



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**O estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem das
equipes de saúde da família**

ALINE RAMOS VELASCO

**Rio de Janeiro
2014**

ALINE RAMOS VELASCO

**O estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem das
equipes de saúde da família**

**Linha de Pesquisa - Enfermagem e População: Conhecimentos,
Atitudes e Práticas em Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de
Janeiro, como requisito final para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Joanir Pereira Passos

Rio de Janeiro
2014

V433 Velasco, Aline Ramos.
O estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem das equipes de saúde da família / Aline Ramos Velasco, 2014.
79 f. ; 30 cm

Orientadora: Joanir Pereira Passos.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

1. Esgotamento Profissional - Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da Família. I. Passos, Joanir Pereira. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.730692

ALINE RAMOS VELASCO

O estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem das equipes de saúde da família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Joanir Pereira Passos
Presidente (UNIRIO)

Prof^a. Dr^a. Priscila de Castro Handem
1^a Examinadora (IFRJ)

Prof^a. Dr^a. Luciane de Souza Velasque
2^a Examinadora (UNIRIO)

Prof^a. Dr^a. Zenith Silvino Rosa
Suplente (UFF)

Prof^a. Dr^a. Enirtes Caetano Prates Melo
Suplente (UNIRIO)

Dedico à minha família a realização deste trabalho, pois, sem seu apoio, incentivo e compreensão dificilmente teria conseguido.

Agradecimento Especial

Há muitos anos, diria décadas, agradeço à Profª Drª Joanir Pereira Passos, pela sua participação na minha vida. Esta me ensinou os primeiros passos... e até hoje me ensina. Dedicar aos seus aprendizes, suas horas, com absoluta satisfação. Joanir me inspira a fazer Enfermagem, ontem, hoje e sempre.

Agradecimentos

Este estudo dependeu do auxílio das pessoas que me rodeavam. A estas agradeço, pelo imenso carinho que me prestigiaram e me desculpo pelas ausências neste período.

À minha família. Principalmente, minha querida e adorada mãe, Eleonor Roosevelt, mãe, pai e amiga sempre. Muito, muito obrigada. Agradeço-te por cuidar de mim e da nossa família, me fazer feliz em todos os momentos. Amo-te muito!

Ao meu filho Henrique, agradeço-te também pela sua paciência e amor, seu extremo carinho comigo e com nossa família. Agradeço a Deus (e a Darwin) por você ter me escolhido! Sinto-me orgulhosa de ser sua mãe.

A minha filha Ana Luíza, minha mocinha, a quem também dedico este estudo, desculpe as ausências da mamãe. Que você entenda como a educação é o nosso alimento, num país onde muitos não sabem nem ler nem escrever!

Ao Adalberto, meu companheiro de muitos anos. Agradeço-te pela sua paciência e amor!

Aos meus avós, que foram e sempre serão meu tesouro!

A minha família (toda).

Aos funcionários da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Aos funcionários da Estratégia de Saúde da Família do Rio de Janeiro.

A minha equipe de trabalho.

Aos integrantes do PENSAT.

Aos mestrandos. Muito obrigada a Júlio, que me incentivou a realizar este sonho. Aos meus colegas Ana Clara, Ana Luísa, Simone, Ana Paula, Cristiane, Fabiano, Luana, Simony, entre outros, que me fizeram aprender a deleitar-me no mestrado. Vocês são os mestres de hoje!

Aos meus compadres e amigos.

E a todos aqueles que cooperaram para a concretização deste estudo e deste sonho.

A todos, muito obrigada!

*“Guerreiros são pessoas
Tão fortes, tão frágeis
Guerreiros são meninos
No fundo do peito...
Precisam de um descanso
Precisam de um remanso
Precisam de um sono
Que os tornem refeitos...
Um homem se humilha
Se castram seu sonho
Seu sonho é sua vida
E vida é trabalho...
E sem o seu trabalho
O homem não tem honra
E sem a sua honra
Se morre, se mata...
Não dá prá ser feliz
Não dá prá ser feliz...”*

Um Homem Também Chora (Guerreiro Menino)

Gonzaguinha

RESUMO

Este estudo teve por objeto o estresse laboral do trabalhador de Enfermagem atuante nas equipes de Saúde da Família. Os objetivos foram caracterizar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família; descrever a prevalência de estresse laboral do trabalhador de enfermagem atuante nas equipes de saúde da família; discutir a implicação do estresse ocupacional nos trabalhadores de Enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família, na perspectiva da saúde do trabalhador. Trata-se de um estudo seccional, realizado em 12 Unidades de Saúde da Família da A.P. 3.1 do município do Rio de Janeiro. Para a coleta dos dados foi utilizado como instrumento o Job Stress Scale, versão resumida adaptada. Nos resultados obtidos destaca-se que 30,8% dos trabalhadores de enfermagem se enquadram na baixa demanda e baixo controle, classificados no quadrante trabalho passivo, sinalizando uma situação desestimulante, tediosa e desinteressante. Ressalta-se, ainda, que 66 trabalhadores (55%) foram classificados na diagonal A, representando o risco de distúrbios psicológicos e de doenças físicas, pois, o trabalho é de alta demanda e baixo controle. A maioria dos trabalhadores possui apoio social baixo, suscitando a possibilidade de estresse ocupacional. Conclui-se que a existência do risco de distúrbios psicológicos e doenças físicas (diagonal A) e o apoio social baixo, predispõe os trabalhadores de enfermagem ao estresse laboral.

Descritores: Enfermagem; Estresse Ocupacional; Atenção Básica; Saúde da Família.

ABSTRACT

This study was the subject of job stress Nursing worker active in the Family Health Teams. The objectives were to characterize the socio-demographic profile of nursing professionals active in family health teams; describe the prevalence of work stress of nursing active worker in family health teams, to discuss the implication of occupational stress in nursing workers active in family health teams, in terms of health worker. This is a cross-sectional study, conducted in 12 units of AP Family Health 3.1 in the municipality of Rio de Janeiro. For data collection instrument was used as the Job Stress Scale, short adapted version. In the results it is noteworthy that 30, 8 % of nursing fall into the low demand and low control, passive labor classified in quadrant, signaling an unexciting, boring and uninteresting situation. It is noteworthy also that 66 workers (55 %) were classified on the diagonal A, representing the risk of psychological disorders and physical illnesses, because the work is of high demand and low control. Most workers have low social support, raising the possibility of occupational stress. We conclude that the existence of the risk of psychological disorders and physical illnesses (diagonal A) and low social support, predisposes nursing workers with job stress.

Descriptors: Nursing; Occupational Stress; Primary Care; Family Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A.P.	Área Programática
ESF	Estratégia Saúde da Família
JSS	JOB STRESS SCALE
MD-C	Modelo Demanda-Controle
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TEIAS	Território Integrado de Atenção à Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escores da Job Stress Scale de acordo com suas dimensões	32
Quadro 2 – Distribuição dos trabalhadores de Enfermagem / USF em relação a Demanda-Controle e Apoio Social, Rio de Janeiro, 2013	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema do Modelo Demanda-Controle de Karasek.....	26
Figura 2 – Representação Esquemática da População do Estudo.....	28
Figura 3 – Esquema do Modelo Demanda – Controle.....	33
Figura 4 – Classificação dos trabalhadores de Enfermagem das equipes de Saúde da Família em relação ao Modelo Demanda-Controle, Rio de Janeiro, 2013	38
Figura 5 – Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 1	44
Figura 6 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 2	45
Figura 7 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 3.....	46
Figura 8 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 4.....	47
Figura 9 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 5.....	48
Figura 10 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 6.....	48
Figura 11 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 7.....	49
Figura 12 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 8.....	50

Figura 13 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 9.....	51
Figura 14 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 10.....	52
Figura 15 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 11.....	52
Figura 16 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 12.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos trabalhadores de Enfermagem das equipes de Saúde da Família em relação a Unidades da Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2013.....	34
Tabela 2 – Características sócio-demográficas e laborais dos trabalhadores de Enfermagem das equipes de Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2013.....	35
Tabela 3 – Classificação do apoio social e a chance de adoecimento dos profissionais de Enfermagem das equipes de Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2013	41

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Considerações Iniciais	16
1.2 – Objetivos	19
1.3 – Justificativa	19
1.4 – Relevância do Estudo	19

CAPÍTULO 2 – APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

2.1 – O Trabalho da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família	20
2.2 – Estresse Ocupacional	23

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

3.1 – Característica do Estudo	27
3.2 – Local do Estudo	27
3.3 – População do Estudo	27
3.4 – Instrumentos	28
3.5 – Coleta de Dados	30
3.6 – Análise de Dados	30

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – Caracterização do Perfil Sócio-Demográfico.....	34
4.2 – Demanda - Controle do Estresse Laboral.....	37
4.3 – Apoio Social e Chance de Adoecimento.....	41
4.4 – Trabalhadores de Enfermagem / USF X Demanda-Controle e Apoio Social	42

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

55

CAPÍTULO 6 – REFERÊNCIAS

57

APÊNDICES.....

63

Apêndice 1 – Instrumento de Coleta de Dados	64
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	66
Apêndice 3 – Classificação dos trabalhadores de Enfermagem da ESF em relação aos quadrantes do modelo demanda-controle	67

ANEXOS

75

Anexo 1 – “ <i>Job Stress Scale</i> ” (versão resumida adaptada)	76
Anexo 2 – Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	77
Anexo 3 – Comitê de Ética em Pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ)	79

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Considerações Iniciais

Segundo Selye (1959), o estresse é uma síndrome caracterizada por um conjunto de reações fisiológicas desenvolvidas a partir de uma situação que exija um esforço para se adaptar.

Enquanto que o estresse laboral é descrito como os estímulos do ambiente laboral que originam respostas por parte do trabalhador e que ultrapassam sua capacidade de enfrentamento; estes estímulos são denominados de estressores organizacionais, e possuem como desfecho o “desempenho ruim, baixo moral, alta rotatividade, absenteísmo e violência no local de trabalho”. (GENUÍNO, GOMES, MORAES, 2009; SCHMIDT et al, 2009)

A Enfermagem é uma ocupação que se diferencia pelo cuidar. Segundo Lima (2005, p. 71), é percebida como “uma ciência humana, de pessoas e de experiências, voltada ao cuidado dos seres humanos, cujo campo do conhecimento, fundamentações e práticas abrange desde o estado de saúde até os estados de doença e é mediado por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas”.

Uma das conjunturas em que a Enfermagem atua é na Atenção Primária, que segundo Starfield (2002, p.28), é

“aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas [...] é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde”.

Ultimamente, na cidade do Rio de Janeiro, a atenção primária se encontra direcionada para a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma estratégia de reorganização dos serviços no nível da promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças e assistência integral à população. Esta estratégia foi criada em 1994, pelo Ministério da Saúde (M.S.), com o escopo de substituir o modelo tradicional na atenção básica. (BRASIL, 2006)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamentada na territorialidade, onde cada equipe é responsabilizada por uma macroárea, de até 1000 famílias e pela assistência integral a todas as famílias adscritas ao território. A abrangência de cada equipe é de no máximo 4500 pessoas. (BRASIL, 2006)

Atualmente, é qualificada como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, (SUS) corroborando os princípios básicos, como a universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação popular. (BRASIL, 2006)

Cada equipe de Saúde da Família é constituída, no mínimo, por um enfermeiro, um técnico / auxiliar de enfermagem, um médico generalista, agentes comunitários de saúde (quantidade de acordo com a abrangência da equipe). (BRASIL, 2006)

A Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro iniciou-se em 2003, com 57 equipes de saúde da família e 04 equipes de saúde bucal, preferencialmente com funcionários estatutários, cujo ingresso se deu através de processo seletivo interno. (BRASIL, 2005)

Em 2008, na gestão de Eduardo Paes a frente da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, as equipes de saúde da família sofreram mudanças no que tange a sua forma de contratação, ao invés de servidor público estatutário, agora agente público celetista. Os antigos módulos de Saúde da Família localizados dentro das comunidades deram espaço às Clínicas da Família.

Cabe lembrar que, além do crescimento geométrico das equipes, instituiu-se uma demanda de serviços de saúde de uma população anteriormente sem acesso (vazio assistencial), nova gestão e novos lugares de trabalho, metas a serem obtidas em período reduzido, o regime de trabalho, indefinição de cargos profissionais, carência de experiência dos gestores, entre outros.

Através desta vivência, como “profissional de ponta” notou-se que a Estratégia Saúde da Família é bastante distinta da realidade que a maioria dos trabalhadores de enfermagem labuta, que é a hospitalar.

A equipe de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família deve reconhecer a realidade local para delinear um diagnóstico de saúde e intervir a partir deste no desenvolvimento das condições de vida da população adscrita. Além de conhecer a co-responsabilização, que é a responsabilidade compartilhada entre a equipe de Saúde da Família e a população adscrita, abarcando a participação popular e a

intersetorialidade, entre outros, para fomentar a saúde, no seu mais amplo conceito. (BRASIL, 2001)

Além disso, o trabalho exige muito do profissional que integra a equipe de Saúde da Família, são inúmeros serviços a serem concluídos, como exemplo, a realização dos grupos de educação em saúde, as consultas individuais, o acolhimento com classificação de risco, o acompanhamento dos alunos que estudam em escolas na área adscrita, a triagem neonatal, a imunização, as reuniões de equipe e as comunitárias, a supervisão dos agentes comunitários de saúde, entre outros. Não obstante, há exigência de muita produção em um curto período de tempo, para que sejam alcançadas as metas do contrato de gestão da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro.

O trabalhador de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro tem capacitações permanentes, com o objetivo de obter novos conhecimentos, para que exista tomada de decisão em quase todas as situações de seu desempenho profissional.

