

Psicologia: Ciência e Profissão



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300900&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 abr. 2018.

REFERÊNCIA

SOUSA, Viviane Ferro da Silva; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 900-915, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300900&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 abr. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-370300452014>.

Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde

Occupational Stress and Resilience Among Health Professionals

El Estrés en el Trabajo y Resiliencia de los Profesionales de la Salud

**Viviane Ferro da Silva Sousa & Tereza
Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo**

Universidade de Brasília

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-370300452014>

Artigo

Resumo: Estudos apontam que vivências relacionadas ao trabalho podem acarretar adoecimento, sendo que repercussões adversas têm sido especialmente identificadas em profissionais de saúde. Considerando tais evidências, realizou-se uma investigação sobre estresse e resiliência entre profissionais dessa área. A coleta foi organizada em duas etapas: a) *survey online*, com 92 profissionais de diferentes categorias, por meio da aplicação de questionário sociodemográfico e ocupacional, *Job Stress Scale* e Inventário de Resiliência; e b) dois grupos focais presenciais, totalizando seis profissionais de enfermagem. Os dados foram submetidos à análise estatística e os relatos à análise de conteúdo temática. Principais fatores de risco encontrados: trabalhar em jornada de plantão e ter mais de um vínculo empregatício. Suporte social constituiu fator de proteção mais significativo. Técnicos de enfermagem representaram a categoria mais vulnerável. Mais da metade dos participantes revelou controle sobre a atividade laboral e baixo estresse ocupacional. Dentre os indicadores de resiliência, destacaram-se: satisfação no trabalho, competência emocional, empatia e tenacidade e inovação. Sugere-se que pesquisas futuras avaliem a eficácia de intervenções destinadas ao fortalecimento e desenvolvimento de fatores associados à resiliência, assim como à redução do estresse vivenciado na atuação em saúde.

Palavras-chave: Resiliência psicológica. Estresse profissional. Pessoal de saúde. Trabalho.

Abstract: Studies show that work-related experiences can lead to illness, and several adverse effects have been identified especially for health professionals. Considering this evidence, a research study on stress and resilience among professionals was conducted. This research was organized in two stages: a) 92 professionals from different categories, as determined through a sociodemographic information and occupational questionnaire online survey, completed the Job Stress Scale and Resilience Inventory, and b) twoface to face focal groups, totaling six nurses. The data were subjected to statistical analyses, and the thematic content analysis was conducted. Two main risk factors were found for adverse effects: work on duty scale and having more than one job. Social support was found to be the most significant protective factor. Practical nurses represented the most vulnerable category. More than half of the participants showed control over their labor activity and low occupational stress. Among the resilience indicators, job satisfaction, emotional competence, empathy and tenacity, and innovation were highlighted. It is recommended that future research should evaluate the effectiveness of interventions which are aimed at strengthening and developing associated factors with resilience as well as targeting stress reduction experienced in the acting of health.

Keywords: Resilience, Psychological. Burnout, professional. Health personnel. Work.

Resumen: Estudios señalan que vivencias relacionadas al trabajo pueden causar enfermedades, siendo que repercusiones adversas han sido especialmente identificadas en profesionales de salud. Considerando tales evidencias, se ha realizado una investigación sobre estrés y resiliencia entre profesionales de esa área. La colecta fue organizada en dos etapas: a) *survey online*, con 92 profesionales de diferentes categorías, por medio de la aplicación de cuestionario sociodemográfico y ocupacional, *Job Stress Scale* e Inventario de Resiliencia; y b) dos grupos focales presenciales, totalizando seis profesionales de enfermería. Los datos fueron sometidos al análisis estadístico y los relatos al de contenido temático. Principales factores de riesgo encontrados: trabajar en jornadas de guardia y tener más que un vínculo laboral. El soporte social ha constituido un factor de protección más significativo. Técnicos de enfermería han representado la categoría más vulnerable. Más de la mitad de los participantes revelaron control sobre la actividad laboral y bajo estrés ocupacional. Entre los indicadores de resiliencia, se destacaron: satisfacción en el trabajo, competencia emocional, empatía y tenacidad e innovación. Se sugiere que investigaciones futuras evalúen la eficacia de intervenciones destinadas al fortalecimiento y desarrollo de factores asociados a la resiliencia y a la reducción del estrés vivenciado en la actuación.

Palabras clave: Resiliencia psicologica. Agotamiento profesional. Personal de salud. Trabajo.

As intensas mudanças vivenciadas pelas sociedades contemporâneas refletem-se no cotidiano dos trabalhadores, tornando-os cada vez mais comprometidos com exigências, demandas e rotinas do ambiente laboral. Dificuldades em conciliar atividades profissionais e vida pessoal geram desgastes físicos e psicossociais, os quais podem se manifestar em variadas e múltiplas enfermidades. Cumpre lembrar que estresse ocupacional pode ser compreendido como um complexo processo em que o trabalhador busca responder a demandas que ultrapassam as possibilidades de adaptação individual e social, desencadeando-se transtornos no plano biológico e/ou comportamental (Griffin & Clarke, 2011; Guido, Linch, Pitthan, & Umann 2011; Peters & Brown, 2009; Torres, Chagas, Moreira, Barreto, & Rodrigues, 2011).

