



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO
HOSPITALAR: UM ESTUDO PSICOSSOCIOLÓGICO**

IANY CAVALCANTI DA SILVA BARROS

**João Pessoa
2013**

IANY CAVALCANTI DA SILVA BARROS

**ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO
HOSPITALAR: UM ESTUDO PSICOSSOCIOLÓGICO**

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, por Iany Cavalcanti da Silva Barros, sob a orientação da Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social.

**João Pessoa
2013**

B277e Barros, Iany Cavalcanti da Silva.

Estresse ocupacional e qualidade de vida no contexto hospitalar: um estudo psicossociológico / Iany Cavalcanti da Silva Barros.-- João Pessoa, 2013.

230f. : il.

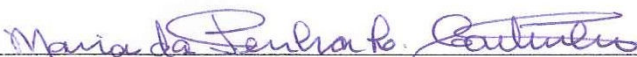
*Orientadora: Maria da Penha de Lima Coutinho
Tese (Doutorado) – UFPB/CCHL*


*1. Estresse ocupacional. 2. Contexto hospitalar.
3. Prática profissional. 4. Qualidade de vida. 5.
Representações sociais.*


**ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO
HOSPITALAR: UM ESTUDO PSICOSSOCIOLÓGICO**

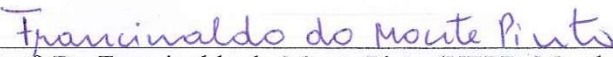
IANY CAVALCANTI DA SILVA BARROS


BANCA AVALIADORA

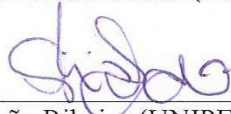

Prof. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho (UFPB, Orientadora)


Prof. Dra. Ieda Franken (UFPB, Membro Interno)


Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo (UFPB, Membro Interno)


Prof. Dr. Francinaldo do Monte Pinto (UEPB, Membro Externo)


Prof. Dra. Maria Natália Pereira Ramos (UAP, Membro Externo)


Prof. Dra. Cristiane Galvão Ribeiro (UNIPE, Membro Externo)

João Pessoa 09 de setembro de 2013

DEDICATÓRIA

Aos meus!

Meu Pai Orlando da Silva Barros, com quem parecia muito, e estava sempre presente olhando por todos nós, e minha Mãe Terezinha de Jesus Cavalcanti da Silva Barros, que faz uma imensa falta e nos deixou no segundo ano do doutorado, marcando fortemente sua ausência na minha vida. Tenho muitas saudades!

*Minha família ainda no Recife, em especial meu tio **Olívio** que vive entre nós e representa a referência de vida para mim, todo meu reconhecimento, e a todos, **minhas primas e primos** queridos por edificarem nossos valores.*

*Minhas irmãs **Inah, Iaci, Icia, Iva** e meu irmão **Ilson**, tudo que somos vem de nossos pais, obrigada por manterem esses princípios.*

*Minhas sobrinhas queridas, **Maria Izabel e Maria Eduarda**, que estão construindo uma nova geração, mantenham nossos valores.*

*Minhas filhas, **Izabel e Carolina**, e meu filho **Albertinho**, vivo por vocês e estão no meu coração. Obrigada por me acompanharem sempre.*

***Pedro** meu neto querido, alegria e desafio na minha vida.*

*A **Telma** por fazer meu irmão feliz, obrigada.*

*A **Ayron, Luiz e Laura** por fazerem meus filhos felizes, obrigada.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por ter permitido viver a graça da vida.

NOSSA SENHORA minha mãe do Céu, que me abençoa e me desafia a todo o momento, orientando-me, conduzindo-me, e mostrando a minha missão aqui no mundo.

Obrigada professora Maria da Penha de Lima Coutinho, minha orientadora. Aprendi a conhecê-la entendi sua missão no mundo, no mundo da universidade, e junto a nós, seus alunos. Fez incansáveis intervenções no meu trabalho, orientou-me e, me disse sempre que caminhasse. Fazendo-me caminhar com ela. Dotada de uma elevada capacidade de interpretação, carisma, elegância e despojamento, olhando sua realidade e se posicionando de maneira inteira sobre ela.

Professor Bernardino Fernández Calvo, meu leitor, obrigada pela disponibilidade e interesse sempre presente, que cumprindo seu pape, expressou suas contribuições para o melhor alinhamento do meu trabalho, fazendo-me refletir sobre essas possibilidades.

Professora Natália Ramos com quem aprendi a ter um novo olhar sobre a saúde nas nossas aulas, e por se dispor a estar nesse momento, oferecendo suas competentes contribuições no meu trabalho.

Professor Francinaldo do Monte Pinto, a quem destaco pela sua competência e zelo no que realiza ter sua convivência enriquece minha vida profissional.

Professora Cristiane Galvão obrigada pela disponibilidade permanente e pelas suas contribuições.

Aos professores do Curso de Psicologia do UNIPÊ, pelo tempo que convivemos e terem impulsionado essa minha trajetória. A minhas companheiras de trabalho Zefinha, Léa, Mary, Eugênia, Ana e Nenen pessoas que estiveram sempre comigo, em todos os momentos, obrigada.

Aos professores do Doutorado Psicologia da UFPB Ana Raquel, Ana Alayde, Genário Barbosa, Valdiney Gouveia, e outros que fizeram parte da minha aprendizagem, obrigada.

Aos meus colegas de Doutorado e do Núcleo de Pesquisa, principalmente as que compartilharam comigo na coleta de dados (Rayanne, Élima, Adriele, Rosane) desbravando os espaços nos hospitais, revisando as normas e fazendo as buscas nas bases de dados.

A Clênia, Andreia e Roseane, companheiras incansáveis, meu grupo, obrigada pela presença nos meus momentos mais difíceis.

Um agradecimento final para Márcio Coutinho, pessoa de coração manso e tranquilo. Expressa competência nas suas ações, me ensinou e me acompanhou, alegrando e edificando nossos encontros, obrigada.

RESUMO

Este estudo objetivou investigar a relação do estresse ocupacional na qualidade de vida dos profissionais das áreas administrativa e saúde no contexto hospitalar. Para alcançar tal objetivo, foi necessário realizar dois estudos. O primeiro com o objetivo de apreender as representações sociais (RS) acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida, elaborada por estes profissionais. Tratou-se de uma pesquisa de campo, exploratória de caráter multimétodo, com 70 profissionais atuantes em três hospitais público e privado da cidade de João Pessoa, PB, que foram submetidos a um questionário sociodemográfico, a técnica de associação livre de palavras e entrevistas semi-estruturada. Para processamento dos dados, utilizaram-se os *softwares* PASW (versão 18), o Tri-Deux-Mots (versão 2.0) e Alceste. A maioria (50%) tinha idade acima de 39 anos; (64,6%) eram do sexo feminino; (57%) enquadram-se no tempo de serviço de 1 a 5 anos. Os resultados advindos do tri-deux-mots mostraram um aproveitamento de 68,2% na formação do plano fatorial de correspondência. A partir dos quatro estímulos indutores (i) estresse ocupacional, (ii) qualidade de vida, (iii) prática profissional e (iv) eu mesmo, constituíram-se os campos semânticos: (F1) representado pelos profissionais, e o (F2) pelo sexo, evidenciaram objetivações em torno do estresse ocupacional associado à *briga, mau humor e fadiga*; a qualidade de vida nos elementos *ter salário, bem-estar e ser responsável*; a prática profissional em *conhecimento, amor e crescimento* e eu mesmo em *feliz, mãe dedicada e amigo*. Os resultados das entrevistas semi-estruturada advindos do Alceste demonstraram um aproveitamento de (63%) do corpus, originando quatro classes: (i) procedimento e prática de trabalho (12%); (ii) relações conflituosas (37%); (iii) dimensões da qualidade de vida (36%); (iv) fatores estressores (15%). A partir dos resultados do estudo 1, pode-se inferir que existe consensos e dissensos nas representações sociais dos dois grupos. O segundo estudo, teve como objetivo avaliar o nível de estresse ocupacional e a qualidade de vida dos profissionais que atuavam nesses mesmos contextos. Participaram deste estudo 240 profissionais, com idade variando de 17 a 74 anos ($m = 34,8$; $dp = 10,16$); a maioria (64,6%) do sexo feminino, (62,9%) da religião católica, (72,3%) atuam entre 1 a 10 anos. Os resultados advindos das análises estatísticas mostraram que os participantes possuem um nível de estresse moderado, salientando-se que o efeito desse construto influenciou negativamente na qualidade de vida. Concluí-se que esses achados confirmam que a relação do estresse ocupacional na qualidade de vida influencia nas ações humanas, e no seu fazer laboral, denotando efeitos orgânicos, psicológicos e comportamentais que irão desencadear atitudes, estilo de vida e condutas de vulnerabilidade, impactando na saúde do profissional no ambiente organizacional.

Palavras-Chave: Estresse ocupacional; qualidade de vida; representações sociais; prática profissional; contexto hospitalar.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the relationship of occupational stress on quality of life of the professionals of administrative and health in hospital settings. To achieve this goal, it was necessary to conduct two studies. The first in order to understand the social representations (RS) on occupational stress and quality of life, developed by these professionals. It was a field research, exploratory character multimethod, with 70 professionals working in three public and private hospitals in the city of João Pessoa, PB, which underwent a sociodemographic questionnaire, the technique of free association of words and interviews -structured. For data processing, we used the SPSS software (version 18), the Tri-Deux-Mots (version 2.0) and Alceste. The majority (50%) were older than 39 years, (64.6%) were female; (57%) fall within the service time 1-5 years. The results from the tri-deux mots showed an advantage of 68.2% on the training plan factorial correspondence. From the four-inducing stimuli (i) occupational stress, (ii) quality of life, (iii) professional practice, and (iv) myself, constituted the semantic fields: (F1) represented by professionals, and (F2) by sex, evidenced objectifications around occupational stress associated with the fight, moodiness and fatigue, quality of life in the elements have salary, welfare and be responsible, professional practice in knowledge, love and growth in myself happy, mother and devoted friend. The results of semi-structured interviews arising from Alceste demonstrated a aproveitamento of (63%) of the corpus, resulting in four classes: (i) the procedure and practical work (12%), (ii) conflicting relationships (37%), (iii) dimensions of quality of life (36%), (iv) stressors (15%). From the results of Study 1, it can be inferred that there is consensus and dissent in the social representations of the two groups. The second study aimed to assess the level of occupational stress and quality of life for professionals working in those contexts. The study included 240 professionals, aged 17-74 years (mean = 34.8, SD = 10.16), the majority (64.6%) were female (62.9%) of the Catholic religion, (72.3%) work between 1-10 years. The results from the statistical analyzes showed that participants have a moderate level of stress, emphasizing that the effect of this construct negatively influenced the quality of life. It is concluded that these findings suggest that the relationship of occupational stress on quality of life influences in human actions, and do your work, denoting organic effects, psychological and behavioral attitudes that will trigger, lifestyle behaviors and vulnerability, affecting the health professional in the organizational environment.

Keywords: Occupational stress, quality of life, social representations; professional practice; hospital context.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar la relación entre el estrés laboral en la calidad de vida de los profesionales de la administración y de la salud en el ámbito hospitalario. Para lograr este objetivo, era necesario llevar a cabo dos estudios. El primero con el fin de comprender las representaciones sociales (RS) sobre el estrés laboral y la calidad de vida, desarrollada por estos profesionales. Fue una investigación de campo, exploratorio multimétodo carácter, con 70 profesionales que trabajan en tres hospitales públicos y privados en la ciudad de João Pessoa, PB, que se sometió a un cuestionario sociodemográfico, la técnica de asociación libre de palabras y entrevistas -estructurado. Para el procesamiento de los datos, se utilizó el software SPSS (versión 18), el Tri-Deux-Mots (versión 2.0) y Alceste. La mayoría (50%) eran mayores de 39 años (64,6%) eran mujeres, (57%) están comprendidos en el tiempo de servicio de 1 a 5 años. Los resultados de la tri-deux mots mostraron una ventaja de 68,2% sobre el plan de formación factorial de correspondencias. De los cuatro estímulos inductores de (i) el estrés laboral, (ii) la calidad de vida, (iii) la práctica profesional, y (iv) a mí mismo, constituían los campos semánticos: (F1), representada por los profesionales, y (F2) por sexo, objetivaciones se evidencia en todo el estrés laboral asociada a la lucha, cambios de humor y fatiga, la calidad de vida de los elementos tienen salario, bienestar y una práctica responsable, profesional en el conocimiento, el amor y el crecimiento de hacerme feliz, madre y devoto amigo. Los resultados de las entrevistas semi-estructuradas resultantes de Alceste demostraron una aprovechamiento de (63%) del cuerpo, resultando en cuatro clases: (i) el procedimiento y los trabajos prácticos (12%), (ii) las relaciones conflictivas (37%), (iii) dimensiones de la calidad de vida (36%), (iv) los factores de estrés (15%). A partir de los resultados del Estudio 1, se puede inferir que existe un consenso y el disenso en las representaciones sociales de los dos grupos. El segundo objetivo del estudio fue evaluar el nivel de estrés en el trabajo y la calidad de vida de los profesionales que trabajan en esos contextos. En el estudio participaron 240 profesionales, con edades entre 17-74 años (media = 34,8, SD = 10.16), la mayoría (64,6%) eran mujeres (62,9%) de la religión católica, (72,3%) trabajan entre 1-10 años. Los resultados de los análisis estadísticos mostraron que los participantes tienen un nivel moderado de estrés, haciendo hincapié en que el efecto de esta construcción influenciada negativamente la calidad de vida. Se llegó a la conclusión de que estos hallazgos sugieren que la relación entre el estrés laboral en la calidad de vida influye en las acciones humanas, y hacer su trabajo, lo que denota efectos orgánicos, las actitudes psicológicas y comportamentales que desencadenan, los hábitos de vida y la vulnerabilidad, que afecta a la profesional de la salud en el entorno de la organización.

Palabras clave: estrés laboral, calidad de vida, las representaciones sociales, la práctica profesional; contexto hospitalario.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	12
Lista de Figuras	13
Lista de Siglas	14
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS OBJETOS DE ESTUDO	26
CAPÍTULO 2. ESTRESSE OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE	35
2.1 SIGNIFICADO DO CONSTRUTO ESTRESSE	37
2.2 CLASSIFICAÇÃO DOS FATORES ESTRESSORES.....	43
2.3 ABORDAGENS TEÓRICAS DO ESTRESSE	46
2.4. ESTRESSE OCUPACIONAL	51
2.5. ESTRESSE RELACIONADO AO AMBIENTE DE TRABALHO.....	58
2.6. PESQUISAS EMPÍRICAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA OS ESTUDOS DO ESTRESSE.....	63
CAPÍTULO 3. QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE	66
3.1. QUALIDADE DE VIDA: UMA ÁREA DE CONHECIMENTO EM PROCESSO DE DEFINIÇÃO	67
3.2. PERCEPÇÕES OBJETIVAS DE QUALIDADE DE VIDA	76
3.3. PERCEPÇÕES SUBJETIVAS DE QUALIDADE DE VIDA	78
3.4. QUALIDADE DE VIDA E DISCUSSÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE SAÚDE	81
3.5. QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO HOSPITALAR	84
CAPÍTULO 4. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	92
4.1. DIMENSÕES TEÓRICAS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	94
4.2. A TEÓRIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR	106
CAPÍTULO 5. ESTUDO 1: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA	113
5.1. INTRODUÇÃO.....	114
5.2 MÉTODO.....	116
5.2.1. TIPO DE ESTUDO.....	116
5.2.2. LÓCUS DA PESQUISA	117
5.2.3 AMOSTRA	118
5.2.4. INSTRUMENTOS	118
5.2.4.1 Descrição dos Instrumentos	118
5.2.5. PROCEDIMENTO ÉTICO	120
5.2.6. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	121

5.2.7. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	124
5.3. RESULTADOS.....	131
5.3.1 RESULTADOS ADVINDOS DO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	131
5.3.2. RESULTADO DA TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....	132
5.3.3. RESULTADO DA ANÁLISE LEXICAL DAS ENTREVISTAS.....	137
5.3.3.1. ANÁLISE DESCENDENTE HIERÁRQUICA.....	137
5.3.3.2. ANÁLISE ASCENDENTE HIERÁRQUICA.....	142
5.3.3.3. ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA (AFC).....	137
5.4. DISCUSSÃO PARCIAL DO ESTUDO 1.....	148
CAPÍTULO VI – ESTUDO 2: CORRELAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA.....	169
6.1. INTRODUÇÃO.....	170
6.2. DELINEAMENTO E HIPÓTESES.....	171
6.3. MÉTODO.....	172
6.3.1. TIPO DE PESQUISA.....	172
6.3.2. AMOSTRA.....	172
6.3.3. INSTRUMENTOS.....	172
6.3.4. PROCEDIMENTO ÉTICO.....	174
6.3.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	174
6.3.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	175
6.4. RESULTADOS.....	175
6.4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES.....	175
6.4.2. ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS E CONSISTÊNCIA INTERNA DAS MEDIDAS.....	177
6.4.3. TESTANDO AS HIPÓTESES.....	178
6.4.4. CORRELAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA.....	180
6.5. DISCUSSÃO PARCIAL DO ESTUDO 2.....	183
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	191
REFERÊNCIAS.....	199
ANEXOS.....	223

Lista de Tabelas

<i>Tabela 1.</i> Codificação das variáveis de opinião e variáveis fixas do banco de dados do Tri-Deux-Mots.....	124
<i>Tabela 2.</i> Codificações das variáveis e níveis que constituíram o <i>corpus</i> do ALCESTE.....	127
<i>Tabela 3.</i> Dados Sociodemográfico do perfil dos profissionais.....	129
<i>Tabela 4.</i> Palavras apreendidas na Técnica de Associação Livre de Palavras a partir dos estímulos apresentados.....	132
<i>Tabela 5.</i> Classificação das Variáveis Fixas e de Opiniões que subsidiaram a elaboração do banco de dados para o software Tri-Deux-Mots.....	135
<i>Tabela 6.</i> Domínios e Facetas do WHOQOL- <i>bref</i>	164
<i>Tabela 7</i> Intensidade de escores para análise dos resultados da EET.....	166
<i>Tabela 8.</i> Estatística descritiva e consistência interna para as escalas utilizadas no Estudo..	168
<i>Tabela 9.</i> Diferença entre os profissionais da área administrativa e saúde em relação a Qualidade de Vida.....	169
<i>Tabela 10.</i> Diferença entre os hospitais público e privado em relação à Qualidade de Vida	170
<i>Tabela 11 .</i> Diferença entre os hospitais público e privado em relação ao estresse.....	171
<i>Tabela 12.</i> Diferença entre sexo com relação ao estresse ocupacional.....	171

Lista de Figuras

Figura 1. Plano fatorial de correspondência das representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida dos profissionais que atuam em contexto hospitalar.....	134
Figura 2 - Distribuição das classes do <i>corpus</i> por UCEs e Quantitativo das palavras analisadas por classes.....	137
Figura 3. Dendrograma da classificação hierárquica descendente.....	138
Figura 4. Classificação Hierárquica Ascendente Classe 1.....	141
Figura 5. Classificação Hierárquica Ascendente Classe 2	142
Figura 6 Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3.....	142
Figura 7 Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4.....	143
Figura 8 Análise Fatorial de Correspondência.....	144

Lista de Siglas

AFC – Análise Fatorial de Correspondência

ALCESTE – Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte

APA – American Psychological Association

CHA – Classificação Hierárquica Ascendente

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

DP – Desvio Padrão

EET- Escala de Estresse no Trabalho

INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

JP – João Pessoa

M – Média

MS – Ministério da Saúde

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organizações das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PASW – Predictive Analytics Software

PIB – Produto Interno Bruto

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

QV- Qualidade de Vida

TALP- Técnica de Associação Livre de Palavras

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UCE – Unidade de Contexto Elementar

UCI – Unidade de Contexto Inicial

UE- União Europeia

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

WHOQOL – World Health Organization Quality Of Life – forma abreviada

INTRODUÇÃO

O contexto da contemporaneidade tem sido marcado por grandes transformações, na medida em que as organizações laborais vêm intensificando a competição e buscando desenvolver melhores estratégias para manter-se no mercado. Diante desse cenário, têm-se requerido dos profissionais novas competências e habilidades, além de formas diferenciadas de produzir e relacionar-se com o trabalho. Considera-se como ponto referencial que esse cenário direciona atitudes e comportamentos que emergem fatores relacionados ao estresse ocupacional e à qualidade de vida profissional, associando-se as motivações, o que vão refletir sobremaneira nos níveis individuais e globais de produtividade (Sauter, 2005).