Todavia, o trabalhador de Enfermagem, em inúmeras ocasiões, opera de maneira repetitiva, não há autonomia de como fazer nem o que fazer no seu trabalho, suscitando o estresse laboral. Cabe destacar que ocorrem relacionamentos turbulentos entre os integrantes da equipe, há ausência de isonomia salarial e escassa interação entre os pares. (ALVES, 2004)

Ademais, o convívio íntimo dos trabalhadores com as famílias os fazem perceber uma realidade onde o desemprego, a fome, a miséria, o risco ambiental e a violência são habituais e a fim de tolerar esta realidade infausta, os trabalhadores ultimam por gerar mecanismos de defesa.

Estes fatos tão frequentes sugerem delinear um estudo tendo como **objeto** - o estresse laboral do trabalhador de Enfermagem atuante nas equipes de Saúde da Família. O interesse em investigar este objeto se deu pela constatação, após observação, que os trabalhadores de Enfermagem se queixavam da sobrecarga de trabalho e do estresse vivenciado.

1.2 – Objetivos

O presente estudo tem como objetivos:

1. Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família;
2. Descrever a prevalência de estresse laboral do trabalhador de enfermagem atuante nas equipes de saúde da família;
3. Discutir a implicação do estresse ocupacional nos trabalhadores de Enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família, na perspectiva da saúde do trabalhador.

1.3 – Justificativa

Tal estudo justifica-se pela construção de um saber, por permitir uma análise do estresse laboral da equipe de enfermagem atuante nas equipes de saúde da família, o qual poderá contribuir para futuras intervenções na qualidade de vida destes profissionais.

Na literatura, revelam-se algumas pesquisas com os profissionais de enfermagem e a saúde do trabalhador, porém são escassas no tocante as investigações com os temas relacionados ao estresse laboral em profissionais de enfermagem na estratégia saúde da família.

Acredita-se que este estudo traz subsídios em múltiplos aspectos alusivos à problemática investigada. Além de oferecer contribuições para o processo ensino-aprendizagem e possibilidade de propagação do tema.

1.4 – Relevância do Estudo

Para este estudo a minha experiência profissional como enfermeira e vivência de “profissional de ponta” na Estratégia Saúde da Família, contribuíram para reconhecer as condições de trabalho e suas implicações no processo saúde-doença dos profissionais de enfermagem.

CAPÍTULO 2 – APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

Este capítulo tem por desígnio contextualizar o estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem de uma equipe de saúde da família.

2.1 – Trabalho da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família

A Enfermagem é compreendida como a arte e a ciência do cuidar que possui como alicerce a prestação do cuidado holístico ao ser humano, simbolizado por atividades de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde. (LIMA, 2005)

Em conformidade com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, há uma divisão nas funções de cada trabalhador de Enfermagem, cabendo ao Enfermeiro todas as atividades de Enfermagem, privativamente, direção e chefia do órgão de Enfermagem, de natureza pública ou privada; organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem. (BRASIL, 1986)

Além de consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre assuntos pertencentes à Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos e capacidade de interação e decisão imediata.

O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, cabendo-lhe especialmente, participar da programação da assistência de Enfermagem; executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar.

Ao Auxiliar de Enfermagem compete exercer atividades de nível médio, de natureza repetitiva, como: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente; participar da equipe de saúde.

Em 1986, no Brasil, ocorreu a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, onde foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios são baseados na Universalidade, que é o direito de todas as pessoas aos serviços do SUS, na

Equidade, que é o acesso das pessoas ao sistema de saúde, com igualdade de condições e a Integralidade, que é o atendimento de forma integral as pessoas (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde está organizado em níveis de complexidade e dispostos por área geográfica definida (Regionalização e Hierarquização), com participação popular, além da resolução dos problemas através do nível de competência (Resolutividade) e execução das ações pelos responsáveis locais (Descentralização). (BRASIL, 2006)

No primeiro nível de complexidade se enquadra, a Atenção Primária, que é responsável pelas ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação.

Com o advento do SUS, surgiu a necessidade de criação de um modelo de atenção à saúde. Em 1994, foi escolhido o Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo para reorientação assistencial do SUS, a partir da atenção primária. Atualmente, é alcunhado de Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2001)

Este modelo se baseia no atendimento às famílias inseridas dentro de seu contexto, o que permite aos trabalhadores um entendimento global do processo saúde-doença desta clientela.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é operacionalizada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que é uma estrutura física designada a realizar as ações de nível primário. As Unidades se diferem nos diversos municípios do nosso país. No município do Rio de Janeiro, as unidades são amplas, com diversas equipes multiprofissionais.

Um dos princípios da ESF é a territorialização, ou adscrição da clientela, onde cada equipe se responsabiliza pela assistência integral a famílias de uma macroárea contendo até 1000 famílias, ou até 4500 pessoas. (BRASIL, 2001)

Outra diretriz funcional nesta estratégia é o cadastramento das famílias, através das visitas domiciliares a partir da adscrição da clientela. Além da equipe multiprofissional, que é a reunião de trabalhadores de várias especialidades a fim de desenvolver um trabalho em conjunto, com várias trocas de saberes. (COSTA; CARBONE, 2004)

A composição mínima da equipe de Saúde da Família é de um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um médico (generalista) e agentes

comunitários de saúde. Outros profissionais podem ser agrupados às equipes ou às equipes de apoio. (BRASIL, 2001)

O processo de trabalho da equipe de Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família é penoso, pois as tarefas se apresentam em amplitude maior que as atividades laborais hospitalares, pois além de não haver tecnologia complexa, há pequena disparidade de categoria profissional e organização do trabalho. (RODRIGUES, 2011)

O profissional Enfermeiro em seu processo de trabalho na equipe de Saúde da Família atua na unidade e na comunidade possuindo entre suas atribuições, além das regulamentadas pela Lei do Exercício Profissional, as seguintes:

- “– realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada;
- realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;
- planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF;
- executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso;
- no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio;
- realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001
(*ver p.60 deste Guia*);
- aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva;
- organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, etc;

– supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções”.

(BRASIL, 2001, p. 76)

O Técnico/Auxiliar de Enfermagem atua na unidade e na comunidade com as seguintes atribuições específicas: realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais; preparar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames e tratamentos; realizar procedimentos de enfermagem nos diferentes cenários; zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências da unidade, garantindo o controle de infecção; realizar busca ativa de casos; realizar ações de educação em saúde; executar assistência primária e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. (BRASIL, 2001)

Este modelo de atenção à saúde aloca os trabalhadores no ambiente em que labutam, para reconhecimento das deficiências das famílias sob sua responsabilidade, praticando o aceite de inúmeros afazeres que possuem alto grau de exigência (a partir da realidade das famílias), os expondo a riscos, tornando-os suscetíveis ao estresse.

2.2 – Estresse Ocupacional

O estresse ocupacional ou laboral pode ser descrito como uma implicação da exposição a fatores de risco psicossocial, relacionados com a organização laboral. (INOCENTE, 2005)

Para Jex (1998) apud Paschoal e Tamayo (2004), o estresse laboral divide-se em três aspectos: os estímulos estressores (estímulos no ambiente laboral que estabelecem respostas), respostas aos eventos estressores (estresse laboral sugestivo às respostas) e estímulos estressores-respostas (estresse laboral indicativo ao processo geral em que as demandas laborais têm impacto nos trabalhadores).

Recentemente, existem inúmeros relatos sobre o estresse ocupacional, principalmente entre os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Stacciarini e Tróccoli (2001) afirmam que a Enfermagem ocupa a quarta posição entre as ocupações mais estressantes.

Para Hernández (2003), que desenvolveu um estudo, no qual os trabalhadores de nível primário e secundário de saúde descreveram que as fontes

de estresse mais assíduas provem da necessidade de atualização profissional constante, conflitos com gerentes, baixo prestígio no seu trabalho (principalmente pelos enfermeiros da atenção primária), responsabilidade pelos resultados e o cuidado das necessidades emocionais dos usuários.

Reforçando esta idéia, Lipp (2004) afirma que a sobrecarga laboral, a falta de união entre os profissionais, salários insuficientes e dificuldade de relacionamento no ambiente de trabalho são estressores laborais potenciais.

No mesmo sentido, Hernández (2003), aponta uma maior prevalência de estresse nos profissionais de atenção primária em saúde. As causas de estresse ocupacional são inúmeras, como excesso de trabalho, indefinição de funções / atribuições, coação por resultado, objetivos a serem alcançados, entre outras.

Segundo Pereira, Miranda e Passos (2010), o estresse não é o agente determinante das doenças e sim o desencadeador das mesmas, pela redução da defesa imunológica e manifestação das doenças oportunistas.

Malagris e Fiorito (2006), em seu estudo sobre o nível de stress de técnicos da área de saúde, destacam que os estressores são fatos, de origem interna ou externa, que amedrontam, confundem ou excitam uma pessoa. Para Lipp e Malagris (2001, p. 480), os estímulos internos são: “suas crenças, seus valores, suas características pessoais, seu padrão de comportamento, suas vulnerabilidades, sua ansiedade e seu esquema de reação à vida”.

Porém, os estímulos externos podem ser o meio ambiente do indivíduo, condições de vida, conflitos, condições econômicas e políticas, morte, doença, desemprego ou ascensão profissional, condições familiares e problemas laborais. E os estressores do ambiente físico, que são: ruído, clima, iluminação, temperatura, espaço físico de trabalho, entre outros. (LIPP; MALAGRIS, 2001; SEGANTIN; MAIA, 2007)

O estresse depende da associação dos estímulos internos e externos, além do “coping” do indivíduo, da sua estratégia de enfrentamento ao evento. Outro fato importante é que os fatores de estresse são cumulativos. A doença estresse se intensifica a cada fato novo e inflexível, fazendo com que seu nível de estresse progrida. (GENUÍNO; GOMES; MORAES, 2009)

As alterações físicas, emocionais, vegetativas e musculares são as respostas mais óbvias do trabalhador de Enfermagem ao estresse ocupacional. (LIPP; MALAGRIS, 2001)

A autora afirma ainda que, a Escala “Job Stress Scale”¹ é uma versão resumida de “Job Content Questionnaire”², que em 1988, foi reformulada por Töres Theorell, com apenas 17 questionamentos – cinco para avaliar demanda, seis para controle e seis para apoio social. Em 2004, esta versão foi resumida e validada para a língua portuguesa, por Alves e colaboradores.

Há relatos que os questionamentos indicativos à demanda sugerem-se à pressão psicológica que o trabalhador é submetido (questão relacionada ao estresse, dificuldade de realização, conflito de relações), já as indagações relativas ao controle da atividade, que é o grau de autonomia, referem-se ao uso de habilidades, tomada de decisão e domínio sobre o trabalho (uso da criatividade, autonomia, aquisição de novos conhecimentos) e os questionamentos relativos ao apoio social analisam a qualidade do ambiente laboral, o tipo de apoio da chefia imediata e dos colegas (interações sociais). (ALVES, 2004)

Para Karasek (2005) apud Braga (2007), as demandas possuem caráter quantitativo, tem origem na quantidade de trabalho e o tempo a ser feito, e também o caráter qualitativo, que é o descompasso entre as capacidades do trabalhador e o trabalho a ser feito.

O modelo Demanda – Controle, de Karasek, foi estruturado em quatro quadrantes, determinando quatro situações (BRAGA, 2007):

- **Trabalho passivo** (baixa demanda e baixo controle): caracteriza-se como situação desestimulante, tediosa e desinteressante;
- **Trabalho ativo** (alta demanda e alto controle): é uma situação geradora de desafios, propícia para o desenvolvimento pleno do trabalhador;
- **Alta exigência** ou Alto desgaste (alta demanda e baixo controle): chamado de *job strain*, podendo gerar situação de desgaste psicológico para o trabalhador;
- **Baixa exigência** ou Baixo desgaste (baixa demanda e alto controle): há pouco desgaste psicológico, pois possui condições satisfatórias de execução do trabalho.

E tais combinações são cortadas por duas diagonais: “A” e “B”. A diagonal “A” representa o risco de distúrbios psicológicos e de doenças físicas, pois o trabalho é

1- O “Job Stress Scale” refere-se a um questionário para a caracterização dos trabalhadores.

2- O Job Content Questionnaire (JCQ) – foi organizado na década de 1970, para avaliar estresse laboral, composto por 49 questões nas seguintes dimensões: demanda psicológica e física, controle, apoio social e insegurança no trabalho.

de alta demanda conjugado com baixo controle. A diagonal “B” representa o alto controle e alta demanda, com consequente aprendizado e motivação.

O modelo da escala “JOB STRESS SCALE” (versão resumida) pode ser representado, esquematicamente, na Figura 1:

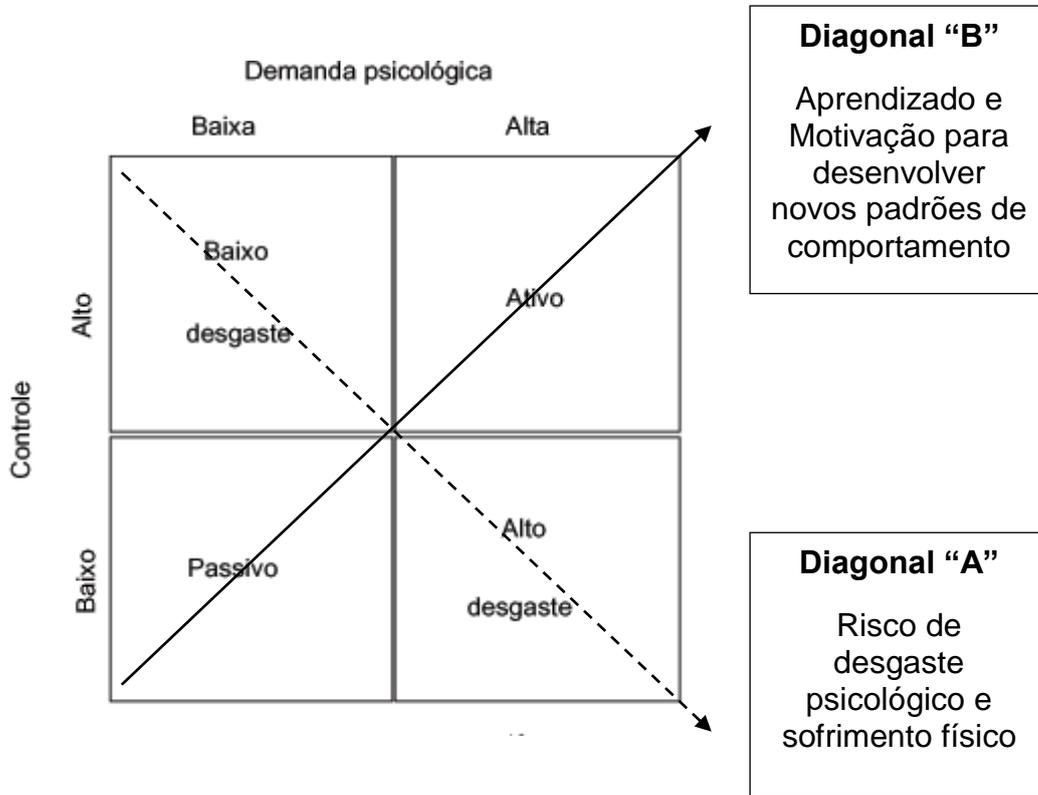


Figura 1 - Esquema do Modelo Demanda-Control de Karasek

Fonte: Alves, Márcia Guimarães de Mello. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. / Márcia Guimarães de Mello Alves. Rio de Janeiro: s.n., 2004. 259 p. tab., graf. Orientadores: Chor, Dóra e Faerstein, Eduardo. Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública.

