire (SIEGRIST, 1996), validated for use in Brazil by Chor (2008), and a tool for the characterization of sociodemographic, health and occupational data of the sample. The data collection was performed at the institution itself, after the authorization of the study by the Board of Ethics in Research (BER) and signature of the Informed Consent Form (ICF). Results: from a population of 160 employees, the sample consisted of 110 participants, mostly female (87%), older than 45 years (48%), secondary education level (51%), married (50%) statutory employment bond (64%), civil employment bond (36%) and household income of 3 to 5 minimum wages. About the efforts and rewards at work, the application of the ERI scale verified that from the total sample, 88 (80%) workers were “not exposed” (balance) and the remaining 22 (20%) were “exposed” (unbalance), therefore with psychosocial stress risk. Only the family income and the type of labor bond have been associated with the ERI ($p < 0.005$). It is concluded that further investigations are needed in view of the current productive restructuring being a psychosocial risk factor for occupational stress. A proper evaluation of psychosocial risks in hospital nursing work must be carried out so they can be corrected or prevented with a view to reducing the problems of psychosocial stress.

Keywords: Nursing. Occupational risks. Stress. Worker’s health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo teórico Desequilíbrio Esforço-Recompensa	41
Tabela 1	Escala DER e associação com as variáveis sociodemográficas em uma amostra de trabalhadores de enfermagem	51
Tabela 2	Escala DER e associação com as variáveis ocupacionais em uma amostra de trabalhadores de enfermagem	54
Tabela 3	Autoavaliação do estado de saúde de uma amostra de trabalhadores de enfermagem do serviço de internações clínicas	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DER	Desequilíbrio Esforço-Recompensa
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MO	Modelo Operário Italiano
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNSST	Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
SESSAT	Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SO	Saúde Ocupacional
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
1.1	A saúde do trabalhador: contextualização histórica	18
1.2	Enfermagem e o trabalho hospitalar	26
1.3	Estresse e trabalho	29
1.3.1	<u>Teoria do Estresse</u>	29
1.3.2	<u>Estresse ocupacional e variáveis correlacionadas</u>	32
1.4	Riscos psicossociais no ambiente hospitalar e estresse	37
2	METODOLOGIA	43
2.1	Tipo de estudo	43
2.2	Campo de estudo	43
2.3	População e amostra	44
2.4	Aspectos éticos do estudo	46
2.5	Instrumento e procedimento de coleta de dados	46
2.6	Variáveis do estudo	48
2.7	Análise de dados	49
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
3.1	Características dos participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas e o DER	51
3.2	Característica dos participantes de acordo com as variáveis ocupacionais e o DER	54
3.3	Autoavaliação do estado de saúde e condições de saúde da amostra	62
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
	ANEXO A - Instrumento de caracterização dos participantes	83
	ANEXO B - Instrumento Desequilíbrio – Esforço – Recompensa (DER)	84
	ANEXO C - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - UERJ	87
	ANEXO D - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - UFRJ	91

INTRODUÇÃO

O interesse acerca do tema “fatores de risco psicossocial e estresse em trabalhadores de enfermagem, em unidades de internação clínica”, surgiu da minha vivência como enfermeira-chefe de um setor de internações clínicas de um hospital universitário, no qual identifiquei alguns fatores relacionados ao exercício profissional e à organização do trabalho, que repercutiam negativamente na saúde do trabalhador e no processo de trabalho.

Grande parte dos trabalhadores acumulava dois ou mais vínculos empregatícios, cumpriam jornadas extensas e sentiam-se desgastados física e mentalmente em função das exigências do próprio do trabalho, em termos de esforços psicomotores, afetivos e físicos. A convivência diária da equipe com trabalhadores com vínculos trabalhistas distintos em função da precarização do serviço, foi outro aspecto organizacional que afetava bastante os trabalhadores em função da desproteção social dos profissionais temporários, que recebiam tratamento diferenciado em relação ao salário, carga horária e estabilidade empregatícia.

Preocupava-me, também, o número expressivo de afastamentos do trabalho por licenças médicas, pois grande parte dos trabalhadores justificava suas ausências como consequência do estresse vivenciado e/ou acumulado no ambiente de trabalho. Em maio de 2016, na ocasião da 16ª Semana da Enfermagem a chefe do serviço de internações clínicas, juntamente com seus respectivos chefes de setores, reuniram-se para realizar um trabalho sobre o impacto do absenteísmo para a gestão do serviço de internações clínicas. Naquele momento, foi feito um levantamento sobre os afastamentos dos funcionários estatutários (Regime Jurídico Único), através dos dados disponibilizados pelo Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador (SESSAT). Identificou-se que dos 185 funcionários que faltaram ao serviço, 101 estiveram de licença por motivo de saúde, sendo os afastamentos superiores aos recursos disponíveis para a cobertura das ausências.

Entende-se que as faltas esporádicas e até mesmo o absenteísmo doença (licença médica para tratamento de saúde), por parte dos trabalhadores, podem manter nexos causais com a situação de trabalho vivenciada pelo grupo, diante da ausência de concurso público para suprir o déficit de pessoal. O déficit tem sido decorrente de aposentadorias, morte e invalidez; um problema que vem se arrastando há anos na instituição. A solução encontrada pela gestão para suprir a insuficiência de recursos humanos foi contratar trabalhadores temporários.

No entanto, estudos evidenciam que o trabalho precário acarreta implicações para o processo de trabalho na área hospitalar, em decorrência da rotatividade de pessoal e da fuga

de capital intelectual, interferindo sobremaneira na produtividade e na qualidade dos serviços prestados, havendo prejuízos para a saúde do trabalhador, devido ao medo do desemprego, sendo identificados os desgastes físico e psíquico. Acrescentam-se a esta situação os conflitos no relacionamento interpessoal em decorrência das diferenças de vínculos, salários e carga horária (VIEIRA et al., 2017).

Trabalho precário, de acordo com o Ministério da Saúde (MS) é aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas, que não garante proteção social e qualidade de vida ao trabalhador. No setor público, a condição de trabalho precário ou informal foi instituída nos anos 1990 com a Emenda Constitucional ou Emenda da Reforma Administrativa nº 19 de 04 de junho de 1998, que possui como finalidade alterar os dispositivos da Constituição Federal referentes à administração pública e às relações de trabalho do servidor público com o estado. A partir de então, foi permitida a adoção de múltiplas formas de vínculos pelas instituições públicas, que incluem o regime estatutário, o celetista, os vínculos terceirizados e temporários (BRASIL, 2006).

Os diferentes vínculos empregatícios, associados aos conflitos e aos sentimentos de insatisfação e desmotivação, comprometem não só o desempenho produtivo, mas também o equilíbrio físico e mental desses trabalhadores. Portanto, não somente os profissionais de enfermagem são afetados por este problema, mas trabalhadores de um modo geral, cabendo às instituições onde atuam adotarem medidas de cunho organizacional e/ou administrativo, que visem controlar os fatores estressores responsáveis pelo absenteísmo e adoecimento do trabalhador (FERNANDES, 2014).

As condições de trabalho envolvem modelos de produção e prestação de serviços com cadência acelerada, os quais determinam o aumento da produtividade por meio da combinação da intensificação do ritmo de trabalho, da carga de responsabilidade e da redução dos intervalos de descanso, o que levam à tendência progressiva de exposição a riscos ocupacionais diversos com efeitos crônicos para a saúde e envelhecimento precoce dos trabalhadores. Deve-se, também, atentar para o descontentamento de alguns profissionais, decorrente da lacuna existente entre o sistema laboral no qual estão inseridos e suas expectativas em relação ao trabalho e à qualidade de vida. Para o trabalhador que se encontra em condições inadequadas de trabalho, o que deveria ser fonte de realização e reconhecimento, torna-se espaço de sofrimento e angústia (DAL PAI; LAUTERT, 2008).

O trabalho da equipe de enfermagem por sua natureza e, principalmente dos profissionais que atuam no ambiente hospitalar, é complexo e envolve diferentes exigências físicas e mentais que influenciam o binômio saúde/doença. Esse conjunto de fatores, caso não sejam adotadas medidas de controle por parte da organização acarreta prejuízos ao

desempenho e saúde, devido à ansiedade, tensão e sofrimento, potencializando as cargas psíquicas (SILVA; FERREIRA, 2009).

Esta realidade de trabalho reflete o modelo neoliberal em que se verifica a globalização da economia e significativas alterações na natureza do trabalho e do emprego. Algumas das mudanças ocorridas nas últimas décadas, em função do avanço tecnológico, trouxeram contribuições inestimáveis para a saúde do trabalhador devido à detecção precoce de doenças relacionadas ao trabalho e tratamentos mais eficazes. No entanto, há efeitos ameaçadores sobre a saúde e o bem-estar dos trabalhadores decorrentes do modelo produtivo vigente e das exigências de polivalência, intensificação do trabalho, competitividade e individualismo (MEDEIROS, 2013).

A relação entre o estresse ocupacional e a saúde mental do trabalhador vem sendo tema de inúmeras pesquisas nos últimos anos, em nosso meio e em outros países, cujos dados evidenciam problemas como incapacitação temporária ou permanente no trabalho, absenteísmo, aposentadoria precoce e riscos à saúde decorrentes dessa relação. Nesse sentido, devem-se considerar algumas condições que favorecem o estresse ocupacional e dentre elas a sobrecarga, fatores inerentes ao posto de trabalho, características ergonômicas insatisfatórias, desenvolvimento de carreira profissional, falta de perspectivas de crescimento na empresa, relações de trabalho conflitantes, estrutura e atmosfera institucional inadequados (VASCONCELOS; GUIMARÃES, 2009).

Um dos referenciais teóricos utilizados para se compreender o estresse ocupacional é o Modelo Desequilíbrio Esforço e Recompensa (DER) no trabalho. O modelo postula que o estresse laboral é uma resposta a um desequilíbrio resultante de certas características do ambiente de trabalho, que exigem altos esforços (demandas no trabalho e motivação individual dos trabalhadores na situação de demanda) e baixa recompensa (recompensa monetária, autoestima e controle social). A falta de reciprocidade entre esforço e recompensa pode ao longo do tempo resultar em ativação fisiológica e consequentes respostas físicas e psicológicas de estresse. Assim, quando um alto grau de esforço não é correspondido com um alto grau de recompensa, surgem tensões emocionais e aumenta o risco de doenças (GUIMARÃES; SIEGRIST; MARTINS, 2004).

Dois componentes de esforço e recompensa são contemplados no modelo: um extrínseco e um intrínseco. O extrínseco tem como foco as condições do trabalho que exigem esforços (demandas e obrigações) e as recompensas (dinheiro, apoio, oportunidades de carreira e segurança). O componente intrínseco enfoca o estilo pessoal de ajustamento (excesso de comprometimento), que define um conjunto de atitudes, comportamentos e emoções que refletem esforço excessivo combinado com forte desejo de ser aprovado e

estimado. Recompensa é uma medida composta de recompensa monetária, autoestima e controle social. As medidas compostas do equilíbrio, esforço e recompensa baseiam-se em cálculos da média ou da diferença entre pontos de esforço e recompensa, respectivamente (SILVA; BARRETO, 2010).

Este modelo apresenta-se como um instrumento de verificação do estresse biopsicossocial, levando a um desafio a ser transposto pela sociedade moderna: o da promoção de condições de trabalho que diminuam o alto esforço e o desgaste do trabalhador, aumentando as recompensas (gratificações) e os níveis de segurança no controle do status ocupacional por meio de uma justiça distributiva e da reciprocidade nas trocas sociais (CHOR et al., 2008).

Um fator agravante do estresse nas instituições de saúde é a precariedade das condições de trabalho, principalmente no âmbito hospitalar, pelo fato de estas unidades nem sempre possuírem os recursos humanos e materiais necessários à realização do trabalho, ocasionando nos profissionais desmotivação, insatisfação, absenteísmo e afastamentos. Esses fatores, em seu conjunto, implicam em prejuízos para a saúde do trabalhador e a qualidade do serviço ofertado. A enfermagem é uma das equipes mais prejudicadas com a precarização em seu processo de trabalho, pois realiza um trabalho contínuo, físico e psiquicamente desgastante, devido à sobrecarga de trabalho paralelo as improvisações diante da insuficiência de insumos de toda ordem (GONÇALVES et al., 2016).

A partir do exposto foram elaborados os seguintes pressupostos:

- a) Com o processo de precarização do trabalho em hospital universitário os trabalhadores de enfermagem têm seus esforços acentuados;
- b) Diante dos esforços despendidos no trabalho, os trabalhadores não se sentem recompensados;
- c) Existe um desequilíbrio resultante dos esforços despendidos pelos trabalhadores de enfermagem e as recompensas, fator que contribui para o estresse ocupacional.

Os objetivos do estudo são:

- a) Verificar os esforços e as recompensas a partir do DER em uma amostra de trabalhadores de enfermagem;
- b) Discutir a associação entre o DER e as características sociodemográficas e ocupacionais em uma amostra de trabalhadores de enfermagem;

- c) Analisar o estresse resultante da ausência de reciprocidade entre esforços e recompensas do trabalho hospitalar em uma amostra de trabalhadores de enfermagem.

Os incidentes associados ao cuidado de saúde e, em particular, aos eventos adversos (incidentes com danos ao paciente) representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), demonstrando preocupação com a situação, criou a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) que tem como objetivos organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos (BRASIL, 2013).

No Brasil, um marco importante na atenção à saúde, cujo objetivo é contribuir com a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, foi a criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria 529/2013, do Ministério da Saúde. A partir de então, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), cuja missão é promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, vem assumindo um caráter estratégico em conjunto com o Ministério da Saúde para apoiar os estados na criação dos Núcleos de Segurança nos estabelecimentos de saúde pública, com o objetivo de estabelecer estratégias e ações para promoção do cuidado seguro, alinhando essa parceria com as estratégias de atuação dos estados. As ações do PNSP articulam-se com os objetivos da Aliança Mundial e contemplam as demais políticas de saúde para somar esforços aos cuidados em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Quanto à participação da enfermagem nos serviços de saúde, trata-se de uma categoria com cerca de 1,8 milhões de profissionais, responsáveis por mais de 60% da força de trabalho na área da saúde (BRASIL, 2013), constituindo-se, portanto, um grupo essencial para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde público e privado, conforme o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2011).

Portanto, faz-se necessária a realização de estudos que contribuam para a compreensão acerca dos fatores de risco psicossocial, estresse e adoecimento entre os trabalhadores, haja vista que, nos exames admissionais tradicionais, os trabalhadores são avaliados apenas em seu aspecto físico e aqueles relacionados à saúde mental, parecem secundários ou até mesmo desnecessários neste tipo de avaliação (SELLIGMANN-SILVA, 2011; BRASIL, 2009).

Neste sentido, ratifica-se a relevância de se avaliar a ocorrência de estresse ocupacional na enfermagem a partir de um instrumento que já foi testado em outros grupos de trabalhadores na área hospitalar, principalmente em função da natureza do trabalho, que é

conviver com a dor, o sofrimento e a morte de pacientes sob seus cuidados. Somam-se a essas questões os aspectos estruturais no que dizem respeito ao dimensionamento de pessoal e recursos materiais cuja inadequação acarreta desgaste e risco de adoecimento às equipes.

Outros fatores estressores ou de risco psicossocial encontram-se atrelados à falta de perspectiva quanto à carreira, horários de trabalho inconvenientes, com destaque para o regime de trabalho em turnos alternados (turnos de revezamento); limitação dos contatos interpessoais; insegurança no emprego e problemas de conciliação entre o trabalho e as atividades do lar, principalmente entre as mulheres. Além da análise desses fatores estressores, é indispensável estabelecer correlações com indicadores de ordem psicológica, fisiológica, comportamental e clínica, para caracterizar os riscos psicossociais do trabalho na mensuração de seus efeitos sobre a saúde (SELIGMANN-SILVA, 2011).

A cada ano, ocorrem 120 milhões de acidentes ocupacionais com 200 mil fatalidades e, devido a isso, deve-se atentar para os encargos sociais e financeiros decorrentes de faltas, absenteísmo e doenças decorrentes do estresse ocupacional. Condições precárias de saúde ocupacional (SO) e capacidade reduzida para o trabalho causam perda econômica de 10% a 20% do Produto Interno Bruto (PIB) de um país em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). A globalização, como parte de um processo de mudanças sociais, traz consigo novas reformas econômicas e sociais que exigem dos trabalhadores e das organizações, adaptações e reorientações quanto ao sistema de SO (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2011).

Acerca dos riscos de adoecimento entre os trabalhadores de enfermagem em decorrência de estressores presentes no ambiente hospitalar, tido como penoso, perigoso e insalubre, salienta-se que o perfil patológico da categoria e a relação de causa com o trabalho são ainda pouco conhecidos pelos gerentes institucionais e órgãos da esfera pública. Acrescenta-se que pouco se sabe a respeito de quanto os problemas de saúde decorrentes da sobrecarga de trabalho, do esforço exigido na realização das atividades e das condições de trabalho inadequadas acarretam encargos financeiros que são pagos pela previdência social (FELLI, 2012).

Em revisão integrativa da literatura que buscou identificar os estudos realizados com os trabalhadores de enfermagem, tendo como tema principal o estresse psicossocial e o modelo bidimensional Demanda-Controle, identificou-se 216 produções, sendo excluídos 167 por não terem sido realizados no Brasil, 17 por se tratar de revisão da literatura sobre o tema, 01 por abordar o processo de adaptação transcultural do instrumento, 10 por abordarem a avaliação do estresse entre outros profissionais e 05 por terem sido encontrados em mais de uma base de dados. Ao final, foram discutidos 16 estudos, sendo 12 artigos, 3 dissertações e

uma tese de doutorado. Os resultados apontaram que as dimensões Demanda e Controle e sua associação com problemas relacionados à saúde do trabalhador foram avaliados em 56,25% dos estudos, dos quais 37,5% estavam relacionados a saúde mental, evidenciando a necessidade de ampliação da produção científica nacional e estudos voltados para a intervenção que possibilitem a redução do estresse laboral, e consequentemente, melhoria do estado de saúde dos trabalhadores (SCHMIDT, 2013).

Diferente da revisão integrativa realizada pela autora supracitada sobre o modelo bidimensional Demanda Controle, no presente estudo optou-se por identificar a produção do conhecimento acerca do modelo DER com o intuito de subsidiar a discussão dos achados, através da busca de artigos, dissertações e teses. Na coleta de dados, utilizou-se as Bases de Dados da Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED).

Na seleção do material, optou-se pelo recorte temporal compreendido entre 2012 a 2017, cujos artigos (originais, de reflexão e atualidades) estivessem publicados na íntegra e nos idiomas português, inglês ou espanhol, sendo excluídos aqueles não estavam disponíveis na íntegra ou que exigiam pagamento de taxas. Na busca do material, utilizou-se as seguintes palavras-temas: “estresse psicossocial e enfermagem”, “estresse hospitalar e enfermagem”, “modelo desequilíbrio esforço recompensa” e “enfermagem”, “*Effort-reward imbalance model and nursing*” e “*Modelo Esfuerzo Desequilibrio Recompensa y Enfermería*”. Após a aplicação dos respectivos filtros e/ou critérios de seleção, foram selecionadas 14 publicações, incluídas 03 dissertações, 07 estudos originais ou de campo, 03 artigos que discutem a adaptação transcultural da escala DER e 01 artigo teórico.

Constatou-se que, apesar de haver expressiva produção de estudos originais sobre estresse psicossocial no ambiente de trabalho hospitalar com a participação de trabalhadores de enfermagem, há insuficiência de estudos que utilizem o modelo “DER” de Johannes Siegrist (1996). Esse modelo é reconhecido como o mais abrangente de avaliação do estresse psicossocial no trabalho, pois expandiu o conceito do controle proposto pelo modelo demanda-controle, de Karasek (1979), incluindo a segurança no trabalho e a mobilidade ascendente, no que diz respeito a perspectivas de promoção (GUIMARÃES; SIEGRIST; MARTINS, 2004).

Quanto aos resultados qualitativos da revisão integrativa, evidenciou-se que os profissionais de enfermagem estão mais propensos ao estresse ocupacional tendo sua qualidade de vida prejudicada devido a fatores como o duplo vínculo empregatício, as longas

jornadas de trabalho e o cuidado contínuo prestado a pacientes com variados graus de complexidade dentre outros. Acrescenta-se o fato de não descansarem suficientemente nos intervalos entre as jornadas de trabalho, tendo limitações para se dedicarem as demais atividades do dia a dia, ao autocuidado e lazer, sendo esses exemplos de fatores de risco psicossocial e favorecedores do estresse ocupacional.

Em relação à assistência à saúde do trabalhador, entendo que a promoção da saúde do trabalhador é possível mediante algumas ações por parte da própria organização em conjunto com os trabalhadores e, dentre elas: propiciar um ambiente de trabalho adequado e prazeroso; realizar ações de integração e promoção da saúde, com propostas inovadoras que estimulem a autoestima e o autocuidado; melhorias das condições de descanso e de alimentação e estabelecer parcerias com a psicologia hospitalar e o Serviço de Saúde Ocupacional. São atividades valiosas que podem ser desenvolvidas com vistas à saúde física e mental dos trabalhadores de enfermagem, podendo contribuir, assim, para a minimização do estresse psicossocial.

Estudos evidenciam que algumas empresas, no intuito de manterem a qualidade de vida no ambiente de trabalho e a competitividade, têm buscado valorizar o profissional, haja vista que o retorno advindo para a organização não é rentável somente no aspecto produtivo, mas, principalmente em relação a satisfação dos seus colaboradores. Como consequência, existe a possibilidade de redução dos índices de absenteísmo doença, faltas não justificadas, acidentes e outros tipos de afastamentos, com benefícios para os trabalhadores e a organização, em termos de satisfação, produtividade e qualidade do serviço ofertado (OGUISSO, 2010).

Nessa perspectiva, pesquisar a ocorrência do estresse psicossocial irá contribuir para a reflexão e a discussão sobre os aspectos que interferem positiva ou negativamente no planejamento de programas de manutenção e melhoria do índice de capacidade para o trabalho. Vislumbra-se, portanto, fomentar a discussão e a reflexão sobre a importância da promoção da saúde e prevenção de danos decorrentes de condições inadequadas de trabalho hospitalar e a consequente aposentadoria precoce, o que pode contribuir para a redução de custos sociais decorrente de doenças e afastamentos, bem como a implementação de programas com vistas à qualidade de vida no trabalho.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 A saúde do trabalhador: contextualização histórica

Em 1919, foi criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT) que já reconhecia em suas primeiras reuniões a relevância da promoção da saúde do trabalhador e a prevenção de riscos, tendo em vista existência de doenças e a sua associação com determinados tipos de ocupação. Por sua vez, com o surgimento do modelo capitalista transformaram-se as relações do homem com a natureza, com o trabalho, com a sociedade e entre os próprios homens. No início do século XX, diante das inúmeras mudanças políticas, econômicas e sociais impulsionadas pelo avanço do conhecimento, principalmente no que dizia respeito ao uso de tecnologias nas indústrias e suas repercussões para o processo de trabalho, surgiu a necessidade de medidas e adoção de parâmetros uniformes com vistas a regulamentação e a organização do processo de trabalho (TAMBELINI, 1993).

