



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Natália Victor Madeira Senna

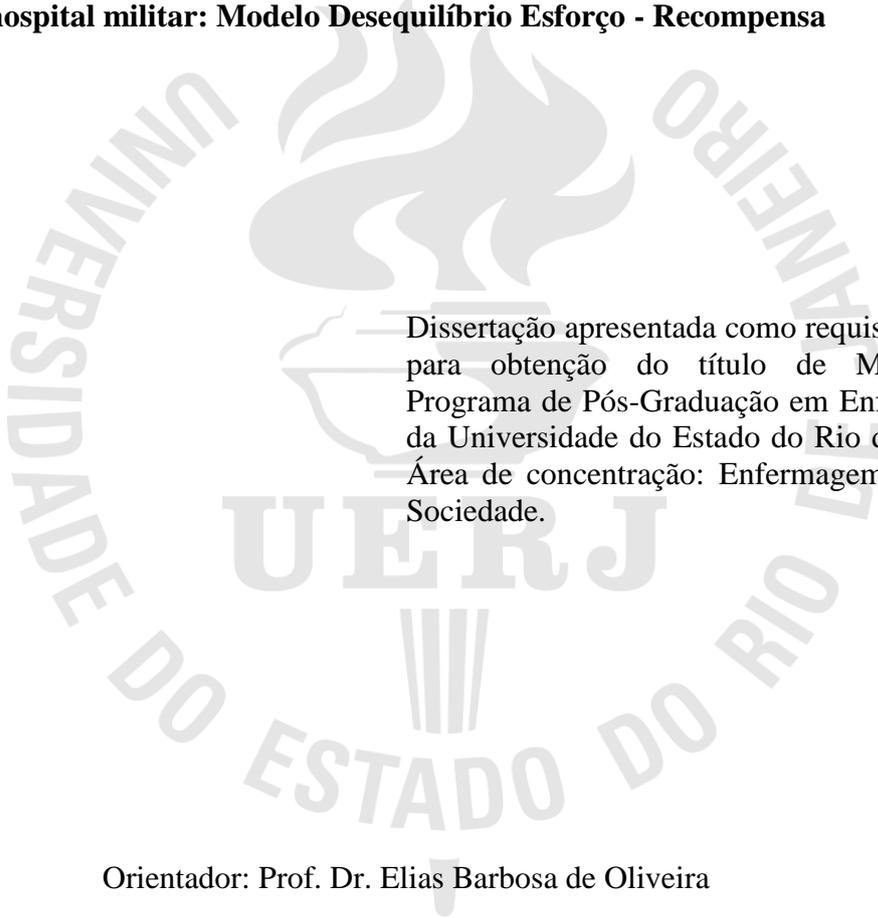
**Estresse psicossocial e qualidade de vida em trabalhadores de enfermagem
de um hospital militar: modelo desequilíbrio esforço - recompensa**

Rio de Janeiro

2019

Natália Victor Madeira Senna

Estresse psicossocial e qualidade de vida em trabalhadores de enfermagem de um hospital militar: 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

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

Kárin Cardoso CRB/7 6287

S478	<p>Senna, Natália Victor Madeira.</p> <p>Estresse psicossocial e qualidade de vida em trabalhadores de enfermagem de um hospital militar: modelo desequilíbrio esforço - recompensa / Natália Victor Madeira Senna. - 2019.</p> <p>90 f.</p> <p>Orientador: Elias Barbosa de Oliveira.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Enfermagem. 2. Saúde do trabalhador. 3. Administração de recursos humanos. 4. Saúde mental. 5. Qualidade de vida. I. Oliveira, Elias Barbosa de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	--

Kárin Cardoso CRB/7 6287

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

Assinatura

Data

Natália Victor Madeira Senna

Estresse psicossocial e qualidade de vida em trabalhadores de enfermagem de um hospital militar: 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 13 de dezembro de 2019.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira (Orientador)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dra. Sheila Nascimento Pereira de Farias
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Cristiane Helena Gallasch
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

À minha família e amigos, muito obrigada pelo apoio, amor e paciência. Ao meu esposo em especial, pelo suporte e compreensão, que foram fundamentais na minha caminhada. Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

A produção desta dissertação não aconteceria sem o auxílio de pessoas especiais.

Ao Professor Doutor Elias Barbosa de Oliveira que, muito além de orientador, foi um amigo, suavizando minha trajetória, compartilhando seus conhecimentos, sendo meu grande incentivador.

Às Professoras Dras. Cristiane Helena Gallasch e Luciana Fernandes Portela, na fase de execução do projeto e qualificação, pela leitura atenciosa do material, contribuições e sugestões.

Aos professores Dra. Sheila Nascimento Pereira de Farias, Dra. Joanir Passos Pereira, Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael e Dra. Cristiane Helena Gallasch pelas contribuições na Defesa final.

A todos os trabalhadores de enfermagem do Hospital da Polícia Militar do Rio de Janeiro, que aceitaram reservar um tempo de suas vidas para responderem aos instrumentos! Sem vocês, esse estudo não seria viável.

Aos professores e funcionários técnicos e administrativos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aos mestrandos, companheiros de um objetivo em comum.

À minha família e, em especial, ao meu esposo pelo apoio e compreensão da minha ausência em muitos momentos de dedicação ao estudo.

À minha filha, por tornar mais doce e leve os meus dias.

E a todos que contribuíram, direta e indiretamente, para a conclusão de mais uma etapa importante na minha vida.

RESUMO

SENNA, Natália Victor Madeira. **Estresse psicossocial e qualidade de vida em trabalhadores de enfermagem de um hospital militar**: modelo de desequilíbrio esforço-recompensa. 2019. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O presente estudo tem como tema “estresse psicossocial em trabalhadores de enfermagem de um hospital militar e a sua relação com a qualidade de vida”. O interesse investigativo, acerca da temática, deve-se à minha trajetória profissional e à realização de estudos sobre os riscos e estresse psicossocial em trabalhadores de enfermagem em decorrência das peculiaridades da organização do trabalho hospitalar e de suas exigências. Objetivos: caracterizar o estresse psicossocial no trabalho de enfermagem em um hospital militar, mediante o modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa; verificar a associação entre o estresse psicossocial no trabalho e as características da amostra e avaliar a qualidade de vida desses trabalhadores a partir do WHOQOL-bref e a associação com o estresse psicossocial. Método: estudo quantitativo do tipo transversal, descritivo e exploratório, cuja amostra foi composta por 151 trabalhadores de enfermagem de um hospital militar situado no município do Rio de Janeiro. Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa a participação, o estudo foi formalizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na coleta de dados, foram utilizados três instrumentos: caracterização dos participantes; Modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (Siegrist, 1996) e, na avaliação da Qualidade de Vida, o WHOQOL-bref (OMS, 1994), composto por 26 itens. Resultados: A amostra foi constituída, majoritariamente, pelo sexo feminino, casados, faixa etária entre 26 a 44 anos, nível de escolaridade médio/graduação e renda familiar acima de 6 salários mínimos, trabalho em turnos e carga horária acima de 32 horas. O estresse psicossocial da amostra foi caracterizado em baixo/médio DER (64,9%) e alto (35,1%). A exposição ao DER associou-se ($p < 0,005$) com as características da amostra: categoria profissional, escolaridade, carga horária e ter outro emprego. Sobre a QV geral, verificou-se uma boa média e satisfação geral com a saúde. Em relação aos domínios da QV, foram identificadas as seguintes associações: domínio físico - faixa etária de 26 a 44 anos e trabalhar em regime de plantão; domínios psicológico e social: sexo masculino. Não houve associação do DER com o domínio relações sociais. Conclusão: diante dos resultados, ratifica-se a relevância de medidas e/ou estratégias voltadas para a prevenção, minimização e manejo dos fatores estressores no ambiente laboral e promoção da qualidade de vida pela organização e o próprio trabalhador, com vistas à promoção da saúde e bem-estar do grupo.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde do trabalhador. Administração de recursos humanos. Saúde mental. Qualidade de vida.

ABSTRACT

SENNA, Natália Victor Madeira. **Psychosocial stress and quality of life in nursing workers of a military hospital**: effort-reward imbalance model. 2019. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The present study has as theme “psychosocial stress in nursing workers of a military hospital and its relationship with the quality of life”. The investigative interest on the subject is due to my professional career and studies on the risks and psychosocial stress in nursing workers due to the peculiarities of the organization of hospital work and its requirements. Objectives: to characterize psychosocial stress in nursing work in a military hospital through the effort-reward imbalance model; to verify the association between psychosocial stress at work and sample characteristics and to evaluate the quality of life of these workers from WHOQOL-bref (WHO, 1996) and the association with psychosocial stress. Method: a quantitative cross-sectional, descriptive and exploratory study whose sample consisted of 151 nursing workers from a military hospital located in the city of Rio de Janeiro. After approval of the project by the Research Ethics Committee, the participation was formalized by signing the Informed Consent Form. In data collection three instruments were used: characterization of participants; Effort-reward Imbalance Model (Siegrist, 1996); and in the quality of life assessment the WHOQOL-bref (WHO, 1994), composed of 26 items. Results: The sample consisted mainly of females, married, aged between 26 and 44 years old, average level of education / graduation and family income above 6 minimum wages, shift work and workload over 32 hours. The psychosocial stress of the sample was characterized as low / medium ERI (64.9%) and high (35.1%). Exposure to ERI was associated ($p < 0.005$) with the characteristics of the sample: professional category, education, workload, multiple links. Regarding overall QOL there was a good average and overall satisfaction with health. Regarding the QOL domains, the following associations were identified: physical domain - age group 26 to 44 years and working on duty; psychological and social domains: male gender. There was no association between ERI and the social relations domain. Conclusion: the results confirm the relevance of measures and / or strategies aimed at the prevention, minimization and management of stressors in the workplace and the promotion of quality of life by the organization and the worker himself in order to promote health and well being. being in the group.

Keywords: Nursing. Worker's health. Human resource management. Mental health. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o DER em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	45
Tabela 2 -	Exposição (DER). Distribuição de frequências em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019	49
Tabela 3 -	Autoavaliação da QVg e satisfação com o estado de saúde (SS) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	50
Tabela 4 -	Distribuição das respostas dos participantes sobre a autoavaliação da QVg em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	51
Tabela 5 -	Distribuição da avaliação da QV por domínio, de acordo com o WHOQOL-bref em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	53
Tabela 6 -	Distribuição da média dos escores em cada domínio e da QVg do WHOQOL-bref em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	53
Tabela 7 -	Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Físico (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	55
Tabela 8 -	Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Psicológico (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	57
Tabela 9 -	Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Relações Sociais (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	60
Tabela 10 -	Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Meio Ambiente (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	61

Tabela 11 - Associação da exposição (DER) e desfecho (cada domínio) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)	63
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DER	Desequilíbrio Esforço-Recompensa
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVg	Qualidade de Vida Geral
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
ST	Saúde do Trabalhador
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	SUPORTE TEÓRICO	21
1.1	Breve histórico da Saúde do Trabalhador	21
1.2	Estresse psicossocial e repercussões para a Saúde do Trabalhador	26
1.3	O ambiente de trabalho hospitalar e os riscos psicossociais	28
1.4	Riscos psicossociais e qualidade de vida no trabalho	30
1.5	Qualidade de vida, segundo a OMS	32
2	METODOLOGIA	34
2.1	Tipo de estudo	34
2.2	Campo de estudo	34
2.3	Amostra do estudo	35
2.4	Aspectos éticos do estudo	35
2.5	Técnica e instrumentos de coleta de dados	36
2.6	Variáveis do estudo	38
2.6.1	<u>Dados sociodemográficos</u>	38
2.6.2	<u>Variáveis ocupacionais</u>	39
2.6.3	<u>Escala Demanda Esforço-Recompensa</u>	39
2.7	Análise dos dados	41
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
3.1	Características da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o DER	44
3.2	Qualidade de vida, respectivos domínios e a associação com o DER	50
3.2.1	<u>Domínio Físico</u>	55
3.2.2	<u>Domínio Psicológico</u>	57
3.2.3	<u>Domínio Relações Sociais</u>	59
3.2.4	<u>Domínio Meio Ambiente</u>	61
	CONCLUSÃO	65
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	79
	APÊNDICE B - Instrumento caracterização da amostra	80

ANEXO A - Instrumento Demanda Esforço-Recompensa	81
ANEXO B - Instrumento WHOQOL-bref	85
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	87

INTRODUÇÃO

Com o advento da globalização, ocorreram inúmeras transformações no processo produtivo do trabalho em decorrência das exigências de conhecimentos, habilidades e polivalência em função das novas tecnologias. Acrescenta-se a esta problemática o desemprego estrutural, visto como resultado da reestruturação produtiva por parte das empresas, acarretando uma intensa pressão por resultados, o que tem gerado maior sobrecarga aos trabalhadores e dificuldades para diagnosticarem e atuarem em prol da própria saúde e do bem-estar coletivo (ZANELLI, 2010).

Se por um lado, a evolução tecnológica, impulsionada pelo processo de globalização, contribuiu para o desenvolvimento humano em seu contexto biopsicossocial, por outro acarretou maior fragilidade física e emocional aos trabalhadores, principalmente pela inadequação do aparato tecnológico às características psicofisiológicas dos trabalhadores. Portanto, dependendo da natureza do trabalho e das habilidades do trabalhador e/ou capacidade de resposta do trabalhador frente às exigências de produtividade, há que se considerar do estresse psicossocial e suas repercussões no processo saúde-doença e qualidade de vida (QV) (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Deste modo, todo aparato tecnológico que, em princípio, estaria a serviço da humanidade, acaba por elevar as pressões no trabalho diante da demanda de tempo, aumento de atribuições e de atividades, com o agravante de reduzir a atenção e o atendimento das prioridades. Essa interação dinâmica entre tecnologia, ambiente de trabalho e fatores humanos, quando negativa, pode desencadear distúrbios emocionais, problemas comportamentais e até o adoecimento em decorrência do estresse, tais como alterações cardiovasculares, gastrintestinais, neuroendócrinas e outras (LIPP, 2014).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) (OIT, 2000), dentre os agentes estressores presentes no ambiente de trabalho, existem os psicossociais, destacando-se: demandas acima das condições efetivas de produção, pouco reconhecimento profissional, reduzida participação nas decisões de gestão e planejamento, longas jornadas de trabalho, dificuldades de promoção, exposição constante ao risco e periculosidade, pressão do tempo e atuações de urgência, problemas de comunicação, competição no ambiente laboral e excesso de burocracia.

Os riscos psicossociais no trabalho são definidos, como:

[...] certas características do trabalho que funcionam como “estressores”, ou seja, implicam em grandes exigências no trabalho, combinadas com recursos insuficientes para o enfrentamento das mesmas. Tais recursos se referem à interação entre a percepção do trabalhador e o ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas externas ao trabalho que podem, por meio de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a satisfação do trabalhador (WHO, 2010, pág. 5).

O estresse psicossocial, segundo Guimarães, Siegrist e Martins (2004), é uma resposta a um desequilíbrio resultante de certas características do ambiente de trabalho que exigem alto esforço (demandas no trabalho e motivação individual dos trabalhadores na situação de demanda) e baixa recompensa (recompensa monetária, autoestima e controle social). A ausência de reciprocidade entre esforço e recompensa pode resultar em ativação fisiológica em longo prazo e consequentes respostas físicas e psicológicas do estresse. Assim, quando um alto grau de esforço não é correspondido com um alto grau de recompensa, surgem tensões emocionais e o aumento do risco de doença

Na área da saúde, e em especial no ambiente hospitalar, existem estressores psicossociais que mantêm relação com a organização do trabalho e suas exigências, tais como: baixa autonomia, pressão por produtividade, ritmo intenso de trabalho, cobrança por resultados, jornadas extensas, rotatividade dos trabalhadores, não valorização, dentre outros que podem afetar a QV dos trabalhadores (LIMA et al., 2015). Portanto, deve-se atentar para os desgastes a que esses profissionais se encontram expostos e as repercussões para o processo saúde-doença e a qualidade vida, fatores significativos no desencadeamento de transtornos relacionados ao estresse, como depressão reativa, ansiedade patológica, pânico, fobias, doenças psicossomáticas e outras (ALMEIDA et al., 2012).

Além dos fatores de risco psicossocial presentes nos ambiente social do trabalho de enfermagem, deve-se atentar para outros agravantes do estresse, tais como: os baixos salários, a realização de horas extras, a assistência a pacientes com risco de complicação e morte, a insuficiência de recursos humanos e materiais, dentre outros que afetam a saúde e a QV. Os enfermeiros insatisfeitos com a profissão apresentam maior nível de estresse, em comparação com aqueles que se sentem recompensados com a escolha profissional e administram melhor os conflitos (LIMA et al., 2015).

Dagget, Molla e Belachew (2016) acrescentam que, dependendo das demandas ou exigências físicas e psicológicas impostas pelo trabalho e o não gerenciamento dos eventos estressores pelo indivíduo ou organização, há o aumento das possibilidades de problemas psicossociais, como insatisfação, desmotivação, absenteísmo doença, adoecimento,

rotatividade e diminuição da produtividade, tendo, como consequências, prejuízos para a saúde, o bem-estar e a qualidade do serviço ofertado.

Segundo Lipp (2014), o estresse pode ter origem em fontes internas, relacionadas à subjetividade, tipos de personalidade e à maneira de reagir frente às questões da vida, e em fontes externas, quando decorrentes das exigências da organização, problemas familiares, dificuldades econômicas, dentre outras. Trata-se de uma reação complexa e global do organismo, envolvendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, e que se desenvolve em etapas. Caso não sejam adotadas medidas voltadas para a minimização das fontes estressoras, por parte do indivíduo ou organização, o processo de adoecimento físico e/ou mental se instala.

Mendes (2008) refere que o estresse advindo do ambiente de trabalho deve-se a uma tensão acumulada no indivíduo, em decorrência de seus esforços em se adaptar às demandas internas ou externas que lhe são impostas por variadas fontes, como a própria organização, suas condições e relações sociais de trabalho. Trata-se de um dos grandes problemas psicossociais que afetam a QV das pessoas, devido ao adoecimento e suas consequências, como faltas e absenteísmo, acarretando altos encargos sociais e econômicos às instituições, ao indivíduo e à sociedade.

Neste sentido, deve-se atentar para o fato de que os estressores de ordem psicossocial podem afetar a QV do indivíduo, sendo influenciada negativamente pelo nível de tensão que a pessoa vivencia, especialmente nas situações de persistência do estressor, ultrapassando a capacidade de adaptação e resistência do indivíduo ao evento (LIPP, 2014). Por outro lado, a percepção de QV dependerá do ambiente em que o indivíduo se encontra, das condições de realização e de satisfação das necessidades básicas, que a própria sociedade estipula como essenciais e que o indivíduo toma e deseja, ou não, como verdade para sua própria vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Em revisão da literatura sobre o estresse na enfermagem, Moraes, Filho e Almeida (2016) fazem referência a afastamentos dos postos de trabalho para o tratamento de doenças cardiovasculares, hipertensão, distúrbios mentais e neurológicos e síndromes depressivas. Os serviços onde os trabalhadores encontram-se mais susceptíveis ao estresse são aqueles de alta e média complexidade, como atendimento pré-hospitalar móvel (APH), pronto atendimento, unidades públicas de urgência e emergência, pronto socorro (OS) e unidades de terapia intensiva.