Nesta figura, a atividade laboral pode ser disposta em: alta exigência (maior demanda e menor controle), baixa exigência (menor demanda e maior controle), trabalho ativo (maior demanda e maior controle) e trabalho passivo (menor demanda e menor controle). (KARASEK; THEORELL, 1990)

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

3.1 – Característica do Estudo

Trata-se de um estudo de natureza seccional, que conforme Medronho (2007, p.193) “é aquela estratégia que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade”, com abordagem quantitativa, que “são números que resultam de algum tipo de medição formal analisados por procedimentos estatísticos”. (POLIT; BECK, 2011, p. 36)

3.2 – Local do Estudo

Este estudo foi realizado nas unidades pertencentes à Estratégia Saúde da Família, de uma Área Programática (A.P.), da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, que possui 25 bairros, totalizando 886.551 habitantes, e as Unidades de Saúde da Família (USF) são subdivididas em três territórios integrados de atenção à saúde (TEIAS): Leopoldina Norte, Leopoldina Sul e Ilha do Governador. (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, s.d.)

3.3 – População do Estudo

A população alvo constituiu-se a partir dos trabalhadores de Enfermagem atuantes nas quatro USF selecionadas aleatoriamente de cada um dos três TEIAS, totalizando 12 USF, através do mecanismo de sorteio. Segundo Polit, Beck (2011), neste tipo de amostra, cada elemento da população tem a mesma chance de ser selecionado.

A população a ser estudada foram os profissionais de Enfermagem lotados nas Unidades da Saúde da Família selecionadas, estabeleceu-se como critério de inclusão estar atuando na Estratégia Saúde da Família há mais de seis meses. E, como critérios de exclusão ter solicitado demissão, estar afastado por licença, folga ou em gozo de férias, no período da coleta de dados.

A população deste estudo se encontra representada no esquema a seguir:

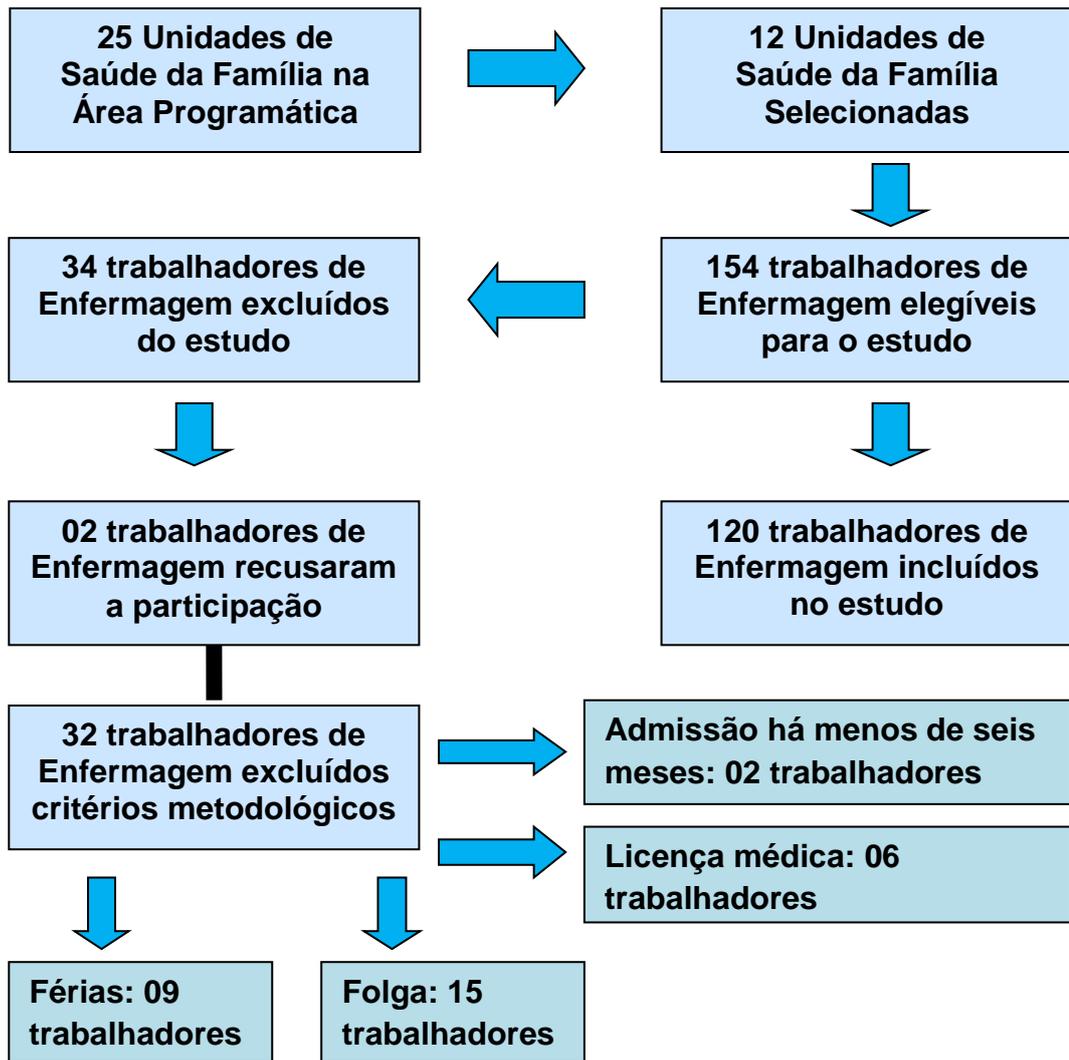


Figura 2 – Representação Esquemática da População do Estudo

Fonte: Própria autora

3.4 – Instrumento de Coleta de Dados

Para realização deste estudo foi aplicado um instrumento (Apêndice 1) que consta na 1ª parte - Inquérito Sócio-demográfico e versão resumida adaptada da “Job Stress Scale”.

O **Inquérito Sócio-demográfico** possui sete questões fechadas objetivando caracterizar o perfil sócio-demográfico e laboral dos profissionais de Enfermagem, atuantes nas equipes de Saúde da Família em relação à faixa etária, sexo, categoria profissional, tempo de atuação, vínculos empregatícios, número de filhos e lazer.

A versão resumida adaptada da “**Job Stress Scale**” (Anexo 1) possui casualidade sociológica, visto que a promoção de saúde é direcionada à organização e não ao individual. (ALVES, 2004)

Esta Escala de Estresse no Trabalho, proposta por Robert Karasek, possui 17 itens, subdivididos entre demanda psicológica, controle no trabalho e apoio social. (Alves, 2004)

A dimensão **demanda psicológica** possui cinco itens, a saber:

- a. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- b. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- c. Seu trabalho exige demais de você?
- d. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
- e. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Para a dimensão **controle sobre o trabalho**, são os seguintes itens:

- f. Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?
- g. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- h. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- i. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- j. Você pode escolher como fazer o seu trabalho?
- k. Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?

A dimensão **apoio social** possui seis itens:

- l. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- m. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
- n. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- o. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- p. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- q. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

O instrumento para coleta de dados foi distribuído aos participantes do estudo acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), em cumprimento ao disposto na Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.5 – Coleta de Dados

A pesquisadora procedeu a coleta de dados nos meses de agosto e setembro de 2013, após autorização da Gerência das Unidades de Saúde da Família da SMS-RJ e das aprovações nos Comitês de Ética em Pesquisa da UNIRIO mediante Parecer nº 293.986/2013 (Anexo 2) e SMSDC-RJ através do Parecer nº 181A /2013 (Anexo 3).

Na coleta de dados atentou-se para os cuidados necessários em relação ao armazenamento das informações, utilizou-se uma sala própria objetivando garantir a privacidade do entrevistado, mantendo o anonimato dos sujeitos da pesquisa, observando o disposto na Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.6 – Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada pelo método quantitativo, ou seja, os dados numéricos são manipulados estatisticamente, com o propósito de descrever fenômenos ou fazer inferências sobre como os fenômenos são relatados. (POLIT e BECK, 2011)

Para análise dos dados foi realizado a codificação e a digitação em planilha Excel, executadas por duas pessoas, a pesquisadora e um digitador, a fim de evitar erros de digitação e possibilitar a conferência por duas vezes.

O Inventário Sócio-demográfico foi analisado mediante frequência percentual simples, a luz do referencial teórico.

A análise da escala Job Stress Scale (JSS) se deu através das três dimensões: demanda psicológica, controle no trabalho e apoio social. (SANTOS, 2010)

Para análise demanda psicológica e controle no trabalho foi atribuído um valor predeterminado, variando de um ponto a quatro pontos, correspondente às alternativas: sempre (1 ponto); às vezes (2 pontos); raramente (3 pontos) e nunca (4 pontos). (ALVES, 2004)

O item “d” da demanda psicológica possui direção reversa, sendo assim, possui como valores: sempre (4 pontos); às vezes (3 pontos); raramente (2 pontos); nunca (1 ponto). O valor total desta dimensão varia de 05 a 20 pontos, quanto mais pontos acumulados no escore, maior é a demanda psicológica percebida pelo profissional. (SANTOS 2010)

A dimensão controle no trabalho pode ser subdividida em duas: o “discernimento intelectual” (“f”, “g”, “h” e “i”) e “autonomia para tomada de decisões” (“j” e “k”).

O item “i” possui direção reversa, sendo assim possui como valores: sempre (4 pontos); às vezes (3 pontos); raramente (2 pontos), e nunca (1 ponto), totalizando de 06 a 24 pontos, que representa o controle de como o trabalhador desenvolve o seu trabalho, ou seja, quanto maior for o valor, maior o controle. (SANTOS, 2010)

No tocante à dimensão apoio social, receberam a pontuação preestabelecida, ou seja, variando de quatro pontos a um ponto para as opções: concordo totalmente (4 pontos); concordo mais que discordo (3 pontos); discordo mais que concordo (2 pontos); discordo totalmente (1 ponto). (ALVES, 2004)

O intervalo de escore do apoio social é de 06 a 24 pontos, significa que quanto maior o escore, maior o apoio social do profissional em seu ambiente laboral.

Primeiramente, trabalhamos com a população respondente ao estudo, a seguir classificou-se em categoria profissional e unidade a qual pertence. Após foram contabilizadas as pontuações obtidas em cada item, vinculando-se o total absoluto de cada dimensão, com as seguintes expectativas: alta ou baixa demanda, alto ou baixo controle, alto ou baixo apoio social.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresentamos os dados coletados, visando análise descritiva, na perspectiva de ampliar o entendimento dos resultados encontrados.

Os dados estão organizados e sistematizados, a fim de facilitar a apresentação do resultado das respostas obtidas e a sua compreensão.

Para análise dos resultados atribuiu-se as pontuações obtidas, posteriormente, foi realizada a média e mediana dos escores, de acordo com as dimensões da escala de Demanda-Controlle.

A variação, a média, a mediana e os valores encontrados dos escores de cada dimensão são apresentadas no Quadro 1:

Quadro 1- Escores da Job Stress Scale de acordo com suas dimensões.

Dimensões	Valores encontrados	Mediana	Média
Demanda psicológica (variação: 05 a 20 pontos)	05-18	08	08
Controle (variação: 06 a 24 pontos)	08-19	13	13
Apoio Social (variação: 06 a 24 pontos)	13-24	19	19
Total			40

Fonte: Própria autora

- **Dimensão Demanda Psicológica**

Para realizar a classificação desta dimensão, inicialmente aplicou-se a mediana (ponte de corte) dos valores obtidos na dimensão demanda para a dicotomização desta variável, redistribuindo a população em dois componentes: alta demanda e baixa demanda.

Os valores abaixo da mediana até o mínimo (05 até 08) foram classificados como baixa demanda, para os demais resultados (09 até 20) foram classificados como alta demanda.

Em relação à demanda psicológica, a pontuação das questões apresentou média de 08 pontos, com amplitude de variação de 05 a 18 pontos.

- **Dimensão Controle**

Neste item, utilizamos o mesmo padrão que já foi empregado para a dimensão demanda, porém o valor máximo é diferente, sendo atribuído o valor de 24 pontos. Sendo assim, os valores abaixo da mediana até o mínimo (06 até 13) foram classificados como baixo controle e os demais resultados (14 até 24) foram classificados como alto controle.

No que se refere à dimensão controle foi observada média de 13 pontos, com pontuações variando de 08 a 19 pontos.