O Estresse como um fenômeno laboral, é um problema generalizado, pois afeta os profissionais, a organização e a sociedade como um todo, e vem provocando impactos neurálgicos devido à intensificação das exigências no trabalho, sendo considerado como traço característico da atual fase do capitalismo, e tem levado ao consumo desmedido das dimensões físicas e psicológicas dos trabalhadores. O estresse, nessa dimensão, pode ser considerado um obstáculo, uma vez que poderá interceptar e desviar o fluxo de energia, gerando assim, uma ruptura no equilíbrio da qualidade de vida (Zille, 2007).

As contínuas transformações provenientes de situações econômicas e sociais tornam as pessoas mais vulneráveis às doenças psicoafectivas, psicossomáticas e orgânicas, ocasionando níveis de tensão e desconforto frente ao contexto em que estão atuando profissionalmente. De acordo com pesquisas desenvolvidas por Albrecht (1990), os grandes inimigos da saúde das pessoas não estão somente relacionados a uma crise ocupacional, uma perturbação emocional ou uma situação perigosa, mas também o estado prolongado e constante de preocupação, alerta e ansiedade, que caracteriza uma forte carga de estresse.

A incorporação crescente do uso de novas tecnologias somada a um novo e complexo conjunto de inovações tecnológicas e organizacionais tem modificado profundamente a prática laboral e sua estrutura produtiva, interferindo nas condições e nas relações de trabalho.

Essas mudanças tecnológicas e organizacionais aceleraram a preocupação quanto ao comportamento no plano social e individual do profissional, e quanto às consequências dessas transformações na saúde do trabalhador. Cada vez mais é reconhecida a relação de influência da atividade ocupacional sobre o bem-estar emocional e a qualidade de vida do profissional. Somado a essas questões, o estresse advindo da insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam a regime e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, a exemplo do espaço ocupacional de um hospital, que demanda precariedade estrutural e alto risco. Atualmente o estresse é visto como um problema de saúde pública, econômico e social, que traz como consequência gastos para as organizações, instituições e governos.

Neste cenário marcado pela exigência tecnológica, a qualidade de vida é uma necessidade, para atender e dar respostas à pressão da vida moderna face às novas exigências de adaptação no trabalho. Por outro lado, o trabalho pode também, ser fonte de adoecimento quando, por exemplo, contém fatores de risco para a saúde, como é o caso das instituições hospitalares, que não dispõem de estratégias para se proteger destes riscos (Murta & Tróccoli, 2004). Tais exigências podem levar ao estresse ocupacional, definido como o estado emocional causado por uma discrepância entre o grau de exigências do trabalho e os recursos disponíveis para gerenciá-lo, comprometendo a qualidade de vida desses profissionais (Grandjean, 2005).

O interesse crescente pelo construto estresse pode ser exemplificado, ainda, por indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de intercâmbio de pesquisadores e de profissionais interessados no tema. É um condicionante diretamente relacionado à qualidade de vida, por isso vem se tornando alvo de atenção dos pesquisadores (Chanlat, 1990; Cooper, 2002, 2005; Couto, 2000; Karasek et al., 2000; Lipp, 2008; Moraes, Marques & Pereira, 2002, 2003; Rossi, Perrewé & Sauter, 2005; Zille, 2005).

A natureza do estresse ocupacional, seus mecanismos e suas consequências à saúde e ao desempenho do trabalhador têm sido objeto de um número significativo de pesquisas (Cavanaugh, 2000; Cohen et al., 1995; Evans & Steptoe, 2001; Mackie et al., 2001; Pollard, 2001; Wang & Patten, 2001).

Os principais estudos da área indicam que as percepções dos indivíduos são mediadoras do impacto do ambiente de trabalho sobre o indivíduo. Devemos ficar atentos a preponderante ideia de que, para algum fator ou situação na organização ser um estressor, ele precisa ser percebido como tal pelo profissional (Paschoal & Tamayo, 2004). Nesta visão, o estresse ocupacional também pode ser definido como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas (Paschoal & Tamayo, 2004).

O estresse como produto da relação entre o indivíduo e seu ambiente de trabalho, apresenta-se como construto social, uma vez que quando as exigências deste ultrapassam a habilidade do profissional para enfrentá-la, pode ocorrer um excessivo desgaste para o organismo, fator que poderá influenciar diretamente na esfera biopsicossocial.

A literatura apresenta três fatores que podem contribuir para o desencadeamento do estresse ocupacional. Um dos fatores seria a globalização da economia, e com isso, uma crescente pressão de competição, encurtamento de ciclo produtivo e necessidade de inovações tecnológicas. Um segundo fator seria o acúmulo de exigências que levam a um esforço mental e conseqüentemente às situações estressantes, e por fim, um terceiro fator, as jornadas de trabalho que se encontram cada vez mais alteradas com os turnos e flexibilidade de horários (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004).

O inter-relacionamento entre os construtos, estresse ocupacional e qualidade de vida, frequentemente abordados nos vários campos do saber, como sociologia, educação, administração, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde e da

organização, frente às adversidades advindas do contexto social, econômico e político ocasiona nos profissionais, que integram o contexto hospitalar, uma má qualidade de vida levando a um prejuízo a sua produtividade e desempenho no trabalho.

Considerada uma noção eminentemente humana, a qualidade de vida se assemelha ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental (Seidl & Zannon, 2004). Seu conceito é holístico, pois agrupa atributos, sociais, físicos e individuais inerentes em vários aspectos da vida, para que as pessoas possam atender as suas necessidades aspiradas. Pode-se mencionar o surgimento do periódico *Quality of Life Research*, editado a partir do início dos anos 90 pela *International Society for Quality of Life Research*, reunindo trabalhos científicos sobre qualidade de vida de diferentes áreas do conhecimento, como um marco desse processo. No entanto, o termo qualidade de vida, utilizado com bastante frequência em pesquisas, ainda apresenta dificuldade quanto ao seu significado.

Tal dificuldade parece estar relacionada não só, com os diversos aportes epistemológicos sobre qualidade de vida como afirmam Coutinho, Ramos e Franken (2008), mas, sobretudo, por sofrer influência de diversas vertentes pautadas na cultura, diferentes épocas temporais, ambientes e histórias, refletindo em conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos tal conceito, é antes de tudo, uma construção social.

Deve-se observar também, como apresenta Minayo (2000; 2010), que, em todas as análises realizadas sobre o construto qualidade de vida, valores que não se apresentam como materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção. Ainda, conforme indaga à autora, qualidade de vida seria uma mera representação social? Sim e não, afirma a autora. Sim, pelos elementos de subjetividade e de incorporação cultural que contém. Não, porque existem alguns parâmetros materiais na construção desta noção que a tornam também passível de apreciação universal.

O estresse e a qualidade de vida a partir da última década do século XX vêm se tornando mais prevalente, passando o primeiro a ser reconhecido nos Estados Unidos como uma das áreas prioritárias pela Agência Nacional de Pesquisa Ocupacional, envidando esforços conjuntos do Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional e seus parceiros na realização e coordenação de pesquisas nessa área, como destaca Sauter (2005), e a qualidade de vida passando de 32% para 35% nos últimos anos, acarretando consequências negativas no funcionamento e na efetivação das instituições de saúde (Lipp, 2008).

Levi (2003, 2005) considera que a qualidade de vida tem recebido nos últimos anos maior atenção por parte dos diversos países do mundo, destacando-se os desenvolvidos, ao tempo em que desencadeia esforços de maneira ainda discreta, para os países em desenvolvimento. Esse autor considera que o estresse relacionado ao trabalho pode ser abordado por quatro dimensões assim associadas: a do trabalhador individualmente, a da organização do trabalho, a do país e a do continente.

Destacando-se o caso específico da União Europeia (UE), o Guia da Comissão Européia, criado em 2000, teve com objetivo promover orientações que apresenta a necessidade, em todos os níveis, de indicar os estressores relacionados ao trabalho e às reações, e os problemas relacionados ao estresse.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) verifica que os riscos psicossociais no trabalho consistem, por um lado, na interação entre o trabalho, seu ambiente, a satisfação no trabalho e as condições de sua organização, por outro, nas capacidades do trabalhador, suas necessidades, sua cultura e sua situação pessoal fora do trabalho, fatores esses que a partir de percepções e experiências, podem sobremaneira, influenciar na saúde e no rendimento do profissional.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma medida composta simples que inclui a saúde, a escolaridade e o rendimento, apresentou em seu Relatório de

Desenvolvimento Humano em 2011, que o IDH médio mundial aumentou 18% entre 1990 e 2010 (41% desde 1970), refletindo grandes melhorias na esperança de vida, na frequência escolar, na alfabetização e no rendimento. Quase todos os países se beneficiaram deste resultado, tendo em vista que dos 135 (cento e trinta e cinco) países que foram incluídos na amostra entre os anos de 1970-2010 (com 92% da população mundial), apenas três tiveram um IDH mais baixo em 2010 do que em 1970.

Ampliando essas posições o estresse é provocado pelo resultado da interação de várias fontes de pressão com o indivíduo, tais como: os fatores intrínsecos ao trabalho; o papel do indivíduo na organização; os relacionamentos interpessoais; a satisfação do trabalhador com relação a carreira e as suas perspectivas futuras; o ambiente e a estrutura organizacional; e a relação casa-trabalho do indivíduo. Além das fontes de pressão, Cooper et al. (2005) também identificaram que o estresse ocupacional tem sintomas físicos e mentais, que podem se manifestar, no nível individual, por dores, depressão, alienação, apatia e ansiedade.

Com relação a essas fontes de pressão no trabalho, esses autores identificaram como estressores, os fatores intrínsecos ao trabalho, os relacionamentos interpessoais, a satisfação do trabalhador em termos de carreira e perspectivas futuras, além do clima e da rigidez da estrutura organizacional. Dejours (1992, 1996, 2004), ao estudar a relação prazer e o sofrimento no trabalho, evidenciou que a exploração do sofrimento não cria doenças mentais específicas, pois as pressões no ambiente organizacional acabam retirando das organizações os sujeitos que sofrem de sintomas mentais. As pesquisas relativas à teoria do estresse estão mais posicionadas no domínio no qual o psiquismo dos trabalhadores não sai da normalidade (Dejours, 2004).

Em pesquisas recentes desenvolvidas por trabalhos médicos, as principais doenças que acometem as pessoas são as que estão associadas ao acúmulo lento e progressivo de danos, confirmando-se a influência do estresse nas doenças do coração, da pele, gastrointestinais,

neuroológicas e de desordem emocional, e também relacionada a uma série de desordens ligadas ao sistema imunológico, de defesa do organismo, que vão desde o resfriado comum até o câncer (Bauer, 2002).

Para Fleck (2000), qualidade de vida é um conceito amplo, que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, crenças pessoais e relações sociais. As noções, pré-noções e julgamentos em função do significado do construto qualidade de vida não se isentam de uma caracterização social, mas, ao contrário, o meio social também forja os padrões de entendimento do que seja considerado um estilo satisfatório de vida. Em outros termos, uma vida com qualidade implica a satisfação de diversas necessidades, primárias e secundárias, e é dependente da interação do comportamento individual e social nos diversos contextos (Moreira, 2001). Portanto, cada vez mais associado à saúde, ao ambiente e ao desenvolvimento, esse construto parece depender em seu enfrentamento, de fatores subjetivos e objetivos, ocasionando um estilo de vida individual e as condições materiais e sociais do meio onde o indivíduo se insere que funciona, simultaneamente, como causa e efeito das práticas de vida (Coutinho & Franken, 2009).

Por outro lado, o estresse provoca forte reação do organismo quando o indivíduo enfrenta qualquer tipo de evento que seja adequado ou inadequado a sua vida. Esse conceito favorece a percepção dos indivíduos quando admitem e reconhecem que aquele, provoca desequilíbrio físico, mental e psíquico, de maneira positiva ou negativa (Lipp, 2008).

Observa-se que no cotidiano das instituições hospitalares as jornadas de trabalho prolongadas aliadas aos ritmos elevados de atividades, a fragmentação das tarefas, a ausência de reconhecimento, a atitude repressora e autoritária de uma hierarquia rígida e vertical, caracteriza-se como um espaço desencadeador do estresse ocupacional e da má qualidade de vida (Borine, Assis, Lopes & Santini, 2012; Meirelles & Zeitoune, 2003).

Neste segmento, a prática dos profissionais em contextos hospitalares encontra-se associada a condições de trabalho propícias ao contato com a doença e a sequelas orgânicas, expondo a equipe de profissionais a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica sob o ponto de vista etiológico. Não obstante, faz-se necessário que cada vez mais se direcione um olhar com vistas a se conduzir os processos de trabalho, bem como, as mudanças que ocorrem, principalmente, na área da saúde, impondo uma postura de análise e reflexão em face dessas mudanças organizacionais. Formas de se evitar o estresse ocupacional e assim, promover o gerenciamento de ações que viabilizem a qualidade de vida trarão melhores condições de trabalho e desempenho desses profissionais que atuam em contextos hospitalares.

O desafio de realizar um estudo com os profissionais que atuam em contextos hospitalares teve como alicerce a nossa experiência profissional em organizações públicas e privadas nas dimensões do comportamento humano e organizacional, da educação e da gestão, além do convívio profissional com estes sujeitos, no processo de trabalho articulado da interação multiprofissional e da troca de conhecimentos.

Em face dessas premissas, o presente estudo objetivou investigar o estresse ocupacional e a qualidade de vida dos profissionais das áreas administrativas e de saúde que desenvolvem suas práticas em contexto hospitalar, bem como apreender as representações sociais destes profissionais acerca destes dois construtos. Para dar conta destes objetivos, fez-se necessário desenvolver dois estudos empíricos.

No primeiro estudo, buscou-se compreender a construção dos significados acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida, sua relevância e aspectos que integram suas práticas laborais, circunscritas pelo estresse desencadeado dessas exigências, da falta de condições materiais e humanas, que são acometidas pelo excesso de trabalho. Como aporte

teórico para esse estudo, adotou-se a teoria das representações sociais, por esta possibilitar a construção de um conhecimento prático de um determinado objeto por um grupo de pertença no contexto social no qual se encontram inserido. O uso desta teoria, neste estudo, possibilitou a compreensão dos significados produzidos nas interações acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida entre os profissionais no contexto hospitalar.

Além da construção do conhecimento prático do estresse ocupacional e da qualidade de vida, considerou-se pertinente estudar em uma abordagem quantitativa a relação do estresse ocupacional na qualidade de vida dos profissionais que atuam no contexto hospitalar. Neste sentido, desenvolveu-se o segundo estudo empírico baseado nos conceitos referenciais do modelo integrador do estresse elaborado por Kahn e Byosiere (1992). De acordo com o modelo destes autores, os antecedentes do estresse ocupacional podem ser assim classificados como organizacionais estressores na vida organizacional, e características da pessoa. Quanto a qualidade de vida adotamos o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como a abordagem adotada por Minayo (2010) em suas pesquisas.

Deste modo, esta tese encontra-se dividida em duas partes. A primeira contendo a revisão teórica, dividida em quatro capítulos: o primeiro contém a delimitação do objeto de pesquisa, caracterizando sua contextualização e justificativa quanto a relevância da pesquisa, bem como a apresentação dos objetivos geral e específicos. O segundo dedica-se a fundamentação sobre o estresse ocupacional e seu desenvolvimento nos contextos de trabalho. O terceiro trata dos conceitos e características da qualidade de vida, disserta a abordagem sobre a relação entre as representações sociais e a qualidade de vida. O quarto capítulo discorre sobre os conceitos da Teoria das Representações Sociais, sob a perspectiva moscoviciana, e que auxiliam à compreensão dos construtos de estresse ocupacional e de qualidade de vida.

A segunda parte contém os dois estudos empíricos distribuídos nos capítulos quinto e sexto. O quinto capítulo apresenta o primeiro estudo empírico desta pesquisa, *representações sociais do estresse ocupacional e da qualidade de vida*, neste capítulo contém o tipo de estudo, os locais de investigação, os participantes, e os instrumentos definidos, os procedimentos para coleta dos dados, os aspectos éticos adotados, os resultados e discussão.

O sexto e último capítulo reporta a *correlação do estresse ocupacional e qualidade de vida*, segue o mesmo procedimento adotado no primeiro estudo. Em seguida, são apresentadas às considerações finais, as referências, e os anexos.

Esta pesquisa desenvolveu-se com a finalidade de promover, estudar e discutir o estresse ocupacional e a qualidade de vida dos profissionais que atuam nas áreas administrativa e da saúde no contexto hospitalar. A escolha de se trabalhar com esses dois grupos de profissionais se reverte pelo fato de que, nos contextos hospitalares, os processos estruturais são transcendidos na dinâmica da relação saúde trabalho, como um resultante da organização contínua que se dá em torno do produto cuidar (Leidke, 2002). Essa dinâmica associa-se a diferentes e múltiplas equipes de trabalho determinando características específicas. A interdependência entre as atividades executadas e as variadas profissões envolvidas, vai para além dos processos coletivos de trabalho e da necessidade de interação e comunicação contínua sobre as tarefas executadas.

