



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CYNTHIA LIMA SAMPAIO

QUALIDADE DE VIDA E *COPING* OCUPACIONAL DE ENFERMEIROS

FORTALEZA

2015

CYNTHIA LIMA SAMPAIO

QUALIDADE DE VIDA E *COPING* OCUPACIONAL DE ENFERMEIROS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Dalva Santos Alves.

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- S182q Sampaio, Cynthia Lima.
Qualidade de vida e *coping* ocupacional de enfermeiros / Cynthia Lima Sampaio. – 2015.
92 f. : il. color.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Maria Dalva Santos Alves.
1. Enfermagem. 2. Trabalho. 3. Qualidade de Vida. 4. Adaptação Psicológica. I. Título.

CDD 610.7346

CYNTHIA LIMA SAMPAIO

QUALIDADE DE VIDA E *COPING* OCUPACIONAL DE ENFERMEIROS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Dalva Santo Alves (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Ângela Maria Alves e Souza
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profa. Dra. Míria Conceição Lavinias
Universidade Federal do Ceará – UFC

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir mais esta vitória em minha vida e guiar todos os meus passos, iluminando momentos de medo e angústia, surpreendendo-me a cada dia com Seu amor inigualável.

Aos meus pais, Sílvia e Alzir, por financiarem o conhecimento por meio da educação, pelo ensinamento de valores e princípios que me proporcionaram ser quem eu sou, pelo apoio constante à minha qualificação profissional e pelo cuidado e amor diário.

Ao meu noivo, Carlos, por acompanhar e apoiar o meu crescimento, impulsionando-me a querer a cada dia ser uma pessoa melhor.

À minha família, em especial meu irmão Anderson e minha madrinha Marlene, e amigos que compreenderam o período de ausência e oraram por mim por muitas vezes.

À minha orientadora, Profa. Maria Dalva Santos Alves, pelo apoio e compreensão em todas as situações vivenciadas neste período, acreditando na minha capacidade para os desafios da pós-graduação, e pelo exemplo de ética, conhecimento e superação.

À professora Ângela Maria Alves e Souza, por ser a professora, a enfermeira, a amiga e a mãe de coração que Deus me presenteou.

Ao Prof. Paulo César de Almeida, pela disponibilidade e apoio fundamentais para a realização desta pesquisa.

À professora Míria Conceição Lavinias, pelas contribuições como membro da banca e por ser pessoa e profissional admirável.

Ao Prof. Michell Ângelo, pelas palavras serenas de incentivo e pela parceria estabelecida.

Ao Grupo de Políticas e Práticas de Saúde (GRUPPS), pelos encontros enriquecedores.

Aos amigos adquiridos no mestrado, Edmara Texeira, Ana Paula Queiroz, Heloisa Esteves e Sarah Feitosa, por dividirem momentos de angústias, alegrias, dúvidas e acima de tudo muito aprendizado.

Aos enfermeiros, colegas de profissão, que me inspiraram e que disponibilizaram parte do seu momento de trabalho para responder a esta pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na presença de professores e coordenadores, pelos ensinamentos e oportunidade de contribuir para a Enfermagem.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento da bolsa que muito ajudou neste período.

RESUMO

O ambiente de trabalho tem total influência sobre a qualidade de vida das pessoas, seja no aspecto físico ou nas relações humanas. O objetivo geral deste estudo é comparar a qualidade de vida e o *coping* ocupacional dos enfermeiros de um hospital geral, com vínculo e sem vínculo empregatício. O estudo realizou-se em um hospital de referência da rede pública do Estado do Ceará, constituído por 640 enfermeiros, no qual a amostra foi composta por 190 deles. Utilizaram-se um instrumento de identificação, o WHOQOL-*brief*, e a Escala de *Coping* Ocupacional. Para a realização das análises de correlações foi utilizado teste X^2 e para a comparação de médias: t de Student, ANOVA e Tukey. Os resultados encontrados foram: o perfil de enfermeiros foi de profissionais com média de idade de 36,04 anos ($\pm 10,35$), atuando na enfermagem havia 9,05 anos ($\pm 9,54$) e com 8,41 anos ($\pm 9,62$) de atuação na assistência hospitalar; renda familiar de R\$ 8410,11; a maioria (60,5%) possuía especialização; 76,3% eram cooperados e 23,7% eram concursados, 30% trabalhavam de manhã e à tarde e 27,9% trabalhavam à noite, 51,6% atuavam em unidades críticas e 48,4%, em unidades não críticas. A carga horária de trabalho semanal encontrada foi de 47,16 horas ($\pm 16,16$). As médias dos domínios encontradas foram: relações sociais com 67,46, psicológico com 66,69, físico com 65,88 e meio ambiente com 57,12. As médias de *coping* encontradas foram 72,76 ($\pm 12,5$) para o fator controle, 60,44 ($\pm 13,25$) para o fator esquiva e 38,73 ($\pm 17,60$) para o fator manejo dos sintomas. O grupo de cooperados era mais jovem. Para os concursados, a maioria (27,3%) possuía renda de R\$ 45001,00 a R\$ 6000,00. Para os cooperados, a renda predominante (39,3%) foi de R\$ 3001,00 a R\$ 4500,00. Em relação à carga horária semanal, existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$). A maioria dos concursados (42,2%) trabalhava 20-39 horas e a dos cooperados (46,9%), 40-59 horas. A qualidade de vida de concursados ($67,18 \pm 11,00$) apresenta melhor média em relação aos cooperados ($62,1767 \pm 11,47$), com ênfase para o domínio físico e meio ambiente. Existe diferença estatisticamente significativa apenas para o fator esquiva, sendo essa estratégia mais adotada pelos concursados ($65,92 \pm 13,59$). Conclui-se que é necessário um olhar para a saúde do enfermeiro atuante na saúde hospitalar do Ceará, com atuações que contribuam para o aspecto emocional desse profissional e também nas melhorias das condições e vínculos de trabalho. A limitação do estudo está em ter sido realizado em apenas um hospital público, sugerindo futuras novas pesquisas.

Palavras-chave: Enfermagem. Trabalho. Qualidade de vida. *Coping*.

ABSTRACT

The work place has full influence on the quality of people's lives, including physical or human relations. The general objective of this study is to compare the quality of life and occupational coping of nurses at a general hospital, with employment bond and without. The study took place in a referral hospital public Ceará State network, consisting of 640 nurses, in which the sample was composed of 190 of them. They used an instrument identification, the WHOQOL-BREF, and the Coping Scale Occupational. To perform the correlation analysis was used X2 test and the comparison of means: Student's t test, ANOVA and Tukey. The results found were: the profile of nurses were professionals with an average age of 36.04 years (± 10.35), working in nursing was 9.05 years (± 9.54) and 8.41 years (± 9.62) acting in hospital care; family income of R \$ 8,410.11; the majority (60.5%) had a specialization; 76.3% were cooperative and 23.7% were gazetted, 30% worked in the morning and afternoon and 27.9% worked at night, 51.6% worked in critical care units and 48.4% in non-critical units. The hours worked per week was found to be 47.16 hours (± 16.16). The average of domains found scores were: social relationships with 67.46, 66.69 with psychological, physical with 65.88 and 57.12 with the environment. The average of coping found were 72.76 (± 12.5) for the control factor, 60.44 (± 13.25) for the elusive factor and 38.73 (± 17.60) for the management factor of symptoms. The cooperative group was younger. For gazetted, the majority (27.3%) had income of R \$ 45,001.00 to R \$ 6,000.00. For members, the predominant income (39.3%) was R \$ 3,001.00 to R \$ 4,500.00. Regarding the weekly workload, there is a statistically significant difference between groups ($p < 0.05$). Most gazetted (42.2%) worked 20-39 hours and the cooperative (46.9%), 40-59 hours. The quality of life of gazetted (67.18 ± 11.00) provides a better average in relation to the cooperative (62.1767 ± 11.47), with emphasis on the physical domain and the environment. There is a statistically significant difference for the elusive factor only, and the strategy adopted by most of gazetted (65.92 ± 13.59). It concludes that is required to look for the health of nurses who work in hospital health of Ceará, with actuations that contribute to the emotional aspect of this work and also in the improvement of working conditions and working bond. The limitation of the study is at been conducted in only one public hospital, suggesting future further research.

Keywords: Nursing. Work. Quality of life. Coping.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Média e descrição das perguntas realizadas sobre o domínio físico.....	49
Figura 2	- Média e descrição das perguntas realizadas sobre o domínio psicológico	50
Figura 3	- Média e descrição das perguntas realizadas sobre o domínio relações sociais.....	51
Figura 4	- Média e descrição das perguntas realizadas sobre o domínio meio ambiente.....	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Teses/dissertações encontradas no CEPEn sobre avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem, por meio de instrumentos validados	27
Quadro 2	- Teses/dissertações encontradas no CEPEn sobre avaliação do <i>coping</i> em profissionais de enfermagem, por meio de instrumentos.....	32
Quadro 3	- Domínios, itens e facetas contemplados no WHOQOL- <i>bref</i>	40
Quadro 4	- Fatores, definição dos fatores e itens da ECO.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Variáveis: idade, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação na assistência hospitalar, renda individual, renda familiar, carga horária de trabalho semanal de enfermeiros do hospital geral.....	42
Tabela 2	- Média e desvio padrão das variáveis sociodemográficas: idade, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação na assistência hospitalar, renda individual, renda familiar, carga horária de trabalho semanal	43
Tabela 3	- Comparação das médias dos domínios do WHOQOL- <i>bref</i>	48
Tabela 4	- Comparação das médias dos fatores da ECO.....	53
Tabela 5	- Análise de correlação linear entre as escalas WHOQOL- <i>bref</i> e ECO.....	55
Tabela 6	- Comparação do sexo segundo o vínculo empregatício.....	56
Tabela 7	- Distribuição da faixa etária segundo o vínculo empregatício.....	57
Tabela 8	- Distribuição do tempo de atuação na enfermagem segundo o vínculo empregatício.....	57
Tabela 9	- Titulação segundo o vínculo empregatício.....	58
Tabela 10	- Distribuição da renda individual segundo o vínculo empregatício	59
Tabela 11	- Distribuição da renda familiar segundo o vínculo empregatício....	60
Tabela 12	- Carga horária semanal segundo o vínculo empregatício.....	60
Tabela 13	- Tempo de atuação hospitalar segundo o vínculo empregatício.....	61
Tabela 14	- Unidade de atuação segundo o vínculo empregatício.....	61
Tabela 15-	- Turno segundo o vínculo empregatício.....	62
Tabela 16	- Qualidade de vida de enfermeiros concursados e cooperados.....	62
Tabela 17	- Consolidação dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do questionário WHOQOL- <i>bref</i> para enfermeiros concursados e cooperados.....	63
Tabela 18	- Consolidação dos fatores controle, manejo dos sintomas e esquivas da ECO para enfermeiros concursados e cooperados.....	63
Tabela 19	- Comparação da média de qualidade de vida para concursados e cooperados.....	64

Tabela 20 - Comparação das médias de <i>coping</i> para enfermeiros concursados e cooperados.....	64
---	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	ESTADO DA ARTE	16
3.1	Saúde do trabalhador de enfermagem	16
3.2	Qualidade de vida	25
3.3	Coping ocupacional	30
3.4	Políticas públicas de saúde no âmbito hospitalar	34
4	METODOLOGIA	37
4.1	Tipo de estudo	37
4.2	Período da coleta de dados e local do estudo	37
4.3	População e amostra	37
4.4	Coleta de dados	38
4.4.1	Identificação	39
4.4.2	WHOQOL-bref	39
4.4.3	Escala de coping ocupacional	40
4.5	Organização e análise dos dados	41
4.6	Aspectos éticos	41
5	RESULTADOS E ANÁLISES	42
5.1	Análise do perfil sociodemográfico de enfermeiros	42
5.2	Qualidade de vida e Coping ocupacional de enfermeiros	48
5.3	Comparação das variáveis para enfermeiros com vínculo e sem vínculo empregatício	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	80
	APÊNDICE A	81
	APÊNDICE B	82
	APÊNDICE C	84
	APÊNDICE D	85

APÊNDICE E	86
ANEXOS	87
ANEXO A	88
ANEXO B	90
ANEXO C	92

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, tendo forte relação com expectativas e aspectos culturais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1993).

Nessa perspectiva, o ambiente de trabalho tem total influência sobre a qualidade de vida das pessoas, seja no aspecto físico ou nas relações humanas. O modo como é concebida a organização do trabalho é o que permite diferenciar sua nocividade ou não. No entanto, esse caráter não é inerente ao mesmo, sugerindo a possibilidade de novas concepções organizacionais, estabelecendo um compromisso negociado entre quem o planeja e quem o executa.

O maior tempo em que se experimentam as demandas laborais e o nível de controle exercido no atendimento dessas elevam a produção dos hormônios do estresse que, por sua vez, podem desencadear processos de adoecimento físico e mental (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). O estresse, portanto, configura-se como uma reação inespecífica produzida pelo organismo ao lidar com uma situação indesejada, podendo solucioná-la ou adaptar-se a ela, produzindo equilíbrio. É uma consequência do ato de viver (SELYE, 1976).

O estresse, como agravo mental, traz consequências físicas, por meio da somatização, levando ao absenteísmo dos profissionais de enfermagem por adoecimentos físicos e mentais, podendo interferir na qualidade da assistência e constituindo-se em problema de saúde pública, tendo em vista a quantidade de pessoas sujeitas a esse risco e a importância das ações desses trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, o enfrentamento é considerado como um mediador entre o estressor e o resultado desse estressor, daí a importância do conhecimento sobre as estratégias de enfrentamento (*coping*). O termo *coping* passou a ser utilizado recentemente, porém sua origem etimológica remonta do verbo francês *couper*, que por sua vez deriva do substantivo *coup*, que significa “golpe”. No século X, o termo *cope* foi incorporado ao vocabulário anglo-saxão, cuja expressão *to cope with* pode ser traduzida como fazer face, enfrentar, gerenciar com sucesso, encarregar-se de (PIZZATO, 2007). *Coping*, portanto, é entendido como o mecanismo de reação ao estresse e o *coping* ocupacional tem relação direta com a percepção de sobrecarga no trabalho, percepção de suporte social e exaustão emocional.

Outra situação estressora é a diferença entre as modalidades empregatícias, que podem prejudicar a qualidade de vida. A preocupação em relação à permanência no emprego,

ao atraso do salário e à remuneração apenas por produtividade, na situação das cooperativas de trabalho, interfere no planejamento do trabalhador sobre sua situação financeira, pois o simples fato de adoecer tem grande impacto sobre a renda, já que a remuneração é dada por hora trabalhada, sem direito a férias ou a décimo terceiro salário. Em 2012, a Presidente da República assinou a Lei nº 12.690/2012, lei do cooperativismo, que conferiu alguns direitos sociais aos cooperados, como remuneração não inferior ao piso da categoria, repouso anual remunerado, seguro por acidente de trabalho, embora estejam longe das obrigações típicas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Aguarda-se o cumprimento dessas exigências, especialmente, o repouso anual remunerado, visto que muitos enfermeiros atuam na assistência por meio da cooperativa há anos. No entanto, a nova lei não especifica o tempo de repouso nem a remuneração, podendo gerar impasses.

Estudo realizado a partir de relatos de profissionais de enfermagem, acerca do modo como lidam com problemas no trabalho, revelou os seguintes comportamentos: desvencilhar-se das responsabilidades, sublimar os problemas e/ou antevê-los (HANZELMANN; PASSOS, 2010). Segundo Guido et al. (2009), os enfermeiros ao se depararem com situações estressoras recorreram à realização de atividades físicas e à busca de suporte entre os próprios colegas, já os técnicos de enfermagem procuraram superar o estresse reservando momentos para espiritualidade e tentando separar o trabalho da vida pessoal. Assim, a aplicação da escala de *coping* ocupacional permite quantificar e classificar com mais rigor as estratégias adotadas. A identificação dos estressores no trabalho pode ser uma estratégia para tornar o cotidiano do enfermeiro mais produtivo e menos desgastante ao confrontar os modos de enfrentamento mais utilizados, promovendo mudanças (GUIDO et al., 2012).

Os profissionais de enfermagem têm, frequentemente, conflito entre o desejo de desempenhar um trabalho de qualidade e a constatação da precariedade de recursos para executá-lo. Tais situações provocam-lhes ansiedade e sofrimento, pois, muitas vezes, prestam atendimentos diferentes daqueles que gostariam de conceder.

O trabalho hospitalar e a convivência com os demais membros da equipe de enfermagem permitem presenciar situações de desestímulo com a profissão e queixas diversas, principalmente relacionadas a questões financeiras e à sobrecarga de trabalho. Em investigação sobre os sofrimentos mentais desses profissionais, por meio da monografia de especialização em Enfermagem do Trabalho, foi possível identificar o estresse como o mais presente, principalmente entre enfermeiros (SAMPAIO, 2012).

A vivência como enfermeira assistencial, subsidiada pela formação no âmbito da saúde ocupacional, oferece a percepção sobre a falta de cuidados à saúde mental dos profissionais de enfermagem. A concepção holística também se faz necessária na formulação de planos de ações para quem presta a assistência, seja na elaboração de políticas públicas ou na gestão de recursos humanos e materiais. O enfermeiro, como humano que cuida de humanos, necessita que seu trabalho seja desempenhado com excelência. Estudar como o enfermeiro desenvolve o trabalho e mantém a qualidade de vida, ao mesmo tempo em que lida com os problemas vivenciados no ambiente laboral, torna-se relevante para a melhoria da assistência por meio da atenção à saúde do trabalhador.

Surgiram, então, os seguintes questionamentos: Qual a relação entre a qualidade de vida e o *coping* vivenciado por enfermeiros? Existe diferença dos escores para enfermeiros concursados e enfermeiros cooperados? Quais variáveis interferem na qualidade de vida e no *coping* ocupacional?

A promoção da saúde na vida do enfermeiro é essencial na prestação do cuidado. Na Enfermagem, existem procedimentos que demandam esforço e capacidade em diversos níveis, sejam eles: físico, mental, espiritual, emocional, social, e que estão presentes no dia a dia, como troca de curativos, aspiração de vias aéreas, procedimentos invasivos, mudança de decúbito, reanimação cardiopulmonar, dentre outros. Em situações de urgência, administração de medicamentos, hemotransfusão, preparo no pré-operatório, passagem de plantão, identificação dos leitos, marcação de exames, anamnese e todos os aspectos que envolvem a pessoa que necessita de cuidados, o enfermeiro deve manter-se em estado de alerta, visto que sua atenção não pode ser tirada de foco.

O estudo da associação entre a qualidade de vida e o *coping* vivenciado por enfermeiros contribuirá para evidenciar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, assim como as suas estratégias de enfrentamento. O intuito é revelar aspectos inerentes ao profissional e ao ser humano, que contribuam para a melhoria das condições de trabalho, por meio do aumento do salário, da redução da carga horária, da valorização profissional e da divulgação dos fatores que afetam a saúde desses trabalhadores, permitindo, assim, intervenções também no âmbito da promoção da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a correlação da QV e o *coping* ocupacional dos enfermeiros de um hospital geral, com vínculo e sem vínculo empregatício.

2.2 Específicos

Comparar a qualidade de vida e o *coping* ocupacional dos enfermeiros de um hospital geral, com vínculo e sem vínculo empregatício;

Correlacionar a qualidade de vida e o *coping* ocupacional dos enfermeiros de um hospital geral, com vínculo e sem vínculo empregatício;

Associar a qualidade de vida e o *coping* ocupacional dos enfermeiros de um hospital geral, com vínculo e sem vínculo empregatício, às variáveis estudadas.

3 ESTADO DA ARTE

Para compreensão do objeto de estudo, leituras foram realizadas para melhor contextualização e apreensão de conceitos sobre saúde do trabalhador de enfermagem, qualidade de vida, *coping* ocupacional e políticas públicas de saúde no âmbito hospitalar, que serão apresentadas a seguir.

3.1 Saúde do trabalhador de enfermagem

Ao analisar a evolução do processo de trabalho, a desqualificação do trabalhador e do seu trabalho tem início com o aumento de desempregados devido à substituição da manufatura para a produção mecanizada, no século XIX. A consequência foi o esvaziamento das experiências profissionais, pois o trabalhador passou a ser alienado em relação ao processo de produção, executando tarefas divididas. Essa segmentação do trabalho serviu para intensificar o ritmo das atividades e favorecer o controle sobre os trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 2011).