- **Dimensão Apoio Social**

A quantificação do apoio social segue o padrão, sendo atribuído o valor abaixo da mediana até o mínimo (06 até 19) como maior risco de adoecer e os demais valores (20 até 24) como menor risco de adoecer.

Quanto à dimensão apoio social observa-se média de 19 pontos, com variação de 13 a 24 pontos.

Após análise dos dados pelos itens demanda, controle e apoio social foi estabelecida a classificação pelo Modelo Demanda-Controle, com base nos quadrantes (trabalho passivo, baixa exigência, alta exigência e trabalho ativo). (ALVES, 2004)

Esquemáticamente, as **dimensões do Modelo Demanda-Controle**, proposto por Karasek, podem ser representadas a seguir:

		Demanda Psicológica	
		Baixa	Alta
Controle	Alto	<i>Baixa Exigência</i>	<i>Trabalho Ativo</i>
	Baixo	<i>Trabalho Passivo</i>	<i>Alta Exigência</i>

Figura3 – Esquema do Modelo Demanda – Controle

Fonte: Adaptado de ALVES (2004)

4.1. Caracterização do Perfil Sócio-Demográfico

Todavia tornou-se necessário conhecer o perfil sócio demográfico dos trabalhadores de Enfermagem, que atuam nas equipes de Saúde da Família da região selecionada.

Tabela 1- Distribuição dos trabalhadores de Enfermagem das equipes de Saúde da Família em relação a Unidades da Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2013

Unid. Saúde Família	Trab. Enf/USF n = total	Participantes do Estudo	
		n	%
USF 1	17	16	94,1
USF 2	12	11	91,6
USF 3	09	07	77,7
USF 4	24	15	62,5
USF 5	09	05	55,5
USF 6	12	11	91,6
USF 7	04	03	75,0
USF 8	10	09	90,0
USF 9	08	04	50,0
USF 10	12	08	66,6
USF 11	24	19	79,1
USF 12	13	12	92,3
Total	154	120	77,9

Fonte: Coleta de dados

Os profissionais de Enfermagem atuantes nas equipes de Saúde da Família elegíveis correspondem a 154 trabalhadores, participaram 120, perfazendo um total de 77,9% de trabalhadores de Enfermagem da ESF.

As unidades de Saúde da Família são caracterizadas por ser “porta de entrada” do Sistema Único de Saúde, ou seja, se constituem como o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde dentro do SUS. Os profissionais que atuam neste contexto, se deparam a todo o momento com situações de miséria, abandono, risco social, usuários de drogas ilícitas, e outros extremos de uma sociedade desigual.

Além disto, somam-se atribuições como: reconhecimento do território, adscrição da clientela, diagnóstico de saúde, as consultas, os grupos de educação em saúde, o acolhimento, o acompanhamento dos usuários segundo os ciclos de vida, entre outros, com a utilização de tecnologia primária. (RODRIGUES, 2011)

Portanto, os profissionais que atuam neste cenário de atenção à saúde, em especial os trabalhadores de enfermagem, se vêem em um ambiente de aproximação e, muitas vezes de imersão, na vida e no cotidiano daquelas pessoas que buscam um atendimento. Desta forma, existe a dificuldade de preservar os sentimentos e não envolver-se com realidade do outro, já que estes profissionais, em algumas situações tornam-se um membro da família e um apoio social importante para aquelas pessoas.

Tabela 2 – Características Sócio-demográficas e laborais dos trabalhadores de Enfermagem das equipes de Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2013.

Faixa etária	n	%
20 a 30 anos	38	31,7
31 a 40 anos	48	40,0
41 a 50 anos	22	18,3
51 a 60 anos	12	10,0
Sexo		
Feminino	108	90,0
Masculino	12	10,0
Categoria Profissional		
Enfermeiro	60	50,0
Técnico de Enfermagem	57	47,5
Auxiliar de Enfermagem	03	2,5
Tempo de atuação ESF		
6 meses a 1 ano	09	7,5
1 a 2 anos	36	30,0
2 a 3 anos	27	22,5
3 a 4 anos	13	10,8
4 a 5 anos	05	4,2
mais de 5 anos	30	25,0
Vínculos empregatícios		
Um	78	65,0
Dois ou mais	42	35,0
Filhos		
Não	43	35,8
Sim	77	64,2
Lazer		
Não	30	25,0
Sim	90	75,0

Fonte: Coleta de dados

De acordo com a Tabela 2, a população estudada foi composta por 120 trabalhadores de enfermagem da Estratégia Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. A faixa etária predominante foi de 31 a 40 anos, com 38 (40,0%) respondentes, assim como em outros estudos (NUNES, 2011).

O sexo feminino é predominante com 108 (90,0%) participantes, ou seja, há uma maior prevalência deste sexo. Estes dados são corroborados com outros

estudos (Rocha; De Martino, 2010; Jesus, 2012; Hanzelmann; Passos, 2010; Nunes et al, 2010; Rodrigues, 2011), de tal maneira para profissionais que atuam nos hospitais quanto para os que atuam na atenção primária. Portela (2012, p. 97), em seu estudo afirma que “o trabalho de enfermagem é exercido majoritariamente por mulheres”.

No tocante, a atividade laboral observa-se que 50,0 % dos respondentes são constituídos por 60 enfermeiros, seguidos pelos técnicos de enfermagem 57 (47,5%). Quanto ao tempo de trabalho como profissional de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família verificou-se que o grupo representativo foi o que alegou tempo de serviço de um ano a dois anos, com um quantitativo de 36 (30,0%) respondentes.

Supõe-se que este resultado pode ser devido à recente expansão da Estratégia Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro, ocasionando novas contratações de trabalhadores de Enfermagem e de outros profissionais.

Cabe destacar, que os trabalhadores de quatro a cinco anos de atuação na ESF representam, também, um significativo número, correspondendo a 30 (25%) dos investigados. Para Magnago (2008), quanto mais tempo de experiência profissional, maior conhecimento de todos os trâmites laborais, concebendo ao trabalhador uma maior segurança, melhorando seu suporte interpessoal.

Dentre os participantes do estudo, 78 (65,0%) afirmaram trabalhar apenas na Estratégia Saúde da Família. Este dado pode ser justificado pelo salário, que é o dobro dos salários pagos nas instituições hospitalares. Como relata Jesus (2012, p. 85):

“Vínculo empregatício único é realidade [...] 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.”

A boa remuneração gera satisfação no trabalho, além de propiciar a dedicação exclusiva do profissional. A valorização do trabalho, o reconhecimento e o salário são citados em inúmeros trabalhos que envolvem os profissionais de Enfermagem e estão no topo da lista das reivindicações desta categoria profissional.

No estudo aqueles que possuem filhos corresponderam a 77 (64,2%). Para Loscocco, Spitze (1990) apud Kogien (2012), a presença de filhos pode ser

agregada ao aumento do nível de estresse, devido às novas pertinências. Porém Silva, Rotenberg, Fischer (2011) discordam e argumentam que os filhos podem ser uma gratificação e diminuir as demandas relacionadas ao trabalho.

É importante salientar que, embora os filhos se constituam como uma fonte extra de tarefas é também a válvula de escape para as situações críticas do cotidiano laboral e fonte de prazer. E ainda, que introduzir o lazer na rotina de vida contribui para o alívio das tensões e pode proporcionar ao trabalhador um momento de fuga das responsabilidades impostas pelo exercício da profissão.

Em relação ao lazer 90 (75,0%) dos pesquisados asseguraram que possuem algum tipo de divertimento. Este percentual pode ser justificado pela característica jovem da população de profissionais de Enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

O trabalho em Enfermagem pode proporcionar tanto prazer quanto frustração e, ainda, pode ser uma ignição para o estresse. O estresse laboral, muitas vezes vivenciado, mas nem sempre percebido, pode ser o ponto chave no processo saúde-doença levando a agravos na saúde dos trabalhadores. Neste sentido, fez-se necessário classificar o estresse laboral vivenciado pelos trabalhadores da Enfermagem que atuam na ESF, de acordo com o modelo de demanda e controle.

4.2 – Demanda - Controle do Estresse Laboral

A classificação dos trabalhadores de Enfermagem das equipes de Saúde da Família em relação ao Job Stress Scale se perpetra através da figura do modelo Demanda-Controle de Karasek (KARASEK E THEORELL,1990), a seguir, onde os trabalhadores são alocados em quadrantes.

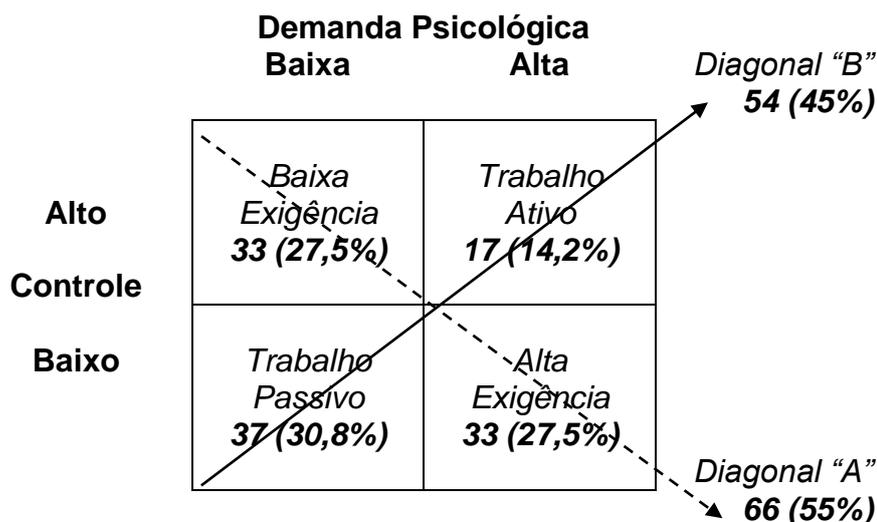


Figura 4 – Classificação dos trabalhadores de Enfermagem das equipes de Saúde da Família em relação ao Modelo Demanda-Controle, Rio de Janeiro, 2013.

Fonte: Coleta de dados.

Segundo Kogien (2012), a classificação dos profissionais de Enfermagem no modelo Demanda-Controle, isoladamente não é um fator preocupante, somente, com os dados de apoio social é que temos um sinal de alerta.

Neste estudo evidencia-se que a maioria 37 (30,8%) dos trabalhadores considera seu trabalho como trabalho passivo.

Para Karasek e Theorell (1990) apud Kogien (2012), o Trabalho Passivo, uma combinação de baixa demanda e baixo controle, é fruto da baixa capacidade de decisão sobre os problemas ocorridos, reduzindo a criatividade e autonomia. Ulhôa et al (2011) pontua que esta conjuntura pode acarretar perda de aptidões e desinteresse laboral.

O resultado encontrado neste estudo foi semelhante ao obtido por Urbanetto et al (2011), ao analisar trabalhadores de Enfermagem em hospitais. Este sugere que haja observação e acompanhamento destes trabalhadores, visto que pode ocorrer perda de habilidades e desinteresse laboral.

O trabalho passivo conforme o considerado por Karasek e Theorell (1990) sugere, principalmente na Enfermagem, que os profissionais estão submissos às normas, regras e padrões estabelecidos/impostos, já que não há (ou em pouca quantidade) autonomia de decisão sobre o seu processo de trabalho. Este fato se configura como um alarmante quando discutido sobre a ótica da saúde dos trabalhadores, pois a perda da autonomia leva o profissional à desmotivação no trabalho e ainda, a perda da identidade profissional.

Portanto, estes fatores somados a inúmeros outros que potencializam a introspecção do trabalhador enquanto profissional atuante, crítico e criativo, podem levar ao desencadeamento de distúrbios como o estresse laboral, a síndrome de Burnout e a depressão. Cabe salientar, que o mesmo trabalho que enobrece e dignifica o homem, pode ser a causa do adoecimento e ruptura de um indivíduo com a atividade produtiva.

Na Figura 4, observa-se ainda que 33 (27,5%) dos trabalhadores de Enfermagem são considerados em Alta Exigência (baixo controle e alta demanda psicológica). Harbs, Rodrigues e Quadros (2008), classificam os trabalhadores de Alta Exigência, como profissionais com maiores chances de desgaste psicológico e se exposto continuamente ao estresse, o organismo exibe uma resposta para evitar o estresse. Se ocorrer pouco controle, com pouco tempo de exposição, a sua recuperação será rápida. Se acontecer o inverso, o desgaste acumula-se.

Os trabalhadores de Enfermagem que atuam na Estratégia Saúde da Família possuem no seu dia-a-dia inúmeras situações de Alta Exigência, ocasionando desgaste físico e mental (BRAGA, CARVALHO E BINDER, 2010). A Alta Exigência é a arranjo da “Job Stress Scale” que origina maiores decorrências nocivas à saúde do trabalhador, pois os trabalhadores possuem uma sobrecarga laboral e uma execução dos trabalhos com pouco controle. (Ulhôa et al, 2011)

Segundo Urbanetto et al (2011, p. 8) o baixo controle poderá originar desmotivação e baixa autoestima, já que: “... é altamente preocupante por caracterizar processo de trabalho altamente repetitivo, com baixa autonomia e poucas oportunidades de novos aprendizados.”

Em síntese, aqueles trabalhadores que se encontram com alta demanda e baixo controle, possuem no seu processo de trabalho características que proporcionam o convívio diário com situações críticas e desencadeadoras de estresse e ainda, que se repetem sem que haja autonomia profissional para modificá-las. Dificilmente estes trabalhadores conseguirão proteger sua integridade mental (e, também, física) do adoecimento proporcionado pelo estresse laboral.

Observando sob o aspecto de transformação da realidade, os profissionais que modificam sua prática em busca de melhor qualidade de vida no trabalho, são aqueles que têm voz e atitude e ainda, contam com a parceria da instituição no qual trabalham. Portanto, em um cenário de trabalho onde os profissionais são vistos como executores de tarefas e não um indivíduo dotado de experiências e inserido

em um contexto sócio-ambiental, pode-se gerar um processo de adoecimento, afetando a saúde.