O modelo demanda-controle, desenvolvido por Robert Karasek desde a década de 1970, considera que o estresse no trabalho pode ser intensificado em situações de menor controle das ações e menor percepção de suporte social (Alves, Chor, Faerstein, Lopes, & Werneck, 2004). Desse ponto de vista, quatro condições estruturantes têm consequências distintas para o desempenho e a saúde do trabalhador: alta tensão (corresponde à combinação entre alta demanda e baixo controle); baixa tensão (quando as demandas são baixas e o controle é alto); trabalho ativo (demandas e controle são altos); e passivo (instituído por baixa demanda e baixo controle). Ainda que o estresse ocupacional esteja presente na maioria das atuações laborais, estudos apontam que categorias relacionadas ao cuidado do outro –, como, por exemplo, profissionais de saúde –, mostram-se mais vulneráveis aos efeitos negativos do estresse. Nos casos mais graves, a literatura especializada reconhece o quadro denominado *burnout*, em que manifestam-se sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, como resposta à tensão emocional crônica suscitada pelo contexto de trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). De fato, a atuação em saúde envolve especificidades que, em muitas condições, revelam-se como agentes estressores e podem prejudicar o bem-estar dos profissionais. Neste sentido, é possível mencionar problemas de relacionamento no

âmbito da equipe de trabalho, ambiguidade e conflito de funções, dupla jornada de trabalho, experiências empáticas de sofrimento, pressões exercidas pelos superiores, pacientes e familiares (García & Calvo, 2011; McCann et al., 2013; Miguel & Noronha, 2009; Oginska-Bulik, 2006).

Em contraposição a este cenário adverso, estudos recentes têm focalizado a resiliência entre categorias da saúde. Cabe salientar que resiliência é entendida como uma tendência, que se manifesta por ocasião da superação de situações de risco e assegura a continuidade de um desenvolvimento saudável. Trata-se também de um processo dinâmico em que as influências do ambiente e do indivíduo interagem reciprocamente, permitindo à pessoa se adaptar, apesar da presença de estressores. Inicialmente pesquisada junto a pessoas com grande vulnerabilidade – sobretudo crianças e adolescentes –, progressivamente amplia-se o foco do interesse conceitual e metodológico acerca da resiliência para o estudo com famílias e outros grupos. Resiliência abrange mecanismos emocionais, cognitivos e socio-culturais que são construídos no decorrer da existência humana, a partir de desafios graduais que reforçam atributos pessoais, estratégias de enfrentamento e habilidades. Pode estar presente apenas em algumas esferas da vida do indivíduo. Ou seja, uma pessoa pode ser resiliente em determinadas situações e vulnerável em outras (Assis, Pesce & Avanci, 2006; Kalawski & Haz, 2003; Lee, Cheung & Kwong, 2012; Luthar & Cicchetti, 2000; Masten, 2007; Rutter, 2006).

A noção de resiliência está fortemente vinculada à compreensão de fatores de risco e de proteção. Evidentemente, fatores de risco restringem a probabilidade de superação frente às carências impostas, mas seu impacto é reduzido pelos fatores de proteção. Rutter (1993) esclarece que fatores de proteção permitem alterar ou aprimorar as respostas pessoais em situações de provável desadaptação. Em outras palavras, não necessariamente eliminam os agravos, mas limitam danos e promovem estabilidade emocional (Barreira & Nakamura, 2006; Bonanno, 2004; Masten, 2007; Rutter, 1993).

Um breve levantamento das pesquisas publicadas sobre estresse e resiliência, nas últimas décadas, indica vasta diversidade metodológica. Constatam-se estudos de natureza descritiva realizados a partir de casos específicos até investigações com amostras maiores e uso de escalas e inventários (Ospina-Muñoz, 2007; Reppold, Mayer, Almeida & Hutz, 2012).

Em síntese, considerando a relevância clínica e social de aprofundamento dos conhecimentos relacionados ao contexto de atuação de profissionais da área de saúde, empreendeu-se uma investigação com o objetivo geral de descrever, analisar e compreender suas percepções e experiências de estresse e resiliência, identificando-se fatores de risco e proteção.

Método

Participantes

Integraram a amostra desta pesquisa, profissionais de saúde de categorias diferentes que atuam em uma instituição de ensino superior situada na região Centro-Oeste do Brasil. Estipularam-se como critérios de inclusão: ser servidor (técnico administrativo) e não estar em estágio probatório; ter formação e atuar na área da saúde. Os critérios de exclusão foram: não atuar em saúde, estar lotado nos *campi* das cidades do interior do estado, não ter concluído o Questionário Sociodemográfico e Ocupacional.

Instrumentos

- Questionário Sociodemográfico e Ocupacional - composto por 13 questões de múltipla escolha e duas questões abertas, destinadas à caracterização da amostra e da rotina de trabalho.
- *Job Stress Scale* (versão breve) - questionário autoaplicável, constituído por 17 itens que avaliam demanda psicológica, controle e suporte social dos trabalhadores em seu ambiente de trabalho (Alves et al., 2004).
- Inventário de Resiliência (IR) - instrumento autoaplicável com 40 itens associados a características atribuídas às pessoas resilientes: tenacidade e

inovação, assertividade, sensibilidade emocional, empatia, satisfação no trabalho e competência emocional (Benevides-Pereira, 2007; Vera, 2012).

- Roteiro para desenvolvimento dos grupos focais - abrangendo os seguintes temas de discussão: fatores protetivos no trabalho; estratégias de enfrentamento; percepção de risco na atividade profissional e estressores.

Procedimentos de coleta e análise de dados

Em atendimento às recomendações previstas, o projeto foi previamente autorizado por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 234.350) e a coleta foi organizada em duas etapas: *survey online* e grupo focal.

Etapa 1: por meio da internet, encaminhou-se uma mensagem aos profissionais de saúde da instituição, com o propósito de apresentar o projeto sucintamente e fazer o convite para participar. Caso houvesse interesse, o profissional acessava o *survey* propriamente dito, clicando em um *link* disponível ao final da referida mensagem. Ao consultar à página eletrônica, disponibilizada com auxílio da ferramenta *Survey Monkey*, ele manifestava sua concordância, após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Concluído este procedimento, iniciava o preenchimento dos instrumentos apresentados na seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico e Ocupacional; *Job Stress Scale* e Inventário de Resiliência. Ao terminar sua participação nesta etapa, recebia um convite para aderir à etapa seguinte.