No século XXI, as mudanças no mundo do trabalho marcaram as três últimas décadas. Os novos modelos de gestão exigem um trabalhador com técnica eficiente, competitivo e agressivo, em contrapartida, houve erosão dos direitos sociais, sobrecarga de tarefas, crescimento do setor informal, aumento do subemprego, precarização das condições trabalhistas e exposição a múltiplos riscos (GLINA; ROCHA, 2010).

O trabalho pode trazer consequência para a saúde mental dos trabalhadores quando há exposição a agentes tóxicos, a altos níveis de ruídos, a situações de risco à integridade física, a maneiras de organização do trabalho e a políticas de gerenciamento que desconsideram os limites físicos e psíquicos do trabalhador (SELIGMANN-SILVA; BERNARDO; MAENO et al., 2010).

No contexto da situação atual, os trabalhadores em Enfermagem enfrentam árdua carga horária e estão expostos a situações de risco, pois existem condições precárias de recursos humanos e materiais, baixos salários, ambientes insalubres, tarefas com extensas horas dedicadas ao trabalho, que, muitas vezes, não oferece condições apropriadas de descanso (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

A sociedade capitalista produz cada vez mais pessoas acometidas por essa situação e, por todos os fatores já descritos, enfermeiros são potenciais vítimas de sintomas.

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 57,1% dos enfermeiros estudados consideraram-na um local estressante e 23,8% deles apresentaram escore elevado de estresse (PRETO e PEDRÃO, 2009). A maioria dos enfermeiros que trabalhava em Unidade de Hemodinâmica apresentou classificação de estresse média (52,4%), seguida de estresse alto (25,4%) e estresse baixo (22,2%) (LINCH; GUIDO, 2011).

No Canadá, enfermeiros possuíam uma das taxas mais altas de licenças médicas entre todos os trabalhadores, o que se deve, principalmente, ao *burnout*, ao estresse induzido pelo trabalho e às lesões musculoesqueléticas (GLINA; ROCHA, 2010).

No Sul do Brasil, os estressores descritos foram: relacionamento interpessoal, carência de equipamentos necessários, barulho intenso dos aparelhos de monitorização e da equipe de saúde (GUIDO et al., 2009). Linch e Guido (2011) relatam que a sobrecarga de trabalho foi um dos estressores que atingiu maior escore. Tal situação acontece quando o indivíduo possui atividades demais para desenvolver, mas não possui tempo ou recursos suficientes para o desenvolvimento eficaz de suas atividades.

Os sintomas manifestados pelos profissionais de enfermagem diante das situações de estresse foram dores na zona lombar, dores na nuca ou zona cervical e necessidade excessiva de dormir. À medida que aumentaram os escores de estresse, aumentaram os sintomas apresentados pelos profissionais (LINCH; GUIDO, 2011).

Em pesquisa realizada em São Paulo, a percepção do nível de estresse de enfermeiros, para 64% dos participantes, foi de níveis acima de 5, considerando o mínimo de zero e máximo de 10, na Escala Analógica Visual (LIMA; BIANCHI, 2010). Já, em outro estudo, os percentuais dos níveis de estresse obtidos entre enfermeiros foram: 39,9% com baixo, 36,5% com médio, 23,6% em alerta e nenhum com alto nível de estresse, ou seja, a maioria dos enfermeiros (60,1%) ficou entre médio e alerta (GUERRER; BIANCHI, 2008).

Apesar dessas estatísticas, em revisão integrativa sobre adoecimento pelo trabalho na enfermagem, realizada em seis bases de dados nacionais e internacionais, dos 27 artigos encontrados, apenas oito deles tratavam de estudos sobre estresse ou *burnout*. A maioria das pesquisas discorre sobre riscos biológicos e dor relacionada a lesões musculoesqueléticas (RIBEIRO et al., 2012). Existe, portanto, necessidade de mais estudos sobre os aspectos subjetivos do adoecimento dos profissionais de enfermagem.

Somadas às condições do ambiente ocupacional, a falta de vínculo e a instabilidade profissional também têm consequências à saúde. A equipe de enfermagem de instituições hospitalares apresenta insegurança com relação ao futuro manifestada por angústias, preocupações e rotatividade entre os trabalhadores (MANETTI; MARZIALE;

ROBAZZI, 2008). No México houve relação entre as variáveis psicossociais de tensão laboral e insegurança no emprego com os fatores cardiovasculares elevados, como a pressão arterial sistólica (JUÁREZ-GARCIA, 2007).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) descreve, como novos riscos emergentes no trabalho, novas tecnologias e processos de produção, novas condições de trabalho (carga horária, migração por motivo de trabalho, economia informal) e novos tipos de emprego (emprego independente, subcontratação, contratos temporários) (GENEBRA, 2010). A competitividade gerada pelo capitalismo trouxe várias maneiras de driblar os direitos trabalhistas, a existência de empregos sem vínculos é uma delas.

O acúmulo de funções e de jornadas gera sobrecarga, por isso foi criado o Projeto de Lei nº 2.295/2000, de autoria do Senador Lúcio Alcântara. Ele dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, na tentativa de alterar a Lei nº 7.498, de 1986, fixando a jornada de trabalho em seis horas diárias e 30 horas semanais (BRASIL, 2000). A falta de apoio político, de união da classe e de reconhecimento social, no entanto, permite que esse projeto permaneça em análise por mais de 10 anos. A falta de vínculo empregatício e de direitos trabalhistas permanece gerando sobrecarga pelo acúmulo de empregos, sendo grande fator de risco para doenças físicas e mentais, diminuindo a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e, possivelmente, reduzindo a eficácia e/ou eficiência na assistência prestada por eles.

Nesse contexto, percebe-se que a saúde do trabalhador de enfermagem é comprometida pelas condições do trabalho. Com intuito de obter maiores subsídios sobre a saúde dessa população, foi realizada busca em dois periódicos nacionais de grande circulação, a Revista Latino-Americana de Enfermagem e a Revista Brasileira de Enfermagem. Foram procurados artigos disponíveis no formato eletrônico, nos últimos 11 anos, 2003 a 2013, que abordassem a saúde/doença do trabalhador de enfermagem como assunto principal. Foram excluídos artigos que trouxessem como sujeitos outros profissionais da área da saúde e cartas ao editor.

Na Revista Latino-Americana de Enfermagem, foram encontrados 56 artigos, sendo a maioria publicada nos anos de 2011, 2012 e 2013, respectivamente. A temática mais abordada foi estresse e *burnout*, correspondendo a 30,36% do total. Na Revista Brasileira de Enfermagem, as publicações totalizaram 25 artigos, sendo a maioria publicada em 2004 e 2006, e a temática mais emergente foi saúde ocupacional, correspondendo a 24% do total (APÊNDICE A).

Os artigos foram categorizados nas seguintes temáticas: absenteísmo, presenteísmo, acidente de trabalho, riscos biológico/químico/físico, assédio moral, sofrimento moral, distúrbios psíquicos, diabetes, distúrbios musculoesqueléticos, estresse/*burnout*, qualidade de vida, satisfação/motivação, tabagismo, saúde ocupacional e violência.

“Absenteísmo” e “presenteísmo” são termos utilizados para diferentes situações, porém podem apresentar a mesma causa. O absenteísmo representa a ausência do trabalhador do ambiente laboral. As taxas de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem são altas e estão associadas a diversas condições de trabalho a que os profissionais estão submetidos, somadas aos riscos eminentes. Dos 622 episódios de afastamento do trabalho, 88,4% foram provocados por agravos à saúde, acometendo funcionários que atuavam principalmente em áreas mais complexas (BARBOZA; SOLER, 2003). Inoue et al. (2008) associa a menor ocorrência de absenteísmo entre funcionários efetivos, comparados aos temporários, devido ao comprometimento com a instituição, aos salários diferenciados por tempo de serviço e incentivos à carreira.

Já no presenteísmo, mesmo quando o trabalhador comparece para suas atividades, há uma limitação da produtividade, tanto em quantidade, pela diminuição do rendimento físico e mental, quanto na qualidade do trabalho, pela possibilidade de erros e diminuição da atenção no desenvolvimento das atividades laborais. A capacidade para realizar tarefas que exijam força corporal, resistência, movimento, coordenação e flexibilidade foi percebida como a limitação mais influente para perda de produtividade dos enfermeiros (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012).

Em relação aos acidentes de trabalho, há maior incidência de casos com perfurocortantes, principalmente agulhas, sendo preocupante a discrepância entre trabalhadores que são encaminhados para o serviço especializado e que de fato procuram por atendimento (MARZIALE, 2003). Esse é um fato que merece reflexão, pois se questiona o quanto os profissionais negligenciam a própria saúde no aspecto concreto, de lesão, que dirá no aspecto subjetivo.

Ainda há exposição aos riscos biológicos, químicos e físicos. Segundo a Norma Regulamentadora nº 9 (NR9), consideram-se riscos ambientais os agentes físicos (ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações, infrassom e ultrassom), químicos (produtos que possam penetrar pela pele, via respiratória ou ingestão) ou biológicos (bactérias, fungos, bacilos, protozoários, vírus) existentes no ambiente de trabalho, que podem causar danos à saúde do trabalhador, devido à sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição (CURIA; CÉSPEDES; NICOLETTI, 2012).

Sobre o risco biológico, Souza e Bertolozzi (2007) analisaram a vulnerabilidade à tuberculose, evidenciando fatores como trabalhar mais de 12 horas por dia, falta de conhecimento e atuar no período noturno, como agravantes. Enfermeiros mencionaram estarem expostos aos riscos químicos, principalmente aos antibióticos e benzina (100%), iodo (98,1%) e látex-talco (88,7%); as principais substâncias causadoras de problemas de saúde citadas foram antineoplásicos (86,7%), glutaraldeído (79,2%) e óxido de etileno (75,5%) (XELEGATTI et al., 2006). Em estudo recente, realizado com enfermeiros e técnicos de enfermagem, os participantes demonstraram pouco conhecimento sobre os riscos físicos e químicos, não identificando ou confundindo com os riscos biológicos e de acidentes (SULZBACHER; FONTANA, 2013).

Em relação aos aspectos ergonômicos, o distúrbio musculoesquelético (DME) é um dos fatores que mais afeta essas pessoas e contribui para reduzir a capacidade para o trabalho (MAGNAGO et al., 2012). Entre técnicos e auxiliares de enfermagem a prevalência foi de DME no ombro ou parte alta do dorso, 57,1%, em região lombar, 53,9%, e extremidades superiores distais, 32,8%. As demandas físicas no trabalho revelaram alta exposição em atividades realizadas em pé ou andando, em movimentos repetitivos com as mãos e grande força muscular desenvolvida com os braços e as mãos (FONSECA; FERNANDES, 2010). Em 2003, as mais elevadas taxas de DME aconteceram nas seguintes regiões anatômicas: lombar (59%), ombros (40%), joelhos (33,3%) e região cervical (28,6%). A dor lombar foi a queixa mais frequente para justificar a ausência no trabalho e procura de auxílio médico (GURGUEIRA; ALEXANDRE; CORRÊA FILHO, 2003). Indivíduos submetidos à alta exigência no ambiente laboral apresentaram maiores chances de desenvolver DME em algumas regiões do corpo, do que aqueles classificados como de baixa exigência. Variáveis psicossociais (demanda psicológica e controle) estiveram mais associadas à dor em regiões centrais (ombros, coluna torácica e lombar) do que em regiões periféricas (membros superiores e inferiores) (MAGNAGO et al., 2010). Assim, fatores psicológicos também interferem no DME, que se manifestam pelas somatizações. Intervenções adotadas, no entanto, podem contribuir para diminuição da dor, a exemplo o protocolo de massagem utilizado na diminuição da lombalgia ocupacional (BORGES et al., 2012).

Outras temáticas mais relacionadas a aspectos psicossociais também foram identificadas. Os distúrbios psíquicos foram encontrados em trabalhadores de enfermagem. Observou-se prevalência de 28,4% de depressão nos trabalhadores de enfermagem de UTI. As características de trabalhar no turno da noite, exercer dupla jornada e ter estado civil de

separado associaram-se ao desenvolvimento de quadros depressivos nessa população (VARGAS; DIAS, 2011).

Esses distúrbios provêm da não compensação entre a carga psíquica a que a equipe de enfermagem está exposta e os mecanismos de enfrentamento. Estudos mostram que existe exposição a diversos tipos de cargas psíquicas, como agressão psíquica, atividades repetitivas e monótonas, atenção constante, atribuições domésticas, falta de defesa coletiva, abuso de álcool e outras drogas, ritmo acelerado de trabalho, falta de comunicação, supervisão estrita, falta de criatividade e autonomia, destacando-se os desgastes decorrentes desse tipo de carga, como estresse, fadiga, gastrite e cefaleia. Porém, os profissionais salientaram que o desgaste psíquico sofrido com a própria natureza do labor é menos impactante sobre a qualidade de vida do que o desgaste originado pelas situações e relações interpessoais presentes no ambiente (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011).

Além disso, o estresse no trabalho, constituindo-se como um problema de saúde pública da atualidade, vem ganhando destaque como objeto de interesse científico, comercial, midiático e das regulamentações legais (GLINA; ROCHA, 2010). Entre enfermeiros de UTI, estudo mostrou a presença de estresse relacionado à insatisfação com o trabalho e a atividades consideradas como situações críticas. Os sintomas demonstraram alterações cardiovasculares, digestivas e musculoesqueléticas (CAVALHEIRO; MOURA JUNIOR; LOPES, 2008).

Pesquisa em Portugal mostrou que, quanto maior é a carga de trabalho, mais elevados são os níveis de estresse nos enfermeiros. O estresse pode ter repercussões que se apresentam no nível do absenteísmo, da taxa de rotatividade, diminuição do desempenho dos trabalhadores, redução da motivação e satisfação no trabalho, do aumento do número de acidentes de trabalho e do aumento dos erros (RODRIGUES; FERREIRA, 2011). As principais situações estressoras que mobilizam os enfermeiros para o *coping* são o óbito dos pacientes, as situações de emergência, os problemas de relacionamento com a equipe de enfermagem e as situações relacionadas ao processo de trabalho (RODRIGUES; CHAVES, 2008).

A potencialização da vivência de estresse no trabalho hospitalar, por sua vez, causa vulnerabilidade dos enfermeiros para *burnout* (LORENZ; BENATTI; SABINO, 2010). *Burnout*, traduzido para o português como “sensação de estar acabado” e “síndrome do esgotamento profissional”, é um processo iniciado com excessivos e prolongados níveis de estresse no trabalho, segundo jargão inglês, é definido como aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia (GLINA; ROCHA, 2010). Essa síndrome envolve condutas negativas com os usuários e na organização e execução do trabalho. Os profissionais de

enfermagem mais acometidos pela síndrome de *burnout* eram aqueles com regime de trabalho diarista, com carga horária semanal de 30 horas, vínculo empregatício por meio de contrato, duplo vínculo empregatício, menor tempo de formação, com menos de um ano de trabalho na unidade e aqueles que possuíam, como setor de lotação, cargo administrativo (FRANÇA et al., 2012).

Para intervenções relacionadas ao estresse, uma única sessão de Reiki produziu melhora imediata da função imunológica (IgAs) e da regulação da pressão arterial em enfermeiras com síndrome de *burnout* (DÍAZ-RODRÍGUEZ et al., 2011). O tratamento de auriculoterapia foi positivo para diminuição dos níveis de estresse na equipe de enfermagem, com melhores resultados para agulhas semipermanentes do que para sementes, melhorando a estratégia de *coping* (KUREBAYASHI et al., 2012).

A violência constitui um novo risco a que o trabalhador de enfermagem está exposto. Ela pode estar presente por meio da violência física ou psicológica. Na Espanha, a violência foi dirigida a enfermeiras pelos parceiros íntimos, sendo 75,1% do tipo psicológica, 1,5% física, 2,0% sexual e 7,3% dos três tipos. O maior risco de violência foi identificado naquelas que eram provedoras da família (RODRÍGUEZ-BORREGO; VAQUERO-ABELLÁN; ROSA, 2012). No Chile, o principal agressor da violência psicológica eram os enfermeiros com cargo de chefia (CASTELLÓN, 2011). No Brasil, Costa e Marziale (2006), trazem ainda a violência estrutural, com mais ênfase na clássica, na repressiva e na alienação. A presença de insultos, de ameaças e de difamações por parte de pacientes e/ou de acompanhantes pode gerar no profissional frustração, estresse, tristeza, raiva, desânimo e baixa autoestima (SANTOS et al., 2011).

Quando há repetição frequente da violência psicológica, o assédio moral está presente. Os primeiros estudos datam de 1976, com Carrol Brodsky, caracterizando essas ações por ataques repetitivos e voluntários de uma pessoa em relação à outra, com o objetivo de atormentar e provocar a vítima. Leymann e Einarsen ganharam notoriedade nesse campo. Para Einarsen, o assédio é um processo paulatino, frequente e crescente em intensidade (GLINA; ROCHA, 2010).

Em estudo sobre assédio moral entre enfermeiros do setor público e privado, a média de tempo de agressão foi de 13,45 meses. As condutas de assédio moral mais referidas foram: “questionam suas decisões” (26,13%), seguida de “recebe ataques verbais criticando trabalhos realizados” (16,58%). Essas atitudes foram utilizadas de modo a atingir a dignidade dos enfermeiros e a fazê-los parecer incompetentes. A maioria da amostra (64,82%) já havia presenciado colegas vítimas de condutas de assédio moral no trabalho (FONTES;

CARVALHO, 2012). O perfil do enfermeiro vítima de assédio moral no trabalho foi: ter filhos, atuar em unidade de saúde pública, trabalhar na instituição por período de 1 a 3 anos, enfrentar atualmente condutas de assédio moral no trabalho e perceber-se assediado moralmente. (FONTES et al., 2013).

O sofrimento moral é outra situação que profissionais da enfermagem enfrentam. Muitos enfermeiros já experimentaram situações de alto e/ou baixo sofrimento moral. Metade deles atingiu altos níveis em momentos de poucos recursos ou quando estava trabalhando com pessoas de baixa competência e quando estava realizando testes ou tratamentos desnecessários, e 1/5 apontaram o sofrimento moral como causa de desistência do emprego (SILÉN et al., 2011). Esse sofrimento deveria ser um ativador para o questionamento, o diálogo e o enfrentamento coletivo das inúmeras tensões de valores presentes nas ações profissionais, com repercussões positivas e negativas para o cuidado dos doentes (LUNARDI et al., 2009).

Em relação à saúde ocupacional, os artigos trataram da proposição de intervenções para atender à carga de trabalho a que os trabalhadores estavam expostos, conhecimento e produção científica e percepções sobre a saúde do trabalhador.

Em relação ao diabetes *melittus* (DM), citado em apenas um estudo, concluiu-se que, dentro do contexto estudado, os trabalhadores de enfermagem apresentaram maior risco para desenvolver DM que os demais profissionais de saúde (ALMEIDA et al., 2011).

O tabagismo está presente entre enfermeiro e estudos investigaram a ocorrência dessa situação. Estudo no Peru revelou que 67,2% dos enfermeiros estudados fumaram alguma vez a vida e 3%, no último mês (SAAVEDRA; FERREIRA; PILLON, 2010). Segundo Veny et al. (2011), enfermeiros manifestam interesse em largar o tabagismo, e sentem-se envergonhados e culpadas devido ao fato da pressão social e familiar por adotarem hábitos de deterioração da saúde, acreditando eles que devam servir de exemplo.

Em relação à satisfação/motivação, consideramos estudos que trataram de bem-estar, autoestima e prazer. Para técnicos de enfermagem e enfermeiros, os sentimentos de orgulho, satisfação, bem-estar, prazer, motivação encontravam-se em níveis considerados críticos. Houve diferença na percepção dos fatores de reconhecimento e valorização profissional entre as duas categorias: enquanto que os técnicos de enfermagem se sentiam menos reconhecidos do que os enfermeiros, os enfermeiros se sentiam menos valorizados profissionalmente do que os técnicos (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011). A satisfação e motivação para o trabalho é outro aspecto que pode influenciar no desempenho das atividades desses profissionais.