Em relação à Baixa Exigência, ressalta-se que 33 (27,5%) dos trabalhadores de Enfermagem participantes se enquadram nesta classificação, caracterizada como a baixa demanda psicológica e alto controle. Este grupo de trabalhadores possui um estado ideal, desejável, uma ocasião de relaxamento relacionado ao trabalho. (ALVES, 2004)

Neste cenário, existem poucas situações de conflito ou que possam ser fonte de estresse para o trabalhador, e ainda, os profissionais possuem total poder decisório em seu processo de trabalho.

É importante identificar os aspectos positivos e negativos do processo de trabalho frente à ocorrência do estresse laboral, para tanto é preciso à colaboração de todos os envolvidos neste processo. Desta forma, é possível dar o primeiro passo rumo a este “cenário ideal”, criando formas de participação ativa dos trabalhadores em busca de soluções para melhoria dos conflitos já instalados.

Enquanto que aqueles 17 trabalhadores (14,2%) enquadrados como Trabalho Ativo, ou seja, alta demanda psicológica e alto controle. Conforme Kogien (2012), os trabalhadores caracterizados como trabalho ativo deveriam ser os mais satisfeitos no trabalho e com estresse menor, pois possuem um alto controle sobre o seu trabalho. Estes possuem possibilidade de transformar as altas demandas em ensejos de crescimento profissional e pessoal. De acordo com Lautert (1997), o tempo de serviço, torna o trabalhador menos vulnerável a deterioração, aumentando a sua segurança profissional.

Esta situação, próxima a ideal, é aquela onde o trabalhador pode modificar sua prática em função dos mecanismos que estão ou podem ocasionar o estresse e o adoecimento. De certa maneira, o trabalho traz situações conflitantes e em especial o trabalho em saúde, potencializado por aquele desenvolvido na atenção básica é promotor de vivências alheias ao nosso controle.

Isto significa dizer que o trabalho em saúde é imprevisível e ainda, que para os trabalhadores da atenção primária, esta imprevisibilidade se aflora na medida em que ele se aproxima da realidade da população, fazendo com que outros aspectos dominem o processo de trabalho. Todavia, possuir alto controle neste cenário é conseguir adequar o trabalho às mais diversas ocorrências, exigentes de demanda psicológica, sem que isto afete a saúde ou desmotive o trabalhador.

Além do cotidiano do trabalho, tarefas e vivências, é imprescindível que haja uma rede de apoio social a este trabalhador. Esta rede se configura por familiares, bons relacionamentos interpessoais no trabalho e amigos. Na terceira dimensão da escala de Karasek, é considerado o Apoio Social que identifica somente o relacionamento interpessoal no âmbito laboral.

4.3 – Apoio Social e Chance de Adoecimento

O Apoio Social é constituído como um forte indicador da chance de adoecer, podendo gerar inúmeros conflitos e desgastes na relação do trabalhador com o trabalho. O baixo apoio social pode inclusive, influenciar na relação pessoal em outros âmbitos, já que é um potencializador do estresse laboral e repercute em todas as áreas de vida do trabalhador.

Tabela 3 - Classificação do apoio social e a chance de adoecimento dos profissionais de Enfermagem das equipes de Saúde da Família, Rio de Janeiro, 2013

Apoio Social / Chance de Adoecimento	n	%
Alto Apoio / Menor Chance	53	44,2
Baixo Apoio / Maior Chance	67	55,8
Total	120	100,0

Fonte: Coleta de dados

Verifica-se neste estudo que 67 (55,8%) trabalhadores possuem baixo nível de Apoio Social, o que demonstra problema nos relacionamentos interpessoais no trabalho; podendo acarretar uma maior chance de adoecimento. O suporte social opera como um benfeitor das possíveis decorrências insalubres das circunstâncias desgastantes que estão fora do controle do labutador. (KARASEK E THEORELL, 1990)

O Apoio Social age como proteção diante das enfermidades geradas pelo estresse, associando-se aos melhores níveis de saúde. (FONSECA & MOURA, 2008), Estudo realizado por Urbanetto et al (2011) em profissionais de Enfermagem, de um hospital de pronto-socorro da região Sul do país, descreve também a predominância do baixo apoio social (n= 209, 53,9%,). Silva e Yamada (2008) também exibiram resultado análogo no estudo de uma unidade de internação em um hospital-escola.

A ESF caracteriza-se pela jornada de 40 horas semanais, portanto o trabalhador de Enfermagem trabalha todos os dias da semana em uma jornada de oito horas diárias. O apoio social neste aspecto configura-se como indispensável ao trabalhador e de extrema relevância para a manutenção da saúde mental.

Torna-se penoso e dificultoso o trabalho de quem não mantém um bom relacionamento com os colegas de trabalho, já que aquelas pessoas passam a conviver todos os dias. E ainda, constituem-se uma equipe de saúde e, portanto podem comprometer, inclusive, a qualidade da assistência.

4.4 – Trabalhadores de Enfermagem / USF X Demanda-Controle e Apoio Social

Cabe destacar que as USF da A.P. 3.1, da SMSDC-RJ tem como missão os cuidados primários em saúde à população adscrita, com a garantia de direitos, além da criação de espaços saudáveis e da formação e qualificação dos trabalhadores.

De um modo geral, os serviços e atividades oferecidas pelas USF são num total de 32, dentre eles: imunização; coleta do teste do pezinho; radiologia; ultrassom; consulta para criança, adolescente, mulher, adulto, e idoso; acompanhamento pré-natal, do crescimento e desenvolvimento e do programa bolsa família; visita domiciliar; consulta para tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes; academia carioca (qualquer prática de promoção de atividade física); grupos educativos; realização de curativos; grupo de tabagismo; eletrocardiograma; agente de vigilância da saúde (controle da dengue); consulta de saúde bucal; nebulização; farmácia; coleta de exame de sangue, de urina (incluindo exame de gravidez), e de escarro; vacinas especiais: antirrábica e de febre amarela; planejamento familiar (incluindo anticoncepção de emergência); núcleo interno de regulação (NIR SISREG) e atendimento para doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Para apresentação dos resultados da relação Demanda-Controle e Apoio Social, elaborou-se o Quadro 2 que consta ainda da distribuição dos trabalhadores por Unidade de Saúde da Família.

Quadro 2- Distribuição dos trabalhadores de Enfermagem / USF em relação a Demanda-Controle e Apoio Social, Rio de Janeiro, 2013

USF	Trabalhadores participantes do estudo	Alta Exigência	Trabalho Ativo	Baixa Exigência	Trabalho Passivo	Risco de adoecer (diagonal A)	Apoio social	Nº. equipes	Pessoas cadastradas	Tamanho da USF	Nº. serviços e atividades
1	16	4 (25,0%)	1 (6,2%)	4 (25,0%)	7 (43,8%)	50%	baixo	7	24150	300	28
2	11	4 (36,4%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	5 (45,4%)	45%	baixo	6	20700	1200	30
3	7	2 (28,6%)	3 (42,8%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	57%	alto	4	10824	200	32
4	15	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (53,3%)	7 (46,7%)	53%	baixo	12	41400	3000	32
5	5	1 (20,0%)	1 (20,0%)	3 (60,0%)	0 (0,0%)	80%	baixo	5	20700	260	26
6	11	4 (36,4%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	1 (9,0%)	64%	baixo	6	20700	1340	29
7	3	1 (33,3%)	0 (0,0%)	2 (66,7)	0 (0,0%)	100%	alto	2	6900	45	21
8	9	1 (11,1%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	4 (44,5%)	33%	baixo	5	17250	1777	31
9	4	2 (50,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)	0 (0,0%)	75%	50%	4	13800	1800	29
10	8	2 (25,0%)	2 (25,0%)	2 (25,0%)	2 (25,0%)	50%	alto	6	20700	5731	30
11	19	5 (26,3%)	3 (15,8%)	4 (21,1%)	7 (36,8%)	47%	alto	12	41400	1000	30
12	12	7 (58,4%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)	4 (33,3%)	67%	baixo	6	17250	1000	31

Fonte: Coleta de dados

De acordo com Quadro 2, na **USF 1** existem sete equipes de Saúde da Família, sendo responsável por 24.150 pessoas.

Um número significativo de trabalhadores (n=07, 43,8%), dos 16 atuantes na USF se enquadra no Trabalho Passivo. Além disso, deve-se atentar para o risco de adoecimento com baixo apoio social, em um total de oito (50,0%) dos investigados. Este risco sinaliza a possibilidade de distúrbios psicológicos e de doença física, podendo ocorrer repercussões sobre a saúde do trabalhador como desgaste psicológico, fadiga, ansiedade e depressão. (SANTOS, 2010; ARAUJO et al, 2003)

Na figura 5, apresentamos o esquema da **USF 1**:

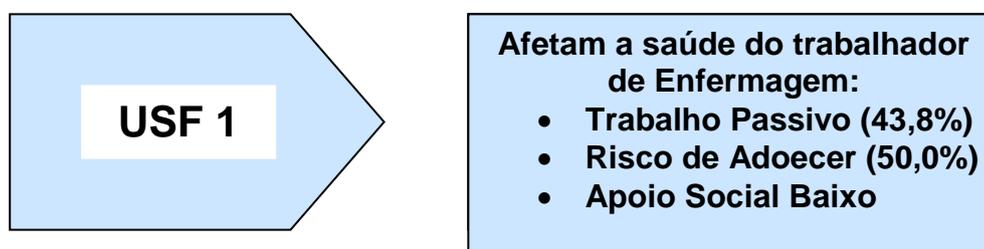


Figura 5 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 1

Fonte: Própria autora.

A **USF 2** dispõe de seis equipes de Saúde da Família, sendo responsável por 20.700 pessoas, e possui como diferencial um serviço chamado “Consultório na Rua” que se propõe a oferecer atenção as pessoas que vivem na rua. Além de, sediar uma Estação do “Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde”.

A **USF 2** apresenta cinco (45,4%), do total de 11 trabalhadores de Enfermagem na dimensão Trabalho Passivo. Este resultado vem ao encontro com o estudo de Alves (2004), que também apresentou predominância desta mesma dimensão, com o quantitativo de 33,0% trabalhadores de uma Universidade no Rio de Janeiro.

Para Greco (2011), o Trabalho Ativo admite que o trabalhador exiba uma vasta possibilidade de decisão sobre o desenvolvimento de suas tarefas, determinando desfechos positivos como, o aprendizado, porém o Trabalho

Passivo é o inverso, reduz o aprendizado, tornando o trabalhador indolente e desmotivado.

Embora o trabalho passivo seja aquele em que o poder decisório do trabalhador sobre o processo de trabalho esteja comprometido e, ainda que este trabalho favoreça a repetição monótona de situações sobre a qual não se tem controle, é uma das Unidades que apresenta um dos menores (45%) riscos de adoecimento. O que não significa ser um baixo percentual já que foram entrevistados 91,6% do total de trabalhadores que atuam nesta Unidade.

Quanto ao Apoio Social, os trabalhadores de Enfermagem da USF 2 concentraram-se em um baixo suporte social. Este resultado foi semelhante ao encontrado por Silva e Yamada (2008), em seu estudo com trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. Configura-se então, um cenário conflituoso, onde os trabalhadores possuem relações interpessoais fragilizadas.

Esquemáticamente, a USF 2 pode ser representada pela figura 6:

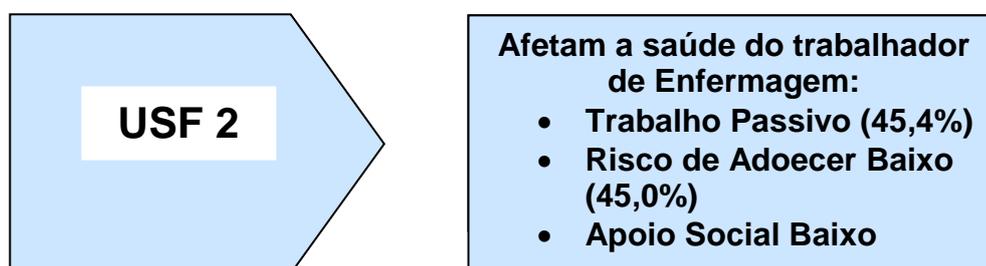


Figura 6 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 2

Fonte: Própria autora.

A **USF 3** se caracteriza por ser a Estratégia de Saúde da Família de uma Policlínica com responsabilidade sanitária de mais de 100.000 habitantes. Possui quatro equipes de Saúde da Família, com cobertura de 10.824 pessoas.

Um quantitativo expressivo (n= 03, 42,8%) dos sete trabalhadores de Enfermagem se encontra na dimensão Trabalho Ativo. Braga, Carvalho e Binder (2010) em seu estudo, com trabalhadores da rede básica de Botucatu (SP), constatou que 53,1% dos trabalhadores se enquadram nesta mesma dimensão.

Na Unidade 3, observa-se que os trabalhadores de Enfermagem possuem um alto nível de suporte social, dado este corroborado pelo estudo de Nunes (2011) onde os trabalhadores foram considerados, também, com (71,79%) representando alto apoio social.

Ainda que, o número de trabalhadores da equipe seja pequeno (nove trabalhadores), a cobertura da população é grande, além das inúmeras atividades realizadas por estes profissionais. O trabalho ativo se configura essencial nesta Unidade e, coerentemente foi à dimensão caracterizada pelo modelo demanda-controle.

A figura 7 apresenta a **USF 3**:

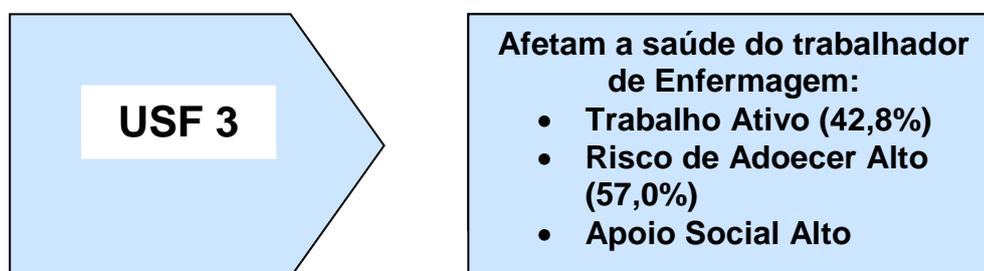


Figura 7 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 3

Fonte: Própria autora.