Desta feita, o contexto hospitalar apresenta diversidade de atividade de promoção e serviços, campo de atuação desses dois grupos, contudo, as pesquisas nessa área tem dedicado maior evidência aos profissionais da área de saúde, deixando de lado a compreensão de como esses dois construtos se apresentam junto aos profissionais da área administrativa. O contexto hospitalar requer diferentes tipos de insumos, tecnologias, processos, informações e sistema de gestão, a fim de se obter os resultados desejados. Ele é marcado pela hierarquia e pelas relações de poder e conhecer, relações essas, que podem provocar fatores de adequação ou não no desenvolvimento de suas práticas de trabalho.

É oportuno, situar o estresse ocupacional e a qualidade de vida em face das variadas dificuldades originárias do ambiente social, organizacional, comportamental, psicossocial e cultural, juntamente com os fatores restritivos existentes nas instituições hospitalares, articulando-os com o nível de produção do senso comum, circulante do imaginário social desse grupo de pertença.

O construto estresse tornou-se uma das principais áreas de preocupação dos estudiosos, e por excelência das comunidades sociais desenvolvidas, sendo observado como um modo de vida assumido e aceito, que desde o período da Revolução Industrial vem evoluindo. Não obstante, chega aos dias atuais como um verdadeiro fenômeno, responsável pela diminuição da qualidade de vida, destacando-se como um problema relevante no contexto social e de saúde pública para o século XXI (Reis, Fernandes & Gomes, 2010).

Observa-se um crescente interesse pelo estudo do estresse, nas últimas décadas, com elevado número de publicações, que em sua maioria investiga os eventos de vida produtores de estresse no âmbito das instituições hospitalares, onde observamos pouca ênfase na prevenção primária e secundária do estresse.

Entretanto, apesar de muito estudado e discutido a definição de estresse permanece um tanto imprecisa, o que não tem impedido a relação de bons resultados de pesquisa. A falta de consenso pode ser um dado positivo, na medida em que permite diferentes pontos de vista de construções teóricas a respeito do mesmo conceito. Vários estudiosos como Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004), Rossi (2005) e Lima et al. (2007) se debruçam sobre suas pesquisas e enfatizam que, a imprecisão que se apresenta do termo estresse, embora se estenda ao meio científico, as várias áreas que o adotam, defendem a concepção de que o estresse é o resultado de um estado de desequilíbrio tanto da relação indivíduo-ambiente de trabalho quanto da relação demanda-recursos que se desenvolvem em contextos de trabalho.

Na atualidade, é visto como um problema de saúde pública, econômico e social, provocando consequências relacionadas a gastos para os indivíduos, às organizações e ao Estado. Fatores que se relacionam e estão associados com a preocupação com o futuro, frente a uma fase de instabilidade econômica e política de desemprego no país,

levam a uma baixa qualidade de vida e ao aumento de sua incidência. O ambiente hospitalar é apontado como gerador de estresse, uma vez que as relações são construídas à luz das enfermidades que envolvem profissionais e familiares, bem como pelos processos desencadeadores das atividades e domínios estruturais que estão presentes nas relações de trabalho, provocando sobrecargas de trabalho, conflitos entre papéis, ambiguidade de papéis e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Borine, 2012).

No contexto hospitalar observa-se que profissionais acometidos por estresse na equipe estão mais expostos a ocorrências de riscos e acidentes, doenças ocupacionais, bem como, podem provocar o desencadeamento de ineficiências no cumprimento das atividades diárias, desorganização no trabalho, irritações, insatisfações. Tudo isso, ocasionando diminuição da produção e produtividade, incorrendo em consequências na atenção ao paciente e aos colegas de trabalho, e como pode ser utilizada para a compreensão desses fenômenos sociais (Vieira, 2006).

Em algumas pesquisas, como apontam Silva, Camargo e Padilha (2011), com abordagem de multimétodo das características que envolvem o trabalho de profissionais de saúde, são indicados, quando analisados os dados quantitativos, vários fatores como geradores de estresse, como: a dupla jornada de trabalho, o trabalho em turnos, a alta responsabilidade, a atuação direta com pacientes graves e crônicos, a pouca disponibilidade de profissionais qualificados e competentes e a elevada demanda de pacientes originária de instituições que já não atendem e suportam a capacidade de ocupação (Albadejo, Villanueva & Ortega, 2004; Pafaro, 2002; 2004).

Quanto à qualidade de vida seu conceito vem sendo utilizado nos campos de saúde e do trabalho, os estudos que se referem aos impactos da organização do trabalho sobre a saúde e qualidade de vida do profissional apresentam múltiplas dimensões de análise. Identificar e compreender a percepção que os profissionais de saúde têm a

respeito desse construto na determinação do trabalho e nas condições de vida constitui um eixo importante para verificar como o profissional além de perceber, organiza suas representações com o mundo do trabalho, contemplando o acesso aos recursos sociais, afetivos, de saúde e profissional (Souza & Figueiredo, 2004).

As discussões contemporâneas a respeito da qualidade de vida se apresentam através de eventos significativos como os registrados em 2011 pelas universidades paulistas. Foram realizadas 84 pesquisas que investigaram parâmetros de qualidade de vida, dessas 71,4% foram dissertações de mestrado, 23,8% teses de doutorado e 4,7% teses de livre-docência, um número que se repete em outros estados brasileiros. Desses estudos, 71,7% foram realizadas em adultos de ambos os sexos, não se restringindo a determinado grupo social, mas sendo realizada, em grande parte, com adultos acometidos por algum tipo de patologia, refletindo a preocupação em se conhecer de que forma essas enfermidades estão comprometendo a vida dos indivíduos, principalmente voltadas para contextos hospitalares, focalizando as análises na qualidade de vida relacionada às condições de trabalho, sendo ainda, 13,2% com mulheres, 7,5% com idosos, 1,9% com crianças. Desses, 69,8% foram realizados com pessoas acometidas por algum tipo de patologia, sendo o principal instrumento utilizado *Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form (MOS SF-36)*. A produção no Brasil, em parte, representada pelas grandes universidades, está seguindo uma tendência mundial, com um aumento da produção e uma ênfase na qualidade de vida focada na saúde (Almeida, 2012).

Compreende-se a qualidade de vida como um fenômeno da saúde, que abrange indicadores objetivos e subjetivos, envolvendo condições efetivas para a satisfação das necessidades, incluindo-se, portanto, a esfera da saúde física, o estado psicológico, as relações sociais, o nível de autonomia e independência e as relações com o meio

ambiente (Ribeiro, 2006). Neste cenário, tem-se o estresse ocupacional, como um fenômeno que se faz presente, também, no âmbito da saúde e atinge as mais distintas categorias profissionais (Zanelli, 2010), sendo reconhecido enquanto um dos principais obstáculos à qualidade de vida e ao desempenho individual e organizacional (Cooper & Cartwright, 2001).

Na construção dos objetos de estudo, os fenômenos estresse ocupacional e qualidade de vida, foram aportados em teorias consistentes que explicam como esses fenômenos agem nos profissionais dessa amostra. A literatura acadêmico-científica tem publicado diversos estudos que investigam esses fenômenos, sendo, portanto, nessa direção de produção que procuramos aprofundar a temática realizando pesquisa nas principais bases de dados de artigos e periódicos indexados como: Portal de Periódicos da Capes, BVS, LILACS, SCIELO, e BIREME, relativos aos anos de 2006 a 2012.

Nesse sentido, *apreender as representações sociais que os profissionais das áreas administrativa e saúde elaboram acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida*, representa o campo do primeiro estudo empírico, que remete a considerações dos conhecimentos, formas de interação, opiniões, instâncias culturais, crenças e imagens que a integram, bem como ao universo simbólico e identitário no qual os profissionais de saúde se referenciam. Trazendo Moscovici (2010), observamos que para se analisar os fenômenos representativos, devemos considerar três dimensões: a informação, o campo das representações e as atitudes, visando identificar como estas representações sociais influenciam os aspectos cognitivos, em função do espaço no qual estão inseridos, os profissionais de saúde, intra e intergrupos que fazem parte e de que modo organizam-se e dão sentido aos objetos, transformando-os operacionalmente quando da apreensão dos fatores constituídos no ambiente e na identificação e valoração das condutas.

Este estudo aportado na teoria das representações sociais procurou não só estudá-lo mediante o aporte teórico, normativo e científico dessa teoria, mas promover um olhar diferenciado, estabelecido para a construção de um conhecimento prático e compartilhado por esses grupos formados por profissionais de áreas administrativa e da saúde em hospitais, procurando perceber as relações entre as representações, como elas surgem e em que medida uma define outra (Coutinho & Saldanha, 2005).

A teoria das representações sociais é uma abordagem psicossocial do conhecimento que procura ter uma compreensão do indivíduo em sua totalidade, identificado como um ser que pensa, age e sente por meio de uma relação dialética com o meio circundante (Coutinho & Franken, 2009). Procura identificar que conhecimentos são construídos e elaborados por grupo de pertença, a exemplo dos profissionais que atuam em contextos hospitalares nas áreas administrativa e saúde, promovendo dessa forma uma função identitária, justificadora e facilitadora de sua comunicação.

Na perspectiva dessas autoras, o processo de construção das representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida processa-se nas trocas de conhecimentos populares e científicos, através das experiências grupais e sociais que se repetem ao longo de vivências dos indivíduos em seus contextos de atuação.

Frente a esses argumentos, consideramos a teoria das representações sociais como aporte decisivo para elaborar, construir e tornar perceptíveis os significados e sentidos empregados pelos profissionais que atuam nas áreas já citadas no contexto hospitalar, bem como avaliar quantitativamente os referentes construtos, conforme já mencionado anteriormente.

O segundo estudo empírico caracterizado pela *correlação do estresse ocupacional e qualidade de vida*, procurou avaliar os escores do estresse ocupacional e da qualidade de vida dos profissionais em contexto hospitalar à luz das abordagens do

estresse ocupacional mais notadamente, às teorias psicológica e sociológica. Os estudos desenvolvidos por essas abordagens visam verificar como variáveis do contexto organizacional podem ser consideradas exigências e ou recursos e sua influência na qualidade de vida e bem estar dos profissionais. Os procedimentos combinam recursos quantitativos e qualitativos, usando instrumentos e procedimentos de entrevista, redes semânticas, observação participante, dentre outros. Dos pontos principais para fundamentar esses procedimentos, segundo Zanelli (2010), autores como Lazarus e Lazarus, Bradburn, Everly, Meichenbaum, Spielberger, Bandura e Seligman, de procedência cognitivo-comportamental têm contribuído significativamente. Quanto ao aporte para a qualidade de vida se integram os estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde, pelo grupo do WHOQOL-*bref*, através dos fundamentos desenvolvidos por Minayo na perspectiva da saúde.

Os fenômenos estresse ocupacional e qualidade de vida, dirigidos aos profissionais que atuam em contextos hospitalares, são entrelaçados com o processo que integram suas práticas laborais e o espaço organizacional, envolvendo o desempenho, relações interpessoais, poder e condições de trabalho. Esse entrelaçamento é justificável, uma vez que essas práticas e suas consequências naturais se revertem em desafios organizacionais para a sociedade.

Objetivando integrar os construtos e compreender essa dinâmica, algumas questões norteadoras serviram de referencial para caracterizar esse estudo, foram elas: Quais as características do trabalho, exercidas no contexto hospitalar, que tornam o profissional susceptível ao estresse? Quais fatores estressores reduzem a qualidade de vida desses profissionais? Como esses profissionais apreendem as representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida? Por que, frente aos

mesmos eventos estressores, algumas pessoas desencadeiam problemas físicos e/ou psicológicos, e outras não?

Em face desta contextualização, o presente estudo apresenta como objetivo geral proposto para esse estudo, investigar os fatores psicossociológicos dos profissionais que atuam nas áreas administrativas e de saúde em contexto hospitalar. Sabendo-se que as representações sociais se debruçam sobre um objeto dentro de um grupo específico, nesta tese procurou-se conhecer essas representações elaboradas pelos profissionais enfocando as dimensões psicossociológicas.

CAPÍTULO 2. ESTRESSE OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE

É muito comum se ouvir falar em estresse. Esta palavra, no pensamento leigo, é tida como sinônimo de cansaço, nervosismo, agitação, mau humor proveniente de uma vida muito corrida e competitiva. O estresse permeia a conversa entre amigos como algo externo ao sujeito. A pressão, a culpa está fora, ou então, aparece na conversa a partir dos seus efeitos, quer corporal ou psicológico. A partir desta ideia, julga-se o estresse apenas em seus aspectos negativos, como algo que ninguém nunca deveria experimentar e busca-se uma fórmula mágica de sua supressão. É uma palavra expressa por vários atores, independente de sexo, raça e condição socioeconômica. Dentro do ambiente de trabalho a questão se torna mais complicada. O estresse interfere nas relações humanas e na produtividade, pois compromete a saúde, quer seja física quer seja psicológica, em relação ao trabalhador.

Como o crescente número de pesquisas nacionais acerca do estresse vem se multiplicando, esses trabalhos costumam investigar o fenômeno juntamente com questões referentes à saúde, às ocupações e grupos de risco, bem como às estratégias de enfrentamento (Lipp, 2002, 2005). Ainda, apontado pela autora, a maioria das pesquisas diz respeito a levantamentos, com adoção do método quantitativo, investigando a população adulta e com foco no estresse ocupacional e ou na correlação entre o fenômeno e suas patologias orgânicas. Na direção dos fenômenos estudados, muitas pesquisas que tratam do estresse abordam a ocorrência deste fenômeno no ambiente de trabalho. Neste sentido, o capítulo que se segue visa abordar este assunto em âmbito de seu desenvolvimento.

2.1 SIGNIFICADO DO CONSTRUTO ESTRESSE

A palavra estresse apresenta seu primeiro significado, no século XIV, representando o sentido de aflição e adversidade. No século XVII opressão, desconforto e adversidade. Historicamente, o termo estresse já assumiu o inglês ordinário, *stress*, e, o seu aparecimento na física (Lima, 2007), designando as forças que agiam sobre determinada resistência de um material, representando a sua capacidade de suportar antes de romper-se. Também na medicina posicionando-se como uma tensão psicológica. Posteriormente, entre os séculos XVII e XIX popularizou-se e passou a representar opressão (Lima, 2007).

Na perspectiva de uma interpretação, o termo inglês “stress” vem do latim “stringere”, que significa apertar, cerrar, comprimir ou reduzir como afirmam os estudos de Houaiss et al. (2001). No entanto, foi por volta de 1936 que o termo estresse passou a ser introduzido nos estudos das ciências biológicas por Hans Selye, cientista e fisiologista canadense, precursor deste tema, que iniciou seus trabalhos em 1925, ainda como estudante de medicina. Seus estudos significam o marco histórico inicial nas referências sobre estresse e continuam na contemporaneidade, em parte, originando e fundamentando novas pesquisas.

Os primeiros estudos desenvolvidos por Selye (1965) foram direcionados à pesquisa experimental e fez importantes descobertas para as ciências biológicas. Observou que as reações orgânicas dos pacientes, independente da causa da doença ou do diagnóstico, geralmente, eram as mesmas, motivando assim, para aguçar sua grande curiosidade.

Pesquisas anteriores foram fundamentais e representaram importante base conceitual aos achados e proposições de Selye (1965), como os estudos realizados pelo

fisiologista francês Claude Bernard, que na segunda metade do século XIX defendeu que um dos aspectos fundamentais para a manutenção do bem-estar é a habilidade do organismo para manter a constância do seu ambiente interno, mesmo com as mudanças que ocorrem externamente (Fernandes, 2008).

O estresse como uma condição interna do organismo produzida diante de uma determinada situação que busque adaptação por parte do indivíduo compreende o modelo apresentado por Selye (1965), denotando condições para consequente interpretação da percepção de que existe uma discrepância entre as necessidades e exigências sociais e ambientais e a própria capacidade de responder a elas. A sua teoria ficou conhecida como teoria do estresse biológico (Guido, 2003).

Outros autores como Lipp e Tanganelli (2002) também definiram estresse. Segundo eles a função da reação de estresse é a adaptação do indivíduo ao ambiente, e o que determina se o estresse ocorrerá ou não é a sua capacidade de atender às demandas da situação. Em continuidade às discussões de Selye (1965), foram desenvolvidos a partir desse início pioneiro, diferentes modelos, entre eles o modelo interacionista de Folkman e Lazarus (1980), que abordaremos em destaque mais adiante.

Frente a esse contexto, pesquisadores buscaram identificar, avaliar e medir o nível de estresse ligado aos profissionais de saúde pautados principalmente nas teorias: interacionista e biologicista. Buscaram identificar a adaptação do indivíduo ao ambiente, destacando como princípio que o estresse pode apresentar-se como um risco ocupacional para os profissionais que atuam em diversas áreas, principalmente na saúde. Por outro lado, a necessidade de também investigar os estressores presentes no desenvolvimento de suas atividades de trabalho, em diversas unidades e campos de atuação e cenários emergentes, bem como sua relação com a saúde desses profissionais no desempenho de suas atividades laborais.

De acordo com os estudos de Sadir (2010), essa adaptação desejada pelo indivíduo deve ser entendida a partir do conceito de homeostase, utilizado por Cannon em 1939, identificado ao se referir ao equilíbrio que o organismo procura manter diante dos estímulos do ambiente para preservar a sua existência. Essa busca da homeostase faz com que os sistemas fisiológicos operem com o objetivo de reduzir a variação do organismo e manter a constância de suas funções internas, equilibrando os hormônios. O conceito de homeostase pressupõe que variações orgânicas são respostas transitórias às flutuações promovidas por estímulos ambientais (Pakenas, Souza Junior & Pereira, 2007).

Com o final da Segunda Guerra Mundial, outros fatores foram identificados ao se perceber que os militares apresentavam transtornos decorrentes não só das condições físicas a que foram submetidos nos enfrentamentos da guerra, mas em função das pressões de ordem psicológica e do manejo dos conflitos, a compreensão do estresse passou a englobar outro fator respondente que se caracterizou como biopsicológico (Benevides-Pereira, 2003).

Em 1975, Selye amplia sua teoria inicial ao introduziu os conceitos de eustress, para identificar o estresse benéfico, e de distresse, para denominar aquele que causa reações adversas às pessoas. Lazarus, no final da década de 1970 enfatizou a subjetividade do indivíduo como elemento determinante da severidade do estressor, isto é, a cognição seria um mediador das respostas aos estressores (Guido, 2003).