Etapa 2: aqueles que se dispuseram a participar do grupo focal, foram contatados através de um telefonema da pesquisadora responsável. Nesta ocasião, forneciam-se informações sobre o funcionamento do grupo focal, dias e horários dos encontros.

Os dados oriundos do *survey* foram submetidos à análise estatística descritiva e inferencial, com auxílio do Programa Estatístico para Ciências Sociais (SPSS® for Windows®), versão 16.0. Para realizar a comparação entre variáveis, foi utilizado o teste *Qui Quadrado*. Os relatos reunidos durante os grupos focais

foram submetidos à análise de conteúdo temática (Bardin, 2011).

Resultados e Discussão

Etapa 1: Survey

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos 92 profissionais que responderam ao *survey*. A maioria foi constituída por mulheres ($n = 68$; 81,9%). Este número expressivo evidencia o processo de feminilização na área e reflete o processo histórico que atribuiu as práticas de cuidado à figura feminina, conforme já identificado em outros estudos (Camelo & Angerami, 2007; Negromonte & Araujo, 2011).

A maior parte dos participantes tem entre 41 e 50 anos de idade ($n = 26$; 31,3%); pouco mais da metade é casada ($n = 46$; 55,4%); a religião mais frequente é a católica apostólica romana ($n = 28$; 33,7%) e a renda mensal é de quatro a seis salários mínimos ($n = 30$; 36,6%). No que tange ao nível de escolaridade, a maioria possui mestrado ($n = 33$; 39,8%). A amostra constitui-se primordialmente de técnicos de enfermagem ($n = 23$; 28%), enfermeiros ($n = 20$; 24,4%) e técnicos de laboratório ($n = 9$; 11%). Nota-se que a maior parte dos profissionais está lotada no hospital universitário ($n = 62$, 64,7%). Com relação ao vínculo empregatício, pouco mais da metade dos participantes declarou possuir outro vínculo de trabalho ($n = 48$, 52,2%), sendo que esse dado converge com o estudo

de Costa, Viera e Sena (2009), em que 47,8% dos 131 dos profissionais de enfermagem possuíam dois ou mais vínculos. Quanto ao total de horas semanais trabalhadas, a maioria dos respondentes declarou trabalhar mais de 40 h ($n = 51$, 55,4%).

No que se refere ao local de trabalho, verificou-se que apenas 8,1% dos profissionais que trabalham no hospital têm idade entre 21 e 30 anos, ao passo que entre aqueles que atuam em outros setores, 36,7% encontram-se nesta faixa etária ($p = 0,002$). Tal diferença parece refletir a redução de contratação em hospitais universitários e a crescente terceirização dos serviços de saúde. Quanto ao estado civil, embora não tenha sido evidenciada diferença significativa, foi possível identificar maior porcentagem de casados entre os profissionais que atuam fora do ambiente hospitalar (60%). Em relação à renda mensal, 62% da amostra que trabalha neste local ganha \geq sete salários mínimos; sendo que entre os demais participantes esse percentual é de 46,7%. Entre os profissionais que não atuam no hospital, grande parte trabalha 40 h semanais (60%); já entre os profissionais do hospital somente 17,7% revelaram tal condição ($p < 0,001$). Chama a atenção que mais da metade da subamostra referente ao hospital universitário cumpre uma carga horária semanal superior a 40 h ($n = 40$; 64,5%); além de atuar por mais tempo na área da saúde. Em contrapartida, 36,7% ($p = 0,003$) dos participantes, que estão lotados em outros setores, trabalham em saúde há cinco anos e apenas 3,3% fazem plantão ($p < 0,001$).

Tabela 1. Dados sociodemográficos, de acordo com local de trabalho ($n = 92$).

Local de trabalho	Hospital Universitário		Outros setores		p
	n	%	n	%	
Gênero					
Feminino	52	83,9	24	80,0	0,646
Masculino	10	16,1	6	20,0	
Total	62	100,0	30	100,0	
Idade (anos)					
18 a 30 anos	5	8,1	11	36,7	0,002*
31 a 50 anos	42	67,7	12	40,0	
≥ 51 anos	15	24,2	7	23,3	
Total	62	100,0	30	100,0	

Continua

Continuação

Estado civil					
Casado	31	50,0	18	60,0	
Solteiro	31	50,0	12	40,0	
Total	62	100,0	30	100,0	0,367
Religião					
Com religião	55	88,7	26	86,7	
Sem religião	7	11,3	4	13,3	
Total	62	100,0	30	100,0	0,777
Renda mensal (salário mínimo)					
1 a 6	23	37,1	16	53,3	
≥ 7	39	62,9	14	46,7	
Total	62	100,0	30	100,0	0,140
Outro vínculo de trabalho					
Sim	39	62,9	9	30,0	
Não	23	37,1	21	70,0	
Total	62	100,0	30	100,0	0,003*
Total de horas trabalhadas (incluindo outro vínculo)					
30 h	11	17,7	1	3,3	
40 h	11	17,7	18	60,0	
> 40 h	40	64,5	11	36,7	
Total	62	100,0	30	100,0	< 0,001*
Desvio de função					
Sim	8	12,9	6	20,0	
Não	54	87,1	24	80,0	
Total	62	100,0	30	100,0	0,374
Tempo que atua na área da saúde (anos)					
1 a 5	4	6,5	11	36,7	
6 a 15	18	29,0	4	13,3	
16 a 20	20	32,3	8	26,7	
≥ 21	20	32,3	7	23,3	
Total	62	100,0	30	100,0	0,003*
Faz plantão					
Sim	39	62,9	1	3,3	
Não	23	37,1	29	96,7	
Total	62	100,0	30	100,0	< 0,001*
Chefia					
Sim	13	21,0	3	10,0	
Não	49	79,0	27	90,0	
Total	62	100,0	30	100,0	0,193

* $p < 0,05$.

