



**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

**Escola de Enfermagem Alfredo Pinto**

**Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem**

**JOSZILENE TEODORO DE JESUS**

**ESTRESSE E MANIFESTAÇÕES DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

**Rio de Janeiro**

**2012**

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde**

**Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - EEAP**

**Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem**

**JOSZILENE TEODORO DE JESUS**

**ESTRESSE E MANIFESTAÇÕES DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Joanir Pereira Passos**

**Rio de Janeiro**

**2012**

J58 Jesus, Joszilene Teodoro de.  
Estresse e manifestações de transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de um hospital oncológico / Joszilene Teodoro de Jesus, 2013  
110f. ; 30 cm

Orientador: Joanir Pereira Passos.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

1. Câncer - Enfermagem. 2. Estresse profissional. 3. Transtorno mental comum. 4. Saúde do trabalhador. I. Passos, Joanir Pereira. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73698

JOSZILENE TEODORO DE JESUS

ESTRESSE E MANIFESTAÇÕES DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM  
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 31 de maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>ª</sup>.Dr<sup>ª</sup>. Joanir Pereira Passos - Orientadora Presidente

---

Enf<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Fátima Batalha de Menezes - 1<sup>ª</sup> Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Enirtes Caetano Prates Melo - 2<sup>º</sup> Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza - Suplente

---

Profa. Dr<sup>ª</sup> Teresa Tonini – Suplente

*O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que elas acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.*

*(Fernando Sabino)*

*Com amor e carinho dedico este trabalho  
à Deus, meus pais Jorge e Dacilene, meus  
irmãos Mara e Wágner, meus cunhados  
Dilson e Kátia e ao meu sobrinho amado  
Rafael, que acabou de chegar para  
alegrar ainda mais as nossas vidas...*

## AGRADECIMENTOS

Infelizmente não posso citar aqui o nome de todas as pessoas que contribuíram para a realização deste estudo, tendo em vista que os agradecimentos ficariam tão extensos quanto toda a pesquisa. Porém algumas pessoas foram indispensáveis e não podem deixar de ser mencionadas neste momento. É com imensa satisfação que agradeço a todos aqueles que contribuíram para a concretização desta dissertação...

Primeiramente à Deus, meu criador, pela vida, saúde e perseverança para encarar os desafios propostos ao longo da minha existência.

Aos meus pais, Jorge e Dacilene, pelo amor, incentivo e acima de tudo compreensão, principalmente no que se refere a minha ausência do seio familiar.

Aos meus irmãos queridos, Mara e Wágner, pelo carinho e companheirismo.

Ao meu amado sobrinho Rafael, que acaba de nascer... O seu nascimento alegria cada dia mais os meus dias e os da minha família.

Aos meus cunhados, Dilson e Kátia, pelo apoio.

À minha querida orientadora, Professora Dr<sup>a</sup> Joanir Pereira Passos, pelo apoio, compreensão, durante esta fase de amadurecimento profissional e acadêmico e acima de tudo pela confiança depositada.

À Professora Dr<sup>a</sup> Enirtes Caetano Prates Melo pela sua generosidade em compartilhar seus conhecimentos epidemiológicos e estatísticos. A sua participação foi indispensável e decisiva na execução deste estudo.

À coordenação do curso do PPGENF, na pessoa da Professora Dra. Teresa Tonini por sua postura ética, incentivo e principalmente pelas sábias palavras sempre bem empregadas que me proporcionaram crescimento não somente no meio profissional mas na vida...

À direção de Enfermagem do INCA, hoje exercida pela enfermeira Ailse Bittencourt por ter apoiado a execução deste trabalho junto ao CEP do INCA.

Aos amigos do mestrado Caroline Aquino, Ana Paula Fonseca, Thaís D'Avila e Fabio Fortes pela compreensão e estímulo quando tudo parecia dar errado. Vocês foram muito mais que colegas de turma, foram amigos, família, companheiros de verdade... muito obrigada.

Às (os) amigas (os) Cristiane Rocha Magalhães, Brenda Gasparini, Fernanda de Assis, Poliana de F. A. Paes, Paloma Marinato Klippel, Octavia Caversan, Samar Duarte, Daniele Marins, Aline Marinho, Maria Gazel e Paulo Victor de F. A. Paes pelos momentos de descontração e amizade.

À querida Raquel, da secretaria do mestrado, por ter me ajudado num momento muito delicado do curso.

À querida Lourdes e ao seu esposo Delfim pela importante colaboração na montagem no banco de dados.

Meus profundos agradecimentos a todos os profissionais de Enfermagem desta ilustre instituição por terem participado deste estudo, se submetendo aos questionários. De uma maneira especial, gostaria de agradecer à equipe de Enfermagem do Centro de Terapia Intensiva adulto e Unidade Pós Operatória deste hospital, setor este que tive a honra de fazer parte por quatro anos e meio. Vocês foram minha família, meus amigos, preceptores e professores. Parte da



*minha formação profissional devo a vocês. Tenho muito orgulho de dizer que deixei grandes amigos.*

*Agradeço também a cada paciente e familiar, que pude ter contato durante esta minha experiência profissional. Vocês são o grande significado do trabalho da Enfermagem.*

*Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento e conclusão deste estudo.*

"No INCA não se aprende apenas o que é Oncologia, mas também o que é a vida e o quanto ela representa...

Não se aprende apenas a administrar quimioterápicos e manejar seus efeitos colaterais. Aprende ainda a cuidar do outro durante seus mais variáveis momentos de fragilidade...

Descobre que não adianta entender os fatores de risco, fisiopatologia, sinais e sintomas dos mais diversos e raros tumores, se você não consegue compreender um olhar de socorro, um sorriso de agradecimento ou um abraço amigo...

Entende que curativos devem ser feitos a partir da alma...

A dor tratada além do corpo e a vida respeitada e valorizada até seu último suspiro...

Percebe que cuidar de alguém com todo carinho e atenção, faz você se sentir tão bem, que o bem que você faz para aquela pessoa chega a ficar pequeno frente ao bem que você causa em você mesmo...

Compreende que poeta nenhum no mundo é capaz de traduzir a beleza do sorriso de uma criança...

Aprende que quando você achou que já sabia o suficiente, foi nesse instante que descobriu que nada sabia...

Descobre que nada supera a alegria de ver e sentir o olhar de agradecimento daquele paciente que você cuidou com todo zelo e que agora está indo para casa...

Passa a entender que nada acontece por acaso, que sofrimento nenhum é mais importante do que o daquele momento e que agora, a

*cada instante, você tem que fazer seu melhor...*

*Descobre que antes de ingressar no INCA você valorizava tanta coisa sem valor...*

*E percebe que as pequenas e simples coisas da vida, como almoço em família, amigos reunidos ou um cineminha com o seu amor, é o que realmente importa e o que no final faz toda a diferença!!!*

*O que digo para vocês hoje é viva a vida com amor!*

*As pessoas vão te magoar? Sim, mas perdoe-as...*

*Você vezes ou outra vai cair? Certamente, então, levante-se...*

*Muitas vezes você vai errar... Erga a cabeça, aprenda com seus erros e recomece...*

*Seja humilde... com todos!*

*Educado... Sempre!*

*E agradeça a Deus constantemente, pois a vida que Ele nos oferece é repleta de beleza e magia...*

*Cabe a cada um de nós saber enxergar..."*

*Enfermeira Giselle Vaz*

*Ex-residente de Enfermagem do Instituto Nacional de Câncer*

## Resumo

**JESUS, Jozilene Teodoro de. Estresse e manifestações de transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de um hospital oncológico.** Curso de Mestrado em Enfermagem da EEAP/ UNIRIO. 2012. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 2012.

O presente estudo tem como objeto de investigação o estresse vivenciado pelos profissionais de enfermagem de um hospital oncológico e os casos suspeitos de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Os objetivos foram descrever o perfil sócio-demográfico e estresse laboral dos profissionais de enfermagem, estimar a prevalência de casos suspeitos de TMC nesta população e investigar a existência de associação entre estresse e manifestações de TMC nestes profissionais. Trata-se de um estudo do exploratório do tipo transversal e com abordagem quantitativa, que utiliza o *Swedish Demand Control (Support) Questionnaire – DCSQ* para avaliar a exposição ao estresse baseado na demanda psicológica e controle sobre o trabalho e o SRQ-20 para o rastreamento dos casos suspeitos de TMC. A população do estudo foi formada por 225 profissionais, sendo 120 enfermeiros e 105 técnicos de enfermagem que atuam num hospital público especializado em Oncologia no município do Rio de Janeiro. Os resultados apontam que 37,8% da população do estudo apresentam frequência maior de alta exigência no trabalho (alta demanda e baixo controle) e o indicativo de casos suspeitos de TMC aparece com 40% entre os enfermeiros e 36,5% entre os técnicos de enfermagem, porém o estudo mostrou que não há associação entre estresse e TMC. Discussões sobre as possíveis intervenções no ambiente laboral no intuito de minimizar os níveis de estresse são de fundamental importância para que este ambiente torne-se saudável e assim favoreça o bem-estar destes trabalhadores.

Descritores: Enfermagem Oncológica, Estresse, Transtorno Mental Comum, Saúde do Trabalhador

## Abstract

**JESUS, Joszilene Teodoro. Manifestations of stress and common mental disorders among nursing a cancer hospital.** Masters of Nursing, EEAP / UNIRIO. 2012. Dissertation. Rio de Janeiro, 2012.

The present study has as its object of investigation the stress experienced by nursing professionals in a cancer hospital and suspected cases of Common Mental Disorders (CMD). The objectives were to describe the socio-demographic and job stress of nurses, to estimate the prevalence of suspected cases of CMD in this population and to investigate the association between stress and manifestations of TMC these professionals. This is an exploratory study of cross-sectional and quantitative approach, which uses the Swedish Demand Control (Support) Questionnaire - DCSQ to assess exposure to stress based on psychological demands and job control and SRQ-20 for screening suspected cases of TMC. The study population consisted of 225 professionals, 120 nurses and 105 nursing technicians who work in a public hospital specialized in oncology in the municipality of Rio de Janeiro. The results show that 37.8% of the study population presented higher frequency of high-strain work (high demand and low control) and indicative of suspected cases of TMC appears with 40% among nurses and 36.5% among technicians nursing, but the study showed no association between stress and TMC. Discussions about possible interventions in the work environment in order to minimize stress levels are of fundamental importance for this environment become healthier and so favors the well-being of workers.

Descriptors: Oncology Nursing, Stress, Mental Health Problems, Occupational Health

## Resumem

**JESUS, Jozilene Teodoro. Las manifestaciones de estrés y trastornos mentales comunes en amamantando a un hospital de cáncer.** Maestría en Enfermería EEAP / UNIRIO. 2012. Disertación. Rio de Janeiro, 2012.

El presente estudio tiene como objeto de investigación, el estrés experimentado por las enfermeras en un hospital de oncología y los casos de trastornos mentales comunes (CMD). Los objetivos fueron: describir la tensión socio-demográfica y laboral de las enfermeras, para estimar la prevalencia de casos sospechosos de TMC en esta población y para investigar la asociación entre el estrés y las manifestaciones de estos profesionales TMC. Se trata de un estudio exploratorio de la transversalidad y cuantitativos, que utiliza el control de la demanda sueca (Apoyo) Cuestionario - DCSQ para evaluar la exposición a estrés psicológico basado en la demanda y el control de trabajos y el SRQ-20 para el seguimiento casos sospechosos de TMC. La población de estudio estuvo compuesta por 225 profesionales, 120 enfermeras y 105 personal de enfermería que trabaja en un hospital público especializado en oncología en el municipio de Río de Janeiro. Los resultados muestran que el 37,8% de la población de estudio tienen una mayor frecuencia de alta tensión en el trabajo (alta demanda y bajo control) y el indicativo de casos sospechosos de TMC aparece con 40% de los enfermeros y el 36,5% entre los técnicos enfermería, pero el estudio no mostraron ninguna relación entre el estrés y TMC. Las discusiones sobre las posibles intervenciones en el lugar de trabajo con el fin de reducir al mínimo los niveles de estrés son de importancia fundamental para el medio ambiente más saludable y por lo tanto favorece el bienestar de los trabajadores.

Descriptores: Enfermería Oncológica, el estrés, problemas de salud mental, salud en el trabajo

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Fig. 1** Exposição e desfecho do estudo - p. 55
- Fig. 2** Representação esquemática da população do estudo - p. 56
- Fig. 3** Representação esquemática dos participantes do estudo - p. 57
- Fig. 4** Modelo bidimensional de Robert Karasek - p. 61
- Fig. 5** Diagonais do modelo Demanda-Controle - p. 62
- Fig. 6** Histograma da distribuição dos trabalhadores de acordo com a idade - p. 69
- Fig. 7** Distribuição da equipe de enfermagem de um hospital oncológico no Rio de Janeiro de acordo com o modelo D/C - p. 74

## LISTA DE QADROS E TABELAS

<b>Quadro 1</b>	Fases do estresse - p. 28
<b>Quadro 2</b>	Fatores de Risco - p. 37
<b>Tabela 1</b>	Distribuição das co-variáveis sócio-demográficas da População - p. 70
<b>Tabela 2</b>	Distribuição da população de acordo com a profissão - p. 71
<b>Tabela 3</b>	Distribuição das co-variáveis turno de trabalho e tempo de atuação no setor - p. 71
<b>Tabela 4</b>	Distribuição das co-variáveis tempo de trabalho na instituição, vínculo empregatício e carga horária - p. 72
<b>Tabela 5</b>	Frequência dos aspectos psicossociais do trabalho, segundo dimensões do Modelo Demanda-Controle - p. 73
<b>Tabela 6</b>	Distribuição da população de acordo com Karasek e a categoria profissional - p. 76
<b>Tabela 7</b>	Distribuição da população de acordo com os quadrantes de Karasek e suas características sócio-demográficas e laborais - p. 78
<b>Tabela 8</b>	Distribuição da população segundo categorias profissionais e TMC - p. 79
<b>Tabela 9</b>	Filhos e casos suspeitos de TMC - p. 80
<b>Tabela 10</b>	Frequência das alterações de saúde de acordo com o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) - p. 81
<b>Tabela 11</b>	Casos suspeitos e não suspeitos de TMC segundo Karasek - p. 82
<b>Tabela 12</b>	Distribuição de casos suspeitos de TMC segundo a categoria profissional e Karasek - p. 83



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACTH</b>	Hormônio Corticitrófico
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CTI</b>	Centro de Terapia Intensiva
<b>DCSQ</b>	<i>Demand Control (Support) Questionnaire</i>
<b>DPM</b>	Distúrbios Psíquicos Menores
<b>DSM-IV</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition</i>
<b>FE</b>	Fase de Exaustão
<b>FR</b>	Fase de Resistência
<b>JCQ</b>	<i>Job Content Questionnaire</i>
<b>MDC</b>	Modelo Bidimensional Demanda-Control
<b>MPM</b>	Morbidade Psiquiátrica Menor
<b>PMC</b>	Problemas Psiquiátricos Menores
<b>RA</b>	Reação de Alarme
<b>SAG</b>	Síndrome da Adaptação Geral
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>SRQ-20</b>	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TMC</b>	Transtornos Mentais Comuns
<b>UNIRIO</b>	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

**Resumo**

**Abstract**

**Resumem**

**Lista de Ilustrações**

**Lista de Quadros e Tabelas**

**Lista de Abreviaturas e Siglas**

### **1. Introdução – p. 18**

1.1 Considerações iniciais – p. 18

1.2 Objetivos – p. 21

1.3 Justificativa – p.21

### **2. Aproximação da temática – p. 24**

2.1 Estresse: conceitos e suas consequências – p. 24

2.2 O trabalho e suas transformações – p. 30

2.3 Trabalho da enfermagem e o estresse – p. 35

2.4 O estresse da enfermagem e o cuidar em Oncologia – p. 39

2.5 Estresse e Transtorno Mental Comum – p. 46

2.6 O estresse e o Modelo Demanda-Controle – p. 50

### **3. Metodologia – p. 54**

3.1 Caracterização do estudo – p. 54

3.2 Caracterização da população – p. 55

3.3 Instrumento de coleta de dados – p. 57

3.4 Coleta de dados – p. 64

3.5 Aspectos éticos da pesquisa – p. 65

3.6 Análise dos dados – p. 66

#### **4. Resultados – p. 68**

- 4.1 Distribuição da população em relação às variáveis sócio-demográficas e laborais – p. 69
- 4.2 Distribuição da população em relação ao Modelo Demanda-Controle – p. 73
- 4.3 Distribuição da população segundo a classificação para TMC – p. 79
- 4.4 Análise da prevalência de TMC de acordo com as categorias de estresse no trabalho – p. 82

#### **5. Discussão – p. 84**

- 5.1 Considerações sobre os resultados sócio-demográficos e laborais – p. 84
- 5.2 Considerações referentes ao estresse no trabalho – p. 85
- 5.3 Considerações sobre os TMC – p. 87
- 5.4 Considerações sobre a relação entre exposição (estresse laboral) e o desfecho (TMC) – p. 88

#### **6. Limites do estudo – p. 91**

#### **7. Considerações finais – p. 92**

#### **8. Referências – p. 93**

#### **9. APÊNDICE – p. 100**

#### **10. ANEXOS – p. 104**

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Considerações Iniciais

O trabalho é uma das fontes de satisfação de diversas necessidades humanas, como autorrealização, manutenção de realizações interpessoais e sobrevivência. É também, mediador de integração social, seja por seu valor econômico, seja pelo aspecto cultural, o que confere ao exercício laboral importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto na saúde física e mental das pessoas. Entretanto, também, pode ser fonte de adoecimento, pois pode apresentar fatores de risco para a saúde. Este fato pode ocorrer quando o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger destes riscos (MURTA, 2004; SANTOS, 2010).

Assim sendo, para que o trabalho não acarrete danos à saúde faz-se necessário que existam condições adequadas neste ambiente. Tais condições podem estar relacionadas ao ambiente físico, remuneração, organização do trabalho, fatores administrativos, entre outros. Os profissionais da saúde estão expostos a uma série de riscos peculiares à atividade desempenhada, entre eles riscos biológicos, físicos, químicos, psicossociais e ergonômicos (ZAPPAROLI, MARZIALE, 2006).

Nesta perspectiva pode-se afirmar que a atividade laboral hospitalar é caracterizada por excessiva carga de trabalho, contato com situações limitantes, alto nível de tensão e de riscos para si e para os outros, o que demanda dos indivíduos um intenso desgaste físico e mental, caracterizando o trabalho como um importante gerador de estresse. Este ambiente é caracterizado pela presença marcante de pessoas portadoras de patologias, doenças curáveis e incuráveis e que por vezes acarretam a morte, levando ao sofrimento, não somente o paciente, mas todas as pessoas com ele envolvidas. (MIQUELIM et al, 2004).

Dentre estes profissionais que atuam na área hospitalar, podemos apontar os de enfermagem entre os mais expostos a estes riscos. Estes profissionais passam grande parte do

seu tempo de trabalho participando ativamente das atividades terapêuticas desempenhadas junto ao paciente, desde os cuidados de enfermagem até acompanhar os procedimentos médicos, dentre outros. Este fato os deixam muito expostos a todos estes riscos podendo ocasionar doenças ocupacionais, acidentes de trabalho e estresse (ELIAS, 2006; MARZIALE, RODRIGUES, 2002; NISHIDE, BENATTI, 2004).

O estresse é um dos fatores responsáveis por alterações do estado de saúde e do bem-estar do indivíduo, principalmente quando está associado a distúrbios físicos e psíquicos que podem levar à doença e à morte. É visto também como “doença” que afeta o homem e a mulher moderna. E na verdade o estresse não é uma prerrogativa do homem moderno, pois já na era das cavernas, o homem primitivo já desenvolvia mecanismos químicos e hormonais de defesa. Esses mecanismos eram ativados sempre que precisavam enfrentar ou fugir de grandes animais ou quaisquer outros perigos de sua época (PAFARO, MARTINO, 2004; MAGNAGO, 2009; LIMA, 2004).

O trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar gera estresse de várias naturezas e em vários níveis. A relação com os pacientes e familiares, o contato com a equipe multiprofissional, a possibilidade de morte, a sobrecarga de trabalho, o avanço tecnológico fazendo com que o profissional esteja em constante processo de atualização para acompanhar as inovações técnico-científicas, tudo isso pode ser considerado fonte geradora de estresse (MIQUELIM et al, 2004).