Os estressores, então denominados “acontecimentos vitais” (life-events), são eventos que demandam uma adaptação do indivíduo exposto a ele e que geram respostas de estresse. Podem ser considerados externos quando independem da vontade ou do controle do indivíduo, como mortes, violência urbana e demissão, e internos quando dependentes do indivíduo, como o modo como enfrenta o mundo, o padrão de

comportamento e o tipo de personalidade (Lipp & Malagris, 1998; Lipp & Tanganelli, 2002; Margis et al., 2003; Sanzovo & Coelho, 2007). Os estressores foram estudados inicialmente por Holmes e Rahe, que elaboraram uma escala para avaliação do estresse, e publicaram em 1967 sobre o assunto, no *Journal of Psychosomatic Research*, um artigo.

A relevância do construto estresse está em sua provável relação com o adoecimento, fato que preocupa a comunidade científica internacional e nacional, sindicatos, órgãos governamentais e organizações do trabalho, uma vez que o nível de absenteísmo, produtividade e qualidade dos serviços prestados, as doenças psicossomáticas e o abandono comportamental ou emocional no trabalho trazem prejuízos à qualidade de vida dos trabalhadores, às organizações e à comunidade em geral, já que os efeitos dessas condições comprometem as relações familiares e sociais. (Tamayo et.al., 2004, p 45-46).

Nos estudos iniciais, o mecanismo de estresse abordava os subsistemas que interagem em busca do reequilíbrio orgânico frente às demandas ambientais. O cérebro e o sistema neuroendócrino compõem a rede de estruturas no processo de estresse. Pode ter consequências organizacionais e pessoais, e estas se revelam tanto ao nível intelectual como nas relações sociais e no respectivo comportamento organizacional, provocando desta forma elevadíssima e avultados custos para as próprias organizações. (Sanzovo & Coelho, 2007)

O indivíduo convive, desde a pré-história, com situações adversas, geradoras de estresse, preparando-o para a luta pela sua sobrevivência como homem e espécie, convivendo com momentos oscilantes de tranquilidade, prazer, repouso e descanso, mas também de inquietação, medo, tensão, ansiedade e violência.

A partir da modernidade, o estresse é considerado doença do Século XXI e está cada vez mais frequente no cotidiano. Tem sido estudado com mais atenção nos últimos anos, em virtude da associação com doenças e desordens emocionais, podendo causar uma série de complicações à saúde. Talvez seja por conta disso que a denominação

estresse como sofrimento vem sendo amplamente utilizada não só nos estudos e pesquisas científicas, mas também nos órgãos de comunicação e na linguagem popular. No universo científico, o estresse vem ganhando diversas denominações associadas ao biológico, psicológico, social, ambiental, entre outros.

A literatura internacional apresenta diversificações de abordagens sobre estresse, em relação ao uso de avaliação individual e subjetiva, bem como a validação de conhecimento sobre o nível e fontes de estresse, o que tem dificultado o estudo do tema. A mesma situação é observada na retrospectiva dos estudos realizados no Brasil, tendo como exemplo a população de profissionais de saúde, um dos grupos investigados deste estudo. Portanto, diante do cenário, analisando-se a literatura existente acerca do estresse, verifica-se uma diversidade quanto ao referencial teórico.

No tocante ao público deste estudo, profissionais que atuam nas áreas administrativa e saúde, observa-se que os programas de Pós-Graduação no Brasil, apresentam pesquisas relacionadas ao estresse em profissionais de saúde, que crescem e se desenvolvem com elevada relevância, denotando que esse interesse está associado às reais preocupações que são apresentadas diariamente em todas as mídias nacionais e internacionais. Destacam-se, sobretudo, as condições precárias existentes nos contextos de trabalho, e em especial nos hospitais públicos e privados (Magnago, Lisboa & Griep, 2010). Contudo, não há comparativos entre estes profissionais e os da área administrativa, que efetivamente colaboram para o funcionamento dos processos organizacionais no hospital, e estão susceptíveis às influências do estresse em suas práticas laborais.

As estimativas da OMS (1995) demonstram que aproximadamente 30% dos trabalhadores são acometidos dos transtornos mentais menores, e que os transtornos mentais graves, estão entre 5% e 10%. Trazendo essa estimativa para o Brasil, o

Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) revela dados preocupantes. As estatísticas quanto à concessão de benefícios previdenciários, a exemplo do auxílio-doença, por incapacidade para o efetivo desempenho no trabalho, superiores há 15 dias, provocam afastamentos que incorre em deficiências no desempenho da equipe de trabalho. Por outro lado, fatores relacionados à aposentadoria por invalidez ou até por incapacidade definitiva para esse desempenho do trabalho, revelam também, que os transtornos mentais já ocupam a terceira posição entre as causas dessas ocorrências, tendo a presença constante do estresse nestes transtornos (Reis, Fernandes & Gomes 2010).

Considerando esses dados, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) recomenda já há algum tempo, especial atenção para as condições de insegurança no emprego, subemprego e segmentação crescente do mercado de trabalho. Esses fatores provocam reflexos nas condutas internas que definem o processo de produção e produtividade na organização de trabalho, ocasionando reduções do quadro de funcionários e a incessante exigência na expansão tecnológica, com implantação de novos sistemas e competência frente aos programas computadorizados que são implantados nas redes hospitalares, como uma das inovações tecnológicas. O aparecimento dessas exigências, intensifica o trabalho levando ao surgimento de novas formas de adoecimento, corroborando aos fatores de fadiga física e mental e outros indicadores de adoecimento que estão relacionados ao trabalho. Frente a essas situações se faz necessário, portanto, novas pesquisas para que possam ser delineadas propostas condizentes e efetivas de melhorias e intervenções nessas condições de trabalho.

2.2 CLASSIFICAÇÃO DOS FATORES ESTRESSORES

Embora difíceis de serem claramente delimitados os estudos estão cada vez mais evidenciando a necessidade de se debruçar sobre os fatores estressores. Alguns autores, Miguel e Noronha (2007); Silva Junior e Ferreira (2007) classificam didaticamente os estressores como físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais. Os fatores que impactam e geram tensão no corpo do indivíduo, como o ruído e o frio, são classificados como físicos. As situações que representam ameaças ao indivíduo ou afetam também o seu patrimônio, como aspectos do dia-a-dia evidenciados na mídia, em geral, como um assalto, e considerando a esfera educacional e acadêmica onde o indivíduo tem que rotineiramente ao longo dessa trajetória ser avaliado, representam os estressores cognitivos.

Essa reação cognitiva implica, portanto, identificar situações, como também avaliar a capacidade de enfrentamento a esses estímulos e às respostas mais pertinentes esperadas. Frente à situação podem ocorrer respostas de enfrentamento, evitação ou passividade, expressas como reações comportamentais, para essas condutas as respostas vão depender da experiência de aprendizagem social anterior do indivíduo, podendo apresentar comportamentos compulsivos em relação à alimentação, ingestão de álcool, além de diminuição do desempenho no trabalho (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Silva Junior & Ferreira, 2007).

As situações de perda, são classificadas como fatores emocionais, se enquadram o casamento, mudanças no ambiente de trabalho, o temor do desemprego que provocam e denotam forte conotação afetiva (Benevides-Pereira, 2002). Considerando essas reações psicológicas são comumente aparentes o sentimento de raiva, inconformismo, frustração, ansiedade e insatisfação, ocasionando reações fisiológicas como taquicardia,

aumento da pressão arterial, respiração ofegante, palidez, sudorese, tensão muscular e diminuição da resistência imunológica.

Desta forma, seriam então, entendidos como eventos estressantes tanto os episódios coletivos, como guerra ou terremoto [...], como os eventos ambientais de caráter pessoal como a perda de um amigo ou a troca de emprego (Sarda Jr; Legal; Jablonski Jr, 2004,P. 111).

Portanto, o termo “estresse” está associado a uma reação inespecífica do organismo frente a qualquer exigência e ou situação vivida. Quando um organismo é submetido a estímulos que ameacem a sua homeostase, ou seja, o seu equilíbrio, tende a reagir como um conjunto de respostas específicas que constituem uma síndrome, desencadeada independentemente da natureza do estímulo, caracterizando o estresse. Estas reações em conjunto constituem o que Selye denominou de Síndrome da Adaptação Geral (SAG) que é dividida em três fases: alarme, resistência e exaustão (Lipp & Malagris, 2001).

A primeira, o alarme, é a fase em que o organismo entra em estado de alerta para se proteger do perigo percebido e dá prioridade aos órgãos de defesa, ataque ou fuga frente a um estressor, através de uma intensa descarga hormonal. Os sintomas presentes nesta fase se referem ao preparo do corpo e da mente para a preservação da própria vida. É nessa fase que podemos observar sintomas predominantemente de natureza física. Caso o indivíduo consiga lidar com o estímulo estressor, eliminando-o ou aprendendo a lidar com o mesmo, o organismo volta a sua situação básica de equilíbrio interno (homeostase) e continua sua vida normal.

Quando superada, essa fase é considerada uma adaptação positiva e considerada uma reação saudável denominada eustresse (eustress). Mas, se ao contrário, o estímulo persistir sendo entendido como estressor e o indivíduo não tenha encontrado uma forma de se reequilibrar, pode ocorrer uma evolução para as outras duas fases do processo de estresse (Coelho, 1994; Lipp, 2008).

A fase de resistência se inicia quando o organismo tenta uma adaptação devido à sua tendência a procurar a homeostase interna. Neste momento, persiste o desgaste necessário à manutenção do estado de alerta. O organismo continua sendo provido com fontes de energia rapidamente mobilizadas, aumentando a potencialidade para outras ações no caso de novos perigos imediatos serem acrescentados ao seu quadro de "estresse" contínuo. O organismo continua a buscar ajustar-se a situação em que se encontra. As reações são opostas àquelas que surgem na primeira fase e muitos dos sintomas iniciais desaparecem, dando lugar a uma sensação de desgaste e cansaço (Coelho, 1994).

A terceira, a exaustão, se o estressor é contínuo e a pessoa não possui estratégias para lidar com o estresse, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e pode ocasionar sérias doenças. A imunidade entra em queda e o aparecimento da maioria das doenças se apresenta como: dores vagas; taquicardia; alergias; psoríase; caspa e seborréia; hipertensão; diabete; herpes; graves infecções; problemas respiratórios (asma, rinite, tuberculose pulmonar); intoxicações; distúrbios gastrointestinais (úlceras, gastrite, diarreia, náuseas); alteração de peso; depressão; ansiedade; fobias; hiperatividade; hipervigilância; alterações no sono (insônia, pesadelos, sono em excesso); sintomas cognitivos como dificuldade de aprendizagem, lapsos de memória, dificuldade de concentração; bruxismo o que pode ocasionar a perda de dentes; envelhecimento; distúrbios no comportamento sexual e reprodutivo (Sadir et al. 2010). Esta fase conhecida como *distresse* (*distress*), que são cognições negativas, vividas como estressoras, se fazem acompanhar pelas consequentes reações crônicas (Guimarães & Freire, 2004).

Sadir, Bignotto e Lipp (2010) em seus estudos sobre estresse amplia essa escala de fases apresentando uma fase intermediária classificada como quase-exaustão. O problema maior começa a ocorrer quando o indivíduo não consegue resistir ou se adaptar, e seu organismo começa a sofrer um colapso gradual. Inicia-se, na fase

denominada pela pesquisadora de quase-exaustão. A esta nova fase foi dado o nome de "fase de quase-exaustão" por se encontrar entre a "fase de resistência" e a "fase da exaustão".

Esta fase recém-identificada se caracteriza por um enfraquecimento da pessoa que não mais está conseguindo se adaptar ou resistir ao estressor. As doenças começam a surgir, porém, ainda em um nível menos grave, do que se apresentariam na da fase da *exaustão*. Embora apresentando desgaste e outros sintomas, o indivíduo ainda consegue trabalhar e atuar na sociedade dentro de um patamar de aceitação, ao contrário do que ocorre na exaustão, quando a pessoa deixa de funcionar adequadamente e não consegue, na maioria das vezes, trabalhar ou se concentrar nas atividades que realiza.

Os estudos demonstram que a "fase de resistência", como proposta por Selye, era muito extensa, apresentando dois momentos distintos não caracterizados por sintomas diferenciados, mas sim pela quantidade e intensidade dos sintomas. Deste modo, esse modelo quadrofásico de Lipp, a "fase de resistência" se refere à primeira parte do conceito da "fase de resistência" de Selye, enquanto que a "fase de quase-exaustão" se refere à parte final da mesma, quando a resistência do indivíduo está realmente se exaurindo (Lipp & Malagris 2001; Lipp, 1998).

2.3 ABORDAGENS TEÓRICAS DO ESTRESSE

Na literatura que cuida dos estudos relativos ao estresse são apresentadas três abordagens: bioquímica, psicológica e sociológica, consideradas complementares e interligadas em suas estruturas. A bioquímica, surgida nas décadas de 1930 a 1950, originada pelos estudos de Selye (1936, 1956) se relaciona à fisiologia do estresse. O estudo desenvolvido por Selye foi influenciado por vários pesquisadores que não se detiveram apenas a estudar diretamente o estresse, mas que proporcionaram importantes

subsídios para a sua compreensão, como foi o caso do fisiologista francês Claude Bernard, ao apontar a capacidade de manter a constância do equilíbrio interno como um dos traços mais característicos de todos os seres vivos (Zille & Zille, 2010)

A abordagem psicológica dá ênfase essencial na compreensão da influência que a percepção e o comportamento do indivíduo são manifestados no processo que envolve o estresse. Seguindo os princípios de Cassirer (1994), o ciclo de funcionamento do homem não é só quantitativamente maior do que o dos animais, uma vez que passou por importantes mudanças qualitativas. O autor destaca ainda, que o homem evoluiu no sentido da sua adaptação ao ambiente. Entre o sistema *receptor* e o sistema *efetuador*, que são encontrados em todas as espécies animais, observa-se no homem um terceiro sistema, denominado de *simbólico*. Assim, o homem, em relação aos animais irracionais, vive a dimensão da realidade. No caso dos irracionais, uma resposta direta e imediata é dada a um estímulo externo, enquanto que no caso do homem essa resposta é diferida, ou seja, ocorre uma interrupção e um conseqüente retardamento, em função do processo de pensamento.

A abordagem psicológica em relação aos estudos sobre estresse não apresenta uma direção única, embora nas suas diversas vertentes apresente coerência em relação a determinados pressupostos. Essa abordagem se subdivide em cinco vertentes que estão assim apresentadas nos estudos de Zilli e Zille (2010).

- *A vertente psicossomática:* para Kaplan e Sadock (1993), essa vertente considera que as fortes situações emocionais desencadeiam o processo de estresse nos indivíduos, situações essas geradoras de doenças, que poderão ser de cunho biológico ou puramente psicológico.
- *A vertente interacionista:* tem a sua base na psicologia experimental, que considera e aprofunda a abordagem psicológica nos estudos de estresse. O

principal fundamento dessa corrente está relacionado com a compreensão da relação que o indivíduo estabelece com o meio, os mecanismos de interação e a interpretação dos eventos à sua volta.

- *A vertente behaviorista:* nesta vertente destacam-se os estudos desenvolvidos por Friedman e Rosenman (1974), que investigaram a associação de determinados tipos de comportamentos relacionados a problemas cardíacos. Com base nesses estudos, foram caracterizados dois tipos básicos de comportamentos, denominados *Comportamento Tipo A* e *Comportamento Tipo B*.
- *A vertente da psicopatologia do trabalho:* vem crescendo de forma significativa como orientação de pesquisa que, apesar de centrar a sua preocupação em relação aos aspectos relacionados à doença mental, apresenta novos conceitos que são utilizados nos estudos relacionados ao estresse. Para Billiard (1996), o movimento conhecido como *psicopatologia do trabalho* teve o seu início na França, após a Segunda Guerra Mundial, e contou com as contribuições da psicologia social.
- *A vertente da psicologia social:* a psicologia social estuda como as pessoas influenciam umas às outras. Em relação ao estresse, a preocupação central desta corrente está focada em entender esse fenômeno social, advindo das relações entre os indivíduos. Não constitui preocupação da corrente da psicologia social entender como o estresse manifesta individualmente, mas sim como afeta as relações grupais e como, coletivamente, o grupo reage diante das fontes de pressão.

Por fim, a abordagem sociológica, está relacionada à compreensão das diversas variáveis que se estabelecem no contexto da sociedade. Nesta linha estão os estudos de

Albrecht (1990) e Levi (2003, 2005). Na abordagem sociológica, como aponta Cassirer (1994), percebe-se uma dependência entre a visão de mundo do indivíduo e a sua realidade social. O indivíduo depende efetivamente da estrutura social em que vive para concretizar o seu universo simbólico, como também, para construir a sua cultura individual que se constituirá de alicerces para interpretar os fatos que fazem parte de seu contexto proporcionando recursos e elementos para a sua identificação e diferenciação.

A construção simbólica e cultural do indivíduo é fundamental para o desenvolvimento humano, uma vez que é por meio dessa construção e da transmissão de geração para geração que a humanidade cresce e desenvolve socialmente. O desenvolvimento psíquico dos indivíduos está relacionado à estrutura cultural estabelecida. Nessa dimensão, as alterações culturais afetam diretamente os mecanismos psicológicos individuais (Zille & Zille, 2010)

Nos dias atuais, a presença mais forte do estresse social revela uma alteração sociocultural, que influencia o mecanismo psíquico e altera as condições ambientais nas quais o indivíduo está inserido, provocando influências no mecanismo biológico. Para a compreensão do estresse nessa abordagem, é de fundamental importância entender não só o indivíduo, no que se refere a seu mecanismo psicológico e a seu ambiente, como também os valores sociais e as suas transformações ao longo da vida. Isso implica compreender um movimento de transformação amplo e contínuo, entendendo as novas variáveis que se estabelecem dentro da sociedade, possibilitando, assim, a interpretação das fontes de pressão à luz de cada nova realidade (Levi, 2003, 2005).

Essas abordagens destacam às variadas possibilidades de se enxergar, como podem ser compreendidas e estudadas as manifestações que se originem e podem estar relacionadas ao estresse, oportunizando assim, uma ampla estrutura conceitual teórica para a realização de estudos desse fenômeno que cresce e alcança largas proporções.

Stacciarini e Tróccoli (2002) afirmam que não há concordância numa definição clara do que seja estresse. Esses autores não discordam totalmente da ideia do estresse como resposta fisiológica ao estressor, entretanto, defendem que existe uma reação emocional concomitante às situações que são avaliadas como estressantes, isto é, a resposta não específica é psicologicamente mediada. Esses autores reconhecem que, embora o trabalho de Selye tenha sido amplamente aceito, muitas críticas também têm sido feitas à sua posição, principalmente aquelas que dizem respeito ao conceito de estresse como resposta fisiológica não específica. Esses autores consideram, ainda, estresse como um processo e entendem que variáveis cognitivas afetam a compreensão dos eventos estressantes.