Job Stress Scale

Esta escala foi respondida por 86 participantes, correspondendo a 93,5% da amostra que iniciou o *survey* pela internet. A Tabela 2 possibilita reconhecer que o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde caracteriza-se por alta demanda psicológica (61,6%, $n = 53$), maior controle (59,3%, $n = 51$) e apoio social de nível intermediário (47,7%, $n = 41$). Observa-se também que 71,2% dos profissionais do ambiente hospitalar e 40,7% dos demais profissionais da mesma instituição ($p = 0,007$) estão expostos a altas demandas psicológicas. Tal resultado reafirma a literatura que alerta sobre os riscos de adoecimento profissional no ambiente hospitalar (Guido et al., 2011; Mealer, Jones & Moss, 2012; Rincón & Guarino, 2008).

As diferenças encontradas entre locais de trabalho parecem incidir nas vivências laborais dos participantes (ver Figura 1). Entre os que atuam no ambiente hospitalar, 37,3% ($n = 22$) estão expostos às consequências nefastas de atividades de alto desgaste; seguidos por 33,9% ($n = 20$) que possuem um trabalho ativo; 18,6% ($n = 11$) com trabalho de baixa tensão; e 10,2% ($n = 6$) que têm um trabalho passivo. Chama a atenção ainda que, segundo

os pressupostos do modelo de Karasek adotados nesta análise dos dados, pouco mais da metade dos profissionais que atua no contexto hospitalar ($n = 31$, 52,5%) possui um trabalho que contribui para seu desenvolvimento pessoal e profissional. Ademais, 47,5% dos participantes ($n = 28$) constituem um grupo de alto risco ao desenvolvimento de enfermidades relacionadas ao estresse ocupacional. Já entre os profissionais que atuam em outros setores da instituição, apenas 25,9% ($n = 7$) estão sujeitos a sofrer danos similares. É possível supor que o risco de maior adoecimento entre os profissionais que atuam no hospital pode ser atribuído às particularidades do contexto de trabalho, no qual predominam experiências intensas de sofrimento e morte, condições insalubres, rigidez das rotinas institucionais, entre outras fontes permanentes de estresse (Borges, Argolo, Pereira, Machado, & Silva, 2002; Mealer et al., 2012).

Ao se comparar as diferentes categorias profissionais (Figura 2), constata-se que aqueles que possuem maior controle na realização de suas tarefas vivenciam um trabalho mais saudável, apesar das altas demandas psicológicas presentes em seu cotidiano. Destacaram-se como categorias mais vulneráveis ao adoecimento: técnicos de enfermagem ($n = 16$)

Tabela 2. Resultado dos fatores da *Job Stress Scale*, de acordo com local de trabalho ($n = 86$).

Local de trabalho	Hospital Universitário		Outros Setores		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Demanda					
Alta	42	71,2	11	40,7	
Baixa	17	28,8	16	59,3	
Total	59	100,0	27	100,0	0,007*
Controle					
Maior	31	52,5	20	74,1	
Menor	28	47,5	7	25,9	
Total	59	100,0	27	100,0	0,059
Apoio social					
Maior	9	15,3	6	22,2	
Intermediário	29	49,2	12	44,4	
Menor	21	35,6	9	33,3	
Total	59	100,0	27	100,0	0,073

* $p < 0,05$.

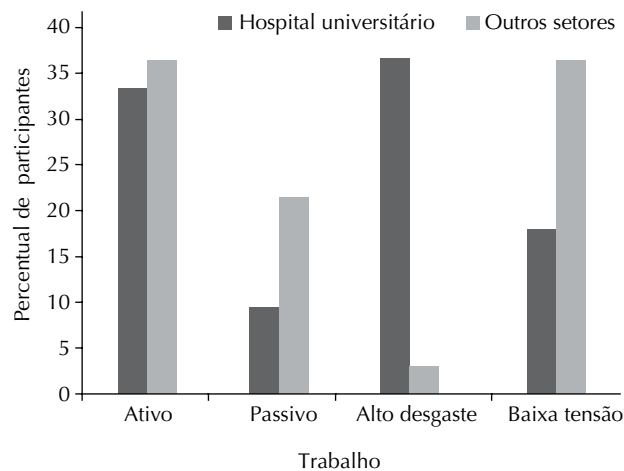


Figura 1. Análise comparativa da natureza do trabalho no hospital e outros setores de acordo com os parâmetros do modelo de Karasek.

e técnicos de laboratório ($n = 4$). De fato, os técnicos de enfermagem apresentaram os maiores índices de alto desgaste e trabalho passivo, os quais comportam mais prejuízos à saúde do trabalhador e repercutem na vida social e familiar do profissional, além de expô-lo à eclosão de enfermidades advindas da atividade laboral (Alves et al., 2004; Guido et al., 2011).

Inventário de Resiliência

Foi respondido por 87 profissionais de saúde ($n = 94,6\%$ dos participantes da etapa 1) (ver Tabela 3). Os fatores com maior número de participantes acima e na média foram: satisfação no trabalho ($n = 85; 97,7\%$), seguida por competência emocional ($n = 68; 78,2\%$), empatia ($n = 65; 74,7\%$) e tenacidade e inovação ($n = 65; 74,7\%$). O fator que apresentou menor número de participantes com escores de baixa resiliência foi assertividade ($n = 53; 60,9\%$). Vale comentar que, de modo geral, a amostra teve indicadores de resiliência superior a 60% em todos os fatores avaliados. Este resultado mostra que fatores associados à resiliência são relativamente frequentes, mesmo em populações expostas a situações com elevadas fontes de estresse (Bonanno, 2004).