A investigação de Pelliciotti e Kimura (2010) traz a associação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) com erros de medicação. Dos 94 profissionais, 18 (19,1%) mencionaram ter cometido erros de medicação, durante as quatro semanas anteriores à coleta de dados, sendo seis enfermeiros e 12 técnicos. Os erros ocorreram em torno de quatro dias após a última folga, seis meses das últimas férias e cinco horas seguidas de trabalho, para as duas categorias profissionais. Em relação à QVRS e à Avaliação do Estado Geral de Saúde (AEGS), identificou-se que o domínio que apresentou maior escore médio foi o de capacidade funcional e os domínios que apresentaram menores escores médios, vitalidade e dor. A AEGS apresentou escore regular de saúde. A associação entre esses fatores identificou escore mais baixo em todos os domínios da QVRS e tendência a pior estado de saúde pelo escore final da AEGS, para o grupo de profissionais de enfermagem envolvidos com erros de medicação.

Os escores do WHOQOL-*bref* dos técnico e auxiliares de enfermagem apresentaram-se próximos aos encontrados em indivíduos com patologias crônicas e mostraram ter relação com a atividade laboral (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010).

Diante do exposto, faz-se necessário entender o conceito de qualidade de vida, tendo em vista as repercussões que ela pode trazer para o trabalhador de enfermagem. O presente estudo trará a relação entre qualidade de vida e *coping* ocupacional, pouco investigado, e a comparação entre profissionais com vínculo e sem vínculo empregatício. Estes muitas vezes pertencem aos critérios de exclusão de pesquisas, mas constituem realidade cada vez mais presente.

3.2 Qualidade de vida

O termo “qualidade de vida” é utilizado com frequência na literatura científica, principalmente na saúde pública, tendo um caráter interdisciplinar, e no discurso popular, seja em campanhas políticas ou publicitárias. Contudo, é necessário apreender o seu verdadeiro conceito antes de empregá-lo em qualquer contexto.

A expressão começou a ser amplamente utilizada após a 2ª Guerra Mundial, nos Estados Unidos da América (EUA), com o objetivo de descrever a aquisição de bens materiais. Posteriormente, o conceito foi expandido para se medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade, por meio do produto interno bruto (PIB) e da renda *per capita*, depois passou a medir o desenvolvimento social (saúde, moradia, educação, transporte) (FARQUHAR, 1995). Na literatura, especula-se que o termo tenha sido utilizado pela primeira vez na década de 30, no século XX, cujo objetivo era sua definição e modo de avaliação (SEIDL; ZANNON, 2004).

A partir da década de 70, seis grandes vertentes convergiram para o desenvolvimento do conceito de qualidade de vida: estudos epidemiológicos sobre a felicidade e o bem-estar, busca de indicadores sociais, insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde, psicologia positiva, satisfação do cliente, movimento e humanização da medicina (FLECK et al., 2008). Todos esses fatores contribuíram para que, nas últimas décadas, houvesse aumento do número de instrumentos voltados para a avaliação da qualidade de vida, demonstrando o esforço para amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo na literatura científica.

De acordo com a OMS, o *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações”. É um conceito amplo que abrange aspectos da saúde física, do estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e da relação com aspectos significativos do meio ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000, p.2), qualidade de vida é:

[...] uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos

os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

Nessa aproximação de qualidade de vida com bem-estar e felicidade, desde os primórdios já se demonstrava interesse pelo assunto (ARISTÓTELES, 2003).

Seidl e Zannon (2004) referem-se à qualidade de vida como um indicador apontado para um julgamento clínico de doenças específicas, e o impacto psicológico e social incidindo sobre as doenças de cunho físico.

É possível agrupar os modelos teóricos de qualidade de vida em dois grandes grupos: o modelo da satisfação e o modelo funcionalista. Segundo o modelo da satisfação, “a qualidade de vida está diretamente relacionada à satisfação com os vários domínios da vida definidos como importantes pelo próprio indivíduo”. O modelo funcionalista considera que “para ter uma boa qualidade de vida, o indivíduo precisa estar ‘funcionando’ bem, isto é, desempenhando de forma satisfatória seu papel social e as funções que valoriza” (FLECK *et al.*, 2008, p. 24).

Em relação ao modelo de satisfação, que pode ser alcançada pelo indivíduo por realização pessoal ou profissional, o trabalho é central para se pensar em qualidade de vida, pois é por meio dele que o homem tem tentado satisfazer suas aspirações (ARAÚJO; SOARES; HENRIQUES, 2009).

Dessa maneira, dois conceitos são aceitos, o de qualidade de vida genérico e o de qualidade de vida relacionado à saúde. No primeiro caso, ilustra a conceituação que foi dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os estudos incluem pessoas saudáveis, nunca se restringindo a pessoas com agravos específicos. Instrumentos bastante utilizados são: *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100)*, *Medical Outcomes Study - 36- Item Short- Form Health Survey (SF-36)* e o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.

Já a qualidade de vida relacionada à saúde implica os aspectos mais diretamente associados a enfermidades ou a intervenções em saúde. Os instrumentos avaliam a percepção geral da qualidade de vida, com ênfase nos sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por enfermidade (SEIDL; ZANNON, 2004). Em revisão da literatura realizada em 2004, os estudos encontrados direcionaram as ações de qualidade de vida a grupos específicos, focalizando intervenções de enfermagem em instituições ou programas voltados a agravos específicos, com ênfase nas doenças crônico-degenerativas (COSTA; SILVA, 2004).

Em busca realizada nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), nos volumes publicados de 2001 a 2011, foram encontradas 169

teses/dissertações sobre qualidade de vida, sendo presente em grupos de pacientes idosos, gestantes, portadores de doenças crônicas, transplantados, pessoas com transtornos mentais, portadores de doenças infectocontagiosas, estudantes, cuidadores, cardiopatas, pessoas com problemas neurológicos, dentre outros, variando de avaliações até criação, tradução ou validação de instrumentos. Dessas, 25 eram referentes à qualidade de vida do trabalhador de enfermagem, sendo 14 estudos de avaliação da qualidade de vida por meio de instrumentos de qualidade de vida conhecidos e validados (Quadro 1), (APÊNDICE B).

Quadro 1- Teses/dissertações encontradas no CEPEn sobre avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem, por meio de instrumentos validados

Título	Autor, ano	Natureza	Instrumento	Nível
Qualidade de vida dos enfermeiros em instituições hospitalares: o público e o privado	Cavalcante, 2011	Quanti-qualitativa	WHOQOL-bref	M
Trabalho e qualidade de vida: representações sociais do enfermeiro docente	Conceição, 2010	Quanti-qualitativa	WHOQOL-bref	M
Avaliação da eficácia de programa fisioterapêutico no tratamento de desordens do manguito rotador entre profissionais de enfermagem, segundo indicadores de qualidade de vida e satisfação no trabalho	Martins, 2011	Quantitativa	Questionário <i>Western Ontario Rotador Cuff Index (WORC)</i>	D
Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família	Fernandes, 2009	Quantitativa	WHOQOL-100	M
Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico	Schmidt, 2009	Quantitativa	Escala analógica visual para a qualidade de vida no trabalho	D
Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicação em unidades de terapia intensiva	Pellicciotti, 2009	Quantitativa	SF-36	D
Vida, trabalho e qualidade de vida: percepção dos profissionais de enfermagem que atuam no centro de material e esterilização	Araújo, 2007	Quanti-qualitativa	WHOQOL-bref	M
Qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam em centro cirúrgico	Miranda, 2006	Quantitativa	WHOQOL-bref	M
Contribuições ao estudo de qualidade de vida e de restrições de trabalho em uma instituição hospitalar	Gurqueira, 2005	Quantitativa	SF-36	M
Qualidade de vida do auxiliar e técnico de enfermagem em UTIs	Salles, 2005	Quantitativa	WHOQOL-100	M
Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico	Schmidt, 2004	Quantitativa	Escala de Qualidade de Vida de Flanagan	M
Sintomas musculoesqueléticos e qualidade de vida em trabalhadores envolvidos com o transporte de pacientes	Celia, 2003	Quantitativa	SF-36	M
Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidade de terapia intensiva	Lino, 2004	Quantitativa	Índice de Qualidade de Vida	D
Trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva pediátrica	Silveira, 2002	Quantitativa	WHOQOL-100	M

Fonte: CEPEn (2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).

A produção da pós-graduação foram nove para mestrado e quatro para doutorado. Obtiveram-se pesquisas realizadas com enfermeiros, com a equipe de enfermagem ou com

trabalhadores que abrangessem a mesma. Os ambientes analisados foram UTI, centro cirúrgico, central de material e esterilização, hospitais e universidades. O instrumento WHOQOL-*bref* foi o mais utilizado, correspondendo a 28,57%, em seguida o SF-36, e WHOQOL-100, com 21,43% cada, e também foram aplicados o Índice de Qualidade de Vida, a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan, a Escala analógica visual para qualidade de vida no trabalho e Questionário *Western Ontario Rotator Cuff Index* (WORC), 7,14% cada. Os anos de maiores publicações foram 2009 (21,43%), 2004, 2005 e 2011 (14,28%) e 2002, 2010, 2003, 2006, 2007 (7,14%).

O WHOQOL, instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pela OMS, envolveu uma revisão colaborativa internacional para a definição de qualidade de vida, pois até então não havia. Em diferentes lugares do mundo, de modo simultâneo, foram distribuídas a definição de qualidade de vida entre os aspectos da vida considerados necessários para abrangência completa, definição desses aspectos, criação de questões a partir das quais as perguntas do WHOQOL derivariam. Em teste piloto, algumas facetas foram excluídas, retornando em módulos de grupos específicos, ou corrigidas, deslocadas para outro domínio. Para maior confiabilidade da escala, confirmada por análises, optou-se por quatro itens por faceta. O teste revisado do WHOQOL ficou conhecido como WHOQOL-100 devido à seleção de 24 facetas x 4 itens= 100 itens, incluindo os quatro itens gerais (FLECK et al., 2008).

Posteriormente, o WHOQOL-*bref* foi desenvolvido, contendo 26 perguntas. É uma versão abreviada da escala WHOQOL-100. Foi criada devido à necessidade de instrumentos que demandem tempo menor para preenchimento e que mantenham a qualidade das características psicométricas. É composta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. São divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2008). Três aspectos fundamentais do construto qualidade de vida foram obtidos: subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas e negativas.

O SF-36 é um questionário multidimensional composto por 36 questões, envolvendo oito escalas ou componentes como: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, usado para avaliação genérica (CICONELLI et al., 1999).

O Índice de Qualidade de Vida foi desenvolvido pelas enfermeiras Ferrans e Powers, também utilizado para portadores de doenças ou pessoas sadias, sendo composto por 68 questões divididas em duas partes, com 34 itens cada uma, correspondendo a quatro

domínios: saúde/funcionalidade, socioeconômico, psicológico/espiritual e família. A primeira parte mede o nível de satisfação e a segunda, o nível de importância, atribuído pelo respondente (KIMURA; SILVA, 2009).

Para este estudo, optou-se pelo *WHOQOL-bref*, devido à sua grande utilização, validação no Brasil, também entre trabalhadores da saúde (CASTRO; HÖKERBERG; PASSOS, 2013), fácil aplicação e concordância com o conceito de qualidade de vida emitido pela OMS.

3.3 *Coping* ocupacional

Diante das dificuldades vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no exercício laboral e da influência deste na qualidade de vida, o *coping* ocupacional desperta interesse em como mediar essa relação.

Alguns pesquisadores brasileiros utilizam expressões como “formas de lidar com”, “estratégias de conforto” ou enfrentamento, tradução para o português (STUMM et al., 2008), mas não há uma palavra na língua portuguesa que reflita o real significado.

Para a primeira linha de pesquisadores vinculados à psicologia, o estilo de *coping* utilizado pelos indivíduos era tido como estável, numa hierarquia de saúde *versus* psicopatologia. Posteriormente, construiu-se uma diferenciação entre mecanismos de defesa e os comportamentos associados ao *coping*, classificados como mais flexíveis e propositais (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Estilos de *coping* estão relacionados a características de personalidade do indivíduo, enquanto que estratégias de *coping* referem-se a ações executadas no curso de um episódio particular de estresse (DELL’AGLIO, 2000).

A partir da década de 60, uma segunda geração de pesquisadores apontou para uma nova perspectiva com relação ao *coping*, passando a ser conceituado como um processo transacional entre a pessoa e ambiente, trazendo também a importância dos traços de personalidade. Uma terceira geração de pesquisadores se voltou com mais ênfase para as convergências entre *coping* e personalidade, já que fatores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelo indivíduo (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Essa visão mais recente engloba quatro conceitos principais: 1) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente, 2) sua função é administrar a situação estressora, e não controlá-la, 3) esse processo pressupõe a noção de avaliação para a verificação de percepção, interpretação e representação cognitiva do fenômeno, 4) o processo constitui-se em uma mobilização por meio da qual os indivíduos irão utilizar esforços cognitivos e comportamentais para administrar demandas internas e externas de sua relação com o ambiente (CAVALCANTE, 2012).

Portanto, *coping* é, numa perspectiva cognitivista, um conjunto de esforços utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos

personais. Considera-se que a resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, decorrente de uma situação de estresse, dirigida para fontes externas ou internas. Ele pode ser dividido em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

O *coping* focalizado na emoção consiste num esforço para regular o estado emocional associado ao estresse ou é o resultado do evento estressante, como fumar, sair para correr, tomar um tranquilizante, reduzindo a sensação física desagradável com o intuito de mudar o estado emocional. Já o *coping* focalizado no problema é um esforço para agir na origem do estresse; quando é dirigido para uma fonte externa, consiste na negociação e mediação de conflitos, quando é dirigido internamente inclui reestruturação cognitiva, como redefinição do estressor (DELL'AGLIO, 2000).

Em situações laborais, nem sempre a estratégia que o trabalhador gostaria de tomar é possível no momento, pois muitas vezes ele não dispõe de meios, imediatamente, para agir com foco na emoção, ou sabe a causa estressora e como resolvê-la, mas a mediação foge do seu alcance ou autoridade.

Além disso, a escolha por uma estratégia de *coping* provém de um conjunto de experiências passadas, das circunstâncias atuais, das crenças, do estilo cognitivo e das habilidades de solução do problema que a pessoa venha a ter (MEDEIROS; PENICHE, 2006).

Segundo Dell'Aglío (2000, p. 19):

Deve-se observar que *coping* não se refere simplesmente a uma resposta do indivíduo, mas a todo um processo que envolve diferentes fatores estressantes, recursos do indivíduo (recursos pessoais e sociais), avaliação da situação estressante vivenciada, intenções, estratégias e seus resultados. Finalmente, ainda há a questão de que os esforços do indivíduo devem ser considerados como *coping* mesmo que seus "atos" não tenham sucesso.

O *coping* é um processo que conduz à adaptação em três domínios: no funcionamento, no trabalho e na vida social; na satisfação com a vida pessoal e na saúde física (MOURA, 2004).

Ilustrando pesquisas em enfermagem, nessa temática, foi realizada uma busca também no CEPEn, evidenciando apenas 16 teses/dissertações, das quais sete tiveram, como objeto de estudo, *coping* de profissionais de enfermagem, envolvendo a aplicação de instrumentos específicos (Quadro 2), (APÊNDICE C).

Quadro 2- Teses/dissertações encontradas no CEPEn sobre avaliação do *coping* em profissionais de enfermagem, por meio de instrumentos

Título	Autor, ano	Natureza	Instrumento
<i>Coping</i> religioso-espiritual em profissionais de enfermagem que atuam em unidades de urgência e emergência	Jesus, 2011	Quantitativa	Escala de <i>coping</i> religioso-espiritual (Escala CRE)
Estresse e <i>coping</i> entre auxiliares e técnicos de um hospital universitário	Stekel, 2011	Quantitativa	Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman
Estresse, <i>coping</i> e presenteísmo em enfermeiros hospitalares	Umann, 2011	Quantitativa	Escala de <i>coping</i> ocupacional
Stress e <i>coping</i> da equipe de enfermagem no cuidado à mulher com câncer de mama	Andolhe, 2009	Quantitativa	Inventário de estratégias de <i>coping</i> Jalowiec
<i>Burnout</i> e estilos de <i>coping</i> em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos	Rodrigues, 2006	Quantitativa	Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman
Stress e <i>coping</i> entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica	Guido, 2003	Quantitativa	Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman
Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras de uma instituição hospitalar publica- Natal/RN	Medeiros, 2005	Qualitativa	Perguntas abertas e roteiro semiestruturado

Fonte: CEPEn (2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012).

Houve maior número de publicações em 2011 (3), e uma para os anos de 2009, 2006, 2005 e 2003. Mais de 70% das produções foram no nível de mestrado. Quase todas (85,71%) tiveram natureza quantitativa. O instrumento mais utilizado foi Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman (1984) (42,86%), e os outros, Escala de *coping* religioso-espiritual (Escala CRE), Escala de *coping* ocupacional, Inventário de estratégias de *coping* Jalowiec e entrevista, foram utilizados apenas uma vez (14,28%).

A Escala CRE é uma adaptação brasileira da escala RCOPE. Contém 96 itens, abrangendo 66 itens positivos (transformação de si e/ou da sua vida; ações em busca de apoio espiritual; oferta de ajuda ao outro; posicionamento positivo frente a Deus; busca pessoal de crescimento espiritual; ações em busca do outro institucional; busca pessoal de conhecimento espiritual; afastamento através de Deus, da religião e/ou espiritualidade) e 21 fatores negativos (reavaliação negativa de Deus; posicionamento negativo frente a Deus; reavaliação negativa do significado; insatisfação com o outro institucional) (PANZINI, 2004).

O Inventário de Estratégias de Lazarus e Folkman foi adaptado e validado para a realidade brasileira por Savóia, Santan e Mejias (1996), contém 66 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas possam utilizar para lidar com demandas internas e externas de um evento específico, além de questões “distraindo”, com o intuito de evitar tendência na resposta das questões. Essas estratégias se encontram dentro dos fatores: confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga esquiva, resolução de problema e reavaliação positiva. Cada instrumento é composto por quatro opções de respostas: 0 (não uso da estratégia), 1 (usei um pouco), 2 (usei bastante), 3 (usei em grande quantidade).

A escala de *coping* ocupacional (ECO) desenvolvida por Latack foi traduzida e validada por Pinheiro, Troccóli e Tamayo (2003), mostrando características psicométricas promissoras. A escala brasileira reforçou o modelo teórico que sustenta estilos gerais de *coping* envolvendo cognições e intenções de comportamentos de controle, de conteúdo escapista ou de manejo de sintomas, com índices de consistência interna satisfatórios e até superiores ao da escala original. Possui 29 itens, distribuídos em três fatores classificatórios: fator controle, fator esquiva, fator manejo de sintomas.

O Inventário de estratégias de *coping* Jalowiec foi criado a partir da Teoria Cognitiva de Lazarus e Folkman (1984) e utilizado, inicialmente, com pacientes cardíacos. Os itens que compõem os estilos de *coping* são: confrontivo, evasivo, otimista, fatalista, emotivo, paliativo, sustentativo, autoconfiante.

A ECO foi escolhida para este estudo por ser direcionada especificamente ao ambiente laboral, representando facilidade e rapidez no preenchimento.

3.4 Políticas públicas de saúde no âmbito hospitalar

Diante das considerações realizadas, percebe-se a necessidade de incentivos a políticas públicas de saúde no âmbito hospitalar para possibilidade de qualidade de vida dentro desse ambiente insalubre.

A Carta de Ottawa, publicada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá, em 1986, é um marco para a promoção da saúde, pois ela passa a ser reconhecida como resultante das condições sociais e componente central do desenvolvimento humano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Segundo a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002, p.9-10):

[...] promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfações, necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável na direção de um bem-estar global.

A promoção da saúde enseja condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (BRASIL, 2002). Dessa forma, o interesse pela qualidade de vida também nos ambientes de trabalho se faz presente e a interação entre as pessoas e o ambiente de trabalho influencia no seu desenvolvimento.

Ações para a promoção da saúde dentro do Sistema Único de Saúde passam a ser desenvolvidas, adotando as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde (MS). A enfermagem, como profissão que lida eminentemente com o cuidar, tem grande potencial de atuação para a promoção da saúde da população, ganhando destaque principalmente no âmbito da saúde coletiva, no qual as ações dos profissionais devem ter relação direta com o meio e a maneira como vivem os usuários dos serviços de saúde.