Com a introdução da organização científica do trabalho e a influência dos respectivos modelos centrados nas Teorias da Administração como o Taylorismo e o Fordismo, observou-se a expansão da produção, sendo o trabalhador visto apenas como mais uma peça do sistema de produção, cuja finalidade precípua, embora não exclusiva, passa a ser a produtividade e, por consequência, a conquista de mercado. As ciências, por sua vez, evoluíram, configurando novos campos do saber, principalmente a química pura e aplicada, a engenharia, as ciências sociais e a incorporação da dimensão da psicanálise. Desenvolviam-se os primeiros conceitos de Higiene Industrial, de Ergonomia e fortalecia-se a Engenharia de Segurança do Trabalho (MENDES, 1994).

Paralelamente, no campo da Saúde Pública, começaram a ser criadas Escolas como a John Hopkins e a de Pittsburgh, com ênfase na Medicina Preventiva. Tudo isto veio configurar um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador conhecido como SO, baseado na interdisciplinaridade e na multiprofissionalidade, que nasceu sob a égide da Saúde Pública, com uma visão bem mais ampla do processo saúde/doença quando comparada com a Medicina do Trabalho. Reitera-se que a Medicina do Trabalho não foi excluída enquanto vertente, mas ampliou o seu olhar, tendo contribuído com acervo de seus conhecimentos ao saber incorporado de outras disciplinas e de outras profissões. Evidenciou-se que:

A Saúde Ocupacional surgiu principalmente nas grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais e com enfoque na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países industrializados (MENDES, 1991, pag.19).

Deste modo, a SO passa a dar uma resposta racional e científica para problemas de saúde determinados pelos processos e ambientes de trabalho e, através da Toxicologia e dos parâmetros instituídos como limites de tolerância, tentava-se quantificar a resposta ou resistência do homem trabalhador aos fatores de risco ocupacionais. (MENDES, 1991). Entretanto, por força dos movimentos sociais da década de 1960, quando se discutia desde questões de ordem social e política, até o próprio significado intrínseco do trabalho, sentia-se a necessidade da maior participação dos trabalhadores e da sociedade como um todo na discussão das grandes questões atinentes à área (DIAS, 1994).

Neste sentido, deve-se considerar a influência do modelo operário italiano nas mudanças que estavam por vir, no que dizia respeito à SO. O modelo de acumulação capitalista italiano dos anos 1950 e 1960 tinha, como um de seus traços fundamentais, a produção destinada à exportação e, dentre outros elementos, o pagamento de salários baixos aos funcionários de fábricas. A competitividade internacional levou, então, à reestruturação produtiva e à intensificação do trabalho, a partir do final dos anos cinquenta, tendência que se aprofunda especialmente a partir da recessão de 1963-64. A generalização das características tayloristas-fordistas do processo de produção se expressa no incremento acelerado dos ritmos e cargas de trabalho, demissão de pessoal e desqualificação operária. Assim, o recrudescimento da exploração e a recomposição da classe operária põe no centro das lutas a "volta à fábrica" (LAUREL; NORIEGA, 1989).

Como relatam os autores supracitados, a partir da realidade fabril, gestam-se pensamentos de unidade de classe e democracia de base, como fundamentos de uma política operária ofensiva, de um lado, e de luta contra a organização capitalista do trabalho, por outro. É significativo que este processo se expresse, também, no campo teórico, com uma “volta a Marx”, com uma leitura centrada na análise do processo de trabalho, suas formas históricas específicas e suas implicações na condição operária, objetiva e subjetiva.

O período de 1960 a 1968 é, pois, o de gestação em todos os planos de preparação teórica e de ensaio de novas práticas. Neste período, o movimento sindical italiano propunha um projeto de transformação da sociedade, articulando a luta operária com mudanças conduzidas por outros movimentos sociais organizados, reivindicando o direito de pesquisar, de maneira autônoma, o ambiente de trabalho e de lançar proposições para sua transformação (BARROS; HECKERT; MARCHIORI, 2006).

Desse modo, abre-se uma vertente de reflexão, baseada no marxismo, sobre a patogenicidade da sociedade capitalista. Mendes e Dias (1991) lembram que, no campo das ideias sobre saúde, predominava, até os anos 70, a concepção positivista de que a Medicina teria ampla autonomia e estaria no mesmo nível de outros subsistemas - como o econômico, o político e o educacional. Entretanto, a partir do final dos anos 60, começam a aparecer críticas a essa concepção e a denúncia dos efeitos negativos da medicalização e do caráter ideológico e reprodutor das instituições médicas. Para Barca (2010), foi nos anos 60 que a abordagem dos sindicatos sobre a SO foi radicalmente revista após uma revolução em matéria de higiene industrial, que elaborava uma abordagem inovadora para a formação do conhecimento sobre condições de saúde no ambiente de trabalho.

Esta nova forma de conhecimento participativo baseava-se sobre uma radical revisão do papel dos “especialistas” de higiene industrial: de cientistas supostamente imparciais, mas, de fato, a serviço da empresa para “intelectuais orgânicos” a serviço da classe trabalhadora. Isso levou à formulação de novos instrumentos de conhecimento administrados por trabalhadores e sindicatos, como questionários para coleta de dados e registros de dados sobre o estado de saúde dos trabalhadores (BARCA, 2010).

Diante de uma construção advinda da fecunda história de fatos políticos ocorridos na luta por saúde nos ambientes de trabalho, se sobressai, em um dado cenário político, uma experiência exemplar empreendida por pesquisadores, representando uma mudança qualitativa no modo de pensar e agir a respeito da saúde no trabalho, que ficou conhecida, no Brasil, na obra de Oddone e colaboradores como “Modelo Operário Italiano” (MO) (ODDONE et al., 1986).

O MO pode ser interpretado como um plano de conhecimento e de ação política de luta pela saúde, concebido sob o interesse da classe trabalhadora. Seu escopo teórico-metodológico, princípios e pressupostos representam um modo de produção compartilhada de conhecimentos sobre a relação saúde e trabalho, sendo construído pela comunidade de trabalhadores em cooperação com pesquisadores a partir da década de 1960. Ademais, ele é importante referência e fonte de inspiração na vertente Saúde do Trabalhador até os dias atuais (ODDONE et al., 1986).

Muniz et al. (2013) analisam o legado do MO no Brasil, fazendo referência a conceitos partilhados no campo da saúde coletiva e da saúde do trabalhador, como o de “comunidade científica ampliada”, “validação consensual” e o da técnica de “instrução ao sócia”, enquanto ferramentas teóricas para a reapropriação pelos trabalhadores de suas estratégias de ação no trabalho. É preciso destacar a importância epistemológica do MO, pois este dispositivo de lutas a favor da saúde no trabalho tem como uma de suas propostas fundamentais ser um

modelo operário de produção de conhecimento (BRITO et al., 2006). Para Laurel e Noriega (1989), no plano epistemológico, o MO postulou a necessidade de o processo científico ser parte do projeto de classe.

De acordo com Vasconcellos e Lacomblez (2005), a experiência do MO pode ser interpretada como uma nova capacidade de “ver” o comportamento dos trabalhadores face à defesa da saúde. Trabalhadores não pediam nem exames e nem medicamentos, mas, sim, a utilização do saber médico e de outros campos de conhecimento, com o objetivo de modificar as condições de trabalho, de prevenir as doenças ligadas ao ambiente, de adaptar o meio de trabalho ao homem no trabalho.

Em 1968, ocorreram gigantescas mobilizações e, especialmente, as do “outono quente” de 1969, protagonizadas por milhões de trabalhadores. Uma das características dignas de nota dessas lutas que se generalizaram, diz respeito às formas de democracia operária direta, através de assembleias, da eleição de delegados e conselhos de fábrica surgidos da ação unitária entre sindicalizados e as distintas organizações de trabalhadores não sindicalizados. Mudanças na legislação de saúde e segurança dos trabalhadores continuaram acontecendo em vários países, contribuindo para que germinasse no Brasil um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador, tendo como referência a Reforma Sanitária e as lutas democratizantes travadas por, praticamente, todos os países da América do Sul e Central. É nesse contexto que a Saúde do Trabalhador se configurou e se estruturou, influenciando profundas mudanças no ambiente e nos processos de trabalho iniciadas na década de 1970, marcado pela transnacionalização da economia, onde indústrias de agrotóxicos, a de amianto e chumbo se transferiram para o Terceiro Mundo e que, comprovadamente, ocasionavam danos para a saúde e ao meio ambiente (LAUREL, 1985).

Na Europa, onde fervilhavam movimentos renovadores, rompeu na Itália da década de 1970, um movimento de trabalhadores exigindo maior participação nas questões de saúde e de segurança, o que resultou em mudanças na legislação, tais como: a participação das entidades sindicais na fiscalização dos ambientes de trabalho, o direito à informação (riscos, comprometimento ambiental, mudanças tecnológicas) e, finalmente, melhoramento significativo nas condições e relações de trabalho (DIAS, 1994). Neste mesmo período, foram realizadas reformas importantes na saúde, como, por exemplo, a introdução na estrutura organizacional pública, da “unidade local dos serviços sociais e de saúde”, que foram marcos iniciais da política de regionalização da Itália e da ulterior reforma sanitária nacional (PUTNAM, 2002).

De acordo com Putnam (2002), nesta época, estava ocorrendo uma verdadeira “febre de descentralização”, com o crescimento da ideia de “território” para a organização do

sistema de saúde italiano e, nele, frutifica-se a concepção de distrito sanitário. Todo o arcabouço metodológico que foi desenvolvido perpassou por três pilares: autonomia local, descentralização e participação do cidadão. Em 1978, eclodiu uma ampla mobilização social por uma reforma sanitária, com a participação de milhares de pessoas da sociedade civil, principalmente trabalhadores, como resultado de um processo de lutas ideológicas e políticas (BERLINGUER; TEIXEIRA; CAMPOS, 1988).

A Reforma Sanitária Italiana foi regulamentada por meio da Lei 833/78 e estava comprometida com uma moderna consciência sanitária baseada em um ideário democrático social, com uma proposta de universalizar o acesso e descentralizar a atenção à saúde, representando, assim, um avanço para os setores mais frágeis da sociedade italiana (BERLINGUER; TEIXEIRA; CAMPOS, 1988). O lema era “direito, saúde e garantia de assistência a todos” e os princípios doutrinários eram: a globalidade, a igualdade, a universalidade e a unicidade (LIMA, 2009).

Para Lacaz (1997), o final dos anos 1970 foi um período vivido intensamente pelo movimento social no nível mundial, com importantes exemplos de solidariedade de classe, de crítica ao poder legitimado na ciência e com desdobramentos nas mais variadas áreas, inclusive na luta pela saúde no trabalho.

As reivindicações a respeito da saúde têm estado presentes nas lutas dos trabalhadores desde o século XIX. A insalubridade do trabalho e seus efeitos devastadores sobre a vida dos trabalhadores eram notícias desde o início da industrialização. No entanto, é preciso considerar que essas demandas por saúde, formuladas pelo movimento operário, têm sido variáveis. No princípio, as reivindicações sanitárias de maior destaque foram as com relação à redução da jornada de trabalho e à regulação do trabalho infantil e feminino. Essas questões destinavam-se a diminuir a exploração da força de trabalho (BARCA, 2010).

Deste modo, os trabalhadores sabem o que querem e têm uma grande disposição para o combate. No entanto, eles necessitam de instrumentos organizativos e conceituais, para alcançar as transformações necessárias à saúde no trabalho (RIBEIRO, 2012).

Para Lacaz (2007), o MO serve, com seus fundamentos e princípios, à desnaturalização do adoecimento, em decorrência das más condições de trabalho, posicionando-se a favor dos trabalhadores. Com isto, reafirma-se a ideia de que, com todo esse movimento, originou-se um espírito questionador e de resistência partilhada, marca epistemológica que está na origem do campo da saúde do trabalhador.

No início da década de 1980, surge um marco na relação homem-trabalho: a informatização dos processos, o que revolucionou as concepções de física, tempo e organização do trabalho e, até mesmo, o seu conceito. O trabalho deixa de ser apenas uma

atividade manual e “braçal” e passa a ser abordado como uma atividade complexa e intelectualizada, que exige a percepção e compreensão das informações disponibilizadas pelo sistema e, conseqüentemente, uma ação direcionada. Como ocorrido em outras fases do desenvolvimento produtivo e econômico, a interação homem-trabalho, nessa fase denominada “homem-computador”, desencadeia uma série de conseqüências na saúde do trabalhador, destacando-se os problemas de visão, lesão por esforço repetitivo (LER), distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT) e a fadiga física e mental. Mais uma vez, ocorre o aprimoramento das normatizações trabalhistas, a fim de proteger a saúde e o bem-estar dos trabalhadores (MELLO, 2013).

No Brasil, até 1988, a saúde era considerada um benefício previdenciário (restrito aos contribuintes) ou um serviço comprado na forma de assistência médica ou, ainda, uma ação prestada por hospitais filantrópicos, como as Santas Casas de Misericórdia, e oferecida aos que não tinham acesso à previdência e aos recursos para pagar a assistência privada. Deste modo, a atenção à saúde era, rigorosamente, um serviço oferecido e regulado pelo mercado ou pela Previdência Social, por meio de uma política de estado compensatória, voltada aos trabalhadores contribuintes formalmente inseridos no mercado de trabalho. As ações de caráter mais coletivo ou as “ações de saúde pública” eram executadas pelo Ministério da Saúde (MS) e completamente dissociadas da atenção individual. Essas ações resumiam-se às campanhas e programas predominantemente preventivos, como as campanhas de vacinação e os programas verticais sobre doenças endêmicas (BRASIL, 2004).

A reforma sanitária brasileira, influenciada pelo movimento sindical italiano, foi proposta durante um processo de intensas mudanças, com o intuito de ser mais do que uma reforma setorial, pois se almejava servir à democracia e à consolidação da cidadania no Brasil. Durante a década de 1980, a maioria dos cidadãos não possuía o direito à saúde gratuita e a assistência era restrita aos trabalhadores que contribuía para o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (BRASIL, 2004). O ideário da reforma sanitária brasileira foi construído com poucos atores sociais, que se concentravam em institutos de ensino e em alguns postos de comando do MS (NITÃO, 2009).

Com a nova Constituição Federal, promulgada em 03 de outubro de 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), cuja formatação final e regulamentação ocorreram mais tarde, através das leis n.º 8.080 e 8.142, ambas de 1990. De acordo com a Lei Orgânica, em seu art.6, §3.º, ficam dispostas as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outra providência, entendida por saúde do trabalhador:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, pag. 01).

A Lei Federal nº 8080/90, que trata da organização do SUS, em seu Art. 2º, reconhece a saúde como direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assim como a Lei Federal 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, ambas formando a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

O Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela Constituição Federal de 1988, no seu Art. 200, possui como uma de suas atribuições a de executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador, ficando a assistência sob a responsabilidade do MS (BRASIL, 1988). O SUS passou, assim, a se responsabilizar pelo atendimento do trabalhador vítima de acidente do trabalho ou de doenças relacionadas ao exercício do trabalho, bem como pelo atendimento de patologias comuns ou outros acidentes que também acometem os trabalhadores. Acrescenta-se a vigilância à saúde do trabalhador, que pode ser entendida como um conjunto de ações que englobam aspectos da vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental (RIBEIRO, 2012).

Com a constituição de 1988, a assistência à saúde, inclusive a do trabalhador, passou a ser responsabilidade do MS. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado, em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O novo sistema transferiu parte das funções, até então exercidas pelo INPS, para duas novas instituições da seguinte forma: ao INAMPS, foi atribuída a assistência médica aos segurados e ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), a gestão financeira, permanecendo com o INPS apenas a competência para a concessão de benefícios (BRASIL, 1988).

O INAMPS, no entanto, foi extinto em 1993, pela Lei nº 8.689. Suas competências foram transferidas às instâncias federal, estadual e municipal, gestoras do SUS, criado pela Constituição de 1988, que consagrou o direito universal à saúde e a unificação/descentralização da responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde para os estados e municípios, sendo suas unidades e serviços absorvidos pelo SUS nas três esferas de governos. As funções da previdência social (aposentadorias e pensões e o seguro referente aos

acidentes do trabalho) passaram a ser de responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (RIBEIRO, 2012).

Por mais de 50 anos, no Brasil, intervir no espaço do trabalho era papel do então Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com ações limitadas às normas da Higiene e Segurança do Trabalho e com sanções exclusivamente vinculadas a essas leis e normas. Somente a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS (BRASIL, 1988), regulamentado pela LOS, lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), é que o setor de Saúde passou a coordenar as ações de Saúde do Trabalhador com intervenções nos espaços de trabalho.

O aparelho de estado brasileiro voltado para a atenção à saúde do trabalhador era estruturado, basicamente, em quatro ministérios (Saúde, Trabalho e Emprego, Previdência Social e Educação); duas fundações (Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Medicina e Segurança do Trabalho (FUNDACENTRO), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e em Centros de Atenção à Saúde do Trabalhador (CEREST) inseridos nas secretarias estaduais e municipais de saúde, que compõem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). No entanto, há pouca ou nenhuma articulação entre essas estruturas, sendo suas atribuições, por vezes, superpostas como em relação aos dados referentes à Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), à reabilitação, à formação e à fiscalização (BRASIL, 2012).

A VISAT deve estabelecer uma intervenção e negociação de controle e mudanças no processo de trabalho, em sua base tecnológica ou de organização do trabalho, o que, virtualmente, poderá eliminar o risco de acidentes e adoecimento relacionados ao trabalho (MACHADO, 2011). Portanto, a VISAT é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas nos vários espaços de trabalho e com a participação dos trabalhadores (BRASIL, 2009).

Como componente da vigilância em saúde e almejando a integralidade do cuidado, a VISAT deve inserir-se no processo de construção da RENAST coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Sob essa perspectiva, a VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, contudo, a vigilância compreende uma atuação contínua e sistemática ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos

à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998; 2009).

Considerando o alinhamento entre a Política de Saúde do Trabalhador e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída por meio do Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, o Ministério da Saúde, no ano de 2012, através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Em seu artigo 2º, estabelece como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

A participação da comunidade é um princípio do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988 e na LOS, tendo relevância e especificidades na PNSTT. Partindo deste princípio, a participação dos trabalhadores é essencial nos processos de identificação das situações de risco presentes nos ambientes de trabalho e das repercussões sobre a sua saúde, bem como na formulação, planejamento, acompanhamento e avaliação das intervenções sobre as condições geradoras dos agravos relacionados ao trabalho (BRASIL, 2012).

1.2 Enfermagem e o trabalho hospitalar

A enfermagem é uma das profissões da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individual, coletivo ou familiar, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde em vários contextos de trabalho. No que se refere à área clínica, trata-se de uma especialidade que reúne pacientes de média e alta complexidade, como os comatosos, idosos com múltiplas comorbidades, oncológicos, cardiopatas, renais crônicos, imunossuprimidos, dentre outros. Destaca-se, neste campo, a grande responsabilidade do trabalhador de enfermagem diante das inúmeras atividades de cunho assistencial e gerencial. Portanto, devem-se considerar as demandas decorrentes do nível de dependência dos pacientes e as intercorrências, cujo atendimento contínuo pode gerar desgastes físico e emocional aos trabalhadores, principalmente diante do dimensionamento inadequado de pessoal (SILVA, 2012).

Dentre os ambientes de trabalho, onde a enfermagem atua, o hospital é um dos locais onde os profissionais passam boa parte de suas vidas produtivas, estando sujeitos ao adoecimento devido ao estresse ocupacional decorrente dos riscos psicossociais e dentre eles as jornadas extensas de trabalho, as exigências em termos de rapidez na realização de inúmeras atividades de cunho técnico e assistencial. Portanto, cabe à organização, juntamente com os trabalhadores, identificar, monitorar e intervir no ambiente físico e social do trabalho, no sentido de prevenir agravos e promover a saúde do grupo (OLIVEIRA, 2010).

As condições de trabalho e saúde da equipe de enfermagem têm apresentado, na maioria dos hospitais, características que contradizem as regras básicas de ambientes de trabalho seguros e saudáveis. Pelo fato de os profissionais prestarem assistência ininterrupta a pacientes com inúmeros problemas de saúde com riscos para o paciente e a própria equipe, as instituições devem promover condições laborais adequadas, sob o ponto de vista das instalações, recursos humanos e materiais. No entanto, a literatura aponta que essas organizações se mostram exigentes, competitivas e burocratizadas e, em sua maioria, voltadas para a obtenção de dividendos em detrimento da saúde dos profissionais (SILVA, 2006).

Segundo Campos (2005), o trabalho de enfermagem, principalmente na área hospitalar, caracteriza-se por jornadas exaustivas, sobrecarga de atividades e péssimas condições de trabalho, tendo como consequência o estresse ocupacional. Para agravar toda essa problemática, alerta-se que os trabalhadores ao se submeterem ao trabalho precário, cujos contratos se caracterizam pela desproteção social ou ausência de direitos trabalhistas, além de se exporem a altos níveis de estresse, sofrem os riscos de acidentes e doenças ocupacionais (MAURO; VIEGA, 2008).

Por outro lado, é crescente a preocupação dos estudiosos com a saúde do trabalhador que, aos poucos, foi conquistando o interesse dos profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros. Paralelo a esse interesse, vêm surgindo nos trabalhadores o sentimento e a necessidade de reivindicarem melhores condições de trabalho que minimizem a insatisfação e o risco de adoecimento, principalmente ao se considerar as cargas físicas e psíquicas de trabalho hospitalar e o risco de acidentes biológicos, característicos deste ambiente (FACIN, 2008).

A atuação do profissional enfermeiro do trabalho em parceria com o Serviço de Saúde do Trabalhador (SST) é de extrema importância para toda a equipe de enfermagem, pois este profissional trabalha na perspectiva da promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Sua função é, juntamente com os demais componentes do SST analisar as condições de higiene da empresa, padronizar normas e procedimentos de enfermagem e monitorar o processo de

trabalho, além de responder pela implementação de projetos e ações que visem à promoção da saúde (PAULINO et al., 2017).