É preciso explicitar que ao se comparar 'tenacidade e inovação' com dados

sociodemográficos e ocupacionais não foram identificadas diferenças significativas entre variáveis. Neste fator, 74,7% dos participantes revelaram maior resiliência, o que pode estar relacionado com o nível de formação de parte da amostra (76% possui pós-graduação), vinculado a trabalho ativo e baixa tensão (59,3%). Neste sentido, Mota, Benevides-Pereira, Gomes e Araújo (2006) admitem que o nível educacional relaciona-se diretamente com o fator 'tenacidade e inovação'. Em outras palavras, um elevado nível de escolaridade parece constituir um fator de proteção.

Maiores escores de resiliência foram encontrados no fator sensibilidade emocional entre mulheres casadas, entre 31 e 50 anos de idade e que possuem religião. Segundo Rincón e Guarino (2008), a sensibilidade emocional é uma característica fundamental para os profissionais de saúde, possibilitando o bom desempenho no trabalho e favorecendo uma relação positiva com o paciente. Em oposição, a maior parte dos participantes do sexo masculino apresentou escores abaixo da média neste fator. Tais resultados corroboram a literatura que aponta diferenças entre gêneros no exercício da atividade profissional em saúde.

Outro resultado a destacar: participantes que ocupam cargo de chefia também demonstraram sensibilidade emocional abaixo da média

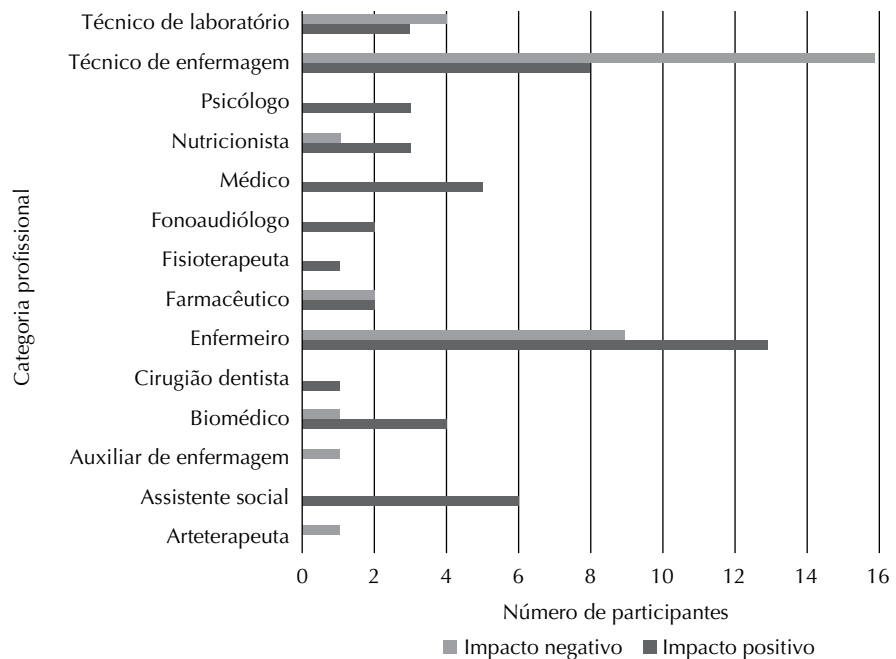


Figura 2. Classificação do tipo de trabalho, segundo a categoria profissional.

Tabela 3. Frequência e classificação dos fatores investigados no Inventário de Resiliência ($n = 87$)

Fatores	Acima da média		Média		Abaixo da média		Resilientes	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Tenacidade e inovação	19	21	46	52,9	22	25,3	65	74,7
Sensibilidade emocional	10	11,5	58	66,7	19	21,8	58	66,7
Assertividade	16	18,4	37	42,5	34	39,1	53	60,9
Empatia	21	24,1	44	50,6	22	25,3	65	74,7
Satisfação no trabalho	80	92,0	5	5,7	2	2,3	85	97,7
Competência emocional	12	13,8	56	64,4	19	21,8	68	78,2

($p < 0,029$). Contudo, é importante ponderar que altos escores associados a esse fator indicam respostas desadaptativas, além de poder ser um indicativo de menor resiliência (Benevides-Pereira, 2007; Vera, 2012). Sendo assim, na instituição estudada, verifica-se de um lado, um contingente de mulheres com tendência a maior sensibilidade emocional, necessária à atuação profissional e, de outro lado, gestores com menor sensibilidade, apesar da maior resiliência. Perspectivas conflitantes podem, então, existir entre gestores e servidores, provocando mais dificuldades no contexto do trabalho.

No que se refere ao fator assertividade, 60,9% dos profissionais apresentaram escores acima ou na média, indicando que esses profissionais de saúde possuem maior resiliência nesse fator. Para Cãnon-Montañez e Rodrigues-Acelas (2011), a assertividade aumenta a autoestima e propicia mais confiança e segurança nas decisões e ações, refletindo-se no autoconceito do indivíduo. Tais qualidades refletem-se no ambiente de trabalho, diminuindo o impacto dos estressores e aumentando a eficácia e qualidade do serviço oferecido. Entre aqueles que apresentaram baixa resiliência nesse fator, 70,6% ($n = 24$; $p = 0,039$) eram casados. A baixa assertividade desvelada entre os casados

pode ser consequência de uma diminuição da rede social em favorecimento das relações entre cônjuges, resultando em redução do repertório de habilidades sociais. Porém, a literatura tende a reconhecer que relacionamentos estáveis proporcionam melhor autoestima, conforto e emoções positivas. Em geral, a estabilidade familiar representa um fator de proteção para as pessoas (Assis et al., 2006).