Para se compreender o estresse ocupacional, um dos modelos teóricos utilizados é o modelo Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER), proposto por Johannes Siegrist (1996), no

qual o estresse é uma resposta a um desequilíbrio resultante de certas características do ambiente de trabalho que exigem alto esforço (demandas no trabalho e motivação individual dos trabalhadores) e baixa recompensa (monetária, autoestima e controle social). A ausência de reciprocidade entre esforço e recompensa pode resultar em ativação fisiológica em longo prazo, com consequentes respostas físicas e psicológicas de estresse, sendo que as respostas aos estressores podem variar de acordo com alguns fatores, tais como genéticos, estilo de vida e estratégias de enfrentamento, sendo que o risco de doença aumenta na medida em que surgem tensões emocionais decorrente da ausência de reciprocidade (CHOR, 2008; SILVA; BARRETO, 2010).

Na medida em que o evento estressor se prolonga, com o indivíduo não possuindo recursos adaptativos ou de enfrentamento adequados, as consequências sobre o organismo podem ser mais intensas, levando ao desgaste progressivo e, às vezes, ao esgotamento ou exaustão emocional, o que, evidentemente, compromete a saúde e o desempenho do trabalhador (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Segundo Benevides-Pereira (2014), os enfermeiros, por desenvolverem relação de ajuda com os pacientes, tem merecido grande atenção quanto ao risco de desenvolverem a Síndrome de *Burnout* (SB). Esses profissionais, principalmente os que trabalham na área hospitalar, são submetidos a diversas situações estressoras, desde a convivência com o sofrimento humano, as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, conflitos entre valores pessoais e laborais, mudanças no quadro clínico do paciente, manuseio inadequado dos recursos tecnológicos até as condições estruturais inapropriadas.

Profissionais da área da saúde, dentre eles os da enfermagem, enfrentam situações no ambiente de trabalho que podem ser favoráveis ou não à QV. No perfil favorável deve-se considerar a interação social, a aprendizagem, a formação de uma identidade social e pessoal, o desenvolvimento e o uso de capacidades humanas. Por outro lado existem aspectos negativos, principalmente em relação a organização do trabalho que podem prejudicar a QV dos profissionais e dentre eles: a alienação, a subordinação, a hierarquização, a falta de autonomia, a exposição a sobrecargas que levam a processos de desgaste, o aumento da rotatividade e a desarticulação do coletivo de trabalhadores (FREIRE; COSTA, 2016).

Atualmente, pesquisadores e profissionais de várias áreas têm referido o aumento das investigações sobre a QV do trabalhador e a relevância de investimentos na área, cujos estudos demonstram que o desequilíbrio na saúde dos profissionais repercute, também, na qualidade do serviço e no nível de produção, impactando nos lucros das empresas. A ausência de investimentos em ações voltadas para a prevenção dos fatores de risco ou estressores no

ambiente físico e social de trabalho tem contribuído para o aumento do absenteísmo, auxílio-doença, reposição de funcionário, transferências, novas contratações e treinamentos (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

Segundo o Ministério da Previdência Social (2014), as doenças relacionadas a fatores de riscos ergonômicos e sobrecarga mental têm sido as principais causas de afastamento do trabalho. No país, dos 166,4 mil auxílios-doença em geral concedidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), cerca de 15,2 mil são por problemas mentais e comportamentais, sendo que a depressão ocupa lugar de destaque, com mais de 5,5 mil casos novos, entre episódios depressivos ou transtorno recorrente.

Diante do exposto e por meio de estudos realizados na área da Saúde do Trabalhador (ST) durante a graduação, residência e ao longo da minha experiência profissional, tenho refletido sobre as peculiaridades da organização do trabalho hospitalar e suas exigências. Por conviver com várias categorias profissionais e compartilhar de problemas inerentes às condições inadequadas de trabalho, aos conflitos no relacionamento interpessoal e às exigências dos próprios usuários e familiares, entendo que tais fatores de risco psicossocial funcionam como estressores e repercutem na saúde e na QV dos profissionais.

Acrescenta-se o fato de o ambiente social da instituição em que trabalho atualmente configurar-se como um espaço de atuação militar, cujas características são peculiares. em função dos seguintes aspectos: a antiguidade militar mandatória para a ocupação dos cargos e o recebimento de atribuições, o convívio constante com a morte em tempos de cenário de insegurança pública e a rigidez mantida pelas exigências de disciplina e obediência à hierarquia e/ou comandos.

Neste sentido, deve-se considerar as características da instituição que diferem das demais hospitais. Nesta organização, além de o trabalhador conviver com riscos de diversas naturezas, bastante descritos na literatura, ele também enfrenta outros agentes ou situações estressoras que comprometem a saúde e a QV, tais como: a necessidade de conhecimentos e habilidades específicas; a exigência de realização de cursos de atualização para atuar nos serviços de segurança; obediência às normas e às regras estabelecidas pela organização militar; exposição a questões de ordem política e mudanças dos cargos de confiança, como o de diretor dos gestores dos serviços, devido às políticas de governo, obrigando os trabalhadores a se adaptarem a estas mudanças.

Salienta-se que em uma instituição militar, geralmente, as exigências da organização se sobrepõem as de um serviço hospitalar comum. Assim, a disciplina e a operacionalização do serviço ocorrem pelo exercício da autoridade através dos comandos hierárquicos, o que

acarreta acúmulo de funções e de responsabilidades, exigência de metas, submissão, pressão advinda pela introdução de novas políticas e a pouca flexibilidade nas relações interpessoais.

Deste modo, há que se considerar que a organização do trabalho militar e suas exigências, em termos de linhas de comando, hierarquia e a rígida disciplina são estressores psicossociais com repercussões para a saúde e a QV dos profissionais. Acrescentam-se os encargos sociais e econômicos gerados ao indivíduo e à organização, em função do afastamento para tratamento de problemas de saúde, faltas e a interferência da qualidade do serviço ofertado.

Pressuposto do estudo:

- a) “A exposição dos profissionais de enfermagem ao estresse psicossocial no trabalho em instituição hospitalar afeta a sua QV”.

Objetivo geral:

Analisar a associação entre o estresse psicossocial percebido por profissionais de enfermagem de um hospital militar utilizando o modelo DER e a QV a partir do *World Health Organization Quality of Life*- abreviado (WHOQOL-bref).

Os objetivos específicos do estudo são:

- a) Caracterizar o estresse psicossocial no trabalho de enfermagem em um hospital militar, mediante o modelo DER;
- b) Verificar a associação entre o estresse psicossocial no trabalho e as características de uma amostra de trabalhadores de enfermagem de um hospital militar;
- c) Avaliar a QV dos trabalhadores de enfermagem de um hospital militar, a partir do WHOQOL-bref e a associação com o estresse psicossocial.

De acordo com a OIT (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, na medida em que o indivíduo não corresponde às exigências do trabalho. Todos esses problemas acarretam custos, do ponto de vista do sofrimento humano e de encargos financeiros, que têm representações para o indivíduo e para a sociedade, pois o

estresse está na origem de 50 a 60% do total de dias de trabalho perdidos. Outras causas externas ao trabalho, como a violência, o abuso de drogas, de álcool e uma tensão ao nível das relações familiares e pessoais devem também ser consideradas na gênese do estresse ocupacional, afetando, de modo peculiar, o desempenho e as relações profissionais.

Em recente revisão da literatura sobre o estresse na enfermagem, Moraes Filho e Almeida (2016) referem que se trata de uma temática relevante para a academia, profissionais e gestores, em que se evidenciam repercussões para a saúde física e mental dos trabalhadores, diante de achados, tais como: 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.

Um fator que pode comprometer ainda mais a saúde e a QV dos indivíduos, segundo Mesquita et al. (2014), são os estilos não adaptativos presentes nas pessoas com comportamento de consumo exagerado de alimentos, álcool e outras drogas, negação do problema e isolamento social, que podem ser correlacionados com o estresse e o adoecimento em decorrência da hipertensão e diabetes. Por outro lado, a prática de exercícios físicos, o suporte social da família, colegas de trabalho e amigos e atitudes positivas contribuem favoravelmente para níveis normais de pressão e glicemia.

No intuito de ampliar a análise acerca dos riscos psicossociais e suas consequências para a saúde e a QV dos trabalhadores de enfermagem, procedeu-se a busca das produções científicas através de revisão integrativa da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Bases de Dados da Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PUBMED).

Na seleção do material, utilizou-se como critérios de inclusão: artigos completos de campo ou originais, de livre acesso, de reflexão e de revisão publicados na língua nativa, inglês e espanhol, adotando-se como recorte temporal o período compreendido entre 2014 a 2019. Utilizou-se as terminologias e/ou Descritores em Ciência da Saúde (Decs), tendo realizado o cruzamento entre eles, recorrendo-se aos operadores booleanos *AND*. Palavras temas: enfermagem *AND* estresse *AND* QV.

A partir da busca nas bases de dados, foram encontrados 236 artigos, dentre os quais foram identificados 29 que abordam o estresse relacionado à atividade profissional de

enfermagem, atendendo aos critérios de inclusão adotados, sendo que apenas 10 estudos correlacionam estresse ocupacional na enfermagem e QV. Destes, 56% são estudos nacionais e os demais, em outros idiomas. Nenhum dos textos selecionados abordou a problemática do estresse ocupacional e sua relação com a QV em profissionais de saúde que atuavam em instituição militar.

Na análise dos estudos disponíveis integralmente, um artigo publicado em 2014 avaliou efeitos de um programa de atividade física laboral nos quadros de ansiedade, depressão, *burnout*, estresse e na autopercepção da saúde e QV em uma amostra de trabalhadores de enfermagem de uma unidade de cuidados paliativos. Em 2016, foram selecionados dois artigos que descrevem o estresse ocupacional e a QV. Um em professores universitários de enfermagem e o outro, que utilizou ensaio clínico randomizado, avaliou o uso de fitoterapia na redução do estresse, ansiedade e melhoria de QV.

Em 2017, um estudo utilizou o método de revisão de literatura sobre estresse e QV de graduandos de enfermagem e um outro abordou a QV no trabalho de 309 enfermeiros de um hospital público na Bahia.

Em 2018, um estudo buscou descrever o perfil e os fatores que influenciam a QV dos enfermeiros de um hospital de grande porte de Cabo Verde/África e um outro objetivou avaliar e correlacionar a QVT e o estresse ocupacional de 109 trabalhadores da equipe de enfermagem em uma Unidade de Pronto Atendimento.

Em 2019, foram encontrados apenas estudos com a temática estresse e enfermagem, sem relação com a QV dos profissionais.

Pelo fato de não ter sido encontrado nenhum estudo sobre estresse e QV em trabalhadores de enfermagem de instituição militar, o desenvolvimento da pesquisa contribuirá, primeiramente, para a divulgação de novos conhecimentos sobre o estresse ocupacional e a QV em enfermeiros militares. Acrescenta-se a possibilidade de instigar o interesse de outros pesquisadores sobre a temática, pelo fato de a área militar ser um campo de atuação recente dos enfermeiros, sendo necessária a produção de conhecimentos, na área, por suas peculiaridades

Reitera-se a importância da divulgação dos resultados, através de artigos e apresentação em eventos científicos, no intuito de uma aproximação dos riscos psicossociais inerentes ao trabalho em instituição militar hospitalar, ao considerar a organização de trabalho e suas exigências, bem como a correlação do estresse psicossocial com a QV dos profissionais.

O estudo irá ampliar a produção científica do acervo de teses e dissertações do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ), com a linha de pesquisa “Trabalho e a Formação em Saúde e Enfermagem”. Essa linha tem como objetivo produzir conhecimentos sobre a formação e a ST, assim como sobre o processo de trabalho, no contexto das políticas governamentais envolvendo os setores públicos e privados e da organização dos sistemas de saúde, prestação de serviços em saúde e trabalho.

Conhecendo os riscos a que os enfermeiros se encontram expostos no ambiente de trabalho hospitalar, o estudo contribuirá para a discussão e reflexão acerca da importância da adoção de medidas e/ou estratégias voltadas para a prevenção desses riscos e da promoção da ST.

Na medida em que exista uma preocupação da gerência e dos serviços com a ST e investimentos com vistas à satisfação, o bem-estar e a motivação no ambiente físico e social do trabalho, fatores protetores para a saúde desses profissionais, ampliam-se as possibilidades de satisfação e diminui-se a possibilidade de faltas e absenteísmo doença.

A pesquisa sobre QV pode, efetivamente, ajudar na construção de melhores e justas condições de vida para amplos setores da sociedade brasileira, contribuindo para uma melhor compreensão sobre as formas de organização e distribuição da sociedade, oferecendo maiores subsídios para a importância do acesso justo e igualitário a serviços de educação, saúde e segurança (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

1 SUPORTE TEÓRICO

1.1 Breve histórico da Saúde do Trabalhador

O trabalho, ao longo do tempo, vem sendo tratado como centralidade na vida humana, pois, através do uso de sua inteligência e/ou capacidade, o indivíduo atua sobre a matéria e, ao transformá-la, também opera mudanças em sua vida e na coletividade. Entretanto, ao se analisar a relação entre o homem e o trabalho, deve-se considerar as mudanças que se operaram em relação à matéria, ao uso das ferramentas, ao processo de trabalho e às relações de poder entre trabalhadores e o capital (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Apesar de o trabalho ter surgido juntamente com a humanidade, poucos estudiosos trataram desta relação anteriormente. Somente em 1700, na Itália, a relação trabalho-saúde pode ser melhor explorada, quando da publicação do livro *De morbis artificum triabata*, intitulado: “As doenças dos trabalhadores”, de Bernardino Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho, obra de repercussão mundial e objeto de estudo até os dias atuais. (CARVALHO, 2014).

Com o aumento da produtividade e o surgimento da divisão social da produção, em que cada trabalhador realizava determinada etapa na confecção de um produto, processo ocorrido nos primórdios da Revolução Industrial, houve inúmeras mudanças econômicas, políticas e sociais que influenciaram o modo de produção capitalista. Neste modelo, que, dentre outros fenômenos, se caracteriza pela perda do controle dos meios de produção pelos trabalhadores, houve a substituição das ferramentas pelas máquinas e da energia humana pela mecânica (TEIXEIRA, 2012).

Como resultado da mudança na forma de produção e, conseqüentemente, maior exploração da classe trabalhadora, surge a necessidade da criação de serviços médicos que assistissem aos trabalhadores, pois a espoliação da vida operária colocava em perigo a produção dessa força de trabalho. Diante desta problemática, foi criado o primeiro serviço de medicina do trabalho, cuja preocupação com a saúde e a doença dos trabalhadores era restrita ao interior das fábricas e voltada para os interesses dos donos das fábricas, sendo o médico aliado a esses interesses (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Em 1833, foi baixado o “*Factory Act*” (Lei das Fábricas), considerada como a primeira legislação no campo da proteção ao trabalhador aplicada a todas empresas têxteis

onde se usasse força hidráulica ou a vapor. Proibia-se o trabalho noturno aos menores de 18 anos e restringia-se as horas de trabalho a 12 horas por dia. As fábricas precisavam ter escolas que deveriam ser frequentadas por todos os trabalhadores menores de 13 anos, sendo a idade mínima para o trabalho de nove anos. O médico deveria atestar que o desenvolvimento físico da criança correspondia a sua idade cronológica (NOGUEIRA, 1979).

Após a Primeira Guerra Mundial, em 1919, na Conferência da Paz, foi criada a OIT, fundamentada no princípio de que a paz universal e permanente só pode basear-se na justiça social, sendo a única das Agências do Sistema das Nações Unidas que possuía estrutura tripartite, na qual os representantes dos empregadores e dos trabalhadores têm os mesmos direitos que os do governo. No Brasil, a OIT tem mantido representação desde 1950, com programas e atividades que refletem os objetivos da Organização ao longo de sua história (OIT, 2010).

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorreram profundas mudanças sociais, políticas e econômicas nos países industrializados e, mais particularmente, o desenvolvimento de novos processos de trabalho marcados pelo avanço das novas tecnologias industriais, equipamentos e síntese de novos produtos químicos (MENDES; DIAS, 1996). Foi neste contexto, que representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo, criaram a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), em 10 de dezembro de 1948, na cidade de Paris, como uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações. Ela estabelece, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos, como forma de garantir a sobrevivência digna da pessoa humana e evitar a repetição dos horrores vividos na Segunda Guerra Mundial e a Depressão Econômica que marcaram a maioria dos países (MATTOS, 2012).

O amplo espectro de mudanças ocorridas na gestão estatal do capitalismo, que se consolida no pós-segunda guerra, afetou os parâmetros de adoção das políticas econômicas nos países desenvolvidos. O neoliberalismo, que emerge com força desde os meados dos anos 1970 e que passa a ser aplicado nos anos 1980, inicialmente nos países de tradição anglo-saxônica, para depois se espalhar por praticamente todo o mundo ocidental, revela-se por generalizados processos de desregulamentação que permitiram deterioração no mundo do trabalho (MATTOS, 2012).

A Medicina do Trabalho mostra-se, então, impotente para intervir nos problemas de saúde causados pelos novos processos de produção e suas exigências, sendo necessário um novo modelo que atendesse aos trabalhadores insatisfeitos e aos empregadores onerados pelos custos diretos e indiretos dos agravos à saúde de seus empregados. A saúde ocupacional surge

ampliando a Medicina do Trabalho, até então restrita ao enfoque médico (doença), para outras profissões, incluindo o ambiente como ponto factível de intervenção e com enfoque na coletividade dos trabalhadores. Mas, assim como o modelo antecessor, a Saúde Ocupacional possuía como meta o atendimento às necessidades da produção e mantinha os trabalhadores como objeto das ações de saúde (MENDES; DIAS, 1991).

Como parte da concepção de Saúde Ocupacional, desenvolve-se a Higiene e Segurança do Trabalho (HST) que, segundo a *American Conference of Governmental Industrial Hygienists* (ACGIH), é definida como “A ciência e arte devotada ao reconhecimento, avaliação e controle dos riscos ambientais e estresse originados no local de trabalho, que podem causar doença, comprometimento da saúde e bem-estar ou significativo desconforto e ineficiência entre os trabalhadores, ou membros de uma comunidade” (COLACIOPPO, 2001).