Vale ressaltar que este ambiente pode ser ainda mais estressante quando o relacionamos a um hospital oncológico. Sabe-se que o câncer, ao longo da história, trouxe grande sofrimento ao ser humano, e ainda hoje no imaginário social, a enfermidade permanece associada a representações de impotência, dor, perdas e morte. Apesar do aumento progressivo da sobrevivência do paciente oncológico, o estigma vinculado ao câncer, não foi completamente destituído (DECAT, 2010).

Em relação aos profissionais que trabalham na área oncológica, Andolhe (2009) retrata em seu estudo que é possível observar o desgaste físico e mental da equipe de enfermagem em relação à assistência prestada ao paciente oncológico, independente do estágio da doença. Isso porque era evidente a empatia e a solidariedade com que a equipe se empenhava no cuidado. Mesmo que preocupação com o bem-estar do paciente estivesse presente nas ações assistenciais, estas, eram em alguns momentos, acompanhadas pela insegurança e despreparo para dar suporte emocional.

Desta forma, pode-se afirmar que os profissionais de enfermagem que atuam em Oncologia entram em contato contínuo com situações de enfrentamento, que colaboram para a ocorrência de estresse e depressão relacionados à dor e a perda (BITTENCOURT, 2009).

Tive a oportunidade de presenciar tais situações durante quatro anos e meio, quando atuei como enfermeira plantonista no centro de terapia intensiva adulto – CTI de um hospital oncológico e pude vivenciar de perto esta realidade e este fato despertou em mim o interesse em desenvolver este estudo.

Pude observar que os profissionais de enfermagem apresentavam rotineiramente queixas de desconforto gástrico, cefaleia, insônia, lombalgias entre outras queixas. Além disso, havia um quantitativo importante de profissionais com licença médica, alguns até mesmo por problemas psiquiátricos.

Ao ingressar no mestrado, durante as aulas e reuniões de grupo, foram abordados alguns temas e dentre eles estava o Transtorno Mental Comum (TMC). No aprofundamento da temática, observei que esta síndrome caracterizava-se pela presença dos sintomas anteriormente citados, o que iria ao encontro com as queixas referidas pelos dos profissionais da instituição da qual eu fazia parte. Neste momento surgiu o interesse em estudar o estresse e o TMC nesta população.

É importante ressaltar que os transtornos mentais incluem-se entre as patologias de alta incidência, difícil identificação e prognósticos variados. No Brasil, levantamentos epidemiológicos mostram uma prevalência de 30% em um ano em uma população adulta, sendo que no mesmo período 20% necessitava de algum tipo de cuidado médico (TUONO et al, 2007).

Sendo assim, delimitamos como objeto de investigação:

“Estresse vivenciado pelos profissionais de enfermagem de um hospital oncológico e os casos suspeitos de transtornos mentais comuns.”

## **1.2 Objetivos**

- Descrever o perfil sócio-demográfico e de estresse laboral dos profissionais de enfermagem um hospital oncológico;
- Estimar a prevalência de casos suspeitos de TMC em profissionais de enfermagem atuantes neste hospital oncológico;
- Investigar a existência de associação entre estresse e manifestações de transtornos mentais comuns nos profissionais de enfermagem deste hospital oncológico.

## **1.3 Justificativa**

A justificativa deste estudo baseia-se na escassez de publicações sobre estresse e manifestações de transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem que atuam em Oncologia. Sabe-se que os profissionais de enfermagem vivenciam situações penosas, que envolvem sentimentos de perda e sofrimento. Tais situações podem ser agravadas devido as características do processo e do ambiente laboral.

O paciente oncológico exige cuidado especializado, tendo em vista as particularidades da doença em relação ao seu processo fisiopatológico e terapêutico. O câncer é uma doença estigmatizada que causa medo não somente ao portador da patologia, mas em todos que convivem com o doente. O medo vem de todos os lados, medo do tratamento, das internações, das mudanças físicas, de mutilações entre outros fatores. Todo o universo do paciente e dos familiares fica alterado a partir do diagnóstico. É neste contexto de dor e sofrimento que se inserem os profissionais de enfermagem, onde empregam suas habilidades e conhecimentos técnicos-científicos em prol desta população.

Para tanto este estudo irá subsidiar reflexões acerca do trabalho dos profissionais de enfermagem da área oncológica e o estresse que este trabalho poderá desencadear no profissional.

Os resultados obtidos poderão contribuir para a elaboração de ações que diminuam o nível de estresse a que estes profissionais estão submetidos o que irá implicar no bem estar do profissional e, conseqüentemente, irá implicar no aumento da qualidade do cuidado prestado aos portadores de câncer.

Vale ressaltar que estudo pode trazer contribuições para a área educacional da enfermagem, onde irá possibilitar o conhecimento dos processos e mecanismos geradores de estresse ocupacional na atuação da equipe de enfermagem e suas implicações no desenvolvimento de síndromes psíquicas, como é o caso do transtorno mental comum. Além disso, espera-se que este estudo evidencie o estresse ocupacional como um fenômeno que pode influenciar negativamente a saúde do trabalhador, favorecendo o adoecimento do indivíduo, o que pode acarretar sérios prejuízos ao profissional, à instituição e à sociedade em geral.

Outro fator relevante é o fato de existirem vários estudos avaliando os níveis de estresse e suas associações aos TMC, inclusive nos profissionais de enfermagem, porém não



se observa tal estudo relacionado ao profissional de enfermagem que atua na área oncológica (BRAGA, 2007; MAGNAGO, 2010; SILVA, 2007) .

É importante lembrar em os resultados deste estudo visa beneficiar futuras pesquisas que contemplem a mesma temática, disponibilizando dados capazes de fomentar discussões relacionadas à saúde do trabalhador e as implicações no cuidado a ser prestado.

## 2. APROXIMAÇÃO DA TEMÁTICA

### 2.1 O estresse: conceito e suas consequências

A palavra estresse foi utilizada primeiramente pela física e engenharia para conceituar o quanto uma barra de metal resistiria após aplicação do estresse (força ou tensão) a ela aplicado até o momento que se deformasse ou rompesse (FERREIRA, 2006; MENEGHINI, LAUTERT, 2011). Porém, de acordo com as concepções de Hans Selye (1956) estresse é uma expressão utilizada para designar um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido em situações que exigem esforços para adaptações. Selye era médico especializado em endocrinologia, e ainda durante a graduação começou as suas observações sobre o estresse e por isso ele é considerado “pai da stressologia”. Foi quem trouxe este conceito para medicina e biologia, significando esforço de adaptação do organismo diante de situações consideradas ameaçadoras à sua vida e ao seu equilíbrio interno.

Tais observações o levaram a realização de estudos científicos em laboratórios, com animais e, em 1936, definiu estresse como resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo seja de natureza física, mental ou somática (CAMELO, 2004).

Hans Selye (1965) identificou algo como uma única reação não específica do corpo a qualquer tipo de lesão infringida. Em estudos anteriores observou alterações nas glândulas supra-renais através da dilatação cortical, involução tímica, úlcera gástrica, e demais órgãos do corpo também foram afetados. Selye identificou ainda uma reação corporal única não específica a qualquer tipo de lesão infligida. Este conjunto de respostas não específicas denominou-se Síndrome de Adaptação Geral (SAG) conhecido como modelo Trifásico do estresse.

As fases desta síndrome são identificadas como a Reação de Alarme (RA), a fase de resistência (FR) e a fase de Exaustão (FE). Esta síndrome possuía três pontos fixos: a supra-

renal, o timo linfático e as alterações intestinais. Sendo assim, alguns estudos já demonstraram os efeitos maléficos do estresse sobre os vários sistemas do corpo humano (imunológico, gastrintestinal, mental, cardiovascular, endócrino entre outros).

Pafaro e Martino (2004) mostram, baseando-se nos estudos de Hans Selye, que esta teoria possui três fases, que apresentam as alterações causadas pelo estresse, e que caracterizam a Síndrome de Adaptação Geral (SAG). São elas:

- **Estágio de defesa ou alarme:** preparação do organismo para reação de “luta e fuga”, essencial para preservação da vida. Caracterizado através do sistema nervoso central através da captação da situação de tensão. O hipotálamo estimula a hipófise, fazendo com que a mesma aumente a secreção de hormônio corticotrófico (ACTH) que irá estimular as supra-renais a produzirem adrenalina e corticóide em quantidades maiores. Estando na circulação sistêmica, estas substâncias atingem rapidamente todas as células do organismo. Estes hormônios são extremamente úteis, e juntamente com reações do sistema nervoso central e outros componentes químicos, constituem a defesa do organismo contra o estresse. Se tiverem sua produção descontrolada podem ter ação patológica. Há produção aumentada dos hormônios, frequência cardíaca aumenta e tensão muscular.
- **Fase de resistência:** Ocorre quando um estressor perdura por um período muito prolongado, causando um aumento da capacidade de resistência do organismo. Há plena adaptação ao estressor, ficando a atividade mais intensa em função do sistema parassimpático, possuindo o efeito de desmobilizar o corpo, já que abaixa o nível de alerta. Os padrões de respiração, frequência cardíaca e respiração voltam aos seus níveis anteriores, mas se houver persistências destas alterações o organismo pode iniciar a fase de exaustão.

- **Fase de exaustão ou esgotamento:** aqui os sintomas da fase de alerta reaparecem mais acentuados e outros se desenvolvem, tornando o organismo mais suscetível a doenças. É caracterizado pela incapacidade dos mecanismos responsáveis pela busca da adaptação do organismo aos efeitos dos estressores permanecerem por tempo prolongado. O nível de estresse torna-se intenso, o que conseqüentemente, irá esgotar toda energia adaptativa do organismo.

Recentemente Lipp (2000) identificou outra fase do estresse, designada de:

- **Quase exaustão:** que fica entre a fase de resistência e exaustão. Este modelo é conhecido como **quadrifásico**. Nesta etapa ocorre o enfraquecimento da pessoa, pois ela já não consegue mais adaptar-se ou resistir ao estressor. Começa o surgimento das doenças, mas não são tão graves quanto na fase de exaustão. Embora apresentando desgaste e outros sintomas, a pessoa ainda consegue trabalhar e atuar na sociedade até certo ponto, ao contrário do que ocorre na fase de exaustão. Assim Lipp propôs um modelo quadrifásico para o estresse que evolui do modelo trifásico de Hans Selye (1965).

De acordo com Lipp (2000), o estresse emocional é uma reação complexa e global do organismo, envolvendo componentes físicos, psicológicos, mentais e hormonais, que se desenvolve em etapas, ou fases. A manifestação do estresse pode ocorrer em qualquer pessoa, pois todo ser humano está sujeito a um excesso de fatores estressantes que ultrapassam a sua capacidade de resistir física e emocionalmente.

Para Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006) o estresse ocupacional é um estado em que ocorre desgaste anormal do organismo humano e/ou diminuição da capacidade de trabalho, devido basicamente à incapacidade prolongada de o indivíduo tolerar, superar ou se adaptar às exigências de natureza psíquica existentes em seu ambiente de trabalho ou de vida.

Segundo Lipp (2001a), os fatores contribuintes para o estresse são classificados como internos ou externos de acordo com a sua natureza. Eventos externos, como mudanças significativas que ocorrem em nível macro da sociedade, são apresentados como criadores de tensão quando ultrapassam a habilidade de o ser humano se adaptar ao ritmo em que ocorrem. Pensamentos estressógenos, crenças irracionais, vulnerabilidades psicológica e genética são apresentados como fontes internas de estresse e todos estes fatores quando relacionados ao cotidiano dos profissionais da enfermagem colaboram fortemente para o aparecimento do estresse.

O estresse é resultante da percepção entre a discordância das exigências de determinada tarefa e os recursos pessoais para cumpri-las. Uma pessoa pode sentir tal discordância como desafio e, em consequência, reagir dedicando-se à tarefa, como também, pode identificar como ameaçadora e, desta forma, identificar esta ação como estresse negativo e assim evitar a sua execução (MONTANHOLI, 2006).

Pode ser negativo ou positivo. Negativo ocorre quando o estresse é em excesso, quando a pessoa ultrapassa os seus limites esgotando sua capacidade de adaptação. O organismo fica destituído de nutrientes e sua energia mental é reduzida. Há um prejuízo na produtividade e capacidade mental também. A qualidade de vida sofre danos e posteriormente a pessoa pode vir a desenvolver alguma doença. O positivo é quando ele ainda está em sua fase inicial, a fase de alerta. O organismo produz adrenalina, que dá mais ânimo, vigor e energia, estimulando no indivíduo a capacidade de produção e criatividade. Nesta fase, dormir e descansar podem não ter muita importância (LIPP, 2001a).

O estresse nem sempre tem efeito negativo na saúde do indivíduo. É necessário que haja um equilíbrio entre as demandas a que o sujeito está submetido para que seja saudável e sirva de estímulo ao desenvolvimento das suas atividades. Porém, quando este equilíbrio não

é alcançado o organismo começa a manifestar alterações que se não forem controladas a tempo podem surtir efeito patológico, seja físico ou psíquico.

O quadro 1 foi apresentado por Lipp (2001b) para melhor compreensão dos efeitos físicos e psicológicos que o estresse causa ao organismo. Este quadro mostra as fases do estresse e como o organismo se comporta em cada uma delas.

**Quadro 1: Fases do Estresse**

<b>FASES</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>DIFICULDADES</b>
<b>Alerta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muita adrenalina;</li> <li>• É o preparo para a luta, para o enfrentamento aos estressores;</li> <li>• Existe muito interesse, motivação e produtividade;</li> <li>• O organismo não apresenta sono, fome e nem cansaço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas em dormir;</li> <li>• Libido em alta;</li> <li>• Musculatura tensa e retesada;</li> <li>• Humor labial.</li> </ul>
<b>Resistência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocorre quando os estressores persistem e o organismo tenta resistir;</li> <li>• Fase de cautela;</li> <li>• O organismo demonstra sentir cansaço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sono volta ao normal;</li> <li>• A libido volta ao normal;</li> <li>• O corpo fica cansado;</li> <li>• Memória começa a falhar;</li> <li>• Demonstração de tédio.</li> </ul>
<b>Quase-exaustão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corpo e mente começam a ceder;</li> <li>• O organismo já não aguenta mais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouco sono;</li> <li>• Não existe vida sexual;</li> <li>• Baixa produtividade e criatividade;</li> <li>• Doenças surgem;</li> <li>• A vida perde o brilho;</li> <li>• As pessoas perdem a graça.</li> </ul>
<b>Exaustão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O organismo adoece, podendo surgir doenças graves como úlceras, psoríase, vitiligo, enfartos entre outras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouco sono ou em demasia;</li> <li>• O indivíduo acorda cansado;</li> <li>• Perda total da libido;</li> <li>• Sem condições de produzir;</li> <li>• O corpo está muito cansado e desgastado;</li> <li>• Aparecimento de várias doenças graves.</li> </ul>

De acordo com Lipp (2000) o estresse ideal ocorre quando a pessoa aprende o manejo do estresse, e assim, gerenciar a fase de alerta de maneira eficiente, possibilitando entrar e sair desta fase. Há a necessidade, por parte do organismo, de entrar em homeostase, ou seja, em equilíbrio para se recuperar, após sair da fase de alerta. Quando não há período de adaptação começam a aparecer as patologias advindas do estresse.

Em excesso, o estresse, segundo Lipp (2003) é capaz de produzir inúmeras consequências para o indivíduo, para sua família, a empresa em que trabalha e a comunidade onde vive. No âmbito psicológico e emocional do ser humano, o estresse excessivo produz cansaço mental, dificuldade de concentração, perda da memória imediata, apatia e indiferença emocional. Há queda na produtividade e a criatividade fica prejudicada.

Crises de ansiedade e humor depressivo, a libido fica reduzida e começam a surgir outros problemas de ordem física. O estresse quando prolongado, afeta também o sistema imunológico, tornando o indivíduo mais suscetível ao desenvolvimento de doenças e infecções. Os efeitos do estresse refletem de um modo geral na sociedade, pois indivíduo estressado tem menor habilidade para lidar com os obstáculos que são impostos no cotidiano (LIPP, 2003).

Vários estudos comprovam que a carga excessiva de estresse compromete a saúde do trabalhador em seu aspecto biológico, mental e social, o que acarreta prejuízos a toda a sociedade (FERREIRA & MARTINO, 2006; PASCHOALINI et al, 2008). Portanto é de extrema relevância o conhecimento dos fatores desencadeadores do estresse e como combatê-los no intuito de minimizar as consequências não só para o indivíduo, mas também para a sociedade em geral.

Para melhor compreensão do estresse no trabalho, faz-se uma sucinta descrição dos principais acontecimentos históricos a partir da origem do capitalismo.

## **2.2 O trabalho e suas transformações**

Inicialmente o trabalho deveria ser fonte de prazer, pois é através dele que o homem se constitui sujeito e reconhece a sua importância para a sobrevivência de outros seres humanos. A atividade laboral contribui para o desenvolvimento de numerosas potencialidades humanas, podendo também servir como freio a este desenvolvimento, e em alguns casos pode até conduzir a uma restrição irreversível dessas potencialidades (LEPLAT, 1980).

Tal afirmação foi reforçada pela carta de Ottawa, elaborada durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986 no Canadá. O documento informa que:

“Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um impacto significativo sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.”

Flach et al (2009) diz que o trabalho abarca um significado maior do que o ato de trabalhar ou de vender a sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto integração a determinado grupo com certos direitos sociais.

O trabalho é fundamental ao crescimento, desenvolvimento e sobrevivência do ser humano. Também é tido como atributo da condição humana, pois é realizado pelo homem desde tempos longínquos e ao longo da história assumiu diferentes concepções, desde uma necessidade para produção de valor e de mercadorias, passando por uma forma de ação ou coerção, conforme a motivação do sujeito à sua realização, até como alienação e exploração, de acordo com a abordagem político-social (VILELA, 2010).

O trabalho e sua evolução estão intimamente ligados ao contexto social, econômico e cultural. Consequentemente, os pensamentos sobre o trabalho configuram-se as diferentes



ideologias ou concepções, que também são renovadas concomitantemente às transformações, tendências e desafios típicos de cada período histórico (BORGES; YAMAMOTO, 2004).

Muitas transformações ocorreram no mundo laboral, desde os seus primórdios. Em algumas situações percebemos que o trabalho e suas condições evoluíram juntamente com os modos de produção e a tecnologia. Em outras, percebe-se que o exercício desta atividade existe de forma arcaica e altamente prejudicial ao indivíduo que o executa, prevalecendo a manipulação da classe trabalhadora, com a criação e aprimoramento de sucessivos meios de controle econômico e ideológico (MAIR, 2005 apud FLACH et al, 2009).

Vários estudos mostram que as principais mudanças ocorridas no mundo do trabalho são decorrentes das profundas transformações na estrutura produtiva do capitalismo, em sua materialidade, bem como em seu campo mais subjetivo, político e ideológico (FLACH et al, 2009). No entanto, para que haja um melhor entendimento desse assunto torna-se necessário traçar um resumo sucinto dos principais fatos históricos que colaboraram para a ocorrência destas alterações.

Durante o processo de gênese e consolidação do capitalismo ocorreram diversos ciclos de crescimento e de crise. Inovações tecnológicas, qualificação do trabalhador, modos de organização do trabalho e da produção, estratégias empresariais, forma de controle sobre os trabalhadores, entre outras marcaram um período histórico que foi denominado Revolução Industrial (MERLO & LAPIS, 2007).

Em meados do século XVIII, ocorreu na Inglaterra a Primeira Revolução Industrial. Neste período foi iniciado o uso intensivo da mão-de-obra assalariada, que era freqüentemente associada ao trabalho insalubre e pesado na indústria têxtil e onde a referência tecnológica nesta fase era a máquina à vapor. Esta etapa foi marcada pelo controle rigoroso e autoritário do trabalhador, onde este era subordinado a agressões físicas, ameaças, castigos, multas e até mesmo demissões.

O trabalho era intenso, longas jornadas de até 15 horas diárias, além condições precárias de trabalho e salários aviltantes. Havia um grande número de acidentes de trabalho, lesões irreversíveis como perda dos dedos e esmagamento das mãos, e vários outros tipos de doenças profissionais que acometiam os trabalhadores, que freqüentemente até morriam, principalmente mulheres e crianças (MERLO & LAPIS, 2007).