Os resultados obtidos acerca de empatia mostram que os profissionais com maior resiliência têm idade entre 31 e 50 anos, são casados, possuem religião e renda mensal superior a sete salários mínimos. Observa-se que entre os profissionais que estão acima da média nesse fator, 66,7% trabalham em regime de plantão. Esse resultado diverge daquele divulgado por Rosen, Gimotty, Shes e Belini (2006), em que os autores observaram que longas jornadas de trabalho costumam diminuir a empatia. Mas, Belancieri, Beluci, Silva e Gasparelo (2010), em uma investigação com 229 profissionais de enfermagem, estimaram que 66,8% dos profissionais eram capazes de se colocarem no lugar do outro, além de perceber indícios não verbais na interação com pacientes.

O fator satisfação no trabalho alcançou os escores mais elevados entre todos os fatores do Inventário de Resiliência. Vale insistir que

esse fator também explora o grau de motivação para a realização das tarefas laborais e é considerado como um significativo redutor do estresse ocupacional, além de estar relacionado com uma melhor percepção da própria saúde (Theme Filha, Costa, & Guilam, 2013).

Grande parte da amostra (78,1%) denotou escores acima ou na média no fator competência emocional. Esse resultado se contrapõe àquele publicado no estudo de Belancieri et al. (2010), em que 56,9% dos profissionais de enfermagem estavam abaixo da média no fator regulação das emoções. Na presente pesquisa, foi possível constatar uma diferença altamente significativa entre os profissionais entre 31 a 50 anos de idade ($n = 94,7\%$) que apresentaram escores de menor resiliência nesse fator ($p < 0,001$). Os participantes com cargo de chefia mostraram competência emocional na média ou acima, sendo que apenas um deles apresentou menor resiliência nesse fator (5,3%; $p = 0,004$).

A Figura 3 ilustra os fatores de resiliência tendo como critério o local de trabalho. Adverte-se que, independentemente do local, a amostra investigada apontou maior resiliência em todos os fatores. Todavia, os profissionais que não atuam no hospital alcançaram níveis mais elevados de resiliência. As maiores diferenças

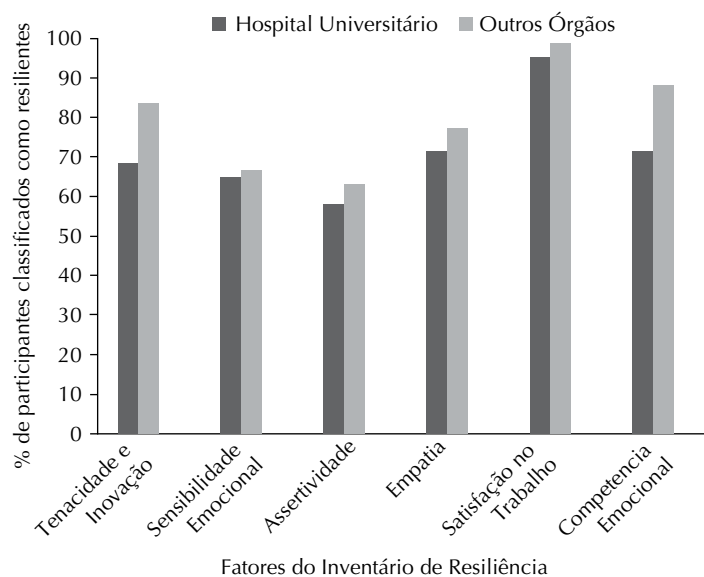


Figura 3. Percentual de profissionais resilientes de acordo com o local de trabalho.

Tabela 4. Frequência e classificação dos participantes com maior resiliência nos fatores investigados pelo Inventário de Resiliência de acordo com a categoria profissional ($n = 87$)

Categoria Profissional	Fatores do Inventário de Resiliência											
	Tenacidade e Inovação		Sensibilidade Emocional		Assertividade		Empatia		Satisfação no Trabalho		Competência Emocional	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Arteterapeuta	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Assistente social	4	66,7	5	83,3	5	83,3	5	83,3	6	100	5	83,3
Auxiliar de enfermagem	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Biomédico	3	60	4	80	2	40	5	100	5	100	5	100
Cirurgião dentista	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Enfermeiro	18	78,3	21	91,3	18	78,3	18	78,3	23	100	17	73,9
Farmacêutico	2	50	4	100	2	50	3	75	4	100	3	75
Fisioterapeuta	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100
Fonoaudiólogo	2	100	2	50	1	50	1	50	2	100	1	50
Médico	4	80	5	100	3	60	3	60	4	80	5	100
Nutricionista	3	75	4	100	2	50	3	75	4	100	4	100
Psicólogo	3	100	3	100	1	33,3	3	100	3	100	2	66,7
Técnico de enfermagem	15	62,5	20	83,3	13	54,7	17	70,8	23	95,8	15	62,5
Técnico de laboratório	7	100	6	85,7	2	28,6	4	57,1	7	100	7	100

foram encontradas em 'competência emocional' e 'tenacidade e inovação'.

Ao se examinar as diferentes categorias profissionais a partir dos fatores de resiliência (Tabela 4), é possível observar que entre os representantes de todas as categorias profissionais existe prevalência de profissionais com indicadores de maior resiliência, exceto no fator assertividade, em que apenas 28,2% dos técnicos de laboratório, 33,3% dos psicólogos e 40% dos biomédicos foram considerados resilientes. Mas, é necessário lembrar a baixa representatividade dos biomédicos e psicólogos nesta pesquisa, o que não permite generalização desse resultado.

Etapa 2: Grupos focais presenciais

Ambos os grupos foram compostos por mulheres que atuavam no hospital universitário ($n = 6$), mais da metade pertencia à categoria técnico de enfermagem ($n = 5$), com duplo

vínculo de trabalho ($n = 5$), jornada superior a 40 h semanais e regime de plantão ($n = 5$).