Os referidos autores, tomando como referência os estudos de Clarke (1984) e Sarafino (1990), discutem a dificuldade de conceituar o estresse, como discutido anteriormente, tendo em vista conceitos e concepções diversas sobre o mesmo fenômeno. Apesar disso, elegem três enunciados fundamentais à conceituação de estresse a partir de abordagens diversas, a saber:

1. Como estímulo, com o enfoque no impacto dos estressores;
2. Como resposta, quando examina a tensão produzida pelos estressores; e
3. Como processo, quando entendido a partir da interação entre pessoa e ambiente.

Estas diferentes abordagens têm propiciado o questionamento se o estresse é uma demanda do ambiente, uma característica do indivíduo ou uma interação entre indivíduo e o ambiente, não estando este fenômeno devidamente respondido. Nesta conjuntura, apresentam-se no tópico seguinte, os princípios dos modelos mais conhecidos que discutem fatores psicossociais e estresse ocupacional.

2.4. ESTRESSE OCUPACIONAL

Os estudos sobre o estresse ocupacional tiveram seu início na década de 1970. Posteriormente, diversas pesquisas, vêm sendo realizadas sobre o tema (Codo, Soratto e Vasques-Menezes, 2004; Grandjean, 1998; Guimarães & Freire, 2004; Tamayo et al., 2004). O estudo do estresse ocupacional é entendido como o resultado de relações complexas entre condições de trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador, nas quais a demanda de trabalho excede as habilidades do trabalhador para enfrentá-las (Murphy, 1984).

O estresse ocupacional é uma temática que vem sendo debatida no campo da Medicina Preventiva e da Promoção de Saúde. Nele, se o indivíduo perceber seu ambiente de trabalho como ameaçador, pode prejudicar sua saúde física e emocional, além de interferir em suas relações interpessoais.

Para definir estresse organizacional, Sardá et al., (2004) esclarecem que:

As doenças ocupacionais geram custos e danos para as organizações e os trabalhadores, quando não se desenvolve um ambiente de trabalho adequado, que propicie o bem-estar. Reinhold (1985) define estresse ocupacional como um estado desagradável decorrente de aspectos do trabalho, que o indivíduo considera ameaçadores a sua autoestima e ao seu bem-estar. Ambientes que favorecem o contato com fatores estressantes _ como, por exemplo, excesso de atividades, longa jornada de trabalho, pressões, medo de perder o emprego, podem acarretar adoecimento e absenteísmo. Conforme apontado por Figueroa (2001), os elementos percebidos na situação de trabalho podem agir como estressores e podem conduzir a reações de tensão e estresse. Se os estressores (por exemplo: ambiguidade de funções, conflito de funções, incerteza com respeito ao futuro no trabalho) persistirem, e se os indivíduos perceberem sua potencialidade de confrontação como insuficiente, então poderão produzir-se reações de estresse psicológicas, físicas e de conduta, e desta maneira, levar eventualmente à doença e ao absenteísmo (Sardá Jr, Legal & Jablonski Jr, 2004, p.38).

A grande maioria das condições de trabalhos é potencialmente estressante, mesmo havendo diferenças entre elas (Zille & Zille, 2010). Ao observarmos a natureza das funções executadas pelos profissionais e, em especial pelos da saúde em hospitais,

há algumas que podem parecer monótonas, outras por sua vez estimulantes. Já a grande maioria exige atenção, precisão e dedicação por parte dos profissionais. À natureza do trabalho realizado deve-se agregar o contexto organizacional no qual ele é executado. Nesse caso, o hospital, como também, o estilo de supervisão e gestão de que é objeto. Não é possível determinar afirmativamente o nível de estresse provocado por um determinado trabalho, uma vez que dependem da interação entre a tarefa, as condições em que esse processo está sendo desenvolvido e o profissional.

Os indivíduos procuram pela força da ação social experiências desafiadoras que levam a uma confrontação dos próprios limites pessoais e profissionais. Com as exigências do meio externo, e para responder as metas impostas pelos próprios indivíduos, eles se utilizam do estresse como um mecanismo de adaptação. A sobrevivência do indivíduo depende sobremaneira, deste mecanismo, bem como seu desempenho nas mais variadas esferas existenciais. A essa manifestação do estresse os estudiosos classificam como sadio e necessário à vida do indivíduo, levando-o a maximizar a performance e o desempenho no alcance de resultados construtivos.

O que é negativo e nocivo para a saúde do profissional, assinala Tamayo et al. (2004), é a sua exposição excessiva e sem controle ao estresse. Neste contexto, ocorre um desgaste e ou uma diminuição da capacidade do organismo para o trabalho, em consequência de sua incapacidade para tolerar, superar ou se adaptar às exigências psicológicas, percebidas como demasiadas, insuperáveis e intermináveis (Swan, Moraes & Cooper, 1993). Passa então, a ser negativo e não saudável levando a resultados e consequências destrutivas. Portanto, o que diferencia o estresse sadio do negativo é a intensidade, a frequência e a duração da exposição e, particularmente, a falta de controle diante da situação estressante.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) citam três fatores que podem contribuir para o desencadeamento do estresse ocupacional. Um dos fatores seria a globalização da economia, e com isso uma crescente pressão de competição, encurtamento de ciclo produtivo e necessidade de inovações tecnológicas. Um segundo fator seria o acúmulo de exigências que levam a um esforço mental e, conseqüentemente, às situações estressantes. E por fim, o terceiro fator, jornadas de trabalho, se encontra cada vez mais alteradas (flexibilidade de horários, intensificação de trabalho) com os turnos.

O estudo do estresse ocupacional tem sido aplicado a diversos contextos na organização com significados e formas de mensuração diferentes, evidenciando pouco consenso teórico. Esta falta de consenso reflete uma positividade frente a complexidade da relação saúde-adoecimento no trabalho. Dessa forma, o estresse tem sido estudado como estímulo, resposta ou como resultado da interação entre os dois fatores. No modelo do estresse como estímulo, o estresse é variável independente, considerado como fator iniciador de um processo no organismo. Na abordagem como resposta, ele é variável dependente, ou seja, é visto como consequência (Tamayo et al., 2004).

O foco dessas abordagens está diretamente relacionado com fatores externos, negligenciando a parte subjetiva constituída pelo processo, ou seja, pela maneira como o profissional conduz eventos e fatores ambientais e organizacionais no seu contexto de trabalho. É evidente que as exigências do trabalho ou da organização não se constituem nos únicos fatores demandadores do estresse, mais importante e significativo do que aquelas é a leitura que o profissional faz delas, sendo, portanto, o profissional quem dá sentido ao seu ambiente de trabalho. A forma como o profissional percebe as exigências e as condições do trabalho e como lida com elas, torna-se mais fácil integrar numa

esfera de conceito mais dinâmico as abordagens que consideram o estresse como estímulo e como resposta (Tamayo et al., 2004).

A abordagem que enfatiza o estímulo identifica e classifica estressores organizacionais. Cooper e Cartwright (2001) apontam que existem seis fontes de estressores organizacionais:

1. Os fatores intrínsecos ao trabalho - referem-se às condições que dificultam o desenvolvimento das tarefas com eficácia, tais como barulho, iluminação, temperatura, número de horas trabalhadas, exposição a riscos e novas tecnologias;
2. Os papéis organizacionais - relacionados aos problemas decorrentes das expectativas e exigências sobre comportamentos adequados ao desempenho de uma determinada função, que podem apresentar disfunções, tais como: ambiguidade, conflito, sobrecarga e excesso de responsabilidade;
3. As relações de trabalho - abrangem as relações com colegas, com gerentes e com subordinados, constituem um fator estressante quando desencadeiam rivalidade e competitividade excessiva, falta de suporte social por parte dos colegas, conflitos, ressentimentos, recusa de cooperação;
4. O desenvolvimento da carreira - associa-se à incoerência de *status* provocada pela inadequação do indivíduo à posição que ocupa na organização ou por frustrações referentes à ascensão ao topo da carreira, com aspectos tão sensíveis como insegurança no trabalho, precariedade do controle, risco de desemprego, promoções e reconhecimentos de mérito;
5. Fatores organizacionais - como clima organizacional - dizem respeito ao modo pelo qual o empregado é tratado pela organização e à relação dele com a mesma,

através do estilo de liderança, estrutura organizacional e nível de participação dos empregados na tomada de decisões;

6. Interação trabalho-família - acentuada pela diminuição progressiva da fronteira entre o trabalho e a família.

A abordagem que enfatiza resposta à reação das pessoas aos estressores tem permitido a identificação e a classificação de algumas consequências do estresse. Tamayo et al., (2004). Efetivamente têm sido observadas três categorias de respostas possíveis aos estressores:

1. Reações fisiológicas - associam-se a alterações nos batimentos cardíacos, elevação da pressão sanguínea e o aumento do colesterol.
2. Reações psicológicas mais comuns - frustração, raiva, ansiedade e insatisfação.
3. Reações comportamentais relacionam-se aos hábitos de fumar e comer em excesso, bem como ao uso abusivo de álcool, à diminuição do desempenho no trabalho, ao absenteísmo e à rotatividade de pessoal (*turnover*).

Um avanço dessa abordagem são as contribuições que questionam sobre o papel das emoções no trabalho. A emoção e o sentimento são opostos à racionalidade exigida para a construção da eficiência organizacional, muito embora façam parte da experiência cotidiana do trabalho, e a sua expressão é objeto de restrição e controle por parte da organização. Muitos estressores são de estrutura emocional como a raiva, frustração, nervosismo, ansiedade, irritação, entre outros. Na literatura científica, poucas são as pesquisas que se debruçam diretamente sobre o problema das emoções no estresse ocupacional e do trabalho. Frente a isso, Payne e Cooper (2001), afirmam que as emoções no trabalho têm sido objeto de estudo e de pesquisa científica, corroborando com Lazarus (1995), que já apontava que o foco do estudo deveria ser deslocado do estresse para as emoções no trabalho.

A abordagem interacionista destaca como teorias mais representativas, a teoria do ajustamento pessoa-ambiente Edwards e Cooper (1990) o modelo de estresse de McGrath (1976) e a teoria de Karasek (1979) que delimita o estresse exclusivamente a partir das exigências do trabalho e do nível de controle.

Para definir estresse ocupacional é preciso ter consciência de alguns fatores. Primeiro que existe uma visão equivocada de que todo sentimento de irritabilidade e cansaço seja associado ao estresse; segundo que não podemos definir o estresse de maneira geral, pois cada pessoa reage em cada situação de maneira diferente. O mesmo serve para o estresse ocupacional, pois, trata-se de um fenômeno subjetivo que depende da compreensão individual articulada às exigências do ambiente do trabalho, da característica da demanda, qualidade da resposta emocional e do processo de enfrentamento (*coping*) mobilizado nos indivíduos (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004; Tamayo et al., 2004).

Os principais fatores que podem favorecer este tipo de estresse na organização são ligados diretamente ao ambiente de trabalho e suas relações. Esses problemas podem ser gerados por jornada longa ou atividades cansativas; preocupação em relação ao aumento de salários ou promoções; medo de ser demitido; mudanças imprevistas; falta de estímulo e apoio das pessoas que o cercam (que inclui supervisores, líderes e colegas); orientação ou gerenciamento inadequado de seus superiores; constrangimentos organizacionais; crescente pressão da competição; condições ambientais insalubres ou de alta periculosidade (ruído, iluminação temperatura); acúmulo de exigências; forte e constante demanda de reciclagem e adaptação (muitas vezes difícil de superação); cansaço físico e emocional; flexibilização de horários de trabalho semanal (e o incremento de turnos de trabalho); interrupções temporárias; transferência involuntária; mudança de função ou profissão; readaptação profissional; desemprego temporal ou

pré-aposentadoria; medo de fracassar; conflitos diários no trabalho; rituais e procedimentos desnecessários (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004; Couto, 2000; Guimarães & Freire, 2004; Tamayo et al., 2004).

De acordo com Lazarus (1995), o estresse se estabelece quando o profissional percebe e avalia que as exigências laborais e as condições organizacionais superam as suas capacidades e condições de desempenho. Desse ponto de vista, o estresse se origina não só pelo viés do profissional ou do ambiente de trabalho, mas aparece quando existe conjunção entre as exigências que envolvem o trabalho e uma pessoa determinada que tenta lidar com essas exigências. Segundo Tamayo et al. (2004) o estresse se mostra presente somente quando o profissional percebe como ameaçadora, para o seu equilíbrio e bem estar, a relação que ele está estabelecendo com o trabalho, ou seja, na medida em que ele é resultante da relação entre as exigências do trabalho e o conjunto de habilidades disponíveis no repertório do profissional para enfrentá-las.

É importante enfatizar que o estresse não é uma doença, ou um distúrbio auto definido por suas características físicas e psicológicas, mas um elemento que predispõe ao surgimento de diferentes formas de adoecimento (Tamayo et al., 2004). Desta forma é possível ver algumas manifestações do estresse através dos sintomas: dores de cabeça, palpitações, reações alérgicas, dores lombares, insônia, indigestão, aumento do apetite, suor, gagueira, dificuldades de concentração, agressividade, irritabilidade, passividade, ansiedade, dificuldade na tomada de decisões, sensação de fracasso, hiperatividade, medo, depressão, sinais de cansaço, perturbação, angústia, pigarro, aceleração do batimento cardíaco, perda de memória, hipertensão (Baccaro, 1997; Dias & Silva, 2002; Robbins & Coulter, 1998).

Levando em consideração estas afirmações, conclui-se que o estresse ocupacional é um processo composto de inúmeras variáveis, como afirmam Sarda Jr, Legal & Jablonski Jr (2004) não tendo como fator único o ambiente ou o indivíduo.

2.5. ESTRESSE RELACIONADO AO AMBIENTE DE TRABALHO

Considerando que o estresse é uma experiência individual, os autores (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004; Couto, 1980; Guimarães & Freire, 2004; Tamayo et al., 2004) fazem menção a inúmeros fatores que podem ser considerados como seus determinantes. Nos últimos anos, as pesquisas realizadas sobre a importância dos fatores psicossociais no trabalho, bem como de outras variáveis que ajudam a humanizá-lo e a transformá-lo numa atividade que atenda às inevitáveis aspirações do profissional à felicidade, têm proporcionado o acúmulo de forma progressiva a lista de estressores. Além disso, é muito provável que as transformações recentes ocorridas no ambiente do trabalho, tais como a ênfase nas competências e habilidades, a precariedade do trabalho e as privatizações, sejam fontes de estresse para muitos profissionais, como discutidos anteriormente nesse estudo.

Identificar as fontes de estresse no trabalho é uma tarefa bastante complexa. Muitas vezes, porque, em última análise, o que decide se um fator laboral é um estressor depende da interpretação que o profissional lhe dá, ou atribui da sua própria vulnerabilidade e das estratégias de enfrentamento disponíveis no seu repertório vivencial, o que leva, mesmo assim, a identificação de vários conjuntos de estressores.

Os estressores têm sido agrupados em três grandes categorias, que assim se apresentam: fatores específicos ao trabalho, fatores organizacionais e fatores individuais. Entretanto, vale ressaltar que vários autores desconsideram a última categoria e enfatizam os determinantes laborais e organizacionais. Cooper e Cartwright

(1997) consideram a interface trabalho-família enquanto Beehr e Newman (1978) insistem em fontes extra-organizacionais. Estes autores apresentam quatro categorias de estressores:

- 1- Exigências e expectativas do papel (ambiguidade, conflito, sobrecarga);
- 2- Exigências do trabalho e características das tarefas (responsabilidade, concentração, viagens);
- 3- Fatores organizacionais (clima, liderança gerencial, estrutura, sistema de comunicação);
- 4- Fatores extra-organizacionais (condições de deslocamento para o trabalho, exigências do consumidor, desenvolvimento tecnológico e científico).

De acordo com Kahn e Byosiere (1992) os antecedentes do estresse podem ser elencados como:

1. Organizacionais (tamanho da organização, características do papel e da tarefa, bem como o próprio deslocamento cotidiano da residência até a organização);
2. Estressores na vida organizacional, isto é, estímulos gerados na vida organizacional, que provocam consequências negativas nas pessoas e expostas, de natureza física (barulho, iluminação), ou psicossocial (ambiguidade do papel, conflito entre papéis, conflito interpessoal no trabalho, sobrecarga de trabalho e clima organizacional);
3. Características pessoais como mediadores do estresse.

O modelo integrador de Kahn e Byosiere (1992), o qual concebe ações recíprocas entre percepção, antecedentes organizacionais, estressores da vida organizacional, respostas e consequências do estresse, características do indivíduo e propriedade da situação, considera o estresse ocupacional como um processo decorrente de eventos organizacionais ou do trabalho. Para Paschoal (2004), o estresse ocupacional

é definido como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas. Portanto, a concepção aceita sobre o estresse ocupacional é que ele é um fenômeno que ocorre mediante um conjunto de variáveis pessoais e organizacionais, mas que, fundamentalmente passa pela avaliação e pela percepção do indivíduo.

Pesquisas realizadas com modelos causais e utilizando equação estrutural como aponta Tamayo et al. (2004) têm mostrado que a maior parte dos determinantes propostos nas diversas classificações, relacionados com as exigências do trabalho e com a vida organizacional, são de fato, fontes de estresse, sendo que os fatores específicos do trabalho e os fatores organizacionais são os determinantes mais importantes do estresse no trabalho.

De acordo com o foco da frequência e da intensidade, os fatores estressores podem ser classificados em agudos ou crônicos. Os agudos são de curta duração, ocorrem com pouca frequência e apresentam alta intensidade. Dick (2000) ao realizar estudos relativos a natureza dos estressores agudos, encontrou três tipos de ocorrências nas quais se apresentam efetivamente nos casos de violência, quando ocorrem mudança de papel ou de trabalho, e diante dos conflitos com colaboradores e superiores.

Os estressores crônicos são de natureza diferente. Eles têm duração relativamente longa, podendo sua intensidade ser alta ou baixa. Um exemplo pode ser o clima organizacional, cujas características são relativamente duradouras.

A classificação dos estressores organizacionais é de importância secundária do ponto de vista prático. O que interessa é poder estruturar as organizações sobre dois eixos fundamentais, a produção e o bem-estar do trabalhador. O desafio para gestores e líderes organizacionais vinculados a área de saúde é proporcionar ambientes de trabalho, climas e culturas organizacionais nos quais os trabalhadores possam produzir

ser valorizados e felizes (Quick et al., 1997). Identificar fatores psicossociais no trabalho auxilia no desempenho das atividades, minimizando desgaste e retrabalho.