Já a **USF 4** possui uma das maiores áreas físicas, com 1640 m² e 12 equipes de Saúde da Família, para uma população de 41.400 pessoas. Além de, alocar um espaço para Saúde do Idoso, Centro de Referência em Obesidade da Área Programática 3.1 e uma Estação do “Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde”.

O modelo Demanda-Controle da Unidade 4 se diferencia dos demais, pois, é totalmente centrado na baixa demanda psicológica. Observa-se que oito (53,3%) dos 15 trabalhadores de Enfermagem se encontram no quadrante de Baixa Exigência. O risco de adoecimento desta Unidade é de 53% e o suporte social é Baixo. Este resultado foi igual ao obtido por Tavares (2010) ao avaliar enfermeiros docentes, com 53,1%, classificados em apoio social baixo no trabalho.

Apesar da cobertura populacional ser uma das maiores com 41.400 pessoas adscritas, percebe-se que a demanda psicológica é inversa. Contudo, não podemos deixar de destacar o Baixo Apoio Social e ainda que o risco de adoecer esteja presente e que medidas de proteção e promoção à saúde dos trabalhadores devem ser consideradas e implementadas neste contexto.

A seguir, a figura 8 apresenta um resumo da USF 4:

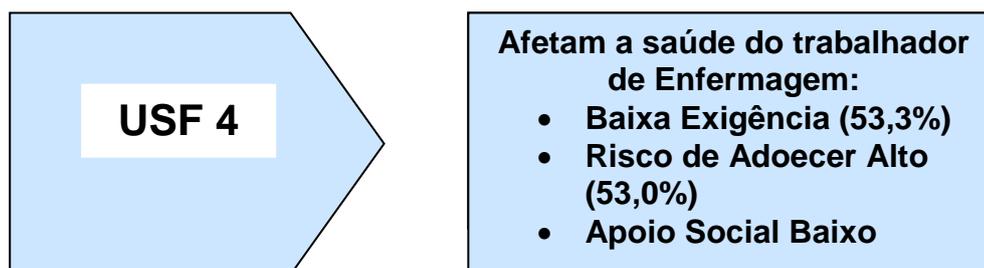


Figura 8 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 4

Fonte: Própria autora.

A **USF 5** é uma das unidades de Estratégia Saúde da Família mais antigas, atualmente possui cinco equipes de Saúde da Família, e tendo com adscrição de clientela um total 20.700 pessoas. Ressalta-se que três (60,0%) dos cinco trabalhadores de Enfermagem se localizam na Baixa Exigência. Este resultado difere do alcançado por Magnago (2010) em seu estudo com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário público do Rio Grande do Sul, onde o quadrante de trabalho passivo revelou-se com maior frequência (30%) e o menor resultado foi de (20%) baixa exigência.

A maioria dos trabalhadores desta unidade (80%) encontra-se em risco iminente de adoecer e Baixo Apoio Social. Resultado idêntico foi alcançado por Costa (2010), em seu estudo com trabalhadores de Enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, onde a maioria (51,1%) apresentou maior risco de adoecer.

Observa-se que nesta Unidade, que a demanda psicológica alta e o controle sobre o trabalho baixo, além de um relacionamento interpessoal frágil entre os pares, afetam a saúde dos trabalhadores e a qualidade da assistência prestada.

A figura 9 apresenta uma síntese da **USF 5**, destacando as principais características:

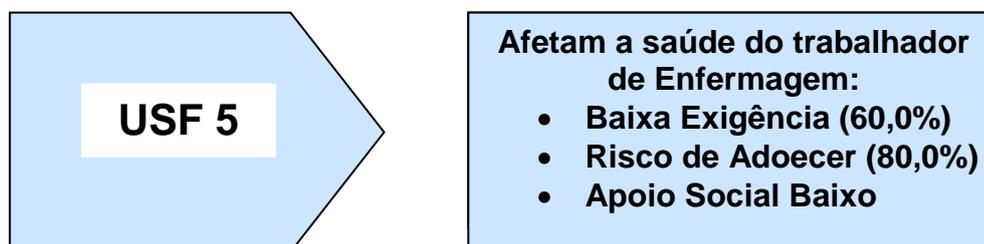


Figura 9 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 5

Fonte: Própria autora.

Na **USF 6** labutam seis equipes de Saúde da Família, com responsabilidade por 20.700 pessoas e uma cobertura de 100% da população residente no bairro. Observa-se que quatro (36,4%) dos 11 trabalhadores de Enfermagem encontram-se em Alta Exigência. Tal resultado foi igual ao obtido por Santos (2010), que em seu estudo abordou os enfermeiros bombeiros atuantes em unidades de pronto-atendimento.

Quanto ao Apoio Social, ressalta-se que possuem um Baixo Apoio Social, majorando o risco de adoecimento, que é de 64%. Sendo também encontrado no estudo de Pitthan (2010), o baixo suporte social em (68%) professores substitutos da saúde.

O Apoio Social desta Unidade poderia contribuir para minimizar os efeitos da Alta Exigência, que é o Baixo Controle laboral associada à Alta Demanda psicológica, porém a USF 6 dispõe de um Baixo Apoio Social, colaborando para o adoecimento físico e mental destes trabalhadores.

Na figura 10, apresenta-se um sumário da **USF 6**:

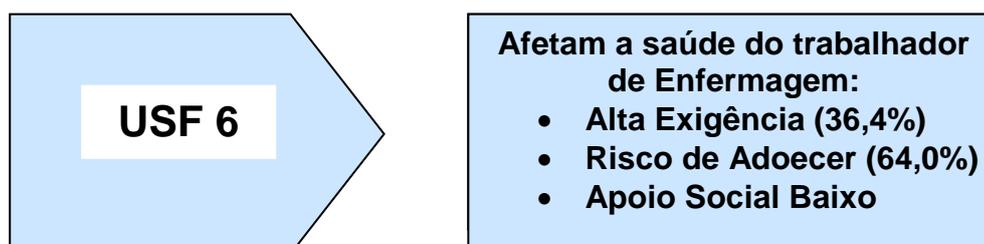


Figura 10 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 6

Fonte: Própria autora.

A **USF 7** é uma das mais antigas e menores das Unidades (45 m²). Além do menor número de equipes de Saúde da Família, que são duas. Com isso impetra-se a menor adscrição de clientela de todas as unidades, com 6.900 pessoas.

A maior parte dos trabalhadores de Enfermagem (n=02, 66,7%) desta Unidade, que possui três participantes, se encontra na dimensão Baixa Exigência, o que também foi encontrado em estudo com trabalhador de enfermagem em um hospital de ensino. (DALAROSA; LAUTERT, 2009). Em relação ao suporte social identificou-se que 66,7% (n= 02) possuem Alto Suporte.

Em relação ao risco de adoecimento, todos os pesquisados (100,0%) nesta Unidade estão na diagonal A, ou seja, com risco de adoecimento. Segundo Santos, Martendal (2008), a diagonal A é o resultado de muita tensão sobre a saúde, tanto física e quanto psicológica do trabalhador.

Embora esta Unidade seja a que possua maior risco de adoecimento entre todas as USF, este fato é minimizado pela boa relação interpessoal no trabalho, demonstrado pelo alto suporte social.

A figura 11 representa a **USF 7**:

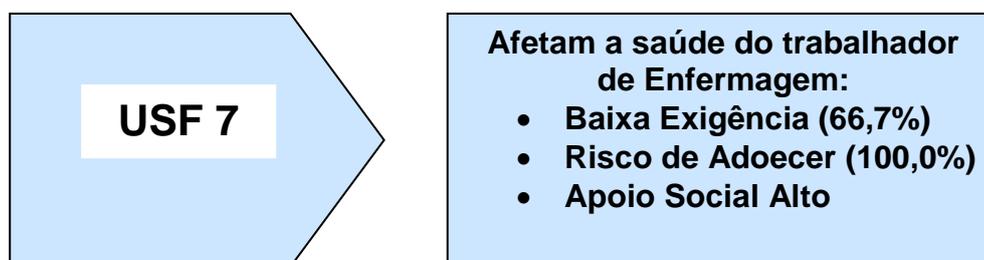


Figura 11 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 7

Fonte: Própria autora.

Na **USF 8** estão alocadas cinco Unidades de Saúde da Família, em uma das maiores unidades da área programática com 1777 m². Sendo responsáveis por 17.250 pessoas.

Os trabalhadores de Enfermagem desta unidade (n= 04, 44,5%) dos nove respondentes localizam-se no quadrante Trabalho Passivo. Resultado semelhante também foi descrito por Urbanetto et al(2011), em seu estudo com profissionais de Enfermagem atuantes em hospitais.

Evidenciou-se também que os trabalhadores de Enfermagem possuem um Apoio Social Baixo. Estes dados diferem dos encontrados por Ulhôa et al (2011), com profissionais dos centros de terapia intensiva de um hospital público de Belo Horizonte.

Esta Unidade apresenta (33%) um menor risco de adoecimento. E, os demais 77% dos trabalhadores se localizam na diagonal B, ou seja, com motivação para crescimento profissional, o seu trabalho é encarado como um desafio e além de estimular a autonomia e criatividade do trabalhador. (TAVARES, 2010)

Apesar dos trabalhadores da USF 8 admitirem um menor risco de desgaste psicológico e sofrimento físico, ou seja, de adoecimento, estes não permanecem isentos do risco de estresse ocupacional, visto que, o Apoio Social é baixo.

Pode-se observar na figura 12 a sinopse da **USF 8**:

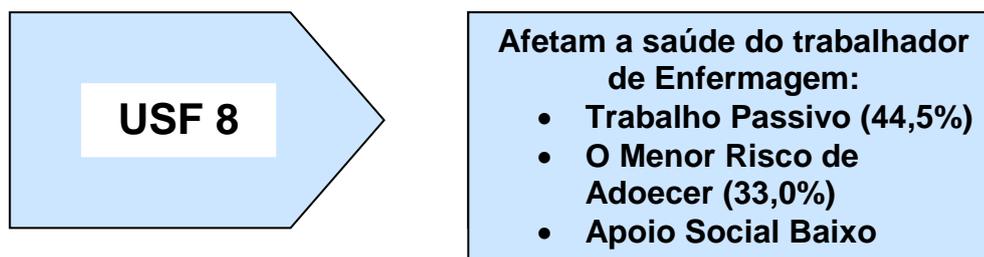


Figura 12 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 8

Fonte: Própria autora.

A **USF 9** possui um total de oito trabalhadores de Enfermagem, divididos em quatro equipes de Saúde da Família, estes são responsáveis 13.800 pessoas adscritas. Apresenta uma das maiores áreas físicas, com 1800 m², onde são oferecidos inúmeros serviços e atividades.

Em relação aos quatro trabalhadores de Enfermagem participantes nota-se que dois (50%) se localizam no quadrante Alta Exigência. Estudo efetivado por Pinho e Araujo (2007) em uma unidade de emergência de um hospital geral do município de Feira de Santana refere, também, o quadrante Alta Exigência como maioria e Prochnow (2012) igualmente exibiu resultado parecido em seu estudo em um hospital universitário público no Rio Grande do Sul.

Encontrou-se um quantitativo de três (75%) de trabalhadores com risco de adoecer e com baixo Apoio Social. Este resultado é reforçado pelo estudo de Urbanetto et al (2011) com profissionais de Enfermagem de um hospital de pronto-socorro.

Os trabalhadores da USF 9 se localizam no quadrante de Alta Exigência, que é a maior exposição ao estresse laboral, além do risco acrescido de doenças psicológicas e físicas causadas pelo trabalho de alta demanda combinada com baixo controle e pelo Apoio Social baixo.

A figura a seguir nos permite observar as principais particularidades da **USF 9**:

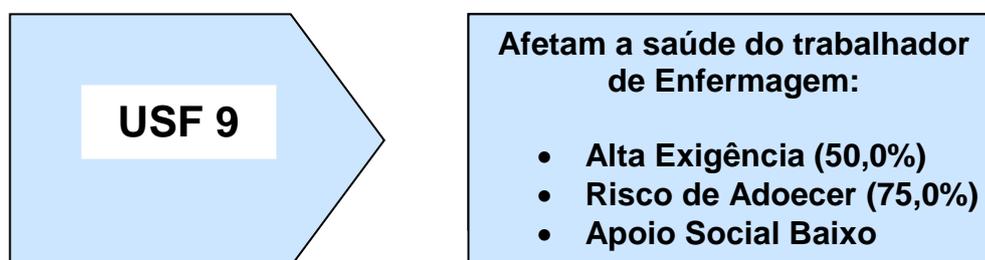


Figura 13 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 9

Fonte: Própria autora.

A **USF 10** é uma das novas unidades de atenção primária e a maior (5731 m²) da área programática estudada. Foi inaugurada com a responsabilidade de cuidar de 20.700 pessoas.

Verificou-se que nesta Unidade, há paridade dos valores nos quatro quadrantes (Alta Exigência, Trabalho Ativo, Baixa Exigência, Trabalho Passivo) e 50% dos trabalhadores de Enfermagem se encontram com risco de adoecer. Os profissionais de Enfermagem que atuam nas seis equipes de Saúde da Família se encontram divididos entre o risco de adoecimento e o de crescimento profissional.

No que se refere ao Apoio Social, observa-se um alto apoio social, minimizando os efeitos deletérios do estresse. Observa-se que, do mesmo modo que, o estudo de Braga, Carvalho e Binder (2010), constata-se um suporte social (68%) elevado.