A Segunda Revolução Industrial ocorreu no final do século XIX e início do século XX, nos Estados Unidos. Nesta fase houve o advento da eletricidade, que gradativamente passou a fazer parte do cotidiano das cidades e das fábricas. Ocorre então o surgimento do sistema taylorista/fordista, que apresenta-se como marco importante no que se refere ao formato de produção e de consumo de mercadorias. Tal fato acarreta alterações estruturais nas dimensões ideológicas, econômica, política e cultural da sociedade (VESCE, 2007).

Estes modos de produção aperfeiçoaram o processo industrial, constituindo-se com base na produção em massa, tendo unidades produtivas concentradas e verticalizadas, sob um grande controle fabril (FLACH et al, 2009).

No período em que o fordismo/taylorismo vigorou como modelo dominante proporcionou grande acúmulo de capitais pelas empresas automobilísticas. Este modo de produção foi marcado pela existência do trabalho massificado e com condições precárias, reforçado por uma segunda característica fordista: a racionalização da produção através do parcelamento de tarefas, fato este herdado da tradição taylorista.

No entanto, os anos 70 marcaram o início de uma crise estrutural caracterizada, principalmente, pela queda na taxa de lucro. Tal fato foi conseqüência do aumento do preço da força de trabalho dos anos 60 e do desemprego estrutural que se iniciava, causando uma retração do consumo que o modelo taylorista/fordista mostrou-se incapaz de solucionar (ANTUNES 1999).

Então, a partir deste ponto surgiu o toyotismo, como solução para crise do capital ocorrida nos anos 70. É originário no pós-guerra japonês e apresentou o desenvolvimento de uma nova forma de organização industrial e relação entre capital e trabalho que neste momento emergia das cinzas do taylorismo/fordismo e tomava proporções mundiais. Com o advento do toyotismo houve a divulgação das mudanças ocorridas no processo produtivo onde eram enfatizadas as melhorias no que diz respeito ao trabalho mais qualificado e habilitado. Como exemplo de melhorias pode-se citar o trabalho em equipe, a multifuncionalidade, a polivalência e a flexibilidade. O operário passa a ser visto como um ser pensante, consciente e integrado ao processo produtivo e cria as bases de um novo processo de produção: o toyotismo. Esse período foi denominado de Terceira Revolução Tecnológica (MERLO & LAPIS, 2007).

De acordo com Sabel & Piori (1984) estas novas relações eram mais favoráveis aos trabalhadores quando comparadas as existentes no modelo anterior, principalmente por favorecerem o surgimento de um trabalhador mais qualificado, participativo, multifuncional, polivalente, dotado de maior realização no ambiente laboral. Porém, ao mesmo tempo que divulgam-se as mudanças no processo produtivo, ocorridas com o advento do toyotismo, enfatizando as melhorias no que diz respeito ao trabalho qualificado e habilitado, oculta-se também, que este mesmo processo tem levado freqüentemente a intensificação e precarização do trabalho, pois o sistema de produção toyotista aprimorou a intensificação do trabalho e ampliou as dimensões da exploração do trabalhador, onde sistematizou as técnicas de apropriação da subjetividade.

Sendo assim, os capitalistas compreenderam que, em vez de limitar a explorar a força de trabalho muscular dos trabalhadores, privando-os de qualquer iniciativa e mantendo-os enclausurados nas compartimentações estritas do taylorismo e do fordismo, poderiam

multiplicar seu lucro explorando-lhes a imaginação, os dotes organizativos, a capacidade de cooperação, todas as virtudes da inteligência (ANTUNES, 1999).

A intensificação do trabalho alcança seu ápice, a exploração e o controle do trabalho são elevados ao máximo. Ocorre a diminuição dos salários dos trabalhadores, e conseqüentemente, das condições materiais de sua (re) produção chega a um grau visivelmente caótico, onde os capitalistas pouco consideram as implicações humanas, políticas, sociais e ecológicas desse processo descontrolado (VESCE, 2007).

As transformações ocorridas no mundo do trabalho, em detrimento da incorporação de novas tecnologias nas relações de produção, promovem a demanda por uma formação que torne os profissionais aptos a manipulação de instrumentos, tendo por finalidade a sobrevivência do indivíduo, na nova sociedade da informação (CASTELLS, 2000). Tais mudanças atingiram todas as camadas sociais, fazendo com que o indivíduo se aperfeiçoe cada vez mais para que possa ser inserido no mercado de trabalho.

Com a progressiva associação da tecnologia da informática a telecomunicação, intensificou-se ainda mais o processo de globalização. Essa nova ordem de integração das economias nacionais, principalmente no que se refere a mobilidade da circulação de bens e serviços, acarreta profundas modificações do mercado de trabalho mundial, dentre elas a competitividade em ritmo frenético, tendo em vista que a concorrência passou de nacional para internacional (VESCE, 2007).

Diante da instabilidade instaurada no mercado de laboral, surge entre os que trabalham e os que não trabalham o sofrimento, as descompensações psíquicas e somáticas, acidentes de trabalho, adoecimento e até morte no trabalho (DEJOURS, 1999).

Além disso, para que o trabalhador consiga equilibrar os seus desejos ou necessidades pessoais dentro de uma organização, será necessário a busca pela compreensão da realidade organizacional que o circunda. Em contrapartida, a organização do trabalho deve possibilitar

ao trabalhador espaços para aquisições de novas responsabilidades ou atividades que proporcionem ou agreguem algum significado ao seu contexto pessoal e profissional (DEJOURS, 1999).

### **2.3 Trabalho da Enfermagem e o estresse**

O hospital, de maneira geral, é reconhecido como ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham, oferecendo riscos de acidentes e de adoecimento de ordem física e psíquica. A divisão do trabalho no meio hospitalar reproduz em seu interior a evolução e a divisão do trabalho no modo de produção capitalista, sendo preservadas, no entanto, as características caritativo-religiosas (ELIAS & NAVARRO, 2006).

A enfermagem, originalmente, é uma profissão predominantemente feminina, e está ligada ao aspecto caritativo e religioso, pois as pioneiras desta categoria eram mulheres ligadas à igreja.

Segundo Elías e Navarro (2006, p.518):

O caráter caritativo e religioso das práticas hospitalares, mesmo no modelo de produção capitalista, se mantém até os dias atuais, o que origina ambigüidade entre o assistencialismo gerado pelo espírito caritativo e as regras típicas da organização capitalista do trabalho.

Mendes (2001) afirma que a instituição hospitalar, é regida por uma estrutura administrativa e que esta estrutura possui algumas funções que regem o seu funcionamento. São algumas delas a organização, o planejamento, a direção de pessoas, a comunicação e a avaliação, visando à excelência de produtividade, de competitividade e de eficiência dos serviços prestados. A equipe de enfermagem está inserida nesta dinâmica, pois para que estas exigências sejam atendidas a equipe precisa demonstrar agilidade e eficiência no serviço para que possa executar as atividades burocráticas, as solicitações da própria equipe e da equipe multiprofissional, do paciente e dos familiares. Portanto, fica evidente que o papel

desempenhado pela enfermagem exige alta responsabilidade, conhecimento especializado e flexibilidade para lidar com profissionais, pacientes e familiares.

Além do que foi citado anteriormente, a enfermagem atua diretamente na assistência à saúde do ser humano. Esta assistência vai desde o momento da gestação, quando nos referimos aos cuidados relacionados às gestantes, passa pelo nascimento, crescimento e desenvolvimento do indivíduo através das várias especialidades desenvolvidas até então e acompanha o envelhecimento e por sua vez ultrapassa as barreiras da vida.

Para Batista & Bianchi (2006) ser enfermeiro significa ter como agente de trabalho o homem, e, como sujeito da ação o próprio homem, o que estabelece uma ligação estreita entre o trabalho e o trabalhador. Essa proximidade favorece a uma vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença.

Isto fica evidente quando observamos a atuação da enfermagem após ser detectado o óbito. Para estes profissionais ainda há muito que ser feito, pois o que está diante de nós não é apenas um corpo, mas um ser humano que viveu, construiu uma história. Apesar da beleza e da grandiosidade desta profissão, ela acarreta sofrimento, desgaste físico e emocional à equipe, tanto no técnico de enfermagem quanto no enfermeiro, gerando assim o quadro de estresse.

Menzies (1960) foi a primeira autora internacional a informar que a profissão do enfermeiro é estressante. Ela destaca que situações como a morte do paciente como uma experiência estressante. Enfatiza ainda, que o fato de cuidar de pessoas doentes exige do profissional demandas de sofrimento, compaixão e simpatia, que se forem consideradas como incompatíveis com a profissão podem suscitar em culpa e ansiedade.

Elias & Navarro (2006) afirmam que as profissionais de Enfermagem são expostas a ambientes de trabalho intensamente insalubres, seja no sentido material ou subjetivo, pois

estão submetidas a condições laborais precarizadas e a baixa qualidade de vida, onde a manutenção da saúde é prejudicada.

Outros fatores, por exemplo, a incorporação tecnológica trouxe para a Enfermagem mudanças no processo do cuidar, estabelecendo novas relações entre indivíduos, com mudanças de papéis, valores e trabalho (BUETTO, 2009). Tais mudanças podem acarretar o aumento do nível de estresse nestes profissionais e consequentemente trazer riscos para a saúde destes indivíduos.

De acordo com Cordeiro (2006) os riscos podem ser classificados em cinco grupos conforme ilustra o quadro abaixo:

**Quadro 2: Fatores de Risco**

<b>GRUPO I</b> <b>Químicos</b>	<b>GRUPO II</b> <b>Físicos</b>	<b>GRUPO III</b> <b>Biológicos</b>	<b>GRUPO IV</b> <b>Ergonômicos</b>	<b>GRUPO V</b> <b>Mecânicos</b>
<b>Poeira</b>	Ruído	Vírus	Trabalho físico pesado	Arranjo físico deficiente
<b>Fumos metálicos</b>	Vibração	Bactéria	Postura incorreta	Máquinas sem proteção
<b>Névoas</b>	Radiação ionizante e não ionizante	Protozoário	Treinamento inadequado ou inexistente	Matéria prima fora de especificação
<b>Vapores</b>	Pressões anormais	Fungos	Jornada prolongada de trabalho	Equipamentos inadequados, defeituosos ou inexistentes
<b>Produtos químicos em geral</b>	Temperaturas extremas	Bacilos	Trabalho noturno	Eletricidade
<b>Gases</b>	Iluminação deficiente	Parasitas	Responsabilidade, conflito, tensões emocionais	Incêndios, explosões, edificações, armazenamento
<b>Solventes</b>	Umidade	Insetos	Desconforto, monotonia, ritmo excessivo	Transporte de materiais
<b>Outros</b>	Outros	Outros	Outros	Outros

Outro fato relevante é que um número significativo dos componentes da equipe de enfermagem possui duplo vínculo empregatício, e os que só têm um emprego costumam fazer jornada dupla em seu ambiente laboral para complementar a renda. Quando nos referimos ao enfermeiro, também notamos que o mesmo é responsável pela atividade gerencial. A equipe deve saber detalhes dos pacientes para que possa prestar uma assistência qualificada. Detalhes estes referentes ao tratamento, à doença em si, a forma em que o paciente está reagindo mediante a conduta adotada, dentre outros fatores que fazem parte do cotidiano da equipe profissional. Ainda não se pode deixar de mencionar quanto ao sofrimento psíquico que passam estes profissionais, tendo em vista que acompanham todo o processo do adoecer, tratamento, cura ou morte destes indivíduos.

Além disso, existem também os avanços terapêuticos no combate ao câncer. Queiroz (2008) relata que as inovações tecnológicas e os novos métodos gerenciais são responsáveis pela intensificação do trabalho, com aumento do ritmo, das responsabilidades, e da complexidade das tarefas no trabalho, se traduzindo em manifestações de envelhecimento prematuro, no adoecimento e morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas. Não podemos deixar de mencionar que o estresse é, também, um dos responsáveis pelo afastamento do indivíduo do seu local de trabalho devido ao desenvolvimento de patologias físicas e mentais, o que irá torná-lo inapto ao exercício de suas atividades.

Sob a ótica de Aquino (2005) o risco psíquico engloba a fadiga, a tensão, a perda do controle sobre o trabalho, as dobras de plantão, o trabalho subordinado, parcelado e fragmentado, a repetição de tarefas, o ritmo acelerado de trabalho, o contato com o cliente, a observação do sofrimento, a angústia causada pela doença e a ansiedade nas incertezas da vida e a morte.



Sendo assim faz-se necessário o aprofundamento dos estudos no que se refere ao estresse vivenciado pelos profissionais da enfermagem de um hospital oncológico e os casos suspeitos de transtornos mentais comuns.

#### **2.4 O estresse da enfermagem e o cuidar em Oncologia**

O câncer tem trazido sofrimento ao ser humano ao longo da história, e atualmente, no imaginário social, tal enfermidade permanece associada a representações de impotência, dor, perdas e morte. Por mais que a sobrevivência dos pacientes com câncer tenha aumentado significativamente, o estigma vinculado a esta patologia não foi completamente erradicado (DECAT; ARAUJO, 2010).

Segundo Mercês (2005, p.28) “O diagnóstico de câncer traz à tona uma série de questionamentos, como a possibilidade de mutilações, perdas, sofrimentos e dores”. Além disso, quando o diagnóstico impõe uma hospitalização gera um impacto não só ao paciente, mas à família também. O próprio tratamento por si só gera incertezas e medos, pois muitas vezes é mutilante, altera auto-imagem do indivíduo aumentando ainda mais o seu sofrimento.

No Brasil, as estimativas do câncer para o ano de 2012 serão válidas também para o ano de 2013 e aponta a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma, reforçando a magnitude desta patologia no país. Sem os casos de câncer não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo de útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino (BRASIL, 2011).

Desta forma é evidente o aumento do número de casos novos de câncer na população, porém é crescente também os avanços nas pesquisas no combate a esta patologia. Este fato

favorece melhorias nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, já que estas estão constantemente em processo de evolução.

A quimioterapia antineoplásica, a radioterapia e a cirurgia são alternativas no tratamento oncológico. A primeira diferencia-se das outras duas em alguns aspectos. Seu modo de atuação é sistêmico, enquanto que a radioterapia e a cirurgia possuem atuação local. Pode ser empregada com objetivos curativo ou paliativo, dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição física do paciente. Pode ser associada a outras formas de tratamento, tais como cirurgia, radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia (BONASSA, 2005).

A quimioterapia é um tratamento moderno e que se encontra em grande processo evolutivo. Tal fato possibilita maior efetividade no combate ao câncer e conseqüentemente o aumento na sobrevivência do paciente. É uma área que exige participação efetiva da equipe de enfermagem, de maneira mais precisa do enfermeiro. Este profissional desempenha ações de prevenção e controle no contexto do câncer, sendo sua competência prestar assistência aos pacientes portadores de câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além disso, desenvolve também ações educativas e integradas juntamente com outros profissionais, apoia medidas legislativas e identifica fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família (BRASIL, 2002).

Sendo assim, Buetto (2009, p23) relata em seu estudo que o cuidado especializado em Oncologia requer do enfermeiro conhecimentos sobre a fisiopatologia da doença; os tratamentos, suas indicações e conseqüências; os prognósticos; planejamento da assistência de enfermagem visando o ensino do autocuidado e a reabilitação, de acordo com a demanda de necessidades do paciente e da família, os recursos disponíveis, mediadas pela habilidade relacional; e o cuidado paliativo.

O enfermeiro desempenha ações de prevenção e controle no contexto do câncer, sendo sua competência prestar assistência aos pacientes portadores de câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Além disso, este profissional desenvolve também ações educativas e integradas juntamente com outros profissionais, apoia medidas legislativas e identifica fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família (BRASIL, 2002).

Bittencourt (2009, p.23) informa ainda que na assistência de enfermagem ao paciente anteriormente citado, os riscos são constantes, pois os enfermeiros estão em contato com resíduos químicos e materiais perfurantes-cortantes infectados. Além disso, desempenham outras funções, por exemplo, manipulam, diluem e administram drogas antineoplásicas; cuidam, administram e acompanham pacientes submetidos a irradiações ionizantes; realizam punções periféricas e profundas além de os acompanharem em terapias venosas de alta complexidade.

Devido a este contato direto e diário com os pacientes e demais profissionais envolvidos no tratamento do câncer, o enfermeiro é o profissional que atua como aliado no diagnóstico precoce e no tratamento dos transtornos mentais e de ajustamento dos doentes e seus familiares (CRESPO; LOURENÇO, 2007).

SILVA (2007a: p. 167) relata ainda que:

Como toda doença grave, o câncer confronta o doente e toda a sua família com o risco de morte iminente, desencadeando profundas modificações em suas vidas. Mesmo com todos os avanços que vem apontando possibilidades de cura de alguns tipos de câncer, a literatura revela, e na prática temos a oportunidade de observar, que a época do diagnóstico é um tempo de catástrofe, incertezas e angústias.

Além disso, é importante lembrar que o tratamento oncológico é complexo, longo, e envolve tanto o paciente quanto a equipe de saúde, gerando assim, diferentes fontes de estresse (CRESPO; LOURENÇO, 2007). Desta forma, Bittencourt (2009, p.23) afirma que os profissionais de enfermagem atuantes na área oncológica entram em contato contínuo com

situações de enfrentamento, que colaboram para a ocorrência de estresse e depressão, relacionados à dor e a perda.

Diante dessa realidade de dor e sofrimento Barbosa et al. (2008) relatam que a enfermagem está quase sempre exposta a condições estressantes, principalmente em razão da carga emocional decorrente da relação profissional-paciente, da escassez da equipe, dos turnos prolongados, das demandas físicas e da ambiguidade dos papéis. Quando relacionamos essa realidade a de um hospital oncológico a situação tende a ficar ainda mais crítica devido as fortes associações do câncer com a morte.

Souza (2011, p.38) refere em seu estudo que as representações do câncer fortemente associadas à ideia de morte favorecem ainda mais o sofrimento dos pacientes e familiares. Possui ainda, um estigma que soa como uma sentença de morte, como uma maldição tão temida que até mesmo o pronunciamento da palavra que nomeia “aquela doença”, “aquilo”, é cuidadosamente evitado.

De acordo com Rodrigues e Chaves (2008: p.2):

O exercício da enfermagem em oncologia requer atividades de controle e exercício mental, maiores que em outras áreas, uma vez que implica lidar com doença grave, cuidar de pacientes fora de possibilidades terapêuticas e terminais, a necessidade de cuidados intensivos e também prolongados e a elevada proximidade com a família, com vivência de situações emocionais desgastantes para o profissional.

Souza et al. (2009) relatam que apesar do progresso da Medicina em relação aos procedimentos realizados para o tratamento das doenças terminais, o câncer ainda é uma patologia revestida de estigmas, estando, na maioria das vezes, associada a uma sentença de morte. É uma doença que tem sido vista como um processo irreversível, cheia de significados, não só para os pacientes e familiares, mas para toda equipe de saúde. No momento em que recebe o diagnóstico, o doente entra em contato com a possibilidade da própria morte, levando-o a pensar sobre a sua vida, seus valores, espiritualidade e suas crenças (CRESPO; LOURENÇO, 2007).

O enfermeiro, de modo especial, acompanha todo este processo, pois está sempre muito próximo do paciente sendo um profissional no qual o indivíduo confia seus medos, sua ansiedade, a incerteza da cura, da mutilação entre outros. Para Ferreira (2003) apud Souza (2009) tudo isso fica evidente conforme expresso no trecho:

A prestação destes cuidados, para ser considerada de forma efetiva requer do enfermeiro não só o conhecimento da patologia em si, mas, além disso, a habilidade de lidar com os sentimentos dos outros e com as próprias emoções frente ao doente com ou sem possibilidade de cura. É preciso olhar para as necessidades não ditas, perceber o imperceptível, compreender o que se oculta atrás das palavras, entender os processos da morte e do morrer para que se torne capaz de auxiliar os pacientes na sua finitude, pois o conhecimento insuficiente destes aspectos poderá levar a um distanciamento do paciente como uma forma de proteção por não saber enfrentar tal situação e uma falha na prestação do cuidado singular/integral tão almejado pela Enfermagem.

Proporcionar cuidado e educação para os portadores de câncer e seus familiares representa um significativo desafio para Enfermagem. Portanto, o enfermeiro é o profissional mais habilitado e disponível para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação, afetando definitivamente a qualidade de vida futura deste indivíduo (BRASIL, 2008).