A concepção de Higiene e Segurança do Trabalho não conseguiu responder aos questionamentos relativos à saúde dos trabalhadores uma vez que,

[...] o sofrimento isolado ou coletivo dos trabalhadores não pode ser encarado, apenas, como fruto da exposição a agentes físicos, químicos e biológicos presentes no ambiente de trabalho. As máquinas e os donos das máquinas, os produtos manipulados, as relações, o ritmo e organização do trabalho, os salários e o prolongamento social disso tudo é que modula a saúde do trabalhador, sequestra-a e abrevia sua vida (REBOUÇAS, 1989 p.23).

No Brasil, a evolução da segurança do trabalho se deu mais tardiamente do que na Europa, uma vez que a Revolução Industrial no país começou por volta de 1930. Em 1943, o então presidente, Getúlio Vargas assinou a primeira legislação trabalhista ou Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Nesta mesma ocasião, foram criadas as Normas Regulamentadoras com a publicação da Portaria nº 3.214. A partir daí, outras medidas vêm sendo adotadas em benefício dos trabalhadores, como a criação da Lei 8.213, que regulamentou os planos de benefícios da Previdência Social, incluindo os benefícios dos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho (REIS, 2010).

Em síntese, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção aos problemas de ST era desenvolvida, disciplinarmente, pela Medicina do Trabalho, dos Serviços de Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional, realizada pelos respectivos especialistas e em alguns sindicatos. Alguns estados e municípios também já desenvolviam algumas ações em ST, na perspectiva da saúde pública. Do ponto de vista institucional, o

Ministério da Previdência Social ocupava-se de atividades de perícia médica e de concessão de benefícios e o Ministério do Trabalho das ações de inspeções e fiscalizações dos ambientes e locais de trabalho. A prevenção dos problemas de saúde dos trabalhadores era tímida e fragmentada, conduzida na perspectiva da Engenharia de Segurança, com pequena participação dos trabalhadores (BRASIL, 2009).

No início dos anos 1970, durante o regime militar, a alternativa encontrada para a redução dos altos índices de acidentes foi a criação da Norma Regulamentadora nº 4 _ Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), com o intuito de promover a saúde e proteger a integridade física dos trabalhadores. O SESMT está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis Trabalhistas. As atividades são desenvolvidas por uma equipe de profissionais (auxiliar de enfermagem do trabalho, enfermeiro do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, médico do trabalho e técnico em segurança do trabalho) dimensionados de acordo com o grau de risco e o número de trabalhadores das empresas. A criação desse serviço nas empresas já era recomendada pela OIT desde 1959, mas, no Brasil, só veio a ser mais debatida a partir da década de 1970 (BONCIANI, 1994).

Em um cenário de intensas mudanças no país, em função da transição do regime militar, do movimento dos trabalhadores da saúde na VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS) e a promulgação da Carta Magna, houve condições propícias para a criação da vertente ST, paralelo a Reforma Sanitária e a criação do SUS. Trata-se de um novo modelo assistencial, cujo objeto passa a ser o processo saúde e doença e sua relação com o trabalho, voltado para a prevenção de agravos relacionados ao trabalho e com a participação ativa do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

A Reforma Sanitária incorporou a ST nas suas propostas, dando lugar e voz a um movimento de reivindicações que ecoava tendências já em desenvolvimento em países industrializados, liderados pela OIT e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2009). A ST é um campo do saber no qual se considera a saúde e a doença processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio que o modo como os indivíduos são inseridos nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (BRASIL, 2002).

Como referem Dias e Hoefel (2005), para o aprofundamento da institucionalização e fortalecimento da ST no SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), através da Portaria n.º 1679/GM, em 19 de setembro de 2002. É uma rede desenvolvida de forma articulada entre o MS e as Secretarias de Saúde do Distrito Federal, estados e municípios. A RENAST compreende uma rede nacional de informações e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância, prevenção e de promoção da saúde, na perspectiva da ST. Em sua atual formatação institucional, prevista na Portaria n.º 2.728 de 11 de novembro de 2009, a RENAST deve integrar a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Os CEREST promovem ações de prevenção e vigilância em ST, para melhorar as condições de trabalho e a QV dos trabalhadores, tendo como função principal promover a integração da rede de serviços de saúde do SUS, assim como vigilância e gestão. Outras atividades são: apoiar investigações de maior complexidade, assessorar a realização de convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, fortalecer a articulação entre a atenção básica, de média e alta complexidade para identificar e atender acidentes e agravos relacionados ao trabalho (GOMEZ, 2013).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) constitui-se de saberes e práticas sanitárias, articulados intra e intersetorialmente. É um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Portaria GM/MS n.º 3252, de 22 de dezembro de 2009), que visa a promoção da saúde e a 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. A VISAT é estruturante e essencial ao modelo de Atenção Integral em ST e configura-se como uma estratégia no interior do SUS para o enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora, sendo composta pela intervenção articulada em três dimensões: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa (MENDES; DIAS, 1996).

No entanto, as ações da VISAT não vêm sendo efetivadas, pois há necessidade de superar o modelo de vigilância centrado em agravos e modernizar as suas práticas para a atuação sobre os determinantes sociais no contexto do capitalismo atual. As ações devem ser baseadas em pactuação de cenários, adoção de novos indicadores e avaliação sistemática e contínua em uma vigilância antecipatória (RIBEIRO, 2013).

Em de 7 de novembro de 2011, foi instituída a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (Decreto nº 7602), e desenvolvida de modo articulado e cooperativo entre os Ministérios do Trabalho da Previdência Social (MTPS) e do MS, com vistas a legitimar que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da QV, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental.

Para Gomez, Vasconcelos e Machado (2018), após inúmeras discussões e legislações relacionadas à ST no país, em 2012, foi instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), contemplando uma proposta que entidades representativas da sociedade civil e profissionais de saúde almejavam desde a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST). Desta forma, cria-se uma política que se integra ao conjunto de políticas de saúde do SUS, contemplando a transversalidade das ações de saúde com o trabalho, como um dos determinantes do processo saúde-doença, abrangendo todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização, forma de inserção no mercado de trabalho ou vínculo empregatício.

No entanto, para que o Estado cumpra seu papel na garantia dos direitos básicos de cidadania, é necessário que a formulação e implementação das políticas e ações de governo sejam norteadas por abordagens transversais e intersetoriais. Deste modo, as políticas governamentais, visando definir atribuições e competências dos diversos setores e diferentes áreas trabalhistas, além de articular estruturas organizacionais da sociedade civil, por meio de formas de atuação sistemáticas e organizadas que resultem na garantia de condições de trabalho dignas, seguras e saudáveis para todos os trabalhadores, são fundamentais para garantia da área de ST (Daldon, 2013).

1.2 Estresse psicossocial e as repercussões para a Saúde do Trabalhador

Os primeiros estudos sobre o estresse (Arantes; Vieira, 2002) versam sobre as investigações com animais, tendo sido formulados através dos trabalhos de Cannon e Selye, da década de 1930. Para esta teoria, processos de origem social atuam, principalmente, como estressores não-específicos, aumentando a susceptibilidade de certos organismos diante de um estímulo nocivo direto (o agente), mediante alterações do sistema neuroendócrino. Na verdade, o organismo tem um sistema de reação não-específico, geral, com o qual pode

enfrentar os danos causados por uma grande variedade de agentes patogênicos em potencial, o qual Selye denominou como Síndrome Geral de Adaptação (SGA). A síndrome passa a ser conhecida como contendo três fases: fase ou reação de alarme, fase de resistência e fase de exaustão.

A fase ou reação de alarme (LIPP, 2014), é a resposta inicial do corpo, como se fosse uma convocação geral para a defesa do organismo contra os agentes nocivos, sendo influenciada pelo tempo de exposição aos agentes, pois nenhum organismo pode ficar continuamente submetido a um estado de alarme. Essa exposição, antes de matar, provoca ainda a reação de adaptação ou manutenção de um estado de equilíbrio e resistência. Na fase de resistência, há uma tentativa de adaptação às situações de estresse, com conseqüente reações internas focalizadas em um determinado órgão. Há o desaparecimento da maioria dos sintomas físicos e aparecimento de sintomas psíquicos (ansiedade, medo, irritabilidade e nervosismo, dentre outros) e sociais (isolamento, violência e outros).

Na quase-exaustão, há o enfraquecimento e a incapacidade do indivíduo em resistir ou adaptar-se ao estressor, surgindo problemas leves de saúde, porém não incapacitantes (gastrite, cefaleia, erupções cutâneas, etc.). Na exaustão, ocorrem falhas no mecanismo de adaptação, devido à exaustão do organismo quanto às respostas ao agente estressor. Esse excesso de atividades e o alto consumo de energia podem levar à falência do órgão e, dependendo da gravidade das reações, pode levar à morte (LIPP, 2014).

De acordo com Almeida-Filho (2004), na abordagem do estresse e sua relação com o trabalho, deve-se analisar o estresse oriundo do objeto de trabalho que apresentar uma vertente técnica (características físicas, químicas e mecânicas) e uma vertente social, que englobe as relações sociais que o tornam possível. Neste sentido, os instrumentos de trabalho compreendem a materialização das relações entre capital e trabalho ao incorporar, igualmente, a constituição tecnológica dos meios de produção. Neste sentido, o conceito de trabalho deve ser ampliado para conter, desde os processos corporais, até a organização de trabalho como estratégia de exploração e produção de mais valia.

Segundo a OMS, o estresse ocupacional resulta do desequilíbrio entre as demandas e/ou exigências do trabalho e a capacidade de resposta do trabalhador. Nesse sentido, deve-se considerar que a sua ocorrência pode estar ligada às exigências do trabalho e a baixa capacidade de adaptação ou resposta por parte do trabalhador. Deste modo, a exposição a condições estressantes no trabalho pode influenciar diretamente a saúde e a segurança do trabalhador, devendo-se considerar, também, os fatores situacionais, individuais e sociais que podem fortalecer ou enfraquecer essa influência (OMS, 2004).

Entre os fatores de risco presentes no ambiente laboral e que podem acarretar o estresse, Costa, Lima e Almeida (2003) apontam as questões referentes à organização, administração, forma de trabalho e à qualidade das relações humanas. Assim, o desequilíbrio entre as exigências do trabalho e os princípios, necessidades e expectativas pessoais abre caminho para o desgaste físico e emocional. O reduzido sentimento de realização profissional é consequência da falta de recursos pessoais ou organizacionais que podem interferir tanto no desenvolvimento da exaustão quanto no baixo comprometimento com os objetivos propostos pela administração.

Os trabalhadores submetidos ao estresse de alta intensidade e duração, e que não apresentam energia adaptativa suficiente para reagir frente aos agentes estressores, desencadeiam sentimentos de esgotamento emocional e se tornam vulneráveis ao desenvolvimento da SB. Trata-se de um estado prolongado de estresse, que produz consequências diversas à pessoa, tais como: alienação, indiferença e desmotivação. No desenvolvimento da SB, deve-se considerar a conjunção de fatores organizacionais (ambiente físico e social do trabalho, normas institucionais, comunicação, autonomia, recompensas, segurança e outras) e características sociodemográficas que, apesar de não serem consideradas como desencadeadoras da síndrome, podem funcionar como facilitadoras ou inibidoras dos agentes estressores (BENEVIDES-PEREIRA, 2014).

1.3 O ambiente de trabalho hospitalar e os riscos psicossociais

Ao discutir a relação saúde/trabalho/doença no ambiente de trabalho hospitalar, o presente estudo apoia-se na Psicodinâmica do Trabalho, de Dejours, que descreve a organização do trabalho como a divisão das tarefas, processos prescritos, modo de produção, dentre outros, e a divisão dos homens, no que diz respeito às responsabilidades, às relações de poder, hierarquia, linhas de comando, o grau de autonomia dos trabalhadores e às possibilidades de cooperação e comunicação (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014)

Pelo fato de o trabalho ocupar lugar central na organização da personalidade e inserção social do indivíduo, na análise das vivências de prazer e de sofrimento no trabalho, deve-se considerar a relação entre as expectativas, desejos e/ou anseios de quem o realiza e o espaço de liberdade entre a organização prescrita e o trabalho real. Neste sentido, o trabalho desprovido de reconhecimento social e/ou realizado em condições penosas pode suscitar, no

indivíduo, a insatisfação, a desmotivação e o sofrimento no trabalho. Por outro lado, na medida em que se amplia o espaço de liberdade entre o trabalho prescrito e o real, maiores as possibilidades do prazer no trabalho e o uso da inteligência criativa que beneficia tanto a organização quanto o trabalhador (DEJOURS, 2012).

Na dinâmica de trabalho dos militares, a hierarquia e a disciplina são princípios fundamentais, nas quais prevalecem relações de comando-subordinação e rigidez institucional, explicitada através das sanções. Observa-se que a divisão do trabalho na corporação afirma-se através das atribuições, tarefas e do status que determinam condutas e estruturam relações de comando e subordinação. Ainda se caracteriza pelo regime de trabalho em escalas de sobreaviso e extras, além da carga horária semanal prevista, com exigência prioritária da função, independentemente de qualquer planejamento pessoal ou familiar (MINAYO et al., 2008).

Segundo Zanelli (2010), as doenças decorrentes das condições de trabalho, associadas às pressões do mundo moderno, representam altos encargos financeiros e sociais aos serviços públicos e à iniciativa privada, em decorrência do absenteísmo doença, faltas e baixa produtividade, cujo nexos causal pode manter relação com o ambiente de trabalho e os seguintes estressores: excesso de trabalho, baixo controle em relação ao processo de trabalho, remuneração insuficiente, ausência de equidade e valores conflitantes.

Na área da Saúde, o ambiente físico e social do trabalho hospitalar é tido como penoso, perigoso e insalubre. O perfil de adoecimento dos trabalhadores que nele executam suas atividades ainda é pouco conhecido pelos gerentes institucionais e órgãos da esfera pública. Também há muito que se pesquisar acerca dos problemas de saúde decorrentes da sobrecarga de trabalho, do esforço exigido na realização das atividades e das condições de trabalho inadequadas, que geram encargos financeiros pagos pela previdência social (FABRI et al., 2018).

O hospital, de modo geral, é considerado um ambiente propício ao desenvolvimento de doenças, pois os profissionais encontram-se expostos a situações geradoras de tensão, somadas à convivência com o sofrimento, dor e morte. Neste ambiente, o processo e a divisão do trabalho reproduzem o modo de produção capitalista, com tarefas fragmentadas, que, ao mesmo tempo em que tornam os trabalhadores compromissados, podem produzir sentimentos de desesperança e desmotivação, em face das exigências impostas e do baixo reconhecimento (ELIAS; NAVARRO, 2006).

No ambiente hospitalar, é quase inevitável a exposição a situações estressoras. Diante dessa realidade, os profissionais utilizam estratégias de enfrentamento como parte de um

repertório comportamental aprendido ao longo da vida e, principalmente, durante a formação profissional. No entanto, os agentes estressores enfrentados no ambiente de trabalho hospitalar, apesar de terem semelhanças com eventos e situações cotidianas, têm suas próprias peculiaridades (MATURANA; VALLE, 2017). Profissionais da saúde, principalmente, aqueles que mantêm relação de cuidado, podem assumir um posicionamento defensivo, com o embotamento de emoções, no intuito de promover um distanciamento dos pacientes e se manter trabalhando (IGNATTI, C, 2012).

Outro tipo de mecanismo de enfrentamento, denominado *coping*, corresponde a uma série de esforços cognitivos e comportamentais utilizados, pelo indivíduo, frente a uma situação ou evento estressor que excede os recursos adaptativos da pessoa. Assim, entende-se que os modos de enfrentamento podem mudar ao longo do tempo, de acordo com as características do indivíduo, o agente estressor e as exigências do contexto (PAIVA; GOMES; HELAL, 2015).

As estratégias de *coping* podem ser classificadas por duas funções: quanto à sua função em estratégias focalizadas no problema, em que o indivíduo busca conhecer o agente estressor e tenta, de algum modo, modificá-lo ou evitá-lo no futuro, e quanto à sua função focalizada na emoção, em que se procura diminuir a aflição que o estímulo determina, mesmo que a situação estressante não possa ser modificada (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001). Os tipos de estratégias de enfrentamento variam de acordo com a personalidade ou experiências pregressas, protegendo o indivíduo ou fortalecendo sua capacidade de enfrentar situações desafiadoras (TOWNSEND, 2002).

1.4 Riscos psicossociais e qualidade de vida no trabalho

O trabalho influencia, ao longo do tempo, as aspirações e o estilo de vida, sendo considerado uma das atividades mais relevantes e, de alguma maneira, firma-se como a principal fonte de significados na constituição da vida daqueles que o exercem em atividades formais e informais. No entanto, o trabalho desprovido de significado, pouco valorizado ou não reconhecido pode acarretar altos níveis de estresse (ZANELLI, 2010).

No ambiente de trabalho, o indivíduo pode apresentar quadros ansiosos diante de fatores, como as relações interpessoais conflituosas, sobrecarga de trabalho, pressão do tempo e insatisfação com a carreira. O próprio ambiente organizacional põe em risco a capacidade de

mediação do trabalhador, que é coagido a aparentar um comportamento emocional ou motor incongruente com seus reais sentimentos, principalmente quando as condições de trabalho pioram e quando não há clareza acerca das responsabilidades e papéis. Um programa adequado de gestão do estresse no trabalho deve ser sempre encarado com muita responsabilidade e comprometimento, por parte de todos os níveis hierárquicos da empresa, pois o estresse traz consequências danosas para o indivíduo e a empresa, por ocasionar interferências na produtividade e na oferta de serviços. (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Dessa forma, QV diz respeito ao desenvolvimento de hábitos saudáveis, enfrentamento das tensões cotidianas, consciência dos impactos dos fatores do ambiente, desenvolvimento permanente do equilíbrio interior e na relação com os outros. A QV restrita ao ambiente de trabalho pode ser influenciada tanto negativa quanto positivamente, diante da percepção do indivíduo sobre o significado e as condições de trabalho, a sensação de segurança e os riscos envolvidos. Por sua vez, o trabalho deve proporcionar abertura para a criatividade e inovação, participação efetiva nos processos de decisão, remuneração e/ou recompensas adequadas, possibilidade de desenvolvimento profissional e pessoal, tratamento justo, relações interpessoais harmônicas e assim por diante (ZANELLI, 2010).

A conciliação da vida laboral com a pessoal torna-se desafiadora, em face das inúmeras exigências do mundo moderno. Sendo assim, estratégias como o lazer e o descanso são primordiais para enfrentamento do estresse e manutenção da QV (ANDRADE; LAAT; STEFANO, 2018).

Portanto, como refere Zanelli,

A saúde está vinculada a uma adaptação ativa à realidade e à possibilidade de apropriação das ações. Qualidade de vida implica satisfação das necessidades e expectativas. Ambas têm bases nas relações interpessoais, no exercício do poder, no encaminhamento dos conflitos, na cooperação e nas possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal (ZANELLI, 2010, pág. 43).