Há consenso entre alguns autores (El-Batawi, 1988; Fernandes, 2008; Kalimo, 1998; Levi, 1988; Villalobos, 2004) quanto à concepção de fatores psicossociais no trabalho, compreendendo-os como elementos do ambiente organizacional, que, ao serem vivenciados pelos trabalhadores, sofrem influências de variáveis de caráter individual. Ainda que haja concordância, ao abordá-los, tratam diferentemente de tais fatores, por vezes situando-os dentro de um macrocontexto histórico e social, ou enfatizando suas origens e efeitos.

Ao estudar a relação entre estresse e trabalho, Villalobos (2004) considera que os fatores psicossociais do trabalho representam um conjunto de percepções e experiências do trabalho, ou seja, consistem em interações entre o trabalho, o ambiente laboral, as condições da organização e as características pessoais do trabalhador, suas necessidades, culturas, experiências, estilo de vida e sua percepção de mundo. Inclui, entre os principais fatores psicossociais do trabalho geradores de estresse, aspectos da organização, gestão e processo de trabalho, assim como as relações humanas. Situa a organização em um contexto histórico, com o seu conjunto de problemas demográficos, econômicos e sociais, no qual interage.

Contempla, portanto, as variáveis do macrocontexto, sua interação com os elementos do ambiente organizacional e o indivíduo com sua multideterminação. Fernandes (2008), ao avaliar os fatores psicossociais do trabalho e sua relação com a saúde psíquica, evidencia também a influência de aspectos intrínsecos ao indivíduo na produção do estresse, considerando que, nesta relação, intervêm as atitudes, o estilo de vida, estratégias de *cooping* e apoio social, assim como a vulnerabilidade e a resistência ao estresse. Embora não desconsidere os fatores externos à organização, enfatiza

mediadores da situação ou do indivíduo que podem fortalecer ou debilitar a influência de fatores do ambiente de trabalho.

Sobre os fatores psicossociais e suas implicações na saúde do trabalhador Kalimo (1988), como Fernandes (2008), enfatizam a interação de aspectos do ambiente de trabalho e variáveis de caráter individual e subjetivo, como as experiências passadas, os fatores genéticos e condições de vida que vão influenciar o modo como os indivíduos experimentam e interpretam suas vivências. Embora também considerem as diferenças individuais como fatores que intervêm na relação trabalho-saúde, ressaltam a importância de avaliar tais aspectos com enfoque no grupo, quando consideram julgam que a influência de um fator psicossocial é intensa, na medida em que seja menor a importância da vulnerabilidade individual.

Levi (2005) identifica a origem dos estímulos psicossociais em processos sociais que se situam em uma estrutura social e afetam o organismo por meio da sua percepção e experiência. Considera, em seu modelo teórico, no que se refere aos aspectos psicossociais, a influência de variáveis interatuantes extrínsecas e intrínsecas, sociais, mentais ou físicas que tem como função modificar a ação dos fatores causais na fase do mecanismo, do precursor ou da enfermidade, promovendo ou evitando o processo que culmina na doença. Este autor amplia as concepções anteriores na medida em que situam os fatores psicossociais num enfoque sistêmico, portanto com retroalimentação contínua.

Embora o destaque na abordagem dos fatores psicossociais no trabalho tenha sido o seu estudo como precipitador do estresse, El-Batawi (1988) classifica estes fatores em duas categorias os que têm efeitos negativos à saúde e os que podem contribuir positivamente para o bem-estar dos trabalhadores. Ele enfatiza o trabalho

como fator de fomento à saúde, não devendo, portanto, subestimar os seus aspectos positivos e efeitos estruturadores.

Ainda que não façam referência direta a fatores psicossociais, outros autores, ao abordarem os impactos dos elementos do ambiente organizacional na saúde mental do trabalhador (Codo, Soratto & Vasques-Menezes 2004; Filgueiras & Hippert, 2002; Jacques, 2002; Lima, 2007; Monteiro & Gomes, 1998; Seligman-Silva, 1997), discutem a sua interação com variáveis individuais, conquanto os estudos desenvolvidos utilizem abordagens diferenciadas que variam entre a quantitativa, a qualitativa e a mista.

2.6. PESQUISAS EMPÍRICAS E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA OS ESTUDOS DO ESTRESSE

O trabalho tanto pode ser fonte de saúde quanto de adoecimento quando, pode conter fatores de risco para a saúde, como é o caso das instituições hospitalares, que não dispõem de estratégias para se proteger destes riscos (Murta & Tróccoli, 2004). Tal situação é capaz de levar ao estresse ocupacional, definido como o estado emocional causado por uma discrepância entre o grau de exigências do trabalho e recursos disponíveis para gerenciá-lo (Grandjean, 1998). Em sendo produto da relação entre indivíduo e seu ambiente, revela-se como construto social, uma vez que quando as exigências deste ultrapassam a habilidade do profissional para enfrentá-las, pode ocorrer um excessivo desgaste para o organismo, fator que influenciará diretamente na produtividade.

Lazarus (1995) propõe que o estresse ocupacional ocorre quando o profissional avalia as demandas de trabalho como excessivas para os recursos de enfrentamento de que dispõe. Observa-se que nem todos os indivíduos se desgastam com os mesmos estressores, o que determina se o estresse irá ou não se instalar é a conjunção do ambiente com as características do indivíduo.

Através de condutas clínicas, o estresse começou a fazer parte de nosso vocabulário diário, onde sintomas como fadiga, ansiedade, dificuldade para relaxar, insônia e perda de apetite, se caracterizam como principais causas de atestados médicos nas instituições. Segundo a União Européia, o estresse representa 50% destes sintomas, com um elevado custo de 20 milhões de euro, onde 28% dos trabalhadores sofrem com estresse, sobretudo os ligados aos setores de educação, saúde e mineração (Zanelli, 2010).

Desse ponto de vista, essas transformações que estão sendo produzidas no âmbito profissional e na condução do trabalho podem não apenas incrementar os já conhecidos efeitos nocivos derivados do estresse do trabalho, como também favorecer o aparecimento de novos riscos físicos, psicológicos e sociais relacionados ao estresse.

A relevância do construto estresse está em sua provável relação com o adoecimento, sendo fator de discussão na comunidade científica internacional e nacional, órgãos governamentais, organizações de trabalho e sindicatos, uma vez que o nível de absenteísmo, produtividade e qualidade dos serviços prestados, as doenças psicossomáticas e o abandono ao trabalho trazem prejuízos à qualidade de vida dos próprios profissionais, às organizações e à comunidade, visto que os efeitos dessas condições comprometem as relações familiares e sociais.

A relação entre estresse e qualidade de vida está presente em trabalhos de Aguiar (2000) e Couto (2000). Para esses autores a relação varia de acordo com o evento, o contexto e a dimensão do fenômeno considerado. Os eventos estressores são muitos, ligados à tarefa/atribuições, e podem ser apontados como sobrecarga, falta de estímulo e constrangimentos organizacionais.

As atividades laborais, de uma forma geral, são potencialmente estressantes. Apesar da natureza da atividade laboral executada, deve-se agregar o contexto

organizacional no qual está inserido, bem como o tipo de superação de que é objeto. Somente assim poderemos investigar melhor estas atividades, mesmo enfrentando as enormes diferenças existentes entre elas.

Quanto aos instrumentos que se propõem a avaliar o estresse ocupacional estes se constituem em um grande desafio para os pesquisadores. A principal restrição em relação às medidas de estressores é decorrente das críticas sobre as definições do estresse ocupacional a partir dos estressores organizacionais (Jones & Kinman, 2001; Kahn & Byosiere, 1992).

O paradigma geral aplicado nos instrumentos de avaliação do estresse consiste em apresentar ao indivíduo uma lista de estressores, avaliados numa escala de frequência, e uma lista de reações, que devem também ser avaliadas numa escala, independentemente dos estressores (Paschoal & Tamayo, 2004). Dessa forma os instrumentos de avaliação do estresse ocupacional estão em crescente evolução e desenvolvimento.

A qualidade de vida se expressa como uma área multidisciplinar de conhecimento que integra variadas abordagens de ciência e conhecimento popular, através da construção de opiniões que estão presentes e que abarcam a vida dos indivíduos em toda sua amplitude. Nessa perspectiva, há inúmeros processos que estão alocados no dia-a-dia dos indivíduos, desde a forma como interpreta a sua realidade, através da percepção e expectativa subjetivas sobre a vida, bem como questões de ordem frente às adversidades que norteiam suas vidas.

A partir de esferas objetivas e subjetivas, compreender qualidade de vida como uma forma humana de percepção do próprio existir é um desses desafios. Entretanto, se faz necessário, para uma compreensão acurada, que não haja reducionismo frente a esse tema, pois essas percepções são inter-relações constantes entre os elementos que compõem esse universo. Compreender qualidade de vida em sua área de conhecimento é adotar uma perspectiva, ou um paradigma complexo de mundo, pois se expressa na relação entre o homem, a natureza e o ambiente que o cerca.

3.1. QUALIDADE DE VIDA: UMA ÁREA DE CONHECIMENTO EM PROCESSO DE DEFINIÇÃO

O senso comum se apropriou desse construto de forma a buscar melhores condições e adequado padrão de bem-estar para os indivíduos. Essas condições se estabelecem a partir de condutas de ordem econômica, social ou emocional. Entretanto, a uma percepção positiva de bem-estar envolve vários fatores interrelacionados,. Levando em conta a área de conhecimento em qualidade de vida, apresenta-se numa etapa de construção de identidade, pautada em relação à saúde, à moradia, ao lazer, aos hábitos de atividade física e alimentação.

No tocante a trajetória histórica da qualidade de vida, há várias influências e tentativas de conceituação do constructo. O seu surgimento após a segunda guerra

mundial, veio associado aos componentes de prosperidade econômica e elevação do poder aquisitivo como fonte de satisfação, bem-estar e realização psicológica, vinculados à vida, traduzindo-se assim, que o crescimento econômico se relacionava com a qualidade de vida pelos indicadores analisados a partir da evolução do Produto Interno Bruto (PIB). Com esse posicionamento deixou-se de considerar os aspectos relativos ao desenvolvimento da saúde, como princípio da qualidade de vida.

Qualidade de Vida e Padrão de Vida foram os primeiros objetos de estudo de cientistas sociais, filósofos e políticos com ênfase nos aspectos materiais, representa um conceito chave nas ciências do ambiente, nas ciências sociais, médicas e psicológicas, bem como na vida dos indivíduos comuns, e exerce grande impacto na pesquisa e na prática profissional atual. Este conceito, na medida de seu desenvolvimento foi ampliado envolvendo o desenvolvimento socioeconômico e humano e a percepção individual, com destaque para os aspectos subjetivos das pessoas a respeito de suas vidas, sendo assim valorizado não só os fatores materiais e sim a opinião do indivíduo (Kluthcovsky & Santos, 2007).

O termo qualidade de vida passa a ser utilizado no contexto social para criticar políticas que defendiam o crescimento econômico sem limites, voltada para o suporte financeiro e aos bens materiais que cada indivíduo possuía. O conceito então, se amplia significando não só o crescimento econômico, mas o desenvolvimento social relacionado à educação, à saúde e ao lazer. Desta forma, cientistas e diversos profissionais passaram a se interessar, não apenas em promover bens econômicos, mas também em avaliar o impacto desses bens sobre os indivíduos e sobre a maneira pela qual eles levam suas vidas.

Por se tratar de uma área de pesquisa recente, o seu processo encontra-se em busca de definir suas fronteiras e conceitos. Por isso, definições sobre o construto são

comuns, mas há sempre posições discordantes. Outro problema em função de sua ordem semântica, mais um fator chama a atenção, é que suas definições podem tanto ser amplas, envolvendo os inúmeros fatores que exercem influência, como restritas, delimitando alguma área específica (Coutinho & Franken, 2009).

Quanto à relatividade da noção de qualidade de vida, pode-se remetê-la mediante três referências. A histórica, na qual em algum determinado tempo de uma sociedade o seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, exercem um parâmetro de qualidade de vida que se diferencia da mesma sociedade em outra época. A cultural, na qual os valores e necessidades se diferenciam entre variados povos, mostrando suas tradições. E padrões de bem-estar estratificados entre as classes sociais, com desigualdades muito fortes, onde a qualidade de vida está associada ao bem-estar das camadas privilegiadas (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007).

Ter atenção à multiplicidade de questões que envolvem esse universo, se faz necessário, quando estamos analisando as abordagens sobre qualidade de vida, observando desde parâmetros sociais até de saúde ou econômicos (Almeida, 2012). É possível observar esforços em estabelecer um tratamento científico para o universo de qualidade de vida, podendo-se observar várias frentes de pesquisa e reflexão. Para um maior entendimento sobre esse construto, as formas de definições serão consideradas a partir da análise semântica do termo e discussão sobre sua abrangência, definições sobre essa área de conhecimento, com o objetivo de cercar suas variáveis e campos de estudo.

Quanto à análise semântica, tem-se que o termo qualidade, num sentido filosófico, refere-se a um caráter do objeto, que a princípio nada diz sobre ele, suas propriedades ou possibilidades. Significa uma forma de estabelecer valores. Caracterizar algo pela sua qualidade é determinar um nível bom ou ruim a ele, porém, com carga de subjetividade, de acordo com o referencial e os elementos considerados. O

que é boa qualidade para alguém não é necessariamente para outra pessoa. Ao atribuir valores a um objeto, está implícita a veracidade da existência real do mesmo, e, por conseguinte, o que se analisa não é a presença ou ausência deste no mundo concreto, mas seu valor perante as variáveis que o rodeiam.

Ao se analisar o construto percebe-se que o emprego da palavra qualidade, a essa forma de percepção de mundo, estabelece uma existência inerente a esse campo de conhecimento, independente de ser considerado bom ou ruim. Remete-se ao interesse pela vida, sendo possível estabelecer que a qualidade de vida não seja algo a ser alcançado, um objeto a ser possuído pela sociedade contemporânea que deve ser incorporado à vida a partir de esforço e dedicação individual. Pelo contrário, é uma percepção que sempre esteve e sempre estará presente na vida do indivíduo. Se considerarmos a análise desse ponto de vista, concluiremos que todos os indivíduos denotam qualidade de vida, deixando de ser esse, um elemento a ser alcançado de adequação do padrão ótimo frente à sociedade (Almeida, 2012). Determinar se algo é bom ou ruim depende de diferentes referenciais ou pontos de vista. Em relação ao aspecto valorativo implícito a essa percepção, se é considerado bom ou ruim, pode-se afirmar que acata tanto questões de conduta concreta, como formas de percepção, ação e expectativas individuais frente a esses elementos.

Faz-se necessário destacar, nesse momento, uma definição sobre o construto, para um encaminhamento frente aos limites de abrangência dessa área de conhecimento. Para Minayo (2010) representa um escopo de atenção e direcionamento, pois oferece consistência para adotarmos como princípio para o estudo da qualidade de vida nessa tese.

é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. (p.10).

Percebe-se que essa abordagem vista numa compreensão social do termo, considera questões subjetivas como bem-estar, satisfação nas relações sociais e ambientais e a relatividade cultural. Esse entendimento expresso pela autora, expressa dependência da condição de compreensão de conhecimento que o indivíduo detém, das condições estruturais que seu ambiente de vida denota, das relações que constrói e como interage com elas, e das aspirações que almeja frente às conquistas a serem realizadas.

Analisando outra abordagem, adotado por Nahas (2003), qualidade de vida se apresenta como uma condição humana proveniente de um arranjo de parâmetros individuais e socioambientais, que podem ser modificáveis ou não modificáveis, que referenciam as condições em que vive o indivíduo.

Para a OMS (1995) a qualidade de vida mostra-se definida como a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Além de abranger a complexidade do construto e buscar a inter-relação do meio ambiente com os componentes: físicos, psicológicos, nível de interdependência, crenças pessoais e relações sociais, devem ser pensadas e estruturadas, em sua linguagem dentro do campo histórico social vivido pelo indivíduo (Fleck, 2000). Observar o manejo desse construto no cenário de realizações, relacionado à época histórica bem como, pelo grau de desenvolvimento da sociedade em que o indivíduo faz parte, é o seu grande desafio.

Gonçalves e Vilarta (2004) abordam qualidade de vida pela maneira como as

peças experenciam seu viver, seu sentir, e como compreendem sua estrutura cotidiana, envolvida, portanto, com a saúde, a educação, o transporte, a moradia, o trabalho e a inserção efetiva nas decisões das quais lhes dizem respeito. Essa abordagem direciona-se para as expectativas de um indivíduo e de uma determinada sociedade quanto à percepção do que consideram conforto e o bem-estar. Esses autores caracterizam-na como condutas de objetividade das condições materiais que interessam a posição do indivíduo na vida e as relações estabelecidas nessa sociedade, e a subjetividade onde o que interessa é o conhecimento sobre as condições físicas, emocionais e sociais relacionadas aos aspectos temporais, culturais e sociais de como são percebidas pelo indivíduo.

Olhando a dinâmica da objetividade, à realidade está pautada em elementos quantificáveis e concretos, que podem sofrer transformações pela ação do indivíduo. A esses elementos são considerados na análise fatores determinantes como alimentação, moradia, acesso à saúde, emprego, saneamento básico, educação, transporte, ou seja, necessidades que garantem sobrevivência para uma sociedade contemporânea. Nessa perspectiva é possível estabelecer, através de dados quantitativos e qualitativos o mapeamento de um perfil biosociodemográfico de um indivíduo ou grupo quanto a apropriação de condições sociais favoráveis (Almeida, 2012).

De posse desses dados pode-se traçar índices estatísticos de referências sobre posições biosocioeconômicas de populações, bem como promover comparações entre grupos e modalidades de instituições que estejam envolvidas no estudo. Frente a esses procedimentos é possível encaminhar ações de intervenções e melhorias da qualidade de vida de um contexto.

Quanto aos fatores subjetivos da qualidade de vida os aspectos concretos fazem parte dessa análise, contudo, determina com princípio de caracterização, as variáveis

relacionadas à história, como também ao social, ao cultural e ao modo como o individual visualiza e interpreta as suas condições de bens materiais e de serviços, destacando que o processo se estabelece frente às necessidades, expectativas e percepções de cada indivíduo (Almeida, 2012).

Apresenta-se, portanto, uma estreita relação desses aspectos objetivos e subjetivos, como destacam Gonçalves e Vilarta (2004), uma vez que para essa análise se efetivar deve-se levar em conta a estrutura do indivíduo e sua contextualização social, corroborando-se assim para a definição de qualidade de vida da OMS, por exemplo, quando contempla as concepções de subjetividade do indivíduo e de objetividade das condições materiais.