De acordo com Buetto (2009) no decorrer do processo do adoecimento pelo câncer, este passa a influenciar todos os aspectos da vida das pessoas. Essa influência vai além do fisiológico, pois compromete sua individualidade e dignidade, que quando associado às questões culturais, dimensiona as reações e problemas concretos como a dor, limitações físicas e emocionais, o desfiguramento e a finitude.

A atuação profissional junto a esta especialidade contribui fortemente para o aparecimento do estresse nos profissionais da área e este, por sua vez, deve ser um fator importante a ser considerado (AVELLAR; IGLESIAS e VALVERDE, 2007).

Portanto, a assistência a este paciente envolve conhecimentos técnicos-científicos, a capacidade e habilidade de compreender os sentimentos, valores e crenças das pessoas. É neste contexto que a enfermagem se insere, atuando de forma efetiva, na tentativa de

minimizar o sofrimento do indivíduo portador de câncer através da sua assistência e cuidado humanizado.

Sendo assim, Bittencourt (2009, p.21) em seu estudo realizado com enfermeiros em um hospital oncológico relata que as abordagens direcionadas ao paciente com câncer devem contemplar as diversas dimensões do sofrimento físico, espiritual e psicossocial e buscar o controle da doença, com preservação da qualidade de vida. E esta assistência para ser realizada de maneira eficaz, exige dos profissionais conhecimentos amplos relacionados à Oncologia, no que se refere à fisiopatologia da doença e principalmente ao tratamento. Este, por sua vez, expõe estes profissionais a riscos ocupacionais, principalmente no que se refere ao manuseio dos quimioterápicos.

Estes medicamentos, por sua vez, atuam de forma não específica, lesando tanto células malignas quanto benignas. Apesar dos seus efeitos tóxicos, diferentes em qualidade e intensidade. Este tratamento é possível devido a diferença de comportamento entre as células saudáveis e sadias, ou seja, os tecidos normais se recuperam totalmente antes das células neoplásicas (BRASIL, 2008).

Portanto a quimioterapia atinge células normais e tumorais ao mesmo tempo e isso leva a manifestação dos efeitos colaterais ou toxicidades relacionadas ao quimioterápico antineoplásico. De acordo com Bonassa e Santana (2005) os principais efeitos colaterais ou toxicidade são classificados da seguinte forma: Toxicidade hematológica, gastrintestinal, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, vesical e renal, alterações metabólicas, dermatológicas, fadigas, reações alérgicas e anafiláticas.

Sendo assim, é de extrema importância que a equipe de enfermagem conheça de forma aprofundada o funcionamento básico das substâncias a serem administradas. Deve também, fazer uso dos EPI's como preconiza a NR-32 (Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde

no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde), para que desta forma possa garantir segurança não somente ao paciente, mas também ao profissional que executa a função.

Diante disso, fica evidente que a equipe de enfermagem está exposta aos mais diversos riscos ocupacionais de natureza biológica (fluidos corpóreos, secreções e excretas), química (vapores, gases, solventes, etc), física (ruídos, radiação ionizante e não ionizante, etc), ergonômica (postura incorreta, trabalho pesado, jornada prolongada de trabalho, etc) e mecânica (eletricidade, arranjo físico deficiente, máquinas sem proteção) e quando este fator está relacionado ao profissional que mantém contato com a quimioterapia os riscos ainda são maiores, já que estes indivíduos tem mais chances de contraírem tumores secundários e cânceres, além de outros danos como alterações no ciclo menstrual, aborto e mal formação congênita. Isso ocorre devido aos efeitos mutagênicos, carcinogênicos e teratogênicos que os quimioterápicos antineoplásicos possuem (CORDEIRO, 2006).

Além de todo o processo de trabalho que a equipe de enfermagem desempenha junto ao cliente oncológico, não podemos deixar de mencionar as atribuições do enfermeiro. Este profissional participa do cuidado juntamente com o técnico de enfermagem em todas as etapas da assistência, porém executa algumas ações que são prioritariamente de sua competência, por exemplo, as ações gerenciais relacionadas ao planejamento, coordenação, controle e supervisão das atividades desenvolvidas pela sua equipe.

Diante do exposto, pode-se notar que o exercício laboral na Oncologia, demanda por parte da equipe atenção especial, já que o cliente apresenta um quadro clínico delicado. Este fato, por sua vez, exige da equipe de enfermagem atenção constante, concentração, memória, capacidade perceptiva, visual e auditiva, podendo causar fadiga mental e prejuízo na qualidade da execução das tarefas (QUEIROZ, 2008). Todos estes fatores favorecem o

surgimento de um ambiente de trabalho altamente estressante, com alta demanda de trabalho o que pode possibilitar o adoecimento físico ou psíquico do trabalhador.

## **2.5 Estresse e Transtorno Mental Comum**

Ultimamente vem crescendo de forma notável o interesse por questões relacionadas aos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental. Tal afirmativa é devido o número crescente de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho que são constatadas nas estatísticas oficiais e não-oficiais (JACQUES, 2003).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001) cerca de 450 milhões de pessoas no mundo sofrem transtornos mentais ou de comportamento. Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. Esse crescente ônus vem a representar um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos. O adoecimento psíquico é um dos grandes problemas enfrentados na atualidade, pois compromete a saúde das populações e, além disso, representa um elevado ônus para a saúde pública (ROCHA, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (2002) define transtornos mentais e do comportamento da seguinte maneira:

“Condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento...”

A Organização Mundial de Saúde (2002) informa ainda que, a cada quatro pessoas, uma será afetada por distúrbios mentais em uma determinada fase da vida. Um estudo multicêntrico realizado no Brasil em 2000, também pela Organização Mundial de Saúde, estima que 36% da população brasileira sofrerá de transtorno mental em algum momento da sua vida. Sendo assim, 450 milhões de pessoas serão afetadas por transtornos mentais ou



neuroológicos, ou problemas psicossociais, principalmente os relacionados ao álcool e drogas. Nos países ocidentais aproximadamente 90% desses transtornos estão relacionados a transtornos não psicóticos (VEGGI, 2005).

Estudos identificaram como principais transtornos a depressão, a ansiedade e outras queixas inespecíficas e somáticas (GOLDBERG & HUXLEY, 1992).

O Transtorno Mental Comum (TMC) é uma expressão criada por Goldberg e Huxley (1992) com a finalidade de designar sintomas como fadiga, estado de ansiedade, depressão, insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldades de concentração entre outras queixas somáticas. Portanto, não configura diagnóstico nosológico, já que seus sintomas, pela própria natureza inespecífica que o constitui, podem estar presentes em diversas categorias nosológicas clássicas existentes no DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual* - 4ª versão) e no CID-10 (Classificação Internacional das Doenças - 10ª revisão) (ARÔCA, 2009).

De acordo com a literatura, o TMC pode ter outras determinações. Pode-se citar como exemplo, Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), Problemas Psiquiátricos Menores (PMC) (KIRCHHOF, 2009). Neste estudo, optou-se pela determinação TMC.

A ausência na Classificação Internacional das Doenças (CID) de um grupo de diagnósticos de distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho foi o que proporcionou esta multiplicidade em sua nomenclatura (KIRCHHOF, 2009).

Valla *apud* Fonseca et al (2008) nomeia sofrimento difuso como queixas somáticas inespecíficas citando como principais sintomas dores de cabeça e no corpo, insônia, nervosismo, problemas gástricos e estados de mal-estar não classificáveis nos diagnósticos médicos e psiquiátricos, onde as múltiplas raízes podem ser encontradas nas relações sociais, familiares, laborativas ou econômicas. Este mesmo autor informa ainda que este tipo de queixa é uma das maiores demandas de atenção em saúde, nas classes populares.

Os TMC, claramente constituem um problema de saúde pública, pois apresentam relevantes impactos econômicos em detrimento das demandas geradas ao serviço de saúde e também ao conseqüente absenteísmo no trabalho (COUTINHO, 1999).

Coutinho e cols (1999) mostra que os TMC estão associados ao gênero feminino, à baixa escolaridade e ao desemprego, porém numa outra leitura dos resultados, haveria uma probabilidade maior de TMC em subgrupos da população, que é chamada, de uma maneira genérica pelos autores de desvantagem social.

Fonseca et al (2008) informa que os TMC estão relacionados com uma série de questões sociais, entre elas, a fraca inserção no mercado de trabalho. Porém, enfatiza ainda que as populações em situação de desvantagem social não estão fadadas aos TMC, contudo, suas condições de vida propiciam mais facilmente esse tipo de manifestações de sofrimento.

Estudos de base populacional realizados em países industrializados mostram que a prevalência de TMC pode variar de 7% a 30% (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). No Brasil, foram realizados vários estudos que investigam a prevalência de TMC na população. Em 2008 uma pesquisa mostrou que a prevalência dos casos de TMC encontrada na população de agentes comunitários atuantes em unidades básicas de saúde no município de São Paulo foi de 43,3% (SILVA & MENEZES, 2008). No Rio de Janeiro, no estudo conduzido em mulheres selecionadas em um centro de saúde a prevalência de TMC foi de 54,2%. Em outro mais recente, realizado na cidade de Feira de Santana- BA, foi estimado uma prevalência global de TMC de 29,9% (ROCHA et al, 2010). Em Olinda, segunda maior cidade de Pernambuco em população, a taxa de TMC encontrada foi de 35,4% entre os trabalhadores formais e 35,7% nos desempregados (FONSECA et al, 2008).

SOUZA et al (2010) mostra em sua pesquisa realizada com eletricitários onde era abordado o reflexo da privatização na saúde mental dos trabalhadores foi evidenciado queixas de insônia e nervosismo provocadas por situações de tensões no trabalho. Concluiu-se

então que tal fato estava relacionado com o perfil de adoecimento dos trabalhadores e ao modo de realização e organização do trabalho.

Em Belo Horizonte-MG, num estudo com professores da rede municipal mostrou que a prevalência de TMC foi bastante elevada, principalmente naqueles que relataram vivências de violência nas escolas, pior percepção sobre o trabalho, piores condições de trabalho e ambiente físico da escola, e menor recurso computacional para o trabalho escolar (GASPARINI et al, 2006). ANSELMINI et al (2008) mostra que a prevalência de TMC em uma população de jovens de 23 anos, residentes em Pelotas-RS foi de 28% na coorte, sendo que 32,8% ocorreu entre os indivíduos do sexo feminino e 23,5% no sexo masculino.

Estes transtornos são mais frequentemente encontrados nas cidades, apresentam um alto custo social e econômico, pois podem levar a incapacitação do indivíduo, constituindo uma causa importante de dias de trabalho perdidos, além de aumentarem a demanda dos serviços de saúde (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Apesar de serem muito comuns na população, parte considerável dos profissionais de saúde não estão preparados para acolher e cuidar desta demanda. Essa clientela geralmente é classificada por estes profissionais como pacientes poliqueixosos, psicossomáticos, funcionais, psicofuncionais, histéricos e pitiáticos (FONSECA et al, 2008).

Santos (2010) diz que ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como uma ação nobre, porém os custos emocionais desta ação só tem tido atenção recentemente. O exercício de profissões, como a Enfermagem, implica uma relação permeada por ambiguidade, como conviver com a distinção entre envolver-se somente como profissional e não como pessoa no ato de ajudar o próximo.

Diante disso, faz-se necessário que haja medidas que possibilitem uma diminuição da carga de estresse nos indivíduos de uma maneira geral, principalmente no que se refere ao ambiente de trabalho, já que este pode acarretar efeitos maléficos à saúde, não somente do

profissional, mas à sociedade como um todo, já que há um comprometimento da sua vida pessoal, familiar e profissional.

## **2.6 O estresse e o Modelo Demanda-Control**

O estresse no ambiente laboral tem sido alvo de várias pesquisas que versam sobre saúde e trabalho e também com diferentes abordagens teórico-metodológicas. Tal fato, provavelmente, pode ocorrer em detrimento do impacto negativo na saúde e bem-estar dos trabalhadores, fato este que poderia vir a prejudicar o funcionamento e a efetividade das instituições (KARASEK; THEOREL, 1990).

A teoria do estresse fundamenta-se na avaliação de como o organismo responde às demandas do ambiente externo, sendo o estresse produzido em situações em que as demandas excedem as capacidades individuais de responder a esses estímulos (ARAUJO et al, 2003).

O uso de escalas de medidas no âmbito de estudos epidemiológicos tem permitido avaliar constructos como o estresse. Robert Karasek foi um dos pesquisadores pioneiros a procurar nas relações sociais do ambiente de trabalho fontes geradoras de estresse e suas repercussões sobre a saúde (ALVES et al, 2004). Na década de 80 estudos já mostravam a associação dos aspectos psicossociais do trabalho com desfecho na saúde, mais especificamente as doenças coronarianas (KARASEK et al, 1981).

O modelo demanda controle (*Job Strain Model*) foi proposto por Karasek em 1976, onde considerava que o estresse no trabalho era resultado da interação de muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de produção de trabalho e menor apoio social recebido dos chefes e colaboradores ((KARASEK, 1979). Originalmente este instrumento era composto por 49 questões, denominado *Job Content Questionnaire* (JCQ), onde 9 questões eram referentes às “demandas psicológicas”, 5 questões sobre as “demandas físicas”, 18 sobre o “controle” (6 sobre o uso de habilidades e 12 sobre autonomia para decisão), 11 sobre

“apoio social no trabalho” (5 sobre apoio de supervisores e 6 de colegas) e finalmente 6 questões sobre insegurança no trabalho (HÖKERBERG, 2010).

A teoria do modelo demanda/controlé é focada na organização psicossocial do trabalho e postula que o estresse psicológico e o consequente adoecimento físico ou mental resultam da interação entre duas características específicas do trabalho: demanda psicológica e controle (SOUZA et al, 2010). A partir da combinação dessas duas dimensões, o modelo distingue situações de trabalho específicas que irão estruturar os riscos diferenciados inerentes à saúde.

Alves et al (2004) foram os responsáveis pela validação do processo de tradução do modelo no Brasil. Araújo (2003) diz que versão recomendada é formada por 49 questões, onde, além do controle-demanda psicológica, aborda também suporte social advindo da chefia e dos colegas de trabalho, demanda física e insegurança no emprego, como foi devidamente explicado anteriormente.

O modelo demanda/controlé testa duas hipóteses, onde a primeira propõe que os problemas de saúde do trabalhador são decorrentes de alta exigência no trabalho e a segunda propõe que o aprendizado no trabalho é decorrente de altas demandas psicológicas combinadas ao alto controle em relação ao processo de trabalho (KARASEK; THEOREL, 1990).

Alves et al (2004) cumpriram todas as etapas necessárias para o processo de tradução e validação do instrumento no Brasil. Foi realizado a tradução do inglês para o português por três tradutores independentes. As traduções foram analisadas por dois avaliadores externos. O modelo foi retraduzido do português para o inglês por dois profissionais independentes. Estes profissionais tinham o português fluente, porém seu idioma nativo era o inglês. Um painel de especialistas fizeram a avaliação da retradução.

Foram realizados três pré-testes com grupos independentes de voluntários para avaliar as dificuldades de compreensão das questões e estes mesmos foram repetidos três dias depois no mesmo grupo de pessoas que responderam anteriormente como estudo de confiabilidade de teste-reteste. Foi feito também a verificação da estabilidade e da consistência interna do instrumento (BRAGA,2007).

Araújo et al (2003) em seu estudo revela que o modelo desenvolvido por Karasek distingue quatro tipos básicos de experiência no trabalho, gerados pela interação dos níveis “alto” e “baixo” de demanda psicológica e de controle. São eles:

- Alta exigência;
- Trabalho ativo;
- Baixa exigência;
- Trabalho passivo

Cada um dos itens acima serão explicados detalhadamente na metodologia.

ALVES et al (2004) afirma ainda que a utilização da escala adaptada de medida de estresse no trabalho irá permitir a investigação de associações com diversos desfechos de saúde em estudos nacionais.

Vale ressaltar que a escala adaptada não contempla todos os aspectos inerentes ao ambiente de trabalho, permite somente algumas dimensões do estresse nesse ambiente específico, podendo ser complementada com a utilização de outras escalas ou até mesmo estudos que utilizem o método qualitativo (ALVES et al, 2004).

Theorell et al (1988) apresentaram uma versão abreviada do JCQ denominada *Swedish Demand Control (Support) Questionnaire* (DCSQ). Esta versão possui dezessete questões onde cinco abordam as “demandas psicológicas”, seis versam sobre o “controle” no trabalho (quatro questões sobre o uso de habilidades e duas sobre autonomia para decisão) e seis questões sobre “apoio social no trabalho”.

As opções de respostas variam de “frequentemente” a “nunca ou quase nunca” para as dimensões “demandas psicológicas” e “controle”. Para as questões referentes à dimensão apoio social no trabalho as alternativas variam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, sendo que no DCSQ esta dimensão está mais voltada ao ambiente de trabalho e no JCQ avalia o apoio de supervisores e colegas de trabalho (HÖKERBERG, 2010).

Neste estudo optou-se pela versão abreviada do JCQ, o DCSQ.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Caracterização do Estudo

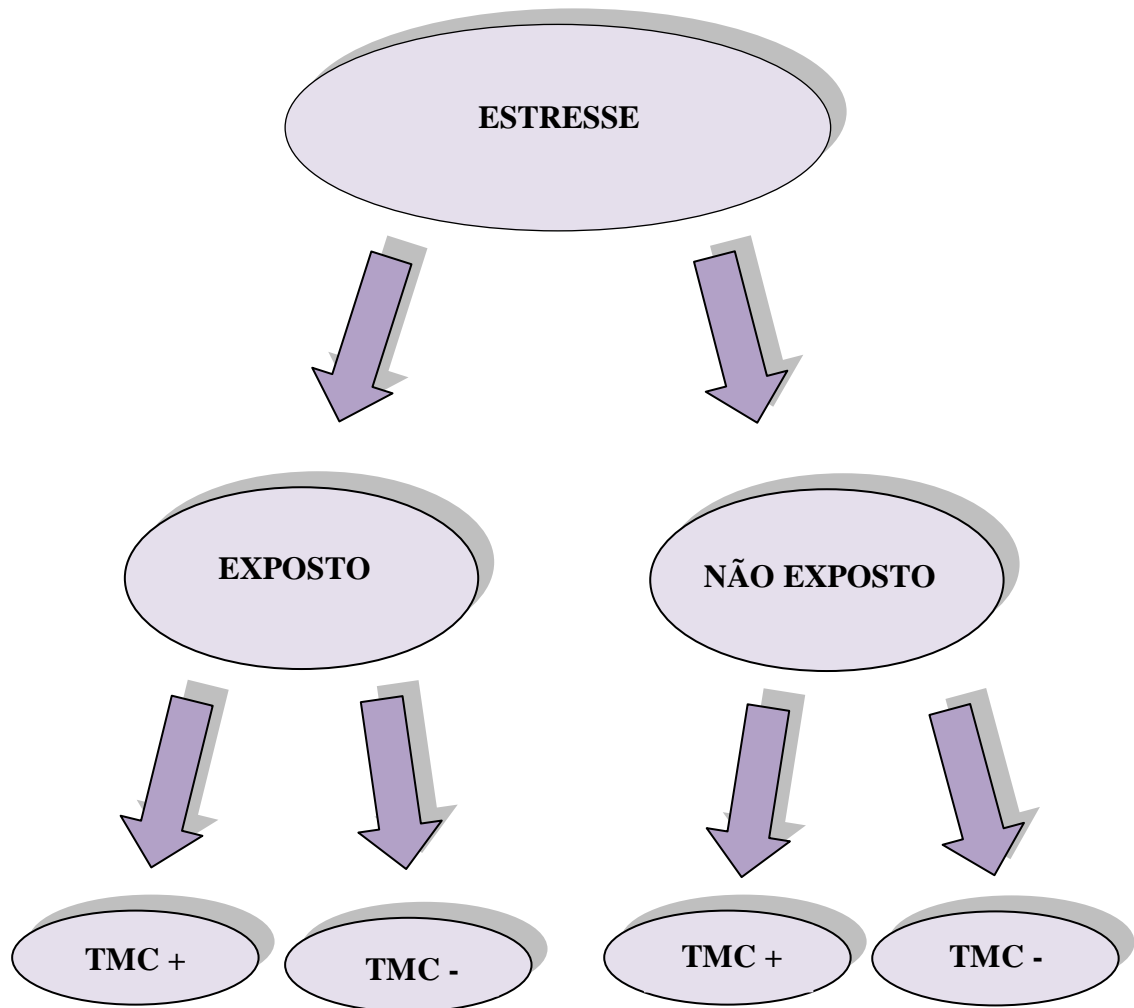
Trata-se de um estudo exploratório do tipo transversal e de abordagem quantitativa. As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2009).