O planejamento de ações, com o objetivo de promover a qualidade de vida e a saúde no trabalho é essencial para a promoção de um ambiente de trabalho confortável e seguro, tanto para o profissional envolvido na prestação da assistência, quanto para o paciente que se encontra hospitalizado. No entanto, para que isto ocorra, deve haver uma política de dimensionamento adequada de pessoal e que possibilite a implementação da gestão de pessoal voltada para a segurança no trabalho e minimização de riscos a saúde de todos os componentes da equipe de saúde (ZANELLI, 2010).

Diante da necessidade de melhores condições de trabalho, em 2001, o MS criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que propõe alterações do padrão de atendimento aos usuários e demais atividades de cunho técnico e terapêutico. Possui como meta uma mudança cultural no atendimento ao usuário, um atendimento humanizado nos diversos níveis de atenção à saúde, respeitando o usuário e o profissional em suas singularidades e necessidades. Nesse aspecto, o trabalhador deve ser valorizado e capacitado e usufruir de condições de promoção do cuidado, para que as ações desenvolvidas possam ter qualidade e eficácia (BRASIL, 2001; FORTES, 2004).

Em 2004, o MS propôs a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS (Humaniza-SUS), envolvendo todas as instituições de saúde no país (BRASIL, 2004). Essa política busca produzir novas perspectivas como: novas possibilidades de ser e de se trabalhar; proposição de mudança no modelo biomédico que fragmenta, hierarquiza e se concentra na doença e não no paciente; instituir formas de trabalho que não se submetam à lógica dos modelos de funcionamento já estabelecidos, com espaço coletivo de produção de saberes, negociações e gestão compartilhada (SANTOS FILHO; BARROS GOMES, 2009).

As políticas do Humaniza-SUS envolvem o acolhimento, a clínica ampliada, a cogestão, produção de redes e valorização do trabalho e do trabalhador de saúde (BRASIL, 2009), além de posicionar o usuário no centro das diretrizes e ações previstas, incorporando, de forma mais intensa a atenção à saúde do trabalhador e a reestruturação organizacional das instituições com vistas ao resgate dos princípios do SUS, como: integralidade, universalidade, hierarquização e regionalização dos serviços (FORTES, 2004; BRASIL, 2010).

Há uma transversalização da gestão dos serviços que atuam em diversas ações, com o propósito de humanização. Deve haver uma valorização dos sujeitos, sejam: usuários; trabalhadores ou gestores, implementando a corresponsabilidade na produção de saúde; participação coletiva na gestão; atendimento igualitário à população; valorização das relações de trabalho e acolhimento, agilidade e ambiência, para a melhoria do atendimento e das

condições de trabalho. Ainda ratifica algumas propostas do PNHAH, visando incentivar a jornada integral do SUS, educação permanente, promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2008; 2010).

Além destes aspectos, deve-se considerar a importância da segurança e vigilância do ambiente de trabalho, mediante a participação e luta de trabalhadores e gestores e respeito à aplicação e obediência às Normas Regulamentadoras (NR), estabelecidas em lei pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Tais normas determinam a adoção de medidas de segurança e de medicina do trabalho e devem ser cumpridas, nacionalmente, por todas as instituições, cujos empregados sejam regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), servindo também como parâmetro ou referência para todos os ambientes de trabalho no setor saúde. Recentemente, foi publicada pelo MTE a NR 32, voltada exclusivamente, para a segurança e a saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde, sendo a primeira NR no mundo específica para a área de saúde (BRASIL, 2005).

1.3 **Estresse e trabalho**

1.3.1 Teoria do Estresse

Em 1930, Hans Selye, médico húngaro, foi o primeiro cientista a identificar o estresse como um problema de saúde e seus efeitos sobre o indivíduo. Conhecido como o “pai do estresse”, desenvolveu sua teoria depois de identificar que os indivíduos diante de um determinado agente estressor apresentavam uma série de alterações endócrinas e fisiológicas muito parecidas, não importando quais estímulos ou estressores aos quais eram submetidos. Na realidade, tratava-se de uma série de manifestações ou resposta físicas às emoções negativas que experimentavam, devido à exposição ao agente estressor, tendo como consequência as “doenças de adaptação” e dentre elas úlceras gástricas, hipertensão e infarto (ARANTES; VIEIRA, 2002).

Desde as descobertas de Selye, a sua teoria foi incorporada a vários campos do saber, sobretudo nas ciências que se preocupam com a qualidade de vida em geral, a saúde ambiental e ocupacional, que vêm produzindo estudos, textos e trabalhos, utilizando-se do conceito de estresse. A partir da década de 1980, o estresse passou a ser analisado sob a perspectiva da interação psicológica, onde um evento é estressante na medida em que o indivíduo o percebe e o valora como tal, sendo definido como um conceito relacional mediado cognitivamente e

que reflete a relação entre a pessoa e o ambiente físico e/ou social, visto por ela como difícil ou que excede seus recursos, colocando em risco seu bem-estar (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Selye cunhou o termo “Síndrome de Adaptação Geral” (SGA) para descrever os efeitos físicos que surgem a partir do estresse. Quando a pessoa não consegue se adaptar ou lidar com o estresse ou uma situação negativa, doenças de adaptação poderão ocorrer. Ele sistematizou o conceito com maior precisão, em torno da ideia de manifestações variadas, mas sem causas claramente definidas. O estresse é amplamente compreendido como uma necessidade de adaptação ou ajustamento do organismo frente às pressões que o ambiente impõe (LIPP, 2013).

O modelo conceitual do estresse segundo Botega (2011, pag. 144) apoia-se em uma concepção interacional que compreende o binômio estresse-adaptação. O termo foi introduzido na saúde para nomear o conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço adaptativo. Uma definição operativa do estresse pode ser assim formulada: “estresse é a resposta adaptativa do organismo (corpo e mente) às pressões internas como, por exemplo, desejos, ambições, expectativas, conflitos e externas que podem estar vinculadas as pressões do exercício profissional e às condições de trabalho”.

Embora as respostas adaptativas ao estresse sejam inerentes à vida, na atualidade, os estímulos estressantes do mundo do trabalho vem adquirindo um papel extremamente importante, sendo que na avaliação dos estressores e dos fatores estressantes, participam as variáveis individuais como características da personalidade, estilo de vida, experiências anteriores dentre outras (BOTEGA, 2012).

Em longo prazo o estresse relacionado ao trabalho pode originar lesões musculoesqueléticas e outras formas de doenças como a hipertensão, úlceras digestivas, doenças cardiovasculares, depressão, risco de suicídio e também contribuir para a incapacidade devido as exigências do trabalho. Deve-se considerar que algumas causas externas ao trabalho também influenciam o desempenho profissional e as relações de trabalho como a violência, o abuso de drogas, de álcool e uma tensão ao nível das relações familiares e pessoais. Todos esses problemas devem ser considerados como um custo do ponto de vista do sofrimento humano e do encargo financeiro que este representa para o indivíduo e sociedade, pois o estresse está na origem de 50 a 60% do total de dias de trabalho perdidos (OIT, 2012).

As manifestações do estresse também podem contribuir para a etiologia de várias doenças físicas graves e afetar profundamente a qualidade de vida individual e de populações específicas. Dentre as doenças psicofisiológicas estudadas que têm o estresse presente em sua ontogênese, seja como um fator contribuinte, seja como desencadeador, encontram-se: hiper-

tensão arterial essencial, úlceras gastroduodenais, câncer, psoríase, vitiligo, retração de gengivas, dentre outras. Embora Selye tenha identificado somente três fases do estresse (alerta, resistência e exaustão), uma quarta fase foi identificada por Lipp tanto clínica, quanto estatisticamente, em seus estudos no decorrer da padronização do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos (ISEA), em seu modelo quadrifásico. A nova fase foi cunhada como de “quase exaustão”, que se caracteriza por um enfraquecimento de um organismo que não consegue se adaptar ou resistir ao estressor; momento em que as doenças começam a surgir, porém, ainda não tão graves como na “fase da exaustão”. Embora apresentando desgaste e outros sintomas, a pessoa ainda consegue trabalhar e realizar as atividades do dia a dia com certas limitações, ao contrário do que ocorre na exaustão, quando o organismo para de funcionar adequadamente e a pessoa não consegue, na maioria das vezes, trabalhar ou se concentrar (LIPP, 2011).

Dentre os estressores que levam à ruptura do equilíbrio e à doença, existem aqueles relacionados às exigências das atividades. Esses compreendem os vários aspectos que determinam a sobrecarga quantitativa e qualitativa do trabalho, bem como a subcarga qualitativa em que se observa a repetitividade e fragmentação da tarefa. Deve-se considerar, também, a subcarga quantitativa em que há escassas tarefas a desempenhar, como, por exemplo, o trabalho dos vigias. No aspecto organizacional, a subcarga também pode ser evidenciada diante da falta de possibilidade de o indivíduo tomar decisões em decorrência de gestões burocráticas e autoritárias, na ambiguidade e no que diz respeito ao conflito de papéis (SELLIGMANN- SILVA, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o estresse ocupacional é a reação do indivíduo frente a pressões ou exigências do trabalho cujos mecanismos de enfrentamento e ou capacidade de adaptação não são eficazes. Trata-se de um dos grandes problemas psicossociais que afeta a qualidade de vida dos profissionais, acarretando encargos sociais e econômicos às instituições e ao indivíduo e a sociedade, devido ao adoecimento do trabalhador, ao absenteísmo e às licenças para tratamento de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004)

Quanto ao estresse no ambiente hospitalar, os trabalhadores de enfermagem estão expostos a cargas de trabalho devido às exigências da organização do trabalho e a pressão por produtividade, sendo os esforços acentuados em função do ritmo acelerado e repetitivo do trabalho e das longas jornadas. Acrescenta-se, que os profissionais, rotineiramente, realizam inúmeras atividades que requerem esforços físicos, pois trabalham a maior parte do tempo em pé ou deambulando; fatores que, em seu conjunto, contribuem para doenças ocupacionais por esforços repetitivos (OLIVEIRA et al., 2013).

1.3.2 Estresse ocupacional e variáveis relacionadas

O estresse ocupacional tem afetado cada vez mais a saúde do trabalhador e a economia de países desenvolvidos e em desenvolvimento. Inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas, buscando compreender o seu impacto nas organizações e no adoecimento do trabalhador.

Entende-se que o estresse ocupacional é aquele oriundo do ambiente de trabalho, ou um conjunto de fenômenos que se apresenta no organismo do trabalhador e que, por este motivo, pode afetar sua saúde. Os principais fatores geradores do estresse ocupacional envolvem os aspectos organizacionais, administração e sistema de trabalho e qualidade das relações humanas. Porém, a quantidade de estresse que cada pessoa experimenta pode ser modulada por fatores como sua experiência no trabalho, o nível de habilidade, o padrão de personalidade e a autoestima (SCHMIDT, 2013).

Para a OMS os estressores ocupacionais estão associados às constantes mudanças sociais, como, por exemplo, a globalização, o aumento da economia informal e as mudanças que ocorrem no ambiente de trabalho como a gestão de pessoal e as tecnológicas. Dentre os principais problemas, incluem o desemprego, as condições de trabalho precárias devido às novas relações industriais e à crescente ausência de prioridade de aspectos sociais em várias partes do mundo. Ao citar o aumento da economia informal nos países em desenvolvimento, ressalta a importância da realização de pesquisas detalhadas, com o objetivo de analisar as diferenças culturais e comportamentais que variam de país para país e que podem influenciar nas respostas ao estresse (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

No que diz respeito aos fatores que contribuem para o estresse ocupacional, deve-se atentar para os riscos psicossociais que, apesar da comprovada relevância na gênese do estresse, não têm sido o foco das iniciativas organizacionais. Normalmente, são considerados somente aspectos preventivos em saúde e segurança, como a exposição a agentes químicos, físicos e biológicos, sendo tais riscos negligenciados e insuficientemente compreendidos, por pertencerem ao contexto dos países em desenvolvimento (COX; RIAL-GONZALES, 2002).

Os fatores estressores no ambiente ocupacional ou riscos psicossociais são identificáveis e podem ser controlados, tanto quanto outros fatores de risco à saúde e a integridade física do trabalhador. Dentre esses fatores, deve-se atentar para aspectos relacionados ao ambiente social de trabalho que podem prejudicar a saúde do trabalhador, e dentre eles: ausência ou redução de autonomia, ambiente físico precário, sobrecarga de trabalho ou exigências aquém das qualificações, tarefas repetitivas ou sem sentido, papéis indefinidos ou ambíguos, conflitos interpessoais, desajustes entre o trabalhador e a

administração, trabalhos constantemente transferidos para o ambiente do lar, insatisfações, inseguranças e falta de perspectivas de carreira (ZANELLI, 2010).

Um fator central para a compreensão do estresse é o estudo das variáveis de natureza situacional e pessoal, que podem influenciar o nível de estresse e a saúde do indivíduo. No âmbito das variáveis situacionais, a ausência de suporte social dentro e/ou fora da empresa e/ou organização, tem sido constantemente associada a altos níveis de estresse e risco de adoecimento. Estudos apontam que a existência de redes de apoio social que oferecem suporte afetivo e material ao indivíduo em momentos críticos, melhora a avaliação do empregado sobre sua saúde e os efeitos negativos do estresse (BROWNER, 1987; IWATA SUZUKI, 2007).

Segundo Tamayo, Lima e Silva (2002), o impacto do suporte social sobre o estresse ocupacional pode ser benéfico ou prejudicial, dependendo da qualidade dessa dimensão na vida cotidiana da organização. Quando o suporte social está bem desenvolvido na organização, ele tem um efeito protetor que se manifesta em baixos níveis de estresse, sendo o estresse minimizado ou não, em função do maior ou menor nível de suporte social no ambiente organizacional.

Os efeitos do estresse sobre a saúde física e psicológica dos enfermeiros em unidades hospitalares mostram que, devido à natureza estressante do trabalho, esses profissionais correm o risco de esgotamento, devendo-se considerar, também, certos traços da personalidade e, dentre eles, a repressão de certas emoções, como raiva, culpa e a negação de suas necessidades em detrimento das necessidades dos pacientes. No que concerne ao trabalho em setores de média e de alta complexidade, o estresse é enfocado sob múltiplas facetas, pois, em certos momentos, trabalhar nesses setores é visto como uma possibilidade de se adquirir experiências e de se desenvolver atividades complexas e diferenciadas (prazer) (SELLIGMAN-SILVA, 2011).

Portanto, o trabalho dos enfermeiros, especialmente em setor hospitalar com alta demanda assistencial e gerencial, possui uma grande carga mental, uma vez que eles se deparam com diversos estressores, tais como: o excesso de trabalho; contato constante com o sofrimento do outro; complexidade das tarefas e a imprevisibilidade do estado geral dos pacientes, levando os profissionais a desenvolverem alterações fisiológicas, emocionais, cognitivas e/ou comportamentais (SPINDOLA, 2003).

De acordo com a Portaria nº 1.339/1999, que institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, destacam-se, no grupo V, as doenças oriundas dos transtornos mentais e do comportamento relacionado ao trabalho, que são denominadas como: reações ao “estresse grave e transtornos de adaptação: estado de “estresse pós-traumático. Seus agentes ou fatores

de risco de natureza ocupacional são caracterizados por outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho, tais como: reação após acidente de trabalho grave ou catastrófico; reação após assalto no trabalho e circunstâncias relativas às condições de trabalho, enfatizando, portanto, a notoriedade dos efeitos nocivos do estresse na vida do trabalhador (BRASIL, 2008).

Tais alterações remetem ao estresse que representa a resposta generalizada do organismo às exigências ambientais. Trata-se de um mecanismo fisiológico inerente que prepara o organismo para reagir em face dessas exigências. Um fator estressante é, por definição, uma influência ou um agente ambiental que produz uma resposta ao estresse no organismo. De acordo com Selye, a gama dos fatores estressantes possíveis é, portanto, extremamente variada, tais como: tensões interpessoais no trabalho; mudanças na vida profissional; exposição excessiva ao calor, frio, umidade ou ruído; dificuldades financeiras; conflitos conjugais; etc. Entretanto, a relação entre esses fatores e as respostas correspondentes é mais complexa, sendo mediada por uma série de circunstâncias, dentre as quais: as características individuais; o ambiente físico em que o indivíduo vive; o amparo social de que dispõe; seu status econômico e seu *background* cultural (LIPP, 2013).

Essa característica do trabalho da enfermagem, de lidar com o sofrimento do outro, pode gerar problemas de ordem física e mental nos profissionais, problemas esses nem sempre valorizados, porém, ao contrário, naturalizados como se fizessem parte da profissão. Depreende-se que cuidar de pacientes graves e que permanecem internados por longos períodos e necessitando de cuidados intensivos, pode levar à exaustão psicofísica do enfermeiro e equipe (GOMES, 2006).

Quanto às repercussões do estresse para a saúde dos trabalhadores de enfermagem no país, artigo que descreveu o estado da arte sobre o tema evidenciou: sinais e sintomas somáticos (cefaleia, taquicardia, alterações do apetite e do padrão de sono, tremores, alterações cardiovasculares, problemas gástricos); transtornos emocionais (síndrome do pânico, esgotamento emocional, síndromes depressivas, alterações do humor, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade, impaciência e ansiedade); alterações musculoesqueléticas e resfriados constantes. Além desses sinais e sintomas, o estresse também foi associado ao infarto agudo do miocárdio, hipertensão, distúrbios mentais e neurológicos, síndromes depressivas e síndrome de burnout (MORAES FILHO; ALMEIDA, 2016).

Deste modo, evidencia-se que o estresse representa um fator de risco à saúde do enfermeiro que atua em ambiente hospitalar, devido às situações de visível desgaste psicofísico que o profissional enfrenta no cotidiano institucional devido as condições

inadequadas de trabalho, principalmente no que concerne aos recursos humanos e materiais. (TEIXEIRA; MANTOVANI, 2009). Nessas circunstâncias, o estresse ocupacional se destaca como de especial importância por interferir na estrutura biológica do indivíduo, bem como nas suas relações sociais (MEIRELES; ZEITOUNE, 2003).

Como formas e controle do estresse ocupacional na enfermagem sugere-se as seguintes medidas: jornadas reduzidas de trabalho; maior compensação financeira para o trabalho noturno, assim como em finais de semana e feriados; procurar adequar as escalas de serviço às necessidades dos trabalhadores não considerando somente os interesses organizacionais. Deve-se também estimular grupos de estudos de caráter inter e intraprofissional com o intuito de promover o debate sobre as medidas de enfrentamento do estresse ocupacional com valorização das decisões que afetam a qualidade de vida dentro e fora do ambiente de trabalho (RIBEIRO, 2012).

Deve-se também investir em espaços privativos e treino de técnicas específicas como relaxamento, grupos de discussão e de aconselhamento individual. Proporcionar condições de trabalho atrativas e gratificantes como o desenvolvimento de planos de cargos e salários condizentes com a função e/ou cargo ocupado. Tais proposições, além de produzirem qualidade de vida no trabalho, podem minimizar as doenças e acidentes de trabalho e refletir na melhora do atendimento ao usuário. Não se deve perder de vista a importância de capacitação e conscientização das equipes quanto aos riscos e os mecanismos de enfrentamento adequados, através de cursos, palestras educativas que promovam discussões e reflexões (WURDUIG; RIBEIRO, 2014).

O processo de estresse não ocorre somente quando o indivíduo encara situações negativas. O indivíduo pode vivenciar o estresse ao ser promovido no trabalho e ao comprar um bem. Nesse caso, o estresse tem consequências positivas e gera resistência nos indivíduos, sendo considerado estresse da realização, de conquistas, denominado de eustresse. Todavia, quando o estresse traz repercussões negativas e enfraquece o indivíduo, é denominado de distresse (LIPP, 2003; MARRAS; VELOSO, 2012).

É relevante destacar que para qualquer estressor, uma pessoa pode ter, ao mesmo tempo, um grau de resposta positiva e/ou negativa. Portanto, o que determinará se a resposta ao estresse será eustresse, distresse ou uma combinação de ambos é a avaliação cognitiva, isto é, a interpretação do estressor e não o estressor em si. Afirma-se, ainda, que o que é estressante para algumas pessoas pode ser agradável para outras ou ter pouca importância (BATISTA et al., 2011). Por outro lado, altos níveis de estresse tornam os profissionais de enfermagem vulneráveis à cronificação e à Síndrome de *Burnout* (SB), considerada uma

reação à tensão emocional crônica a partir da relação de cuidado com outros seres humanos quando estes estão preocupados ou com problemas de saúde, sendo ocasionada por diversos fatores individuais e laborais (GASPARINO, 2013).

O termo *burnout*, tem sua origem no inglês e designa algo ou alguém que não possui mais energia, tendo sido utilizado pela primeira vez em 1974 por Freudenberger, após observar o sofrimento existente entre os profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas. A SB é descrita como um sentimento de fracasso e exaustão causados por um excessivo desgaste de energia e de recursos internos e externos ao indivíduo (RISSARDO; GASPARINO, 2013). Na SB, estão envolvidas atitudes e condutas negativas em relação aos usuários, as relações com os componentes da equipe de trabalho e a organização. O profissional não vê mais sentido na sua relação com o trabalho e sente como se as coisas não tivessem mais importância (RISSARDO; GASPARINO, 2013).

A SB é constituída por três componentes ou subescalas: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional. A sobrecarga no trabalho é uma das variáveis mais apontadas como contribuinte da SB por afetar as três dimensões (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). A exaustão emocional é definida como uma diminuição ou ausência de energia associada ao sentimento de esgotamento emocional. As manifestações da SB podem ser físicas, psíquicas ou uma combinação delas, ficando o profissional com a percepção de que não tem condições de empregar mais energia para prestar cuidados ao outro (RISSARDO; GASPARINO, 2013).

A despersonalização pode ser conceituada como uma insensibilidade emocional em que prevalece a dissimulação afetiva. Ocorre quando o trabalhador adota uma atitude negativa, especialmente com os pacientes, sendo acompanhada por ansiedade, irritabilidade e desmotivação. O trabalhador, ao estar insatisfeito com suas atribuições, não responde às exigências do trabalho e, geralmente, encontra-se irritável e deprimido, gerando conflitos com sua chefia e equipe, e tende a se afastar da sua clientela como uma forma de enfrentamento da situação estressante (MENEHINI et al., 2013).

Diante do risco de *burnout*, deve-se atentar para os mecanismos adaptativos utilizados pelo indivíduo frente aos agentes estressores no intuito de minimizar seus efeitos deletérios para a saúde. Dentre as estratégias ou recursos, existem os mecanismos de enfrentamento ou estratégias de *coping*, definidas como esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo com o intuito de reduzir, minimizar ou tolerar os estressores presentes no cotidiano (ANTONIAZZI et al., 2015).