Na figura a seguir, podemos ressaltar os aspectos relativos à **USF 10**:

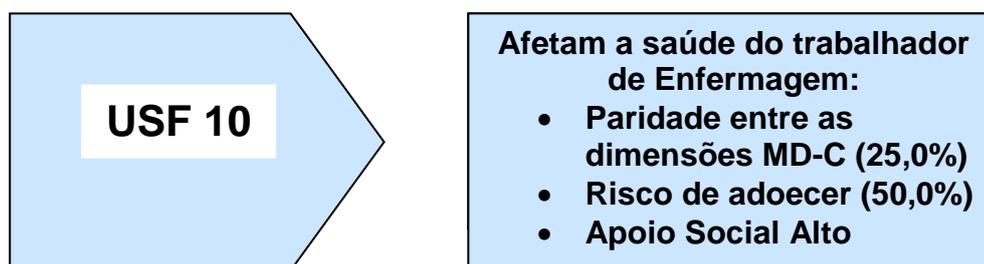


Figura 14 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 10

Fonte: Própria autora.

A **USF 11** atua com 12 equipes de Saúde da Família para atender uma população adscrita de 41.400 moradores. Nesta Unidade, evidenciou-se que 47% dos trabalhadores se encontram com risco de patologias relacionadas ao desgaste emocional e sofrimento físico. (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003)

Quanto ao suporte social, encontram-se trabalhadores de Enfermagem desta Unidade com alto Apoio Social, dado este que também pode ser verificado no estudo de Kogien (2012), com profissionais de saúde em um pronto-socorro público.

Os trabalhadores desta Unidade dispõem de boas relações interpessoais, afetando positivamente o seu ambiente laboral, favorecendo a melhoria da assistência de Enfermagem à população adscrita.

Os principais resultados da USF 11 são apresentados na figura 15:

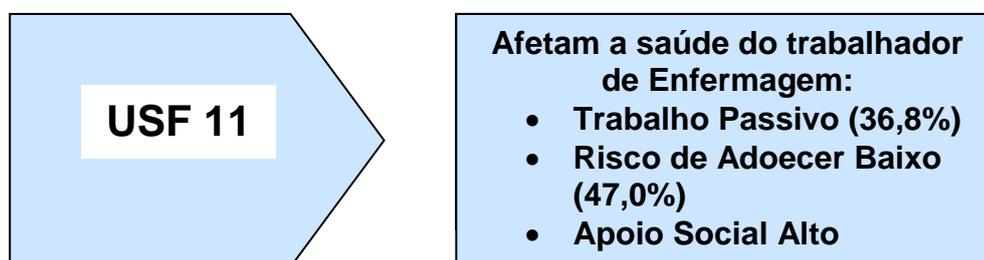


Figura 15 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 11

Fonte: Própria autora.

A **USF 12** apresenta seis equipes de Saúde da Família para cuidar de uma população adscrita de 17.250 pessoas. Nesta Unidade 67% dos trabalhadores de Enfermagem estão inseridos na diagonal A, cuja associação é

de risco de adoecimento. Os trabalhadores alocados no quadrante de Alta Exigência apresentam (58,4%) representando a maior frequência. Este resultado foi idêntico ao alcançado por Jesus (2012) ao pesquisar uma população de profissionais de Enfermagem em um hospital oncológico.

A Figura 16 ilustra as características da **USF 12**:

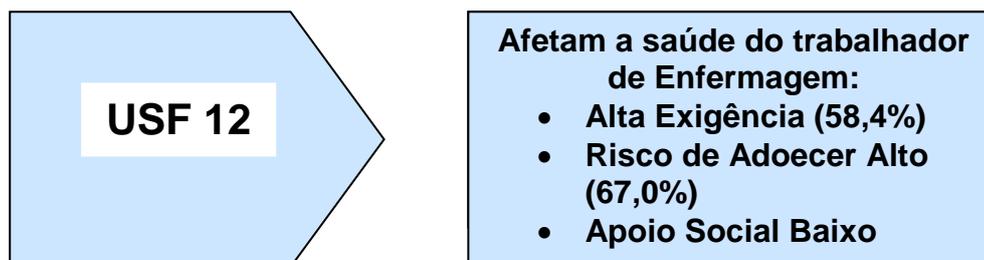


Figura 16 - Fatores que afetam a Saúde do Trabalhador de Enfermagem na USF 12

Fonte: Própria autora.

Com relação ao Apoio Social nota-se que os trabalhadores de Enfermagem se encontram no baixo Apoio Social, ou seja, há maiores chances de adoecer. Silva e Yamada (2008), ao investigar o estresse ocupacional entre trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola, observou que estes trabalhadores apresentaram maior risco de adoecimento.

Nesta Unidade se configura um panorama de relações interpessoais conflituosas, enfraquecendo o Apoio Social, pode-se perceber a influência do ambiente de trabalho no risco para o adoecimento do trabalhador. O processo de interação humana envolve e afeta, inclusive, o sucesso no acolhimento ao usuário e na assistência prestada.

Quanto ao risco de desenvolver doenças físicas e psíquicas, observou-se que nove (75%) dentre as 12 Unidades de Saúde da Família pesquisadas, se encontram com risco Alto. Isto se deve ao fato que, a equipe de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família se depara com fatores estressores, como a alta demanda de trabalho, adscrição de clientela com sofrimento social, execução de tarefas com rapidez, trabalho intenso, informações discordantes e/ou contraditórias, falta de tomada de iniciativas, repetição de tarefas, além da deficiência de alternativa de como fazer e o que fazer no seu trabalho, gerando assim, o estresse laboral.

Também há de se considerar que quatro (33,3%) Unidades de Saúde da Família apresentam apoio social Alto, que segundo Kogien (2012), o suporte ou apoio social laboral é o apoio ofertado por indivíduos mais próximos dentro do ambiente laboral, como uma companhia, um afeto, ou simplesmente uma palavra de encorajamento, para que o sujeito se sinta “protegido” em várias situações, principalmente, as stressogênicas.

O nível de suporte ou apoio social é um dos fatores protetores contra os efeitos deletérios do estresse laboral, além de operar como intermediário entre as demandas psicológicas e o controle no ambiente psicossocial do trabalho, pois. uma rede de apoio faz com que as demandas psicológicas sejam repartidas. (KOGIEN, 2012)

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a investigar o estresse laboral da equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. É importante alertar que o seu resultado é de natureza seccional, ou seja, relacionado à ocasião da investigação do estudo. Este fato pode ser considerado uma limitação, pois, os dados resultantes refletem o momento de realização da pesquisa.

Deste modo, ressalta-se o perfil sócio-demográfico e laboral dos trabalhadores de Enfermagem atuantes na Estratégia Saúde da Família, ou seja, os investigados em sua maioria foram 90% de mulheres; 40% na faixa etária de 31 a 40 anos; 50% enfermeiros e os demais nas categorias de técnicos e auxiliares de enfermagem; 30% atuam na ESF de um a dois anos; um número significativo 65% com vínculo empregatício único; 64,2 % possuem filhos e 75% mencionaram a realização de lazer.

No que se refere ao Modelo Demanda-Controle, de Karasek, destaca-se que 30,8% dos trabalhadores de Enfermagem se enquadram na baixa demanda psicológica e baixo controle, estes classificados no quadrante Trabalho Passivo, sinalizando uma situação desestimulante, tediosa e desinteressante. O Trabalho Passivo foi sucedido pelos quadrantes de Baixa e Alta Exigência, com 27,5% cada, e pelo Trabalho Ativo, com 14,2%.

Ressalta-se também que 66 trabalhadores (55%) foram classificados na diagonal A, que representa o risco de distúrbios psicológicos e de doenças físicas, pois o trabalho é de alta demanda combinada com baixo controle.

O apoio ou suporte social é um fator decisório no que diz respeito ao estresse laboral, sendo o mesmo, o minimizador dos efeitos nocivos do estresse. Neste estudo, a maioria dos trabalhadores possui Apoio Social Baixo, suscitando a possibilidade de estresse ocupacional.

Com estes dados, desvelou-se que a analogia existente entre o risco de distúrbios psicológicos e doenças físicas (diagonal A) e o apoio social baixo, predispõe ao estresse laboral.

Estes resultados são preocupantes, pois, demonstram a existência de trabalhadores com adoecimento físico e principalmente psíquico atuando na

Estratégia Saúde da Família, tais adoecimentos podem se expandir se as condições laborais não se aprimorarem.

Uma das condições laborais a serem discutidas é o poder decisório do trabalhador. Em algumas ocasiões, o trabalho é uma fonte de desgaste, porém cada indivíduo é singular e possui suas estratégias de enfrentamento (coping) diante de adversidades laborais, que o resguardam do adoecimento. Para tanto, é de suma importância que o trabalhador reconheça os riscos laborais, para que haja promoção e prevenção à sua saúde.

Outra condição a ser discutida é o ambiente dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, que deve proporcionar um bem-estar laboral para reduzir ou até mesmo evitar o estresse ocupacional.

Aponta-se algumas considerações para melhorar o ambiente laboral dos trabalhadores da ESF que podem minimizar o estresse, a saber:

- ❖ Realizar ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador, com a finalidade de prevenir e minimizar o estresse ocupacional.
- ❖ Realizar capacitações permanentes, para a melhoria do exercício profissional.
- ❖ Implantar um Serviço de Saúde ao Trabalhador da Estratégia Saúde da Família, para a realização dos exames periódicos de saúde.
- ❖ Motivar os trabalhadores, através da integração entre os pares, para desenvolver e estimular o apoio social.
- ❖ Estimular a criatividade dos trabalhadores, para organizar o seu trabalho e favorecer a integração entre os pares.
- ❖ Promover ambientes saudáveis, como a adoção de salas de convívio para as Unidades de Saúde da Família, como forma de troca entre os trabalhadores e atividades como ginástica laboral e música ambiente.

Para concluir, reflete-se sobre a importância desta temática e sobre o conhecimento dos trabalhadores de Enfermagem sobre a demanda, o controle e o apoio social no trabalho. Sendo assim, é imperiosa a necessidade de uma divulgação entre as ESF dos resultados obtidos, para que sejam alçadas não somente as metas, mas sim, uma qualidade real no trabalho, com modificação e melhoria laboral.

CAPÍTULO 6 – REFERÊNCIAS

1. ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho**: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde. 2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
2. ALVES, M. G. M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português, **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.02, p. 164-171, 2004.
3. ARAÚJO, T. M.; et al Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem, **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.04, p. 424-433, 2003.
4. ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.: 285- 297, 2003
5. BRAGA. L. C.. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu-SP**. Monografia (curso de Pós- Graduação em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2007.
6. BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP), **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1585-96, 2010.
7. BRASIL. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* [online]. Brasília, DF, 25 jun. 1986. Disponível: <<http://www.senado.gov.br/legisla.htm>>. Acesso em: 08 de ago. de 2011.
8. _____.Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas em pesquisas e testes em seres humanos. Diário Oficial da União [online]. Brasília, DF, Disponível: <<http://www.senado.gov.br/legisla.htm>>. Acesso em: 24 abr. 2013.
9. _____. Ministério da Saúde. **Legislação da Saúde**: Caderno Legislação em Saúde do Trabalhador. 2ª ed. Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília-DF, 2005.

10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001. 128p.
11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
13. COSTA, M. A. S. **O estresse no trabalho e a auto-avaliação da saúde entre os trabalhadores da enfermagem das unidades de urgências e emergências da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
14. DALAROSA, M. G.; LAUTERT, L. Acidente com material biológico no trabalhador de enfermagem em um hospital de ensino: estudo caso-controlado. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), mar; v. 30, n. 1, p. 19-26, 2009.
15. FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicologia para America Latina**. n.15. Dez. 2008. Disponível em: <<http://www.psicolatina.org/15/apoio.html>>. Acesso em: 15 de setembro de 2013.
16. GENUÍNO, S.L.V.P., GOMES, M.S.; MORAES, E.M. O Estresse Ocupacional e a Síndrome de Burnout no Ambiente de Trabalho: Suas Influências no Comportamento dos Professores da Rede Privada do Ensino Médio de João Pessoa. **Revista Anagrama: Revista Científica Interdisciplinar da Graduação**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 1-9, 2010.
17. GRECO, P. B. T. **Distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2011.
18. HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701, 2010.

19. HARBS, T. C.; RODRIGUES, S. T.; QUADROS, V. A. S. Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. **Boletim de Enfermagem**, v.1, n. 2, p. 41-56, 2008.
20. HERNÁNDEZ, J. R. Estrés y Burnout en Profesionales de la Salud de los Niveles Primario Y Secundario de Atención. **Revista Cubana Salud Pública**, Habana, v. 29, n. 2, p. 103-110, 2003.
21. INOCENTE, N.J. **Burnout em professores universitários do Vale do Paraíba (SP)**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Faculdade de Medicina, UNICAMP, 2005.
22. JESUS, J. T. **Estresse e manifestações de transtornos mentais comuns em profissionais de enfermagem de um hospital oncológico**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
23. KARASEK R.; THEORELL T. **Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books; 1990.
24. KOGIEN, M. **Impactos psicossociais na qualidade de vida de profissionais de saúde em um pronto-socorro público**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho.
25. LAUTERT, L. **O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais**. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.18, n. 2, p.133-144, 1997.
26. LIMA, M. J. **O que é Enfermagem**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.
27. LIPP, M. E. N. Stress no trabalho: implicações para a pessoa e para a empresa. In: NUNES SOBRINHO, F. P.; NASSARALLA, I. (org.). **Pedagogia Institucional - Fatores Humanos nas Organizações**. Rio de Janeiro: ZIT Editores, 2004.
28. LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L.N. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGE, B.(org). **Psicoterapias Cognitivo comportamentais**. Campinas: Psy II, 2001.
29. MALAGRIS, L. E. N; FIORITO, A. C. C. Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 391-98, 2006.