Pereira (1995, p. 298) diz ainda que é uma pesquisa em que a relação exposição-doença é examinada, em uma dada população, em um particular momento, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento.

Sobre o estudo transversal, pode-se dizer que representa a forma mais simples de populacional, onde a relação exposição-doença é examinada em uma dada população em um dado momento. É um bom método para detectar frequência das doenças e de fatores de risco, assim como identificar os grupos na população que estão mais afetados ou menos afetados (PEREIRA, 1995).

Esta pesquisa foi realizada junto à equipe de enfermagem, formada por enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem, que atuam em um hospital público oncológico, considerando-se o estresse como fator de exposição e os casos suspeitos de TMC como possível desfecho. De acordo com esta proposição pode-se obter as seguintes situações expressas no esquema a seguir:



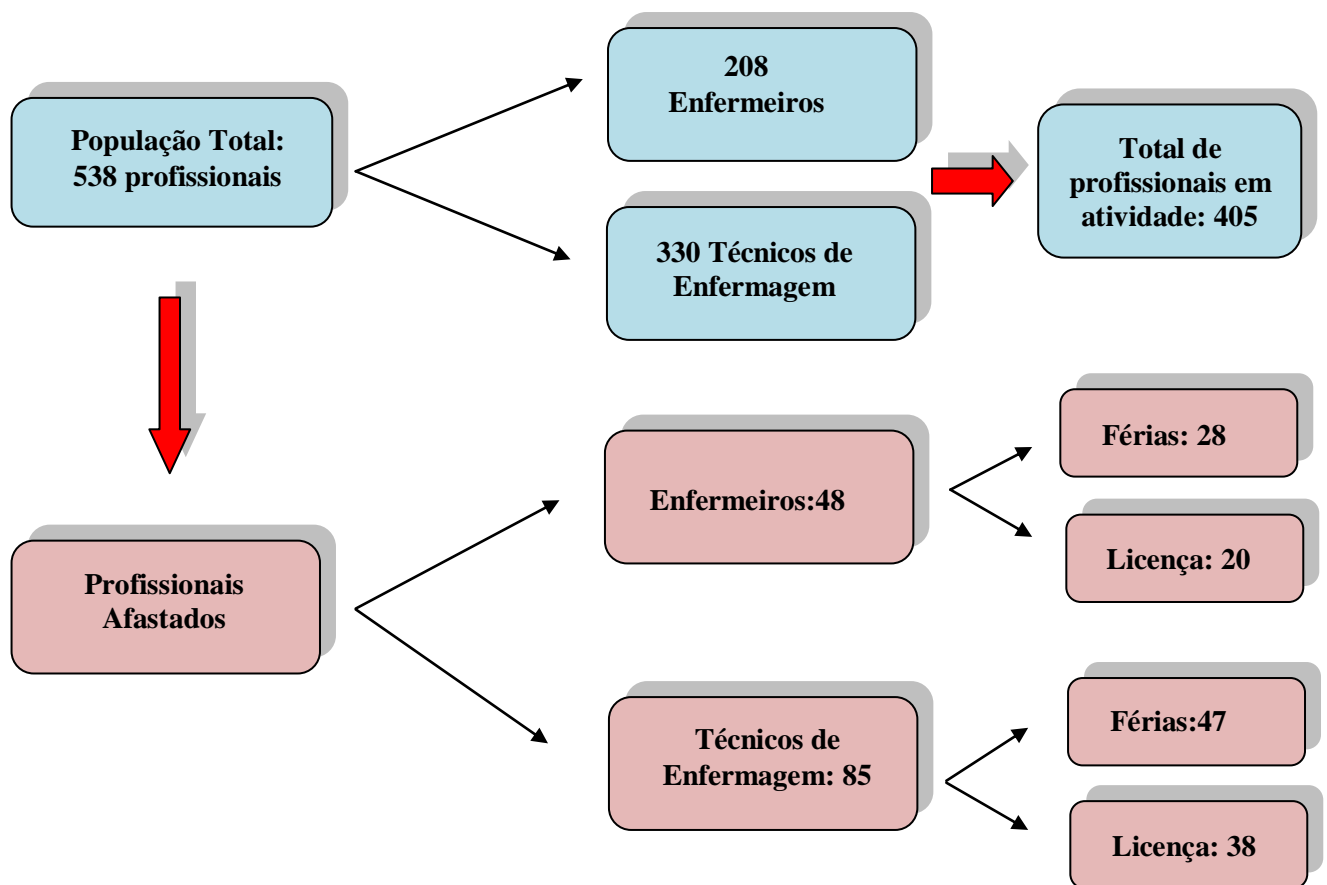


**Figura 1:** Exposição e desfecho do estudo

### **3.2 Caracterização da População**

A população estudada é composta por 538 de profissionais de enfermagem, 208 enfermeiros e 330 técnicos de enfermagem. Foi estabelecido como critério de inclusão no estudo, profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) em pleno exercício da profissão. Foi determinado como critérios de exclusão todos os profissionais que por algum motivo estivessem afastados de suas ações na fase da coleta dos dados (qualquer tipo de licença, férias, etc) e que possuíssem menos de seis meses de atuação na instituição.

Desta população, 28 enfermeiros estavam de férias e 20 afastados por licença médica. Em relação aos técnicos de enfermagem, 47 estavam de férias e 38 também afastados por licença médica, o que totalizava 48 enfermeiros e 85 técnicos de enfermagem. Sendo assim, são elegíveis para o estudo 405 profissionais, onde 160 são enfermeiros e 245 são técnicos de enfermagem (Figura 2).



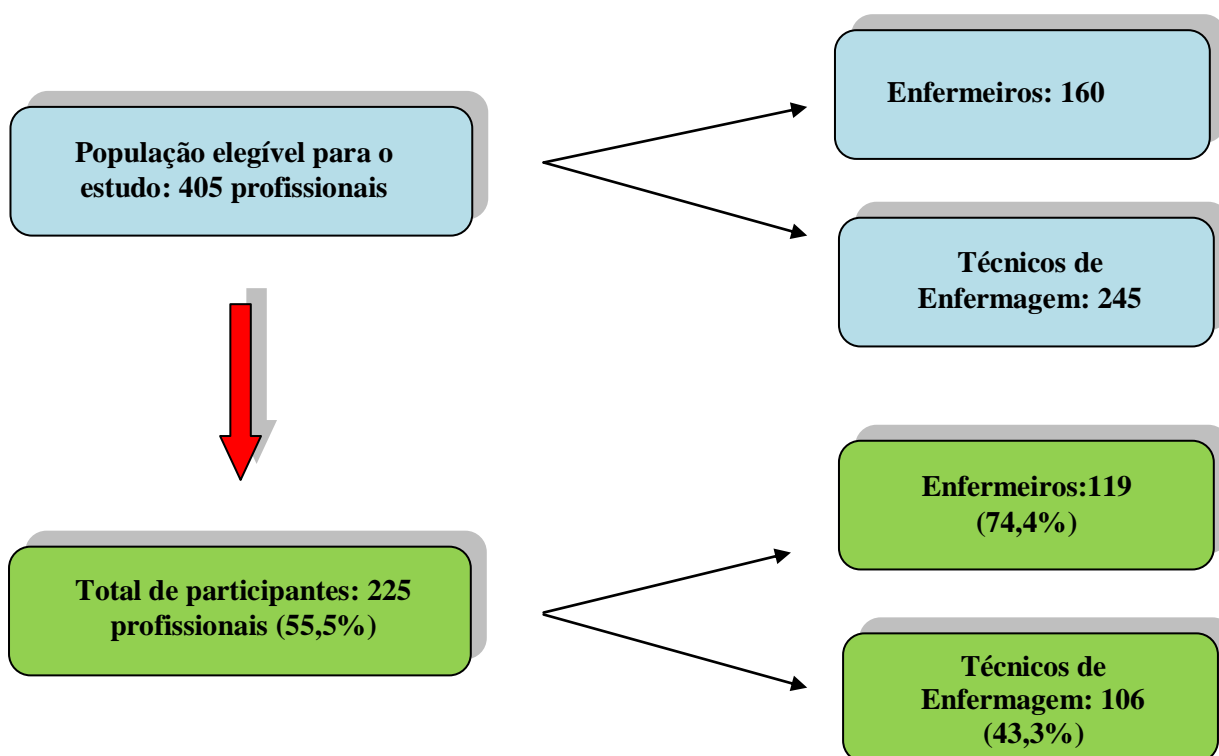
**Figura 2:** Representação esquemática da população do estudo

Estes profissionais encontram-se lotados nas áreas administrativas referentes à enfermagem e assistenciais, que englobam os ambulatórios e unidades de internação (cabeça e

pescoço, tórax e neuro, abdome, urologia, onco-hematologia, pediatria pediátrica, UTI pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto e Unidade Pós-operatório – UPO).

De acordo com estes critérios participaram do estudo 225 profissionais, 119 enfermeiros e 106 técnicos de enfermagem (Figura 3), o que corresponde a 55,5% da população elegível.

A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro, iniciada no dia 03 e o término foi dia 31 do mesmo mês. A coleta só ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.



**Figura 3:** Representação esquemática dos participantes do estudo

### **3.3 Instrumento de Coleta de Dados**

O instrumento de coleta de dados consistiu de um questionário auto-aplicável, não identificado, contendo 49 questões. Foi subdividido em:

- Questionário sócio-demográfico (APÊNDICE 2) contendo 12 perguntas;
- Questionário referente ao modelo demanda-controle (ANEXO 1) contendo 17 questões;
- Questionário referente ao rastreamento de casos suspeitos de TMC formado por 20 questões (ANEXO 2).

Os questionários são largamente utilizados devido a sua facilidade de aplicação podendo ser agrupados de acordo com duas dimensões distintas, ou seja, pela categoria de respostas, podendo ser aberta ou fechada e pela finalidade do uso, onde pode ser utilizado de forma generalizada por toda força de trabalho ou para uso restrito a determinados grupos ocupacionais (HÖKERBERG, 2010).

Para avaliar os aspectos demanda/controle/suporte relacionada ao estresse foi utilizado o questionário DCSQ. A sua versão original foi criada por Karasek em 1976 contendo 49 questões onde eram abordados os aspectos referentes as demandas psicológicas. Neste estudo utilizou-se a versão abreviada que foi apresentada na Suécia por Töres Theorell (1988) e foi denominada *Swedish Demand Control (Support) Questionnaire* – DCSQ (HÖKERBERG, 2010).

O DCSQ (ANEXO 1) é um instrumento composto por 17 questões, sendo que cinco referem-se às “demandas psicológicas”, seis sobre controle do trabalho, onde dessas seis, quatro são referentes ao “uso de habilidades” e duas sobre “autonomia para tomada de decisão” e as seis últimas estão relacionadas ao apoio social no trabalho (HÖKERBERG, 2010).

As opções de respostas são baseadas em frequência e o cálculo do escore é a soma simples das pontuações obtidas nos itens.

Para avaliar as “demandas psicológicas” utilizou-se as seguintes questões:

Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

- 1) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente? (isto é, produzir muito em pouco tempo)
- 2) Seu trabalho exige demais de você?
- 3) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?
- 4) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

As questões referentes ao “controle do trabalho” foram as abaixo listadas:

- 5) Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?
- 6) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados? Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 7) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 8) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- 9) Você pode escolher como fazer o seu trabalho?
- 10) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?

As opções de respostas para avaliar a demanda psicológica e controle eram “nunca/quase nunca”, “raramente”, “às vezes” e “sempre/frequentemente”. A pontuação referente a cada opção era 1, 2, 3 e 4 pontos respectivamente. É importante frisar que as questões de número 4 que avalia a demanda e número 11 referente ao controle possuem direção reversa, ou seja, estas questões apesar de apresentarem as mesmas opções de respostas, possuem pontuação com valores inversos. Sendo assim, temos as seguintes opções: “nunca/quase nunca”, “raramente”, “às vezes” e “sempre/frequentemente” com as seguintes pontuações 4, 3, 2 e 1 respectivamente.

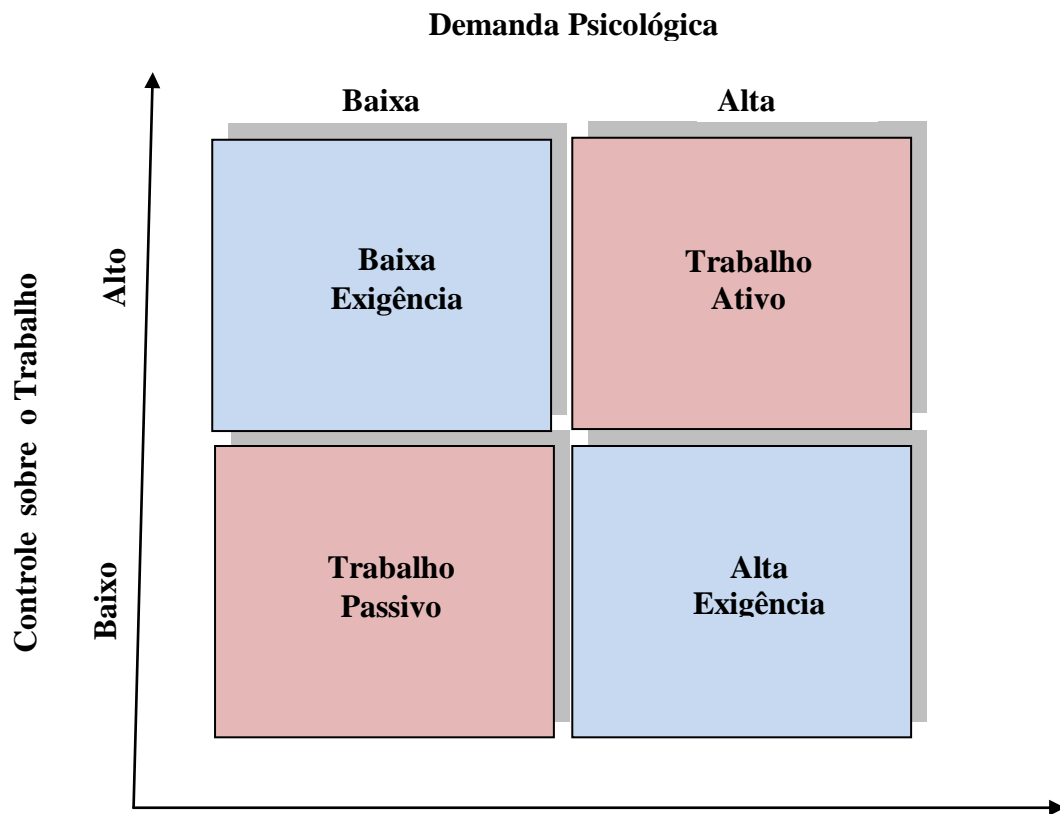
As opções “sempre/frequentemente”, “às vezes” e “raramente” foram consideradas como positivas e “nunca/quase nunca” como negativa. Os quadrantes de exposição ao estresse laboral foram definidos baseados nas dimensões demanda e controle, utilizando-se a mediana encontrada nos escores das dimensões investigadas.

Para dimensão demanda foram definidos como menor demanda os escores de 1 a 15 e maior demanda os escores de 16 a 20.

Para a dimensão controle foi considerado menor controle escores de 1 a 17 e maior controle de 18 a 24. A composição dos grupos do modelo demanda-controle, as variáveis demanda psicológica e controle sobre o trabalho e seus respectivos graus dicotomizados (alto e baixo) foram combinados com o objetivo de construir os quadrantes do modelo bidimensional, onde:

- 1) **Alta exigência:** combinação de alta demanda e baixo controle;
- 2) **Trabalho ativo:** combinação de alta demanda e alto controle;
- 3) **Baixa exigência:** combinação de baixa demanda e alto controle;
- 4) **Trabalho passivo:** combinação de baixa demanda e baixo controle.

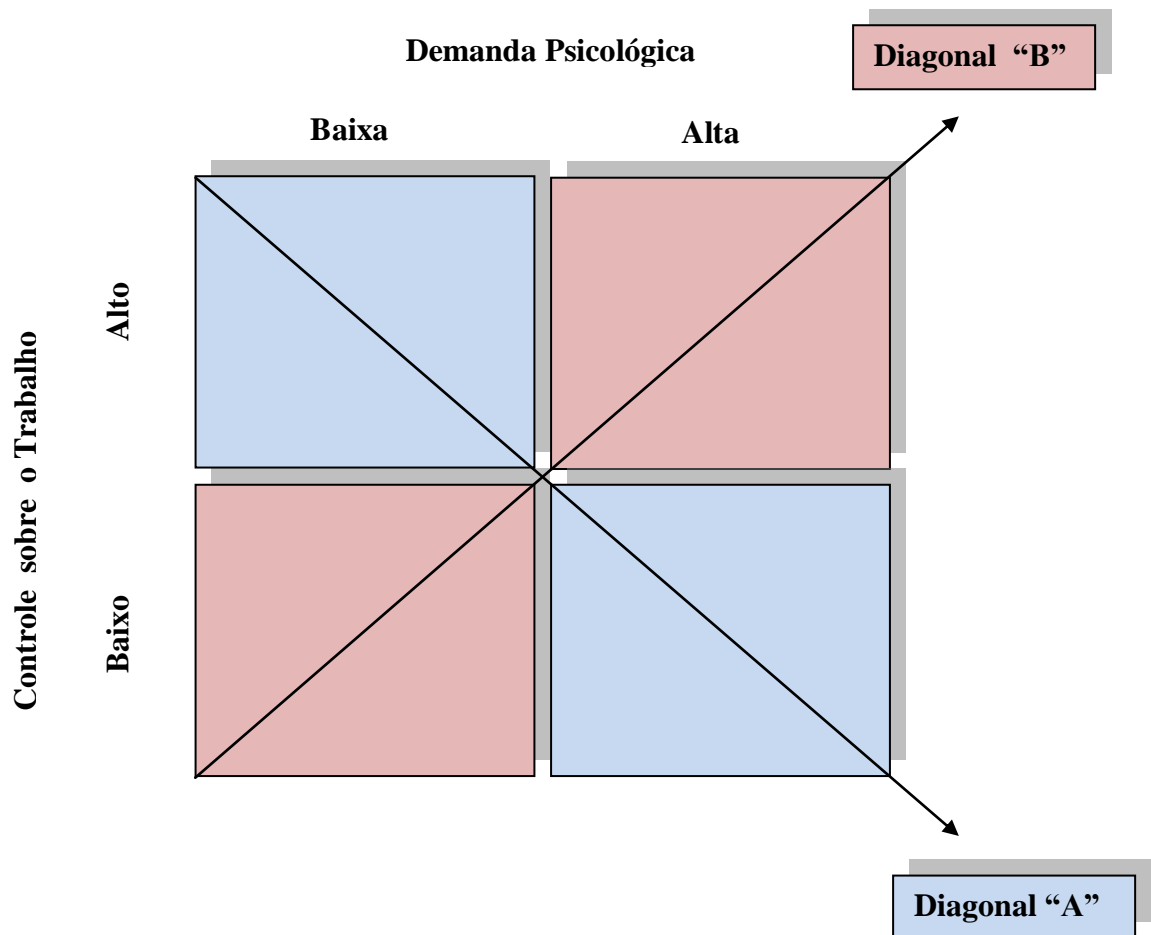
As dimensões acima citadas são mostradas na Figura 4.



**Figura 4:** Modelo bidimensional de Robert Karasek.

Fonte: Adaptado de Karasek e Theorell (1990).

De acordo com o modelo proposto por Karasek e Theorell (1990) podem ser verificadas duas situações específicas relacionadas à demanda psicológica e ao controle no trabalho. Tal afirmativa está representada por duas diagonais identificadas como “A” e “B” de acordo com Figura 5:



**Figura 5:** Diagonais do Demanda-Controle  
 Fonte: Adaptado de Karasek e Theorell (1990)

De acordo com o modelo proposto por Karasek e Theorell (1990) pode-se afirmar que:

- **Diagonal "A":** nesta situação ocorre o risco de adoecimento físico e mental.
- **Diagonal "B":** gera motivação para o aprendizado de novos padrões de comportamento.