No entanto, até mesmo na atenção primária, enfermeiros revelam dificuldades em trabalhar na perspectiva de promoção da saúde, por realizarem atividades educativas com foco na prevenção de doenças (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

No ambiente hospitalar, onde a condução do tratamento é baseada no modelo biomédico, com objetivo central de curar doenças, a promoção da saúde é ainda mais escassa. Enfermeiros citam, como empecilhos para essa prática, a sobrecarga de trabalho, a carência de material e a dificuldade de comunicação com pacientes (AGUIAR et al., 2012). Paradoxalmente, esses profissionais, enquanto praticam atividades de cuidar, estão expostos a

diversos riscos ocupacionais, como risco biológico, ergonômico, químico e de acidente. Dessa forma, se o paciente que é alvo do cuidado não é tratado na perspectiva da promoção da saúde, esse olhar amplo sobre a saúde do profissional que oferece o cuidado é praticamente inexistente.

Buscando melhorar a qualidade da assistência, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH), tendo a finalidade de promover o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, propõe um modelo de humanização, qualidade, eficiência e atuação em rede, indo de encontro ao modelo biomédico, centrado em procedimentos e com atenção desarticulada, que culmina em insatisfação dos usuários, ineficiência, ineficácia e baixo impacto assistencial (BRASIL, 2013a).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente, incluso na PNAH e elaborado pelo Ministério da Saúde e ANVISA, visa reduzir a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde no país. A OMS define segurança do paciente como a redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, ou seja, até o que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratar ou utilizar outro tratamento. O termo “evento adverso” refere-se ao aparecimento de um problema de saúde causado pelo cuidado e não pela doença primária ou de base, ocasionando uma lesão não intencional que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A equipe de enfermagem é sensível ao problema, pois está envolvida no sistema de medicação e muitas vezes é responsabilizada pelos erros. A cultura de segurança adotada na maioria das instituições para evitar o erro é baseada no medo. A abordagem é realizada por meio da nomeação, culpa e estimulação da vergonha no profissional da saúde. No entanto, vale lembrar que os fatores que contribuem para o erro podem ser humanos, associados ao ambiente de trabalho, fatores externos e associados ao paciente. Os fatores humanos que mais contribuem para a ocorrência de eventos adversos são a falta de comunicação e a exaustão profissional. Para o SUS tornar-se mais seguro, sugere-se que as instituições abandonem tradições relacionadas com autonomia e autoridade e busquem a segurança do paciente como responsabilidade de todos (BRASIL, 2013b).

Essa iniciativa não diminui a responsabilidade da equipe de enfermagem, mas cria no ambiente hospitalar uma coletividade em prol do paciente, pois, na prática, a enfermagem

parece ser responsável por todos os assuntos do funcionamento hospitalar, do cuidado direto ao paciente até questões estruturais.

A Política Nacional de Humanização (PNH), também buscando melhor assistência no SUS, aponta, como objetivos relacionados ao trabalhador do SUS, promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifiquem sua ação e inserção na rede SUS, atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho (BRASIL, 2008). As políticas voltadas para o SUS não abordam a área hospitalar somente e parecem esforços recentes para a mudança do paradigma biomédico e curativista, típico dos hospitais.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Desenvolveu-se um estudo com abordagem quantitativa, que se caracteriza por ser do tipo descritivo, transversal e com coleta de dados primários. Foi utilizada na investigação a análise correlacional, que analisa as relações entre as variáveis (FORTIN; DUCHARME, 2003). A pesquisa quantitativa, segundo Polit e Beck (2011), envolve coleta sistemática de informações numéricas, mediante condições de controle, havendo também análise dessas informações, com a utilização de procedimentos estatísticos.

4.2 Período de coleta de dados e local do estudo

O estudo foi realizado nos meses de junho a novembro de 2014, desenvolvido em um hospital de referência do Estado do Ceará. Trata-se de um hospital da rede pública, servindo à população do estado e, por sua referência e complexidade, também aos estados vizinhos, em diferentes áreas de saúde. Atende as especialidades de Cirurgia Geral, Neurologia, Neurocirurgia, Reumatologia, Nefrologia, Transplante Renal, Gineco-obstetrícia, Traumatologia-ortopedia, Oftalmologia, entre outras. Atualmente, o hospital realiza 1.150 cirurgias, 16 mil consultas e 100 mil exames laboratoriais por mês. Na área de exames especializados, o hospital é o único da rede pública estadual a realizar Ressonâncias Magnéticas e Eletroencefalogramas (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2010).

4.3 População e amostra

Nessa instituição de saúde, os trabalhadores de enfermagem constituem cerca de três mil, vinculados à Secretária da Saúde e ao Ministério da Saúde, assim como cooperados e terceirizados (GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, 2010). Desses, 640 são enfermeiros do quadro funcional, sendo 438 cooperados e 202 concursados.

A população correspondeu aos 640 enfermeiros do hospital. A amostra foi estratificada, levando em consideração os enfermeiros concursados e cooperados. A amostragem é estratificada quando a população é previamente classificada em estratos, que se

referem a divisões de acordo com algum critério (ARANGO, 2012). A amostra foi determinada com base na fórmula a seguir, para cálculo de populações finitas. Para o cálculo do tamanho da amostra fixou-se P em 50%, haja vista que esse valor implica em tamanho máximo de amostra. Fixou-se o nível de significância de 5% ($Z_{\alpha} = 0,05$) e um erro amostral absoluto de 6% ($E = 0,06$). Esses valores aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas ($N = 640$), proporcionou uma amostra de tamanho “n” igual 190 profissionais.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Onde:

n = tamanho da amostra

Z_{α} = nível de significância em desvio padrão

P = prevalência do agravo em saúde

Q = complementar da prevalência (1-P)

N = tamanho da população

E = erro amostral

Para composição adequada de uma amostra estratificada, deve ser lembrado o critério de proporcionalidade. Dessa forma, para uma população de N indivíduos, se k_1 é o coeficiente de proporcionalidade do estrato 1 (cooperados) e k_2 , o coeficiente de proporcionalidade do estrato 2 (concursados), a participação de cada estrato na amostra será: $n_1 = k_1 \cdot N$ e $n_2 = k_2 \cdot N$ (ARANGO, 2012). A amostra foi constituída de 145 enfermeiros cooperados e 45 enfermeiros concursados.

Critérios de inclusão: enfermeiros com ou sem vínculo empregatício, respectivamente, cooperados e concursados, atuando na mesma unidade, há, no mínimo, um ano. Foram selecionadas todas as unidades.

Critérios de exclusão: profissionais em gozo de afastamento (licença médica, férias) no período da coleta de dados ou com tempo de atuação na unidade menor que um ano.

4.4 Coleta de dados

Quanto à aplicação dos questionários, disponibilizamos os instrumentos aos enfermeiros que trabalhavam nas unidades selecionadas e aceitaram participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE

D). Foram utilizados três instrumentos, preenchidos pelo profissional e assistidos pela pesquisadora.

4.4.1 Identificação

Na identificação dos instrumentos, foram abordadas as seguintes variáveis: sexo, idade, vínculo empregatício, tempo de atuação na enfermagem, titulação, renda individual, renda familiar, presença ou não de outro emprego, se sim, especificar o vínculo, carga horária de trabalho semanal, tempo de atuação na assistência hospitalar, unidade e turno em que trabalha no hospital (APÊNDICE E).

4.4.2 WHOQOL-bref

A investigação da qualidade de vida em estudos epidemiológicos em associação com outras medidas clínicas fez com que a OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100.

O WHOQOL-*bref* é um instrumento genérico de aferição de qualidade de vida, de curta extensão, constando de 26 perguntas estruturadas, sendo 24 dentro de domínios e duas sobre a percepção da saúde e qualidade de vida. Contém quatro domínios, conforme o Quadro 3. Esse instrumento “pode ser auto-administrado, assistido pelo entrevistador ou completamente administrado pelo entrevistador (em casos de analfabetismo ou de condições clínicas que impeçam o sujeito). Nos casos de auto-administração, o indivíduo não necessita de qualquer auxílio. Nos assistidos, necessita de esclarecimento em algumas questões. Em tais momentos, o entrevistador é orientado a reler pausadamente o enunciado, sem alterar o fraseamento original, tampouco fornecer sinônimos” (FLECK et al., 2008, p.77).

Apresenta questões formuladas para uma escala de resposta tipo Likert, com cinco níveis. As escalas são: de intensidade, variando de nada a extremamente, de capacidade, variando de nada a completamente, de frequência, que vai de nunca a sempre, e de avaliação, indo de muito insatisfeito a muito satisfeito. Essas expressões têm pontuações de 1 a 5; para as questões 3, 4 e 26 os escores são invertidos, nos quais 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1 (THE GRUPO WHOQOL, 1998).

Quadro 3. Domínios, itens e facetas contemplados no WHOQOL-bref

Domínio	Item	Faceta
Domínio Físico	3	Dor e desconforto
	10	Energia e fadiga
	16	Sono e repouso
	15	Mobilidade
	17	Atividades da vida cotidiana
	4	Dependência de medicação
	18	Capacidade de trabalho
	Domínio Psicológico	5
7		Pensar, aprender
19		Autoestima
11		Imagem corporal
26		Sentimentos negativos
6		Espiritualidade
Relações Sociais	20	Relações pessoais
	22	Apoio social
	21	Atividade sexual
Meio ambiente	8	Segurança física
	23	Ambiente no lar
	12	Recursos financeiros
	24	Cuidados de saúde
	13	Informação
	14	Recreação e lazer
	9	Ambiente físico
	25	Transporte

Fonte: Adaptado de Fleck *et al.* (2008).

4.4.3 Escala de coping ocupacional

Consiste em um questionário, contendo 29 itens, abrangendo pensamentos e ações utilizados para lidar com demandas internas ou externas de determinado evento estressante no ambiente de trabalho. Cada item oferece cinco opções de resposta: nunca faço isso, raramente faço isso, às vezes faço isso, frequentemente faço isso, sempre faço isso (PINHEIRO; TRÓCCOLI; TAMAYO, 2003). Os fatores classificatórios são três, podendo ser visualizados no Quadro 4.

Quadro 4. Fatores, definição dos fatores e itens da ECO

Fator	Definição	Item
Fator controle	Consiste em ações e reavaliações cognitivas proativas	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
Fator esquiva	Relativos a ações e reavaliações que sugerem fuga ou um modo de evitação	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20
Fator manejo dos sintomas	Refere-se a ações utilizadas para administrar sintomas gerados por situações estressoras	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29

Fonte: Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003).

Os escores de cada fator classificatório da ECO são obtidos pela média dos itens que os compõem, sendo prevalente para cada enfermeiro o fator que apresentar maior média (PINHEIRO; TRÓCCOLI; TAMAYO, 2003).

4.5 Organização e Análise dos Dados

Os dados obtidos em cada domínio dos questionários foram submetidos a testes estatísticos. Para a realização das análises de correlações foi utilizado *p* teste qui-quadrado de Pearson.

Os indicadores então coletados foram inseridos em planilha eletrônica, do programa Excel (2007), e, para procedimentos das análises descritivas e inferências, foi utilizado o *o* e o *Statistical Package for Social Sciences 13.0 (SPSS)*.

Para a compreensão dos resultados da aplicação dos instrumentos, eles foram organizados em tabelas e quadros e analisados de acordo com a literatura sobre o tema.

Foi realizada a comparação de médias, utilizando os seguintes testes estatísticos: *t* de Student, Tukey e ANOVA.

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi enviado para aprovação da gerência de enfermagem da instituição selecionada e em seguida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, aprovado com o Parecer nº 530.652. Foram obedecidos os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, a qual incorpora respeito à dignidade e à autonomia do participante, ponderação entre riscos e benefícios, utilização de métodos adequados, dentre outros (BRASIL, 2013).

5 RESULTADOS E ANÁLISES

Os resultados e discussão estão apresentados nos tópicos: análise do perfil sociodemográfico dos enfermeiros, qualidade de vida e *coping* ocupacional de enfermeiros, comparação das variáveis para enfermeiros com vínculo e sem vínculo empregatício.

5.1 Análise do perfil sociodemográfico dos enfermeiros

Tabela 1- Variáveis: sexo, faixa etária, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação na assistência hospitalar, unidade, turno, titulação máxima, carga horária semanal, vínculo empregatício

	n	%
Sexo		
Feminino	171	90
Masculino	19	10
Faixa etária (anos)		
23-29	68	35,2
30-39	66	34,7
40-66	56	29,5
Tempo de atuação na enfermagem (anos)		
1-2	46	24,2
3-4	51	26,8
5-10	42	22,1
11-20	18	9,5
21-38	33	17,4
Tempo de atuação na assistência hospitalar (anos)		
1-2	50	26,3
3-4	50	26,3
5-10	46	24,2
11-20	14	7,4
21-38	30	15,8
Unidade		
Crítica	98	51,6
Não crítica	92	48,4
Turno		
Manhã	25	13,2
Tarde	30	15,8
Manhã e tarde	57	30,0
Noite	53	27,9
Mista (manhã, tarde e/ou noite)	25	13,2
Titulação máxima		
Graduação	55	28,9
Especialização	115	60,5
Mestrado	20	10,5
Carga horária semanal (horas)		
20-39	53	27,9

40-59	84	44,2
60-96	53	27,9
Vínculo empregatício	N	%
Concursado	45	23,7
Coooperado	145	76,3
Total	190	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à variável sexo, 90% da amostra foram constituídas por mulheres. Tal dado evidencia a realidade da enfermagem brasileira. A maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino, os quais correspondem a 87,24%, já os do sexo masculino correspondem a 12,76% do total. A macrorregião que apresenta a maior proporção de profissionais de enfermagem do sexo feminino é a do Nordeste, com 90,08%, e a que apresenta maior concentração de profissionais de enfermagem do sexo masculino é a macrorregião do Norte, com 14,30% dos profissionais. As enfermeiras somam 88,02% e os enfermeiros, 11,98% (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DO CEARÁ, 2011).

Carvalho e Kalinke (2008) apresentam o argumento de que, já nos primórdios, a atividade de cuidar era das mulheres quase que por exclusividade, e, que, em algumas culturas, o papel de cuidar do doente ainda é considerado da mulher, sendo relacionado, devido ao aspecto histórico, a atividades domésticas, podendo repercutir na desvalorização do ofício. A imagem atual da Enfermagem tem relação direta com sua trajetória histórica religiosa, de submissão e silêncio. Além da ideia de religiosidade, a mídia dissemina uma imagem errônea do ser enfermeiro, veiculando a profissão ao caráter frágil e delicado, associado à subserviência, o que não corresponde à realidade profissional da Enfermagem (ÁVILA, 2013).

Tabela 2- Média e desvio padrão das variáveis sociodemográficas: idade, tempo de atuação na enfermagem, tempo de atuação na assistência hospitalar, renda individual, renda familiar, carga horária de trabalho semanal

	Média	Desvio padrão
Idade	36,04	10,35
Tempo de atuação na enfermagem	9,05	9,54
Tempo de atuação na assistência hospitalar	8,41	9,62
Renda individual	4458,51	3200,00
Renda familiar	8410,11	5070,78
Carga horária de trabalho semanal	47,16	16,16

Fonte: Dados da pesquisa.

O perfil de enfermeiros encontrados no Hospital Geral foi de profissionais com média de idade de 36,04 anos ($\pm 10,35$), atuando na Enfermagem havia 9,05 anos ($\pm 9,54$) e com 8,41 anos ($\pm 9,62$) de atuação na assistência hospitalar.

Esses dados corroboram com o perfil encontrado em outros estados. Em São Paulo, estudo revelou 79% dos enfermeiros com idades entre 23 e 40 anos, com média de idade de 32 anos, tendo a maioria concluído o curso nos últimos 10 anos, supondo o tempo de atuação na profissão de aproximadamente uma década (CAMELO et al., 2013). Em UTIs de diversas regiões do Brasil, 81% dos enfermeiros apresentaram de 20 a 39 anos (VIANA, et al., 2014). No Rio Grande do Sul, em unidade de hemodinâmica, enfermeiros apresentaram idade média de 35,24 e média do tempo de formação de 10,90 anos (LINCH; GUIDO; FANTIN, 2010). Em pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a faixa etária predominante de enfermeiros no Brasil é de 26 a 35 anos, representando 43,79% do total de enfermeiros, seguida da faixa 36 a 45, com 21,56%, posteriormente, de 46 a 55 anos, com 15,90%, de 15 a 25 anos, com 9,80%, e aqueles com idade maior ou igual a 56 anos somam 7,78% (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DO CEARÁ, 2011). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), a população na faixa etária de 25 a 49 anos representa a maioria da população ativa em regiões metropolitanas (48,1%) e constitui 61,6% da população ocupada (IBGE, 2014). Constitui-se, portanto, de uma população jovem, com experiência na área de atuação, representando parte da população ativa do Estado.

Em relação ao turno de trabalho, 30% trabalhavam manhã e tarde e 27,9% trabalhavam à noite. No turno da noite, geralmente, o trabalhador não opta por exercer atividade noturna pela execução do trabalho em si, mas para adequar-se aos horários dos outros empregos já exercidos durante o período diurno ou para convívio familiar. Os trabalhadores noturnos relatam cansaço, insônia, queda de cabelo, irritabilidade, frustração e perda do convívio social (NEVES et al., 2010).

Em relação à unidade de lotação, 51,6% trabalhavam em unidades críticas e 48,4% atuavam em unidades não críticas.

São escassas as publicações que confrontam o nível de estresse e a QV dos profissionais lotados em setores críticos com relação em setores não críticos, porém, segundo Sales et al. (2010), ao estudar 27 profissionais – enfermeiros, médicos e fisioterapeutas – de setores abertos, mostra que atuar nesses locais, muitas vezes, eles são mais estressantes quando comparados aos setores fechados, apontando como fatores desencadeantes o ritmo

acelerado de trabalho e a falta de vagas em UTI, sendo os pacientes graves admitidos em enfermarias que não estão preparadas para lidar com esses casos.

Em relação à titulação máxima, 60,5% dos enfermeiros tinham especialização, 28,5%, apenas a graduação e 10,5%, mestrado. Então, 71% contavam com formação especializada. Publicações corroboram com os dados encontrados, pois, no que diz respeito à formação de pós-graduação, 81% dos profissionais concluíram especializações *lato sensu*. (VIANA et al., 2014). Em Vitória, no Espírito Santo, 80% possuíam especialização ou residência, 11,1%, apenas a graduação e 8,9%, mestrado ou doutorado (LIMA et al., 2013).

A carga horária de trabalho semanal encontrada foi de 47,16 horas ($\pm 16,16$). Contrariamente, no Rio Grande do Sul, a carga horária média foi de 34,4 horas semanais ($\pm 5,09$), e, para 26,4% dos enfermeiros, a carga horária correspondeu a 40 horas (UMANN; GUIDO; SILVA, 2014). No Espírito Santo, em hospital universitário, 60% dos enfermeiros trabalhavam até 40 horas e 18,9%, mais de 60 horas (LIMA et al., 2013). De maneira semelhante ao Ceará, em Ribeirão Preto, a carga horária de trabalho semanal desenvolvida variou de 21 a 78 horas, sendo a média de 46,2 horas, evidenciando que os trabalhadores desenvolviam horas extraordinárias na mesma instituição em que atuavam profissionalmente (DALRI et al., 2014). Em estudo qualitativo sobre a visibilidade do enfermeiro, constatou-se que os baixos salários podem provocar a necessidade de mais de um vínculo empregatício e essa sobrecarga gerada pode resultar numa série de erros e no não cumprimento das suas obrigações profissionais, prejudicando a imagem do enfermeiro e a qualidade da assistência (AVILA et al., 2013). Autores internacionais sugerem mais estudos sobre a associação da carga horária e os resultados dessa para o paciente (BLEGEN et al., 2011).

A carga horária de trabalho dos enfermeiros também reflete a realidade da sociedade em relação às questões de gênero. Os homens enfermeiros referiram jornada profissional mais alta do que as mulheres. Contudo, a jornada doméstica referida pelas enfermeiras é, em média, nove horas mais extensa do que a masculina ($p < 0,001$). Assim, as horas dedicadas ao trabalho doméstico, somadas à jornada total de trabalho, geram carga horária mais extensa entre as mulheres (61,4 horas semanais), quando comparadas aos homens (55,8 horas semanais) (FERNANDES et al., 2013).