Os estudos desenvolvidos por Gonçalves e Vilarta (2004) e Nahas (2002), destacam que os conceitos qualidade de vida, saúde total, bem-estar e estilo de vida saudável apresentam algumas dimensões e componentes que se aproximam e que, na realidade, estão integrados uns aos outros. As dimensões propostas por esses autores estão assim relacionadas:

1. Dimensão social - enfatiza à convivência com a família, com o círculo de amizades e com a importância da amplitude da esfera social;
2. Dimensão emocional - caracteriza-se pelo manejo e desenvolvimento da autoconfiança, como o indivíduo se prepara para lidar com situações estressantes bem como à aceitação de suas próprias limitações e impossibilidades;
3. Dimensão física - componente relacionada à capacidade de executar atividades físicas alimentar-se de maneira equilibrada, desfazendo-se de condutas e hábitos nocivos à saúde;

4. Dimensão mental ou intelectual - manejo da habilidade de executar atividades que envolvam a cognição e o constante desenvolvimento do discernimento crítico, mostrando-se atento as soluções e utilizando-se de informações atualizadas que agreguem valor para amplitude de seu repertório de conhecimento pessoal;
5. Dimensão espiritual - relaciona-se com a capacidade para estar atento a sua aptidão dando significado a si próprio, a sua vida na religião ou crenças, aumentando, dessa maneira, o desenvolvimento da empatia ética.

Essas dimensões estão relacionadas ao conceito social, emocional, intelectual e espiritual, que, estão mais relacionados à mente, ao subjetivo, ao passo que a dimensão física é, prioritariamente, relacionada ao corpo. Outra dimensão se apresenta como significativa e posta para essa discussão, e que parece igualmente importante, é a dimensão profissional, destacada por Franken et al. (2007), que no mundo contemporâneo, envolve várias das dimensões acima descritas e, muito fortemente, a autoestima, sem a qual nenhum indivíduo pode se considerar possuidor de uma vida de qualidade.

O conceito de qualidade de vida integra a condições de satisfação de várias necessidades, primárias e secundárias, e se constitui de um processo de interação que depende do comportamento individual e social frente a variados contextos. Dessa forma, a qualidade de vida depende de fatores subjetivos e objetivos que estão associados à saúde, ao ambiente e ao desenvolvimento, levando a um estilo de vida próprio, e as condições materiais e sociais do contexto onde o indivíduo se integra, respondendo, dessa forma, com suas condutas de comportamento (Coutinho & Franken, 2009).

A conotação de se dividir a qualidade de vida em esferas de percepção leva ao esclarecimento quanto à problemática da multidisciplinaridade presente nos estudos, uma vez que essa temática tem repercussão semântica, como tratada anteriormente. Denota-se prudente nesse processo, se definir as fronteiras de abrangência de qualidade de vida, tornando-se necessário especificar o campo em que se encontra esse construto como área de conhecimento e saber científico (Almeida, 2012). Qualidade de vida seria um híbrido biológico-social, mediado por condições mentais, ambientais e culturais (Minayo et al., 2000). Essa área de estudo, se simplesmente se ativer a questões de ordem biológica, ligadas exclusivamente à saúde clínica, corre o risco de ser incompleta e equivocada, pois desconsiderará as variáveis histórico-culturais, influentes inclusive no processo saúde-doença.

Nessa perspectiva, a qualidade de vida à luz de questões sociais, se apoia na Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 2010), originária da Psicologia Social, em contextos diversos como saúde, migração, relações entre gênero e poder, velhice, portadores de enfermidades como AIDS, depressão, relacionamentos interpessoais, cidadania, usuários de serviços de saúde, entre outros, se integra nessas discussões abrindo possibilidades para as aplicações experimentais. A literatura demonstra, então, que essa teoria possibilita o conhecimento articulado entre atores sociais e seu contexto (Coutinho, Franken & Ramos, 2007; Coutinho & Saldanha, 2005).

Originária do movimento nas ciências humanas e biológicas, a preocupação com o conceito de qualidade de vida vem para valorizar os parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Fleck et al., 1999). Considerando os aspectos abordados, esses autores apresentam pontos relevantes quanto a uma noção que busca a humanização deste conceito, dos avanços científicos e tecnológicos na área de saúde e bem-estar. Na realidade, não é

acrescentar quantidade (anos) às vidas dos indivíduos, mas acrescentar qualidade (vida) aos anos, numa perspectiva da qualidade do viver. É nessa ideia que consiste o princípio para humanizar a saúde e a qualidade de vida. Em outros termos, não basta aumentar a expectativa de vida, mas melhorar a qualidade dos anos vividos (Fleck et al., 1999).

Desta forma, qualidade de vida diz respeito efetivamente à maneira pela qual o indivíduo interage com sua individualidade e subjetividade com o mundo externo, portanto, à maneira como o indivíduo é influenciado e como influencia em suas condutas e comportamentos. Assim, o acesso a uma vida com qualidade é determinado por uma relação de equilíbrio entre forças internas e externas. Ao se buscar razões para medir a qualidade de vida se faz necessário avaliar o impacto de doenças crônicas sobre os indivíduos, a necessidade de se criar critérios mais subjetivos para medir a diferença de resultados entre os diversos eventos e alocar recursos de acordo com as necessidades existentes (Silva, Camargo e Padilha, 2012).

Finalizando esse tópico, pode-se considerar que tanto a percepção individual dos sujeitos, quanto às análises objetivas sobre qualidade de vida, desde um ponto de vista semântico sobre o construto, até possíveis aplicações diretas no real, não se pode ignorar o caráter de interdependência entre as duas esferas de percepção, objetiva e subjetiva, nem aspectos clínicos e sociais evitando-se que o indivíduo seja considerado um número ou índice de análise, bem como, depositar nele total responsabilidade pelo seu bem-estar.

3.2. PERCEPÇÕES OBJETIVAS DE QUALIDADE DE VIDA

Percebendo a face objetiva de qualidade de vida, referenciamos com a garantia e satisfação das necessidades básicas da vida humana como, fome e alimento, sede e acesso à água potável, e elementar como abrigo e proteção de uma habitação, segurança

financeira com o trabalho, saúde e lazer, com as possibilidades de consumo e utilização de bens materiais concretos, por isso, independe da interpretação do indivíduo frente a sua própria vida. (Minayo, 2010).

Se associada com instrumentos indicadores essa perspectiva é mais facilmente compreendida, uma vez que se verifica dados de acesso dos grupos sociais a materiais de consumo. Na qualidade de vida, os indicadores estão associados a três ordens de fatores: aquisição de bens materiais e avanços educacionais e condições de saúde, segundo Gonçalves e Vilarta (2004). Deste modo, a partir desses indicadores apresenta-se uma análise de generalização dos grupos em questão, faz-se uma comparação mais direta entre grupos separados pelo tempo ou por etnias diferentes, atribui-se uma classificação de grupos quanto a seus níveis de qualidade de vida. Por outro lado, como não considera as percepções individuais e especificidades culturais dos sujeitos e coletividades, a validade das comparações e índices apresentados se faz de forma política e culturalmente hegemônica em alguns momentos. Nesta leitura dos indicadores vê-se uma facilidade para obtenção de dados e a geração de índices gerais sobre as condições de qualidade de vida dos grupos analisados como observado por Almeida (2012).

O enfoque quantitativo apresenta-se como outro fator significativo, atuando sobre os dados e elementos analisados, se preocupa com a presença ou ausência de determinados elementos nos grupos e como se processa a intensidade dessas ocorrências. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), é um dos instrumentos possíveis, apresentando indicadores decisivos para essa análise, pois, além de considerar aspectos socioeconômicos, foca questões de saúde calculando a expectativa de vida ao nascer, e

taxas de mortalidade da população, interpretando a qualidade de vida a partir das condições sociais dos grupos em questão.

Destaca-se então, que a percepção de qualidade de vida do indivíduo está vinculada com as suas subjetividades e possibilidades de realização em sua vida, sendo essa esfera de percepção apontada como um processo significativo para o entendimento do construto.

3.3. PERCEPÇÕES SUBJETIVAS DE QUALIDADE DE VIDA

As ações individuais perante a própria vida do indivíduo revelam as suas percepções subjetivas, envolvendo as escolhas às expectativas que deseja quanto aos estados de sua qualidade de vida. O estilo de vida do indivíduo, que se representa pelos hábitos assimilados e adotados pela vida, os relacionamentos travados com o contexto familiar, profissional e social, desencadeiam elementos concorrentes ao bem-estar pessoal, refletindo as atitudes, valores pessoais, controle do estresse, alimentação equilibrada, bem como atividades físicas regulares que podem promover o cuidado preventivo com a saúde e o favorecimento das afiliações travadas em seus relacionamentos com os outros (Gonçalves, 2004). O amor, a felicidade, a solidariedade, a inserção social, e a realização pessoal, são valores que compõem essa esfera subjetiva, segundo Minayo et al. (2000).

Não obstante, numa perspectiva subjetiva de ações, se faz necessário considerar que as possibilidades individuais de percepção, conceituação e valorização dessas variáveis não mensuráveis objetivamente, devem ser consideradas uma vez que, são apresentadas pelos indivíduos de modo distinto, em diferentes momentos e etapas de suas vidas, englobando também, sentimentos e juízos de valor dos indivíduos. Cada sociedade estabelece culturalmente seu padrão de vida e isso direciona as formas de

expectativa e níveis de satisfação dos indivíduos que a compõem (Minayo et al., 2000). Essa percepção vai então, provocar influência sobre o que é e o que não é uma adequada e boa qualidade de vida.

As diferenças culturais entre grupos sociais, separados pela história ou por origens étnicas, estão associadas às diferenciações por classes sociais registradas numa mesma sociedade. A concepção do construto expressa pela multiculturalidade revela um ponto de tensão, principalmente, sobre instrumentos de quantificação, devido à relatividade de compreensão e a expectativa sobre o que é um bom nível de vida. Na esfera objetiva, os indicadores reagem com maior flexibilidade, pois têm maior facilidade em atuar com essas variações culturais (Almeida, 2012).

Ao relacionar os indicadores com qualidade de vida deve-se iniciar da premissa de que só é possível falar em qualidade de vida a partir da análise da percepção individual dos sujeitos sobre a própria vida. O simples questionamento pessoal pode se mostrar um critério vago, visto que depende de inúmeras variáveis que compõem a complexidade humana no momento das respostas. Nessa análise, os instrumentos indicadores avaliam as questões individuais de percepção bem como, a presença de bens materiais na vida desses indivíduos. Destaca-se que em sendo informado pelos indivíduos há maior veracidade nesses dados, uma vez que não partirá apenas das informações originadas pelos órgãos ou instituições, como na forma objetiva de análise. Os indicadores de natureza subjetiva respondem a como os indivíduos sentem ou o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da Qualidade de Vida (Minayo et al., 2000).

Destacamos como modelos de indicadores o questionário WHOQOL-100 e a versão simplificada desse instrumento o WHOQOL-*brief*. Este instrumento, (anexo 7) utilizado no presente estudo, desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde

(OMS), através de pesquisas em órgãos de saúde de diversos países, busca se adequar à transculturalidade do planeta, desenvolvido por Fleck, 2000. Busca promover uma avaliação conceitual a partir dos aspectos do estado funcional, de bem-estar e da condição de saúde geral dos sujeitos. Parte da premissa de que qualidade de vida é uma construção subjetiva, multidimensional e elencada por elementos positivos como mobilidade e negativos como a dor (Minayo, 2010).

Esses instrumentos, embora se constituam numa esfera própria de percepção, o olhar subjetivo se diferencia como a interpretação dos indivíduos sobre sua realidade, sendo, portanto, relativa a cada indivíduo e a sua carga cultural. Deriva das relações do indivíduo com o conjunto de análise de como os bens materiais provocam interferência sobre sua vida, sem deixar de considerar que estejam vinculadas às condições de vida das populações.

A partir da noção assumida pela qualidade de vida desde seu surgimento, observam-se limites de investigação na realidade brasileira, dado que as relações para sua existência e manutenção dependem de múltiplos fatores e requerem medidas de mensuração mais adequadas.

Ao lado disso, pensar indicadores psicossociais que expressem a representação de profissionais que atuam em contextos de saúde relacionados com sua qualidade de vida é sempre produtivo e pertinente, quando parece que o cuidado e a prevenção com a saúde ocupacional são ainda pouco vislumbrados. A influência que as crenças exercem sobre a ação dos grupos, nesse contexto, mostra-se como condições de racionalidade, focadas em sentimentos socialmente compartilhados que aquecem a ação grupal (Gonçalves, 2004). Importante também é não apenas investigar e discutir, mas, propor soluções para as questões aqui trabalhadas nesta tese, contribuindo assim de forma teórico- prática ao campo de estudo em questão.

3.4. QUALIDADE DE VIDA E DISCUSSÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE SAÚDE

A definição desse construto aplicada ao cenário das discussões contemporâneas apresenta-se, tanto de forma global, enfatizando a satisfação geral com a vida, como dividida em dimensões, que, em conjunto, apontam uma aproximação do conceito geral. Os estudos sobre qualidade de vida podem ser classificados em quatro abordagens gerais: econômica, biomédica, psicológica e geral (Minayo et al., 2000).

A abordagem socioeconômica apresenta os indicadores sociais, já as abordagens médicas tratam principalmente da questão de oferecer melhorias nas condições de vida dos enfermos (Minayo et al., 2000). Qualidade de vida relacionada à saúde (*healthrelated quality of life*) e estado subjetivo e saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente.

As reações subjetivas de um indivíduo com as suas vivências, se pautam na abordagem psicológica que busca indicadores que tratam dessas reações, dependendo, sobremaneira da experiência efetiva da pessoa cuja qualidade de vida está sendo avaliada e indica como os indivíduos percebem suas próprias vidas, felicidade, satisfação. As abordagens gerais baseiam-se na premissa que o conceito de qualidade de vida é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica das suas dimensões, difere de indivíduo para indivíduo em sintonia com seu ambiente e contexto de trabalho, e, mesmo, entre dois profissionais que exercem uma mesma atividade no seu espaço de atuação profissional (Gutierrez & Almeida, 2006).

A qualidade de vida em sua análise aborda uma representação social estruturada a partir de parâmetros subjetivos como destacados anteriormente, bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal, cujas referências são a satisfação das necessidades

básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade. Os parâmetros de análise mais complexos ficam vinculados à ideia do ser, pertencer e transformar. Na perspectiva das representações sociais, como será abordada no capítulo seguinte, a pertença grupal fala de um lugar onde as percepções estão vinculadas aos indivíduos que fazem parte desse contexto de comunicação. Desse modo, o pertencer remete às ligações que a pessoa possui frente as escolhas, assim como da participação de grupos, seu estado de inclusão social. De outra parte, o transformar remete à prática de atividades, oportunidade de desenvolvimento das habilidades em variados campos de atuação (Gutierrez & Almeida, 2006). Esses componentes apresentam uma organização dinâmica entre si, tanto o indivíduo como o ambiente, assim como as oportunidades e os obstáculos.

Estudar as representações sociais de profissionais de saúde acerca da qualidade de vida favorece a compreensão de como emerge a sua multidimensionalidade por parte desses profissionais, diz respeito a desenvolver hábitos saudáveis, enfrentamento das tensões cotidianas, consciência dos impactos originários do ambiente, desenvolvimento permanente do equilíbrio interior e na relação com os outros.

No estudo da qualidade de vida, pelos menos duas realidades devem ser consideradas, a realidade do trabalho e a vida social e familiar. O trabalho faz parte da vida do indivíduo, considerado como fonte de subsistência do seu grupo social, e como realização pessoal. O trabalho compreende como ação humana social a capacidade do indivíduo produzir o meio em que vive, bem como a si mesmo. No processo de interação com a natureza, mediado pelos instrumentos fabricados, o indivíduo ao mesmo tempo em que modifica a natureza, também é modificado por ela (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005).

Assim, no contexto da vida e da qualidade de vida das pessoas, o momento do trabalho é tão importante, que precisa ser valorizado e compreendido. Além disso, nos últimos anos, as inovações tecnológicas e organizacionais nas instituições de saúde, vêm causando importantes mudanças, sejam na produção, sejam na sociedade como um todo, com repercussões significativas. No campo de atuação dos profissionais que atuam em instituições de saúde, as pesquisas em relação à qualidade de vida são restritas, principalmente quando relacionam as categorias de enfermagem, médicos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, com a dos colaboradores das áreas administrativas que juntos fazem um hospital funcionar, e os estudos realizados trazem abordagens variadas, dificultando a comparação de seus resultados.

A qualidade de vida restrita ao ambiente de trabalho envolve aspectos que se relacionam com o significado do trabalho para o profissional, as condições de trabalho, a segurança e os riscos envolvidos, as consequências frente às decisões, à percepção que se tem de remuneração e recompensa, possibilidades de crescimento e desenvolvimento profissional, a forma de tratamento recebida, as relações interpessoais, abertura para agir com criatividade e inovação. Essas condições de trabalho têm implicações efetivas na saúde e na qualidade de vida dos profissionais (Zanelli, 2007).

Se aceita, portanto, que a qualidade de vida possui propriedades que a explicam através de fatores relacionados à multifatorialidade, que depende de várias dimensões é, ainda, uma variável baseada na percepção pessoal, podendo variar com o tempo, a situação e o contexto, e, é subjetiva uma vez que se baseia em aspectos imaturos oferecendo ao indivíduo a possibilidade de viver de maneira que se sintam bem. Fica evidente e claro, que definir qualidade de vida torna-se uma tarefa complexa, estudar esse construto gera opções múltiplas, infundáveis, uma vez que está associada estritamente ao indivíduo em ação, com a forma de vida que desenvolve, com todas as

limitações existentes e impostas, o construto também, se estabelece pelo dinamismo das transformações globais influenciando novas representações nos indivíduos e nos grupos.

Como apresenta Minayo (2000) a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico onde apresenta três lados: o primeiro relacionado a modo, condições e estilos de vida; o segundo inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, o terceiro relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Quanto à saúde, essas noções se unem em uma resultante social que se origina da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece para si.

O entendimento proposto pelo tema investigado nesta tese é de fundamental importância, uma vez que apesar das dificuldades conceituais, acerca da qualidade de vida, fica posto que seja um conceito interdisciplinar. Aprender as representações sociais desses profissionais envolvidos com contextos hospitalares da qualidade de vida frente a suas práticas profissionais oferece condições para apresentar novas possibilidades e estratégias organizacionais que viabilizam políticas internas para melhorias das condições de trabalho. Esse é um grande desafio para mobilizar novas pesquisas.

3.5. QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO HOSPITALAR

O contexto de trabalho se apresenta como o lugar material, organizacional e social, onde são desenvolvidas as atividades de trabalho e as estratégias que envolvem as perspectivas individuais e coletivas de mediação, utilizadas pelos profissionais na interação com a realidade laboral (Mendes & Ferreira, 2008).