O *Self Reporting Questionnaire* – SRQ-20 (ANEXO 2) possui 20 questões e pretende-se rastrear a presença de sintomas de transtornos mentais comuns. Este instrumento foi desenvolvido por Harding et al (1980), sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde e no Brasil sua validação se deu através dos estudos de Mari e Willians (1986), realizado em São Paulo em três unidades de saúde. Foi observado que o instrumento possui sensibilidade de 83% e especificidade de 80% .

A seleção do SRQ-20 se deu por tratar-se de um instrumento estruturado, auto-aplicável, utilizado em larga escala mundialmente e validado no Brasil por Mari e Willians (1986).

A versão mais utilizada em estudos de base populacional, e inclusive neste estudo, é constituída por 20 questões, sendo que quatro abordam sintomas físicos, e dezesseis sobre sintomas psicoemocionais (COSTA; LUDERMIR, 2005). Estes sintomas são separados em grupos e são denominados:

- Humor depressivo-ansioso (pergunta 1 a 4);
- Sintomas somáticos (pergunta 5 a 10);
- Decréscimo de energia vital (pergunta 11 a 16);
- Pensamentos depressivos (pergunta 17 a 20).

O questionário pode ser utilizado como entrevista ou autopreenchimento. As respostas são do tipo dicotômicas (sim/não), atribuindo-se respectivamente valores de 1 e 0 (BRAGA et al, 2010). Os pontos de corte sugeridos por Mari e Willians (1986) são 5/6 para homens e 7/8 para mulheres.

Neste estudo foi definido como sujeitos “não suspeitos” aqueles que possuem escores igual ou abaixo de 6 e sujeitos “suspeitos” aqueles que apresentam escores maior ou igual a 7, mesmo procedimento adotado em outros estudos (ARAUJO, 2007; ROCHA , 2010).

O SRQ-20 apresenta uma limitação, pois apesar da sua alta sensibilidade e especificidade, é um instrumento de triagem e não de diagnóstico (ANSEMI et al, 2008). Sendo assim, permite fazer somente o rastreamento dos TMC e não o diagnóstico das patologias.

### **3.4 Coleta de Dados**

A coleta de dados teve duração de 28 dias, sendo iniciada no dia 03 de janeiro de 2012 e finalizada no dia 31 do mesmo mês e ano. Foram distribuídos 300 questionários porém foram recuperados 225, sendo assim, foi considerado que o índice de recusa foi de 25%. Os questionários receberam um código, com o intuito de preservar a identidade do participante e também manter o sigilo das informações recebidas.

Todos os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora, bem como a apresentação do instrumento e possíveis esclarecimentos de dúvidas. Segue a descrição do passo-a-passo para a coleta dos dados:

- a) Obtenção da listagem de profissionais que atuam no hospital, junto à Divisão de Enfermagem;
- b) Divulgação dos objetivos e da metodologia para os profissionais, realizado pela autora, por meio de visita às unidades do hospital;
- c) Após exposição dos objetivos do estudo, os profissionais foram convidados a participar do trabalho. Os questionários foram distribuídos e explicados detalhadamente para que não houvesse nenhuma dúvida para respondê-los.
- d) A aplicação do instrumento foi realizada na própria unidade de trabalho dos profissionais, num ambiente tranquilo, que geralmente era destinado às refeições dos mesmos. Previamente, foi também solicitado a autorização das chefias dos respectivos setores que compuseram a casuística, a fim de evitar

transtornos aos serviços, bem como, restringir a perda de sujeitos. Além disso, os questionários foram aplicados em momentos oportunos, com a finalidade de evitar prejuízo da rotina de trabalho da equipe.

- e) Aplicação dos questionários aos profissionais que aderiram ao estudo.
- f) Construção de banco de dados.

### **3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Em obediência aos princípios éticos presentes na Declaração de Helsinque e à legislação sobre pesquisa envolvendo seres humanos, a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias assinada pelo participante e pelo pesquisador, onde cada uma das partes citadas ficava com uma cópia do documento.

No TCLE (APÊNDICE 1) a população pesquisada foi informada dos objetivos do estudo, bem como lhe foi garantido: o anonimato, o desejo ou não da participação na pesquisa, os benefícios do estudo, o nome e telefone dos responsáveis do estudo em caso de possíveis dúvidas em relação ao estudo.

O projeto foi encaminhado às chefias de enfermagem e médica da instituição e após parecer favorável ao seu desenvolvimento, o estudo foi registrado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer – INCA sob o número 126/11 (ANEXO 1) onde seguiu rigorosamente o protocolo estabelecido pelo CEP. Após parecer favorável deste CEP deu-se início a coleta de dados.

Os instrumentos utilizados foram armazenados pela pesquisadora e serão mantidos em sigilo durante cinco anos. Após este período os mesmos serão incinerados.

### **3.6 Análise dos Dados**

Com o objetivo de descrever a população estudada e aspectos das atividades ocupacionais, os dados obtidos foram tabulados de acordo com os principais atributos sócio-demográficos e com algumas características do trabalho indagadas neste estudo.

Para averiguar a existência de associações foram realizados cruzamentos entre:

- Aspectos sócio-demográficos e ocupacionais;
- Demanda/controle/suporte;
- Transtorno mental comum (SRQ-20).

Para a construção do banco de dados foi utilizado o programa Excel do Office XP 2007. Os dados obtidos foram conferidos para correção de possíveis erros de digitação. A análise estatística dos dados foi realizada pelo programa SPSS 17,0.

#### **a) Tratamento das co-variáveis do estudo**

As co-variáveis contínuas foram apresentadas de acordo com a sua frequência e as co-variáveis categóricas de acordo com seus valores absolutos e proporções.

Para as co-variáveis: profissão, sexo, filhos, vínculo empregatício, turno de trabalho e outro emprego ocorreu a classificação de forma dicotômica, respectivamente, enfermeiro ou técnico de enfermagem, sexo masculino ou feminino, possui ou não possui filhos, vínculo estatutário ou CLT, turno diurno ou noturno e possui ou não possui outro emprego.

A co-variável idade foi analisada em quatro estratos para facilitar a análise. Sendo assim foram divididas: até 35 anos, de 36 a 45, de 46 a 55 e acima de 56 anos. Para avaliar a situação conjugal foram consideradas duas categorias: com companheiro (a) e sem companheiro (a).

O tempo de atuação na instituição foi avaliado em anos e como variável contínua, onde foram criados os seguintes estratos para a análise final: até um ano, entre dois e cinco anos, entre 6 e 10 anos, entre 11 e 15 anos, entre 16 e 20 anos e mais de 21 anos. A mesma classificação foi utilizada para análise de tempo de trabalho no setor.

Na avaliação da carga horária de trabalho semanal foi estabelecido 40 horas, 41 a 60 horas e de 61 a 80 horas de trabalho semanal. Nesta análise pode-se considerar que os indivíduos que possuem 40 horas semanais de trabalho atuam somente na instituição estudada, tendo em vista que a carga horária de trabalho neste hospital é de 40h/semanais. Todos os demais que possuem 41 horas ou mais possuem outro vínculo empregatício.

Foi utilizado também o teste qui quadrado ( $\chi^2$ ) com o intuito de verificar se haveria associação entre estresse e TMC durante a análise bivariada. Na avaliação de significância foi considerado o valor  $p \leq 0,05$ .

#### **b) Análise da relação entre estresse e TMC**

Após a realização da análise descritiva da população, deu-se início às análises bivariadas e estratificadas objetivando-se avaliar a possível associação entre as variáveis e TMC.

Além da relação entre estresse e TMC, foram relacionadas também as co-variáveis (profissão, sexo, idade, presença ou não de filhos, vínculo empregatício, turno, tempo de atuação na instituição e no setor e carga horária semanal de trabalho) com o resultado das avaliações entre estresse e TMC, tendo em vista que tais características podem ser fatores potenciais ao surgimento do estresse no trabalho.

#### **4. RESULTADOS**

Dos 405 profissionais elegíveis ao estudo, 225 participaram totalizando 55,5% da população.

Os resultados são apresentados em 4 etapas descritas a seguir:

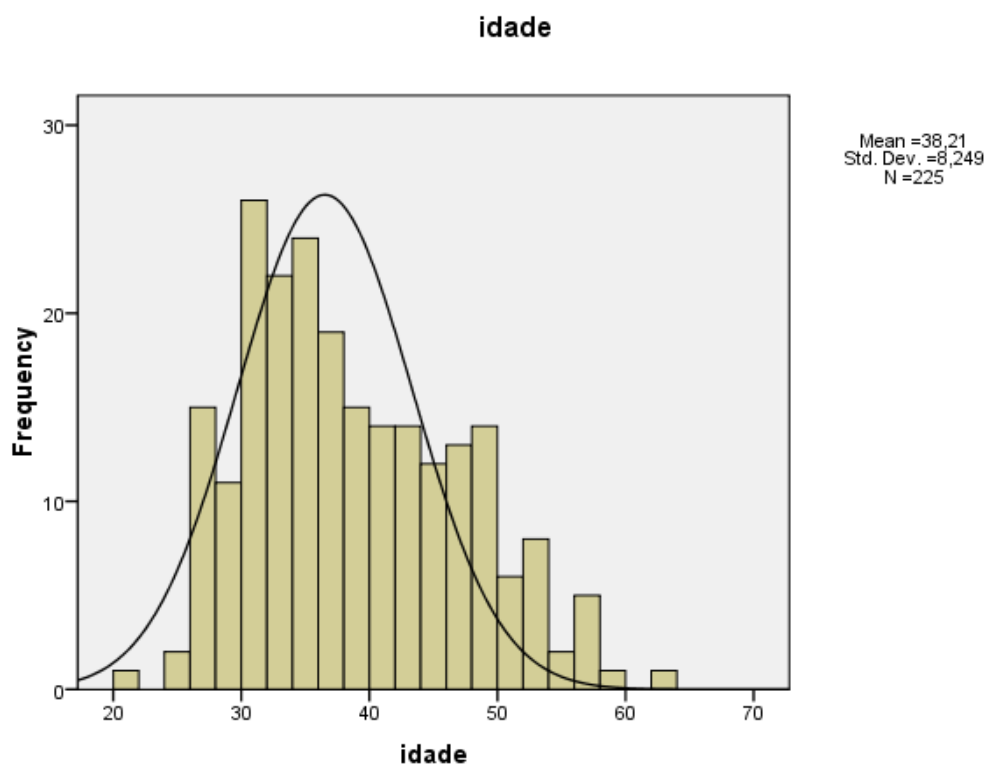
1. Distribuição da população em relação as variáveis sócio-demográficas e laborais;
2. Distribuição da população de acordo com o modelo demanda-controle (DC);
3. Distribuição da população segundo a classificação para TMC;
4. Análise da prevalência de casos suspeitos de TMC de acordo com categorias de estresse no trabalho.

#### 4.1 Distribuição da população em relação às variáveis sócio-demográficas e laborais

##### ➤ Variáveis sócio-demográficas

Pessoas do sexo feminino tiveram maior participação no estudo (81,8%). Sobre a faixa etária 44,9% da população possui até 35 anos (Figura 6).

**Figura 6:** Histograma da distribuição dos trabalhadores de acordo com a idade



Quando indagados sobre a situação conjugal 69,3% responderam que possui companheiro e 58,2% possuem filho (s) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Distribuição das co-variáveis sócio-demográficas da população

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	41	18,2
Feminino	184	81,8
Total	<b>225</b>	100,0
<b>Faixa etária</b>		
Até 35	101	44,9
36-45	74	32,9
46-55	43	19,1
56 ou mais	7	3,1
Total	<b>225</b>	100,0
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	156	69,3
Sem companheiro	69	30,7
Total	<b>225</b>	100,0
<b>Presença de filhos</b>		
Sem filhos	94	41,8
Com filhos	131	58,2
Total	<b>225</b>	100,0

Legenda: N= população total. n= número de trabalhadores na subcategoria. % frequência

➤ Variáveis Laborais

Os enfermeiros tiveram maior participação no estudo com 53,4% dos entrevistados (Tabela 2).



**Tabela 2:** Distribuição da população de acordo com a profissão

VARIÁVEIS	População geral	
	N	%
<b>Categoria profissional</b>		
Enfermeiro	120	53,4
Técnico de enfermagem	105	46,6
Total	<b>225</b>	100,0

Legenda: N= população total. n= número de trabalhadores na subcategoria. % frequência

Ao analisar o turno de trabalho 63,1% dos entrevistados atuam no turno diurno. Sobre o tempo de atuação no setor, 58,2% tem até 5 anos de atuação no setor, destes 36,4 possuem até um ano e 27,1% dos entrevistados estão no setor por um período entre 6 e 10 anos (Tabela 3).

**Tabela 3:** Distribuição das co-variáveis turno de trabalho e tempo de atuação no setor

CO-VARIÁVEIS		
	N	%
<b>Turno de trabalho</b>		
Diurno	142	63,1
Noturno	83	36,9
Total	<b>225</b>	100,0
<b>Tempo de trabalho no setor (anos)</b>		
Até 1	82	36,4
2 a 5	49	21,8
6 a 10	61	27,1
11 a 15	15	6,7
16 a 20	8	3,6
21 ou mais	10	4,4
Total	<b>225</b>	100,0

Legenda: N= população total. % frequência.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição 30,7% dos participantes possuem até um ano de trabalho neste hospital. Como mencionado anteriormente, trata-se de uma instituição pública, e que recentemente convocou profissionais aprovados em processo seletivo, este fato justifica essa proporção de profissionais com até um ano de atuação. Os entrevistados que informaram possuir carga horária semanal de 40 horas correspondem a 53,8%, ou seja, trabalham somente na instituição onde foi realizada a coleta de dados, tendo em vista que a carga horária semanal neste hospital é de 40 horas/semana (Tabela 4).

**Tabela 4:** Distribuição das co-variáveis tempo de trabalho na instituição, vínculo empregatício e carga horária.

<b>VARIÁVEIS</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de trabalho na instituição (anos)</b>		
Até 1	69	30,7
2 a 5	40	17,8
6 a 10	67	29,8
11 a 15	17	7,6
16 a 20	16	7,1
21 ou mais	16	7,1
Total	<b>225</b>	100,0
<b>Outro vínculo empregatício</b>		
Sim	104	46,2
Não	121	53,8
Total	<b>225</b>	100,0
<b>Carga horária de trabalho semanal (horas)</b>		
40	121	53,8
41 a 60	38	16,9
61 a 80	66	29,3
Total	<b>225</b>	100,0

Legenda: N= população total. n= número de trabalhadores na subcategoria. % frequência.

#### **4.2 Distribuição da população de acordo com o Modelo Demanda-Controle**

➤ Valores da escala de estresse no trabalho

A partir deste momento serão mostrados os resultados obtidos referentes ao modelo demanda/controle.

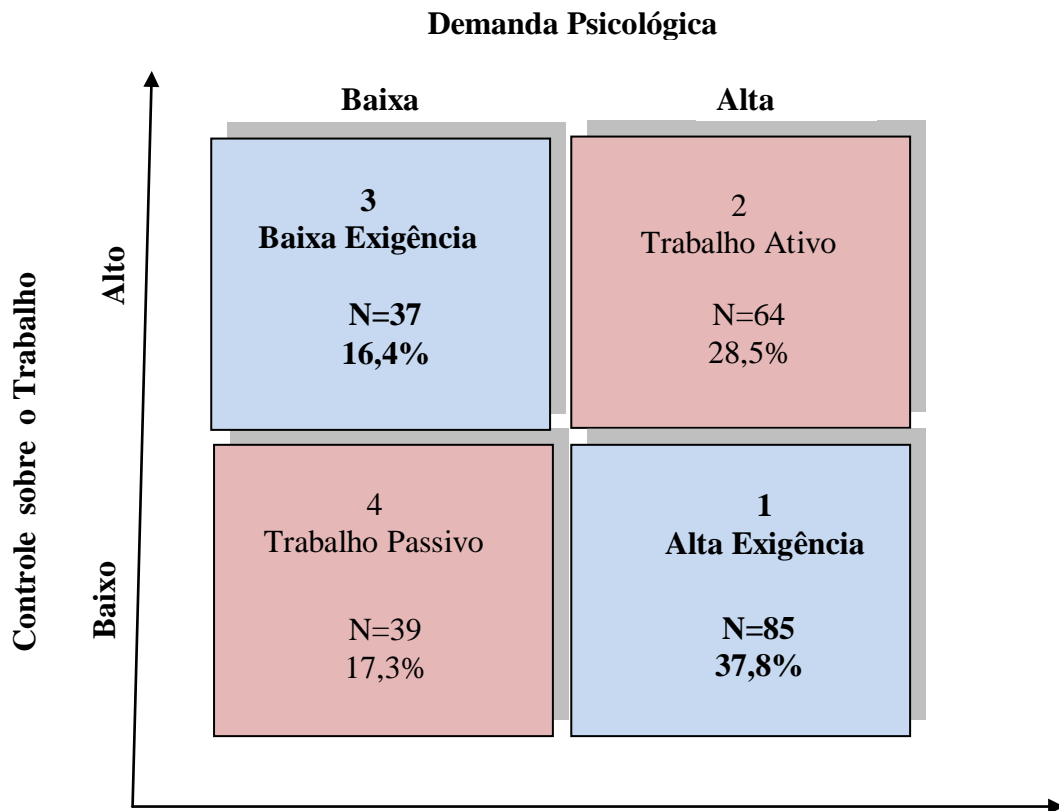
De acordo com os resultados obtidos o maior percentual da população encontra-se no quadrante de alta exigência (37,8%). A segunda maior parcela dos entrevistados está situada no quadrante trabalho ativo (28,5%). O trabalho de baixa exigência comporta 16,4% dos profissionais e trabalho passivo 16,3%.. Esses quadrantes e seus respectivos valores estão expressos na Tabela 5.

**Tabela 5:** Frequência de aspectos psicossociais do trabalho, segundo os quadrantes do Modelo Demanda-Controle.

<b>MODELO DEMANDA-CONTROLE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Trabalho com alta exigência	85	37,8
Trabalho ativo	64	28,5
Trabalho com baixa exigência	37	16,4
Trabalho passivo	39	17,3

Legenda: N= população total. n= número de trabalhadores na subcategoria. % frequência

Os dados obtidos nesta tabela são transcritos na **Figura 7** com o intuito de ilustrar o comportamento dos trabalhadores em relação ao modelo demanda-controle. De acordo com o modelo proposto, os trabalhadores situados no quadrante 1 são os mais propensos a desenvolvimento de patologias físicas ou mentais devido a maior exposição ao estresse.



**Figura 7:** Distribuição da equipe de enfermagem de um hospital oncológico no Rio de Janeiro de acordo com o modelo D/C, Brasil, 2012.

Estudos desenvolvidos por Araújo (2003) mostram que os trabalhadores de enfermagem que estão situados no quadrante de alta exigência estão mais expostos ao estresse ocupacional, tendo em vista que este quadrante é caracterizado pela alta demanda e baixo controle. Este quadrante é o que apresenta maior exposição do trabalhador ao desenvolvimento de doenças físicas e mentais. Aqueles que estão no quadrante referente ao trabalho ativo estão submetidos a alta demanda porém apresentam alto controle, o que configura o trabalho saudável, pois estimula a criatividade dentre outros fatores. O quadrante 3 representa o trabalho com baixa exigência onde há o predomínio de baixa demanda e baixo controle. Este quadrante não gera um quadro saudável ao trabalhador, tendo em vista que esta configuração de trabalho desestimula a criatividade. Por último temos o quadrante 4 que

representa o trabalho passivo. Este é marcado pela baixa demanda e baixo controle, o que também não configura trabalho saudável.

De acordo com os resultados obtidos, 37,8% da população estudada está no quadrante de alta exigência, o que representa maior exposição ao estresse laboral. Os quadrantes de trabalho ativo e trabalho passivo são considerados de exposição intermediária e expressam 28,5% e 17,3% respectivamente. Por último a categoria baixa exigência com 16,4% dos entrevistados que são classificados como não expostos.

➤ Categorias de estresse no trabalho segundo características profissionais

Em relação aos enfermeiros pode-se observar que o quadrante de alta exigência abarca 36,6% dos entrevistados, trabalho ativo enquadra 30,9% enquanto que baixa exigência e trabalho passivo representam 19% e 20% dos entrevistados respectivamente.