Em um município do Ceará, 60% dos enfermeiros trabalhavam três turnos e foram encontrados como fatores que levaram ao estresse: insatisfação salarial (83%), falta de lazer (73%) e sobrecarga de trabalho (60%). A dupla ou mais jornadas de trabalho é necessária aos trabalhadores de enfermagem devido à situação econômica da área da saúde, com baixos

salários, insuficientes para o sustento da família, o que leva a buscar por novas fontes de renda. (LIMA et al., 2013).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a carga horária semanal de mais de 50% dos entrevistados era 40 horas ou mais e das pessoas que ganhavam de seis a 10 salários mínimos, valor da renda média individual de enfermeiros, quase metade trabalhava de 40 a 44 horas semanais e 26,16% trabalhavam mais de 49 horas (IBGE, 2012). Dessa maneira, a carga horária dos enfermeiros é semelhante à da maioria dos trabalhadores brasileiros. No entanto, por ser uma categoria exposta a diversos riscos e necessitar de extrema atenção e habilidade, pelo fato de lidar com vidas, existe uma proposta de redução da carga horária da enfermagem para 30 horas, fato já conseguido por outros profissionais da saúde, como fisioterapeutas e assistentes sociais.

A Resolução do COFEN nº293/2004 regulamenta que, para a elaboração da escala mensal do pessoal de enfermagem, a carga horária deverá ser de 36 horas semanais para atividade assistencial e de 40 horas semanais para atividades administrativas. Além disso, tramita na Câmara Federal, há quase 15 anos, o Projeto de Lei nº 2.295/2000, que estabelece jornada máxima de 30 horas semanais para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Em relação ao vínculo empregatício, 76,3% eram cooperados, ou seja, sem vínculo, e 23,7% eram concursados. Tal dado revela a precarização das relações trabalhistas estabelecidas com enfermeiros no Ceará.

Em Cuiabá, apenas 1,3% dos entrevistados informou possuir vínculo estável, 40,5% afirmaram serem efetivos e que tiveram acesso ao cargo por meio de concurso público, e 58,2% dos declarantes, a grande maioria, informaram estarem submetidos aos contratos de trabalho temporário, o que equivale ao trabalho precário, ou seja, aqueles que exercem suas funções na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, estando, portanto, desprovidos de normas legais e sem a garantia dos benefícios que dão segurança ao trabalhador, tais como: aposentadoria, férias anuais, 13º salário e licenças remuneradas (CORRÊA et al., 2012).

Dentre enfermeiros intensivistas, predominaram profissionais com regime de trabalho pela CLT (58%), contrato estatutário (20%), concursados (21%) (VIANA et al., 2014). No Mato Grosso, observou-se que 28,37% dos profissionais eram funcionários públicos estatutários e 63,12%, com vínculo empregatício via contrato temporário. Revelando, portanto, a influência do contrato temporário nas instituições de saúde. Quanto ao vínculo empregatício, observou-se que 63,12% dos profissionais de enfermagem possuíam apenas contrato temporário com a instituição. A condição de estabilidade no trabalho garante

ao profissional certa despreocupação com o término do contrato e com o desemprego (FRANCA et al., 2012). Em hospital universitário, 54,4% eram funcionários públicos, 21,1% eram celetistas, 11,1% eram terceirizados e 13,3% possuíam outro tipo de vínculo (LIMA et al., 2013).

Quanto à renda individual bruta, a média encontrada foi de R\$ 4458,51 (\pm dp) e a média da renda familiar foi de R\$ 8410,11 (\pm 5070,78), equivalendo respectivamente a 6,15 e 11,61 salários mínimos, considerando o valor de R\$ 724,00, vigente em 2014. Em 2001, para técnicos de enfermagem e enfermeiros, a renda familiar mensal foi de cinco a 10 salários mínimos, revelando equiparação entre o técnico de enfermagem, menos qualificado, e o enfermeiro, em comparação com a pesquisa atual (PEREIRA; FÁVERO, 2001). Já, em 2009, em estudo realizado em dois hospitais públicos e dois privados, localizados na cidade de São Paulo, a média da remuneração do enfermeiro foi de R\$ 2.159,40 (\pm R\$ 679,20), correspondendo a 4,64 salários mínimos, para o valor vigente de R\$ 465, revelando um aumento em comparação com o estudo atual (KIMURA; CARANDINA, 2009).

No entanto, é necessário maior número de pesquisas para a análise da evolução salarial do enfermeiro, visto que variáveis como estado de lotação, carga horária, vínculo empregatício e esfera de contratação podem interferir nesse valor. Revela-se uma escassez em pesquisas sobre esse dado, até mesmo nas que trazem o perfil de trabalhadores de enfermagem, revelando negligência dos pesquisadores sobre uma variável que tem importância na motivação e na qualidade de vida dos enfermeiros (NEVES et al., 2010). Em editais de concursos, percebe-se declínio nos salários bases dos enfermeiros, chegando, por vezes, a R\$ 1.200,00 por 40 horas semanais. A remuneração da cooperativa, no Ceará, no entanto, teve um aumento nos últimos anos, após 10 anos sem reajustes.

O IBGE informou que o rendimento médio real habitual dos trabalhadores foi estimado no mês de dezembro de 2014 em R\$ 2.122,10. Para trabalhadores da educação, saúde, serviços sociais, administração pública, defesa e seguridade social, o rendimento médio real habitual em dezembro de 2014 foi de R\$ 2.898,80. A renda individual média dos enfermeiros, portanto, está acima de outras categorias que compõem os setores básicos de investimento. No entanto, pesquisas que correlacionem a renda com a carga horária e a titulação são necessárias para avaliar a remuneração dessas diferentes categorias profissionais.

5.2 Qualidade de vida e *Coping* Ocupacional de enfermeiros

Serão apresentados os dados referentes aos domínios do WHOQOL-*bref*, aos fatores da Escala de *Coping* Ocupacional e a correlação entre ambos.

Tabela 3- Comparação das médias dos domínios do WHOQOL-*bref*

	n	Média	Desvio padrão
QV	190	63,36	11,53
Domínio físico	190	65,88	14,45
Domínio psicológico	190	66,69	14,28
Domínio relações sociais	190	67,46	16,29
Domínio meio ambiente	190	57,12	12,76

Fonte: Dados da pesquisa.

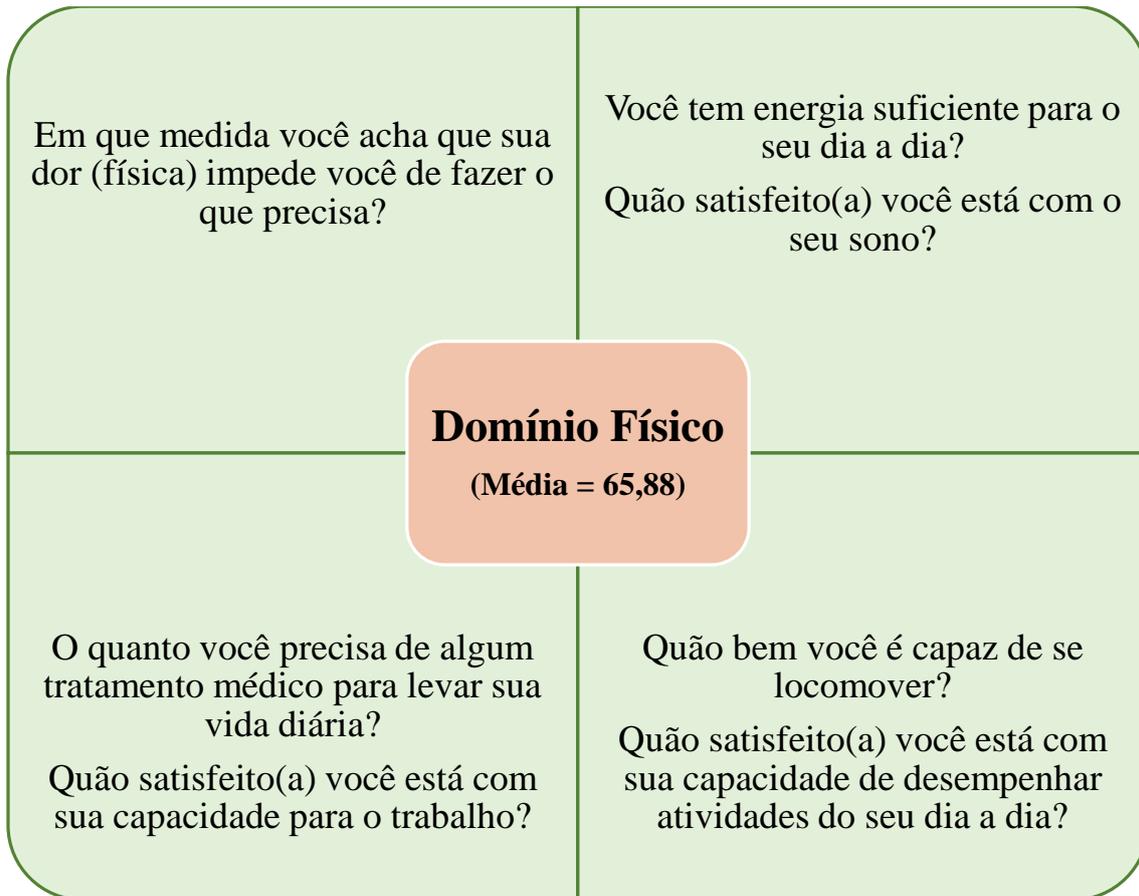
Aplicando-se o teste de Tukey para as comparações múltiplas, observou-se que a média de QV diferiu do domínio relações sociais ($p=0,035$) e do domínio meio ambiente, e domínio meio ambiente diferiu dos outros três domínios ($p<0,0001$). A média do domínio relações sociais foi a maior encontrada (67,46), seguida do domínio psicológico (66,69), domínio físico (65,88) e por último o domínio meio ambiente (57,12).

Em outra pesquisa, com enfermeiras chilenas, com utilização do WHOQOL-*bref*, os resultados indicaram que o domínio relações sociais foi o mais bem percebido por estas enfermeiras e o pior era o físico. A qualidade de vida global foi catalogada como boa e a qualidade de vida em saúde foi percebida como dentro dos padrões (BARRIENTOS; SUAZO, 2007). Para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), utilizando-se o WHOQOL-100, as médias menores foram obtidas nos domínios psicológico (15,4), ambiente (14,2) e físico (14,1) (FERNANDES et al., 2010).

Em hospital universitário, na avaliação dos domínios, o domínio físico se sobressaiu com maior média, de $73,05 \pm 15,05$, e o domínio meio ambiente com a menor média, $63,12 \pm 12,65$. Os domínios relações sociais ($71,37 \pm 15,36$) e psicológico ($71,62 \pm 13,16$) apresentaram médias de valores próximos (LIMA et al., 2013b).

Outro estudo com a equipe de enfermagem verificou que o domínio físico teve média de 54,7; o psicológico de 62,3; relações sociais de 66,3; e meio ambiente 53,8(15), sendo menores do que as médias encontradas no presente estudo (RIOS; BARBOSA; BELASCO, 2010). Para profissionais da saúde que trabalhavam em centro cirúrgico, o domínio físico apresentou média de 77,21, o domínio psicológico, de 72,03, o domínio relações sociais, de 71,43 e o domínio meio ambiente, de 65,03 (STUMM et al., 2013).

Figura 1- Média e descrição das perguntas realizadas sobre o domínio físico



Fonte: Adaptado de WHOQOL-bref (2008).

O domínio físico aborda perguntas: Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa? Você tem energia suficiente para o seu dia a dia? Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? Quão bem você é capaz de se locomover? Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia? O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Esse domínio mostrou divergências entre as publicações, como citado acima, para alguns estudos sendo o melhor domínio e para outros, o pior. Na atuação profissional do enfermeiro, dor física e distúrbios relacionados ao sono são frequentes. Os sintomas físicos que os trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornadas desenvolveram foram: tensão muscular moderada, taquicardia leve, hiperatividade leve, além de náuseas em escala moderada, entre outros (LIMA et al., 2013a). Pesquisas nacionais e internacionais revelam que, devido a características inerentes da profissão, bem como as condições de trabalho, a equipe de enfermagem apresenta alta probabilidade de desenvolver lombalgia, chegando até

80% dos profissionais. Em Portugal, apresentaram prevalência de lombalgia de 78,6% nos últimos 12 meses, referente ao ano de 2011. No Brasil, a prevalência desse distúrbio varia entre 43 e 93% (BORGES; KUREBAYASHI; SILVA, 2014).

Em Porto Alegre, no hospital universitário, estudo demonstrou que 88% dos enfermeiros possuíam boa ou ótima capacidade para o trabalho. Não foram constatados casos de baixa capacidade para o trabalho (HILLESHEIN; LAUTERT, 2012). Já, em nos demais hospitais do SUS na mesma região, a capacidade para o trabalho foi moderada (28-36 pontos) para 51,4% dos enfermeiros e boa (37-43 pontos) para 47,4% (NEGELISKII; LAUTERT, 2011).

Em revisão integrativa, foi possível revelar distúrbios do sono em trabalhadores de enfermagem, como insônia e/ou sonolência durante o dia, especialmente em trabalhadores do período noturno (COELHO et al., 2014).

Figura 2- Média e descrição das perguntas realizadas sobre o domínio psicológico



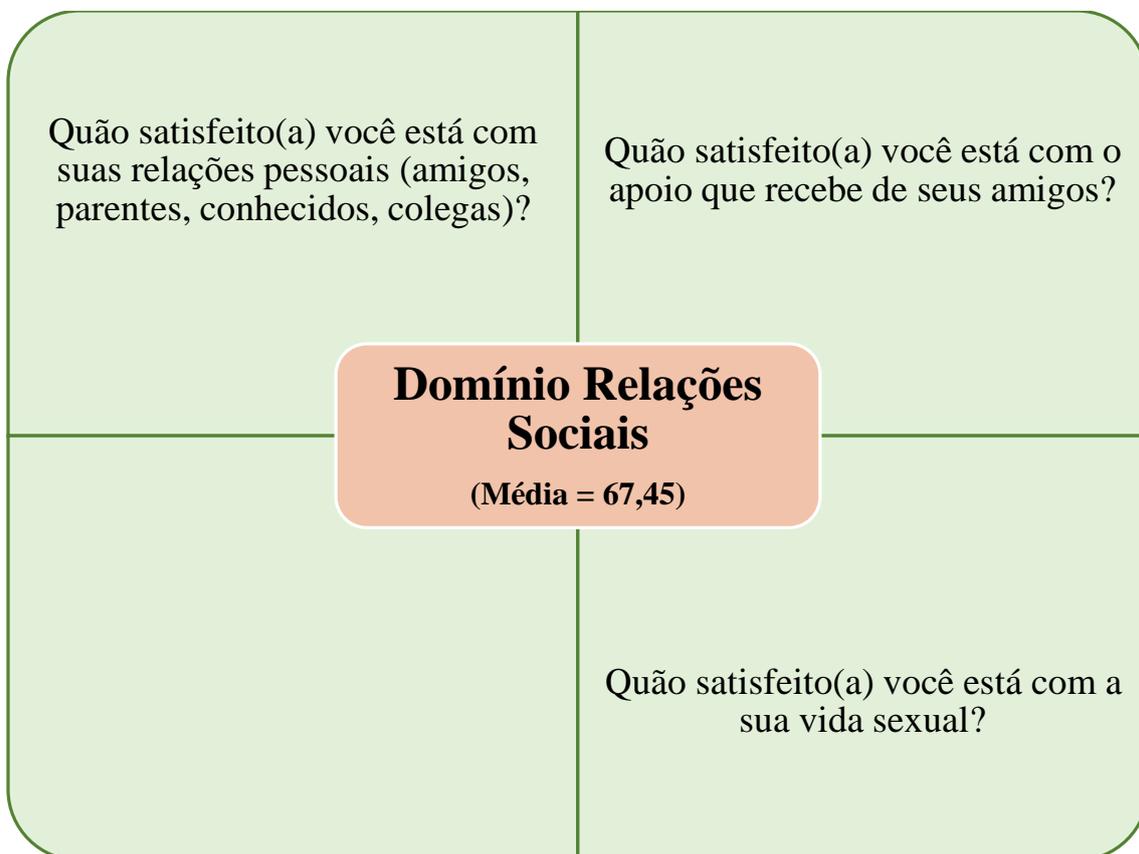
Fonte: Adaptado de WHOQOL-bref (2008).

O domínio psicológico indaga: O quanto você aproveita a vida? O quanto você consegue se concentrar? Quão satisfeito você está consigo mesmo? Você é capaz de aceitar sua aparência física? Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau

humor, desespero, ansiedade, depressão? Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Em João Pessoa, em pesquisa realizada com enfermeiros e médicos, observou-se que, dos indivíduos com depressão (n=30), 66,67% eram enfermeiros, o que mostra que a prevalência de sintomatologia depressiva é mais acentuada entre os profissionais da enfermagem do que entre os médicos. Essa prevalência também foi constatada em indivíduos do sexo feminino (80%), com idades entre 20 e 30 anos (50%), com filhos (63,33%) e de religião católica (63,33%). No que concerne às atividades profissionais, a maioria tinha três ou quatro empregos (56,67%) e trabalhava nos três turnos (80%) (BARBOSA, 2012).

Figura 3- Média e descrição das perguntas realizadas sobre o domínio relações sociais

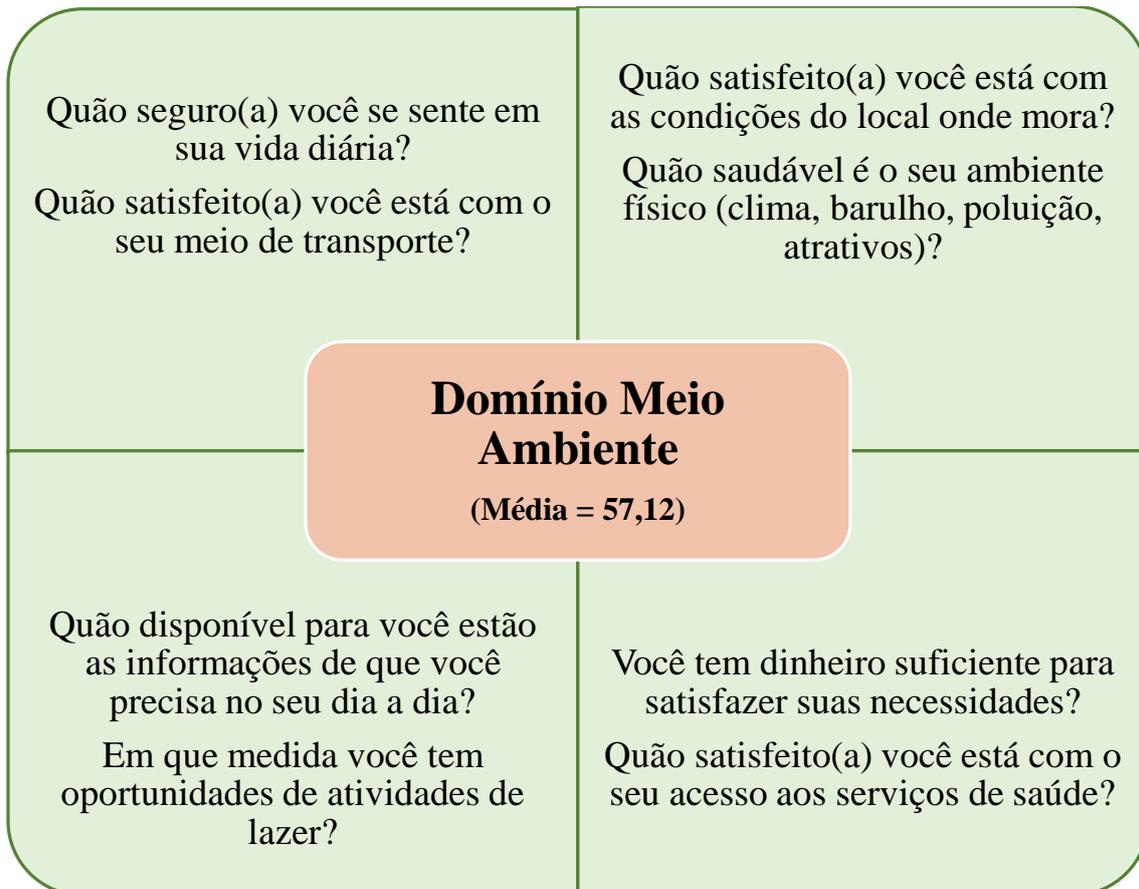


Fonte: Adaptado de WHOQOL-bref (2008).

O domínio relações sociais pergunta: Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Pesquisas pouco abordam relações sociais dos enfermeiros.

Figura 4- Média e descrição das perguntas realizadas sobre o domínio meio ambiente



Fonte: Adaptado de WHOQOL-bref (2008).