A forma com que o indivíduo utiliza as estratégias de *coping* está determinada, em parte, por seus recursos internos e externos, incluindo saúde, crenças, responsabilidade,

suporte, habilidades sociais e recursos materiais, e a escolha pelas diferentes estratégias depende do indivíduo, que pode agir de modo diverso diante de um mesmo estressor (GUIDO, 2011).

O *coping* focado no problema constitui-se em um esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse na tentativa de modificá-la. A função desta estratégia é atuar sobre o problema causador da tensão e a sua relação com o indivíduo. A ação de *coping* pode ser direcionada interna ou externamente. O *coping* focalizado na emoção e dirigido internamente e, geralmente, inclui a reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor. Quando o *coping* focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de estresse, podem ser usadas estratégias, como a negociação para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas (ANTONIAZZI et al., 2015).

1.4 Riscos psicossociais no ambiente hospitalar e estresse

O direito social ao trabalho seguro, assim como as obrigações do empregador em custear as consequências dos agravos sofridos pelos trabalhadores em decorrência da exposição aos riscos e adoecimento constam na atual Constituição Brasileira, sendo o termo risco, empregado no sentido de probabilidade de ocorrência de um dano à saúde. Com relação aos riscos psicossociais, eles são definidos, segundo Ribeiro (2012), como aqueles resultantes das relações e da organização do trabalho desfavoráveis ao trabalhador e que acarretam sobrecarga psíquica, como: pressão da chefia, acúmulo de funções, tarefas perigosas, possibilidade de perda do emprego, quota de produção preestabelecida, grau de atenção exigido e proibição de comunicação entre os trabalhadores durante a jornada. Essas situações resultam em estresse, fadiga e sofrimento mental (RIBEIRO, 2012).

Ao estudar a relação entre estresse e trabalho, Villalobos (2004) considera que os fatores psicossociais do trabalho representam um conjunto de percepções e experiências, consistindo em interações entre o trabalho, o ambiente laboral, as condições organizacionais e as características pessoais do trabalhador, suas necessidades, cultura, experiências, estilo de vida e sua percepção. Incluem-se entre os principais fatores psicossociais do trabalho, aspectos da organização, gestão, processo de trabalho e relações humanas. Neste sentido, a organização do trabalho reflete o contexto histórico, com o seu conjunto de problemas demográficos, econômicos e sociais, sendo relevantes as variáveis do macrocontexto, sua

interação com os elementos do ambiente organizacional e o indivíduo (VILLALOBOS, 2004).

A conjunção dos riscos presentes no ambiente laboral, dentre eles, os riscos psicossociais, influencia a saúde física e mental dos trabalhadores por conta das tensões da vida diária, das pressões no trabalho e de outros fatores adversos, sendo responsáveis pelo estresse ocupacional, queda da produtividade, os encargos sociais e financeiros à organização (BRASIL, 2006). Logo, a pressão no ambiente laboral é um importante agente ou fator para a ocorrência desse tipo de risco ocupacional, definido como certas características do trabalho que funcionam como estressores e que implicam em grandes exigências no trabalho, combinadas com recursos insuficientes por parte do trabalhador (internos e externos) para o seu enfrentamento (ARANTES, 2003).

O ambiente hospitalar apresenta diversos fatores de risco à saúde e à segurança dos trabalhadores. Esses fatores foram classificados em cinco grupos pela Organização Pan-Americana de Saúde (2005):

- a) Físicos - agressões ou condições adversas de natureza ambiental que podem comprometer a saúde do trabalhador;
- b) Químicos - agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais;
- c) Biológicos - microrganismos associados ao trabalho;
- d) Ergonômicos e psicossociais – que decorrem da organização e gestão do trabalho;
- e) De acidentes - ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho (MAURO et al., 2004; FERNANDES, 2014).

Para Camelo e Angerami (2008) é de grande importância, conhecer e refletir acerca dos riscos psicossociais a que estão expostos os trabalhadores do setor Saúde e ampliar a discussão de modo que se converter em propostas de ação verdadeiramente voltadas para a busca de condições dignas; que podem resultar em uma melhor qualidade de vida e de trabalho envolvendo aspectos de organização, administração e sistemas de trabalho e a qualidade das relações humanas. Por isso, o clima organizacional de uma empresa encontra-se relacionado à sua estrutura, às condições de vida dos trabalhadores e ao seu contexto histórico, com seu conjunto de problemas demográficos, econômicos e sociais. Na atualidade, produzem-se aceleradas mudanças tecnológicas nas formas de produção, as quais, conseqüentemente, afetam os trabalhadores, modificando o entorno laboral e aumentando o aparecimento ou o desenvolvimento de enfermidades crônicas acarretadas pelo estresse.

Em produção do conhecimento sobre os riscos psicossociais no trabalho da enfermagem hospitalar, Oliveira et al. (2010) afirmam que estes riscos podem acarretar prejuízos para a saúde, o desempenho e a qualidade de vida dos profissionais, evidenciados pelas peculiaridades do processo de trabalho e exigências em termos de domínio tecnológico, de formação, de informação e de cuidados dispensados a pacientes em situação crítica. Os efeitos negativos para a saúde mantêm relação com demandas incompatíveis e o pouco controle do trabalhador sobre o processo de trabalho, principalmente em situações que exigem rapidez, esforço físico demasiado e manipulação de maquinário sem o devido treinamento. Portanto, sob o ponto de vista da prevenção, é necessário realizar uma adequada avaliação dos riscos psicossociais para poder corrigi-los ou preveni-los, pois, a intervenção possibilita a redução de problemas como a queda da produtividade e o aumento dos custos sociais e econômicos decorrentes de absenteísmo por causas diversas e adoecimento.

Neste sentido, deve-se considerar que a interação entre o indivíduo e o ambiente laboral é determinada pelas condições de trabalho e pelas capacidades e necessidades humanas desse indivíduo. Os fatores considerados nessa interação são o ambiente físico, o ambiente social, a tarefa e as condições gerais do trabalho. Acrescentam-se as características psicológicas e biológicas do indivíduo, bem como as suas peculiaridades e o contexto que, por um lado, fundamentam os valores e as limitações humanas e, por outro, determinam o êxito da interação. No momento em que as condições de trabalho estão em harmonia, o trabalho cria um sentimento de confiança, melhora a saúde e aumenta a motivação, a capacidade para o trabalho e a satisfação global (ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 1984).

No entanto, quando há um desequilíbrio entre a oportunidade e as exigências ambientais ou as necessidades, habilidades e aspirações do indivíduo, há a ocorrência de um desajuste que leva o indivíduo a reagir com alterações nas respostas cognitivas, emocionais, fisiológicas e comportamentais. Os resultados dependem, em grande parte, das habilidades individuais para lidar com situações difíceis da vida. Portanto, quando há exposição à mesma situação estressante, dentro de limites razoáveis, um indivíduo pode reagir com sucesso e se manter saudável, enquanto o outro poderá apresentar problemas de saúde. Para a OIT, os riscos psicossociais no trabalho correspondem à interação existente entre o trabalho - seu ambiente, as condições da organização e a satisfação que ele gera - e às capacidades do trabalhador, suas necessidades, sua cultura e sua situação pessoal fora do trabalho, o que, afinal, através de percepções e experiências, podem influir na saúde e no rendimento do trabalhador (ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 1984).

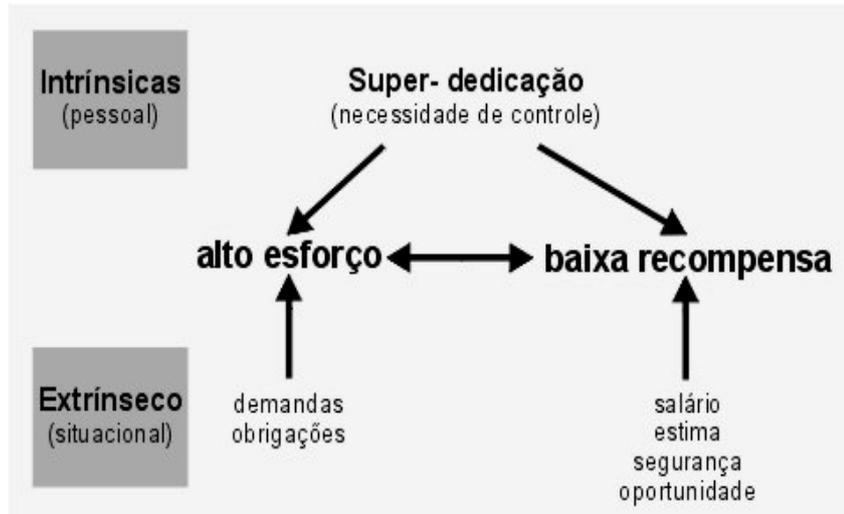
O trabalho é um importante fator gerador de estresse, considerado o problema que mais age sobre o ser humano, interferindo na homeostase, em decorrência da grande quantidade de tensões que o indivíduo enfrenta diariamente. Desta forma, o estresse é um estado geral de tensão fisiológica e mantém relação direta com as demandas do ambiente social. O estresse ocupacional, por sua vez, é mais frequente quando há muitas responsabilidades significativas, mas poucas possibilidades de tomada de decisão e de controle. Constitui-se em uma experiência extremamente desagradável, associada a sentimentos de hostilidade, tensão, ansiedade, frustração e depressão (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Os principais modelos que discutem os riscos psicossociais e a sua relação com o estresse ocupacional, citados como referências por inúmeros autores, são o Modelo Demanda-Controle e o Modelo DER (TSUTSUMI et al., 2001). Em 1996, Theorell e Karasek realizaram estudos sobre as características do ambiente de trabalho e seus efeitos em termos do desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Os efeitos do trabalho sobre o comportamento e a saúde estariam relacionados às demandas psicológicas e algumas características do trabalhador como habilidades e o grau de autonomia do profissional (controle). Por “controle” entende-se o uso e a aprendizagem de habilidades, criatividade e a autonomia por parte do indivíduo para decidir sobre o seu próprio trabalho. De acordo com este modelo, situações de trabalho que envolvem alta demanda psicológica e baixo controle são as que mais caracterizam o desgaste psicossocial no trabalho, podendo disparar sintomas como ansiedade, depressão e fadiga (KARASEK E THEORELL, 1990).

As demandas de trabalho referem-se aos estressores psicológicos envolvidos na realização do trabalho como: tarefas inesperadas, volume de trabalho, nível de atenção e concentração requeridas, pressão de tempo, interrupção das tarefas, dependência da realização de tarefas por outros e conflitos de papel. Por sua vez, um conjunto de indicadores avalia os sintomas de tensão agrupados em dois fatores: exaustão e depressão. O indicador de exaustão constitui resposta de cansaço pela manhã e completa exaustão à noite. Já o indicador de humor depressivo ansioso consiste em quadros de nervosismo, ansiedade, problemas com o sono, preocupação e variação nos níveis de tensão mental (REIS, 2009).

Com relação ao modelo teórico Desequilíbrio Esforço e Recompensa (DER), segue, na Figura 1, seu esquema e, a seguir, sua fundamentação.

Figura 1- Modelo teórico Desequilíbrio Esforço-Recompensa



Fonte: Siegrist J. *Journal of Occupational Health Psychology* (1996).

O modelo do DER (*Effort Reward Imbalance Model - ERI*), desenvolvido por Siegrist (1996), sustenta que a função do trabalho na vida adulta é crucial entre as funções autorregulatórias, como a autoestima, a autoeficácia e a estrutura social de oportunidades. Nessa perspectiva, a disponibilidade de status ocupacional está associada a opções recorrentes de contribuir e atuar, de ser recompensado ou estimado e de pertencer a um grupo. O esforço no trabalho é despendido como parte de um processo de troca, organizado socialmente, cujas recompensas constituem três dimensões de gratificação: dinheiro, estima e status. O modelo defende que a falta de reciprocidade entre esforços e recompensas, gera um estado de aflição que pode levar a reações associadas à tensão, com efeitos adversos a saúde física e mental (REIS, 2009; SIEGRIST, 1996).

O modelo apresenta, como exemplo, situações de desligamento ou instabilidade no trabalho, como, também, condições de baixa recompensa e baixa segurança na vida ocupacional verificadas em situações de mudança ocupacional forçada, mobilidade para baixo, falta de perspectiva de promoção ou trabalhos mantidos com condição inconsistente de status. Portanto, ter um emprego com alto grau de exigência, porém, instável, que não oferece perspectiva de promoção, é exemplo de contexto de trabalho estressante. Siegrist chama a atenção para o mercado de trabalho na economia globalizada, que se caracteriza pelo baixo controle de status, como reflexo crescente de carreiras de trabalho fragmentadas, de instabilidade no trabalho, de redundância e de mobilidade ocupacional forçada (REIS, 2009; SIEGRIST, 2008).

O status ocupacional, para Siegrist, é associado à recompensa, à estima e a de fazer parte de um grupo significativo, isto é, os colegas de trabalho. Esses efeitos, potencialmente benéficos para o papel do trabalho na autorregulação emocional e motivacional, são ligados a

um pré-requisito básico denominado reciprocidade: as trocas ocorridas na vida social. Portanto, a combinação crucial, que considera as consequências para a saúde é o grau no qual os trabalhadores são recompensados por seus esforços. Quando um alto grau de esforço não é correspondido com um alto grau de recompensa, surgem tensões emocionais e aumenta o risco de doenças (VASCONCELOS, 2007).

Com relação à ação preventiva, ela envolve vontade organizacional, política e econômica, sendo que as mudanças no contexto de trabalho devem se pautar na participação de todos. Portanto, todo e qualquer processo de mudança na estrutura organizacional, no que diz respeito à melhoria das condições de trabalho que revertem em bem-estar dos trabalhadores, deve ser pautado na participação efetiva do grupo, seja nos locais de trabalho, seja nos sindicatos ou associações. Organizações que não prezam por ações preventivas do estresse ocupacional em termos de condições de trabalho dignas, sob o ponto de vista das instalações e de um Serviço de Saúde do Trabalhador atuante, a saúde do indivíduo pode ser afetada acarretando interferência na produtividade e na qualidade do trabalho (SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal ou seccional, no qual os dados são coletados em determinado espaço de tempo e não se estabelece a relação entre o desfecho e/ou nexos causal, permitindo a realização de associações mediante técnicas estatísticas. É uma estratégia do estudo epidemiológico para observação de uma população, em uma única oportunidade. Este tipo de estudo pode utilizar a população como os participantes ou a amostra. Optei pela amostra inferencial, cujos resultados permitem formular um julgamento para a população em geral (KLEIN; BLOCH, 2009).

Para Lakatos e Marconi, a pesquisa quantitativa transversal tem suas raízes no pensamento positivista lógico, enfatizando o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (MARCONI; LAKATOS, 2016).

2.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado em um serviço de internações clínicas de um hospital universitário, situado no município do Rio de Janeiro. A escolha deste serviço justifica-se pelo fato de a pesquisadora atuar como enfermeira na instituição, o que possibilitou participar do processo de precarização ocorrido e que interferiu, de forma importante, na dinâmica do trabalho, tendo ainda, influência direta nas questões relacionadas às exigências ou demandas do trabalho e as recompensas de ordem material e simbólicas. O serviço possui capacidade instalada de 250 leitos, realizando cerca de 20 mil consultas ambulatoriais, 450 cirurgias e 700 internações, mensalmente.

O hospital recebe estudantes de graduação e pós-graduação, de diversas unidades acadêmicas da universidade e oferece cerca de 200 vagas para os programas de residência multiprofissional e médica, sendo campo de treinamento e formação de alunos de graduação e pós-graduação *lato senso*, além de abrigar importantes laboratórios, onde são desenvolvidas pesquisas experimentais, clínicas e de campo, contribuindo para a produção de conhecimento em várias áreas. A instituição é conhecida como uma das principais do país, em polos de

produção e disseminação de produção de estudos, além de conquistar crescente projeção internacional.

O serviço de internação clínica, no qual foi realizado o estudo, abriga, em sua planta física, 113 leitos ativos, sendo seis postos de enfermagem divididos em: enfermaria de doenças infecto-parasitárias (DIP) e dermatologia (21 leitos); enfermaria de psiquiatria e neurologia (10 leitos); enfermaria de nefrologia e transplante renal (25 leitos) e clínica médica (57 leitos), com três postos de enfermagem, sendo um deles destinado a pacientes com infecção por enterococos resistente à meticilina (ERC) (10 leitos).

Os pacientes admitidos nos respectivos serviços são, em geral, oriundos da emergência e ambulatórios. Quando a entrada ocorre pela emergência, esses pacientes são estabilizados e, na ocorrência da internação, a equipe da clínica ou de outra especialidade é acionada para iniciar o protocolo de atendimento. O fluxo de pacientes é contínuo e, em alguns casos, eles ficam sujeitos a esperas por alguns dias na emergência, até que surja uma vaga para internação.

2.3 População e amostra

Cada setor das unidades de internação clínica possui, em sua estrutura organizacional um enfermeiro chefe de setor que atua das 7 às 13 horas, um enfermeiro plantonista cumprindo carga horária em regime de turnos de 12 por 60 horas (estatutário), sendo que os enfermeiros extraquadros fazem uma complementação de 12 horas, conforme a necessidade do serviço. Nos setores de doenças infecto parasitárias e nefrologia, são escalados 04 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem no serviço diurno e três no noturno. No setor de psiquiatria e neurologia são escalados 02 profissionais para cada turno; no setor de clínica 06 técnicos e/ou auxiliares de enfermagem no serviço diurno e 05 no noturno e nos demais setores, são escalados três técnicos e/ou auxiliares de enfermagem para cada turno.

Os enfermeiros são escalados em atividades assistenciais e de supervisão direta dos cuidados prestados pela equipe (auxiliares e técnicos de enfermagem), além do registro das atividades assistenciais em prontuário eletrônico. Acrescentam-se outras atividades de cunho educativo junto aos alunos de graduação, pós-graduação e técnico. Cabem aos demais profissionais de enfermagem a assistência direta ao paciente, de acordo com o nível de qualificação e a competência profissional, sob a supervisão dos enfermeiros plantonistas e chefe de setor.

A população constitui um conjunto de pessoas, objetos, acontecimentos ou fenômenos com, pelo menos, uma característica comum. A população alvo, também chamada população estudada, é composta de elementos distintos, possuindo certo número de características comuns. Estes elementos, chamados de unidades populacionais, são as unidades de análise sobre as quais serão recolhidas informações (KLEIN; BLOCH, 2009). A população-alvo do estudo foi composta por um total 160 profissionais de nível superior e médio, que atuavam na unidade de internação clínica no momento da coleta de dados. Dessa população-alvo, foi possível obter uma amostra de 110 participantes.

Com relação à amostra, conceitua-se como um subconjunto de indivíduos da população-alvo. Para que as generalizações sejam válidas, as características da amostra devem ser as mesmas da população. Existem dois tipos de amostras: as probabilísticas, baseadas nas leis da probabilidade e as amostras não probabilísticas, que tentam reproduzir o mais fielmente possível a população (MARCONI; LAKATOS, 2016).

Optei pela amostragem não probabilística, por conveniência, para a qual houve uma escolha deliberada dos elementos da amostra, que dependem de critérios, julgamento do pesquisador e acessibilidade dos participantes. Trata-se de uma amostra do tipo estratificada, usada quando a população se divide em subpopulações (estratos) razoavelmente homogêneos e, nesse caso, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A amostragem estratificada consiste em se especificar quantos itens da amostra serão retirados de cada estrato (MARCONI; LAKATOS, 2016).

A amostra foi constituída por 28 enfermeiros, 56 técnicos e 26 auxiliares de enfermagem, totalizando 110 participantes, a partir dos seguintes critérios de inclusão: profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) lotados no serviço de internações clínicas, com vínculo de trabalho do tipo estatutário ou temporário (extraquadro) e com tempo de atuação a partir de 6 meses de exercício das atividades laborais no setor. Excluídos os enfermeiros com cargos de chefia, profissionais licenciados (doença, maternidade, licença prêmio), em férias e em licenças de outra natureza.

A população total de trabalhadores, à época do estudo, era de 160, não tendo participado 50 profissionais por várias razões e, dentre elas: perdas e/ou preenchimento incorreto do instrumento (02), desistências/recusas (08), afastamentos/tratamento de problemas de saúde/licenças de outra natureza (26), substituição do plantão nos dias em que os dados foram coletados. Portanto, participaram do estudo 110 profissionais, sendo considerado este o número amostral constante do estudo.

2.4 Aspectos éticos do estudo

O presente estudo foi submetido a dois Comitês de Ética em Pesquisa (Anexos C e D), sendo os protocolos aprovados sem restrições, por ter atendido a todas as exigências éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), fundamentais para realização de pesquisas com seres humanos. Os certificados de apreciação ética das foram respectivamente CAAE nº 80493417.9.0000.5282 e CAAE nº 96645318.50000.5257 e os pareceres consubstanciados de números 2.549.854 e 2.906.606.

Garantida a participação voluntária e o direito de o indivíduo declinar da sua participação em qualquer fase do estudo, sem nenhum ônus ou prejuízo. Os instrumentos foram preenchidos após o pesquisador esclarecer os objetivos da pesquisa e os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Enfatizada a importância da participação do grupo e as contribuições para a discussão/reflexão acerca do estresse psicossocial em decorrência dos esforços despendidos e das possibilidades de sua minimização, frente às recompensas de ordem simbólica e/ou material.

Essa pesquisa apresenta risco mínimo ou psicológico aos participantes pelo fato de as questões presentes nos instrumentos tratarem dos esforços que nem sempre são recompensados, principalmente em relação aos trabalhadores temporários que, além de não terem estabilidade no emprego, também recebem os menores salários e cumprem carga horária maior. Ressalta-se que durante a coleta nenhum entrevistado declinou de sua participação.

Todos os instrumentos e demais documentos referentes ao presente estudo ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, sendo armazenados por um período de cinco anos e destruídos, após esse prazo.

2.5 Instrumento e procedimentos de coleta dos dados

Os dados foram coletados mediante dois instrumentos estruturados, sendo o primeiro composto por dados relacionados às características sociodemográficas, ocupacionais e avaliação das condições de saúde (Anexo A) e o segundo (Anexo B) a versão brasileira do modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER). O Questionário DER, desenvolvido por Siegrist e Peter em 1996, é um instrumento de autopreenchimento, adaptado, traduzido e

validado para o português por Chor et al (2008), em uma amostra de trabalhadores. Foi escolhido por possuir boas propriedades psicométricas, o que o torna válido para ser utilizado no país em populações economicamente ativas.