No que concerne à percepção das profissionais sobre impacto físico e psicossocial do trabalho, as participantes relataram que:

Tem a escala né, na maioria das vezes você emenda como outro trabalho, você trabalha a noite e passa o dia trabalhando, então quando chega em casa chega cansada, bem cansada.

Quando se têm dois empregos a gente passa muito tempo dentro do hospital [...]. Quando eu entrei aqui meu filho estava com dois anos de idade, [...], eu não tinha hora para trabalhar, podia trabalhar de manhã, à tarde e à noite, eu não vi meu filho crescer eu convivia mais com as crianças da hemodiálise do que com o meu filho.

De fato, a sobrecarga de trabalho é apontada na literatura como uma das principais fontes de estresse. A dupla jornada aumenta a carga

psíquica e pode contribuir para a ocorrência de acidentes de trabalho e problemas na vida familiar. As consequências, relatadas pelas participantes, correspondem a estudos já amplamente divulgados que reconhecem a privação de sono como um estressor que intensifica mudanças de humor, irritabilidade e dificuldade de concentração (Lourenção, Moscardini, & Soler, 2010).

O trabalho também interfere na convivência familiar. Ao tentar conciliar várias jornadas de trabalho, essas profissionais abdicam de atividades essenciais que asseguram seu bem-estar emocional e qualidade de vida. Vários autores reforçam os prejuízos psicológicos que as jornadas de plantão e o excesso de longas horas podem trazer para os profissionais de saúde (Rincón & Guarino, 2008).

A relação trabalho e saúde foi discutida pelas participantes, as quais realçaram múltiplas consequências: Foi um grande impacto muito grande quando eu voltei de licença usando apoio então realmente eu não tinha condição de subir rampa, tinha escada [...].

Hoje eu não consigo mais tirar uma roupa da máquina [...] hoje não posso fazer mais nada, limpar o chão, passar um pano, colocar uma roupa no arame.

Quando eu adoeci, foi muito duro pra mim, mas agora não; isso é normal, a gente tem que se dar o direito de adoecer também.

As limitações que derivam do adoecimento reincidem sobre o trabalhador que se percebe impossibilitado de executar suas atividades de vida diária (autocuidado) e social (Hoefel, Dias, & Silva, 2005).

Quanto às estratégias de enfrentamento utilizadas pelas participantes, os relatos reforçam a importância do suporte social para lidar com dificuldades decorrentes da ocupação:

Eu penso assim, quando ver que cheguei no limite, eu vou dar um jeito. Eu tenho uma pessoa que trabalha comigo desde que meus filhos nasceram, é minha tia, ela ajuda muito [...]. Se não fosse isso, eu não estaria em dois empregos ainda. Meu marido

procura me apoiar, me ajuda com os meninos principalmente quando estou em Brasília [...]. Minha mãe também ajudou muito quando os meninos eram menores.

O suporte social, bastante citado pelas participantes, é um importante fator de proteção. Tamayo e Tróccoli (2002) enfatizam tal relevância para redução dos efeitos da exposição contínua às situações de estresse e exaustão emocional, prevenindo inclusive a síndrome de *burnout*. O fortalecimento das redes de suporte social é apontado na literatura como elemento crucial para desenvolvimento e fortalecimento da resiliência (Bonanno, 2004; Lee et al., 2012).

No tocante aos relacionamentos interpessoais, os relatos frisaram o bom relacionamento com colegas de trabalho:

Gosto muito dos meus colegas a gente forma uma equipe é o que ajuda a lidar com as dificuldades lá no pronto socorro, a gente da enfermagem tenta se ajudar o tempo todo. Adoro minhas colegas de plantão, a gente trabalha bem juntas [...], às vezes tem algum desentendimento, mas, na maioria das vezes, somos muito unidas; tentamos ajudar uma à outra.

O companheirismo e as relações de afeto entre colegas de trabalho ajudam a diminuir o impacto causado pelas altas demandas psicológicas inerentes ao contexto ocupacional, amortecendo o estresse ocupacional (Alves et al., 2004). Além disso, oportunidades de interação grupal e coletiva podem agregar valor ao trabalho e os profissionais passam a perceber melhor o reconhecimento social (Aragaki, Spink, & Bernades, 2012). A percepção do apoio interprofissional possibilita o processo de tomada de decisão em equipe e repercute na melhoria das condições de trabalho e na assistência prestada pelos profissionais (Queiroz & Araujo, 2009). O trabalho em equipe constitui um dos principais motivadores no ambiente de trabalho, estando frequentemente associado com elevados índices de satisfação na atividade laboral (Thema Filha et al. 2013) e caracterizando-se como fator de proteção para os profissionais de saúde.

Considerações finais

A relação entre trabalho e saúde vem sendo estudada por diversos pesquisadores, buscando-se compreender a interferência que o trabalho exerce na vida dos trabalhadores, especialmente quanto ao surgimento de doenças ocupacionais. Entre as populações de trabalhadores estudadas, os profissionais de saúde têm sido frequentemente apontados como um grupo de risco ao adoecimento físico e mental.

É notório que muitos profissionais de saúde, embora expostos a situações adversas, mostram-se saudáveis e desempenham adequadamente suas funções, prestando serviços de qualidade à população. Mas, existem trabalhadores que sofrem com doenças ocupacionais de natureza física e psíquica, que não conseguem prosseguir em suas metas pessoais e profissionais e merecem

receber mais atenção de suas instituições e das instâncias governamentais.

Esta pesquisa permitiu identificar fatores de proteção e de risco presentes na atuação em saúde, que possibilitam refletir sobre o processo de saúde-doença dessa população específica, além de apontar aspectos que devem ser fortalecidos por meio de ações que visam o bem-estar desses trabalhadores.