O domínio meio ambiente trata das seguintes questões: Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia a dia? Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer? Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Em revisão integrativa, constatou-se que ocorre uma diminuição da QV dos profissionais que atuam em unidade hospitalar devido a estarem expostos a riscos eminentes da profissão, sendo indicado avaliar modificações através de uma abordagem multidisciplinar na identificação e monitorização de agentes estressores, proporcionar ambiente de trabalho seguro, com riscos reduzidos, e motivar a equipe, o que é extremamente importante para estes trabalhadores, pois um dos principais problemas de saúde destes está relacionado ao ambiente insalubre e estressante (SANTANA, 2014).

Tabela 4- Comparação das médias dos fatores da ECO

	n	Média	Desvio padrão
Fator controle	190	72,76	12,50
Fator esquiva	190	60,44	13,25
Fator manejo dos sintomas	190	38,73	17,60

Fonte: Dados da pesquisa.

As médias de *coping* encontradas foram 72,76 ($\pm 12,5$) para o fator controle, 60,44 ($\pm 13,25$) para o fator esquiva e 38,73 ($\pm 17,60$) para o fator manejo dos sintomas.

Nesta população estudada, o *coping* focado no problema foi o mais utilizado, focalizado na resolução de problema. Utilizou-se também o *coping* baseado na emoção, essencialmente a reavaliação positiva, onde o indivíduo tenta reestruturar o acontecimento, com o intuito de encontrar alguns aspectos mais favoráveis, fala coisas a si próprio com a intenção de amenizar a gravidade da situação e concentra-se nos aspectos positivos da situação, como forma de amenizar a carga emotiva do acontecimento. Alguns autores referem que certos tipos de *coping* são mais úteis do que outros, enfatizando que o focado no problema pode levar à redução do estresse.

O enfrentamento do estresse tem sido foco de atenção e instrumentos têm sido desenvolvidos no sentido de avaliar como as pessoas lidam com dificuldades, ou circunstâncias estressantes, na vida. Nesse contexto, emerge o *coping* como uma resposta mais elaborada, adaptativa, flexível e consciente a um dado elemento estressor. O conceito de *coping* difere do conceito de mecanismo de defesa em situações de estresse, pois as respostas obtidas através desse mecanismo são classificadas como rígidas, inadequadas em relação à realidade externa, podendo ser provenientes de questões do passado e de elementos do inconsciente. Por outro lado, uma resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um estressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos e essa resposta seria orientada para tentar reduzir o estresse (FOLKMAN; LAZARUS, 1980; RODRIGUES; CHAVES, 2008).

O tratamento de auriculoterapia foi positivo para diminuição dos níveis de estresse na equipe de enfermagem, com melhores resultados para agulhas semipermanentes do que para sementes. Houve diminuição da utilização dos domínios afastamento, confronto e suporte social para os grupos de intervenção após o tratamento, sugerindo que a auriculoterapia tanto com agulhas quanto com sementes pode produzir impacto positivo para melhorar a estratégia de *coping* na equipe de enfermagem (KUREBAYASHI et al., 2012)

No que diz respeito ao tipo de estratégias de *coping*, as mais utilizadas pelos enfermeiros foram o planejamento, o *coping* ativo, a aceitação, a autodistração e a reinterpretação positiva. A estratégia menos utilizada pelos enfermeiros foi o uso de substâncias. O planejamento e o *coping* ativo são estratégias de *coping* que visam essencialmente resolver o acontecimento/situação estressora. A aceitação, a autodistração e a reinterpretação positiva são estratégias de *coping* focadas na emoção. O indivíduo utiliza esse tipo de *coping*, quando concentra esforços em si mesmo, com o intuito de alterar a sua compreensão sobre o estressor e reduzir o mal-estar provocado. O recurso à autodistração é frequentemente expresso no envolvimento em atividades com o intuito de evitar o evento estressor. A reinterpretação positiva, que se encontra relacionada à tentativa de o indivíduo reestruturar o acontecimento estressor, tendo por objetivo encontrar aspectos mais favoráveis que permitam o seu crescimento pessoal ou profissional, foi também identificada num estudo. (GOMES; SANTOS; CAROLINO, 2013).

Dessa maneira, o *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema por amenizar a tensão e, similarmente, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional.

Em unidade hemato-oncológica, quanto às estratégias de *coping*, se teve prevalência para o fator controle ($3,66 \pm 0,42$), ou seja, foi o mais utilizado pelos enfermeiros para o enfrentamento do estresse, fator esquivia ($2,29 \pm 0,69$), fator manejo dos sintomas ($2,31 \pm 0,58$) (UMANN, 2014).

Partindo-se do princípio de que o enfrentamento é considerado uma ação intencional, física ou mental, que tem início em resposta a um estressor percebido e é dirigido para circunstâncias externas ou estados internos, é possível afirmar que os problemas no ambiente de trabalho foram reconhecidos pelos enfermeiros deste estudo, bem como as repercussões destes na sua saúde e bem-estar. Assim, a possibilidade de agir ativamente frente aos problemas identificados é benéfica para a avaliação do estresse e direcionada as causas principais de desgaste no trabalho.

Segundo o modelo interacionista cognitivo de Lazarus e Folkman (1984), tem-se, neste estudo, predominância de estratégias focadas no problema, uma vez que foram constatadas atitudes positivas e efetivas para a resolução dos problemas no ambiente laboral. Supõe-se a utilização desta estratégia como benéfica, uma vez que, para estes indivíduos, existe a possibilidade de intervenção sobre o estressor no ambiente ocupacional no intuito de mantê-lo no limite que estas pessoas são capazes de suportar.

Tabela 5- Análise de correlação linear entre WHOQOL-*bref* e ECO

	Escala de <i>Coping</i> Ocupacional					
	Fator controle		Fator esquiva		Fator manejo dos sintomas	
	r	p	r	p	r	p
QV	0,181	0,013	0,916	0,0001	0,284	0,0001
Domínio físico	0,174	0,017	0,838	0,0001	0,234	0,001
Domínio psicológico	0,160	0,027	0,752	0,0001	0,269	0,0001
Domínio relações Sociais	0,084	0,249	0,622	0,0001	0,118	0,105
Domínio meio ambiente	0,143	0,049	0,726	0,0001	0,256	0,0001

Fonte: Dados da pesquisa.

A análise da correlação linear identificou que existe correlação positiva entre os fatores de *coping* e a QV, com forte correlação para o fator esquiva ($p=0,0001$, $r=0,916$). O fator controle apresenta correlação com o domínio físico ($p=0,017$, $r=0,174$), psicológico ($p=0,027$, $r=0,160$) e meio ambiente ($p=0,049$, $r=0,143$). O fator esquiva obteve forte correlação com o domínio físico ($p=0,0001$, $r=0,838$), seguido do psicológico ($p=0,0001$, $r=0,752$), meio ambiente ($p=0,0001$, $r=0,726$), relações sociais ($p=0,001$, $r=0,622$). O fator manejo dos sintomas apresenta correlação com o domínio psicológico ($p=0,0001$, $r=0,269$), meio ambiente ($p=0,0001$, $r=0,256$), domínio físico ($p=0,001$, $r=0,234$), relações sociais ($p=0,105$, $r=0,118$). Em suma, existe forte relação entre a adoção de estratégias voltadas ao controle e às relações sociais. E o fator esquiva tem menor relação com as relações sociais.

O *coping* centrado no problema, portanto, foi o mais adotado por enfermeiros com melhores resultados nas relações sociais. Isso explica-se pelo fato de nas relações sociais os enfermeiros encontrarem maior apoio para a resolução de problemas. O fato preocupante e passível de intervenções é que o domínio meio ambiente apresenta a menor correlação com o fator controle e correlação alta para o fator esquiva, sendo necessárias intervenções. Da mesma maneira, os domínios físico e psicológico também necessitam de intervenções para a melhora do *coping*. Todos os domínios apresentaram fraca correlação com o fator manejo dos sintomas.

Em enfermeiros atuantes em unidades de oncologia foram constatadas estratégias como foco na emoção, essencialmente a reavaliação positiva, visto que lidar com a impossibilidade terapêutica e a morte recorrente dos pacientes foram descritos como os principais estressores por estes profissionais (RODRIGUES; CHAVES, 2008).

Em oposição aos resultados aqui apresentados, a simultaneidade dos focos problema e emoção foi apontada por autores que avaliaram as estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem em pronto atendimento e revelaram a opção destes trabalhadores por estratégias de evitamento, como adiar e bloquear emoções, e de confronto, que incluem ações como buscar informações, falar sobre o assunto e negociar alternativas (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008)

Constata-se que essa alternância entre controlar e ser controlado pode ocasionar mudança de atitude e adoção de estratégias diferentes frente a situações diversas postas no ambiente de trabalho, justificando a utilização de estratégias de *coping* simultâneas e conjuntas.

Dentre os trabalhadores de saúde colombianos, ser enfermeiro, pertencer ao sexo feminino e ter menor idade são preditores significativos para o aumento na utilização de todas as estratégias de enfrentamento, especialmente a focalização na solução de problemas e a reavaliação positiva (CONTRERAS; JUARÉZ; MURRAIN, 2008).

Mesmo que não tenham sido estabelecidas correlações entre as variáveis como tempo de formação e de experiência profissional, realização de pós-graduações e vínculo empregatício, considera-se que estas podem interferir na opção e utilização de estratégias de *coping*. Assim, quanto maior o tempo de formado e experiência profissional, aliados à busca de aprimoramentos e especializações, acredita-se que estes profissionais podem apresentar maior segurança técnica e, conseqüentemente, facilidade no controle de situações, principalmente aquelas decorrentes da instabilidade característica da assistência a pacientes críticos.

5.3 Comparação das variáveis para enfermeiros com vínculo e sem vínculo empregatício

Em relação as variáveis já apresentadas, neste tópico serão comparadas em relação ao vínculo empregatício.

Tabela 6- Comparação do sexo segundo o vínculo empregatício

Sexo	Concursado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	42	93,3	129	89,0	171	90,0
Masculino	3	6,7	16	11,0	19	10,0
Total	45	100	145	100	190	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,295$.

Pode-se observar que, da mesma forma que na população geral, entre concursados e cooperados, a maioria é constituída de pessoas do sexo feminino (93,3% e 89%), estando os homens em menor quantidade, 6,7% concursados e 11% cooperados. Não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p>0,05$).

Tabela 7- Distribuição da faixa etária segundo o vínculo empregatício

Faixa etária	Concursado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
23-29	1	2,2	67	46,2	68	35,8
30-39	8	17,8	58	40,0	66	34,7
40-66	36	80,0	20	13,8	56	29,5
Total	45	100,0	145	100,0	190	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,000$.

Em relação à faixa etária, observa-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p<0,05$), sendo o grupo de cooperados mais jovens, estando 46,2% na faixa etária de 23-29 anos, 40% na faixa de 30-39 anos e apenas 13,8 entre 40 e 66 anos. Para os concursados, apenas 2,2% pertenciam à faixa de 23-39 anos, 17,8% estavam entre 30 e 39 anos e a maioria, 80%, tinha entre 40 e 66 anos. Tal achado explica-se pelo fato de o último concurso realizado pelo estado para o hospital ter sido em 2006 e os candidatos serem convocados apenas em 2011.

Observa-se que não foi encontrado na amostra nenhum enfermeiro com mais de 66 anos, o que pode ser explicado pela grande exigência física e mental da profissão na assistência hospitalar. O fato de a maioria dos concursados pertencerem a uma idade mais próxima da aposentadoria revela a possibilidade da ausência de vínculo no futuro, pois, se novos concursos não forem abertos, os enfermeiros empregados do maior hospital do estado não terão vínculo empregatício com a instituição.

Tabela 8- Distribuição do tempo de atuação na enfermagem segundo o vínculo empregatício

Tempo de atuação na enfermagem	Concursado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
1-2	0	0,0	46	31,7	46	24,2
3-4	2	4,4	49	33,8	51	26,8
5-10	4	8,9	38	26,2	42	22,1
11-20	8	17,8	10	6,9	18	9,5
21-38	31	68,9	2	1,4	33	17,4
Total	45	100	145	100	190	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,000$.

Em relação ao tempo de atuação na enfermagem, observa-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$). Nenhum concursado tinha menos de três anos de atuação, 4,4% tinham de 3 a 4 anos, 8,9% tinham de 5 a 10, 17,8% tinham de 11 a 20 e 68,9% tinham de 21 a 38 anos. Dentre os cooperados, 24,2% tinham de um a dois anos de atuação, 26,8% possuíam de três a quatro, 22,1% tinham de cinco a 10, 9,5% tinham de 11 a 20 e 17,4% tinham de 21 a 38 anos de atuação na enfermagem. O grupo de concursados detinha grande experiência, isso pode ser influenciado pela idade desse estrato ser maior e pelo meio de entrada no serviço público, há alguns anos, ser majoritariamente pelo concurso público.

Uma porcentagem considerável de cooperados tinha de 21 a 38 anos de experiência, contradizendo o esperado de que uma mão de obra experiente possui estabilidade, além do que as cooperativas de enfermagem no Ceará existem há aproximadamente 15 anos. Contudo, isso pode estar associado aos vários empregos assumidos pelos enfermeiros, já que existem enfermeiros que são concursados em municípios e atuam pela cooperativa como complementação de renda ou ainda técnicos de enfermagem que, agora graduados, encontram na cooperativa a oportunidade de atuarem como enfermeiros.

Tabela 9- Titulação segundo o vínculo empregatício

Titulação	Concursado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Graduação	4	8,9	51	35,2	55	28,9
Especialização	33	73,3	82	56,6	115	60,5
Mestrado	8	17,8	12	8,3	20	10,5
Doutorado	0	0	0	0	0	0
Total	45	100	145	100	190	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,002$.

Em relação à titulação, observa-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,05$). Dentre os concursados, 8,9% tinham apenas graduação, 73,3% tinham especialização, 17,8% tinham mestrado e nenhum tinha doutorado. Dentre os cooperados, 35,2% tinham apenas graduação, 56,6% tinham especialização, 8,3% tinham mestrado e nenhum tinha doutorado. Observa-se, portanto, uma maior qualificação profissional dos concursados. A própria seleção por concurso público geralmente pontua a titulação, além de existirem incentivos como o plano de cargos e carreiras e liberação para estudo,

diferentemente da cooperativa, que não adiciona financeiramente aos profissionais por titulação, não utiliza isso como critério para emprego e jamais oferece liberação para estudo.

Tabela 10- Distribuição da renda individual segundo o vínculo empregatício

Renda individual (R\$)	Concursado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
1200-1500	8	18,2	23	15,9	31	16,4
2501-3000	2	4,5	28	19,3	30	15,9
3001-4500	10	22,7	57	39,3	67	35,4
4501-6000	12	27,3	29	20,0	41	21,7
6001- 8000	12	27,3	8	5,5	20	10,6
Total	44	100	145	100	189	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,000$.

Em relação à renda individual, observa-se diferença estatisticamente significante entre os grupos ($p<0,05$). Para os concursados, 18,2% possuíam renda de R\$1200,00 a R\$ 1500,00; 4,5% de R\$ 2501,00 a R\$ 3000,00; 22,7% de R\$ 3001,00 a R\$ 4500,00; 27,3% de R\$ 4501,00 a R\$ 6000,00 e 27,3% de R\$ 6001,00 a R\$ 8000,00. Para os cooperados, 15,9% recebiam de R\$ 1200,00 a R\$ 1500,00; 19,3% de R\$ 2501,00 a R\$ 3000,00; 39,3% de R\$ 3001,00 a R\$ 4500,00; 20,0% de R\$ 4501,00 a R\$ 6000,00 e 5,5% de R\$ 6001,00 a R\$ 8000,00. Dessa maneira, 54,6% dos concursados possuíam a remuneração de R\$ 4501,00 a R\$ 8000,00, enquanto que apenas 25,5% dos cooperados recebiam esse valor.

Atualmente, não existe um piso salarial para a Enfermagem. A pesquisa salarial do site de empregos Catho indica que um enfermeiro ganha entre R\$ 1.442,00 e R\$ 4.440,00, com média salarial nacional de R\$ 2.747,97. Em 2014, foi aprovado na Assembleia Legislativa do Ceará o Projeto de Indicação nº 39/14, de autoria da deputada Mirian Sobreira, que determina a remuneração do enfermeiro equivalente a 10 salários mínimos (R\$ 724 em abril deste ano), ou seja, R\$ 7.240,00. Para entrar em vigor, o Projeto de Indicação precisa ainda ser sancionado pelo governo do estado. No entanto, essa realidade parece um sonho para os profissionais, pois não chega perto da realidade.

Tabela 11- Distribuição da renda familiar segundo o vínculo empregatício

Renda familiar (R\$)	Concursado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
2000-4000	4	9,3	26	18,6	30	16,4
4001-6000	13	30,2	34	24,3	47	25,7
6001-8000	7	16,3	30	21,4	37	20,2
8001-10000	6	14,0	21	15,0	27	14,8
10001-30000	13	30,2	29	20,7	42	23,0
Total	43	100	140	100	183	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,415$

Em relação à renda familiar, não existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p>0,05$). Para os concursados, 9,3% recebiam de R\$ 2000,00 a R\$ 4000,00; 30,2% de R\$ 4001,00 a R\$ 6000,00; 16,3% de R\$ 6001,00 a R\$ 8000,00; 14% de R\$ 8001,00 a R\$ 10000,00; 30,2% de R\$ 10001,00 a R\$ 30000,00. Para os cooperados, 18,6% tinham de 2000-4000, 24,3% de 4001-6000, 21,4% de 6001-800, 15,0% de 8001-10000, 20,7% de 10.001 a 30.000. Portanto, concursados e cooperados possuíam a mesma renda familiar.

Tabela 12- Carga horária semanal segundo o vínculo empregatício

Carga horária semanal	Concursado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
20-39	19	42,2	34	23,4	53	27,9
40-59	16	35,6	68	46,9	84	44,2
60-96	10	22,2	43	29,7	53	27,9
Total	45	100	145	100	190	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,049$.

Em relação à carga horária semanal, existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p<0,05$). A carga horária de 20 a 39 horas era executada por 42,2% dos concursados e 23,4% dos cooperados. Já a de 40 a 59 horas era assumida por 35,6% concursados e 46,9% cooperados e a de 60 a 96 horas, por 22,2% dos concursados e 29,7% dos cooperados. Ou seja, cooperados trabalhavam maior tempo, o que é completamente esperado, visto que ganham menos e recebem por hora trabalhada.

Em Cuiabá, observou-se a predominância de trabalhadores que possuíam vínculo formal com a instituição, representados pelos estáveis, por tempo de serviço, e efetivos, que tiveram acesso ao cargo pela via do concurso público, com 74,1% (208). Porém, identificou-se ainda a coexistência de trabalhadores de enfermagem submetidos à condição de trabalho precário, com 25,9% (73). Evidencia-se uma política discriminatória e excludente,

considerando os aspectos relativos à diferenciação da jornada de trabalho de um mesmo grupo profissional, justificada apenas pela natureza do vínculo, indo de encontro à luta histórica da categoria de enfermagem pela regulamentação da sua jornada de trabalho (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

Tabela 13- Tempo de atuação hospitalar segundo o vínculo empregatício

Tempo de atuação hospitalar	Concurado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
1-2	0	0	50	34,5	50	26,3
3-4	7	15,6	43	29,7	50	26,3
5-10	3	6,7	43	29,7	50	24,2
11-20	6	13,3	8	5,5	14	7,4
21-38	29	64,4	1	0,7	30	15,8
Total	45	100	145	100	190	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,000$.

Em relação ao tempo de atuação hospitalar, para os concursados, nenhum tinha de um a dois anos, 15,6% tinham de 3 a 4 anos, 6,7% tinham de 5 a 10, 13,3% tinham de 11 a 20 e 64,4% tinham de 21 a 60. Para os cooperados, 34,5% tinham de um a dois anos, 29,7% tinham de 3 a 4, 29,7% tinham 5 a 10, 5,5% tinham 11 a 20 e 0,7% tinham de 21 a 38. Da mesma maneira que o tempo de atuação na enfermagem era menor para cooperados, a maioria deles também atuava havia menos tempo no ambiente hospitalar. Existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p<0,05$).

Tabela 14- Unidade de atuação segundo o vínculo empregatício

Unidade de atuação	Concurado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Crítica	17	37,8	81	55,9	98	51,6
Não crítica	28	62,2	64	44,1	92	48,4
Total	45	100	145	100	190	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,025$.