Segundo o modelo, as experiências cronicamente estressantes são o resultado de um desequilíbrio entre altos esforços intrínsecos e baixas recompensas extrínsecas, somados a um alto nível de “superdedicação” ou uma combinação de ambos. Essa combinação é caracterizada por um estado prolongado de investimento ativo de energia, porém, em condições de controle limitadas, por parte do indivíduo. O instrumento mede como os trabalhadores encaram condições exigentes do ambiente de trabalho, tendo como fonte de recompensa três eixos centrais: dinheiro, autoestima e segurança no trabalho, incluindo oportunidades de crescimento. Outra característica da escala DER é a inclusão de componentes pessoais em um modelo situacional, através da combinação de ambas as fontes de informação advindas da situação e as das personalidades, o que proporciona um cálculo exato dos efeitos adversos do trabalho na saúde (CHOR et al., 2008).

A versão reduzida é composta por 23 questões, organizadas em três escalas unidimensionais e com bom desempenho psicométrico: esforço (seis itens); recompensa (onze itens) e comprometimento excessivo (seis itens). A escala de recompensa pode ser subdividida em três subescalas: reconhecimento, segurança no trabalho e promoção no emprego/salário, composta pelos itens 11, 14, 16 e 17. Optei por trabalhar com a versão composta por esforço-recompensa, cujas respostas variam no grau de concordância de 1 a 5.

As opções de resposta para as dimensões esforço e recompensa são dicotômicas (“concordo” e “discordo”), com 4 opções de respostas do tipo *Likert* (dependendo da resposta), e avalia a percepção do participante quanto à situação vivida no trabalho. No caso de a resposta indicar estresse, existe uma gradação de cinco opções, que variam de “muito estressado” a “nem um pouco estressado”, cujos escores são calculados mediante as medidas: concordo (1) nem um pouco estressado (2); um pouco estressado (3); estressado (4); muito estressado (5).

Segundo Silva e Barreto (2010), já foram verificadas associações entre situações estressantes de desequilíbrio, esforço e recompensa no trabalho e o aumento do risco de doenças cardiovasculares, distúrbios psiquiátricos e alcoolismo em diversos grupos ocupacionais. Portanto, a pesquisa sobre o desequilíbrio entre esforço e recompensa (*effort-reward imbalance model, ERI*) e a sua relação com a saúde procura entender a contribuição dos fatores sociais e psicológicos para a saúde e a doença humana.

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2018. O levantamento dos profissionais elegíveis, o atendimento aos critérios de seleção e o agendamento de acordo

com a disponibilidade dos envolvidos, foram feitos de modo a respeitar a individualidade e não interferir na dinâmica do serviço. O tempo dispendido pelo participante no preenchimento dos instrumentos variou de 15 a 20 minutos.

No momento da coleta de dados, o pesquisador permaneceu ao lado dos participantes, a fim de sanar possíveis dúvidas, porém, deixando-os à vontade de modo que a presença não interferisse nas respostas. Pelo fato de a instituição ter convocado concursados para repor o déficit de recursos humanos, decorrentes de aposentadorias, vacâncias e exonerações, dentre outros, o número de participantes (amostra) foi prejudicado pelo fato de os trabalhadores recém-admitidos não terem atendido aos critérios de inclusão ou o tempo mínimo de seis meses de atuação no campo de estudo. Outra dificuldade foi o fato de alguns trabalhadores extraquadro se mostrarem pouco cooperativos e inseguros em participar do estudo, pelo fato de não terem estabilidade empregatícia, caracterizando uma menor adesão.

2.6 Variáveis do estudo

As variáveis são aspectos, propriedades, características individuais ou fatores observáveis ou mensuráveis de um fenômeno. A variável dependente é aquele fator ou propriedade que é efeito, resultado, consequência ou resposta de algo que foi estimulado; não é manipulado, mas é o efeito observado como resultado da manipulação da variável independente. As variáveis dependentes foram as respostas contidas no instrumento DER utilizado para avaliar os esforços e recompensas em trabalhadores de enfermagem (MARCONI; LAKATOS, 2016).

A variável independente é aquela cujo fator é determinante para que ocorra um resultado específico, sendo a condição ou causa de um determinado efeito ou consequência, ou o estímulo que condiciona uma resposta (MARCONI; LAKATOS, 2016). As variáveis independentes foram: sexo, faixa etária, categoria profissional, estado civil, escolaridade, tipo de contrato de trabalho, se possui outro emprego, jornada de trabalho no setor, carga horária semanal cumprida no setor, carga horária semanal total e renda familiar.

2.7 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada mediante o suporte da estatística descritiva (números absolutos e relativos). Trata-se de um ramo da estatística no qual um conjunto de dados pode ser condensado, descrito e sintetizado de forma direta (MARCONI; LAKATOS, 2016).

Segundo Silva e Barreto (2010), as publicações existentes sobre o modelo DER indicam a grande utilidade do mesmo para medir o estresse psicossocial no trabalho. Os dados publicados documentam uma consistência interna satisfatória, baseada no alfa de Cronbach, variando entre 0,63 e 0,88 para o componente esforço, de 0,79 a 0,91 para a dimensão recompensa e de 0,74 a 0,78 para o comprometimento excessivo (10-15).

No intuito de facilitar a análise, foi construído um banco de dados, em uma planilha do Excel 2016, versão XLSX, para o registro das características dos participantes e os escores dos esforços e recompensas. Todos os instrumentos receberam códigos para facilitar o registro dos escores referentes aos esforços e recompensas, de modo a estabelecer a associação do desequilíbrio ou ausência de reciprocidade do DER com as características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes. Foram feitas análises entre o desfecho e as variáveis independentes de interesse, calculando-se as respectivas prevalências.

A razão resultante do esforço-recompensa foi obtida mediante um método pré-definido, um algoritmo baseado em informações obtidas das escalas de esforço e recompensa. Uma razão foi computada para cada respondente, de acordo com a fórmula: $e/\bar{d}rc$, onde "e" é a pontuação da soma da escala de esforço, "r" é a pontuação da escala de recompensa e "c" define um fator de correção (0,5454) para diferentes números de itens no numerador e denominador. Na análise do DER, o ideal seria que a razão fosse muito próxima de zero, pois indicaria baixo esforço e altas recompensas. Deste modo, adotou-se, como métrica da razão entre esforço e recompensa, valores acima de 1 (desequilíbrio) e abaixo de 1 (equilíbrio).

No presente estudo, para se analisar as relações entre o esforço e a recompensa, calculou-se, inicialmente, o escore de cada dimensão, tendo como referência a dimensão esforço, que varia de 6 a 30 (6 questões com escores que variam de 1 a 5), e a dimensão recompensa, variando de 11 a 55 (11 questões com escores de 1 a 5). Após o cálculo do DER de cada participante, foram construídos três quadros para a alocação da amplitude do equilíbrio dos respectivos tercis. No 1º quadrante, foi alocada a amplitude do 1º tercil (de 0,215 a 0,423), seguido da amplitude do 2º tercil (de 0,440 a 0,611) e, por último, a amplitude do 3º tercil (0,626 a 0,991).

Trabalhadores com escores acima do valor correspondente ao terceiro tercil da distribuição foram classificados como “expostos” ao desequilíbrio esforço-recompensa, enquanto os demais foram incluídas no grupo de “não expostos”, correspondendo ao grupo de alto risco os que referiram a uma situação de alto esforço e baixa recompensa, portanto, com risco de estresse psicossocial.

Para a análise dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 9.0 *for Windows*. Foi adotado o nível de significância de 5% nas análises bivariadas, sendo determinada a associação do DER com as variáveis sociodemográficas, por meio da regressão logística mediante o teste Qui-Quadrado - Pearson e o teste Exato de Fisher.

Os resultados foram discutidos a luz dos estudos que tem como foco o estresse psicossocial a partir do modelo DER, principalmente entre trabalhadores de enfermagem e medicina, em ambiente de trabalho hospitalar e correlatos à área da saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo, são apresentadas as escalas DER, com os respectivos tercís referentes ao equilíbrio ($DER < 1$) e desequilíbrio ($DER > 1$), e os resultados dos cálculos paramétricos, sendo adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) nas análises bivariadas, por meio da regressão logística do teste Qui-Quadrado-Person e o teste Exato de Fischer. Deste modo, buscou-se estabelecer a associação do DER com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos participantes. De uma população de 160 trabalhadores elegíveis para o estudo, a amostra do tipo intencional foi composta por 110 trabalhadores de enfermagem, lotados assistencialmente no serviço de internações clínicas de um hospital universitário.

3.1 Característica dos participantes de acordo com as variáveis sociodemográficas e o DER

Na Tabela 1 são apresentadas a associação das variáveis sociodemográficas com o DER, em uma amostra de trabalhadores de enfermagem.

Tabela 1 - Escala DER e associação com as variáveis sociodemográficas em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2018 (n=110) (continua)

Variáveis	Equilíbrio - n (%)			DER n (%)	p-valor
	1º Tercil	2º Tercil	3º Tercil		
Sexo					
Masculino	3 (10.00)	5 (16.67)	2 (7.14)	4 (18.18)	0.591
Feminino	27 (90.00)	25 (83.33)	26 (92.86)	18 (81.82)	
Faixa etária					
< 25 anos	1 (3.33)	6 (22.22)	7 (25.00)	3 (14.29)	0.083
De 26 a 34 anos	11 (36.67)	6 (22.22)	8 (28.57)	11 (52.38)	
De 35 a 44 anos	18 (60.00)	15 (55.56)	13 (46.43)	7 (33.33)	
Estado civil					
Solteiro	5 (16.67)	14 (46.67)	10 (35.71)	4 (18.18)	0.172
Casado/União estável	16 (53.33)	13 (43.33)	13 (46.43)	13 (59.09)	
Divorciado	6 (20.00)	3 (10.0)	5 (17.86)	4 (18.18)	
Viúvo	3 (10.00)	-	-	1 (4.55)	

Tabela 1 - Escala DER e associação com as variáveis sociodemográficas em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2018 (n=110) (conclusão)

Variáveis	Equilíbrio - n (%)			DER n (%)	p-valor
	1º Tercil	2º Tercil	3º Tercil		
Escolaridade					
Ensino médio	18 (60.00)	14 (46.67)	8 (28.57)	7 (31.82)	0.124
Graduação	5 (16.67)	7 (23.33)	8 (28.57)	3 (13.64)	
Especialização	6 (20.00)	9 (30.00)	12 (42.86)	10 (45.45)	
Mestrado	1 (3.33)	-	-	2 (9.09)	
Renda familiar em salários mínimos*					
1 a 2 salários	3 (10.00)	7 (23.33)	-	4 (18.18)	0.037
3 a 5 salários	15 (50.00)	11 (36.67)	13 (46.43)	5 (22.73)	
6 a 8 salários	5 (16.67)	2 (6.67)	9 (32.14)	6 (27.27)	
Acima de 8 salários	7 (23.33)	10 (33.33)	6 (21.43)	7 (31.82)	

Fonte: a autora, 2018.

* Salário mínimo nacional em janeiro de 2018 (954,00 reais).

Evidenciou-se que, após se obter a razão entre o escore total do esforço e o escore total da recompensa e de se aplicar o fator de correção de 0,5454 relativos à diferença no número de itens nas duas dimensões de cada participante, identificou-se que 88 (80%) dos profissionais enquadraram-se nos três primeiros tercis (equilíbrio) e 22 (20%) no DER (desequilíbrio). Após a aplicação dos testes paramétricos, no intuito de associar o DER às características sociodemográficas, houve associação, apenas, com a renda familiar em salários mínimos ($p < 0,05$).

Apesar da não associação do DER com as demais características sociodemográficas, deve-se considerar, na análise, que uma parcela significativa de trabalhadores se situou na amplitude do 3º tercil do equilíbrio: de 0,626 a 0,991, valores que refletem altos esforços combinados com baixas recompensas (monetária, carreira, estabilidade e outros). Para a faixa etária de 26 a 34 anos ($p=0,083$), é possível considerar como limítrofe, nesse caso, quando o nível de significância de 10% ($p < 0,1$ em que admite-se errar 10%) -, pois, tradicionalmente, convencionou-se considerar como limítrofe quando $p < 10$, apesar de, na metodologia do presente estudo, não ter sido adotado $p < 0,1$.

Uma característica pertencente à população estudada é o predomínio de participantes do sexo feminino (87%), o que é encontrado em diversos estudos envolvendo profissionais da enfermagem (PASSOS, 2009; LIMA; BIANCHI, 2010; GUIDO et al., 2011; VIEIRA, 2015).

Isso pode ser explicado pelo fato de, historicamente, as mulheres serem o grupo que se dedica ao cuidado dos filhos, marido ou familiares tendo a enfermagem em sua natureza de trabalho o cuidado ao ser humano (VIEIRA, 2015).

Deste modo, as questões relacionadas ao gênero precisam ser consideradas na análise do processo saúde-doença da categoria e a interação entre o trabalho remunerado e o trabalho doméstico, geralmente atribuído às mulheres, podem ter, como consequência, uma sobrecarga de atividades para essas trabalhadoras, trazendo prejuízos às suas funções no ambiente de trabalho e no próprio lar (VASCONCELOS, 2007; MACHADO, 2017; LANDERDAHL, 2013).

A faixa etária foi constituída, em sua maioria (48%), por trabalhadores acima dos 45 anos. No estudo de Lima e Bianchi (2010), a faixa etária mais frequente foi de 30 a 40 anos (35,6%) e no de Vieira (2015), com trabalhadores de enfermagem hospitalar, entre 30 a 39 anos (49%), o que se diferencia à encontrada nesta pesquisa, pois se verificou um perfil envelhecido da amostra estudada, onde os profissionais encontram-se em fim de carreira, acima dos seus 45 anos.

Estudo que buscou identificar a existência de (des)equilíbrio entre o esforço e a recompensa no trabalho de profissionais de enfermagem de um hospital privado, relacionando as características sociodemográficas da amostra e sua associação como fator contributivo do estresse ocupacional, identificou que o DER foi maior entre os homens ($p=0,003$) e nos profissionais que trabalhavam há 12 anos na profissão. Para os autores, o “perfil de risco” de estresse e *burnout* em trabalhadores de enfermagem é visível diante de alguns fatores como: sobrecarga de trabalho semanal, dois ou mais empregos, estudar em paralelo e responsabilidade pelo sustento de suas famílias. Diante dos resultados, os autores recomendam intervenções organizacionais e/ou no estilo de vida pessoal e/ou ocupacional com vistas a minimização dos agentes estressores (VASCONCELOS et al, 2009).

A maior parte dos trabalhadores é casada ou em união estável (50%), o que se assemelha aos estudos recentes com trabalhadores de enfermagem. Ademais, as mulheres casadas apresentam taxas mais baixas de inserção no mercado de trabalho, seja por discriminação, seja por encargos familiares ou domésticos. Esses dados ratificam a investigação que identificou 79,1% dos trabalhadores de enfermagem que tinham nos afazeres domésticos, as atividades mais praticadas fora do ambiente ocupacional (TRINDADE et al., 2010).

Em relação à renda familiar, a maioria (40%) afirmou receber entre três a cinco salários mínimos, evidenciando-se que o grupo se encontra com uma renda superior à média nacional, ao considerar o salário mínimo vigente de R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e

quatro reais). Tais dados vão ao encontro do estudo realizado com uma amostra de trabalhadores de enfermagem de uma instituição hospitalar, cuja renda situou-se neste patamar (VIEIRA, 2015).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área da Saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca de 50% atuam na enfermagem, sendo 80% constituída de técnicos e auxiliares de enfermagem e 20% de enfermeiros (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Segundo pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), considerando a renda mensal de todos os empregos e atividades que a enfermagem exerce, constata-se que 1,8% desses profissionais (em torno de 27 mil pessoas) recebem menos de um salário mínimo por mês. Há um elevado percentual de profissionais (16,8%) que declararam ter renda total mensal de até R\$ 1.000,00, sendo que a maioria (63%) tem apenas um emprego. Os quatro grandes setores de empregabilidade da enfermagem (público, privado, filantrópico e ensino) apresentam subsalários. O privado (21,4%) e o filantrópico (21,5%) são os que mais praticam salários com valores de até R\$ 1.000,00. Em ambos, os vencimentos de mais da metade do contingente empregado não passam de R\$ 2.000 (MACHADO, 2017).

3.2 Características dos participantes de acordo com as variáveis ocupacionais e o DER

Na Tabela 2 são apresentadas as variáveis ocupacionais e a associação com o DER em uma amostra de trabalhadores de enfermagem.

Tabela 2 - Escala DER e associação com as variáveis ocupacionais em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2018 (n=110) (continua)

Variáveis	Equilíbrio - n (%)			DER n (%)	p-valor
	1º Tercil	2º Tercil	3º Tercil		
Categoria profissional					
Auxiliar/Técnico de enfermagem	12 (40.00)	12 (40.00)	16 (57.14)	14 (63.64)	0.220
Enfermeiro	18 (60.00)	18 (60.00)	12 (42.86)	8 (36.36)	
Tipo de contrato					
Estatutário	16 (53.33)	17 (56.67)	23 (82.14)	17 (77.27)	0.049
Temporário	14 (46.67)	13 (43.33)	5 (17.86)	5 (22.73)	

Tabela 2 - Escala DER e associação com as variáveis ocupacionais em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2018 (n=110) (conclusão)

Variáveis	Equilíbrio - n (%)			DER n (%)	p-valor
	1º Tercil	2º Tercil	3º Tercil		
Possui outro emprego					
Sim	11 (36.67)	10 (33.33)	14 (50.00)	8 (36.36)	0.612
Não	19 (63.33)	20 (66.67)	14 (50.00)	14 (63.64)	
Jornada na unidade					
Plantão diurno	2 (6.67)	1 (3.33)	-	-	0.861
Plantão noturno	14 (46.67)	17 (56.67)	16 (57.14)	13 (59.09)	
Manhã	14 (46.67)	12 (40.00)	12 (42.86)	9 (40.91)	
Carga horária na unidade					
30h	30 (100.00)	29 (96.67)	28 (100.00)	22 (100.00)	1.000
< 30h	-	1 (33.33)	-	-	
Carga horária total					
20h	-	1 (3.33)	-	1 (4.55)	0.473
30h	19 (63.33)	18 (60.00)	15 (52.57)	13 (59.09)	
40h	2 (6.67)	-	-	-	
50h	3 (10.00)	1 (3.33)	3 (10.71)	-	
>50h	6 (20.00)	10 (33.4)	10 (35.71)	8 (36.36)	

Fonte: a autora, 2018.

Após a aplicação dos testes paramétricos no intuito de verificar a associação do DER com as características ocupacionais, houve associação apenas com o tipo de contrato ($p < 0,05$).

Estudo realizado com 1254 trabalhadoras de enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem), que teve como objetivo analisar a associação entre o tipo de vínculo de trabalho e o estresse psicossocial utilizando o Modelo DER, identificou que as trabalhadoras com vínculo permanente (estatutário) e as que tinham contrato temporário, não diferiram quanto ao DER ($p=0,333$), tampouco quanto aos esforços ($p=0,942$). No que diz respeito à dimensão recompensa, as terceirizadas, comparadas às estatutárias apresentaram frequentemente, baixa recompensa no trabalho (45,2% versus 26,6%) (COMARU, 2011).

Outro estudo dinamarquês com 376 enfermeiras, que utilizou também o DER e a subescala excesso de comprometimento no trabalho (23 itens), evidenciou que o estresse ocupacional foi vinculado e/ou caracterizado por alto esforço combinado com baixa recompensa, cujos efeitos foram observados com um alto nível de comprometimento com o trabalho. Diante dos resultados, o estudo recomenda ações preventivas, por parte das

instituições de saúde junto aos trabalhadores devido ao risco de adoecimento frente o estresse ocupacional (WEYERS et al., 2005).

De acordo com Tabela 2, pelo fato de a amostra ter sido composta, em sua maioria, por técnicos (51%) e auxiliares de enfermagem (24%), houve prevalência do ensino médio em (43%) dos participantes. Estudo com trabalhadores de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem) de um hospital, verificou que o desequilíbrio encontrado na amostra não diferiu significativamente segundo: a profissão dos entrevistados ($p=0,35$), o tipo de trabalho ($p=0,36$) e se trabalhavam em instituição pública ou privada ($p=0,83$). A proporção de profissionais com desequilíbrio no esforço/recompensa foi maior entre os profissionais com até 12 anos de trabalho ($p=0,04$), evidenciando associação entre desequilíbrio e o tempo de trabalho. Quanto ao fato de o participante possuir mais de um emprego ($p=0,29$), a quantidade de horas remuneradas ($p=0,26$) e trabalhar ou não em turno noturno ($p=0,41$) não demonstraram associação. Também não foi encontrada associação entre o desequilíbrio observado na relação esforço/recompensa e o risco de estresse medido pela escala de supercomprometimento ($p=0,42$) (VASCONCELOS e GUIMARÃES, 2009).

Sobre o tipo de contrato, 64% da amostra são estatutários e 36% temporários (extraquadros) em que se verifica a precarização do trabalho e diferenças de carga horária, salários e atribuições. Como apontado na literatura, esses trabalhadores, além de não gozarem da estabilidade, encontram-se mais susceptíveis às pressões sociais do trabalho e ao risco de desemprego, o que pode gerar conflitos no relacionamento interpessoal. A precarização é uma realidade que os trabalhadores de enfermagem do serviço público enfrentam no cotidiano das instituições de saúde, o que tem levado à insatisfação, acirrado disputas e dividido o grupo, devido às diferenças de contrato de trabalho, salários e cargas horárias (GONÇALVES et al., 2016).

Estudo que utilizou a mesma metodologia da presente pesquisa, ao analisar o estresse psicossocial mediante o DER, identificou que na análise multivariada “trabalhar com contrato temporário ou terceirizado” atuou como fator de proteção em relação ao Alto DER, após ajustes por variáveis de confundimento (Hospital 1). Em relação às dimensões da escala, identificou-se menores chances de referir Alto Esforço entre as profissionais terceirizadas e temporárias, quando comparadas às permanentes (OR=0,52 IC95% 0,32-0,86 e OR=0,43 IC95% 0,25-0,73, respectivamente). Quanto à recompensa, os resultados apontam maiores chances de Baixa Recompensa entre os terceirizados (Hospital 1). Em conjunto, o estudo revelou que a situação aparentemente desvantajosa, no que concerne ao tipo de contrato das profissionais terceirizadas, cooperativadas e com contrato temporário, não se expressa de forma direta e linear nos resultados da escala DER (COMARU, 2011).

Santana et al. (2013) discutem que o mundo do trabalho tem sofrido mudanças estruturais, conferindo inserção diferenciada nos mercados, novas relações de trabalho, mecanismos de gestão, reestruturação produtiva e exigência de novos perfis profissionais e a polivalência (multifuncionalidade), a subcontratação, a informalidade, a perda dos direitos sociais, o desemprego e a precarização do trabalho. Dessa forma, a enfermagem como parte integrante das equipes de saúde, tem sofrido os problemas decorrentes do modelo neoliberal e a flexibilização das relações trabalhistas.