Diante disso, recomenda-se a realização de pesquisas, principalmente com categorias profissionais mais vulneráveis, tais como aquelas da área de enfermagem e psicossocial. A abordagem multimetodológica empregada na presente investigação mostrou-se pertinente e os instrumentos podem ser incluídos em estudos futuros. Reitera-se também o interesse em empreender projetos de pesquisa-ação visando avaliar programas destinados ao aprimoramento da qualidade de vida no trabalho.

Viviane Ferro da Silva Sousa

Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília, Brasília – DF. Brasil.

Email: viviane_ferro@hotmail.com

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Doutorado em Psychologie pelo UNIVERSITÉ DE PARIS X - NANTERRE, França.
Docente da Universidade de Brasília, Brasília – DF. Brasil.

Endereço para envio de correspondência:

Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica.
Bairro: Asa Norte. CEP: 70910900. Brasília – DF. Brasil.

Recebido: 04/07/2014, Aprovado: 18/03/2015.

Referências

- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. S., & Werneck, G. L. (2004). Versão resumida da "Job Stress Scale": adaptação para o português. *Revista de Saúde Pública, 38*(2), 164-171.
- Aragaki, S. S., Spink, M. J., & Bernardes, J. S. (2012). La psicología de la salud em Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas em el contexto de las políticas públicas em el área de la salud. *Pensamiento Psicológico, 10*(2), 65-82.
- Assis, S. G., Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições, 70.
- Barreira, D., & Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Alethea, 23*, 75-80.
- Belancieri, M. F., Beluci, M. L., Silva, D. V. R., & Gasparelo, E. A. (2010). A resiliência em trabalhadores da Área da Enfermagem. *Estudos em Psicologia, 27*(2), 227-233.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2007). *IR - Inventário de resiliência*. [S.l.]: Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Síndrome de Burnout, 2007. Retirado em 19 jun 2012, de <http://gepeb.wordpress.com/ir/>
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist, 59*, 20-28.
- Borges, L., O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. (2002). A síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia Reflexão e Crítica, 15*(1), 189-200.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2007). Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. *Revista de Enfermagem UERJ, 15*(4), 502-507.
- Cañón-Montañez, W., & Rodríguez-Acelas A. L. (2011). Asertividad: uma habilidade social necessária em los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Texto Contexto Enfermagem, 20*(esp.), 81-87.
- Costa, F. M., Vieira, M. A., & Sena, R. R. (2009). Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem, 64*(1), 38-44.
- García, G. M., & Calvo, J. C. A. (2011). Emotional exhaustion of nurse staff: influence of emotional annoyance and resilience. *International Nursing Review, 59*(1), 101-107.
- Griffin, M., & Clarke, S. (2011). Stress and well-being at work. In S. Zedeck (Ed.), *APA handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 359-397). Washington: American Psychological Association.
- Guido, L. L., Linch, G. F., Pitthan, L. O., & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estados de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45*(6), 1434-1439.
- Hoefel, M. G., Dias, E. C., & Silva, J. M. (2005). A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. In: *Coletânea de textos, 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – "Trabalhar, sim! Adoecer, não!"* (pp. 7-12). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Kalawski, J. H., & Haz, A. M. (2003). Y...? Dónde está la resiliencia? una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología, 37*(2), 366-72.
- Lee, T. Y., Cheung, C. K. & Kwong, W. M. (2012). Resilience as a positive youth development construt: a conceptual review. *The Scientific Word Journal, 2012*(2012),
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira, 56*(1), 81-91.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology, 12*(4), 857-885.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.
- Masten, A. (2007). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology, 19*(3), 921-930.

- McCann, C., Beddoe, E., McCormick, K., Huggarg, P., Kedge, S., Adamson, C. & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: a review of recent literature. *International Journal of Wellbeing* 3(1), 60-81.
- Mealer, M., Jones, J., & Moss, M. (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Medical*, 38(9), 1445-1451.
- Miguel, F. K., & Noronha, A. P. P. (2009). Estudo da relação entre inteligência emocional e estresse em ambientes de trabalho. *Avaliação Psicológica*, 8(2): 219-28.
- Mota, D. C. G. A., Benevides-Pereira, A. M. T., Gomes, M. L., & Araujo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doenças de chagas. *Alethea*, (24), 57-68.
- Negromonte, M. R. O., & Araujo, T. C. C. F. (2011). Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2) Retirado em 18 out 2013 de <http://www.scielo.br/pdf/>
- Oginska-Bulik, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *International Journal of Occupational Medicine and Environment Health*, 19(2), 113-122.
- Ospina-Muñoz, D. E. O. (2007). La medición de la resiliência. *Investigación y Educación em Enfermería*, 25(1), 58-65.
- Peters, H., & Brown, T. C. (2009). Mental illness at work: an assessment of co-worked reactions. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 26(1), 38-56.
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia*, 19(43), 177-187.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255.
- Rincón, L. B., & Guarino, L. (2008). Estrés laboral, afrontamento, sensibilidade emocional y síntomas físicos y psicológicos em médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 43-58.
- Rosen, I. M., Gimotty, P. A., Shea, J. A., & Bellini, L. M. (2006). Evolution of sleep quantitative, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine*, 81(1), 82-85.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 690-696.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos em Psicologia*, 7(1), 37-46.
- Theme Filha, M. M., Costa, M. A. S., & Guilam, M. C. R. (2013). Estresse ocupacional e auto avaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 1-9.
- Torres, A. C., Chagas, M. I. O., Moreira, A. C. A., Barreto, I. C. H. C., & Rodrigues, E. M. (2011). O adoecimento no trabalho: repercussões na vida do trabalhador e de sua família. *SANARE – Revista de Políticas Públicas*, 10(1), 42-48.
- Vera, R. S. (2012). *Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.