A QV no trabalho busca encontrar o ponto de equilíbrio entre o bem-estar do trabalhador e a eficácia da empresa, sendo um dos indicadores da saúde organizacional. Para melhorar a produção, é necessária uma reestruturação no ambiente físico e social de trabalho, cuja visão empresarial muda o rumo do conceito de trabalho, de segurança e de higiene dentro das empresas, na medida em que investe em condições dignas de trabalho (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

1.5 Qualidade de Vida, segundo a OMS

Segundo um levantamento de estudos que tinha por objetivo a definição de QV, há indícios de que o termo surgiu pela primeira vez, na literatura médica, na década de 1930 do século XX (SEIDL; ZANNON, 2004). O senso comum se apropriou do termo qualidade de vida, associando-o a formas de bem-estar, sejam de ordem econômica, social ou emocional. Todavia, por ser uma área de pesquisa recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos, por isso, definições nem sempre são concordantes (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

De acordo com a OMS, QV é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Está diretamente associada à autoestima e ao bem-estar pessoal e compreende vários aspectos, nomeadamente, a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (WHO, 1995).

A OMS reuniu um conjunto de peritos pertencentes a 15 diferentes culturas, denominado *World Health Organization Quality of Life Group*, com a finalidade de debater o conceito de QV e, subsequentemente, construir um instrumento para a sua avaliação: o WHOQOL-100. Quinze centros estiveram envolvidos nesta etapa: Melbourne (Austrália), Zagreb (Croácia), Paris (França), Nova Délhi (Índia), Madras (Índia), Beer-Sheeva (Israel), Tóquio (Japão), Tilburg (Holanda), Panamá (Panamá), São Petersburgo (Rússia), Barcelona (Espanha), Bangkok (Tailândia), Bath (Reino Unido), Seattle (EUA) e Harare (Zimbabwe).

As sugestões provenientes de todos os centros foram reunidas, perfazendo, ao final, 235 questões. A esse questionário, a OMS chamou de *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL). O desenvolvimento do WHOQOL partiu de três pressupostos centrais: a essência abrangente do conceito de QV, que trata de uma medida quantitativa, fiável e válida, a qual pode ser construída e aplicada a várias populações; qualquer fator que afete a QV influencia um largo espectro de componentes incorporados no instrumento e este, por sua vez, serve para avaliar o efeito de intervenções de saúde específicas na QV (WHOQOL GROUP, 1998).

O instrumento WHOQOL, que se destina à avaliação da QV, está em coerência com a respectiva definição feita pela OMS para o termo (WHOQOL GROUP, 1998).

O primeiro instrumento de avaliação da QV desenvolvido pelo WHOQOL *Group* foi o WHOQOL-100. Trata-se de uma medida genérica, cuja estrutura assenta-se em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade. No âmbito de cada domínio, 24 facetas específicas sumarizam o domínio particular em que se inserem. Adicionalmente, o instrumento contempla uma faceta geral que avalia a satisfação global com a QV e a percepção geral de saúde, sendo cada faceta avaliada através de quatro perguntas.

A versão abreviada do WHOQOL, chamada de WHOQOL-bref, utilizada no presente estudo, é composta por 26 itens e está organizada em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, incluindo, ainda, uma faceta sobre a QV geral. Cada faceta é avaliada através de uma pergunta, correspondente a um item, à exceção da faceta sobre QV em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à QV em geral e outro sobre a percepção geral da saúde.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir, em números, as opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, utilizando-se de recursos e técnicas estatísticas.

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal, descritivo e exploratório. Os estudos seccionais ou de corte transversal são aqueles que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual de cada um dos membros do grupo, podendo determinar indicadores globais de saúde para a população a ser investigada (ROUQUAYROL, 2006).

A pesquisa descritiva procura alinhar as características de uma população ou fenômeno, levantando opiniões, atitudes e crenças de um determinado grupo possuidor de características comuns. Esse tipo de pesquisa pode ser utilizado para proporcionar uma nova visão a respeito do problema encontrado (GIL, 2010).

2.2 Campo de estudo

O campo de estudo foi um hospital militar localizado no município do Rio de Janeiro. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS, de número 2273438, com última atualização nacional de 15/06/2019, trata-se de um hospital geral de atendimento exclusivo para policiais militares e seus dependentes, por meio de um plano de saúde público. Tem capacidade para 220 leitos e dispõe de serviços de urgência e emergência, atendendo a demanda espontânea e referenciada, em regime de internação e ambulatório com mais de 20 especialidades e subespecialidades.

Na instituição, que sofre influência da política governamental, a hierarquia e a disciplina ocorrem pelo exercício da autoridade, através dos comandos hierárquicos que modificam funções, atribuições, responsabilidades, exigência de metas e pressões advindas da introdução de novas políticas. A unidade vem sofrendo transformações nos últimos anos, pois

houve expansão da assistência médico-hospitalar devido à alta demanda de atendimentos por parte de policiais militares e seus dependentes, acarretando sobrecarga a todo o sistema e aos profissionais que ali atuam.

2.3 Amostra do estudo

A população alvo foi constituída por 400 trabalhadores de enfermagem, sendo a amostra do tipo estratificada (enfermeiros e técnicos de enfermagem). Após a realização do levantamento e seleção, a amostra foi extraída mediante os critérios de elegibilidade a partir das informações relativas às suas características. Neste sentido, foi calculado o número amostral aleatório simples, para que todos tivessem a mesma probabilidade de fazer parte do estudo, sendo estabelecido um intervalo de confiabilidade de 90%, com margem de erro de 5,3%, resultando em 151 trabalhadores.

Foram elegíveis, para o estudo, todos os profissionais de enfermagem que atuavam há, pelo menos, um ano em atividades de gerência, chefia e assistência direta. Não elegíveis, os enfermeiros e técnicos de enfermagem com menos de um ano de serviço, aqueles de férias, licenças ou outros tipos de afastamentos, adidos, deslocados de função e funcionários pertencentes ao quadro civil. Da população-alvo lotada no hospital, 228 atenderam aos critérios (66,2%).

Não participaram do estudo 99 profissionais, por diversas razões e, dentre elas: perdas e/ou preenchimento incorreto do instrumento (27), desistências/recusas (33), substituição do plantão nos dias em que os dados foram coletados (17).

2.4 Aspectos éticos do estudo

Atendendo à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido à Plataforma Brasil, sendo a Folha de Rosto encaminhada juntamente com um exemplar do projeto ao Diretor do hospital, para ciência e emissão da carta de anuência e autorização.

O parecer favorável à realização do estudo foi emitido pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/UERJ), sob o nº 3.152.249, sendo oficializada a entrada no campo de estudo e a coleta de dados após convite, agendamento e disponibilidade dos participantes.

Todos os esclarecimentos acerca dos objetivos do estudo foram realizados, sendo preservado o anonimato e garantido o direito de o participante declinar da sua participação em qualquer fase do estudo. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma cópia com o participante e outra com o pesquisador. A coleta dos dados foi realizada no período entre maio a setembro de 2019 e ocorreu na própria instituição onde os trabalhadores atuavam, em local privativo e livre de interferências ou interrupções que pudessem prejudicar o preenchimento dos instrumentos (preenchidos pelos próprios participantes), com tempo dispendido em média de 15 a 20 minutos.

O estudo apresentou risco mínimo, apesar de os participantes não terem referido nenhum tipo de desconforto psicológico ao responder às questões, sendo garantido o direito de entrevistado retirar o consentimento, de modo a evitar qualquer tipo de constrangimento. Todos os documentos relativos à coleta de dados ficarão sob a guarda e responsabilidade do pesquisador, os quais serão incinerados após cinco anos.

2.5 Técnica e instrumentos de coleta de dados

Na coleta de dados, foram utilizados três instrumentos que receberam o mesmo código, de modo a facilitar a correlação das características sociodemográficas com os achados relativos ao estresse e QV:

O primeiro instrumento teve como objetivo fazer um levantamento das características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes (APÊNDICE B).

Na percepção sobre o estresse psicossocial, foi utilizada a versão brasileira da escala DER, elaborada por Siegrist (ANEXO A), adaptada e validada para uso no país por Silva e Barreto (2010). O instrumento compreende 23 itens, sendo composto por três dimensões: esforço (6 itens: 1 a 6), recompensa (11 itens: 7 a 17) e excesso de comprometimento no trabalho (6 itens: 18 a 23), sendo que, no presente estudo, optou-se por trabalhar apenas com as dimensões esforço e recompensa.

As opções de respostas são do tipo *Likert* e medem a avaliação da percepção do sujeito quanto à situação vivida no trabalho e, no caso de a resposta indicar estresse, existe uma gradação de quatro opções, que variam de muito estressado a nem um pouco estressado, cujos escores são calculados conforme as medidas: concordo (1), nem um pouco estressado (2), um pouco estressado (3), estressado (4) e muito estressado (5).

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/rc , onde "e" é a pontuação da soma da escala esforço, "r" é a pontuação da escala 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 alta recompensa (SILVA; BARRETO, 2010).

Para avaliação da QV, aplicou-se WHOQOL-bref (ANEXO B) da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1994), composto por 26 questões. A primeira questão refere-se à percepção do sujeito sobre a sua QV de modo geral (QVg), cujas respostas são do tipo *Likert*, com 5 opções que variam de muito boa a muito ruim. A segunda questão avalia a satisfação do indivíduo com a própria saúde, com 5 opções de respostas (de muito insatisfeito a muito satisfeito).

A demais questões representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original e estão divididas em quatro domínios: “físico” (dor física e desconforto, dependência de medicação/tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, capacidade para o trabalho), “psicológico” (sentimentos positivos e negativos, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima), “relações sociais” (relações pessoais, atividade sexual, suporte/apoio social) e “ambiente” (segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, ambiente no lar, cuidados de saúde, transporte).

A versão brasileira do WHOWOL-bref foi traduzida e validada por Flack et al. (2000) e demonstrou características satisfatórias de consistência interna (avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de *Cronbach*), aliada a um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, o que lhe coloca uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõem a avaliar a QV no Brasil.

2.6 Variáveis do estudo

Estabeleceu-se como variáveis das análises realizadas os dados sociodemográficos, ocupacionais, escala de DER e escala de QV.

A variável independente é “aquela que influencia, determina ou afeta outra variável”, correspondendo ao antecedente numa pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010). Foram definidas como variáveis independentes, as características sociodemográficas, ocupacionais e o DER (variável de exposição).

A variável dependente seria aqueles “valores (fenômenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente”, correspondendo ao que é o consequente numa pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010). Definiu-se como variável dependente: QV (variável Desfecho).

A seguir, são apresentadas as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, renda familiar e escolaridade) e ocupacionais (função, tempo de trabalho na instituição, horário de trabalho, possui outro emprego ou trabalho remunerado, carga horária semanal na unidade e carga horária total, considerando outros vínculos), com a respectiva pergunta do questionário de onde a informação foi obtida.

2.6.1 Dados sociodemográficos

- Idade: na análise bivariada esta variável contínua foi estratificada em duas faixas de 26 a 44 anos e acima de 45 anos.
- Estado civil: variável categórica que foi estratificada em 02 faixas: vive com companheiro (a) e não vive com companheiro (a).
- Renda familiar: variável contínua que foi estratificada em duas faixas: até 6 salários mínimos e acima de 6 salários.
- Escolaridade: variável categórica estratificada em 02 faixas: até graduação e pós-graduação.

2.6.2 Variáveis ocupacionais

- Função: variável categórica, que foi estratificada em 02 faixas: enfermeiro e técnico de enfermagem.
- Tempo de trabalho na instituição: variável contínua que foi estratificada em 2 faixas: até 11 anos e acima de 11 anos.
- Horário de trabalho: variável categórica dicotômica: diarista e plantonista.
- Possui outro emprego ou trabalho remunerado: variável categórica dicotômica: sim e não.
- Carga horária semanal na unidade: refere-se à jornada semanal na instituição. Na análise bivariada esta variável contínua foi estratificada em 2 faixas: até 32 horas e acima de 32 horas.
- Carga horária total considerando outros vínculos: refere-se à jornada semanal na instituição somada com a de outra instituição. Na análise bivariada esta variável contínua foi estratificada em 2 faixas: de 32 a 40 horas e acima de 40 horas.

2.6.3 Escala Demanda Esforço-Recompensa

Utilizou-se a versão brasileira da escala DER, elaborada por Siegrist (ANEXO A). O instrumento (SILVA; BARRETO, 2010) compreende 23 itens e é composto por três dimensões que apresentam um bom desempenho psicométrico. O alfa de *Cronbach* para as três dimensões da escala - esforço, recompensa e comprometimento excessivo - foi de 0,70, 0,95 e 0,86, respectivamente. Os coeficientes de correlação intraclasse para as mesmas dimensões foram 0,82, 0,96 e 0,91. No presente estudo, serão trabalhadas apenas as dimensões: esforço e recompensa.

A seguir, são apresentadas as questões das duas dimensões da escala:

a) Questões referentes ao esforço (extrínseco)

O componente extrínseco tem como foco as condições do trabalho indicativas do esforço (demandas, obrigações) e as recompensas (dinheiro, apoio, oportunidades na carreira e segurança).

- 1) Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho.
- 2) Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.
- 3) Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.
- 4) Frequentemente eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.
- 5) Meu trabalho exige muito esforço físico.
- 6) Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.

b) Questões referentes à recompensa

b.1) Componente estima, status

- 1) Eu tenho o respeito que mereço do meu chefe.
- 2) Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.
- 3) No trabalho, eu posso contar com apoio nos momentos difíceis.
- 4) No trabalho, eu sou tratado injustamente.
- 5) No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.

b.2) Componente promoção no trabalho

- 6) Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.
- 7) A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.
- 8) Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.
- 9) Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

b.3) Componente estabilidade no trabalho

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

11) Tenho pouca estabilidade no emprego.

2.7 Análise de dados

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 sociodemográficas e ocupacionais dos participantes, os escores dos esforços e recompensas, bem como do WHOQOL-bref. Todos os instrumentos receberam códigos para facilitar o registro dos escores referentes aos esforços e recompensas, além de domínios/facetas da QV de maneira a estabelecer a associação do desequilíbrio ou ausência de reciprocidade do DER com as características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes e sua QV. Foram feitas análises entre a exposição (DER) e a associação com as variáveis sociodemográficas e o desfecho no que se referiu à QV.

Para se analisar a relação entre esforço e recompensa, calculou-se, inicialmente, o escore de cada dimensão, tendo como referência a dimensão esforço, cujo escore total varia de 6 a 30 pontos (6 questões) e a dimensão recompensa, cujo escore total variou de 11 a 55 (11 questões). Após o cálculo do DER de cada participante, foram construídos três quadros para a alocação da amplitude do equilíbrio dos respectivos tercís. No 1º quadro, foi alocada a amplitude do 1º tercíl (de 0 a 0,431), seguido da amplitude do 2º tercíl (de 0,434 a 0,733) e, por último, a amplitude do 3º tercíl (0,745 a 1,702).

Em relação ao cálculo do WHOQOL-bref, com exceção das duas primeiras, as demais são reunidas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O domínio físico compreende questões relativas à dor, desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana e a capacidade de trabalho.

No domínio psicológico, avalia-se os sentimentos positivos e negativos referentes à autoestima, imagem corporal, o pensar, o aprender, a memória e a concentração.

A dimensão das relações sociais abrange os aspectos relacionados ao suporte social, das relações pessoais e atividade sexual.

O domínio meio ambiente aborda proteção, ambiente físico, recursos financeiros, transporte, oportunidade de lazer e de adquirir novas informações, disponibilidade de recursos de saúde e sociais.

O WHOQOL-bref fornece um perfil da QV obtido através dos escores destes domínios, sendo que cada uma das 24 questões é pontuada de 01 a 05 na escala de *Likert*. Para o cálculo dos escores dos domínios, os índices das facetas componentes resumem os domínios ao quais pertencem. Escores mais altos tanto para os domínios quanto para a QV geral denotam melhor QV (WHO, 1998; FLACK et al., 2000).

Neste instrumento, recodificou-se o valor das questões 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) e as perguntas 1 - percepção da QV (obteve escore em média 1 a 5); e a pergunta 2 - satisfação com a saúde (obteve escore em média de 1 a 5).

No cálculo do WHOQOL-bref, a pontuação obtida na QVg e em cada domínio foi obtida a partir da média e desvio-padrão da soma de pontos das facetas que os compõem, seguida da multiplicação por quatro (para que esses valores fossem comparáveis ao WHOQOL-100). Por fim, os valores da QVg e de cada domínio são transformados em uma escala de 0 a 100 (THE WHOQOL GROUP, 1998).

Para a escala de 0 a 100, como não existem pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima, dividiu-se o escore total (100) por 5. Dessa forma, os escores entre 81 e 100 classificariam uma QV muito boa. Escores entre 61 e 80 classificariam uma QV boa. Escores entre 41 e 60 classificariam uma QV nem ruim nem boa. Escores entre 21 e 40 classificariam uma QV ruim e, para finalizar, escores entre 0 a 20 classificariam uma QV muito ruim (OLIVEIRA, 2011).

Para escala simplificada (SANTOS, et al., 2007) utilizou-se como avaliação e classificação da QV: médias acima de 15 consideradas como avaliação superior da QV; médias entre 10 e 14,99 consideradas como avaliação intermediária e médias menores que 10 como avaliação inferior.

Após a aplicação dos instrumentos, todas as informações foram checadas quanto ao preenchimento correto e tabuladas em uma Planilha do Excel. Na análise estatística, foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*) que, automaticamente, checou, recodificou e estabeleceu os escores dos domínios e das questões de QV em geral. Os dados são apresentados sob a forma gráficos e tabelas, de modo a sistematizar as informações mais relevantes e diretamente relacionadas aos objetivos da pesquisa.

Os resultados foram discutidos a luz dos estudos sobre estresse psicossocial e QV em trabalhadores de enfermagem.

Para atender aos objetivos propostos, realizou-se a análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos, por meio do cálculo da média, do desvio padrão, das proporções e da análise inferencial. Quanto à associação entre as variáveis sociodemográficas e laborais e o

DER (exposição) e QV (desfecho), utilizou-se o Teste Qui-Quadrado com estimativa de razão de chance (*Odds ratio* - OR), com intervalo de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente capítulo, são apresentados os resultados e as análises referentes às características sociodemográficas, ocupacionais dos participantes e a associação com o DER; os dados relativos à avaliação de QV e os escores referentes aos domínios e a associação com o DER.

No intuito de facilitar a análise, após o cálculo do DER, os resultados foram distribuídos em tercís, sendo alocado no primeiro tercil, o grupo com valores de DER entre 0 a 0,431 (baixo ou mais próximo de zero); no segundo, com os valores de DER entre 0,434 a 0,733 (médio) e no terceiro tercil, o grupo com valores de DER entre 0,745 a 1,702, correspondendo ao grupo de maior risco de estresse psicossocial, ao se considerar a situação de alto esforço e baixa recompensa.

Para efeitos de análise bivariada, os tercís referentes ao baixo e moderado DER foram agrupados, mantendo-se o alto DER separado.