Quanto ao número de vínculos empregatícios, identificou-se que a maioria possui apenas um emprego (61%), cumprindo carga horária de até 40 horas semanais e em regime de turnos diurno (55%) e noturno (42%). Contrariando esses dados, estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital, evidenciou que a enfermagem cumpre carga horária acima de 50 horas, ao considerar que a maioria possui mais de um emprego. O cumprimento de longas jornadas sobrecarrega o indivíduo em função das inúmeras atividades, levando ao desgaste e estresse, com repercussões para a saúde diante de queixas de taquicardia, falta de apetite, calafrios, ansiedade e dores articulares (OLIVEIRA et al., 2016).

O fator tempo versus carga de trabalho está diretamente relacionado ao ambiente psicossocial do trabalho e à polivalência de funções, que inclui a cultura organizacional, bem como atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas da instituição afetam o bem-estar físico e mental dos trabalhadores; fatores que respondem pelo estresse ocupacional e suas repercussões para a qualidade de vida no trabalho (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Em estudo sobre as jornadas de trabalho na enfermagem que utilizou o modelo DER, evidenciou-se associação significativa entre as longas jornadas de trabalho e o relato de falta de tempo para o repouso e lazer. Portanto, a organização temporal do trabalho no hospital contribui para essa associação, já que, apenas uma vez no mês, esses trabalhadores tinham três dias de folgas consecutivas, sendo esses os únicos dias em que era possível organizar atividades de lazer com a família, desde que outras atividades profissionais ou domésticas não ocupassem o tempo social destinado ao convívio familiar. O plantão noturno e a conseqüente redução do sono diurno também podem contribuir para a insuficiência de tempo para o repouso em dias da semana (SILVA; ROTEMBERG; FISCHER, 2011).

Ao considerar a interface dos riscos psicossociais e trabalho, adverte-se que os profissionais de enfermagem, por trabalharem em regime de turnos de 12 ou mais horas e passarem longos períodos no local de trabalho; portanto distante de suas famílias e amigos, estão mais susceptíveis ao estresse ocupacional, principalmente ao se considerar o pouco

tempo para o autocuidado e atividades de lazer (MONTANHOLI; TAVARES; FOGAÇA et al., 2009; VERSA et al., 2012).

Estudos evidenciam que as alterações do ciclo circadiano decorrente do trabalho noturno, em que o indivíduo permanece maior tempo acordado acarretam fadiga e, conseqüentemente a sonolência com diminuição dos reflexos, atenção e concentração. Portanto, os trabalhadores que atuam em plantão noturno precisam de uma atenção especial por parte do Serviço de Saúde do Trabalhador, pois, além dos problemas apontados, deve-se considerar a debilidade do sistema imunológico e maior risco de adoecimento e afastamento do serviço (MELLO, 2014).

Estudo transversal, realizado em hospital universitário com 969 trabalhadores (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), predominantemente mulheres (87,8%) que trabalhavam em regime de turnos, em que se utilizou os instrumentos demanda-controle-apoio social no trabalho, desequilíbrio esforço-recompensa, o de qualidade de vida no trabalho da OMS e o índice de capacidade para o trabalho, obteve os seguintes resultados: nenhuma variável foi associada ao baixo índice de capacidade para o trabalho. O tempo insuficiente para o repouso se mostrou estatisticamente associado às jornadas profissionais e totais. O tempo insuficiente para o lazer se mostrou significativamente associado à jornada profissional e valor limítrofe para a jornada total. Já a idade superior a 40 anos foi fator associado estatisticamente apenas à longa jornada total de trabalho, cujo resultado sugere uma provável sobreposição de riscos (SILVA; ROTEMBERG; FISCHER, 2011).

Sobre a acumulação de vínculos empregatícios na enfermagem Zarpelão e Martino (2014), verificou que 45,8% dos profissionais afirmaram trabalhar em mais de um emprego devido aos baixos salários recebidos e necessidade de complementação da renda familiar. Situação que pode contribuir para a piora do estado de saúde da população investigada, tendo em vistas os prejuízos à saúde em função dos deslocamentos, de contextos de trabalho diferentes e do pouco tempo para o lazer e demais atividades de cunho psicossocial. Os autores chamam a atenção para a problemática do trabalho noturno por interferir no ciclo circadiano, promover a incompatibilidade de horários com família e o isolamento social.

Exemplos de perigos psicossociais incluem, mas não estão limitados à organização do trabalho deficiente (problemas com a demanda de trabalho, pressão com relação ao cumprimento de prazos, flexibilidade nas decisões, recompensa e reconhecimento, apoio dos supervisores, clareza do trabalho, concepção do trabalho, comunicação deficiente); cultura organizacional (falta de políticas, normas e procedimentos relacionados à dignidade e respeito para com todos os trabalhadores, assédio e intimidação, discriminação de gênero, a intolerância à diversidade étnica ou religiosa, a falta de apoio a estilos de vida saudáveis);

estilo de gestão de comando e controle (ausência de consultas, negociações, comunicação recíproca, feedback construtivo, gestão do desempenho de forma respeitosa); falta de apoio para um equilíbrio entre vida profissional e familiar; medo da perda de emprego relacionado a fusões, aquisições, reorganizações ou devido ao mercado de trabalho/economia (MACHADO, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Existem, no entanto, algumas formas de influenciar o ambiente psicossocial de trabalho, como abordar os perigos psicossociais da mesma maneira que os perigos do ambiente físico do trabalho, embora utilizando-se ferramentas diferentes. Uma mesma hierarquia deve ser usada - reconhecer, avaliar e controlar -, mediante um sistema ordenado que inclua a eliminação ou modificação da origem dos perigos, como realocar o trabalho para reduzir sua carga, remover os supervisores ou treiná-los em comunicação e liderança, aplicar tolerância zero para assédio ou discriminação no local de trabalho. Deve-se promover a flexibilidade para lidar com situações de conflito trabalho e vida pessoal; proporcionar apoio aos supervisores e aos colegas de trabalho (recursos e apoio emocional); proporcionar uma comunicação aberta e honesta; proteger os trabalhadores por meio da sensibilização e treinamento, por exemplo, em relação à prevenção de conflitos ou situações de violência laboral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Alguns agentes estressores podem facilitar o surgimento do estresse, promover o adoecimento e a incapacidade laboral, sendo os mesmos de ordem individual, organizacional e do contexto social, cabendo destacar: fatores individuais (personalidade, vulnerabilidade, dificuldade de adaptação e de gerenciamento do estresse, insatisfação com o trabalho), os fatores organizacionais (condições e organização do trabalho, ambiguidade ou imprecisão quanto à atividade a realizar, diferenças na divisão da carga de trabalho, ritmos intensos de produção, densidade de atividades, exigências físicas e mentais decorrentes das funções) e os fatores do contexto social (exigência de produtividade, metas abusivas). Portanto, um ambiente desfavorável ao processo de trabalho repercute em toda qualidade da assistência prestada e expõe o profissional ao adoecimento (MACHADO, 2016; SERAFIM et al., 2012).

O nível de estresse elevado contribui para o aumento das queixas de ansiedade, irritabilidade, nervosismo, cansaço físico e mental, cefaleia, fadiga, desgaste, distúrbios somáticos, psíquicos e orgânicos (osteomusculares, imunológicos, gastrintestinais, vasculares, cardíacos). Portanto, exacerbam-se as possibilidades de absenteísmo, licenças para tratamento e evasão profissional com altos custos sociais e econômicos, resultando em sobretrabalho para aqueles que permanecem ativos (OLIVEIRA, 2010; RIBEIRO, 2012).

Em estudo realizado com o objetivo de estimar a ocorrência de agravos à saúde, referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público, os resultados

apontaram prevalência de cansaço mental em 47,0% da amostra (n=131), nervosismo em 33,7% (n=93) e esquecimentos frequentes em 24,3% (n=68), sendo os enfermeiros mais acometidos por todos estes sintomas. A incidência desses sintomas é condizente com os dados encontrados em outra pesquisa, na qual o cansaço mental apresentou frequência de 40% e o esquecimento 27,9%. Estes eventos podem ocorrer como consequência da sobrecarga de trabalho, trabalho em turnos, interrupções no trabalho e altos níveis de exigência na execução das atividades (MACHADO et al., 2014).

Para a OMS (2010), ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, da saúde e bem-estar de todos os trabalhadores. Há também aspectos relacionados à sustentabilidade, tendo em vista as bases das necessidades previamente determinadas: questões de segurança e saúde no ambiente físico de trabalho; questões de segurança, saúde e bem-estar no ambiente psicossocial de trabalho, incluindo a organização do trabalho e cultura organizacional; recursos para a saúde profissionais e envolvimento da empresa na comunidade, para melhorar a saúde dos trabalhadores, de suas famílias e dos outros membros da comunidade.

Esta definição demonstra como a compreensão da SO evoluiu de um foco quase exclusivo no ambiente físico de trabalho, para a inclusão de fatores psicossociais e de práticas de saúde individual. Portanto, para criar um ambiente de trabalho saudável, uma instituição precisa considerar as vias ou as áreas de influência onde as ações possam melhor ocorrer, bem como os processos mais eficazes pelos quais os empregadores e os trabalhadores possam empreender ações para que suas responsabilidades não se tornem fator contributivo para o adoecimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A perspectiva que deve orientar o gestor de indivíduos expostos ao estresse ocupacional é ter em mente que o eustresse é inerente à natureza humana e faz parte do espaço produtivo. Por outro lado, o distresse (estresse excessivo) deve ser compreendido a partir de alguns sinais de ordem psicossocial e fisiológico (absenteísmo, rotatividade, erros, insatisfação, irritabilidade, entre outros). Neste sentido, deve-se promover a participação de outros profissionais ou serviços como, por exemplo, a SO da instituição no mapeamento de eventuais agentes estressores. O trabalhador, portanto, necessita ter o nível de exigência e responsabilidades/esforços equilibrados com o nível de recompensas e condições para executar seu trabalho (MARRAS; VELOSO, 2012).

Estudo realizado com trabalhadores da área de saúde evidenciou que entre os principais problemas relacionados ao excesso de trabalho e esforço físico, destacaram-se o sofrimento, a violência e o desgaste físico e mental. O excesso de trabalho e de esforço físico

favorecem o aparecimento de transtornos mentais e/ou físicos, contribuindo para a ocorrência de absenteísmos, acidentes de trabalho, erros na administração de medicamentos, exaustão, sobrecarga laboral e ausência de lazer. Deve-se também considerar como fatores agravantes do estresse os ambientes inadequados, as atividades mal organizadas, pouca valorização do trabalhador e participação insatisfatória nas decisões, demandas excessivas e a realização do trabalho repetitivo que favoreça posturas incorretas (ROBAZZI et al., 2012).

Para Schmidt (2013) os profissionais de enfermagem, em sua atividade laboral, principalmente no contexto hospitalar, enfrentam exigências emocionais adicionais, devido a uma série de estressores, tais como: problemas de relacionamento interpessoal, interação deficiente com membros de outras equipes, mudanças tecnológicas, falta de recursos humanos e materiais (precariedade) e a assistência de enfermagem, que envolve a dor, a morte e as situações de urgência. Tais fatores de risco psicossocial, além de provocarem desgaste físico e mental, afetarem o desempenho e a qualidade do cuidado prestado acarretam interferências negativas na vida pessoal e social.

No mundo do trabalho, o superior hierárquico (chefe ou diretor) é um ponto de referência importante, para a maior parte das pessoas, e pode ser uma das fontes de recompensas ou de sanções. Assim, as relações harmoniosas com o superior imediato podem contribuir para a satisfação no trabalho e o bem-estar psicológico. Do mesmo modo, as relações entre colegas pautadas pela compreensão, senso de justiça, tolerância e espírito de autoajuda podem ser muito gratificantes e contribuem, significativamente, para o bom clima organizacional e a qualidade de vida no trabalho (OLIVEIRA et al., 2015).

Dentre os obstáculos organizacionais que podem prejudicar as relações sociais no ambiente de trabalho, destacam-se as tarefas repetitivas, a falta de motivação e estímulo, a precária integração entre trabalhadores e a organização e os impactos psicológicos de uma chefia/direção deficiente que não visa uma política prevencionista e humanista (FERREIRA, 2010).

Especialmente em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios no âmbito da saúde, como a ampliação do acesso aos serviços e aos bens de saúde e a corresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar. A esses problemas, acrescentam-se a desvalorização dos trabalhadores de saúde, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em processos de educação permanente em saúde, a pouca participação na gestão dos serviços e o frágil vínculo com os usuários (BRASIL, 2010).

Um dos aspectos que mais tem chamado à atenção, quando da avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais gestores e demais trabalhadores para lidar com a dimensão

subjetiva que toda prática de saúde supõe. Ligado a esse aspecto, um outro que se destaca é a presença de modelos de gestão centralizados e verticalizados e engessados que inibem ou impedem a participação do trabalhador na tomada de decisão e controle do seu próprio processo de trabalho (BRASIL, 2010).

A literatura tem apontado que o apoio da chefia parece ser mais importante para os trabalhadores de enfermagem do que o apoio dos colegas, apesar deste tipo de suporte também estar associado à satisfação no trabalho, enquanto rede de apoio social. A enfermagem para proporcionar um cuidado de qualidade necessita de um clima organizacional harmonioso, uma vez que o apoio social é uma estratégia de enfrentamento de grande importância e usada frequentemente por esses trabalhadores diante dos inúmeros desafios impostos no cotidiano das instituições. Além do apoio de colegas e chefias, também se faz importante o reconhecimento do trabalho pela organização, pois na medida em que a organização apoia e valoriza os profissionais contribui para uma satisfação profissional reforçada (AZEVEDO; NERY; CARDOSO, 2017).

3.3 Autoavaliação do estado de saúde e condições de saúde da amostra

A seguir, são apresentados alguns dados sobre as condições e problemas de saúde referidos pelos trabalhadores. Porém, nesta seção, não foram realizados testes paramétricos com o objetivo de realizar associações com a escala DER. São alguns dados levantados no intuito de enriquecer as discussões e contribuir para a reflexão sobre os esforços realizados e o estresse psicossocial que, por sua natureza, podem contribuir para o agravamento de algum problema de saúde pré-existente ou até mesmo para o surgimento de doença relacionada ao trabalho. Outro objetivo foi alertar sobre a importância de uma política institucional voltada para os aspectos preventivos em saúde.

Tabela 3 - Autoavaliação do estado de saúde de uma amostra de trabalhadores de enfermagem do serviço de internações clínicas - Rio de Janeiro - 2018 (n=110).

Variáveis	Categorias	n	f
Problema de saúde	Sim	60	55%
	Não	50	45%
Realiza algum tratamento	Sim	53	48%
	Não	57	52%
Uso de medicamento	Sim	48	44%
	Não	62	56%
Afastamento do trabalho (últimos seis meses)	Menos de 15 dias	10	9%
	Mais de 15 dias	3	3%
	Mais de 1 mês	10	9%
	Não	87	79%
Acidente de trabalho	Queda	4	3,6%
	Acidente biológico	3	2,4%
	Não	103	94%

Fonte: a autora, 2018.

Sobre as condições de saúde, identificou-se que 55% (60) dos participantes afirmaram sofrer de problemas de saúde diagnosticados, dentre eles: hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, hipertireoidismo, doenças osteomusculares, além de transtornos mentais como depressão, ansiedade e síndrome do pânico. Destes, 48% realizam algum tipo de tratamento e 44% fazem uso de medicação prescrita. No entanto, houve uma parcela significativa da amostra que, apesar de ter problemas de saúde, não faz uso regular de medicamento e nem realizam tratamento.

Trata-se de um grupo de trabalhadores que, apesar de apresentar problemas saúde crônicos, encontra-se na faixa etária constituída, em sua maioria (48%), por trabalhadores acima dos 45 anos, conforme Tabela 1. Esses dados chamam a atenção e exigem a análise sobre as condições em que o trabalho é realizado e no que diz respeito ao suporte oferecido pela instituição com vistas à qualidade de vida no trabalho e minimização de situações e/ou riscos que favorecem o adoecimento, o desconforto e os efeitos deletérios para a saúde e autoestima profissional. Salienta-se que uma parte significativa dos trabalhadores de enfermagem (32%), são temporários (extraquadros) e por não gozarem dos direitos

trabalhistas previstos na CLT, são coagidos a comparecerem ao trabalho devido as pressões sociais e o risco de desemprego.

Segundo Vieira (2015), o trabalhador que, mesmo doente, exerce suas atividades laborais tem maior chance de se afastar por longos períodos do trabalho para tratamento de problemas de saúde, principalmente ao se considerar o agravamento do quadro e com mudanças na sua qualidade e expectativa de vida. Tais dados remetem ao presenteísmo, que acarreta problemas de produtividade e interfere na qualidade do serviço ofertado, o que é comprovado ao se identificar nas organizações a redução do rendimento, as falhas em manter o padrão da produção, os erros e a diminuição da atenção no trabalho, dentre outros problemas.

No presente estudo, cabe salientar que a amostra foi composta apenas por trabalhadores na ativa, sendo que o número de indivíduos com problemas de saúde seria bem maior se incluídos aqueles de licença médica. Quanto aos afastamentos para tratamento de problemas de saúde nos últimos seis meses, 21% responderam afirmativamente, sendo que 9% permaneceram mais de um mês afastados. No entanto, não foi estabelecida relação entre aqueles que referiram afastamentos e a ocorrência de acidentes de trabalho (7%).

O contexto atual do mundo do trabalho tem sido responsável pelo aumento do número de doenças relacionadas ao trabalho e ao sofrimento psíquico. Mais do que em qualquer época, esse aumento se configura como um problema de saúde pública, que exige ações integradas, envolvendo a articulação de toda rede de serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, é compreensível que as ações de vigilância em saúde do trabalhador se concentrem em problemas que podem ser mais facilmente identificados, como é o caso dos riscos físicos, químicos e biológicos, especialmente aqueles que podem levar a acidentes (FELII, 2012; OLIVEIRA, 2016).

Consoante et. al, (2010) afirmam que a caracterização do acidente ou de doença relacionada ao trabalho é complexa, tendo em vista o número das variáveis envolvidas nesse processo, tais como: o envelhecimento do trabalhador, os componentes históricos e sociais do indivíduo e os hábitos de vida. Devem-se considerar, na análise, outros aspectos relacionados à organização do trabalho, a maneira como a atividade é realizada e o contexto em que ocorre. No que diz respeito aos agravos de ordem emocional, há dificuldades maiores ao se tentar estabelecer o nexos causal, pois se instalam de forma insidiosa, principalmente ao se considerar as cargas de trabalho psíquicas. Essas cargas têm sua origem nos aspectos relacionados ao ritmo e intensidade laboral, da necessidade de manter-se atualizado, das relações de poder com chefias, dentre outros fatores de risco psicossocial.

No que diz respeito à ocorrência de acidentes de trabalho na amostra nos últimos seis meses em que antecedeu a coleta de dados, chamou a atenção o fato de uma pequena parcela (6%) ter referido queda e acidente com material biológico. Em estudo realizado com 107 profissionais da enfermagem de um hospital público, 55,2% (n=53) referiram ter sofrido acidente com material biológico. A prevalência de subnotificação foi de 34%. O estudo aponta, inclusive, o registro de indivíduos que sofreram até sete acidentes e que não notificaram o ocorrido. Quanto ao tipo de acidente, 73,9% foram percutâneos e em 67,4% houve exposição a fluidos sanguíneos, sendo atribuída como causa a fatalidade. Neste sentido, cabe destacar que, apesar de legalmente obrigatória, a notificação dos acidentes de trabalho, na prática, está sujeita à subnotificação, devido, em parte, ao sistema de informação usado e à concepção fragmentada das relações de saúde e trabalho. Outro fator que tem contribuído para a subnotificação, especificamente no caso das injúrias percutâneas, é a falta de importância atribuída pelos próprios trabalhadores às pequenas lesões causadas por agulhas (MALLMANN; SOUSA; HAMMER; SCHMIDT, 2016).

De acordo com Machado (2016), quando se trata de acidente de trabalho típico, é fácil identificar o agente que ocasionou o dano, mas, em se tratando de doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho, essa associação nem sempre é diretamente visível ou concreta, sendo complexo o reconhecimento, de forma objetiva, dos determinantes da doença e, sem o devido reconhecimento, o trabalhador não percebe os direitos advindos de sua condição de acidentado.

Reitera-se que a saúde do trabalhador é essencial para o desenvolvimento de qualquer instituição enquanto componente do setor saúde ou de outras áreas. Contudo, o que se identifica é que as organizações cobram cada vez mais produtividade dos trabalhadores, sem oferecer condições favoráveis para que estes possam desenvolver suas funções sem prejuízos à saúde. Essa lógica neoliberal tem invadido os serviços de saúde e repercutido sobre a saúde dos profissionais de enfermagem (AGUIAR et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra foi constituída, majoritariamente, pelo sexo feminino, casados, faixa etária de 26 a 44 anos, nível de escolaridade médio e renda familiar de 3 a 5 salários mínimos. São estatutários, não acumulam outro vínculo empregatício, trabalham em regime de plantão e cumprem até 30 horas de trabalho semanais.

Quanto à relação esforço e recompensa no trabalho de enfermagem no hospital universitário, do total da amostra, 88 (80%) trabalhadores foram agrupados no 1º, 2º e 3º tercil da distribuição ou “não expostos” (equilíbrio), cujo DER encontra-se abaixo de 1, e os demais 22 (20%) foram incluídos no grupo de “expostos”, cujo escore encontra-se acima de 1 (desequilíbrio), correspondendo ao grupo que afirmou alto esforço e baixa recompensa, portanto, com risco de estresse psicossocial. Um aspecto relevante a ser pontuado é o fato de uma parcela significativa de trabalhadores encontrar-se na amplitude do 3º tercil do equilíbrio, considerado limítrofe (de 0,626 a 0,991).

Ao se aplicar o teste paramétrico, no intuito de verificar a associação do DER e as características sociodemográficas, apenas a renda familiar foi associada ($p < 0,005$). Para a faixa etária de 26 a 34 anos ($p=0,083$), nesse caso, é possível considerar como limítrofe quando o nível de significância de 10% ($p < 0,1$ em que se admite errar 10%), pois, tradicionalmente, convencionou-se considerar como limítrofe quando $p < 10$. Quanto às variáveis ocupacionais, houve associação apenas com o tipo de contrato ($p < 0,05$). Quanto às variáveis ocupacionais, apenas o tipo de vínculo empregatício foi associado ao DER.