30. MAGNAGO, T. S. B. S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem.** 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Rio de Janeiro.
31. MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 811-17, 2010.
32. MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia.** 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
33. NUNES, C. R. Avaliação do estresse em profissionais de duas unidades de tratamento de doentes crônicos. 2011. Monografia (Graduação em Enfermagem) – FEEVALE, Novo Hamburgo.
34. NUNES, M. B. G. et al. Riscos ocupacionais dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 204-09, 2010.
35. PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. *Estud. Psicologia (Natal)*, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.
36. PEREIRA, C. A.; MIRANDA, L. C. S.; Passos, J. P. O estresse e seus fatores determinantes na concepção dos graduandos de enfermagem. **remE – Rev. Min. Enferm.**; Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 204-09, 2010.
37. PINHO, P.; ARAÚJO, T. M. Trabalho de Enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 329-36, 2007.
38. PITTHAN, L. O. **Exposição do professor substituto da saúde ao estresse no trabalho.** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
39. POLIT, D.F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
40. PORTELA, L. F. **Relações entre o estresse psicossocial no trabalho segundo o modelo demanda-controle e a pressão arterial monitorada: o papel do trabalho doméstico.** 2012. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

41. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Guia de Serviços de Saúde do SUS-RIO** - Região da Leopoldina - AP 3.1 Versão preliminar. (s.d.). Disponível em: <http://redeoticsrio.org/guia_sus/GUIA%20SUS%203.1.pdf>. Acesso em: 30 de setembro de 2013.
42. PROCHNOW, A. **Capacidade para o trabalho na Enfermagem: relação com aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
43. ROCHA, M. C. P.; DE MARTINO, M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 280-86, 2010.
44. RODRIGUES, M. N. G. **Nível de satisfação profissional entre trabalhadores de enfermagem da estratégia saúde da família**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
45. SANTOS, K. O. B. **Estresse Ocupacional e Saúde Mental: Desempenho de instrumentos na avaliação em populações de trabalhadores na Bahia, Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana.
46. SANTOS, K.; MARTENDAL, L. Coping e adoecimento cardíaco em um trabalhador da saúde. **Psicol Argum.**, Paraná, v. 26, n. 55, p. 281-92, 2008.
47. SANTOS, P. G. **O estresse e a Síndrome de Burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em unidades de pronto-atendimento (UPAS)**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
48. SCHMIDT, D. R. C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto contexto - enferm.**, Santa Catarina, v. 8, n. 2, p. 330-37, 2009.
49. SEGANTIN, B. G. DE O.; MAIA, E. M. F. L. **Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde**. 2007. Monografia (Pós-Graduação em Saúde da Família) - Instituto de Ensino Superior, Londrina.
50. SELYE H. **Stress, a tensão da vida**. 2. ed. São Paulo: Ibrasa; 1959.

51. SILVA, A. A.; ROTENBERG, L.; FISCHER, F. M. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1117-26, 2011.
52. SILVA, L. G; YAMADA, K. N. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 98-105, 2008.
53. STACCIARINI, J. M. R.; TROCCOLI, B. T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.
54. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília. UNESCO, 2002.
55. TAVARES, J. P. **Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.
56. ULHÔA, M. L. et al. Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de Belo Horizonte: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. **REGE**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 409-26, 2011.
57. URBANETTO, J. S. et al. Estresse no trabalho da enfermagem em hospital de pronto-socorro: análise usando a Job Stress Scale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1121-31, 2011.

APÊNDICE

APENDICE - 1**Instrumento de Coleta de Dados****1ª Parte - INQUÉRITO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**

1- Idade: _____ anos.

2- Sexo:

() masculino

() feminino

3- Categoria Profissional:

() Auxiliar de Enfermagem

() Técnico de Enfermagem

() Enfermeiro (a)

4- Há quanto tempo você trabalha como profissional de Enfermagem, nesta função (atividade): _____ anos e _____ meses

5- Você possui quantos vínculos empregatícios?

() um

() dois

() mais de dois

6- Quantos filhos você tem?

() Não tenho filhos

() 01 filho

() 02 filhos

() 03 filhos

() mais de 03 filhos

7- Você possui algum tipo de lazer?

() Não

() Sim

Continuação APENDICE - 1
2ª Parte - JOB STRESS SCALE (JSS)

Agora, responda as perguntas sobre características de seu trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Características	Sempre / Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca / Quase nunca
a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	1()	2()	3()	4()
b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente? (isto é, produzir muito em pouco tempo)	1()	2()	3()	4()
c) Seu trabalho exige demais de você?	1()	2()	3()	4()
d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas do seu trabalho?	1()	2()	3()	4()
e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	1()	2()	3()	4()
f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas no seu trabalho?	1()	2()	3()	4()
g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	1()	2()	3()	4()
h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	1()	2()	3()	4()
i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	1()	2()	3()	4()
j) Você pode escolher como fazer o seu trabalho?	1()	2()	3()	4()
k) Você pode escolher o que fazer no seu trabalho?	1()	2()	3()	4()
Características	Concordo Totalmente	Concordo mais do que discordo	Discordo mais do que concordo	Discordo Totalmente
l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	4()	3()	2()	1()
m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	4()	3()	2()	1()
n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	4()	3()	2()	1()
o) Se eu não estiver em um bom dia, meus colegas me compreendem	4()	3()	2()	1()
p) No trabalho eu me relaciono bem com meus chefes	4()	3()	2()	1()
q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas	4()	3()	2()	1()

APENDICE - 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Enfermeiro (a) / Auxiliar ou Técnico (a) de Enfermagem

Estamos desenvolvendo um estudo que consiste na discussão do nível de estresse nos trabalhadores de enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família, cujo título registrado na Plataforma Brasil é “O ESTRESSE LABORAL DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA”. Por isso, você está sendo convidado (a) a participar deste estudo.

Esta pesquisa tem como objetivos: Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família; Descrever a prevalência de estresse laboral do trabalhador de enfermagem atuante nas equipes de saúde da família e Discutir a implicação do estresse ocupacional nos trabalhadores de Enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família, na perspectiva da saúde do trabalhador.

Para realização desta pesquisa, os procedimentos para coleta de dados utilizados foram: ter a autorização das Gerências das Unidades de Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Esclarecemos que a pesquisa apresenta riscos mínimos, não haverá custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo. E que todas as informações concedidas serão mantidas sob sigilo, e que servirão para conformar o presente estudo, além da garantia do anonimato.

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste Termo de Consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização do estudo, em concordância com a Resolução CNS nº 466/12 que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo, no momento em que desejar, através dos telefones e e-mail abaixo relacionados.

Desde já, agradecemos a sua atenção.

Aline Ramos Velasco
Tel. (21) 9375-6277
aline4ramos@gmail.com
Pesquisador Responsável

**Profa. Dra Joanir
Pereira Passos**
Tel. (21) 2542- 6479
joanirpassos@bol.com.br
Orientadora

CEP-UNIRIO
Tel. (21) 2542-7771
cep-unirio@unirio.br

CEP/SMSDC
Tel. (21) 3971-1463
cepsms@rio.rj.gov.br
cepsmsrj@yahoo.com.br

Eu, _____, declaro **estar ciente** da finalidade da pesquisa. A explicação recebida esclarece os riscos mínimos e benefícios na participação do estudo, que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento da pesquisa, sem justificar minha decisão. E ainda, que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei nenhum recurso material ou financeiro para participar do estudo.

Estando ciente de tudo o que foi exposto, concordo em participar do estudo.

Rio de Janeiro, ____/____/ 20__.

Assinatura do Participante

APÊNDICE - 3

Classificação dos trabalhadores de Enfermagem da ESF em relação aos quadrantes do modelo demanda-controle (Job Stress Scale), Rio de Janeiro, 2013.

PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	CLINICA DA FAMILIA	ESCORE DE DEMANDA	ESCORE DE CONTROLE	ESCORE DE APOIO SOCIAL	REFERENCIA DO APOIO SOCIAL	CLASSIFICAÇÃO
ENFERMEIRO	1	10	10	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	1	7	12	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	1	7	11	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	1	6	11	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	1	7	11	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	1	7	11	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	1	18	15	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	1	10	10	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	1	8	16	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	1	6	12	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	1	8	15	13	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA

TÉCNICO	1	9	15	14	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	1	7	16	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	1	8	12	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	1	6	14	24	MENOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	1	9	13	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	2	10	14	16	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
ENFERMEIRO	2	8	13	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	2	7	11	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	2	8	11	23	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	2	8	12	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	2	7	11	15	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	2	10	13	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	2	13	10	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	2	10	11	23	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	2	8	14	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	2	14	11	15	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	3	6	16	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	3	10	15	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO

					ADOCER	
ENFERMEIRO	3	12	13	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	3	15	17	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	3	7	14	14	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	3	10	14	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	3	13	8	24	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	4	7	11	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	4	8	14	16	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	4	8	11	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	4	8	11	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	4	8	12	16	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	4	8	10	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	4	7	11	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	4	5	14	15	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	4	8	15	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	4	7	17	16	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	4	8	11	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	4	5	17	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA

TÉCNICO	4	7	14	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	4	6	16	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	4	7	15	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	5	6	14	16	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	5	7	15	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	5	8	16	13	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	5	13	13	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	5	10	15	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
ENFERMEIRO	6	7	15	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	6	9	13	23	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	6	9	10	23	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	6	7	14	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	6	6	13	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	6	5	18	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	6	9	14	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	6	9	16	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	6	13	13	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	6	11	15	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO

					ADOCER	
TÉCNICO	6	12	12	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	7	7	14	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	7	10	11	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	7	8	15	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	8	6	12	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	8	7	16	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	8	6	10	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	8	6	12	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	8	11	17	16	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	8	8	18	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	8	10	17	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	8	6	16	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	8	9	12	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	9	9	14	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
ENFERMEIRO	9	10	12	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	9	11	12	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	9	8	14	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA

ENFERMEIRO	10	8	15	13	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	10	8	12	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	10	9	13	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	10	5	12	16	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	10	8	16	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	10	11	16	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	10	9	18	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	10	10	12	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	11	8	13	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	11	9	13	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	11	9	10	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	11	5	11	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	11	9	8	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	11	7	12	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	11	8	13	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	11	10	9	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	11	5	14	14	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	11	9	13	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA

					ADOCER	
TÉCNICO	11	8	19	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	11	10	16	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	11	11	17	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
TÉCNICO	11	8	19	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	11	9	17	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO ATIVO
AUXILIAR	11	8	10	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
AUXILIAR	11	5	15	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	11	8	13	16	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	11	8	13	18	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	12	10	13	20	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	12	8	13	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	12	10	11	24	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	12	11	11	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	12	8	10	22	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
ENFERMEIRO	12	9	10	22	MAIOR CHANCE DE ADOECER	BAIXA EXIGÊNCIA
ENFERMEIRO	12	6	13	21	MENOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	12	11	12	17	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA

TÉCNICO	12	8	11	16	MAIOR CHANCE DE ADOECER	TRABALHO PASSIVO
TÉCNICO	12	12	12	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
TÉCNICO	12	12	12	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
AUXILIAR	12	10	10	19	MAIOR CHANCE DE ADOECER	ALTA EXIGÊNCIA
MEDIANA	-	08	13	19	-	-
MEDIA	-	08	13	19	-	-

ANEXOS

ANEXO 1 – “JOB STRESS SCALE” (Versão Resumida Adaptada)**Versão para o português****Demanda**

- A) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- B) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- C) Seu trabalho exige demais de você?
- D) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
- E) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Controle**Desenvolvimento e Uso de Habilidades (Discernimento Intelectual)**

- F) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- G) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- H) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- I) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

Autonomia para tomada de decisão

- J) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- K) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

Opções de resposta de A até K: Frequentemente; Às vezes; Raramente; Nunca ou quase nunca.

Apoio Social

- L) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- M) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
- N) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- O) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- P) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- Q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

Opções de resposta de L até Q: Concordo totalmente; Concordo mais que discordo; Discordo mais que concordo; Discordo totalmente.

Fonte: Alves, 2004.

ANEXO 2 – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O ESTRESSE LABORAL DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM ATUANTES NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: ALINE RAMOS VELASCO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12585713.5.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 293.986

Data da Relatoria: 05/06/2013

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem por objetivos: Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família; Descrever a prevalência de estresse laboral do trabalhador de enfermagem atuante nas equipes de saúde da família e Discutir a implicação do estresse ocupacional nos trabalhadores de Enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família, na perspectiva da saúde do trabalhador. Trata-se de um estudo de natureza seccional, com abordagem quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos profissionais de enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família; -Descrever a prevalência de estresse laboral do trabalhador de enfermagem atuante nas equipes de saúde da família;-Discutir a implicação do estresse ocupacional nos trabalhadores de Enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família, na perspectiva da saúde do trabalhador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando-se que a população do estudo será abordado mediante questionário, entende-se que os riscos serão mínimos.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-240

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação ANEXO – 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 293.986

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto amplo com implicações de ordem social. Em última análise pode existir um confronto entre trabalhadores de contratos de trabalho distintos, isto é, diferenças salariais com mesma carga de trabalho e obrigações e por outro lado trabalhadores com estabilidade de trabalho diferente. Seria um projeto para uma discussão mais profunda ao nível de administração pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta autorização das unidades

Apresenta TCLE

Apresenta instrumento de coleta

Recomendações:

Atendeu as pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendeu as pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo aprovado.

RIO DE JANEIRO, 05 de Junho de 2013

Assinador por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO 3 – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ)



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 181A/2013

Rio de Janeiro, 22 de julho de 2013.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 466/12 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

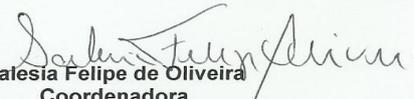
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meirelles Pereira Gomes José M. Salame Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretária Executiva Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 91/13.</p> <p>TÍTULO: O estresse laboral dos trabalhadores de enfermagem atuantes nas equipes de saúde da família.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Aline Ramos Velasco.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Unidades de Saúde Área Programática 3.1.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 19/07/2013.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12*).


Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577