Após a obtenção da razão entre o escore do esforço e o escore da recompensa e de se aplicar o fator de correção de 0,5454, relativo à diferença no número de itens nas duas dimensões do instrumento de cada participante, 98 (64,9%) profissionais foram enquadrados nos dois primeiros tercís (baixo e médio DER) e 53 (35,1%), no terceiro tercil (alto DER), cujos dados refletem altos esforços combinados com baixas recompensas (monetária, carreira, estabilidade e outros).

3.1 Características da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e ocupacionais e o DER

Na Tabela 1, é apresentada a análise bivariada (associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o DER), em uma amostra de trabalhadores de enfermagem, com o intuito de apresentar as respectivas associações e discussões. Para facilitar a análise bivariada, algumas características da amostra foram agrupadas (estado civil, escolaridade, renda familiar, tempo de serviço na instituição, turno de trabalho e carga horária semanal na unidade).

Tabela 1 - Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o DER em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151) (continua)

Variáveis	DER		OR (IC95%)	P-valor
	Baixo/Moderado n (%)	Alto n (%)		
Sexo				
Masculino	40 (72,7)	15 (27,3)	1,0	0,127
Feminino	58 (60,4)	38 (39,6)	1,75(0,85-3,60)	
Faixa etária				
De 26 a 44 anos	64 (63,4)	37 (36,6)	1,0	0,574
Acima de 45 anos	34 (68,0)	16 (32,0)	0,81(0,40-1,67)	
Categoria profissional				
Técnico de enfermagem	61 (76,3)	19 (23,8)	1,0	0,002
Enfermeiro	37 (52,1)	34 (47,9)	2,95(1,47-5,91)	
Vive com companheiro				
Não	36 (70,6)	15 (29,4)	1,0	0,296
Sim	62 (62,0)	38 (38,0)	1,47(0,71-3,04)	
Escolaridade				
Até Graduação	59 (75,6)	19 (24,4)	1,0	0,004
Pós-graduação	39 (53,4)	34 (46,6)	2,71(1,36-5,41)	
Renda Familiar*				
Até 6 salários	37 (75,5)	12 (24,5)	1,0	0,058
Acima de 6 salários	61 (59,8)	41 (40,2)	2,07(0,97-4,44)	
Tempo de serviço na instituição				
De 6 a 11 anos	54 (66,7)	27 (33,3)	1,0	0,625
Acima de 11 anos	44 (62,9)	26 (37,1)	1,18(0,61-2,31)	
Turno de trabalho				
Diaristas	18 (81,8)	4 (18,2)	1,0	0,072
Plantonistas	80 (62,0)	49 (38,0)	2,75(0,88-8,62)	
Carga horária semanal nessa unidade				
32 horas	44 (54,3)	37 (45,7)	1,0	0,003
>32 horas	54 (77,1)	16 (22,9)	0,35(0,17-0,72)	
Possui outro emprego ou trabalho remunerado				
Não	54 (74,0)	19 (26,0)	1,0	0,024
Sim	44 (56,4)	34 (43,6)	2,20(1,10-4,37)	

Tabela 1 - Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o DER em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151) (conclusão)

Variáveis	DER		OR (IC95%)	P-valor
	Baixo/Moderado n (%)	Alto n (%)		
Carga horária total considerando outros vínculos				
De 32 à 40 horas	51 (73,9)	18 (26,1)	1,0	0,033
Acima de 40 horas	47 (57,3)	35 (42,7)	2,11 (1,06-4,22)	

* Salário mínimo nacional em janeiro de 2019 (954,00 reais).

Sobre os dados sociodemográficos, 63,6% dos profissionais são do sexo feminino. A enfermagem, historicamente, é uma profissão em que predomina o gênero feminino e, recentemente, tem se observado maior ingresso de homens na profissão. De acordo com a pesquisa sobre o perfil da enfermagem brasileira, as mulheres ainda formam 85,6% do total de profissionais registrados no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), enquanto os homens são apenas 14,4% (MACHADO et al., 2015).

A faixa etária predominante foi de 26 a 44 anos, totalizando 66,8% dos participantes, seguidos pelos profissionais com mais de 45 anos (33,1%). Tais dados refletem uma amostra composta, majoritariamente, por adultos relativamente jovens, em plena fase produtiva, podendo contribuir como força de trabalho na prestação de serviços de saúde à população. O segundo maior grupo, acima de 45 anos, considerando o regime militar, encontra-se na fase intermediária da carreira.

Com relação à categoria profissional, a amostra foi composta por 52,9% de técnicos de enfermagem e 47,1% de enfermeiros. Encontrando-se associação com o DER ($p < 0,05$), observa-se um número expressivo de enfermeiros com alto DER no terceiro tercil (47,9%) e a razão de chance (OR) de 2,95 para categoria de enfermeiros. Acrescenta-se que a maior parte da amostra trabalha entre 6 e 11 anos na instituição e, apesar da experiência, o acúmulo de atividades ao longo dos anos pode estar contribuindo para o estresse.

Estudo realizado por Fonseca e Lopes Neto (2014), evidenciou que os enfermeiros, por terem maior responsabilidade gerencial, assistencial e de supervisão dos técnicos, estão mais suscetíveis ao desgaste no trabalho, sendo as atividades gerenciais as principais causadoras de estresse ocupacional, principalmente nos enfermeiros com cargos de chefia. Na atualidade, tendo em vista o modelo neoliberal, muitas das instituições possuem, em seu

quadro, trabalhadores com vínculos terceirizados, o que aumenta a rotatividade de pessoal e a consequente necessidade da realização de treinamento e supervisão das equipes de forma contínua.

Em relação ao estado civil, optou-se por agrupar os profissionais solteiros, viúvos e separados sob a denominação vivem sem o(a) companheiro(a) (33,7%), não sendo encontrada associação desta variável com o DER. Apesar da não associação, sabe-se que a família é, de um lado, uma importante rede de apoio psicossocial e, por outro, exige-se dos cônjuges, especialmente as mulheres, tempo e dedicação em relação às atividades do lar e criação dos filhos. O acúmulo de funções perpassa a dupla jornada de trabalho, o que pode contribuir para o estresse psicossocial (MURASSAKI et al., 2011).

Quanto à escolaridade, optou-se por agrupar os trabalhadores com ensino médio e graduação sob a denominação até graduação e, no outro agrupamento, os com pós-graduação, constituindo-se no primeiro grupo 78 (51,6%) profissionais, sendo encontrada associação com o DER ($p < 0,05$). O grupo pós-graduado apresentou razão de chance (OR) de 2,71, evidenciando que quanto maior a escolaridade, maior a insatisfação dos profissionais com o tipo de trabalho que realizam (maior esforço e baixa recompensa). Infere-se que esses resultados podem manter relação com o fato de o trabalho realizado por esses profissionais terem maior demanda psicológica, em função de os enfermeiros ocuparem cargos de liderança, supervisão dos técnicos e demais atividades de cunho gerencial (SILVA et al.; 2013).

Em estudo transversal da associação entre transtornos mentais comuns e situações de desequilíbrio entre esforços e recompensas em quatrocentos trabalhadores da atenção básica de saúde, identificou-se que a prevalência de transtornos mentais comuns foi mais elevada na situação de DER (26,9%) e no grupo dos trabalhadores operacionais (33,8%). Trabalhadores expostos a situações de DER no trabalho apresentaram maior frequência de adoecimento mental. Observou-se esforço elevado entre os trabalhadores de nível fundamental (50%) e baixa recompensa entre trabalhadores de nível superior (64,2%). Os resultados reforçam a necessidade de intervir na gestão e organização do trabalho quanto às demandas dos serviços, condições precárias do trabalho e formas de recompensa ou reconhecimento (OLIVEIRA; ARAÚJO, 2018).

Sobre a renda familiar, 67,5% recebem acima de 6 salários mínimos e, mesmo considerando aqueles que recebem salário inferior, não houve associação do DER. Esses dados vão ao encontro de pesquisa realizada com uma amostra de enfermeiros de um hospital público no sul do país. A remuneração destacou-se entre os fatores de maior satisfação

percebida, o que possibilita maior ascensão social, aquisição de bens materiais e melhor cuidados com saúde e lazer, fatores de grande importância em termos de satisfação e/ou recompensa no trabalho (PAGLIONE et al., 2016).

Quanto ao tempo de serviço, identificou-se uma parcela significativa de trabalhadores que atuavam na instituição de 6 a 11 anos (53,6%), cujos dados aproximam-se com aqueles com tempo superior a onze anos. Esta característica demonstra se tratar de um grupo de profissionais que, além de conhecerem a instituição, possuem um cabedal de conhecimentos e experiências que, certamente, influenciam sua prática e os enfrentamentos que ocorrem no espaço institucional. Apesar de 60,4% dessa parcela encontrar-se com alto DER, não houve associação desta variável ($p < 0,005$).

Apesar não ter sido constatada a associação do trabalho em turnos, tendo em vista que 85,4% dos participantes estão em regime de plantão diurno e noturno, diversos estudos trazem as repercussões do trabalho em turnos para a saúde e suas repercussões psicossociais e ao bem-estar dos trabalhadores, principalmente o trabalho noturno, por causar distúrbios no ritmo biológico, alimentar, alterações hormonais e aumento do risco de erros e acidentes ocupacionais. Existem, também, dificuldades no relacionamento interpessoal, com implicações no núcleo familiar (VIEIRA et al., 2018).

Sobre a carga horária semanal realizada na instituição, identificou-se uma parcela significativa de trabalhadores (53,6%) que cumprem 32 horas, havendo associação do DER com esta variável ($p < 0,005$). Ao se considerar o duplo vínculo empregatício ou outra atividade remunerada, também se constatou associação do DER com esta variável, sendo que os trabalhadores que cumprem carga horária semanal acima de 40 horas encontram-se mais expostos ao desequilíbrio. Ressalta-se que uma parcela desses trabalhadores do quadro de praças complementa a renda através de plantões extras na própria unidade, cumprindo jornadas acima de 40 horas.

Quando analisada a carga horária semanal cumprida na instituição e a respectiva razão de chance (OR de 0,35) para os que realizam mais de 32 horas semanais, constatou-se que 45,7% dos que realizam 32 horas encontram-se alocados em alto DER, verificando-se um viés. Segundo Fletcher et al. (1988), viés é um processo em qualquer momento da inferência que produz resultados que se desviam sistematicamente dos valores, assim chamado viés do trabalhador sadio (viés de auto seleção), quando indivíduos com uma determinada característica (ligada à doença ou à exposição) podem ter maior probabilidade de entrar em um estudo.

A jornada de trabalho extensa vivenciada por grande parte destes profissionais, principalmente no horário noturno, favorece a diminuição do tempo dedicado ao autocuidado e ao lazer, intensificando o cansaço e a fadiga física e mental, sendo um potencial fator de risco psicossocial para o estresse e, conseqüentemente, o adoecimento (VERSA et al., 2012).

As longas jornadas dos profissionais de enfermagem estão associadas, por exemplo, ao maior risco de acidentes no trabalho. Como observado por Fischer et al. (2006), o trabalhador submetido a cargas físicas e psíquicas, sempre ou frequentemente, como é o caso da amostra do presente estudo, pode ter sua saúde e QV afetadas em função do trabalho em turnos e das cargas físicas e mentais do trabalho.

Tendo em vista que 35,09% dos participantes foram alocados no terceiro tercil, estes dados vão ao encontro da literatura (SIEGRIST, 2001), cujos estudos afirmam que, em média, 10% a 40% da força de trabalho experimentam algum grau de desequilíbrio entre esforço e recompensa. Entretanto, para além das médias comparativas e previstas entre os diferentes grupos ocupacionais, essa prevalência sinaliza que a amostra se encontra em risco de adoecimento e com possível diminuição da sua capacidade laboral. Condições de altos esforços e baixas recompensas conduzem a experiências de estresse que podem gerar efeitos adversos à saúde (SILVA; BARRETO, 2010).

Para fins da análise bivariada, após os cálculos e caracterização do estresse psicossocial, 98 trabalhadores foram agrupados no primeiro e segundo tercil (baixo e moderado DER) e 53 no terceiro tercil (alto DER), de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 - Exposição (DER). Distribuição de frequências em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)

DER	n (%)
Baixo/Moderado	98 (64,9)
Alto	53 (35,1)

Identificou-se que 64,9% dos participantes encontram-se no grupo de baixo/intermediário DER e 35,1% no alto DER, trabalhadores que, devido à exposição a fatores de risco psicossocial, são considerados de maior vulnerabilidade ao estresse em função de altos esforços combinados com baixa recompensa.

O trabalho em saúde tem sido apontado como atividade ocupacional de significativo estresse. A especificidade do cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem nos serviços de saúde, as exigências da atividade e o não reconhecimento do trabalho, principalmente no setor público, expõem o trabalhador a situações de desequilíbrio entre os esforços empreendidos e as recompensas recebidas no trabalho. A exposição contínua a essas situações de desequilíbrio pode contribuir para a perda da satisfação no trabalho e elevar os níveis de estresse, provocando o adoecimento mental nesses trabalhadores.

Apoiado em Siegrist (2012), infere-se que altos escores de esforços intrínsecos, representados pelo excesso de compromisso do indivíduo com o trabalho e menor recompensa, podem estar associados à depressão e à ansiedade em profissionais da enfermagem.

3.2 Qualidade de vida, respectivos domínios e a associação com o DER

Na Tabela 3, é apresentada a autoavaliação da QVg e satisfação do estado de saúde (SS) de acordo com as duas primeiras questões do WHOQOL-bref em uma amostra de trabalhadores de enfermagem, cujos dados referem-se às duas primeiras questões do instrumento.

Tabela 3 - Autoavaliação da QVg e satisfação com o estado de saúde (SS) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)

Auto avaliação da Qualidade de Vida	ESCORE
Q1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida?	3,66
Q2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	3,27
Média QVg e SS	3,46

Quanto às questões gerais de QV do WHOQOL-bref “como você avaliaria sua QV?” e “quão satisfeito você está com a sua saúde?”, o escore de variação 1 a 5 obteve média de 3,66 na primeira questão e 3,27 na segunda. Quanto à avaliação da QV referida (QVR) e a satisfação com a saúde (SS), obteve-se uma média geral de 3,46 no escore do componente.

AZEVEDO et al. (2012) verificaram que os indivíduos que se percebem como saudáveis apresentam melhor avaliação da QV global. A autopercepção de saúde é considerada um bom preditor de mortalidade e de outros indicadores de saúde e reflete a percepção do indivíduo sobre sua saúde, incluindo as dimensões biológicas e psicossociais.

Na Tabela 4, é apresentada a distribuição dos participantes que responderam à pergunta do WHOQOL-brief acerca da percepção sobre a QVg com a respectiva pontuação e classificação.

Tabela 4 - Distribuição das respostas dos participantes sobre a autoavaliação da QVg em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)

Classificação	Q1 - Número de participantes	(%)	Q2 - Número de participantes	(%)
Muito ruim	3	1,99	10	6,62
Ruim	16	10,60	33	21,86
Indiferente	26	17,22	24	15,89
Boa	89	58,94	74	49,01
Muito boa	17	11,25	10	6,62
Total	151	100	151	100

Como observado na Tabela 4, ao serem questionados sobre a QVg 58,94%, os participantes a avaliaram como boa e 49,01% se sentem satisfeitos com a própria QV.

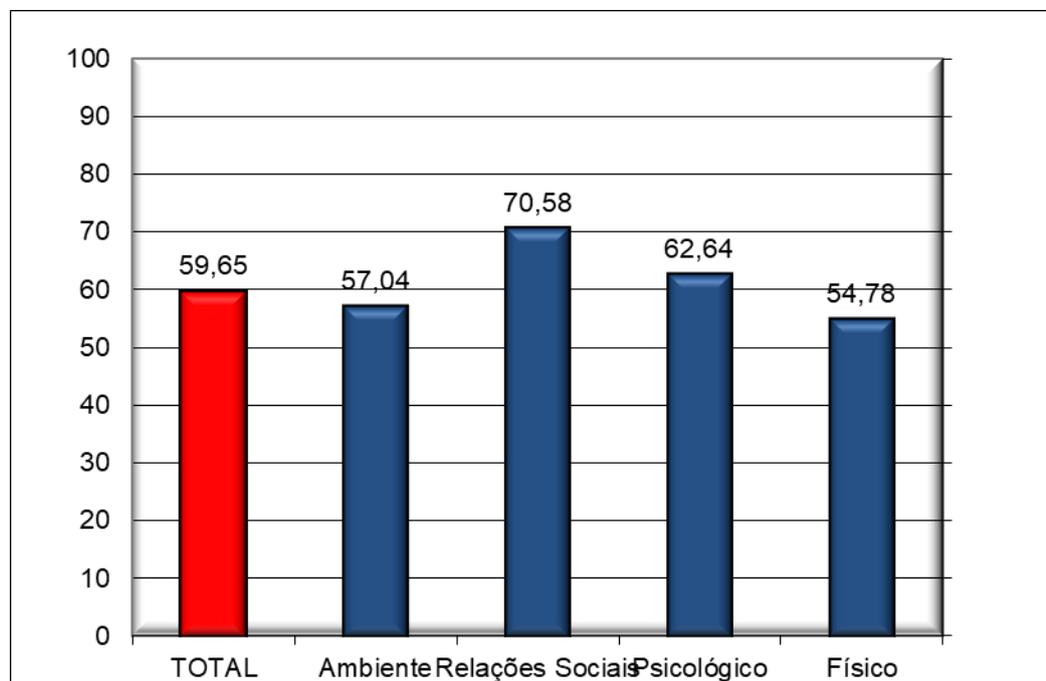
A autoavaliação da QV é um dado complexo e subjetivo, podendo variar, de acordo com o contexto, a percepção do indivíduo, as circunstâncias e a temporalidade. Em estudo realizado pelo autor, evidenciou-se que indivíduos casados apresentaram melhor QV nos domínios relação social e físico, cujos dados podem estar relacionados com suporte social, afetando positivamente a QV, quando comparado com as pessoas solteiras que nem sempre podem contar com o apoio da família (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

QV é representada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade. Deve-se considerar, portanto, que QV remete às noções de desenvolvimento, democracia, modo, condições e estilo de vida. Na área da saúde, a importância de se discutir a QV deve-se ao fato de haver uma tendência de se estreitar o conceito de QV ao campo biomédico, vinculando-o à avaliação econômica, visto como um

reducionismo, principalmente ao se considerar a relevância das práticas sanitárias e o fornecimento de subsídios para políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO, 2000).

No Gráfico 1, são apresentados os escores médios da QV por domínio, de acordo com a escala de 0 a 100 do WHOQOL-bref por domínio, em uma amostra de trabalhadores de enfermagem.

Gráfico 1 - Distribuição dos escores médios em uma escala de 0 a 100 do WHOQOL-bref por domínio em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)



Fonte: a autora, 2019.