Sobre os técnicos de enfermagem pode-se dizer que 39,0% estão no quadrante de alta exigência, seguido por 25,8% no trabalho ativo. Trabalho de baixa exigência e trabalho passivo apresentam 17,1% e 18,1% respectivamente.

Apesar de parcela significativa dos trabalhadores estarem submetidos ao trabalho de alta exigência, não foi obtido associação entre estresse e profissão (Tabela 6).

**Tabela 6:** Distribuição da população de acordo com Karasek e a categoria profissional

Karasek	Profissão				Total	Valor de <i>p</i>
	Enfermeiro		Técnico de Enfermagem			
	n	%	n	%		
Alta exigência	44	36,6	41	39,0	85	0,867
Trabalho ativo	37	30,9	27	25,8	64	
Baixa exigência	19	15,8	18	17,1	37	
Trabalho passivo	20	16,7	19	18,1	39	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>105</b>	<b>100</b>	<b>225</b>	

Legenda: n= número de trabalhadores na subcategoria. % frequência

➤ Categorias de estresse no trabalho de acordo com características laborais e sócio-demográficas

As co-variáveis laborais e sócio-demográficas foram comparadas com os quadrantes do estresse.

A faixa etária, para esta análise foi dividida em até 45 anos e 46 anos ou mais. Sob esta ótica os profissionais que possuem até 45 anos, em sua grande maioria representam o quadrante *alta exigência* (83,3%) enquanto que o *trabalho ativo* apresenta 76,5% de profissionais de até 45 anos. Este corte etário não se mostrou associado ao estresse laboral.

Dos 85 profissionais que foram enquadrados em *alta exigência*, 84,6% possuem até 10 anos de trabalho na instituição, sendo suas proporções idênticas quando divide-se a população entre profissionais que possuem até 3 anos e aqueles que possuem de 4 a 10 anos de trabalho institucional, ou seja, 42,3% para cada.

Quando se avalia o trabalho ativo, nota-se que 29,7% da instituição possui até 3 anos de atuação enquanto que 42,2% possui de 4 a 10 anos de serviços prestados. *Baixa exigência* e *trabalho passivo* representam uma menor proporção de profissionais com até 3 anos de trabalho (29,7% e 35,9% respectivamente) quando comparados com o *baixa exigência* e *trabalho passivo* que possuem de 4 a 10 anos trabalhados (40,6% e 46,1% respectivamente). Não houve associação entre estresse e faixa etária. O mesmo ocorreu entre estresse e tempo na instituição (Tabela 7).

**Tabela 7:** Distribuição da população de acordo com os quadrantes de Karasek e suas características sócio-demográficas e laborais

Co-variáveis	Karasek								Total	Valor de <i>p</i>
	Alta exigência		Trabalho ativo		Baixa exigência		Trabalho passivo			
<b>Faixa etária</b>										0,511
Até 45 anos	70	82,3	49	76,5	26	70,2	30	76,9	175	
46 anos ou mais	45	17,7	15	23,5	11	29,8	9	23,1	50	
Total	85	100,0	64	100,0	37	100,0	39	100,0	225	
<b>Tempo na instituição</b>										0,380
Até 3 anos	36	42,3	19	29,7	11	29,7	14	35,9	80	
4 a 10 anos	36	42,3	27	42,2	15	40,6	18	46,1	96	
11 anos ou mais	13	15,4	18	28,1	11	29,7	7	18,0	49	
Total	85	100,0	64	100,0	37	100,0	39	100,0	225	

Legenda: N= população total. % frequência



### 4.3 Distribuição da população segundo a classificação para TMC

A prevalência global de suspeição de TMC na equipe de enfermagem foi elevada, sendo, 40% de suspeitos entre os enfermeiros e 36,5% entre os técnicos de enfermagem. A diferença entre enfermeiros e técnicos de enfermagem pode ser devido à função gerencial exercida pelo primeiro profissional, o que pode proporcionar maiores chances do desenvolvimento de TMC. Além disso, o enfermeiro é o líder da equipe de enfermagem, cabendo a ele não somente a função assistencial, bem como administrativa. É este profissional que faz o intermédio da equipe com as demais categorias profissionais (médicos, fisioterapeutas, nutricionistas) e as famílias. Apesar destes resultados terem sido muito elevados eles não apresentam associação entre as variáveis, conforme ilustra a Tabela 8.

**Tabela 8:** Distribuição da população segundo categorias profissionais e TMC

Profissão	TMC				Total	Valor de <i>p</i>
	Não Suspeito		Suspeito			
	n	%	n	%	N	
<b>Enfermeiro</b>	72	60,0	48	40,0	120	0,172
<b>Técnico de Enfermagem</b>	71	67,6	34	32,4	105	
	143	63,5	82	36,5	225	
Total						

Legenda: N= população total. n= subcategoria. % frequência

#### ➤ Filhos e casos suspeitos de TMC

Foram analisados os casos suspeitos de TMC em relação a presença ou não de filhos. Observa-se que entre os trabalhadores que possuíam filhos a proporção de casos suspeitos de TMC é menor (46,3%) enquanto que para aqueles que não possuem filhos é maior (53,7%). Neste item as variáveis apresentam associação entre si (Tabela 9).

**Tabela 9:** Filhos e casos suspeitos de TMC

Filhos	TMC				Total	Valor de <i>p</i> 0,009
	Não suspeito		Suspeito			
	N	%	N	%		
<b>Possui</b>	92	64,3	38	46,3	130	
<b>Não possui</b>	51	35,7	44	53,7	95	
<b>Total</b>	143	100,0	82	100,0	225	

Legenda: N= população total. % frequência

### ➤ Análise dos casos suspeitos de TMC segundo respostas do SRQ-20

Para os profissionais com escore maior ou igual a sete, as questões do SRQ-20 com resposta mais frequente foi a que refere *nervosismo, tensão ou preocupação* inserida no grupo de perguntas que avaliam humor-ansioso, com 62,2% das respostas.

A avaliação referente aos sintomas somáticos a maior frequência foi referente ao *dormir mal* e logo em seguida *dores de cabeça*, com 60,9% e 48,4% das respostas respectivamente. *Desconforto estomacal* (41,8%) e *má digestão* (36,9%) também foram muito citadas.

Em relação ao grupo de sintomas que avalia o decréscimo de energia vital as opções mais citadas pelos participantes foram *cansaço com facilidade e trabalho visto com sofrimento* (visão do trabalhador) com 57,3% e 56,4% respectivamente. Tiveram a mesma frequência de respostas as perguntas referentes a *dificuldades em ter satisfação em suas tarefas* e *cansaço contínuo* com 32,4% das respostas cada uma.

Referente ao grupo de sintomas que avaliam pensamentos depressivos a resposta mais mencionada foi a que refere *perda do interesse pelas coisas* com 23,1% (Tabela 10).

Vale ressaltar que apesar de alguns sintomas serem mais citados para efeito de análise, estes sintomas devem ser analisados em conjunto, ou seja, de acordo com os grupos e não o sintoma isoladamente.

**Tabela 10:** Frequência das alterações de saúde de acordo com o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) referidos pelos profissionais de enfermagem.

<b>Grupos de sintomas/Alterações de saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Humor depressivo-ansioso</b>		
Nervosismo, tensão ou preocupação	140	62,2
Assusta-se com facilidade	43	19,1
Sente-se triste ultimamente	81	36,0
Chora mais que o de costume	38	16,9
<b>Sintomas somáticos</b>		
Dores de cabeça	109	48,4
Dormir mal	137	60,9
Desconforto estomacal	94	41,8
Má digestão	83	36,9
Falta de apetite	17	7,6
Tremores nas mãos	26	11,6
<b>Decréscimo de energia vital</b>		
Cansaço com facilidade	129	57,3
Dificuldade em tomar decisão	46	20,4
Dificuldade em ter satisfação nas tarefas	63	32,4
Trabalho visto com sofrimento (do trabalhador)	127	56,4
Cansaço contínuo	73	32,4
Dificuldade de pensar claramente	50	22,2
<b>Pensamentos depressivos</b>		
Sentir-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida	14	6,2
Perder o interesse pelas coisas	52	23,1
Pensar em dar fim a sua vida	4	1,8
Sentir-se inútil em sua vida	10	4,4

Legenda: N= população total. % frequência

#### 4.4 Análise da prevalência de TMC de acordo com categorias de estresse no trabalho

- Casos suspeitos e não suspeitos de TMC de acordo com os quadrantes de Karasek

Os trabalhadores expostos ao trabalho de *alta exigência* apresentam maior número de casos suspeitos de TMC (43,9%), vindo logo em seguida *trabalho ativo* com 29,3%. Os quadrantes de *baixa exigência* e *trabalho passivo* apresentam frequência semelhante com 37% e 39% respectivamente. Não houve associação entre os casos suspeitos de TMC e os quadrantes de Karasek (Tabela 11).

**Tabela 11:** Casos suspeitos e não suspeitos de TMC segundo Karasek

Karasek	TMC				Total	Valor de <i>p</i>
	Não suspeito		Suspeito			
	N	%	N	%		
<b>Alta exigência</b>	49	34,2	36	43,9	85	0,365
<b>Trabalho ativo</b>	40	28,0	24	29,3	64	
<b>Baixa exigência</b>	26	18,2	11	13,4	37	
<b>Trabalho passivo</b>	28	19,6	11	13,4	39	
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>	<b>225</b>	

Legenda: N= população total. % frequência

- Casos suspeitos e não suspeitos de TMC de acordo com os quadrantes de Karasek e a categoria profissional

A análise realizada entre os enfermeiros mostra que entre os profissionais classificados em *alta exigência*, ou seja, alta demanda baixo controle possuem 43,8% de casos suspeitos de TMC. Aqueles enquadrados no *trabalho ativo* apresenta 35,4% e *baixa exigência* e *trabalho passivo* apresentaram a mesma proporção de casos suspeitos (10,4%).

Os técnicos de enfermagem apresentaram resultados semelhantes ao dos enfermeiros em relação ao número de casos suspeitos de TMC. A maior parte da categoria está enquadrada em *alta exigência* (44,1%) e *trabalho ativo* (27%) sendo que baixa exigência e trabalho passivo apresentaram as mesmas proporções de casos suspeitos de TMC (17,6%) conforme Tabela 14. Não há associação entre TMC e estresse laboral tanto entre enfermeiros quanto técnicos de enfermagem

**Tabela 12:** Distribuição de casos suspeitos de TMC segundo a categoria profissional e Karasek

Profissão	Karasek	TMC				Total	Valor de <i>p</i>
		Não Suspeito		Suspeito			
		N	%	N	%		
Enfermeiro	Alta exigência	23	31,9	21	43,8	44	0,172
	Trabalho ativo	20	27,8	17	35,4	37	
	Baixa exigência	14	19,5	5	10,4	19	
	Trabalho passivo	15	20,8	5	10,4	20	
	<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	
Técnico de Enfermagem	Alta exigência	26	36,6	15	44,1	41	0,836
	Trabalho ativo	20	28,2	7	20,6	27	
	Baixa exigência	12	16,9	6	17,6	18	
	Trabalho passivo	13	18,3	6	17,6	19	
	<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>105</b>	

Legenda: N= população total. % frequência

## 5. DISCUSSÃO

### **5.1 Considerações sobre os resultados sócio-demográficos e laborais**

Houve maior prevalência do sexo feminino na população entrevistada (81,8%) o que coincide com a população de enfermagem. Estudo realizado por Montanholi et al (2006) em um hospital de Minas Gerais relata também a predominância do sexo feminino na enfermagem (87,5%) e Kirchhof et al (2009) também apresentou resultado semelhante em seu estudo em um hospital universitário no Rio Grande do Sul com 88,4% de predominância do sexo feminino. Este fato é originalmente histórico, pois de acordo com Padilha e Borenstein (2006) a história da enfermagem confunde-se com a história das mulheres que usufruiu e contribuiu para as transformações da nova história da profissão.

Neste estudo os profissionais estão empregados em um hospital público que de acordo com Nogueira (2005) a participação das mulheres no emprego do conjunto do setor público (todas as esferas do governo) excede a participação das mulheres tanto na população residente quanto na população economicamente ativa (PEA) constituindo um indicador relativamente favorável do ponto de vista da diversidade do gênero.

A maior parte da população encontra-se na faixa etária até 35 anos (44,9%). Este resultado difere do estudo de Kirchhof et al (2009) que encontrou uma frequência de 36,7% da população com idade entre 22 e 38 anos e de Silva (2007) que em seu estudo obteve 55,1% da população com idade entre 46 a 55 anos. Este resultado pode ser em decorrência de recente contratação de profissionais de enfermagem através de concurso público realizado em 2010. Esse resultado fica mais evidente quando analisamos o tempo de atuação na instituição. Neste ponto temos 30,7% dos entrevistados com até 1 ano de trabalho no hospital.

Em relação a situação conjugal 69,3% informa ter companheiro e 58,2% refere ter filho (s). Esse resultado difere do obtido por Santos (2010) onde 37,9% refere ter

companheiro e 29,3% não possui filhos. Vale ressaltar que a população estudada possui 32,9% de indivíduos entre 36 a 45 anos o que pode justificar a presença do companheiro e de filhos.

Vínculo empregatício único é realidade para 53,8% dos entrevistados, ou seja, esta população trabalha 40 horas semanais que é a carga horária da instituição. Este resultado difere do achado de Araújo (2003) onde 46,1% da população referia ter vínculo empregatício único, Silva (2007) que apresentou 37,3% da população com vínculo único e de Pafaro & De Martino (2004) com 27,3% da população com vínculo único. O que possivelmente pode justificar este resultado é que o salário pago a estes profissionais é quase três vezes maior do que é pago em grande parte das instituições de saúde aos mesmos profissionais e com as mesmas atribuições.

Além disso, trata-se de uma instituição com vínculo público que oferece possibilidade de ascensão profissional dos servidores de acordo com suas aptidões e desempenho e desta forma prevê critérios que permitem aos funcionários crescimento na carreira em termos salariais (horizontal) e maturidade (vertical).

## **5.2 Considerações referentes ao estresse no trabalho**

De acordo com os resultados obtidos pode-se dizer que os profissionais possuem alta demanda do trabalho e baixo controle o que caracteriza como alta exigência (37,8%). Este resultado difere do estudo realizado por Kirchof et al (2009), em que mostra em seu estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário no sul do Brasil que 21,2% dos participantes encontram-se no quadrante de trabalho de alta exigência. Silva (2007) apresentou 17,9% dos profissionais de enfermagem neste mesmo quadrante.

Este resultado pode ser justificado pelo fato de se tratar de um hospital oncológico, como relata Meirelles (2002) em seu estudo dizendo que o ritmo de trabalho nesta instituição

é tenso e a presença constante de patologias graves com dor e sofrimento envolvendo o câncer faz com que os profissionais se sintam sobrecarregados (emocional e afetivamente).

Faria (2007) em seu estudo com auxiliares e técnicos de enfermagem, constata que 65% dos profissionais sentem-se diferentes ao atender um paciente em quadro de terminalidade, afirmando ainda o advento de sentimentos como sofrimento, tristeza, angústia, impotência, medo, apreensão e preocupação. Estes fatores tendem a se agravar quando relacionamos ao paciente oncológico, tendo em vista a agressividade da doença e do tratamento, a demanda de conhecimentos acerca da terapêutica e até mesmo da patologia em si e também a demanda emocional que envolve toda equipe de enfermagem.

O grupo de alta exigência apresenta maior frequência (37,8%), enquanto que o menor resultado ficou para o quadrante de baixa exigência (18,2). Esse resultado foi semelhante ao obtido por Santos (2010) ao analisar uma população de enfermeiros bombeiros na cidade do Rio de Janeiro. Diferentemente do resultado encontrado por Silva (2007) em seu estudo com a equipe de enfermagem onde a maior frequência foi do trabalho ativo e menor foi do trabalho passivo.

Assim sendo, a maior parte da população estudada encontra-se no quadrante de maior exposição ao estresse. Alguns fatores característicos desta categoria profissional podem desencadear o estresse. Hanzelmann (2010) cita as jornadas de trabalho prolongadas, o ritmo laboral acelerado, ausência de reconhecimento, a fragmentação das tarefas entre outros fatores que podem resultar em estresse laboral.

Além disso, é importante frisar que todos os fatores anteriormente citados são rotineiros no trabalho da enfermagem e quando não estão adequadamente ajustados podem influenciar diretamente na saúde mental e física destes indivíduos o que pode contribuir para desencadeamento do estresse e assim influenciar negativamente a atividade laboral, que



consequentemente gera queda na produtividade, desgaste físico e mental, absenteísmo, sentimento de incapacidade e insatisfação (HANZELMANN, 2010).

Seria ideal que existisse um equilíbrio entre a demanda ao trabalhador e o controle exercido na sua atividade laboral, o que consequentemente iria contribuir para o bem estar do profissional o que iria repercutir no cuidado prestado aos pacientes (SILVA, 2010).

O segundo grupo mais frequente entre os profissionais estudados foi o de trabalho ativo com 28,5%. Este grupo possui exposição intermediária ao estresse, que de acordo com Santos (2010) caracteriza um trabalho que impõe determinadas exigências para a execução das atividades, já que há presença de alta demanda, porém os trabalhadores possuem um alto controle sobre a mesma.

Diante do exposto, pode-se dizer que a população estudada vivencia um alto grau de demanda com sobrecarga de atividades associado ao baixo controle das atividades, o que caracteriza o trabalho de alta exigência.

### **5.3 Considerações sobre os TMC**

De acordo com as observações realizadas acerca do SRQ-20 pode-se dizer que a prevalência de casos suspeitos na população analisada foi de 40% para os enfermeiros e 32,4% para os técnicos de enfermagem. Esse resultado difere do obtido por Silva (2007) onde a prevalência de TMC para os enfermeiros foi de 24,4% e os técnicos de enfermagem 23,3%.

Este resultado pode ser justificado pelo fato dos enfermeiros, além de suas atribuições referentes ao cuidado, o que demanda desgaste físico, também são responsáveis pela administração e gestão do pessoal da enfermagem, fato este responsável pelo desgaste psíquico do profissional. Além disso, vivenciam conflito de lógicas de funcionamento distintas: a lógica do cuidado e a lógica da cura. Este último fator quando relacionado ao paciente oncológico obriga o profissional a deparar-se com situações de enfrentamento da

prática assistencial, que seria a falta de capacitação para lidar com este tipo de paciente. Além disso, vale ressaltar é que o trabalho na área oncológica determina a ocorrência de complexas situações de enfrentamento com pacientes, familiares e profissionais envolvendo questões como finitude, as mutilações, a agressividade terapêutica e as perspectivas da utilização de terapêuticas antineoplásicas (ARAÚJO, 2003; BITTENCOURT, 2009).

Ao avaliar a co-variável filhos, pode-se observar que dentre aqueles que referem ter filhos apresentam um menor índice de casos suspeitos de TMC. Resultado semelhante foi obtido por Silva (2007) e Ernst (2012). O primeiro realiza um estudo com uma população de enfermagem e o segundo investiga o efeito da presença dos filhos através de um estudo longitudinal realizado com indivíduos portadores de câncer, onde foram investigadas as mudanças na qualidade de vida dos portadores desta patologia no período inicial do tratamento e comparado com a qualidade de vida dois anos depois. Foi visto que os indivíduos que tinham filhos com idade inferior a 2 anos apresentavam melhor qualidade de vida na maioria das dimensões analisadas. Sendo assim, pode-se afirmar que ter filho (s) atua como fator de proteção aos indivíduos que são casos suspeitos de TMC.

Apesar de apresentar alta frequência de casos suspeitos de TMC nesta população, este é um fato questionável, pois além de ser diferente de outros estudos com populações semelhantes, o mesmo possui uma amostra pequena quando comparado a população total elegível ao estudo nesta instituição. Além disso, trata-se de um estudo de amostra por conveniência, constituindo assim, o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem e por este fato é destituída de qualquer rigor estatístico (GIL, 2009).

#### **5.4 Considerações sobre a relação entre exposição (estresse laboral) e o desfecho (TMC)**

Neste estudo foi evidenciado que atividade laboral dos profissionais de enfermagem que atuam em hospital oncológico impõe alta demanda com baixo controle do trabalho,

situação vivenciada pela maior parte dos profissionais entrevistados, porém não se pode dizer que o nível de estresse pode levar ao desenvolvimento de TMC, já que não foi observada associação entre estresse e TMC.