Em relação à unidade de atuação, 37,8% dos concursados e 55,9% dos cooperados atuavam em unidade crítica e 62,2% dos concursados e 44,1% dos cooperados atuavam em unidades não críticas, com diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$). Isso pode ser explicado pelas prioridades para promoções e transferências serem, geralmente, por antiguidade, permitindo, a migração dos concursados para as chefias e setores administrativos.

Tabela 15- Turno segundo o vínculo empregatício

Turno	Concursado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Manhã	7	15,6	18	12,4	25	13,2
Tarde	3	6,7	27	18,6	30	15,8
Manhã e tarde	15	33,3	42	29,0	57	30,0
Noite	11	24,4	42	29,0	53	27,9
Misto: manhã, tarde ou noite	9	20,0	16	11,0	25	13,2
Total	45	100	145	100	190	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: $p=0,204$.

Em relação ao vínculo empregatício, os enfermeiros concursados trabalhavam 15,6% pela manhã, 6,7% à tarde, 33,3% pela manhã e à tarde, 24,4% à noite e 20% em escala mista. Os enfermeiros cooperados exercem exerciam atividades 12,4% durante de manhã, 18,6% à tarde, 29,0% de manhã e à tarde, 29,0% à noite e 11% em escala mista. Não houve diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$), isso explica-se porque a pesquisa foi realizada em todos os turnos e dias da semana.

Tabela 16- Qualidade de vida de enfermeiros concursados e cooperados

QV	Concursado		Cooperado		Total	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0	0	0	0	0
2	1	2,2	6	4,1	7	3,7
3	8	17,8	54	37,2	62	32,6
4	30	66,7	76	52,4	106	55,8
5	6	13,3	9	6,2	15	7,9
Total	45	100	145	100	190	100

Fonte: dados da pesquisa.

*Qui-quadrado teste: $p=0,044$.

A resposta 1 (nada, muito ruim, muito insatisfeito) não foi citada por nenhum profissional, a 2 (ruim, insatisfeito, muito pouco) e a 3 (nem ruim nem boa, nem satisfeito nem insatisfeito, médio, mais ou menos) tiveram predomínio entre concursados, a 4 (bom, satisfeito, boa, bastante, muito) e a 5 (muito bom, muito satisfeito, completamente) foram

maiores para concursados. Existe significância estatística ($p < 0,05$), revelando que concursados possuíam respostas mais positivas em relação à qualidade de vida.

Tabela 17- Consolidação dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do questionário WHOQOL-*bref* para enfermeiros concursados e cooperados

	Físico ^a		Psicológico ^b		Relações sociais ^c		Meio ambiente ^d									
	Concursado		Cooperado		Concursado		Cooperado									
	n	%	n	%	n	%	n	%								
Domínios																
respostas																
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,7	0	0	1	0,7
2	3	6,7	7	4,8	3	6,7	7	4,8	0	0	6	4,1	1	2,2	13	9,0
3	6	13,3	42	29,0	11	24,4	41	28,3	12	26,7	44	30,3	17	37,8	83	57,2
4	27	60,0	75	51,7	23	51,1	77	53,1	25	55,6	65	44,8	24	53,3	44	30,3
5	9	20,0	21	14,5	8	17,8	20	13,8	8	17,8	29	20,0	3	6,7	4	2,8
Total	45	100	145	100	45	145	145	100	45	100	145	100	45	100	145	100

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: a) $p = 0,20$; b) $p = 0,849$; c) $p = 0,304$; d) $p = 0,019$.

Na Tabela 17 são demonstradas em números absolutos e suas respectivas porcentagens as respostas dos sujeitos da pesquisa para as questões relativas aos domínios. Quando analisamos o domínio físico em relação ao grupo, observamos que há significância estatística. Há predominância de respostas 3 e 4 para concursados e respostas 4 e 5 para cooperados. Para o domínio psicológico, existe predominância das respostas 3 e 4 para ambos os grupos. No domínio relações sociais, também sobressaem as repostas 3 e 4 para concursados e cooperados, assim como no domínio meio ambiente.

Tabela 18- Consolidação dos fatores controle, manejo dos sintomas e esquiva da ECO para enfermeiros concursados e cooperados

	Controle ^a				Esquiva ^b				Manejo dos sintomas ^c					
	Concursado		Cooperado		Concursado		Cooperado		Concursado		Cooperado			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%		
Respostas														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	2,2	1	0,7	3	6,7	10	6,9	5	11,1	24	16,6		
3	4	8,9	19	13,1	10	22,2	64	44,1	22	48,9	56	38,6		
4	26	57,8	90	62,1	26	57,8	62	42,8	15	33,3	45	31,0		
5	14	31,1	35	24,1	6	13,3	9	6,2	3	6,7	19	13,1		
Total	45	100	145	100	45	100	145	100	45	100	145	100		

Fonte: Dados da pesquisa

*Qui-quadrado teste: a) $p = 0,590$, b) $p = 0,044$, c) $p = 0,534$.

Existe significância estatística apenas para o fator esquivia, indicando 80% das respostas 3 e 4 para concursados e 86,9% para cooperados. Dessa maneira, ambos os profissionais possuem as mesmas respostas de *coping*, exceto para o fator esquivia, sendo levemente maior para cooperados.

Deve-se alertar para o risco de sofrimentos mentais entre enfermeiros concursados e cooperados, visto que os primeiros apresentam estratégias de *coping* mais voltadas para a fuga e os segundo apresentam respostas mais negativas em relação à qualidade de vida. No Mato Grosso, observou-se que 40 (28,37%) profissionais eram funcionários públicos estatutários e 89 (63,12%) com vínculo empregatício via contrato temporário, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e Regime Estatutário. Constatou-se que os profissionais contratados eram os mais acometidos pela Síndrome de *Burnout* (FRANÇA et al., 2012). Isso explica-se pelo fato de que o trabalhador ser contratado tende a deixá-lo ansioso a cada término do contrato, buscando saber se haverá renovação ou não. O fato de ser contratado implica em preocupação por assegurar o emprego, para garantir seus compromissos financeiros e a sustentabilidade da família.

Tabela 19- Comparação da média de qualidade de vida para concursados e cooperados

	Concursados Média ± dp	Cooperados Média ± dp	p
QV	67,18 ± 11,00	62,1767 ± 11,47	0,011
Domínio Físico	70,08 ± 15,50	64,5813 ± 13,91	0,021
Domínio Psicológico	68,52 ± 15,30	66,1207 ± 13,95	0,326
Domínio Relações Sociais	70,56 ± 12,51	66,4943 ± 17,22	0,144
Domínio Meio Ambiente	62,36 ± 11,92	55,4057 ± 12,61	0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Existe diferença estatisticamente significativa para QV e domínios físico, meio ambiente. Dessa maneira, a qualidade de vida de concursados apresenta melhor média, com ênfase para os domínios físico e meio ambiente.

Tabela 20- Comparação das médias de *coping* para enfermeiros concursados e cooperados

	Concursados Média ± dp	Cooperados Média ± dp	p
Fator controle	73,88 ± 9,64	72,41 ± 12,19	0,491
Fator esquivia	65,92 ± 13,59	58,74 ± 12,71	0,001
Fator manejo dos sintomas	38,39 ± 16,35	38,83 ± 18,02	0,885

Fonte: Dados da pesquisa.

Existe diferença estatisticamente significativa apenas para o fator esquivia, sendo essa estratégia mais adotada pelos concursados. O regime estatutário, com estabilidade, pode ser um fator que permita essas ações sem risco de demissão, ou mesmo o tempo de serviço maior desses profissionais, que já utilizaram de todo o enfrentamento proativo sem ver resultados melhores, pode trazer a fuga como consequência.

Tem-se notícias de cooperativas desde o século XIX, mas, no Brasil, a partir dos anos de 1990, as cooperativas da área da saúde tiveram um grande crescimento nas regiões urbanas, sobretudo em função das crises financeiras e da retração no mercado formal. O profissional cooperado perde seus direitos trabalhistas, benefícios que levaram décadas para serem conquistados. Com as cooperativas perde-se o direito aos benefícios, além de extrapolarem muito as mínimas 12 por 36 horas, usualmente acordados. Frente a isso, há a precarização da assistência prestada, assim como o desgaste excessivo do trabalhador.

No Brasil, a emenda da reforma administrativa, que teve tem como objetivo alterar dispositivos da Constituição Federal referentes à Administração Pública e às relações de trabalho do servidor público com o Estado, determinou mudanças relativas ao regime jurídico único e a modificação das regras sobre a estabilidade no cargo público. A partir desse contexto permitir-se-ia a convivência de múltiplas formas de vínculos, o que inclui desde o estatutário (regime jurídico único), passando pelo celetista, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, até os vínculos temporários (contrato por tempo determinado) e terceirizados (CONGRESSO NACIONAL, 1998).

A precarização do trabalho é referida como o vínculo empregatício que se dá em condições incertas e imprevisíveis, nas quais seus riscos são assumidos principalmente pelo trabalhador e não pelo Estado, a quem compete, inclusive, regular e zelar pelas relações de trabalho, na perspectiva da proteção social (KALLEBERG, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Observa-se na literatura imprecisão conceitual do termo “trabalho precário”, podendo variar como sendo: uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social nas relações de trabalho; ou, decorrente de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores; ou ainda, como associada às condições de trabalho em determinados setores da economia que geram vulnerabilidades aos trabalhadores quando inseridos no mundo do trabalho nessas condições. O que os diferentes conceitos ou entendimentos guardam em comum é a condição de vulnerabilidade, quer do ponto de vista da garantia do direito à proteção social, quer no sentido da segurança e da estabilidade no trabalho (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida abrange todos os aspectos do cotidiano, sendo difícil conceituá-la, assim como associar um fator isolado a “falta de qualidade” ou “presença de qualidade”. Sem dúvidas, o ambiente de trabalho, envolvendo remuneração, relações multiprofissionais e relação com os clientes, tem grande influência na sua medida.

O *coping* ocupacional permite relacionar as demandas laborais e a resposta do indivíduo, fato que pode ter como causa e/ou consequência dessa resposta a qualidade de vida. Diante de todos agravantes que cercam o enfermeiro, optou-se pelo ambiente de maior atuação da Enfermagem, a área hospitalar, abrangendo grande quantitativo de profissionais, assim como a assistência durante 24 horas.

Neste estudo, avaliou-se a qualidade de vida e o *coping* ocupacional de enfermeiros que trabalhavam na mesma instituição, porém apresentavam diferença em relação ao vínculo empregatício. O uso de instrumentos validados internacionalmente permitiu constatar em que dimensões houve comprometimento.

O objetivo geral de comparar a qualidade de vida e o *coping* ocupacional dos enfermeiros de um hospital geral, com vínculo e sem vínculo empregatício, assim como os objetivos específicos de avaliar e correlacionar a qualidade de vida e o *coping* ocupacional dos enfermeiros foram alcançados.

Foi caracterizado o perfil dos profissionais de enfermagem, corroborando com dados existentes na literatura. Porém, comparando-se concursados e cooperados, veio à tona uma realidade conhecida para quem convive, mas pouco publicada.

As cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro. Podem ser formadas por vinte participantes no mínimo, denominados cooperados, que, ao ingressar, integralizam um capital em quotas. As cooperativas são uma modalidade de organização na qual os trabalhadores são, simultaneamente, sócios e prestadores de serviços.

A realidade, no entanto, traz a utilização de cooperativas como forma de precarização do trabalho, pois o profissional não tem os direitos assegurados pela CLT e ganha por hora trabalhada, além de não possuir nenhum vínculo com a instituição. Isso reflete na falta de incentivo a capacitações, na sobrecarga de trabalho e na grande rotatividade, causando prejuízos para a saúde do profissional e para a assistência prestada.

Os cooperados são mais jovens, com menor tempo de serviço, menor renda individual, menor titulação, maior carga horária semanal e atuam em maior quantidade em unidades críticas. Mais uma vez tem-se sinais de precarização do trabalho, pois observam-se menor remuneração e maior carga horária para esses profissionais.

A qualidade de vida avaliada pelos enfermeiros foi semelhante à encontrada em outros estudos, sendo a média do domínio relações sociais a maior (67,46), seguida do domínio psicológico (66,69), domínio físico (65,88) e por último o domínio meio ambiente (57,12). Justifica-se que os domínios de menores médias envolvem fatores como dinheiro, informações, oportunidades de atividades de lazer, ambiente físico, dor, energia, sono, capacidade para o trabalho, aspectos da qualidade de vida que têm total relação com o trabalho do enfermeiro hospitalar.

As médias de *coping* encontradas foram 72,76 ($\pm 12,5$) para o fator controle, 60,44 ($\pm 13,25$) para o fator esquiva e 38,73 ($\pm 17,60$) para o fator manejo dos sintomas. Na população estudada, o *coping* focado no problema era o mais utilizado, essencialmente a reavaliação positiva, onde o indivíduo concentra-se nos aspectos positivos da situação, buscando alterá-la. Porém, o fator esquiva, relativo a ações e reavaliações que sugerem fuga ou um modo de evitação, também apresentou médias elevadas. Esse é mais um fator preocupante para a saúde desses profissionais.

Concursados possuíam respostas mais positivas em relação à qualidade de vida e ao fator fuga. Isso mais uma vez pode ter relação com a estabilidade profissional, que por um lado traz segurança financeira para o profissional, revelando resultados em vários domínios da qualidade de vida, porém pode trazer o sentimento de acomodação no trabalho.

Conclui-se que é necessário um olhar para a saúde do enfermeiro atuante na saúde hospitalar do estado, com atuações que contribuam para o aspecto emocional desse profissional e também nas melhorias das condições e vínculos de trabalho.

A limitação do estudo está em ter sido realizado em apenas um hospital público, sugerindo futuras novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V. C. F. *et al.* Occupation and risk factors for type 2 diabetes: a study with health workers. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 476-484, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/05.pdf>>. Acesso em 29 out. 2013.
- AGUIAR, A. S. C. *et al.* Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 428-35, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a22v46n2.pdf>>. Acesso em 29 out. 2013.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estud. psic.(Natal)**, Natal, v.3, n. 2, p. 273-294, 1998.
- ARANGO, H. G. **Bioestatística**: teórica e computacional: com bancos de dados reais em disco. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, 438p.
- ARAÚJO, G. A.; SOARES, M. J. G. O.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de vida: percepção de enfermeiros numa abordagem qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v. 11, n. 3, p. 635-41, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a22.pdf>> Acesso em 14 out 2013.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a21v8n4.pdf>>. Acesso em 02 out. 2012.
- ARISTOTELES. **A ética**. São Paulo: Edipro, 2003.
- ÁVILA, L. I. *et al.* Implications of the visibility of professional nursing practices. **Rev Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v. 34, n. 3, p. 102-109. 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/37874/27296>> Acessado em 12 fev. 2015.
- BARBOSA, K. K. S. *et al.* Sintomas depressivos e ideação suicida em enfermeiros e médicos da assistência hospitalar. **Rev Enferm UFSM**, v. 2, n. 3, p. 515-522, set-dez. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/5910/pdf>> Acessado em: 06 fev 2015
- BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G.. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 177-83, mar. 2003.
- BARRIENTOS, L. A., SUAZO, S. V. S. Quality of life associated factors in Chileans hospitals nurses. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 480-6, mai-jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a18> Acessado em:02 fev. 2015.
- BLEGEN, M. A. *et al.* Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. **Med Care**, v. 49, n. 4, p:406-14, abr. 2011. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21407034?dopt=Abstract&holding=f1000,f1000m>.
Acessado em: 16 fev. 2015.

BORGES, T. P. *et al.* Aplicação da massagem para lombalgia ocupacional em funcionários de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 511-519, mai./jun. 2012.

BORGES, T. P.; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. Lombalgia ocupacional em trabalhadores de enfermagem: massagem versus dor. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 4, p. 699-75, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-669.pdf> Acessado em: 02 fev 2015.

BRASIL. Ana Paula Silva Cavalcante. Coordenação de Atenção Hospitalar (Org.). **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 30 slides, color.

Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/Apresentacoes_do_Seminarario/Política_Nacional_de_Atenção_Hospitalar_-_Ana_Paula_Silva_Cavalcante.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (Ed.). Assistência **Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. 2013b. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo_1_-_Assistencia_Segura.pdf>. Acesso em: 23 set. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional n. 19 de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Congresso Nacional; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 4. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 2.295/2000**. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>>

Acesso em: 22 de julho de 2012.

CAMELO, S. H. H. et al.; Perfil profissional de enfermeiros atuantes em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 19, n. 3, p. 51-62, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300006&lng=es&nrm=iso>. Acessado em: 04 fev. 2015.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. q, p. 51-62. Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>> Acessado em: 09 fev 2015.

CARVALHO, D. R.; KALINKE, L. P. **Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento**. Boletim da enfermagem, v. 2, n. 1, p. 82-95. 2008.

CASTELLÓN, A. M. D. Violência laboral em enfermeiras: explicações e estratégias de enfrentamento. **Rev. Latino Am-Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n.1, p. 156-163, jan./fev. 2011.

CASTRO, M. M. L. D.; HÖKERBERG, Y. H. M.; PASSOS, S. R. L. Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.7, p.1357-1369, jul. 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/10.pdf>>. Acesso em 29 nov. 2013.

CAVALCANTE, M. Z. G. **Crescer através do sofrimento**: aquisição da resiliência e do *coping* no estresse do luto a velhice. 2. ed. São Paulo: Cia dos Livros, 2012. 138p.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA JUNIOR, D. F.; LOPES, A. C.. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 29-35, fev. 2008.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.39, n.3, p.143-150, mai./jun. 1999.

COELHO, M. P. et al. Prejuízos nutricionais e distúrbios no padrão de sono de trabalhadores da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 76, n. 5, p. 832-42, set-out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0832.pdf>> Acessado em: 03 fev 2015.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Hospital Geral de Fortaleza. **O hospital**. Apresentação. Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/o-hospital/apresentacao>> Acesso em: 29 set 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM . **Produto 2**: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais, 2011, p.71.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DO CEARÁ. Resolução nº 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. 2004. Disponível em: <http://www.corensp.org.br/resolucao293.htm>. Acessado em: 14 nov. 2014.

CONTRERAS T. F.; JUÁREZ A. F.; MURRAIN K. E.; Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los

- profesionales y auxiliares de enfermeira. **Pensamiento Psicológico**, v. 4, n. 1. 2008.
Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111671003>> Acessado em: 04 fev 2015.
- CORRÊA, A. C. P. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 14, n. 1, p. 171-80, jan/mar; 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>. Acessado em: 12 fev. 2015.
- COSTA, A. R. L. C.; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 337-43, mai./jun. 2006.
- COSTA, M. S.; SILVA, M. J. Tendências da temática qualidade de vida na produção científica de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 208-211, mar./abr. 2004.
- CURIA, L. R.; CÉSPEDES L.; NICOLETTI, J. (Colab.) **Segurança e medicina do trabalho**. 9. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- DALMOLIN, G. L.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. O sofrimento moral dos profissionais de enfermagem no exercício da profissão. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 35-40, jan./mar. 2009.
- DALRI, R. C. M. B et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, Dez. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600959&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 06 Fev. 2015.
- DELL'AGLIO, D. D. **O processo de coping, institucionalização e eventos de vida em crianças e adolescentes**. 2000. 119f. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Rio Grande do Sul, 2000.
- DÍAZ-RODRIGUEZ, L. *et al.* Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1132-1138, set./out. 2011.
- FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs.**, v. 22, n. 3, p. 502-8, 1995.
- FERNANDES, J. S. et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, Abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200019> Acessado em: 18 fev. 2015.
- FLECK, M. P. A. *et al.* **Avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde, Porto Alegre: Artmed, 2008. 228p.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of Coping in a middleaged community sample. **J Health Soc Beh.**, v. 25, p. 229- 44, 1980.

FONSECA, N. R.; FERNANDES, R. C. P.. Fatores associados aos distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, p. 1076-1083, nov./dez. 2010.

FONTES, K. B.; CARVALHO, M. D. B. Variáveis envolvidas na percepção do assédio moral no ambiente laboral da Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.4, p. 761-768, jul./ago. 2012.

FONTES, K. B. *et al.* Fatores associados ao assédio moral no ambiente laboral do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 758-764, mai./jun. 2013.

FORTIN, M. F.; DUCHARME, F. **O processo de investigação: da concepção a realização**. 3. ed. Loures: Lusociência, 2003.