De acordo com o Gráfico 1, os valores da QV de cada domínio foram transformados em uma escala de 0 (pior avaliação) a 100 (melhor avaliação). Dividiu-se o escore total (100) por 5. Dessa forma, os escores entre 81 e 100 classificam uma QV em muito boa, entre 61 e 80 QV em boa, entre 41 e 60 QV nem ruim nem boa, entre 21 e 40 QV ruim e entre 0 e 20 QV muito ruim (CASTRO, 2011).

Quanto ao escore médio de QV por domínio no presente estudo, encontrou-se uma média de 59,65, indicando uma QV nem boa nem ruim. O pior escore foi o domínio físico (54,78). Infere-se que alguns fatores relacionados ao trabalho em turnos e a consequente redução do sono, interfere no tempo dedicado ao repouso. Outro aspecto a ser considerado,

são doenças crônicas que podem também limitar as atividades diárias, devido aos sintomas físicos, como a dor e o desconforto, reduzindo a capacidade funcional do indivíduo e refletindo negativamente na sua QV. Assim como observado no estudo de Almeida-Brasil et al. (2017), têm-se demonstrado uma associação negativa entre tratamento farmacológico para doenças crônicas e QV no domínio físico.

Tabela 5 - Distribuição da avaliação da QV por domínio, de acordo com o WHOQOL-bref em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)

Desfecho Qualidade de Vida	Inferior/Intermediário n (%)	Superior n (%)
Domínio Meio ambiente	80 (53,0)	71 (47,0)
Domínio Psicológico	69 (45,7)	82 (54,3)
Domínio Social	62 (41,1)	89 (58,9)
Domínio Físico	122 (80,8)	29 (19,2)

Na Tabela 5, é apresentada a avaliação da QV por domínio e, para a interpretação dos escores, utilizou-se a seguinte classificação (SANTOS, 2007): médias acima de 15 (avaliação superior), entre 10 a 14,99 (avaliação intermediária) e médias menores que 10 (avaliação inferior).

Os domínios psicológico e social foram os que apresentaram maior número respostas afirmativas (classificação superior na QV), respectivamente: 54,3% e 58,9%. Em contrapartida, o domínio físico apresentou o menor número de respostas afirmativas (classificação inferior/intermediária).

Tabela 6 - Distribuição da média dos escores em cada domínio e da QVg do WHOQOL-bref em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)

Domínio	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de Variação	Valor Mínimo	Valor Máximo	Amplitude
Físico	12,76	1,55	12,17	7,43	17,14	9,71
Psicológico	14,02	1,72	12,26	8,67	18,00	9,33
Relações Sociais	15,29	2,63	17,17	4,00	20,00	16,00
Meio Ambiente	13,13	2,15	16,36	6,50	18,50	12,00
Autoavaliação da QV	13,88	3,47	24,97	4,00	20,00	16,00
Total	13,54	1,56	11,49	8,46	17,69	9,23

Na Tabela 6, observa-se que o domínio relações sociais apresentou o maior escore (15,29), contudo, DP (2,63) e coeficiente de variação (17,17), indicando oscilações nas respostas. O domínio físico foi o que apresentou o menor escore (12,76) e menor DP (1,55) com coeficiente de variação (12,17), perpassando maior convergência e homogeneidade de opiniões.

Ao se analisar os subitens que compõem o domínio físico, observa-se que a faceta de menor média de avaliação foi a que se relaciona ao padrão de sono e repouso. Esse fato pode estar associado ao desgaste dos profissionais, em função de algumas características do trabalho em ambiente hospitalar e as mudanças no ciclo circadiano. Como refere Mello (2013), o trabalhador por turno e noturno inverte o horário convencional de convivência com a família, ficando o lazer seriamente comprometido, e esses desencontros tendem a restringir as oportunidades de participação nas atividades sociais e, com isso, o trabalhador pode enfrentar sérios problemas psicossociais.

A capacidade de resposta do indivíduo à exposição aos fatores de risco psicossociais (SELLIGMANN, 2011) é subjetiva, estando alicerçada em uma gama de fatores internos e externos como: experiências, vivências, tipo de personalidade, fatores genéticos e ambientais com repercussões para a saúde mental. No entanto, quando a exposição aos estressores é prolongada e os mecanismos adaptativos não são suficientes para o enfrentamento da situação há danos físicos e psíquicos com conseqüente redução da capacidade para o trabalho. O indivíduo pode apresentar quadros de ansiedade, irritação e depressão ou de ordem psicossomática (dores de cabeça, náuseas e problemas de sono), que podem ter impacto negativo na segurança do paciente e na qualidade dos cuidados prestados.

A maior média de avaliação observada por faceta foi a que se refere à avaliação do sentido da própria vida e existência. Trata-se de um dado positivo, pois de acordo com Botega (2012), estudos evidenciam que pessoas acometidas por transtornos depressivos têm a capacidade de ver o mundo e a realidade de forma alterada. Segundo a OMS (2014), estima-se que a depressão seja responsável por 4,3% da carga global das doenças e esteja entre as maiores causas de incapacidade no mundo. Entre os trabalhadores da saúde, os profissionais de enfermagem são o grupo mais propenso a problemas de saúde mental, dentre os quais a depressão e o risco de suicídio (SILVA et al., 2015).

Verificou-se que a faceta 22, relacionada à satisfação e o apoio dos amigos, apresentou menor DP (0,68) e coeficiente de variação (17,83), demonstrando convergência nas respostas. Entretanto, a faceta 25 que se relaciona com a satisfação em relação ao meio de transporte

apresentou alto DP (1,15) e coeficiente de variação (35,17), demonstrando maior oscilação e heterogeneidade nas respostas.

A seguir, são apresentados os domínios da QV (desfecho) e as associações com as características da amostra.

3.2.1 Domínio Físico

Na autoavaliação do domínio físico, a amostra apresentou o escore médio de 54,8% e apesar de se encontrar próximo ao domínio meio ambiente, foi o que vem contribuindo menos na QV dos profissionais, sendo composto por facetas que avaliam energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho. A avaliação do sono e repouso foi a faceta que teve a pior avaliação, quando comparada com as demais.

Tabela 7 - Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Físico (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151) (continua)

Variáveis	Domínio Físico		OR (IC95%)	P-valor
	Inferior/Intermediário n (%)	Superior n (%)		
Sexo				
Masculino	25 (45,5)	30 (54,5)	1,0	0,161
Feminino	55 (57,3)	41 (42,7)	0,62 (0,32-1,21)	
Faixa etária				
De 26 a 44 anos	47 (46,5)	54 (53,5)	1,0	0,024
Acima de 45 anos	33 (66,0)	17 (34,0)	0,45 (0,22-0,91)	
Categoria profissional				
Técnico de enfermagem	43 (53,8)	37 (46,3)	1,0	0,841
Enfermeiro	37 (52,1)	34 (47,9)	1,07 (0,56-2,03)	
Vive com companheiro				
Não	31 (60,8)	20 (39,2)	1,0	0,170
Sim	49 (49,0)	51 (51,0)	1,61 (0,81-3,20)	

Tabela 7 - Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Físico (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151) (conclusão)

Variáveis	Domínio Físico		OR (IC95%)	p-valor
	Inferior/Intermediário n (%)	Superior n (%)		
Escolaridade				
Até Graduação	41 (52,6)	37 (47,4)	1,0	0,916
Pós-graduação	39 (53,4)	34 (46,6)	0,97 (0,51-1,83)	
Renda Familiar*				
Até 5 salários	21 (42,9)	28 (57,1)	1,0	0,084
Acima de 6 salários	59 (57,8)	43 (42,2)	0,55 (0,27-1,09)	
Tempo de serviço na instituição				
Até 11 anos	42 (51,9)	39 (48,1)	1,0	0,765
Acima de 11 anos	38 (54,3)	32 (45,7)	0,91 (0,48-1,72)	
Turno de trabalho				
Diaristas	16 (72,7)	6 (27,3)	1,0	0,045
Plantonistas	64 (49,6)	65 (50,4)	2,71 (0,99-7,36)	
Carga horária semanal nessa unidade				
32 horas	42 (51,9)	39 (48,1)	1,0	0,765
>32 horas	38 (54,3)	32 (45,7)	0,91 (0,48-1,72)	
Possui outro emprego ou trabalho remunerado				
Não	37 (50,7)	36 (49,3)	1,0	0,585
Sim	43 (55,1)	35 (44,9)	0,84 (0,44-1,59)	
Carga horária total considerando outros vínculos				
De 32 a 40 horas	32 (46,4)	37 (53,6)	1,0	0,136
Acima de 40 horas	48 (58,5)	34 (41,5)	0,61 (0,32-1,17)	

* Salário mínimo nacional em janeiro de 2019 (954,00 reais).

Como observado na Tabela 7, na análise bivariada, verificou-se a associação da variável faixa etária (p=0,024) e razão de chance (OR - 0,45) com o domínio físico da QV. Ressalta-se que a faixa etária de 26 a 44 anos foi a que obteve avaliação superior (53,5%)

neste domínio, sendo que os demais participantes com idade acima de 45 anos, a avaliação foi de 34%.

O mesmo pode-se dizer com relação ao turno de trabalho ($p=0,045$) e razão de chance (OR - 2,71). No que se refere à jornada de trabalho do presente estudo, identificou-se que a maior parte da amostra obteve avaliação intermediária, sendo os plantonistas aqueles com melhor avaliação neste domínio. Sabe-se que grande parte dos profissionais que atuam em meio expediente e exercem atividades gerenciais encontram-se mais susceptíveis a perturbações orgânicas ou psíquicas, em função das exigências da organização do trabalho e conflitos no relacionamento interpessoal (CAMELO; ANGERAMI, 2008).

3.2.2 Domínio Psicológico

Em relação ao domínio psicológico, a média da autoavaliação, por parte da amostra, foi de 62,64% e refere-se à percepção dos trabalhadores quanto a: sentimentos positivos e negativos; capacidade de pensar/aprender/memorizar e concentrar-se; autoestima; imagem corporal; aparência; espiritualidade/religião e crenças pessoais.

Tabela 8 - Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Psicológico (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151) (continua)

Variáveis	Domínio Psicológico		OR (IC95%)	p-valor
	Inferior/Intermediário n (%)	Superior n (%)		
Sexo				
Masculino	14 (25,5)	41 (74,5)	1,0	< 0,001
Feminino	55 (57,3)	41 (42,7)	0,26 (0,12-0,53)	
Faixa etária				
De 26 a 44 anos	44 (43,6)	57 (56,4)	1,0	0,455
Acima de 45 anos	25 (50,0)	25 (50,0)	0,77 (0,39-1,52)	
Categoria profissional				
Técnico de enfermagem	37 (46,3)	43 (53,8)	1,0	0,885
Enfermeiro	32 (45,1)	39 (54,9)	1,05 (0,55-1,99)	

Tabela 8 - Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Psicológico (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151) (conclusão)

Variáveis	Domínio Psicológico		OR (IC95%)	p-valor
	Inferior/Intermediário n (%)	Superior n (%)		
Vive com companheiro				
Não	24 (47,1)	27 (52,9)	1,0	0,810
Sim	45 (45,0)	55 (55,0)	1,09 (0,55-2,14)	
Escolaridade				
Até	35 (44,9)	43 (55,1)	1,0	0,834
Graduação			0,93 (0,49-1,77)	
Pós-graduação	34 (46,6)	39 (53,4)		
Renda Familiar*				
Até 5 salários	23 (46,9)	26 (53,1)	1,0	0,832
Acima de 6 salários	46 (45,1)	56 (54,9)	1,08 (0,54-2,13)	
Tempo de serviço na instituição				
Até 11 anos	36 (44,4)	45 (55,6)	1,0	0,740
Acima de 11 anos	33 (47,1)	37 (52,9)	0,90 (0,47-1,71)	
Turno de trabalho				
Diaristas	9 (40,9)	13 (59,1)	1,0	0,626
Plantonistas	60 (46,5)	69 (53,5)	0,80 (0,32-1,99)	
Carga horária semanal nessa unidade				
32 horas	38 (46,9)	43 (53,1)	1,0	0,746
>32 horas	31 (44,3)	39 (55,7)	1,11 (0,59-2,11)	
Possui outro emprego ou trabalho remunerado				
Não	32 (43,8)	41 (56,2)	1,0	0,657
Sim	37 (47,4)	41 (52,6)	0,86 (0,46-1,64)	
Carga horária total considerando outros vínculos				
De 32 a 40 horas	26 (37,7)	43 (62,3)	1,0	0,070
Acima de 40 horas	43 (52,4)	39 (47,6)	0,55 (0,29-1,05)	

* Salário mínimo nacional em janeiro de 2019 (954,00 reais)

Como observado na Tabela 8, na análise bivariada, verificou-se a associação da variável sexo ($p=0,001$) e razão de chance (OR-0,26) com o domínio psicológico, sendo que o sexo feminino apresentou a pior avaliação neste domínio, quando comparado ao sexo masculino. Pesquisas demonstram que o sexo feminino parece compor um grupo mais vulnerável em relação aos aspectos psicológicos e, em especial, no que diz respeito a quadros depressivos e ansiosos, possivelmente devido à própria fisiologia feminina e questões de gênero, no que diz respeito ao desempenho de papéis. Pesquisa realizada por Almeida-Brasil (2017) verificou maior concordância em relação a sentimentos negativos, baixa autoestima e depressão em comparação com os homens. No domínio psicológico, as limitações impostas, por exemplo, pelas doenças crônicas podem impactar na saúde mental, na percepção sobre os sentimentos e na autoimagem do indivíduo, o que pode diminuir a sua QV significativamente (ALMEIDA-BRASIL et.al. 2017).

Estudo acerca do estresse ocupacional na polícia militar evidenciou que esta atividade possui alta exigência emocional, pelo fato de os profissionais intervirem em situações adversas, conviverem com o imprevisto e de cumprirem missões em áreas consideradas de risco, o que exige constante adaptação às peculiaridades do trabalho. A polícia militar, por possuir uma cultura própria e reforçar questões de gênero, acarretam nas mulheres cobranças de posturas tidas como especificamente masculinas. Esses profissionais, apesar de necessitarem de suporte emocional para o enfrentamento das adversidades no trabalho, ainda se deparam com dificuldades de acesso diante do preconceito existente (AGUIAR, 2007).

3.2.3 Domínio Relações Sociais

Em relação ao domínio relações sociais, a média da autoavaliação foi a mais alta por parte da amostra (70,58%) e refere-se à percepção dos trabalhadores quanto às relações pessoais, atividade sexual, suporte e/ou apoio social, sendo, este domínio, relevante em termos de enfrentamento das adversidades no trabalho, podendo funcionar como fator de risco ou de proteção frente aos estressores no ambiente de trabalho.

Tabela 9 - Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Relações Sociais (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151)

Variáveis	Domínio Social		OR (IC95%)	P-valor
	Baixo/Moderado n (%)	Alto n (%)		
Sexo				
Masculino	14 (25,5)	41 (74,5)	1,0	0,003
Feminino	48 (50,0)	48 (50,0)	0,34 (0,17-0,71)	
Faixa etária				
De 26 a 44 anos	38 (37,6)	63 (62,4)	1,0	0,223
Acima de 45 anos	24 (48,0)	26 (52,0)	0,65 (0,33-1,30)	
Categoria profissional				
Técnico de enfermagem	34 (42,5)	46 (57,5)	1,0	0,703
Enfermeiro	28 (39,4)	43 (60,6)	1,13 (0,59-2,18)	
Vive com companheiro				
Não	22 (43,1)	29 (56,9)	1,0	0,711
Sim	40 (40,0)	60 (60,0)	1,14 (0,57-2,25)	
Escolaridade				
Até Graduação	34 (43,6)	44 (56,4)	1,0	0,514
Pós-graduação	28 (38,4)	45 (61,6)	1,24 (0,65-2,38)	
Renda Familiar*				
Até 5 salários	19 (38,8)	30 (61,2)	1,0	0,693
Acima de 6 salários	43 (42,2)	59 (57,8)	0,87 (0,43-1,74)	
Tempo de serviço na instituição				
Até 11 anos	30 (37,0)	51 (63,0)	1,0	0,280
Acima de 11 anos	32 (45,7)	38 (54,3)	0,70 (0,36-1,34)	
Turno de trabalho				
Diaristas	9 (40,9)	13 (59,1)	1,0	0,988
Plantonistas	53 (41,1)	76 (58,9)	0,99 (0,40-2,49)	
Carga horária semanal nessa unidade				
32 horas	31 (38,3)	50 (61,7)	1,0	0,454
>32 horas	31 (44,3)	39 (55,7)	0,78 (0,41-1,50)	
Possui outro emprego ou trabalho remunerado				
Não	31 (42,5)	42 (57,5)	1,0	0,734
Sim	31 (39,7)	47 (60,3)	1,12 (0,58-2,14)	
Carga horária total considerando outros vínculos				
De 32 a 40 horas	23 (33,3)	46 (66,7)	1,0	0,077
Acima de 40 horas	39 (47,6)	43 (52,4)	0,55 (0,28-1,07)	

* Salário mínimo nacional em janeiro de 2019 (954,00 reais).

Como observado na Tabela 9, na análise bivariada, verificou-se a associação da variável sexo ($p=0,003$) e razão de chance ($OR=0,34$). O sexo masculino obteve melhor avaliação neste domínio, em comparação com o sexo feminino. Como relatado por diversos autores e comprovado por estudos científicos, a mulher é a principal rede de apoio familiar, por motivos históricos e culturais, e nem sempre recebe a mesma atenção quando devida e ainda apresenta maior sobrecarga (PINHEIRO; GALIZA; FONTOURA, 2009). Tais resultados demonstram que concepções mais igualitárias do papel de homem e mulher e de pai e mãe dentro das famílias, ainda é uma realidade em construção.

3.2.4 Domínio Meio Ambiente

Em relação ao domínio meio ambiente, a média da autoavaliação na amostra é a segunda pior avaliação (57,04%) e refere-se à percepção dos trabalhadores quanto à segurança física e proteção, ambiente doméstico, físico, recursos financeiros, novas informações/habilidades, recreação e lazer, disponibilidade/qualidade dos cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações/habilidades, momentos disponíveis para lazer e o ambiente físico, no que tange à poluição/ruído/trânsito/clima e meios de transporte.