Vale a pena frisar que o fato de atuar em unidades hospitalares, faz com que a população esteja submetida a condições de trabalho reconhecidamente piores do que a grande maioria que trabalha em outros setores de atividade. Este fato ocorre devido à convivência do profissional em maior grau com estressores que atuam na sua estrutura biológica, bem como nas suas relações sociais, o que resulta em demandas psíquicas trabalhadas com diferentes graus de competência, dependendo de cada um (MEIRELLES, 2002; PAFARO, 2004).

Além dos estressores que são comuns a grande maioria dos hospitais, há também aqueles inerentes à assistência de enfermagem ao paciente oncológico e suas particularidades, já que estes são portadores de uma patologia complexa e o seu tratamento, na maioria das vezes, é muito agressivo, acarretando ao profissional não somente uma alta demanda emocional, mas intelectual e psíquica também.

Diante disso, pode-se observar que o grupo de alta exigência foi a dimensão do estresse que apresentou maior número de casos suspeitos de TMC. Os quadrantes trabalho ativo e trabalho passivo mostram frequência intermediária da síndrome e por último, o trabalho de baixa exigência é o que apresenta a menor frequência de trabalhadores com casos suspeitos de TMC. Este resultado confirma que a exposição dos profissionais de enfermagem ao nível elevado de estresse pode favorecer o adoecimento psíquico.

É importante frisar que fatores como espiritualidade, a família, a união da equipe e conhecimento técnico atenuam o nível de estresse a que estes profissionais estão submetidos atuando com fator de proteção. Bittencourt (2009, p.77) descreve bem essa relação quando diz que os fatores principais que sustentam a interação, para esses sujeitos (enfermeiros de um hospital oncológico), são a espiritualidade, a família, a união da equipe e conhecimento

técnico. Afirma ainda que o conhecimento fortalece estes profissionais, fato este que permite a compreensão do cuidado de alta complexidade.

## 6. Limites do Estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, onde a “causa” e o “efeito” são detectados simultaneamente. Como desvantagem apresenta alta vulnerabilidade a vieses, especialmente o de seleção e apresenta também baixo poder analítico, sendo inadequado para realização de testes de hipóteses causais, sendo esta uma das limitações deste estudo.

Outra limitação é a amostragem, pois foi obtida participação de 55,5% da população elegível, e esta foi por conveniência, o que pode ocasionar viés de seleção. Foi utilizado o auto-relato para medidas de exposição (demanda e controle) e também de efeito (TMC), o que também pode ser considerado um viés. Santos (2010) informa que o viés de auto-relato é um problema em potencial em muitos estudos baseados no modelo de Karasek, tendo em vista que utilizam questionários respondidos e completados pelos próprios participantes da pesquisa.

Os resultados obtidos neste estudo refletem o ambiente laboral, porém não foram investigados outros fatores que ultrapassam as barreiras deste ambiente, por exemplo, as relações familiares, fatores genéticos que podem predispor ao desenvolvimento de TMC, entre outros.

## 7. Considerações finais

Através deste estudo pode-se observar que os profissionais de enfermagem estão submetidos a alta demanda com baixo controle do trabalho, o que configura trabalho de alta exigência. Este fato possibilita maior chance de adoecimento físico e mental. Além disso, vale lembrar parte significativa desta população está situada no quadrante do trabalho ativo, que apesar de ter controle do trabalho também está submetida alto nível de estresse.

O desfecho do estudo, apesar de alarmante, é questionável e preocupante, pois mostra um número significativo de profissionais com risco potencial para o adoecimento, porém continuam atuando normalmente.

Os resultados deste estudo sugerem a necessidade de criação de modelos de intervenção de cuidado, por exemplo, grupo de apoio ou de reflexões, visando benefício do profissional de saúde desta especialidade, já que o nível de estresse que estão submetidos poderá interferir na sua saúde e conseqüentemente, poderá refletir também na qualidade da assistência prestada ao paciente.

A realização desta pesquisa contribuiu para produção de conhecimento científico, para o ensino de enfermagem e também para a saúde do trabalhador, pois o aprofundamento acerca da temática estresse e TMC irá proporcionar maiores entendimentos sobre a dinâmica do trabalho e a ocorrência da síndrome. Vale ressaltar a escassez de produções científicas relacionando enfermagem, estresse, TMC e Oncologia.

Finalmente, é importante frisar a necessidade de novas investigações para o aprofundamento das questões abordadas e principalmente de estudos que viabilizem estratégias de apoio aos profissionais da enfermagem que atuam na área oncológica, de forma a contribuir para a prevenção de doenças ocupacionais, o que conseqüentemente irá refletir na melhoria da qualidade de vida dos profissionais, o que também irá beneficiar o paciente.

## 8. REFERÊNCIAS

- ANDOLHE, R. **Stress e coping da equipe de enfermagem no cuidado à mulher com câncer de mama**. 2009. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS, 2009.
- ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Rev Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.
- ANSELMINI, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982. Pelotas, **Rev. Saúde Pública**. v. 42, n. 2, p. 26-33, 2008.
- AQUINO, J. M. **Estressores no trabalho de enfermeiras em centro cirúrgico: consequências profissionais e pessoais**. 2005. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho – Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999. 258 p.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.
- ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T. M. et al. Práticas de atividades de lazer e morbidade psíquica em residentes de áreas urbanas. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 294-310, 2007.
- ARÔÇA, S. R. S. **Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do “Sofrimento dos Nervos” em mulheres**. 2009. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- AVELLAR, L.Z.; IGLESIAS A.; VALVERDE, P.F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 475-481, 2007.
- BARBOSA, I. A. et al. Autopercepção de estresse em equipe de enfermagem de terapia intensiva. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 48-53, 2008.
- BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.
- BITTENCOURT, A. R. **As representações do enfermeiro em oncologia: expressões da resiliência**. 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- BONASSA, E. M. A.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

BORGES, L. O.; YAMAMOTO, O. O mundo do trabalho. In \_\_\_\_\_: ZANELLI, J. C., BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia Organizacional e do Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 24-62.

BRAGA, L. C. de. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu-SP**. 2007. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal do Inca**. 2011. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstitut>>. Acesso em: 22 mai. 2011.

BUETTO, L. S. **Os significados de ser enfermeiro especialista em oncologia**. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. A era da informação: economia, sociedade e cultura. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CORDEIRO, R. F. **Segurança e saúde do trabalhador no setor de quimioterapia**. 2006. 65 f. Monografia (Curso de Formação Técnica em Gestão em Serviços de Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. TMC e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005.

COUTINHO, E. da S. F.; FILHO, N. A.; MARI, J. de J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. *Rev. Psiq. Clin.* v. 26, n. 5, p. 246-256, 1999.

CRESPO, A. S.; LOURENÇO, M. T. C. No impacto psicológico da doença. In: COSTA, A. G.; RODRIGUES, A. B. (ORG). **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole, 2007.

DECAT, C. S; ARAÚJO, T. C. C. F. Psico-oncologia: apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar. *Brasilia Med*, v. 47, n. 1, p. 93-99, 2010.

DEJOURS, C. **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Fundap, EAESP/FGV, 1999.



ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

ERNST, J. et al. Quality of life of parentes diagnosed with cancer: change over time and influencing factors. **European Journal of Cancer Care**. p. 1-7, 2012.

FARIA, D. A. P.; MAIA, E. M. C. Ansiedade e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em Oncologia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 6, 2007.

FERRAREZE, M. V. G.; FERREIRA, V.; CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 310-315, 2006.

FERREIRA, L. R. C.; MARTINO, M. M. F. D. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. **Rev. Ciênc. Méd.** v. 15, n. 3, p. 241-248, 2006.

FLACH, L. et al. Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 193-202, 2009.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 285-294, jul/set. 2008.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. Á. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, 2006.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 200 p.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders** – a bio-social model. Londres: Tavistock, 194 p. 1992.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do estresse e sua influência na atividade laboral. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 694-701, 2010.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol. Med.**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

HÖKERBERG, Y. H. M. **Demanda e controle no trabalho e hipertensão arterial: validade dimensional e meta-análise**. 2010. 257 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

JACQUES, M. da G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 97-116, 2003.

KARASEK, R; THEORELL T. **Healthy work: stress, productivity and reconstruction of working life**. New York, Basic Books, 1990.

KARASEK, R. Job demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**. v. 24, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R. et al. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. **American Journal of Public Health**. v. 71, n. 7, p. 694-705, 1981.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-23, 2009.

LEPLAT, J. Développement et dégradation des habilités dans le travail. In: \_\_\_\_\_. Société Française de Psychologie. Psychologie du travail. **Équilibre ou fatigue para le travail?** Paris: Enterprise Moderne d'Édition, 1980. p. 55-63.

LIMA, F. B. **Stress, qualidade de vida, prazer e sofrimento no trabalho de call center**. 2004. 133 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Pontifícia Universidade Católica, Campinas-SP, 2004.

LIPP, M. E. N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, n. 6, p. 347-349, 2001a.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 2000.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIPP, M. E. N. **O stress e a beleza da mulher**. São Paulo, Connection Books, 2001b.

MAGNAGO, T. S. B. de S. et al. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 118-123, 2009.

MAIR, J. **Chega de oba-oba: porque desempenho e disciplina rendem mais que inteligência emocional, espírito de equipe e soft skill**. Martins Fontes. São Paulo, 2005.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20). In: Primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**. v. 148, p. 23-26, 1986.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 10, n. 4, p. 571-77, 2002.

MEIRELLES, N. F. O estresse ocupacional e o centro cirúrgico oncológico no contexto da enfermagem. 2002. 194 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MENDES, I. A. C. Convivendo e enfrentando situações de stress profissional. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 9, n. 2, 2001.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 20, n. 2, p. 225-33, 2011.

MENZIES, E. P. Nurses under stress. **Int Nurs Rev** . v. 7, n. 6, p. 9-16, 1960.

MERCÊS, C. A. L. M. F. **Construindo uma proposta para minimizar o desconforto gerado pelos estressores aos pacientes em uma unidade de tratamento intensivo oncológica.** 2005. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade.** v. 19, n. 1, p. 61-68, 2007.

MIQUELIM, J. D. L. et al. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** v. 16, n. 3, p. 24-31, 2004.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Rev. Bras Enferm.** V. 59, n. 5, p. 661-665, 2006.

MURTA, S. G. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 20, n. 1, p. 39-47, 2004.

NISHIDE, V. M.; BENATTI, M. C. C. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP.** v. 38, n. 4, p. 406-14, 2004.

NOGUEIRA, R. P. **O preceito de diversidade e a composição da força de trabalho no setor público.** NESP/CEAN/UNB, Brasília, 2005. Disponível em [http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/rpn\\_diversidade.pdf](http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/rpn_diversidade.pdf) . Acesso em 17 de maio de 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial da Saúde.** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo.** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PADILHA, M. I. C. S; BORENSTEIN, M. S. História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. **Esc Anna Nery R Enferm,** v. 10, n. 3, p. 532-38, 2006.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. D. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem USP,** v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004.

PASCHOALINI, B. et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm,** v. 21, n. 3, p. 487-492, 2008.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.

QUEIROZ, S. G. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia**. 2008. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2008.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes de áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 13, n. 4, p. 630-640, 2010.

RODRIGUES, A. B; CHAVES, E. C. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Revista Latino-Am de Enfermagem**. v. 16, n. 1, 2008.

SABEL, C. PIORE, M. **The second industrial divide: possibilities for prosperity**. New York: Basic Books, 1984, 355 p.

SANTOS, P. G. **O estresse e a síndrome de *burnout* em enfermeiros bombeiros atuantes em unidades de pronto-atendimento (UPA's)**. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SELYE, Hans. **Stress: a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa, 1965.

SILVA, A. C. D. Na assistência domiciliária. In \_\_\_\_\_: COSTA, A. G.; RODRIGUES, A. B. (ORG). **Enfermagem oncológica**. Barueri: Manole, 2007.

SILVA, A. T. C. da; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, J. L. L. **Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem**. 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVEIRA, Camila Santejo; ZAGO, Márcia Maria Fontão. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 614-619, 2006.

SOUZA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.18, n. 1, p. 41-47, 2009.

SOUZA, M. das G. G. **Representações sociais do câncer para a família do paciente oncológico em tratamento quimioterápico**. 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA, S. F. de et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 4, p. 710-717, 2010.

THEORELL, T. et al. Changes in job strain in relation to changes in physiological state. A longitudinal study. **Scand J Work Environ Health**. v. 14, n. 3, p. 189-196, 1988.

TUONO, V. L. et al. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 16, n. 2, p. 85-92, 2007.

VEGGI, A. B. **Autopercepção do peso corporal e transtornos mentais comuns em funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: estudo Pró-Saúde.** 2005. 111 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

VESCE, G. E. P. **Os impactos das mudanças no mundo do trabalho sobre as políticas de educação a distância nas instituições de ensino superior.** 2007. 181 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

VILELA, E. F. **Vivências de prazer-sofrimento no trabalho docente: um estudo em uma IES pública de Belo Horizonte.** 2010. 97 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração)-Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2010.

ZAPPAROLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P. Risco ocupacional em unidade em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. **Rev Bras Enferm.** v. 59, n. 1, p. 41-6, 2006.

## 9. APÊNDICE

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **Título do Estudo: Estresse e manifestações de transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de um hospital oncológico**

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

**Prezado Enfermeiro (a)/Técnico (a) de Enfermagem do Instituto Nacional de Câncer-INCA, Unidade I, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO e convido você a participar deste estudo realizado por mim, intitulado “Estresse e manifestações de transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de um hospital oncológico”.**

Este estudo tem por objetivo:

- a) Analisar a relação entre estresse e as manifestações de transtornos mentais comuns (TMC) nos profissionais de enfermagem do HCI;
- b) Estimar a prevalência de casos suspeitos de TMC nos profissionais de enfermagem das unidades de internação do HCI;
- c) Descrever os profissionais de acordo com as variáveis sócio-demográficas e relacionadas ao trabalho.

Sua participação consistirá no preenchimento do questionário anexo, fornecendo informações sobre as características do seu trabalho, a maneira como ele é executado e também sobre a sua saúde mental.

As informações obtidas serão confidenciais e asseguro o sigilo sobre sua participação. Os resultados gerados através dos questionários preenchidos serão divulgados de forma consolidada, de forma a não possibilitar a sua identificação no estudo.

No momento em que eu receber os questionários preenchidos e este Termo de Consentimento assinado pelo funcionário, considerarei que o mesmo entendeu os objetivos e concorda em participar da pesquisa.

Respeitando os preceitos da resolução 196/96, a sua participação não é obrigatória e a qualquer momento pode desistir de participar e retirar o seu termo de consentimento livre e esclarecido sem que sofra qualquer prejuízo.

Segue o nome e o telefone da pesquisadora que estará inteiramente à disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida ou fornecer maiores informações, caso seja de seu interesse. Neste caso, favor entrar em contato com a enfermeira Jozzilene Teodoro de Jesus no telefone (21) 9737-1831 ou pelo endereço eletrônico [josziteodoro@yahoo.com.br](mailto:josziteodoro@yahoo.com.br) ou a enfermeira Fernanda de Assis, no telefone (21) 3207-1531 ou e-mail ou e-mail [nandinhaassis@yahoo.com.br](mailto:nandinhaassis@yahoo.com.br) .





**APÊNDICE 2****Questionário Sócio-demográfico**

1. **Profissão:** ( ) Enfermeiro (a) ( ) Técnico (a) de enfermagem
2. **Sexo:** ( ) masculino ( ) feminino
3. **Idade (no ano de 2012):** \_\_\_\_\_
4. **Estado civil:** ( ) solteiro (a) ( ) casado (a) ( ) viúvo (a)  
( ) companheiro (a) ( ) separado (a) judicialmente
5. **Quantos filhos possui?** ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais.  
**Especificar:** \_\_\_\_\_
6. **Vínculo de trabalho:** ( ) estatutário ( ) CLT
7. **Setor onde atua atualmente:** \_\_\_\_\_
8. **Turno:** ( ) diurno ( ) noturno
9. **Há quanto tempo (em anos) atua nesta unidade em que está agora:** \_\_\_\_\_
10. **Há quanto tempo trabalha nesta instituição?** \_\_\_\_\_
11. **Você possui outro emprego?** \_\_\_\_\_
12. **Qual carga horária no outro emprego?** \_\_\_\_\_

**10. ANEXO**

## ANEXO 1

## Swedish Demand Control (Support) Questionnaire - DCSQ

As perguntas abaixo são sobre as características do seu trabalho. Por favor, para responder basta marcar um X no quadrado correspondente:

	Nunca/Quase nunca	Raramente	Às vezes	Sempre/Frequentemente
01) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1( )	2( )	3( )	4( )
02) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente? (isto é, produzir muito em pouco tempo)	1( )	2( )	3( )	4( )
03) Seu trabalho exige demais de você?	1( )	2( )	3( )	4( )
04) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	1( )	2( )	3( )	4( )
05) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1( )	2( )	3( )	4( )
06) Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?	1( )	2( )	3( )	4( )
07) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1( )	2( )	3( )	4( )
08) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	1( )	2( )	3( )	4( )
09) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1( )	2( )	3( )	4( )
10) Você pode escolher como fazer o seu trabalho?	1( )	2( )	3( )	4( )
11) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?	1( )	2( )	3( )	4( )

Agora, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmativas sobre o seu ambiente de trabalho:

	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo mais que concordo</b>	<b>Concordo mais que discordo</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
12) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )
13) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )
14) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )
15) Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas me compreendem	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )
16) No trabalho eu me relaciono bem com meus chefes	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )
17) Eu gosto de trabalhar com meus colegas	1 ( )	2 ( )	3 ( )	4 ( )

## ANEXO 2

## Self-Reporting Questionnaire – SRQ-20

Grupo de Sintomas	Questões do SRQ-20
Humor depressivo-ansioso	01) Sente-se nervoso, tenso ou preocupado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  02) Assusta-se com facilidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  03) Sente-se triste ultimamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  04) Você chora mais do que de costume? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sintomas somáticos	05) Tem dores de cabeça freqüentemente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  06) Você dorme mal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  07) Você sente desconforto estomacal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  08) Você tem má digestão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  09) Você tem falta de apetite? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  10) Tem tremores nas mãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Decréscimo de energia vital	11) Você se cansa com facilidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  12) Tem dificuldade em tomar decisão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  13) Tem dificuldade em ter satisfação nas suas tarefas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  14) O seu trabalho traz sofrimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

	<p>15) Sente-se cansado todo o tempo? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>16) Tem dificuldade de pensar claramente? ( ) Sim ( ) Não</p>
Pensamentos depressivos	<p>17) Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>18) Tem perdido o interesse pelas coisas? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>19) Tem pensado em dar fim a sua vida? ( ) Sim ( ) Não</p> <p>20) Sente-se inútil em sua vida? ( ) Sim ( ) Não</p>

**ANEXO 3**



**Memo 10/12-CEP-INCA**

Rio de Janeiro, 3 de janeiro de 2012.

A(o): Enfª Fernanda de Assis  
Pesquisador(a) Principal

**Registro CEP nº 126/11** (Este nº. deve ser citado nas correspondências referentes a este estudo)  
**CAAE – 0102.0.007.007-11**

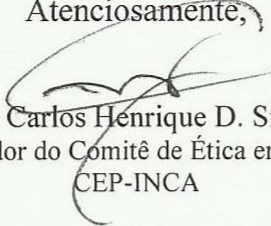
**Título do Estudo** – Estresse e manifestações de transtornos mentais comuns na equipe de enfermagem de um hospital oncológico

Prezado(a) Pesquisador(a),

Informo que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer **aprovou** após re-análise o estudo intitulado: **Estresse e manifestações de transtornos mentais comuns na equipe de enfermagem de um hospital oncológico (protocolo versão 2)**, bem como o **TCLE versão 2**, em 28 de dezembro de 2011.

Ressalto o(a) pesquisador(a) responsável deverá apresentar relatórios semestrais a respeito do seu estudo.

Atenciosamente,

  
Dr. Carlos Henrique D. Silva  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP-INCA

C/c – Ailse Rodrigues Bittencourt – Chefe da Divisão de Enfermagem  
Dr. Sylvio Lemos – Direção HCI