FRANÇA, F. M. *et al.* *Burnout* e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.5, p. 961-970, set./out. 2012.

GENEBRA. Organização Internacional do Trabalho. **Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo e trabajo en transformación**, Ginebra, 2010. Disponível em: < www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2012.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E (Org.). **Saúde Mental no Trabalho: da Teoria à Prática**. São Paulo. Roca, 2010. 444 p.

GOMES, S. F. S.; SANTOS, M. M. M. C. C.; CAROLINO, E. T. M. A.. Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1282-1289. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/0104-1169-rlae-0213-2365.pdf>> Acessado em: 05 fev 2015.

GRUPO WHOQOL. Organização Mundial da Saúde. **Avaliação de qualidade de vida. Whoqol** (versão em português). 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol_1.html> Acesso em: 10 set 2012.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362, jun. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2012.

GUIDO, L. A. *et al.* Estresse e *coping* entre enfermeiros de unidade cirúrgica de Hospital Universitário. **Rev Rene**, Fortaleza, v.13, n. 2, p. 428-36, 2012. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/226>>. Acesso em 01 out. 2012.

GUIDO, L. A. *et al*. Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1023-1029, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2012

GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORRÊA FILHO, H. R.. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Lat-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 608-613, set./out. 2003.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694- 701, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2012.

HILLESHEIN, E. F.; LAUTERT, L. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, maio-jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a13v20n3.pdf> Acessado em 20 fev 2015.

HULLEY, S. B. *et al*. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2008. 384 p.

INOUE, K. C. *et al*. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v, 61, n.2, p. 209-214, mar./abr. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios**. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Indicadores IBGE**. Pesquisa mensal de emprego 2014, p. 29.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 432 p.

JUAREZ-GARCIA, A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 49, n. 2, p. 109-117, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2012.

KALLEBERG, A. L. Crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Rev. bras. cienc. Soc.**, v. 24, n. 69, p. 21-30. 2009.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. esp., p. 1098-104, dez. 2009.

KIMURA, M.; CARANDINA, D. M. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de enfermeiros em

hospitais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. spe, Dez. 2009 . Disponível em em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 04 jan. 2015.

KUREBAYASHI, L. F. S. *et al.* Aplicabilidade da auriculoterapia para reduzir estresse e como estratégia de *coping* em profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 980-987, set./out. 2012.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company; 1984.

LIMA, G. F.; BIANCHI, E. R. F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. **Rev. Min. Enferm.**; Minas Gerais, v. 14, n. 2, p. 210-218, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4cbd7dcfe085a.pdf>. Acesso em : 29 set. 2012.

LIMA, M. B et al. Agentes estressores em trabalhadores de Enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. **R. pesq.: cuid. fundam.** online , v. 5, n. 1, p. 3259-66, jan-mar. 2013a. Disponível em: < <http://biblioteca.cofen.gov.br/agentes-estressores-em-trabalhadores-de-enfermagem-com-dupla-ou-mais-jornada-de-trabalho/>> Acessado em: 15 fev. 2015.

LIMA, E. F.A. et al. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 15, n. 4, p. 1000-6, out-dez 2013b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19546>. Acessado em: 03 fev 2015.

LINCH, G. F. C.; GUIDO, L. A. Estresse de enfermeiros em unidade de hemodinâmica no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 63-71, mar. 2011 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 set. 2012.

LINCH, G. F. C.; GUIDO, L. A.; FANTIN, S. S. Enfermeiros de unidades de hemodinâmica do Rio Grande do Sul: perfil e satisfação profissional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 3, Set. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 04 fev. 2015.

LORENZ, V. R.; BENATTI, M. C. C.; SABINO, M. O. *Burnout* e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão preto, v. 18, n. 6, p. 1084-1091, nov./dez. 2010.

LUNARDI, V. L. *et al.* Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 599-603, ago. 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2012.

MAGNAGO, T. S. B. S. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 429-435, set./out. 2010.

- MAGNAGO, T. S. B. S. *et al.* Intensidade da dor musculoesquelética e a (in)capacidade para o trabalho na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1125-1133, nov./dez. 2012.
- MANETTI, A. L.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Revisando os fatores psicossociais do trabalho de enfermagem. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 111-119, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/530>> Acesso em: 01 out. 2012.
- MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2012.
- MARZIALE, M. H. P. Subnotificação de acidentes com perfuro cortantes na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 164-168, mar./abr. 2003.
- MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 991-9, nov./dez. 2012.
- MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 86-92, mar. 2006.
- 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.
- MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A.. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 340-347, mar./abr. 2011.
- MOURA, M. J. C. **Para uma compreensão das estratégias de coping utilizadas por crianças com cancro e respectivas mães**. 2004. 160f. Dissertação (Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica)- Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2004.
- NEVES, M. J. A. O. et al. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 42-47. Jan-mar. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a08.pdf>> Acessado em: 14 out 2014.
- NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3, maio-jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_21.pdf> Acessado em: 12 fev 2015.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Caribbean Charter for Health Promotion**. Washington: Opas, 1993.

PAI, D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 82-87, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 ago. 2012.

PANZZINI, R. G. **Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com a saúde e qualidade de vida. 2004. 238f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Rio Grande do Sul, 2004.

PELLICIOTTI, J. S. S.; KIMURA, M. Erros de medicação e qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. 6, p. 1062-1069, nov./dez. 2010.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 9, n. 4, p.7-12, Julho. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11476.pdf>> Acessado em: 02 dez. 2014.

PINHEIRO, F. A.; TROCCÓLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 153-158, mai./ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2012.

PIZZATO, M. I. G. Estratégias de *Coping*. In: CHAMON, E. M. Q. O. (Org.). **Gestão de Organizações Públicas e Privadas: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Brasport, 2007, p. 141-152.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670 p.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 841-848, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2012.

RIBEIRO, R. P. *et al.* O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2012.

RIOS, K. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Evaluation of quality of life and depression in nursing technicians and nursing assistants. **Rev Lat Am Enfermagem** [Internet]. v, 18, n. 3, p. 413-20, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000300017&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 20 dez 2013.

- RODRIGUES, A. B.; CHAVES, E. C.. Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 24-28, jan./fev. 2008.
- RODRIGUES, V. M. C. P.; FERREIRA, A. S. S.. Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 1025-1032, jul./ago. 2011.
- RODRÍGUEZ-BORREGO, M. A.; VAQUERO-ABELLÁN, M.; ROSA, L. B. Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.1, p. 11-18, jan./fev. 2012.
- SAAVEDRA, V. P.; FERREIRA, P. S.; PILLON, S. C. Tabagismo en las enfermeras de un hospital de Lima, Perú. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. esp., p. 550-556, mai./jun. 2010.
- SALES, J. C. Quality of life of three health care workers categories in a hospital in Minas Gerais, Brazil. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 4, n. 3, p. 1365-370, 2010.
- SAMPAIO, C. L. **Sofrimento mental de profissionais de enfermagem**: revisão integrativa. 2012. 53p. Monografia de Especialização (Especialização em Enfermagem do Trabalho). Faculdade Leão Sampaio, Ceará, 2012.
- SANTANA, V. S. et al. Qualidade de vida dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 1, p. 35-46, abr. 2014. Disponível em: <<http://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/312/283>> Acessado em:06 fev 2015.
- SANTOS, A. M. R *et al.* Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 84-90, jan./fev. 2011.
- SAVÓIA, M. G.; SANTANA, P. R; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de estratégias de *coping* de Folkman e Lazarus para o português. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 7, n. 1/2, p. 183-201, 1996.
- 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, mar./abr. 2004.
- SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011. 622p.
- SELIGMANN-SILVA, E.; HESPANHOL BERNARDO, M.; MAENO, M. *et al.* O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n.122, p.187-191, 2010.
- SELYE, H. **Stress in health and disease**. Sydney: Butterworth; 1976. 1286 p.
- SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 565-572, mai/jun. 2011.

- SILÉN, M. *et al.* Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. **J. Clin. Nurs.**, v. 20, n.23-24, p. 3483-93, dez. 2011.
- SOUZA, J. N.; BERTOLOZZI, M. R. A vulnerabilidade à tuberculose em trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 259-266, marc./abr. 2007.
- STUMM, E. M. F. *et al.* Estressores e sintomas de estresse vivenciados por profissionais em um centro cirúrgico. **REME Rev. min. enferm.**, v. 12, n. 1, p. 54-66, jan./mar. 2008.
- STUMM, F. *et al.* Qualidade de vida de profissionais em um centro cirúrgico. **Enferm. glob.**, v.12, n.30, mar-abr. 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000200011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 fev. 2015.
- SULZBACHER, E.; FONTANA, R. T.. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 25-30, jan./fev. 2013.
- The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment: Position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf>. Acesso em: 10 set 2012.
- UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E. S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 159-166, jan./fev. 2012.
- UMANN, J.; GUIDO, L. A.; SILVA, R. M. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 891-8. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-891.pdf> Acessado em: 10 fev. 2015.
- UMANN, J. ET AL. The impact of coping strategies on the intensity of stress on hemato-oncology nurses. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 3, p. 103-110, set. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/1983-1447-rgenf-35-03-00103.pdf>> Acessado em: 07 fev 2015.
- VARGAS, D.; DIAS, A. P. V.. Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, set./out. 2011.
- VENY, M. B. *et al.* Tabagismo em enfermeiras de cuidados primários à saúde: um estudo qualitativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1437-1444, nov./dez. 2011.
- VIANA, R. A. P. P. *et al.*; Profile of an intensive care nurse in different regions of Brazil. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, 2014, v. 23, n.1, p. 151-159, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/0104-0707-tce-23-01-00151.pdf>> Acessado em: 10 fev. 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsväl e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ; 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety Forward Programme 2008-2009**. Geneva (Swi): World Health Organization; 2010.

XELEGATI, R. *et al.* Riscos ocupacionais químicos identificados por enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 214-219, marc./abr. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Temáticas presentes nas publicações da Revista Latino-Americana de Enfermagem e Revista Brasileira de Enfermagem nos últimos onze anos

Temática	Revista Latino-Americana de Enfermagem											Revista Brasileira de Enfermagem											Total
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Absenteísmo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
Acidente de trabalho	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Assédio moral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Distúrbios psíquicos	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Diabetes <i>melittus</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Distúrbios musculoesqueléticos	1	0	1	0	1	0	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10
Estresse e <i>burnout</i>	1	0	1	2	0	2	2	1	4	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	18
Presenteísmo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Qualidade de vida	0	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7
Risco biológico/químico/físico	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	8
Satisfação/motivação	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	6
Sofrimento moral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Tabagismo	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Saúde ocupacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	7
Violência	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	6
Total	4	2	4	5	3	2	2	6	1	10	7	2	5	1	5	2	1	3	1	2	1	2	81

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE B- Lista de referências encontradas no CEPEn sobre avaliação da qualidade de vida de profissionais de enfermagem, por meio de instrumentos validados

CAVALCANTE, M. B. P. T. **Qualidade de vida dos enfermeiros em instituições hospitalares: o público e o privado.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2011.

CONCEIÇÃO, M. R. **Trabalho e qualidade de vida: representações sociais do enfermeiro docente.** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2010.

MARTINS, L.V. **Avaliação da eficácia de programa fisioterapêutico no tratamento de desordens do manguito rotador entre profissionais de enfermagem, segundo indicadores de qualidade de vida e satisfação no trabalho.** 2011. Tese (Doutorado em Ciências)- Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

FERNANDES, J. S. **Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família.** 2009. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2009.

SCHMIDT, D. R.C. **Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

PELLICIOTTI, J. S. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de profissionais de enfermagem e erros de medicação em unidades de terapia intensiva.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ARAÚJO, G. A. **Vida, trabalho e qualidade de vida: percepção de profissionais de enfermagem que atuam no centro de material e esterilização.** 2007. Dissertação (Mestrado

em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2007.

MIRANDA, E. P. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde, João Pessoa, 2006.

GURGUEIRA, G. P. **Contribuições ao estudo de qualidade de vida e de restrições de trabalho em uma instituição hospitalar.** Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2005

SALLES, E. P. **Quality of life assessment of nursing para-professionals of Intensive Care Units.** 2005. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

SCHMIDT, D. R. C. **Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em unidades do bloco cirúrgico.** 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CELIA, R. C. R. S. **Sintomas musculoesqueléticos e qualidade de vida em trabalhadores envolvidos com transporte de pacientes.** 2003. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2003.

LINO, M. M. **Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva.** 2004. Tese (Doutorado em Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVEIRA, V. A. **Trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva pediátrica.** 2002. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas . Faculdade de Ciências Médicas, 2002.

APÊNDICE C- Lista de referências encontradas no CEPEn sobre avaliação do *coping* em profissionais de enfermagem, por meio de instrumentos validados

JESUS, L.C. **Coping religioso-espiritual em profissionais de enfermagem que atuam em unidade de urgência e emergência.** 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

STEKEL, L. M. C. **Estresse e coping entre auxiliares e técnicos de enfermagem de um Hospital Universitário.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2011.

UMANN, J. **Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros hospitalares.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2011.

ANDOLHE, R. **Stress e coping da equipe de enfermagem no cuidado à mulher com câncer de mama.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2011.

RODRIGUES, A. B. **Burnout e estilos de coping em enfermeiros que assistem pacientes oncológicos.** 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica.** 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FERNANDES, S. M. B. A. **Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras de uma instituição hospitalar pública - Natal / RN.** 2005. Dissertação (Mestrado). - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

APÊNDICE D (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Profissional,

Meu nome é Cynthia Lima Sampaio, sou enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na promoção da saúde da Universidade Federal do Ceará. Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **QUALIDADE DE VIDA E COPING OCUPACIONAL DE ENFERMEIROS**, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Dalva Santos Alves. O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida e *coping* ocupacional, traduzido por enfrentamento, de enfermeiros do hospital geral.

Agradecemos a concordância em participar deste estudo, visto que sua colaboração é de grande importância para conhecer como se dá a relação entre saúde, qualidade de vida e trabalho do enfermeiro. Garantimos que as informações colhidas que serão utilizadas para a realização do presente estudo e publicações em revistas científicas e apresentações em eventos nacionais e internacionais serão trabalhadas de modo a preservar a identidade dos participantes. Asseguramos que a qualquer momento o(a) senhor(a) terá acesso, caso solicite.

Os inconvenientes por sua participação serão mínimos e relacionados à necessidade de dispor de tempo para preencher os instrumentos, três questionários autoaplicáveis, assistidos pelo pesquisador. Os benefícios se apresentarão pela possibilidade de dispormos de dados a respeito da percepção do enfermeiro sobre sua qualidade de vida e *coping* ocupacional, podendo subsidiar futuras intervenções no âmbito da saúde do trabalhador. Asseguramos ainda que o(a) senhor(a) será informado quanto aos procedimentos e benefícios do estudo, sendo esclarecidas possíveis dúvidas que possam ocorrer. O(A) senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Em caso de dúvida sobre esta pesquisa o(a) senhor(a) pode se comunicar com a pesquisadora Cynthia Lima Sampaio, Tel. (85) 86837246. Email: cyliss@hotmail.com. Instituto/ Departamento: Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Endereço: Rua Ávila Goulart, 900. CEP: 60.175-295- Papicu, Fortaleza/CE. Este termo está preenchido em duas vias ficando uma com o(a) pesquisado(a) e a outra com a pesquisadora.

Atenciosamente,

Consentimento pós-esclarecido

Eu,, declaro que fui suficientemente informado(a) pela pesquisadora, sobre minha participação nesta pesquisa, e aceito voluntariamente.

Fortaleza,,,

Cynthia Lima Sampaio
Pesquisadora

Pesquisado(a)

APÊNDICE E
IDENTIFICAÇÃO

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Vínculo empregatício: _____

Tempo de atuação na enfermagem: _____

Titulação: () graduado () especialista () mestre () doutor () pós-doutor

Renda individual: _____

Renda familiar: _____

Presença de outro emprego: () sim () não Se sim, especificar o vínculo: _____

Carga horária de trabalho semanal: _____

Tempo de atuação na assistência hospitalar: _____

Unidade em que trabalha neste hospital: _____ Turno: _____

ANEXOS

ANEXO A

WHOQOL- Bref

Instruções

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

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

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

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

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

Você deve circular o número que 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

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

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B

Escala *Coping* Ocupacional – ECO

QUANDO TENHO UM PROBLEMA NO TRABALHO, EU...

1 Nunca faço isso	2 Raramente faço isso	3 Às vezes faço isso	4 Frequentemente faço isso	5 Sempre faço isso
1. converso com colegas que também estejam envolvidos no problema				1 2 3 4 5
2. tento ver a situação como uma oportunidade para aprender e desenvolver novas habilidades				1 2 3 4 5
3. dou atenção extra ao planejamento				1 2 3 4 5
4. penso em mim como alguém que sempre consegue se sair bem em situações como essa				1 2 3 4 5
5. penso na situação como desafio				1 2 3 4 5
6. tento trabalhar mais rápida e eficientemente				1 2 3 4 5
7. decido sobre o que deveria ser feito e comunico às demais pessoas envolvidas				1 2 3 4 5
8. me esforço para fazer o que eu acho que se espera de mim				1 2 3 4 5
9. peço conselho a pessoas que, embora estejam fora da situação, possam me ajudar a pensar sobre o que fazer				1 2 3 4 5
10. tento modificar os fatores que causaram a situação				1 2 3 4 5
11. me envolvo mais ainda nas minhas tarefas, se acho que isso pode ajudar a resolver a questão				1 2 3 4 5
12. evito a situação, se possível				1 2 3 4 5
13. digo a mim mesmo que o tempo resolve problemas desta natureza				1 2 3 4 5
14. tento manter distância da situação				1 2 3 4 5
15. procuro lembrar que o trabalho não é tudo na vida				1 2 3 4 5
16. antecipo as consequências negativas, preparando-me assim para o pior				1 2 3 4 5
17. delego minhas tarefas a outras pessoas				1 2 3 4 5
18. mantenho a maior distância possível das pessoas que causaram a situação				1 2 3 4 5
19. tento não me preocupar com a situação				1 2 3 4 5
20. concentro-me em fazer prioritariamente aquilo que gosto				1 2 3 4 5
21. pratico mais exercícios físicos				1 2 3 4 5
22. uso algum tipo de técnica de relaxamento				1 2 3 4 5
23. procuro a companhia de outras pessoas				1 2 3 4 5
24. mudo os meus hábitos alimentares				1 2 3 4 5
25. procuro me envolver em mais atividades de lazer				1 2 3 4 5
26. compro alguma coisa				1 2 3 4 5
27. tiro alguns dias para descansar				1 2 3 4 5
28. faço uma viagem				1 2 3 4 5
29. me torno mais sonhador(a)				1 2 3 4 5

ANEXO C
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E COPING OCUPACIONAL DE ENFERMEIROS

Pesquisador: CYNTHIA LIMA SAMPAIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27194314.6.0000.5040

Instituição Proponente: Hospital Geral de Fortaleza/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 530.652

Data da Relatoria: 12/02/2014

Apresentação do Projeto:

A pesquisa propõem-se avaliar a qualidade de vida e o enfrentamento (coping) ocupacional dos enfermeiros diante das dificuldades vivenciadas no exercício laboral e a relação entre a qualidade de vida dos enfermeiros concursados e cooperados. Estudo com delineamento transversal cuja amostra será estratificada composta por 165 enfermeiros cooperados e 76 concursados.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar a qualidade de vida e o coping ocupacional dos enfermeiros de um hospital geral, com vínculo e sem vínculo empregatício.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os inconvenientes pela participação serão mínimos e relacionados à necessidade de disponibilidade de tempo para o preenchimento dos instrumentos, três questionários auto-aplicáveis, assistidos pelo pesquisador.

Benefícios: Os benefícios se apresentarão pela possibilidade de dispormos de dados a respeito da percepção do enfermeiro sobre sua qualidade de vida e coping ocupacional, podendo subsidiar futuras intervenções no âmbito da saúde do trabalhador.

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 530.652

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante factível e de grande importância para a comunidade científica e assistencial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de caráter obrigatório.

Recomendações:

Fazer o TCLE em forma de convite.

Descrever as etapas do cronograma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador necessita realizar as recomendações do relator.

FORTALEZA, 15 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

**Ilvana Lima Verde Gomes
(Coordenador)**

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900

Bairro: Papicú

CEP: 60.155-290

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-7078

Fax: (85)3101-3163

E-mail: cep@hgf.ce.gov.br