Tabela 10 - Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Meio Ambiente (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151) (continua)

Variáveis	Domínio Meio ambiente		OR (IC95%)	p-valor
	Inferior/Intermediário n (%)	Superior n (%)		
Sexo				
Masculino	42 (76,4)	13 (23,6)	1,0	0,295
Feminino	80 (83,3)	16 (16,7)	0,65 (0,28-1,47)	
Faixa etária				
De 26 a 44 anos	79 (78,2)	22 (21,8)	1,0	0,253
Acima de 45 anos	43 (86,0)	7 (14,0)	0,59 (0,23-1,48)	
Categoria profissional				
Técnico de enfermagem	66 (82,5)	14 (17,5)	1,0	0,572
Enfermeiro	56 (78,9)	15 (21,1)	1,26 (0,56-2,84)	

Tabela 10 - Associação das variáveis sociodemográficas e ocupacionais com o Domínio Meio Ambiente (desfecho) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2019 (n=151) (conclusão)

Variáveis	Domínio Meio ambiente		OR (IC95%)	p-valor
	Inferior/Intermediário n (%)	Superior n (%)		
Vive com companheiro				
Não	42 (82,4)	9 (17,6)	1,0	0,728
Sim	80 (80,0)	20 (20,0)	1,17 (0,49-2,79)	
Escolaridade				
Até Graduação	64 (82,1)	14 (17,9)	1,0	0,685
Pós-graduação	58 (79,5)	15 (20,5)	1,18 (0,53-2,66)	
Renda Familiar*				
Até 5 salários	40 (81,6)	9 (18,4)	1,0	0,856
Acima de 6 salários	82 (80,4)	20 (19,6)	1,08 (0,45-2,60)	
Tempo de serviço na instituição				
Até 11 anos	63 (77,8)	18 (22,2)	1,0	0,311
Acima de 11 anos	59 (84,3)	11 (15,7)	0,65 (0,28-1,50)	
Turno de trabalho				
Diaristas	17 (77,3)	5 (22,7)	1,0	0,650
Plantonistas	105 (81,4)	24 (18,6)	0,78 (0,26-2,31)	
Carga horária semanal nessa unidade				
32 horas	65 (80,2)	16 (19,8)	1,0	0,854
>32 horas	57 (81,4)	13 (18,6)	0,93 (0,41-2,09)	
Possui outro emprego ou trabalho remunerado				
Não	60 (82,2)	13 (17,8)	1,0	0,673
Sim	62 (79,5)	16 (20,5)	1,19 (0,53-2,69)	
Carga horária total considerando outros vínculos				
De 32 a 40 horas	54 (78,3)	15 (21,7)	1,0	0,468
Acima de 40 horas	68 (82,9)	14 (17,1)	0,74 (0,33-1,67)	

* Salário mínimo nacional em janeiro de 2019 (954,00 reais).

Como constatado na Tabela 10, não houve associação do domínio meio ambiente com nenhuma das variáveis.

As facetas com as piores avaliações nesse domínio foram: condições do local de habitação, disponibilidade de recursos financeiros para satisfação de necessidades e as oportunidades de recreação/ lazer.

Na Tabela 11, é apresentada a análise bivariada e a associação exposição versus desfecho (DER com cada domínio), em uma amostra de trabalhadores de enfermagem.

Tabela 11 - Associação da exposição (DER) e desfecho (cada domínio) em uma amostra de trabalhadores de enfermagem. Rio de Janeiro, 2019 (n=151)

Desfecho	DER		OR (IC95%)	p-valor
	Baixo/Moderado n (%)	Alto n (%)		
Domínio Físico				
Inferior/Intermediário	49 (50,0)	31 (58,5)	1,0	0,318
Superior	49 (50,0)	22 (41,5)	0,71 (0,36-1,39)	
Domínio Psicológico				
Inferior/Intermediário	36 (36,7)	33 (62,3)	1,0	0,003
Superior	62 (63,3)	20 (37,7)	0,35 (0,18-0,70)	
Domínio Social				
Inferior/Intermediário	37 (37,8)	25 (47,2)	1,0	0,262
Superior	61 (62,2)	28 (52,8)	0,68 (0,35-1,34)	
Domínio Meio Ambiente				
Inferior/Intermediário	78 (79,6)	44 (83,0)	1,0	0,610
Superior	20 (20,4)	9 (17,0)	0,80 (0,33-1,90)	

Constatou-se que o estresse psicossocial interfere na QV dos trabalhadores, uma vez que as dimensões esforço e recompensa do modelo DER mostraram associação com o domínio psicológico ($p < 0,05$) e, através da avaliação (OR), verificou-se maior chance de associação em todos os domínios do WHOQOL-bref, com baixa avaliação (inferior/intermediário).

No presente estudo, a rede de correlações entre as dimensões do Modelo DER e QV indicou associação negativa entre esforço e excesso de comprometimento com o domínio psicológico. As exigências institucionais, as condições de trabalho, as relações que se estabelecem entre a vida profissional e pessoal, aliadas à imagem que circula no cotidiano de desprestígio da corporação militar, apontada como inoperante e ineficiente, indubitavelmente, têm afetado a motivação, o desempenho, a autoestima e a saúde dos militares, provocando o aparecimento de várias perturbações físicas e psíquicas (PRADO, 2011).

O desencadeador do comportamento de estresse em militares, segundo Lipp (1996), é atribuído, com frequência, à vida no militarismo, devido as suas particularidades de hierarquia, pois as decisões de punição ou promoção passam pelo crivo de um superior hierárquico, gerando muitas vezes inconformidade e insatisfação, decorrentes de injustiças ou arbitrariedades dos seus comandantes. Ao ingressar na carreira militar, o indivíduo sofre um processo de ressocialização, há uma modificação do comportamento, de acordo com as necessidades da instituição, com muita rigidez, levando-o a um afastamento do contexto social (MAYER, 2006).

A modificação do comportamento, muitas vezes, surge como estratégia de enfrentamento ou uma forma de o indivíduo se distanciar de acontecimentos e não deixar transparecer fraquezas e sentimentos de sofrimento psicológico, principalmente em situações em que esses profissionais necessitam estar prontos, física e psicologicamente, para realizar um bom atendimento à sociedade (PRADO, 2011).

A exigência de esforços psicológicos e/ou físicos elevados, sem a respectiva contrapartida em termos de recompensa, tem sido apontada como estressora psicossocial, devendo o profissional de saúde se adaptar às novas formas de organização do trabalho e ao uso de novas tecnologias. Acrescenta-se a implantação de rigorosos padrões de qualidade assistencial, por parte das instituições de saúde, que vêm exigindo dos trabalhadores um novo perfil, demonstrando flexibilidade e polivalência (SILVA; AQUINO; MATTOS, 2014).

Trabalhadores com padrão motivacional de excessivo comprometimento tendem a manter o nível de envolvimento com grandes esforços, mesmo que não sejam recompensados da forma esperada. Esse padrão pode afetar a percepção do trabalhador, subestimando demandas e superestimando recursos de enfrentamento, mesmo sem reciprocidade, nas relações. Nesta situação, os trabalhadores ficam mais suscetíveis a alterações nas respostas adaptativas e ao esgotamento (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2015).

CONCLUSÃO

A amostra foi constituída, majoritariamente, pelo sexo feminino, vivendo com companheiro(a), faixa etária de 26 a 44 anos, nível de escolaridade médio/graduação e renda familiar acima de 6 salários mínimos. São militares, portanto, estatutários, trabalham em sua maioria em regime de plantão e cumprem 32 horas na instituição, sendo que, aqueles que acumulam mais de um vínculo, cumprem jornadas acima de 40 horas de trabalho semanais.

Quanto à relação esforço e recompensa no trabalho de enfermagem no hospital militar, do total da amostra, 98 (64,9%) trabalhadores foram agrupados no 1º, 2º tercis da distribuição (baixo e intermediário DER) e os demais 53 (35,1%), no 3º tercil (alto DER), correspondendo ao grupo com alto esforço e baixa recompensa, portanto, com maior risco de exposição ao estresse psicossocial e suas repercussões para a saúde.

No que se refere às características sociodemográfica e ocupacionais da amostra e a associação ($p < 0,005$) com o DER, verificou-se: categoria profissional (enfermeiros), escolaridade (trabalhadores com nível médio e graduação), carga horária (os que realizam 32 horas semanais na unidade com maiores probabilidades) e dupla jornada (trabalhadores que cumprem 40 horas ou mais, considerando outros vínculos).

Na análise da QV, mediante a aplicação do WHOQOL-bref e respectivos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente, verificou-se que 59,65% da amostra avaliaram a QV como nem boa nem ruim. Dentre os domínios, a avaliação que teve o pior escore foi o domínio físico (54,78). No que diz respeito à avaliação da qualidade de vida referida (QVR) e a satisfação com a saúde (SS), obteve-se uma média geral de 3,46 no escore do componente, considerado um bom escore. Na autoavaliação da satisfação geral com a saúde, verificou-se que 58,94% dos participantes a avaliaram como boa e 49,01% afirmaram se sentir satisfeitos com a própria QV.

Na análise da QV por domínio, encontrou-se o escore médio de 59,65%, indicando uma boa QV. Na análise bivariada da QV, foi possível observar as seguintes associações quanto ao domínio físico: faixa etária (melhor avaliação de 26 a 44 anos) e turno de trabalho (melhor avaliação dos plantonistas). Com relação às associações referentes ao domínio psicológico, o sexo (melhor avaliação entre os homens) foi identificado. Com relação ao domínio ambiental e as características da amostra, não houve associação.

Constatou-se que o estresse psicossocial interfere na QV dos trabalhadores e nas dimensões do Modelo DER, sendo que a QV indicou associação negativa entre esforço e o domínio psicológico.

Os dados levantados acerca da QV geral da amostra foram importantes no sentido de contribuir para a reflexão sobre os impactos da persistência em longo prazo de altos esforços e as baixas recompensas.

Devido à relevância da temática, torna-se importante a criação de uma política institucional que considere o estresse psicossocial como um componente importante na gênese dos problemas de saúde e a sua correlação com a QV e as repercussões na prestação de serviços nos custos organizacionais, principalmente ao se considerar o risco de adoecimento e o absenteísmo.

Diante desta realidade, o estudo aponta a necessidade de novas investigações no sentido de elucidar aspectos relacionados ao ambiente psicossocial do trabalho de enfermagem em hospital militar.

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 do nexo causal.

Considera-se que o estudo possa contribuir, primeiramente, para agregar novos conhecimentos às pesquisas já existentes e que abordam o estresse psicossocial e QV em enfermeiros militares. Acrescenta-se a possibilidade de instigar o interesse de outros pesquisadores sobre a temática.

Pelo fato de a área militar ser um campo de atuação recente do enfermeiro, torna-se necessária a produção de conhecimentos neste espaço de trabalho por suas peculiaridades e a respectiva divulgação dos resultados, no intuito de uma aproximação dos riscos psicossociais inerentes a essa atividade, ao considerar a organização de trabalho e suas exigências, bem como a correlação do estresse psicossocial com a QV dos profissionais.

O estudo contribuirá para a ampliação da produção científica diante da incipiência de estudos sobre o estresse psicossocial e QV em enfermeiros militares, evidenciada através da revisão da literatura.

Ressalta-se que a vulnerabilidade ao estresse psicossocial e a percepção da QV pelos indivíduos estão interligadas, portanto esse tema precisa ser mais explorado, pois ajudará os profissionais, que atuam na área da saúde, a refletirem sobre a importância do autocuidado e atitudes que possam contribuir para a minimização do estresse e melhor QV.

Conhecendo os riscos a que os trabalhadores de enfermagem encontram-se expostos, no ambiente de trabalho hospitalar, o estudo gera discussões e reflexões sobre a importância de medidas e/ou estratégias adotadas pelas instituições e trabalhadores, no intuito de prevenir os riscos presentes no ambiente laboral, com vistas ao bem-estar e à saúde dos profissionais, cuja QV pode, também, ser afetada em função desses riscos, assim como o desempenho e a produtividade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, F. L. S. **Estresse ocupacional**: contribuição das Pirâmides Coloridas de Pfister no contexto policial militar. 2007. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém.
- ALMEIDA-BRASIL et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-bref no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, 5:1705-1716, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1705.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4):865-884, 2004. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/630/63043001009.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2019.
- ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. **São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades EACH/USP**, 2012.
- ALVES, A. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**. 2015; 23(1): 64-9.
- ANDRADE, L. B. L; LAAT, E. F; STEFANO, S. R. Qualidade de Vida no Trabalho e Comprometimento com a Carreira de Diretores de Escolas Públicas. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**. [S.l.], v. 17, n. 1, p. 54-83, mar. 2018. Disponível em: <<http://www.periodicosibepes.org.br/index.php/recadm/article/view/2385/982>>. Acesso em: out. 2019.
- ARANTES, M. A. A. C; VIEIRA, M. J. F. **Estresse**: Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- AZEVEDO, G. et al. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 119-127, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342012000200004>. Acesso em: 26 out. 2019.
- BARROSO, M. L. et al. Estresse e uso de álcool em enfermeiros que trabalham em urgência e emergência. **Caderno de Cultura e Ciência**, v. 13, n. 2, p. 60-75, mar. 2015.
- BECK, C. L. C. **Da banalização do sofrimento à sua ressignificação ética na organização do trabalho**. 2000. 292 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

BONCIANI, M. Contrato coletivo e saúde dos trabalhadores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, p. 53-58, dez. 1994.

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

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Saúde e segurança do trabalho**: Estudo da Previdência Social indica mudança nas causas de afastamento do trabalho, 2014. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/2014/04/saude-e-seguranca-do-trabalho-estudo-da-previdencia-social-indica-mudanca-nas-causas-de-afastamento-do-trabalho>>. Acesso em: 12 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2008**: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1679**, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1823**, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 08 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2728**, de 11 de novembro de 2009a. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 13 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3252**, de 22 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009_comp.html>. Acesso em: 14 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 7602**, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm>. Acesso em: 15 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para o serviço de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador**. Cadernos de atenção básica. N.º3 Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002.

CAMELO, S. H. H; ANGERAMI E. L. S. Riscos Psicossociais no Trabalho que podem levar ao Estresse: Uma Análise Da Literatura. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 2, p. 232-240, 2008.

CARVALHO, G. M. **Enfermagem do Trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

COLACIOPPO, S. **Higiene e toxicologia**. In: I Jornada de Toxicologia da Sociedade Paulista de Medicina do Trabalho da Associação Paulista de Medicina. 30 jun. 2001. Resumo do evento. Disponível em: <<http://www.grupo-ramazzini.med.br/textosdownload/ResumoToxicologia.doc>>. Acesso em: 10 ago. 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. 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. 89f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2011.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 7, n. 3, p. 63-71, set. 2003.

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: <https://www.researchgate.net/publication/306204811_Work-related_stress_The_European_picture>. Acesso em: 12 maio 2018.

DAGGET, T.; MOLLA, A.; BELACHEW, T. Job related stress among nurses working in Jimma Zone public hospitals, South West Ethiopia: a cross sectional study. **BMC Nursing**, 15, 39 (2016). Disponível em: <<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0158-2>>. Acesso em: 14 maio 2018.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 92-106, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100012>. Acesso em: 14 dez. 2018.

DEJOURS, C. **Trabalho Vivo**. Brasília: Paralelo, 2012. 2 v. T. 2: Trabalho vivo: trabalho e emancipação.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Tradução: Maria Irene Stocco Betiol et al. 15 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

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, p. 817-827, 2005.

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**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000400008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2018.

EUROFOUND; EU-OSHA. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention, **Publications Office of the European Union**, Luxemburgo, 2014.

FABRI, J. M. G. et al. Estresse ocupacional em enfermeiros da pediatria: manifestações físicas e psicológicas. **Rev baiana enferm.** 2018; 32:e25070. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25070/15877>>. Acesso em: 20 set. 2019.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 75-84, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100007>. Acesso em: 21 out. 2019.

FISCHER, F. M. et al. Work ability of health care shiftworkers: what matters? **Chronobiol Int.** 2006; 23(6):1165-79.

FLACK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012>. Acesso em: 23 mar. 2018.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Clinical epidemiology: The essentials.** 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998. 246p.

FONSECA, J. R. F.; LOPES NETO, D. Níveis de estresse ocupacional e atividades estressoras em enfermeiros de unidades de emergência. **Rev Rene.** 2014 set.- out.; 15(5):732-42. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324032944002>>. Acesso em: 14 out. 2019.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES A. L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

FREIRE, M. N; COSTA, E. R. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho mariana nascimento. **Revista Enfermagem Contemporânea.** 2016 jan./jun.;5(1):151-158. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/871/659>>. Acesso em: 27 nov. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GOMEZ, C. M. Avanços e entraves na implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 21-25, jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100004>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

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. M.; SIEGRIST, J.; MARTINS, D. A. **Modelo de estresse ocupacional ERI (effort-reward-imbalance)**. In: Guimarães, L. A. M.; BRUBITS, S. **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 69-94, 2004.

IGLESIAS, M. L.; VALLEJO, R. B. B. Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress, and clinical manifestations in Spanish critical care nurses. **Dimens Crit Care Nurs**. v. 32, n.3, p. 130-7, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23571196>>. Acesso em: 12 ago. 2019.

IGNATTI, C. Sofrimento psíquico de enfermeiros - um olhar mitológico. **Rev. Científica Integrada**. v.1, n.1, p. 1-12, 2012. Disponível em: <<https://www.unaerp.br/documentos/1449-120-390-1-sm/file>> Acesso em: 04 out. 2018.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: Workplace Stress: A collective challenge. International Training Centre of the ILO, Turin - Italy, 2016. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

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

LIPP, M. E. N. **O stress está dentro de você**. São Paulo: contexto, 2014.

_____. Stress: conceitos básicos. In: _____. (Org.). **Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1996. p. 17-31.

LIMA, P. et al. Fatores estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros hospitalares. **Investig Enferm. Imagen Desarr**, v.17, n. 2, p. 51-65, 2015.

LOPES, L. F. D. Estatística e qualidade & produtividade. Disponível em: <<http://felipelopes.com/CalculoAmostra.php>>

MACHADO, M. H. et al. **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil** (Convênio: FIOCRUZ/COFEN). Rio de Janeiro: 28 volumes, NERHUS-DAPS-ENSP/FIOCRUZ e COFEN, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297 págs.

MARIA, A. L. Síndrome de *Burnout* em diferentes áreas profissionais e seus efeitos. **Rev. Acta Brasileira do Movimento Humano** - Vol.6, n.3., p.1-12 – jul./set., 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/actabrasileira/article/view/2920/2492>>. Acesso em: 03 out. 2019.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. A cohort study of psychosocial work stressors on work ability among Brazilian hospital workers. **Am J Ind Med.** v. 58, n. 7, p.:795-806, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26010237>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. Ed. Atlas. 1996.

MATTOS, F. A. M. Emprego e Trabalho do pós-Segunda Guerra à crise deflagrada pela falência do subprime. **Nexus Econômicos - CME-UFBA**. Vol. VI - nº 10. jun. 2012. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/revnexeco/article/view/7952>>. Acesso em: 18 set. 2019

MATURANA, A. P. P. M.; VALLE T. G. M. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 02-23, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200002>. Acesso em: 02 dez. 2018.

MAYER, V. M. **Síndrome de *Burnout* e qualidade de vida em policiais militares de Campo Grande-MS**. 2006. 157 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande. 2006.