Os dados levantados acerca das condições de saúde da amostra investigada são importantes no sentido de contribuir com a reflexão sobre os altos esforços e as baixas recompensas que, no longo prazo, podem ampliar o agravamento de algum problema de saúde pré-existente ou, até mesmo, contribuir para o surgimento de alguma doença relacionada ao trabalho. Diante das doenças crônicas referidas, dos afastamentos e dos tratamentos referidos, deve-se considerar a relevância de uma política institucional voltada para os aspectos preventivos em saúde, ao considerar o estresse psicossocial como um componente importante na gênese dos problemas de saúde referidos.

Infere-se, com base nos resultados, que, tendo em vista a associação da escala DER com as variáveis renda familiar e tipo de vínculo empregatício, alguns aspectos relacionados à reestruturação do trabalho na instituição, com uma parte dos trabalhadores terceirizados percebendo tratamento e salários diferenciados, é um fator que pode contribuir para um cotidiano de trabalho de maior estresse. Diante desta realidade, o estudo aponta a necessidade

de novas investigações no sentido de elucidar aspectos do ambiente psicossocial do trabalho de enfermagem em hospital público.

Os resultados apresentados devem ser analisados a partir de algumas limitações metodológicas, por se tratar de uma pesquisa transversal que avalia apenas associação entre as variáveis, sem definição ou estabelecimento donexo causal. A amostra, embora representativa do universo dos trabalhadores de enfermagem do hospital que serviu como campo de estudo, foi restrita a uma única instituição de saúde, o que pode ter contribuído para a associação com apenas duas variáveis. Tais limitações podem fomentar o interesse de realização de outros estudos desta natureza, pois, sob o ponto de vista da prevenção, é necessário realizar uma adequada avaliação dos riscos psicossociais no trabalho da enfermagem, para poder corrigi-los ou preveni-los. A intervenção possibilita a redução de problemas acarretados à organização, como a queda da produtividade e o aumento dos custos sociais e econômicos, com os trabalhadores, decorrentes de absenteísmo e licenciamentos por causas diversas e adoecimento psíquico e/ou físico.

A incipiência de estudos originais com a escala DER, em trabalhadores de enfermagem, principalmente na área hospitalar, foi outro fator limitante em termos de comparação e discussão dos achados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR A. D. F. et al. Saúde do trabalhador de enfermagem que atua em centro de saúde. **Rev. Inst. Invest. Cienc. Saúde**. 2009; 27(2):103-8. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/02_abr-jun/V27_N2_2009_p103-108.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.

ALVES, P. C. et al. Avaliação do bem-estar no trabalho entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário, 2012. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. jul.-ago. 2012; 20(4):[08 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_10.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.

ARANTES, M. A. A. C., VIEIRA M. J. F. **Estresse - Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**. São Paulo, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232003000400022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 mar. 2017.

AZEVEDO B. S.; NERY, A. A.; CARDOSO P. J. Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(1):e3940015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_1980-265X-tce-26-01-e3940015.pdf> Acesso em: 27 mar. 2017.

BENEVIDES P. A. M. T. **Burnout: quando o trabalho ameaça a vida do trabalhador**. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo. 3. ed. 2010.

BOTEGA N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed. 3. ed. 2012.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto nº 4.836**, de 09 de setembro de 2003. Altera a redação do art. 3º do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080/1990. Para dispor da organização do Sistema Público de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 05 jun. 2017.

_____. Decreto nº. 6.856, de 25 de maio de 2009. Regulamenta o art. 206- A da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990 - Regime Jurídico Único, dispondo sobre os exames médicos periódicos dos servidores. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mai. 2009. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-6856-25-maio-2009-588402-publicacaooriginal-112895-pe.html>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF), **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 jul. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Brasília (DF), **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, 08 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7602.htm> Acesso em: 05 jun. 2017.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 28 mar. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado1988, 140 p. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 17 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.339/GM**, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. Brasília, DF, 1999. **Diário Oficial da União**, 19 nov. 1999, Seção I, p.21. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html> Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.679**, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS. Brasília, DF 2002. <Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.437**, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast - no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html>. Acesso em: 19 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.728**, de 11 de novembro de 2009a. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em 17 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.120**, de 01 de julho de 1998a. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília, DF, 1998. Disponível em:

<http://www.cerest.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_cerest/legislacao/gerados/portaria%203.120.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.252**, de 22 de dezembro de 2009b. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.908**, de 30 de outubro de 1998b. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html>. Acesso em: 16 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Estadual em São Paulo. **Saúde do Trabalhador: programa de qualidade de vida e promoção à saúde**. Brasília, DF, Ed: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_vida_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS: ambiência**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde - **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS. O Humaniza SUS na Atenção Básica**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf> Acesso em: 09 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília (DF), 2006. Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: Manual de gestão e gerenciamento**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2001. 580 p. tab, graf., (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/6024503-Ministerio-da-saude-saude-brasil-2008-20-anos-de-sistema-unico-de-saude-sus-no-brasil.html>>. Acesso em: 02 maio 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Lei nº 6.514**, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. Brasília, DF, 1977. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6514.htm>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Portaria MT/GM nº 3.214**, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, DF, 1978. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/839945.pdf>> Acesso em: 16 jul. 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores. **Diário Oficial da União**, 04 out. 1996, Brasília, DF. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras/norma-regulamentadora-n-07-programas-de-controle-medico-de-saude-ocupacional-pcmso>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e da Previdência Social. Portaria MTPS/GM n.º 3.751, de 23 de novembro de 1990. Altera a Norma Regulamentadora n.º 17 - Ergonomia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 de nov. de 1990. Seção 1, p.22.576-7. Disponível em: <<http://www.ctpconsultoria.com.br/pdf/Portaria-3751-de-23-11-1990.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE/GM n.º 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 2005, Seção 1. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-485-de-11-de-novembro-de-2005>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 161-187.

BORSOI, I. C. F. (2007). Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicol. Soc.** [online]. 2007, vol.19, n.spe [cited 2018-11-20], pp.103-111. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2017.

BROWNER, C. H. Job stress and health: The role of social support at work. **Research in Nursing and Health**, 10(1), 93-100, 1987. Nov. de 2018.

CAMELO S. H. J; CAMELO S. H. J. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Cienc Cuid Saude**, 2008, abr./jun.; 7(2):232-240. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5010/3246>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CHOR et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 219-224, jan. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100022>>. Acesso em: 11 nov. de 2018.

COMARU, C. M. **Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras da enfermagem: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa**. 2011. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011.

CODO, W.; JACQUES, M. (Org). **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, COFEN. Comissão de Business Intelligence. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais.** Brasília, DF, 2015, Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

COOPER, C. L.; DEWE, P. J.; O'DRISCOLL, M. P. Organizational stress: A review and critique of theory, research and applications. London: **Sage Publications**, 2001. Acesso em: 15 Nov. de 2018.

COOPER, C. L.; SLOAN, S.; WILLIAMS, S. Occupational stress indicator management guide. London: Thorbary Press, 1988. Acesso em: 10 Set. de 2018.

COX T; RIAL-GONZALEZ, E. Work related stress: the european picture. **Magazine (European Agency for Safety and Health at work)**. 2002; 3 (5):4-6. Disponível em: [file:///F:/Downloads/TE2800882ENC_-_Research_on_Work-Related_Stress%20\(1\).pdf](file:///F:/Downloads/TE2800882ENC_-_Research_on_Work-Related_Stress%20(1).pdf)

DAL PAI, D.; KRUG, J. S.; LAUTERT, L. Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem: ritmo acelerado e intensificação do prazer. **Enfermagem em Foco**. [S.l.], v. 2, n. 1, p. 38-43, fev. 2011. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/72>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2008, maio-jun.; 16(3). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_17.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2017.

DIAS, E. C. **Organização da atenção à saúde no trabalho**. [A. do livro] M. Ferreira Jr. Saúde no trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827. Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400007&lng=en>. Acesso em: 10 jul. 2017.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 2006 jul.-ago.; 14(4):517-25. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FACIN, G. D.; PAVAO, S. M. O. A enfermagem do trabalho: Relato de uma experiência profissional. In: **2 SITEN - Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem**, 2008. Anais 2 SITEN, 2008. Nov. de 2018.

FELLI, V. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco** [internet]. 2012 [acesso jul. 2017] 3 (4):178-1. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/379/170>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

FERNANDES, S. M. B. A.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]; 10(2):414-27. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a13.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

FERREIRA, R. C.; GRIEP, R. H.; FONSECA, M. J. M.; ROTENBERG, L. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem, **Rev. Saúde Pública**, vol.46, n.º 2, São Paulo, abr. 2012, Epub, fev. 24, 2012, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000018>>. Acesso em 23 mar. 2017.

FERREIRA, R. C. *Apoio social no trabalho e absenteísmo-doença em trabalhadores de enfermagem*. 2010. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 jul. 2017.

FREITAS, A. L. P.; SOUZA, R. G. B.; QUINTELLA, H. L. M. M. Qualidade de vida no trabalho do técnico-administrativo em IES públicas: uma análise exploratória. **Revista Brasileira de Qualidade de vida**. v. 05, n 02, abr./jun. 2013, p. 01-12. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1382/974>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

FRONE, M. R.; YARDLEY, J. K.; MARKEL, K. S. Developing and testing an integrative model of the work-family interface. **Journal of Vocational Behavior**, 50(2), 145-167, 1997. Nov. 2018.

FRONE, M. R.; RUSSELL, M.; COOPER, M. L. Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. **Journal of Applied Psychology**, 77(1), 65-78, 1992. Nov. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONCALVES, F. G. A. et al. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2015, jul.-set.; 24(3): 646-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00646.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

GUIMARÃES, L. A. M.; FREIRE, H. B. G. **Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde**. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. Série saúde mental e trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 2, cap. 1, p. 29-54.

GUIMARÃES, L. A.; RIMOLI, A. O. *Mobbing* (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. **Psicol. teori. pesqui**. Brasília, DF, v. 22. n. 2, p. 183-192, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722006000200008&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 19 jul. 2017.

GUIMARÃES, L. A. M.; SIEGRIST, J.; MARTINS, D. A. **Modelo de estresse ocupacional ERI (*effort-reward imbalance*)**. In: GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. *Série saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. v. 2, p. 69-84. No prelo.

GOMES, G.C.; LUNARDI FILHO, W.D.; ERDMANN, A. L. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **R Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, 2006, jan.-mar; 14(1):93-9, p. 99. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a15.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

KARASEK, J. R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, 24 285-308, 1990. Nov. de 2018.

KARASEK, J. R.; THEORELL, T. **Healthy work: stress productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books. Nov. de 2018.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. **Estudos Seccionais**. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 193-219.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 7. ed. 3. reimp. São Paulo: Atlas, 2016.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christopher Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

LANDERDAHL, M. C.; VIEIRA, L. B.; CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M. Processo de empoderamento feminino mediado pela qualificação para o trabalho na construção civil. **Esc Anna Nery** 2013 abr - jun; 17 (2):306 - 312. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a15.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2017.

LAUREL, A. C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1985, p.255-276.

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

LIPP, M. N.; MALAGRIS, L. N. **O Stress Emocional e seu Tratamento**. In: Bernard Range (Org). São Paulo: Artes Médicas. 2001.

LIPP, M. E. N. **Sentimentos que causam stress: como lidar com eles**. Campinas, SP: Papyrus Editora. 2009.

LIPP, MEN (organizadora). **O stress está dentro de você**. Ed. Contexto, 2013.

LIPP MEN. **Manual do Inventário de sintomas de stress para adultos (ISSL)**. 2.ed. São Paulo. Editora Casa do Psicólogo. 2011.

MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S. M. R. C. **Os Caminhos da Enfermagem - De Florence à globalização**. 1. ed., Phorte Editora - São Paulo, SP. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIROS, R. e MATTOS, R. A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, p.33-46, 2005.

MARTINEZ, S. V. *Riesgopsicosocial: el modelo demanda - control - apoyo social*. 1984. Recuperado em 1 de julho de 2004, Disponível em: <<http://www.mtas.es/msm/mp/603.htm>>. Acesso em: 13 ago. 2017.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica acerca dos acidentes do trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 571-7, jul. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000400015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MALLMANN, D. G.; SOUSA, J. C.; HAMMER; SCHMIDT, K. S. A. Acidentes de trabalho e sua prevenção na produção científica brasileira de enfermeiros: revisão integrativa. **Ciência& Saúde**. 2016; 9(1):49-54. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21810>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

MANUAL de Legislação do Trabalho, São Paulo: Ed. Atlas, 2001.

MEDEIROS, F. M. M. A. et al. As relações de trabalho na contemporaneidade brasileira. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais Fita** [online]. 2013, [acesso dez 2015] 1: 47-59. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/700/381>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

MELLO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Ed. Cortez, 1986

MELLO, M. T. **Trabalhador em turno - Fadiga**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2013.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Vivências de prazer - sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: FERREIRA, Mario César Ferreira, MENDES, Ana Magnólia, OLIVEIRA BORGES, Lívia de (Org.) **“Trabalho em transição, saúde em risco”**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

MENDES, A. M. Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org). **Trabalho e saúde - O sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008.

MENDES, A. M.; ARAÚJO, L. K. R. **Clínica Psicodinâmica do Trabalho**. O Sujeito em ação: Curitiba: Juruá, 2012.

_____. **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MEIRELLES, N. F.; ZEITOUNE, R. C. G. Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. **Esc Anna Nery**. 2003; 7(1):78-88. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1121>. Acesso em: 17 jul. 2017.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 59, n. 5, p. 661-665, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000500013&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 10 jul. 2017.

MORAES FILHO I. M.; ALMEIDA R.J. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Prom Saude [on line]** 2016 [acesso fev 2018] 29(3):447-4. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4645/pdf>

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho - a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, 1986.

OGUISSO, T.; SCHIMIDT, M. J. **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 3.ed., 2010.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Factores psicosociales em el trabajo*. **Ginebra: Oficina Internacional Del Trabajo**, 1986. jul. 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança. **Boletim Internacional do Trabalho. OIT**. Portugal, abr. 2010. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf>. Acesso em jul 2017.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **A OIT no Brasil: Trabalho decente para uma vida digna**. 2012. 28 p. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/oit%20no%20brasil_folder_809.pdf>. Acesso em: 01 jan 2018.

OLIVEIRA, D. C. Análise do conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2008 out.-dez.; 16(4): 569-576. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

OLIVEIRA E. B. et al. Produção do conhecimento da enfermagem sobre os riscos psicossociais no trabalho: revisão sistematizada da literatura. **Rev. Enfermagem Atual** 2010; 60: 31-4 (impressa).

OLIVEIRA, E. B. et al. Trabalho de Enfermagem em emergência hospitalar - riscos psicossociais: pesquisa descritiva. **Online Brazilian Journal of Nursing**. [S.l.], v. 12, n. 1, p. 73-88, mar. 2013. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4046/html2>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

OLIVEIRA, E. B. et al. Precarização do trabalho em serviço de emergência e dimensionamento de pessoal: um desafio para a gerência de enfermagem e a qualidade do serviço. In: **Programa de atualização em enfermagem**. UNICOVSKY, M.A., WALDMAN, B.F., Spezani RS (Org). Artmed Pan-americana Editora. Porto Alegre, 2016.158p.

OLIVEIRA, E.B. et al. Estresse ocupacional e consumo de ansiolíticos por trabalhadores de enfermagem. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5):615-21. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a06.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

OLIVEIRA, E. B. et al. Estresse ocupacional e *burnout* em enfermeiros de emergência: a organização do trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**. [S.l.], v. 25, p. e28842, jun. 2017. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28842>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. OMS. Tradução do Serviço Social da Indústria. Brasília: SESI/DN, 2010. nov. 2018.

PAULINO, D. C. R.; LOPES, M. V. O.; ROLIM, I. L. T. P. Biossegurança e acidentes de trabalho com perfuro-cortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza-CE. **Cogitare Enferm**. Cogitare Enferm 2008 out./dez.; 13(4):507-13. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/13109/8867>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

PERRY-JENKINS, M.; REPETTI, R. L.; CROUTER, A. C. **Work and family in the 1990s**. Journal of Marriage & the Family, 62(4), 981-999, 2000. Nov. 2018.

REIS, A. M. V. et al. **Desenvolvimento de equipes**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

REIS, D. R.; CARVALHO, H. G. **Gestão Tecnológica e Inovação**. 2009.

RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e trabalho**: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. Martinari, 2.ed., 2012.

ROBAZZI, M. L. D. O. C. C. et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. **Rev Enferm UERJ**. 2012; 20(4):526-32. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100009>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANCHEZ, M. O. et al. Atuação do Cerest nas ações de vigilância em Saúde do Trabalhador no setor canavieiro. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 37-43, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500006>. Acesso em: 10 jul. 2017.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev Saúde Pública**. ago. 2006, 40(spe):101-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30629.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em Saúde. **Comunicação Interface** v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2017.

SARAIVA, L. E. F. et al. Condições crônicas de saúde relacionadas à qualidade de vida de servidores federais. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 35-41, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.46666>>. Acesso em 25 mar. 2017.

SANTANA, L. L. et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 64-70, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100008>. Acesso em: 05 jun. 2017.

SECCO, I. A. et al. (2010). Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. (Ed. port.), v. 6, n. 1, p. 1-17, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38713>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

SELYE H. **Stress, a tensão da vida**, 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1959.

SELLIGMANN-SILVA, E. S. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

SIEGRIST, J. *Adverse health effects of effort: Reward imbalance at work*. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 190-204). New York: Oxford University Press, 1998.

SIEGRIST J. *Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work*. **J Occup Health Psychol** 1996; 1:27-43. Nov. de 2018.

SILVA A. A; ROTEMBER L; FISCHER F. M. Jornada de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-1126, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600014>. Acesso em: 11 nov. de 2018.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 169-173, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000100023&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 29 mar. 2017.

SILVA, S. M. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 300-308, fev. 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692013000100003&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 23 de mar. 2017.

SILVA L. S; BARRETO S. M. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala *effort-reward imbalance*: um estudo com trabalhadores de banco. **Rev Panam Salud Publica**. 2010, 27(1):32-6. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2010.v27n1/32-36/pt/>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SCHMIDT D. R. C. Modelo demanda-controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**. 2013, 66(5):779-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500020. Acesso em: 21 de out. 2018

SPINDOLA T. **O mundo do CTI sob a ótica da enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: T. Spindola, 2003.

TAMAYO, A. Prioridades axiológicas, atividade física e estresse ocupacional. **Revista de Administração Contemporânea**. Curitiba, v. 5, n. 3, p. 127-147, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552001000300007>. Acesso em: 12 jul. 2017.

TEIXEIRA, R. C.; MANTOVANI, M. F. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. 2, p. 415-421, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200022>. Acesso em: 12 jul. 2017.

TRINDADE, L. L. et. al. Estresse e síndrome de *burnout* entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. **Acta paul. enferm**. São Paulo, v. 23, n. 5, p. 684-689, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500016>. Acesso em: 12 jul. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TSUTSUMI, A. et al. *Association between job and depression among japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary*. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, 27(2), 146-153, 2001. Nov. de 2018.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; FREITAS, E. O. Produção de conhecimento sobre saúde e doença na equipe de enfermagem na assistência hospitalar. **Cienc Cuid Saúde**. 2011, jan./mar.; 10(1): 162-8. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10931>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

VASCONCELOS E. F.; GUIMARÃES L. A. M. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Revista Psicólogo Informação**. 2009; 13(13): 11-36. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/2075>>. Acesso em: 11 nov. de 2018.

VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma Política de Estado*. 2007, 421 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

VASCONCELOS, E. F.; GUIMARÃES, L. A. M. Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. **Psicólogo informação**. ano 13, n. 13, p. 11-36, jan./dez. 2009. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/view/2075/2040>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

VIEIRA, M. L. C. et al. Precarização do trabalho em hospital de ensino e presenteísmo na enfermagem. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, 2016; 24(4):e23580. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.23580>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

VIEIRA, N. F. **Avaliação do estresse entre os enfermeiros hospitalares de um município do sul de Minas Gerais**. 2015, 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2015.

VILLALOBOS, J. O. *Estrés y trabajo*. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004. **Revista de Medicina y Salud**. Disponível em: <www.medspain.com/n3-feb99/stress.htm>. Acesso em: 20 de jun. 2018.

WEYERS S. M. A.; PETER R.; BOGGILD H; JEPPESEN H. J.; SIEGRIST J. *Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model*. **Nordic College of Caring Science**. Scand J Caring Sci; 2006; 20, 26-34. Nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidance on the Europeans Framework for Psychosocial Risk Management - A resource for employers and worker representatives*. **Protecting Workers' Health** Series N° 9, 2008, 63 p. Nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicais*. (Série protección de la salud de los trabajadores; n° 3; 2004. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf Acesso em: 14 fev 2018.

WURDIG, V. S.; RIBEIRO, E. R. Stress e doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho executado por profissionais da área da saúde. **Revista Saúde e Desenvolvimento** [online] 2014 6(3): 219-33. Disponível em: <<https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/viewFile/195/233>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

ZANELLI, J. C. **O Psicólogo nas Organizações de Trabalho**. Florianópolis, Paralelo, 2009.

ZANELLI, J. C. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZARPELAO, R. Z. N.; DE MARTINO, M. M. F. Demanda controle em trabalhadores hipertensos da construção civil. **Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**. São Paulo, v. 9, n. 1. 2014. Disponível em: <<http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/InterfacEHS/demanda-controle-em-trabalhadores-hipertensos-da-construcao-civil/>> Acesso em: 20 de jun. 2018.

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Fatores de risco psicossocial no trabalho de enfermagem em hospital universitário: modelo desequilíbrio esforço recompensa”** que possui como objetivos: avaliar os níveis de esforço e recompensa advindos do trabalho em unidades de internações clínica em uma amostra de trabalhadores de enfermagem; analisar a relação entre os esforços despendidos no trabalho e as recompensas em uma amostra de trabalhadores de enfermagem; discutir a relação entre os níveis de esforços e estresse em uma amostra de trabalhadores de enfermagem.

Você responderá a um instrumento contendo, em sua primeira parte, alguns dados sobre as características dos participantes seguido de outro instrumento estruturado para avaliar os esforços e recompensas advindas do trabalho. A coleta de dados será realizada em local privativo, após agendamento e de acordo com a sua disponibilidade. Esta pesquisa não representa riscos a sua integridade física ou psíquica, sendo garantido a sua liberdade de declinar em qualquer fase, caso sinta algum tipo de desconforto ao falar sobre a temática estresse no trabalho. Caso você queira retirar alguma dúvida ou solicitar outros esclarecimentos, poderá entrar em contato telefônico ou pessoalmente com o pesquisador. Poderá, também, recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Sua participação é voluntária e você poderá recusar-se a participar a qualquer momento e retirar seu termo de consentimento. Sua recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você não terá custos ao participar deste estudo. Estão garantidos e assegurados o sigilo dos dados e o anonimato. Os resultados do estudo serão utilizados apenas para fins acadêmicos, sendo que a guarda dos depoimentos é de responsabilidade do pesquisador. O acesso aos dados será feito somente através do contato com os pesquisadores. A divulgação dos resultados ocorrerá sob a forma de relatório, apresentação em eventos científicos e produção de artigos.