MELLO, M. T. **Trabalhador em turno: fadiga**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

MENDES, A. M. A organização do trabalho como produtora da Cultura e a Prevenção do Estresse Ocupacional: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. In: TAMAYO, A. (Org.). **Estresse e cultural organizacional**. São Paulo: Casa do Psicólogo: All Books, 2008. p. 163-192.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, R.; DIAS, E. Da medicina do trabalho à Saúde do Trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n.2, p. 139-149, 1991.

MESQUITA, K. L. et al. A visão do enfermeiro/gestor sobre a necessidade de implementar apoio psicológico aos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de enfermagem do centro oeste Mineiro**, v. 4, n. 1, p. 1019-1028, 2014.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100002>. Acesso em: 19 nov. 2019.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P. **Missão prevenir e proteger:** condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MINIVEL, V. A. et al. Cargas de trabalho, processo de desgaste e absenteísmo- doença em enfermagem. **Rev Latino am enfermagem**; v. 21, n. 6, p.1290-7, 2013.

MORAES FILHO, I. M.; ALMEIDA, R. J. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(3): 447-454, jul./set., 2016.

MURASSAKI, A. C.Y. et al. Estresse em enfermeiros intensivistas e condição chefe/não chefe de família. **Cienc Cuid Saude**. 2011; 10(4):755-762. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18320/pdf>>. Acesso em: 16 set. 2019.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). Stress at work. **DHHS (NIOSH)**, Publication Number 99-101, 1999.

NOGUEIRA; D. P. Introdução à segurança, higiene e medicina do trabalho: histórico. In: FUNDACENTRO. **Curso de engenharia do trabalho**. São Paulo: FUNDACENTRO, v.1, p.9-15,1979.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. **Oficina Internacional del Trabajo**. Genebra; 1984.

OLIVEIRA, A.; ARAÚJO, T. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 243-262, abr. 2018. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100243>. Acesso em: 12 out. 2019.

OLIVEIRA, S. X. **Qualidade de Vida de Gestantes assistidas pela Estratégia Saúde da Família**. 2011. 93fs. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14730/1/SilviaXO_DISSERT.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança. Boletim Internacional do Trabalho. **Organização Internacional do Trabalho**. Portugal, abr. 2010. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2018.

_____. Escritório Brasil. A OIT no Brasil: Trabalho decente para uma vida digna. **Organização Internacional do Trabalho-Brasil**. 28p. 2012. Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_234393.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2018.

PAGLIONE, N. L. et al. Satisfação profissional da equipe de enfermagem do centro cirúrgico em hospital público de média complexidade. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(3): 1080-87, mar. 2016. Disponível em: <file:///D:/Downloads/11061-24407-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

PAIVA, K. C. M.; GOMES, M.; HELAL, D. H. Estresse Ocupacional e Síndrome de *Burnout*: proposição de um Modelo Integrativo e Perspectivas de Pesquisa Junto a Docentes do Ensino Superior. **Revista Gestão & Planejamento**, v. 16, n. 3, p. 285-309, 2015. Disponível em: <<https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/3570>>. Acesso em: 14 maio 2019.

PEREIRA, A. M. T. B. ***Burnout***: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2014.

PINHEIRO, L.; GALIZA, M.; FONTOURA, N. Dossiê retrato das desigualdades de gênero e raça - Novos arranjos familiares, velhas convenções sociais de gênero: A licença - parental como política pública para lidar com essas tensões. **Revista Estudos Feministas**, v.17, n. 3, p. 851-859, 2009.

PRADO, J. S. **Estresse e qualidade de vida de bombeiros militares**. 80 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Católica Dom Bosco, Mato Grosso do Sul, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. D. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade Freevale, 2013.

REBOUÇAS, J. A. **Insalubridade: morte lenta no trabalho**. São Paulo: Oboré Editorial, 1989.

REIS, R. S. **Segurança e medicina do trabalho: normas regulamentadoras**. 7. ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.

RIBEIRO, F. S. N. Vigilância em Saúde do Trabalhador: a tentação de engendrar respostas às perguntas caladas. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 38(128): 268-279, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n128/14.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2019.

RIBEIRO, J. L. P. **Metodologia da Investigação em psicologia e Saúde**. 3.^a ed. Porto: Legis/livpsic, 2010.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SANTOS, E. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Quality of life of people living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 64-71, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900011>. Acesso em: 24 ago. 2019.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234, set. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722001000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 ago. 2018.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2019.

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

SELYE, H. Stress and the general adaptation syndrome. **Br Med J**. v.1, n.1, p.1383-92, 1950.

SIEGRIST, J. **Effort-reward imbalance at work: theory, measurement and evidence**. Düsseldorf: University Dusseldorf, Department of Medical Sociology, 2012. 20 p. Disponível em: <https://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Fuer-Patienten-und-Besucher/Kliniken-Zentren-Institute/Institute/Institut_fuer_Medizinische_Soziologie/Dateien/ERI/ERI-Website.pdf>. Acesso em: 06 de ago. 2018.

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

_____. A theory of occupational stress. In: DUNHAM, J. **Stress in the workplace past, present and futures**. London: Whurr publishers, p.52-66, 2001.

SILVA, D. S. D. et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**. 2015; 49(6):1027-1036. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-1027.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2019.

SILVA, I. V., AQUINO, E. M. L.; PINTO, I. C. M. Violência no trabalho em saúde: a experiência de servidores estaduais da saúde no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2112-2122, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001002112&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 nov. 2019.

SILVA, J. L. L. et al. Estressores na atividade gerencial do enfermeiro: implicações para saúde. **Revista AV Enf**. 2013; v. 31, n 2, p. 144-52. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v31n2/v31n2a15.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2019.

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):32-36. <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v27n1/05.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2018.

TEIXEIRA, M. C. A Invisibilidade das Doenças e Acidentes do Trabalho na Sociedade Atual. **Revista de Direito Sanitário**. v. 13, n. 1, p. 102-131, 2012.

The WHOQOL Group. **The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL)**: Position paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med. 1995;41(10): 1403-9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

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

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. 2018.

VERSA, G. L. G. S. et al. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 78-85, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200012>. Acesso em: 13 out. 2019.

VIEIRA, G. C. et al. Satisfação laboral e a repercussão na qualidade de vida do profissional de enfermagem. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. v. 43, n.3, p.186-192, 2018. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1123>>. Acesso em: 23 out. 2019.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18 n.6, p.1591-1600, 2013.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview**. Geneva: World Health Organization. 2010; 126 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500272_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 27 nov. 2019

_____. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO, 2014.

_____. Department of Mental Health. **Annotated Bibliography of the WHO Quality of Life: Assessment Instrument - WHOQOL**. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: <http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Bibliography.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

WHOQOL Group. **Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL)**. Quality of Life Research, v. 2, p.153-159, 1993. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/51179>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

_____. **Development of the WHOQOL:** Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, v. 23, n.3, p. 24-56, 1994. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/41344692>>. Acesso em 07 nov. 2018.

_____. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL):** Position paper from the World Health Organization. *Social Science e Medicine. World Health Organization*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

_____. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL):** Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine. World Health Organization*, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9672396>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Estresse ocupacional e Qualidade de vida em trabalhadores de enfermagem de um hospital militar**” que possui como objetivos: Descrever o estresse psicossocial no trabalho de enfermagem em um hospital militar mediante o modelo Desequilíbrio esforço recompensa; Verificar a associação entre o estresse psicossocial no trabalho e as características de uma amostra de trabalhadores de enfermagem de um hospital militar e Avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de um hospital militar a partir do WHOQOL-bref e a associação com o estresse psicossocial.

Você responderá a três instrumentos contendo perguntas que avaliarão alguns dados sociodemográficos e laborais, estresse e qualidade de vida. Os instrumentos serão aplicados no seu local de trabalho, em local privativo, após agendamento e de acordo com a sua disponibilidade. Essa pesquisa não representa risco direto para sua saúde ou bem-estar. Os benefícios do estudo serão a ampliação e divulgação dos conhecimentos sobre o estresse ocupacional e qualidade de vida em enfermeiros militares, despertar o interesse de outros pesquisadores sobre a temática e contribuir para a discussão e reflexão acerca da importância de adoção de medidas e/ou estratégias voltadas para a prevenção do estresse e promoção da saúde do trabalhador. Caso você queira tirar alguma dúvida ou solicitar outros esclarecimentos poderá entrar em contato telefônico ou pessoalmente. Poderá também recorrer ao Comitê em 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 do material é de responsabilidade dos pesquisadores. 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: Professor Doutor Elias Barbosa de Oliveira (orientador) e Mestranda Natália Victor Madeira Senna pertencentes à instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Telefone para contato: (21) 2628 8236 R 210.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com os pesquisadores responsáveis comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto (CEP/HUPE) localizado a Boulevard 28 de setembro, 77 - Vila Isabel Cep 20.551-030 - Rio de Janeiro – RJ ou através dos telefones: (021) 2587 6353, FAX: (021) 2264 0853.

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

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - Instrumento de caracterização da amostra

Você está recebendo um instrumento composto de três partes, sendo a primeira referente às características sociodemográficas e ocupacionais, um segundo sobre as demandas e recompensas no trabalho e um terceiro sobre Qualidade de Vida (OMS). Solicito que responda todas as perguntas, caso contrário, a tabulação dos dados será prejudicada e o instrumento descartado. Caso tenha alguma dúvida poderá saná-la juntamente com o responsável pela coleta. Agradecemos a sua participação.

BLOCO A. Caracterização da amostra

- A1. Sexo: 0 () Masculino 1 () Feminino
- A2. Faixa etária: 0 () 26 a 44 anos 1 () acima de 45 anos
- A3. Categoria profissional: 0 () Técnico de Enfermagem 1 () Enfermeiro
- A4. Estado civil: 0 () Solteiro 1 () Casado/ União estável 2 () Divorciado 3 () Viúvo
- A5. Escolaridade: 0 () Ensino médio/Graduação 1 () pós graduação
- A6. Renda Familiar: 0 () até 5 salários 1 () acima de 6 salários
- A7. Tempo de serviço na instituição 0 () De 6 a 11 anos 1 () Acima de 11 anos
- A8. Turno de trabalho: 0 () plantonistas 1 () diaristas
- A9. Carga horária semanal nessa unidade: 0 () 32 h 1 () acima de 32
- A10. Possui outro emprego ou trabalho remunerado 0 () Sim 1 () Não
- A11. Carga horária total considerando outros vínculos: 0 () 32 a 40h 1 () acima de 40h

ANEXO A - Instrumento Demanda Esforço-Recompensa

BLOCO B – Modelo Desequilíbrio Esforço Recompensa

B1. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

B2. Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

B3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

B4 Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

B5 Meu trabalho exige muito esforço físico.

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

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

B6.

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

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

- 1 [] Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Discordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Concordo

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

- 1 [] Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Discordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Concordo

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

- 1 [] Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Discordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Concordo

B.10 No trabalho, eu sou tratado injustamente.

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.

B.11

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

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

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

B.13 Tenho pouca estabilidade no emprego.

- 1 [] Concordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Concordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Concordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Concordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Discordo

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

- 1 [] Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Discordo e fico **estressado** com isso
- 4 [] Discordo e fico **muito estressado** com isso
- 5 [] Concordo

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

- 1 [] Discordo e **NÃO fico** estressado com isso
- 2 [] Discordo e fico **um pouco estressado** com isso
- 3 [] Discordo e fico **estressado** com isso

4[] Discordo e fico **muito estressado** com isso

5[] Concordo

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

1[] Discordo e **NÃO fico** estressado com isso

2[] Discordo e fico **um pouco estressado** com isso

3[] Discordo e fico **estressado** com isso

4[] Discordo e fico **muito estressado** com isso

5[] Concordo

B.17 Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

1[] Discordo e **NÃO fico** estressado com isso

2[] Discordo e fico **um pouco estressado** com isso

3[] Discordo e fico **estressado** com isso

4[] Discordo e fico **muito estressado** com isso

5[] Concordo

ANEXO B - Instrumento WHOQOL-bref.

C1. Como você avalia sua qualidade de vida?

1() Muito ruim 2() Ruim 3() Nem ruim nem boa 4() Boa 5() Muito boa

C2. Quanto satisfeito(a) você está com a sua saúde?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito

As questões seguintes são sobre o QUANTO VOCÊ TEM SENTIDO ALGUMAS COISAS nas últimas duas semanas

C3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente

C4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente

C5. O quanto você aproveita a vida?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente

C6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente

C7. O quanto você consegue se concentrar?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente

C8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente

C9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Mais ou menos 4() Bastante 5() Extremamente

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

C10. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Médio 4() Muito 5() Completamente

C11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Médio 4() Muito 5() Completamente

C12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Médio 4() Muito 5() Completamente

C13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Médio 4() Muito 5() Completamente

C14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

1() Nada 2() Muito pouco 3() Médio 4() Muito 5() Completamente

As questões seguintes perguntam sobre QUÃO BEM OU SATISFEITO você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

C15. Quão bem você é capaz de se locomover?

1() Muito ruim 2() Ruim 3() Nem ruim nem bom 4() Bom 5() Muito bom

C16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito

C17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito. 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito.

C18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito. 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito.

C19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito. 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito.

C20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito. 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito.

C21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito. 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito.

C22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito. 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito.

C23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito. 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito.

C24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito. 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito.

C25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

1() Muito insatisfeito 2() Insatisfeito 3() Nem insatisfeito nem satisfeito. 4() Satisfeito 5() Muito satisfeito.

A questão seguinte refere-se à FREQUÊNCIA COM QUE VOCÊ SENTIU OU EXPERIMENTOU certas coisas nas últimas duas semanas.

C26. Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1() Nunca 2() Algumas vezes 3() Frequentemente 4() Muito frequentemente 5() Sempre

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estresse ocupacional e qualidade de vida em enfermeiros de uma instituição hospitalar militar

Pesquisador: NATALIA VICTOR MADEIRA SENNA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 02868318.4.0000.5282

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.152.249

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Dissertação do programa de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem. Co-participação - Apresenta como centro co-participante o Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. O objeto de estudo é o estresse em enfermeiros oficiais de um hospital militar e a sua relação com a qualidade de vida. Não apresenta Questões de pesquisa de forma clara. A abordagem metodológica é do tipo epidemiológico, transversal, descritivo e exploratório, quantitativa. Campo / cenário: hospital militar localizado no bairro do Estácio. Participantes: 110 Enfermeiros oficiais; amostragem não probabilística ou por conveniência, cuja seleção dos elementos depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo e os participantes são escolhidos para compor a amostra de acordo com a conveniência ou facilidade do pesquisador. Nas informações básicas da pesquisa apresenta 110 participantes, mas só planeja distribuição nos grupos de 100 participantes. Critérios de inclusão: recrutamento e seleção da amostra, serão elegíveis para o estudo todos os enfermeiros que estejam atuando pelo menos há um ano em atividades de gerência, chefia e assistência direta. Como Critérios de exclusão: enfermeiros com menos de um ano de serviço, aqueles de férias, licenças ou outros tipos de afastamentos. Técnica e Instrumento de coleta de dados: Apresenta três instrumentos de coleta de dados em formato de questionário. Por meio do primeiro instrumento irá levantar as características sociodemográficas e laborais dos participantes; o segundo ICD é a escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa (DER), elaborada por Siegrist (ANEXO B) em sua versão

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: 3.152.249

brasileira para verificar o estresse e suas manifestações, nas dimensões esforço, recompensa e excesso de comprometimento no trabalho, em um total de 23 itens; o terceiro instrumento é a versão abreviada WHOQOL-bref composta por 26 questões para avaliação da qualidade de vida. Critérios éticos: Solicitação de autorização para entrada no campo de pesquisa; a coleta de dados ocorrerá após agendamento e disponibilidade dos participantes. Garante esclarecimentos acerca dos objetivos do estudo, sendo preservado o anonimato e o direito de o participante declinar da sua participação em qualquer fase do estudo, Análise dos dados: Será por análise estatística a partir do programa SPSS (dados absolutos, relativos, medidas de tendência central e dispersão) e estatística inferencial, apresentados por meio de gráficos e tabelas.

Objetivo da Pesquisa:

Descreve três objetivos que são: 1. Verificar os níveis de estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital militar a partir do modelo Demanda-Esforço-Recompensa. 2. Avaliar a qualidade de vida dos enfermeiros de um hospital militar a partir do WHOQOL-bref. 3. Discutir a relação entre o estresse ocupacional dos enfermeiros de um hospital militar e a qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Na metodologia apresenta os riscos que são mínimos, pois o participante poderá sentir algum desconforto psicológico ao responder as questões, gerando constrangimento. Como Benefícios: Ampliação e divulgação dos conhecimentos sobre o estresse ocupacional e qualidade de vida em enfermeiros militares, despertar o interesse de outros pesquisadores sobre a temática e contribuir para a discussão e reflexão acerca da importância de adoção de medidas e/ou estratégias voltadas para a prevenção do estresse e promoção da saúde do trabalhador.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa encontra-se estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- A Folha de rosto - encontra-se preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente; o total de participantes encontra-se diferente do descrito na metodologia da pesquisa; - O TCLE – está redigido, em sua maior parte, de acordo com as diretrizes éticas expressas na Resolução 466/2012, com exceção da identificação da pesquisadora responsável – que é a mestranda e não seu orientador – e as formas de contato com ambos que não disponibilizam, telefones e endereços eletrônicos para contato; a descrição dos riscos da pesquisa neste documento encontra-se diferente da descrição na metodologia da pesquisa; o endereço do Comitê de Pesquisa não é o do CEP UERJ e sim o do CEP HUPE; não há endereço do CEP do Centro

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: 3.152.249

co-participante. - Instrumento de Coleta de Dados (ICD) – os três instrumentos de coleta de dados estão apresentados junto ao projeto mas não foram anexados à plataforma Brasil e atendem aos objetivos da pesquisa. - Carta de anuência da instituição – está apresentada, devidamente preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pelo campo, apesar de ser diferente da que consta no corpo do projeto, pois apresenta características próprias da instituição campo da pesquisa. - Cronograma – apresenta as etapas adequadas ao tempo de desenvolvimento do estudo; - Orçamento - não apresentado no projeto nem em anexo no sistema.

Recomendações:

Recomenda-se:

Alinhar o número de participantes entre o total e a distribuição nos grupos, pois nas informações básicas da pesquisa ainda possui uma diferença de 10 participantes.

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 fevereiro de 2020. 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_1234497.pdf	21/01/2019 17:50:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pesquisa_completa.docx	03/12/2018 08:54:49	NATALIA VICTOR MADEIRA SENNA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.docx	29/11/2018 12:05:12	NATALIA VICTOR MADEIRA SENNA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	11/10/2018 14:54:24	NATALIA VICTOR MADEIRA SENNA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	11/10/2018 14:09:13	NATALIA VICTOR MADEIRA SENNA	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: 3.152.249

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Fevereiro de 2019

Assinado por:

Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador(a))