Assinando este termo, você concorda em participar voluntariamente e declara que todas as dúvidas foram sanadas. Embora concordando em participar, você não está desistindo de nenhum direito. Se você não entendeu alguma parte deste documento pergunte ao pesquisador antes de assinar. Pesquisadores responsáveis: Mestranda Fernanda Medeiros da Fonseca Beiral (femedeiros@hucff.ufrj.br) e Professor Doutor Elias Barbosa de Oliveira (orientador), pertencentes ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Comissão de Ética em Pesquisa: Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 3018, Bloco E. CEP: 20550-900. Tel: (21)2334-2180.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário da pesquisa acima descrita.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

BLOCO A - Características sociodemográficas e profissionais:

- A1. Sexo: 0 () Masculino 1 () Feminino
- A2. Faixa etária: 1 () Menores de 25 anos. 2 () 26 a 34 anos. 3 () 35 a 44 anos. 4 () acima de 45 anos
- A3. Categoria profissional: 0 () Auxiliar de Enfermagem 2 () Enfermeiro 3 () técnico de Enfermagem
- A4. Estado civil: 0 () Solteiro 1 () Casado/ União estável 2 () Divorciado 3 () Viúvo
- A5. Escolaridade: 0 () Ensino Médio 1 () Graduação 2 () Especialização 3 () Mestrado 4 () Doutorado
- A6. Tipo de contrato: 0 () Estatutário 1 () Contrato CLT 2 () Extraquadro
- A7. Possui outro emprego? 0 () Sim 1 () Não
- A8. Tipo de jornada nessa unidade: 0 () Plantão diurno 1 () Plantão noturno 2 () Manhã 3 () Tarde
- A9. Carga horária semanal nessa unidade: 0 () 30 h 1 () <30
- A10. Carga horária total considerando outros vínculos: 0 () 20h. 1 () 30h. 2 () 40h. 3 () 50h. 4 () > 50
- A11. Renda Familiar: 0 () 1 a 2 salários mínimos 1 () 3 a 5 salários 2 () 6 a 8 salários 3 () Acima de 8 salários mínimos

BLOCO B - Avaliação do estado de saúde:

- B1. Você tem algum problema de saúde diagnosticado? 0 () Sim 1 () Não
Caso afirmativo: () agudo () crônico Qual? _____
- B2. Você realiza algum tratamento? 0 () Sim 1 () Não Caso afirmativo, especifique: _____
- B3. Faz uso de algum medicamento prescrito para o seu problema de saúde? 0 () Sim 1 () Não 2 () automedicação.
Caso afirmativo, qual: _____
- B4. Esteve afastado deste trabalho para tratamento de algum problema de saúde dentro dos últimos 6 meses?
0 () sim 1 () não.
Especifique porquê: _____
- B5. Você teve algum acidente de trabalho nos últimos 6 meses? 0 () Sim 1 () Não
Caso afirmativo, qual motivo? () queda () acidente biológico () torção () trajeto () outros
Em caso de outros, especifique: _____

Fonte: Oliveira EB. Grupo de Estudos Saúde Mental e Trabalho. PPGENF/UERJ. (2018).

ANEXO B - INSTRUMENTO – DESEQUILÍBRIO ESFORÇO-RECOMPENSA (DER) (SIEGRIST, 2008).

1) Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.

1. () CONCORDO > E com isso, eu fico:

1.1 () Nem um pouco estressado 1.2 () Um pouco estressado 1.3 () Estressado

1.4 () Muito estressado

2. () DISCORDO

2) Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.

1. () CONCORDO > E com isso, eu fico:

1.1 () Nem um pouco estressado 1.2 () Um pouco estressado 1.3 () Estressado

1.4 () Muito estressado

2. () DISCORDO

3) Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.

1. () CONCORDO > E com isso, eu fico:

1.1 () Nem um pouco estressado 1.2 () Um pouco estressado 1.3 () Estressado

1.4 () Muito estressado

2. () DISCORDO

4) Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.

1. () CONCORDO > com isso, eu fico:

1.1 () Nem um pouco estressado 1.2 () Um pouco estressado 1.3 () Estressado

1.4 () Muito estressado

2. () DISCORDO

5) Meu trabalho exige muito esforço físico.

1. () CONCORDO > E com isso, eu fico:

1. () Nem um pouco estressado 2. () Um pouco estressado 3. () Estressado 4. () Muito estressado

2. () DISCORDO

6) Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.

1. () CONCORDO > E com isso, eu fico:

1.1 () Nem um pouco estressado 1.2 () Um pouco estressado 1.3 () Estressado

1.4 () Muito estressado

2. () DISCORDO

7) Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.

1 () CONCORDO

2. DISCORDO > E com isso eu fico:

2.1 () Nem um pouco estressado 2.2 () Um pouco estressado 2.3 () Estressado

2.4 () Muito estressado

8) Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.

1 () CONCORDO

2. DISCORDO > E com isso eu fico:

2.1 () Nem um pouco estressado 2.2 () Um pouco estressado 2.3 () Estressado

2.4 () Muito estressado

9) No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.

1. () CONCORDO

2. DISCORDO > E com isso eu fico:

2.1 () Nem um pouco estressado 2.2 () Um pouco estressado 2.3 () Estressado

2.4 () Muito estressado

10) No trabalho, eu sou tratado injustamente.

1. () CONCORDO > E com isso, eu fico:

1.1 () Nem um pouco estressado 1.2 () Um pouco estressado 1.3 () Estressado

1.4 () Muito estressado

2. () DISCORDO

11) Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.

1. () CONCORDO > E com isso, eu fico:

1.1 () Nem um pouco estressado 1.2 () Um pouco estressado 1.3 () Estressado

1.4 () Muito estressado

2. () DISCORDO

12) No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.

1. () CONCORDO > E com isso, eu fico:

1.1 () Nem um pouco estressado 1.2 () Um pouco estressado 1.3 () Estressado

1.4 () Muito estressado

2. () DISCORDO

13) Tenho pouca estabilidade no emprego.

1. () CONCORDO > E com isso, eu fico:

1.1 () Nem um pouco estressado 1.2 () Um pouco estressado 1.3 () Estressado

1.4 () Muito estressado

2. () DISCORDO

14) A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.

1. () CONCORDO

2. DISCORDO > E com isso eu fico:

2.1 () Nem um pouco estressado 2.2 () Um pouco estressado 2.3 () Estressado

2.4 () Muito estressado

15) No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.

1. () CONCORDO

2. DISCORDO E com isso eu fico:

2.1 () Nem um pouco estressado 2.2 () Um pouco estressado 2.3 () Estressado

2.4 () Muito estressado

16) Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.

1. () CONCORDO

2. DISCORDO > E com isso eu fico:

2.1 () Nem um pouco estressado 2.2 () Um pouco estressado 2.3 () Estressado

2.4 () Muito estressado

17) No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

1. () CONCORDO

2. DISCORDO > E com isso eu fico:

2.1 () Nem um pouco estressado 2.2 () Um pouco estressado 2.3 () Estressado

2.4 () Muito estressado

Fonte: CHOR et al. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad. Saúde Pública*. 2008; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100022> . Acesso em: 20 de Nov. de 2018.

ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UERJ.

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores de risco psicossocial e estresse em trabalhadores de enfermagem: modelo esforço e recompensa no trabalho

Pesquisador: FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80493417.9.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.549.854

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado de Fernanda Medeiros da Fonseca Cabral, da Faculdade de Enfermagem da UERJ, orientada por Elias B. de Oliveira.

Existem diversos problemas relacionados às condições e aos processos de trabalho que afetavam o bem-estar e a saúde dos trabalhadores de enfermagem. Quanto aos aspectos profissionais, destacam-se: o duplo vínculo empregatício, jornadas de trabalho extensas, sentimentos de desvalorização profissional, entre outros. No aspecto organizacional temos: a terceirização dos serviços e o trabalho temporário que não garantem os direitos trabalhistas previstos em lei, gerando trabalhadores com vínculos empregatícios distintos. Os objetivos são: avaliar os níveis de esforço e recompensa advindos do trabalho em unidades de internações clínicas em uma amostra de trabalhadores de enfermagem; discutir a relação entre os níveis de esforços e estresse em uma amostra

de trabalhadores de enfermagem; analisar a relação entre os esforços despendidos no trabalho e as recompensas em uma amostra de trabalhadores de enfermagem. Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, cujos campos serão as unidades de internação clínica de um hospital universitário público situado no município do Rio de Janeiro. O recrutamento dos participantes será realizado mediante um censo, sendo a amostra

selecionada a partir dos seguintes critérios de inclusão: trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com vínculo estatutário, os temporários e os

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.549.854

que exerçam suas atividades laborativas a partir de 06 meses no serviço). Serão excluídos os trabalhadores com menos de 06 meses de atuação no serviço, em licença para tratamento de problemas de saúde e outros afastamentos. Na coleta de dados, será utilizado um questionário para avaliar os níveis de esforço e recompensa e um instrumento estruturado para a caracterização sócio profissional dos participantes. A coleta será realizada na HUCCF/UFRJ.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os níveis de esforço e recompensa advindos do trabalho em unidades de internações clínica em uma amostra de trabalhadores de enfermagem;

Objetivo Secundário:

Discutir a relação entre os níveis de esforços e estresse em uma amostra de trabalhadores de enfermagem e analisar a relação entre os esforços despendidos no trabalho e as recompensas em uma amostra de trabalhadores de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em princípio o estudo não apresenta riscos de natureza social, psíquica e físico. Mas, pode ocorrer algum constrangimento em responder a alguma das perguntas.

Não há benefícios diretos, mas as discussões e reflexões sobre a relevância de uma política institucional voltada para a prevenção de agravos à saúde do trabalhador e condições dignas de trabalho, pode contribuir para uma maior conscientização dos profissionais acerca da problemática foco desta pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem fundamentado e bem descrito. Apresenta todos os itens essenciais para a avaliação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está devidamente carimbada e assinada.

Apresentou as cartas de anuência do Diretor Geral do HUCCF-UFRJ e da Enfermeira-Chefe do Serviço de Internações Clínicas do HUCCF.

Apresentou também uma declaração de adequação de infra-estrutura para realização da pesquisa, assinada pelo Diretor Geral do HUCCF.

O orçamento está condizente com a pesquisa.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 2.549.854

O cronograma está adequado.

O TCLE apresenta todos os itens requeridos pela Norma 466-12 e está bem apresentado.

Os instrumentos de coleta de dados estão adequados e não oferecem riscos éticos para os participantes.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2019. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1000235.pdf	16/02/2018 20:12:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_BROCHURA_INVESTIGADOR.pdf	16/02/2018 08:56:19	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TERMO_DE_CONSENTIMENTO.pdf	16/02/2018 08:54:15	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/11/2017 10:44:37	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Dos_Pesquisadores.pdf	25/10/2017 09:36:50	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Outros	Carta_de_Apresentacao_CEP_HUCFF.pdf	24/10/2017 15:19:16	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Diretor_Geral.pdf	24/10/2017 15:14:29	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Declaração de	autorizacao_Chefe_de_Enfermagem.	24/10/2017	FERNANDA	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 2.549.854

Instituição e Infraestrutura	pdf	15:13:44	MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INFRAESTRUTURA.pdf	24/10/2017 15:01:31	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Março de 2018

Assinado por:

Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO D - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ.

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores de risco psicossocial e estresse em trabalhadores de enfermagem: modelo esforço e recompensa no trabalho.

Pesquisador: FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96645318.5.0000.5257

Instituição Proponente: HOSPITAL UNIVERSITARIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.906.606

Apresentação do Projeto:

Protocolo 280-18, do grupo III, recebido em 23.8.2018.

As informações colocadas nos campos denominados "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1204343.pdf" (submetido na Plataforma Brasil em 23/08/2018).

INTRODUÇÃO:

O interesse pelo objeto de estudo "fatores de risco psicossocial e estresse em trabalhadores de enfermagem de unidades de internação clínica" emergiu após meu ingresso em um hospital universitário, através de aprovação em um concurso público, onde inicialmente fui lotada como enfermeira plantonista de um setor de clínica médica (unidade de internação). Sete meses após minha lotação, fui convidada pela Direção de Enfermagem para assumir a chefia de um setor dessa mesma unidade de internação. No entanto, com o passar do tempo, me deparei com alguns problemas relacionados às condições e aos processos de trabalho que afetavam o bem-estar e a saúde dos trabalhadores de enfermagem. Durante quase dois anos atuando como enfermeira chefe de um setor de clínica médica, pude vivenciar e compartilhar com os trabalhadores de

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481

E-mail: cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA



Continuação do Parecer: 2.906.606

enfermagem suas insatisfações acerca da profissão, mais precisamente sobre a carga horária exaustiva, acúmulos de vínculos empregatícios, preocupações frente às precárias condições de trabalho, riscos ocupacionais à saúde e desconforto vivenciados no cuidado dos clientes hospitalizados. Além destes fatores, deve-se considerar a grave crise financeira e política que vem afetando, de modo substancial, os serviços públicos e, dentre eles, o da Saúde no país, o que gera desconforto e aflição nos servidores, diante da ameaça à estabilidade empregatícia e financeira dos servidores públicos em regime estatutário. Preocupava-me, também, o número expressivo de afastamentos do trabalho por licenças médicas, pois grande parte dos trabalhadores justificavam suas ausências como consequência do estresse vivenciado e/ou acumulado no ambiente de trabalho. Esta situação é referida por Estryn-Behar (2006) em seus estudos, confirmando que o estresse físico é um dos determinantes primários de alterações na saúde dos trabalhadores da área hospitalar, o que interfere na qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Em maio de 2016, na ocasião da 16ª Semana da Enfermagem do hospital em que trabalho, a chefe de serviço do serviço de internações clínicas, juntamente com os seus respectivos chefes de setores, reuniram-se para realizar um trabalho sobre o impacto do absenteísmo para a gestão do serviço de internações clínicas. Naquele momento, foi realizado um levantamento sobre os afastamentos dos funcionários do regime jurídico único (estatutários), através dos dados disponibilizados pelo Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador (SESSAT). Observou-se que de 185 funcionários, 101 estiveram de licença por motivo de saúde no ano de 2015 sendo, portanto, os afastamentos superiores aos recursos disponíveis para coberturas das ausências. Diante destes dados e com o grupo motivado em responder às demandas de atenção da unidade, pensou-se em uma proposta de trabalho inovadora, sendo realizada uma reunião na qual foi discutida a realização de um projeto de pesquisa visando contribuir para um melhor gerenciamento do serviço de internações clínicas intitulado “Contribuições para um melhor gerenciamento do cuidado do serviço de internações clínicas”, projeto este que ainda se encontra em andamento. As diferentes situações de trabalho associadas aos conflitos e aos sentimentos de insatisfação e desmotivação dos trabalhadores comprometem não só o desempenho produtivo, mas também o equilíbrio físico e mental desses trabalhadores. Portanto, não somente os profissionais de enfermagem são afetados por este problema, mas trabalhadores de um modo geral, cabendo às instituições onde atuam adotarem medidas de cunho organizacional e/ou administrativo, que visem controlar os fatores estressores responsáveis pelo absenteísmo e adoecimento do trabalhador (FERNANDES, 2014). As condições de trabalho envolvem, cada vez mais, modelos de produção e prestação de serviços com cadência acelerada e intensificada, os quais determinam o aumento da produtividade por meio da

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA



Continuação do Parecer: 2.906.606

combinação do ritmo de trabalho, da carga de responsabilidade e da redução dos intervalos de descanso na jornada de trabalho, o que leva à tendência progressiva de riscos ocupacionais, podendo originar efeitos crônicos à saúde e ao envelhecimento dos trabalhadores. Deve-se, também, se associar o descontentamento de alguns profissionais, decorrente da lacuna existente entre o sistema laboral no qual estão inseridos e suas expectativas em relação ao trabalho e à qualidade de vida. Para o trabalhador que está em condições inadequadas de trabalho, o que deveria ser fonte de realização e reconhecimento, torna-se espaço de sofrimento e angústia (DAL PAI D; LAUTERT L, 2008). Na enfermagem, houve reestruturação das formas produtivas para atender o aumento da demanda de trabalho, decorrente das exigências dos usuários e do crescente controle dos processos laborais. Assim, o fazer da equipe de enfermagem que atua em hospital é complexo e envolve diferentes exigências físicas e mentais que influenciam o binômio saúde/adoecimento. Esse conjunto de fatores leva à ansiedade, tensão e sofrimento, o que potencializa as cargas psíquicas (SILVA; FERREIRA, 2009).

HIPÓTESE:

A amostra pesquisada apresenta altos níveis de estresse decorrente dos esforços despendidos no trabalho e a baixa recompensa. Existe correlação entre os níveis de estresse ocupacional e os esforços despendidos no trabalho hospitalar na amostra estudada. Existe relação entre as baixas recompensas no trabalho e os esforços despendidos na amostra analisada.

METODOLOGIA PROPOSTA:

Método de natureza quantitativa por se tratar de um problema na área da saúde do trabalhador que, por sua natureza, requer um estudo exploratório - descritivo para o diagnóstico inicial da situação na perspectiva de realização de estudos posteriores (MINAYO, 2006). Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, cujos campos serão as unidades de internação clínica de um hospital universitário público situado no município do Rio de Janeiro. O recrutamento dos participantes será realizado mediante um censo, sendo a amostra selecionada a partir dos seguintes critérios de inclusão: trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com vínculo estatutário, os temporários e os que exerçam suas atividades laborativas a partir de 06 meses no serviço). Serão excluídos os trabalhadores com menos de 06 meses de atuação no serviço, em licença para tratamento de problemas de saúde e outros afastamentos. Na coleta de dados, será utilizado um questionário para avaliar os níveis de esforço e recompensa e um instrumento estruturado para a caracterização sócio profissional dos participantes. A coleta será

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA



Continuação do Parecer: 2.906.606

realizada na própria instituição, após a autorização do estudo pelo Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os dados obtidos serão lançados em uma planilha do tipo Excel e posteriormente tabulados e descritos mediante a técnica de análise estatística descritiva (números absolutos e relativos) cujos resultados serão discutidos a partir dos estudos recentes sobre a saúde do trabalhador e estudos sobre esforço e recompensas do trabalho na enfermagem.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

A amostra sera composta por profissionais de enfermagem (auxiliar de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem) lotados no serviço de internações clínicas com vínculo de trabalho estatutário ou temporário (extraquadro) e com tempo de atuação de, no mínimo, de seis meses.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

Serão excluídos todos os profissionais afastados para tratamento de doenças, férias e licenças de outra natureza e aqueles com menos de seis meses de atuação no serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os níveis de esforço e recompensa advindos do trabalho em unidades de internações clínica em uma amostra de trabalhadores de enfermagem.

Objetivo Secundário:

Discutir a relação entre os níveis de esforços e estresse em uma amostra de trabalhadores de enfermagem e analisar a relação entre os esforços despendidos no trabalho e as recompensas em uma amostra de trabalhadores de enfermagem;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

RISCOS:

A previsão dos riscos envolvidos para os participantes é mínima e consiste na devolução ou comunicação inapropriada de resultados dos estudos que pode gerar situações de conflito ou abalar vínculos para pessoas ou grupos na comunidade e em possível desconforto em compartilhar informações pessoais ou confidenciais. A pesquisa em tela oferece riscos mínimos

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255, 7° andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA



Continuação do Parecer: 2.906.606

(psíquico, intelectual e cultural), uma vez que não realiza nenhuma intervenção nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos participantes.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios serão ampliação dos estudos na linha de pesquisa Saúde Trabalho e Formação do PPGENF. Discussão e reflexão da relevância de uma política institucional voltada para a prevenção de agravos a saúde do trabalhador e condições dignas de trabalho com vistas à qualidade de vida da amostra.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É proposto um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, cujo objetivo é avaliar os níveis de esforço e recompensa advindos do trabalho em unidades de internações clínica, através da aplicação de questionários em uma amostra de trabalhadores de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem com vínculo estatutário, os temporários e os que exerçam suas atividades laborativas a partir de 06 meses no serviço) no HUCFF.

Trata-se de uma ressubmissão do protocolo CAAE: 80493417.9.3002.5257 atendendo as pendências do parecer CEP no 2.800.446, referente à adequação do cronograma e inclusão do pesquisador "Elias Barbosa de Oliveira" como integrante da equipe de pesquisa.

São esperados 132 participantes de pesquisa no Brasil.

Não haverá armazenamento de material biológico.

O projeto terá duração 01/10/2018 a 28/02/2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conferir item "Conclusões ou Pendências e Listas de Inadequações".

Recomendações:

1. Quanto à Folha de Rosto:

1.1 No campo da Instituição Proponente, a assinatura deve ser a da diretora da Faculdade de

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@huçff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA



Continuação do Parecer: 2.906.606

Enfermagem / UERJ

1.2 No campo do Patrocinador Principal, a assinatura deve ser a do diretor do HUCFF.

Obs: essas recomendações serão checadas quando da submissão do primeiro relatório semestral.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos no projeto original 280-18, recebido em 23/08/2018.

Ver Recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao Cep acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/conep/relatorio_final_encerramento.pdf>, bem como deve haver menção ao período a que se referem. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento.

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1204343.pdf	23/08/2018 14:03:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	23/08/2018 14:01:49	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO.docx	23/08/2018 14:01:05	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Outros	carta_de_apresentacao.pdf	22/08/2018	FERNANDA	Aceito

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

**UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA**



Continuação do Parecer: 2.906.606

Outros	carta_de_apresentacao.pdf	23:11:39	MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_INFRAESTRUTURA.pdf	21/08/2018 17:56:21	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	21/08/2018 17:54:27	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	21/08/2018 17:52:37	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Outros	folhaDeRosto_sem_assinaturas.pdf	21/08/2018 17:52:19	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Outros	Curriculos_Lattes_Dos_Pesquisadores.pdf	21/08/2018 17:49:09	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_Chefe_de_Enfermagem.pdf	21/08/2018 17:47:21	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Diretor_Geral.pdf	21/08/2018 17:47:01	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	21/08/2018 17:46:19	FERNANDA MEDEIROS DA FONSECA BEIRAL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 20 de Setembro de 2018

Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br