Se nos debruçarmos sobre o contexto de trabalho vamos compreender como o profissional percebe a organização, as condições de trabalho e as relações sócio-

profissionais que estão presentes em seu espaço ocupacional. Essa compreensão de como o indivíduo percebe o seu contexto de trabalho é essencial uma vez que possibilita analisar efetivamente fatores que podem influenciar em um baixo nível de qualidade de vida, satisfação no trabalho, em decorrência de um adequado desempenho individual, grupal e organizacional.

O ambiente hospitalar pode constituir um importante estressor para os profissionais devido aos possíveis sofrimentos vivenciados nesse local, considerando às condições de trabalho, às demandas requeridas pela necessidade de atender e dar assistência, bem como pela responsabilidade que é inerente às exigências do trabalho. Salienta-se que, ao mesmo tempo, esse ambiente subdivide-se em unidades e setores, as quais se caracterizam distintamente, o que pode influenciar diretamente o trabalho e a percepção do profissional (Borine, Assis, Lopes & Santini, 2012).

O desenvolvimento das atividades laborais no campo da saúde tem sido apontado como um dos mais altos índices para desencadeamento do fenômeno que dificulta a qualidade de vida. Entre as funções que envolvem a estrutura hospitalar se destaca a enfermagem que aparece como a profissão considerada mais estressante. Sobre os riscos ocupacionais que fazem parte da estrutura dessa ocupação destacam-se os fatores intrínsecos ao trabalho, as relações funcionais, e o papel desempenhado pela equipe. Contribuem, ainda, o elevado grau de responsabilidade na atenção e no cuidado da vida do usuário, bem como o constante contato com situações de sofrimento, morte e outras questões que afetam a estrutura emocional do profissional de enfermagem (Dantas & Santos, 2012).

O trabalho na vida das pessoas ocupa um papel central e decisivo, desencadeando-se como fator relevante na formação da identidade e na inserção social. Em seu papel na sociedade, vislumbrando a contextualização histórica do trabalho, o

mesmo sofreu intensas transformações. Nesse contexto, o capitalismo passa a ser reconhecido como um grande marco para estas transformações. Historicamente, o trabalho caracterizava-se por atividades pesadas, repetitivas e monótonas. Nas atuais concepções de trabalho houve reestruturações das condições materiais e sociais das organizações, como também em aspectos socioeconômicos que se integram ao dinamismo do mercado de trabalho (Borges & Yamamoto, 2004).

Novas tecnologias de produção, revolução nos meios de comunicação e surgimento de novos estilos de gestão que se volta para a necessidade de desempenho organizacional integrado, exigem que os profissionais desenvolvam competência interpessoal no trabalho e cada vez mais suas funções e habilidades se tornem mais complexas. Sendo assim, a eficiência das relações interpessoais e a qualidade de vida do profissional torna-se um critério indispensável à realização das tarefas, uma vez que o trabalho exerce um papel fundamental na vida do indivíduo, pois, passa a maior parte do tempo desenvolvendo atribuições de seu trabalho.

É preciso considerar o trabalho como objeto de estudo necessário para se compreender o fenômeno da qualidade de vida. Pois, através do trabalho, são construídas as relações e a formação da subjetividade do sujeito por meio das diversas práticas das organizações e das relações interpessoais no trabalho. As condições de trabalho, bem como as relações entre os profissionais, influenciam diretamente a qualidade de vida, sendo esta uma perspectiva estratégica para a sobrevivência e desenvolvimento futuro nas instituições hospitalares (Bastos & Zanelli, 2004).

Assim, as relações pessoais decorrentes do trabalho deveriam ter um valor afetivo bastante relevante. Entretanto, as relações de companheirismo e de amizade no trabalho são difíceis por serem em sua maioria momentâneas, imediatas competitivas e

os vínculos não se estabelecer, uma vez que diante de mudanças rompem-se os laços (Heloani & Capitão, 2003).

A qualidade de vida apresenta-se, frequentemente nos campos de atuação ligados a saúde, que envolvem contextos hospitalares como espaço de atuação e inter-relação. Tem como foco verificar indicadores que se mostram presentes em vários setores que qualificam a estrutura hospitalar e como esses indicadores sofrem intervenções através das políticas organizacionais e de saúde, aliadas as estratégias que estejam relacionadas com o modelo de gestão adotado pelo hospital.

Buscar a qualidade de vida tem sido uma meta dos profissionais, uma preocupação humana desde o início de sua existência. Voltada para facilitar e promover a satisfação e o bem-estar do profissional na execução de suas atividades, a qualidade de vida associa as características intrínsecas às tecnológicas, exigências efetivas para o desenvolvimento de competências, que introduzidas no campo do trabalho geram impactos, ora aliado a fatores econômicos de manutenção e sobrevivência das instituições hospitalares, ora ligados à saúde física, mental e à segurança dos profissionais.

Dessas conduções assertivas, defende-se que dos aspectos que buscam explicar a qualidade de vida, um deles é o controle. Este aspecto envolve a autonomia e o poder que o profissional tem sobre seus processos de trabalho. O segundo, a recompensa, liga as funções autorregulatórias, como a autoestima e a autoeficácia, além da estrutura de oportunidade que surge no social (Guimarães & Grubits, 2004).

Todo indivíduo se insere e faz parte da estrutura social, principalmente por meio do trabalho e como ele se representa em sua vida, em função do lugar, do seu espaço de ocupação laboral, no desenvolvimento de suas atividades diárias e produtivas. Esse lugar que se caracteriza por um nível de ingresso na organização leva a um *status* social

que aliado a outros fatores constituem um espaço importante onde às relações interpessoais se desenvolvem, tornando-se fonte principal de possibilidades e alcance de expectativas de realização de cada indivíduo. O trabalho é um espaço de socialização e de definição da identidade de maior relevância na vida dos indivíduos (Mendes, Borges & Ferreira, 2008).

Sendo o trabalho um lugar privilegiado de socialização como ele influencia o nível de qualidade de vida? Variados fatores compõem essa explicação, uma vez que a saúde se configura por forças sociais complexas aliadas a condutas políticas e econômicas que dependem não só dos aspectos biológicos, mas ainda do contexto sociocultural e do balanceamento do poder econômico entre os indivíduos (Marks, Murray, Evans & Willig, 2000).

Faz-se necessário, portanto, observar esses aspectos que são essenciais à interação humana, buscando-se aguçar o significado dos indivíduos nos contextos de trabalho, a partir das formas como eles processam e desenvolvem sua relação na interação com os outros, com os colegas, com os pacientes, com os cuidadores, com os gestores, entre outros, e no contexto concreto e determinante do seu exercício profissional. A relevância dos processos psicossociais, nas organizações e no trabalho, vem sendo acentuada na literatura científica internacional e nas intervenções práticas dos profissionais preocupados com a saúde, a qualidade de vida e o estresse no atual mundo do trabalho.

Uma nova realidade social vem se desenhando, e se processa através de fatores relacionados com aumento da expectativa de vida, mais tempo trabalhando em atividades produtivas, maior consciência do direito à saúde, apelos a novos hábitos e estilos comportamentais, desencadeiam a perspectiva da responsabilidade social e consolidação do comprometimento no trabalho (Zanelli, 2010). No mundo do trabalho,

com crescente frequência, ocorre o alinhamento das questões institucionais e da dimensão humana. Nesses casos utiliza-se a compreensão da qualidade de vida do profissional em seu contexto de trabalho, aumentando-se a possibilidade de viver melhor na instituição. A compreensão desse processo de construção de uma forma de administrar a qualidade de vida e o bem-estar é reforçada por evidências e sinais das instituições, do mercado, dos tipos de trabalho e do estilo de vida individual.

A atividade de trabalho numa dimensão social se constitui como o principal regulador da organização da vida humana. O trabalho é um elemento chave na formação da coletividade e, portanto, dos valores que tais coletividades difundem. Os agrupamentos humanos são organizados em função das práticas profissionais exercidas nas instituições, e os profissionais articulam-se em suas atividades através de sistemas de horários, relacionamentos interpessoais entre outros. É o trabalho um dos meios de necessidade e sobrevivência do indivíduo, nele as pessoas passam a maior parte de seu dia, por isso, a necessidade e importância de ter suas funções e objetivos pessoais e profissionais bem definidos e traçados. Por meio do trabalho o indivíduo pode se realizar e autorealizar-se, desenvolver sua capacidade criativa e manter relacionamentos interpessoais mais significativos.

Trazer a discussão à importância desse fenômeno no âmbito do trabalho e suas consequências sobre a qualidade de vida e saúde do profissional requer a análise do contexto em que as organizações atuais se movimentam. Sem dúvida, as organizações de hoje atuam em um ambiente de mudanças econômicas, políticas, sociais, tecnológicas, contínuas a que têm afetado substancialmente a forma tradicional de fazer parte do mundo. Frente a estas mudanças, tem sido exigido dos profissionais que desenvolvam uma capacidade de adaptação contínua às crescentes e variadas demandas desse meio em mutação (Mendes, Borges & Ferreira, 2008).

De forma mais intensa, percebemos que essas circunstâncias refletem nos ambientes sociais e nas relações de trabalho. A ação humana desenvolvida num contexto social caracterizado por trabalho está em constante interação recebendo influência de vários procedimentos e fontes, que denota uma ação recíproca que se estabelece entre o que o profissional faz e os meios pelos quais utiliza para concretização de suas atividades laborais.

Os fatores organizacionais que mais colaboram para afetar a qualidade de vida podem estar relacionados com a sobrecarga de trabalho, falta de estímulos, alterações de sono, a falta de perspectivas, necessidades de mudança pessoais e organizacionais. Se considerarmos que esses fatores são demandadores de um envolvimento maior entre profissional e paciente, é fundamental que nesse ambiente de trabalho fatores relacionados à maior integração, ambiente mais agradável com melhores condições estruturais se façam presentes, bem como, pessoas motivadas e comprometidas oportunizariam princípios para o alcance de mecanismos e formas estratégicas de modelos de gestão visando desenvolver e favorecer a qualidade de vida, nas ações de prestação de serviço e assistência social (Pizzoli, 2005).

Os contextos hospitalares se caracterizam como uma organização que tem objetivos definidos, cargos e funções que se efetivam no cumprimento dos processos de trabalho, numa gestão administrativa, financeira e comercial, que juntas integram o seu campo de funcionamento. Aliado a esses fatores estruturais, conta com a participação ativa dos profissionais que fazem a organização funcional dentro de um clima organizacional projetado pelas condutas de valores que emergem dessas relações. Os profissionais têm como princípio produtivo, prevenir, cuidar, manter, intervir ou recuperar a saúde dos pacientes (Lipp, 2008).

A equipe técnica formada pelos enfermeiros, médicos, assistentes sociais,

psicólogos e nutricionistas, está submetida, muitas vezes, a situações de tensão e conflito, geradoras de condições negativas e impeditivas frente à vida. A equipe que constitui a área administrativa integra os processos de desenvolvimento das atividades, uma vez que o hospital tem uma organização singular, onde sua concepção e a gestão estrutural e organizacional dos processos de trabalho apresentam-se envolvidos. O contexto hospitalar tem concretude coletiva pelo modo de ser e das escolhas sobre o sistema de saúde de quer atuar. Os tipos de serviços a serem prestados são definidos a partir de sua missão, incorrendo em técnicas e procedimentos para o ato de cuidar.

A dinâmica da organização hospitalar se divide em dois conjuntos de atividades distintas e interdependentes, formada por esses profissionais que atuam diretamente ligados ao cuidar, e os profissionais envolvidos em atividades indiretas que aplicam seus conhecimentos no manejo das atividades administrativas.

O hospital, portanto, é um contexto que envolve situações e expectativas diversificadas resultante de fracassos ou vitórias, fatores produtivos ou limitadores, colaborando para a compreensão do papel dos profissionais de saúde que deve estar calcado em um processo de planejamento que segue os procedimentos que integram a assistência e o cuidado adequado com o paciente. Para que se efetive esse processo, e se garanta que o desempenho do trabalho seja uma fonte de satisfação, deve-se estar voltado para o atendimento das diversas necessidades humanas como a auto-realização, a manutenção de relações interpessoais e a sobrevivência, como estruturas que contribuem para a qualidade de vida dos profissionais que atuam em contextos hospitalares.

Os estudos das representações sociais têm tido papel importante na área da saúde uma vez que se preocupa com a subjetividade do cotidiano e com as relações que a permeiam. As representações sociais permitem expor as concepções individuais, do grupo e de sua relação com o mundo social. Uma representação social é uma forma de saber prático, relacionando um sujeito a um objeto. É a representação de um objeto e de um sujeito, e uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social (Jodelet, 2009).

O crescente desenvolvimento de trabalhos científicos em diversas áreas com a aplicação do conceito das Representações Sociais (RS) estimula principalmente para que sejam desenvolvidos em espaços de saúde e saúde coletiva. A aplicação do conceito tem sido utilizada como referencial teórico metodológico no que se refere à compreensão da realidade, integrando aspectos explícitos e implícitos do comportamento dos indivíduos.

Uma representação é considerada uma representação social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos, no sentido em que é coletivamente produzida como resultado de atividade cognitiva e simbólica, por um grupo social, e pela funcionalidade. Tais representações são teorias sociais práticas, são uns saberes práticos, são os organizadores das relações simbólicas entre os atores sociais (Silva, Sampaio, Cabral, Augusto & Mancini, 2007). Como a representação é partilhada por um grupo de indivíduos, a comunicação entre eles é facilitada, as formas de conhecimento se manifestam como elementos cognitivos, sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de um senso comum.

4.1. DIMENSÕES TEÓRICAS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Considerada por Sá (1998) como a *grande teoria*, a Teoria das Representações Sociais (TRS) e suas proposições básicas, oriundas de Moscovici, estão desdobradas em três correntes teórico-metodológicas complementares. Inicia-se com os estudos capitaneados por Denise Jodelet, em Paris, na França, que corresponde à utilização de métodos qualitativos, com predominância para o uso da observação de campo e da entrevista em profundidade. A segunda corrente teórica, estruturada por Jean-Claude Abric, em Aix-en-Provence, originário na França, destaca a dimensão cognitivo-estrutural, empregando uma metodologia experimental, com a coleta de palavras por meio da associação livre e do tratamento de dados por programas computacionais. E, Willem Doise, em Genebra, na Suíça, responsável pela terceira corrente, procura articular a teoria moscoviciano a partir de uma perspectiva mais sociológica, que emprega os tratamentos estatísticos correlacionais, com a aplicação de questionários a um grande número de participantes (Saraiva, 2010).

Na perspectiva de Moscovici (2010), a teoria das representações sociais caracterizada pela presença do imaginário e da linguagem, é considerada uma teoria da psicologia social na esfera da tradição europeia, está marcada pela presença de discussões ideológicas, que garantem a prevalência do social, e pelos processos que explicam a dinâmica intergrupos.

No tocante a esta pesquisa, o grupo estudado foi constituído por profissionais que atuam em contextos hospitalares desenvolvendo suas atividades laborais em espaços insalubres que comprometem sua qualidade de vida, deslocando o centro desse processo para identificar os estressores organizacionais que se fazem presentes na realização de suas atividades. Dessa forma, os fenômenos estresse ocupacional e a

qualidade de vida desses profissionais, ancorados na teoria das representações sociais, tornou-se importante e significativo oferecendo suporte para a compreensão dos fenômenos que estão apoiados em sintomas físicos que prejudicam o desempenho e as atividades diárias do indivíduo, gerando desconfortos, cansaço e diminuindo seu ritmo e capacidade de manter uma vida equilibrada e saudável. Moscovici (2012) define como premissa que o objeto a ser representado encontra-se na interseção indivisível do individual e do social, com o pensamento social em sua dinâmica e em sua diversidade.

Guareschi (1996) apresenta os elementos ligados ao conceito de Representação Social: 1) é um conceito dinâmico e explicativo, tanto da realidade social, como física e cultural, possui uma dimensão histórica e transformadora; 2) reúnem aspectos culturais, cognitivos e valorativos; 3) estão presentes nos meios e nas mentes, isto é, ele se constitui numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos; é um conceito relacional, e por isso mesmo social.

Na perspectiva apresentada por Jodelet (2001), há quatro características fundamentais no ato de representar: 1) a representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito); 2) a representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações); 3) a representação será apresentada como uma forma de saber: de modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais, ela é uma forma de conhecimento; 4) qualificar esse saber de prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro.

Nessa direção Jodelet (2001) vai sinalizar, que a teoria das representações sociais vai discutir os aspectos da produção dos saberes sociais, dedicando-se na

análise da construção e transformação do conhecimento social. Saber aqui se refere a qualquer saber produzido no cotidiano e que pertence ao mundo social (Guareschi & Jovchelovitch, 2008).

As representações sociais se encontram na interface do psicológico com o social e, como elaborações coletivas, socialmente elaboradas e partilhadas, organizam-se a partir das informações que os sujeitos adquirem e agregam aos seus próprios conhecimentos, articulando-as às suas experiências práticas do cotidiano, transformado em um processo de apreensão permanente de saberes e de modelos sociais (Jodelet, 2009).

A teoria das representações sociais trata de operacionalizar o pensamento social em sua dinâmica e sua diversidade. Parte do pressuposto de que existe forma de conhecer e de se comunicar guiada por objetivos diferentes, formas que são móveis. Moscovici (2012) define duas delas, a consensual e a científica, cada uma originando seu próprio universo.

A sociedade é vista como uma criação visível, na forma consensual, contínua, permeada com sentido e finalidade, denotando uma voz humana, que se constitui essencialmente na conversão informal e na vida cotidiana. A sociedade é transformada em um sistema de instituições sólidas, básicas invariáveis, indiferentes à individualidade e não possui identidade, é como se porta na forma científica.

Segundo Arruda (2002):

O Universo consensual – [...] Aquele que se constitui principalmente na conversação informal, na vida cotidiana. As Representações Sociais constroem-se mais frequentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques. As sociedades – são representadas por grupos de iguais, todos podem falar com a mesma competência. O Representação Social é um senso comum, acessível a todos. O Universo reificado (ou científico) se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. A sociedade é de especialistas onde há divisão de áreas de competência. Aqui é a Ciência que retrata a realidade independente de nossa consciência; estilo e estrutura fria e abstrata (p. 130)

Moscovici (2003), afirma então, que em um universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são livres e iguais, enquanto num universo reificado a sociedade é percebida como um sistema de diferentes papéis e classes, como o que ocorre nos contextos hospitalares cujos profissionais são desiguais em seus desempenhos. Essas percepções criam o contraste entre esses universos, gerando um impacto psicológico, esses limites entre eles provocam divisão da realidade coletiva existente nesses contextos de trabalho.

Dessa forma, Moscovici (2010), destaca que as representações sociais se constroem numa conduta mais consensual, mesmo que seus estudos pautados nos moldes científicos tragam códigos decifráveis no que qualifica às dinâmicas internas e externas dos grupos. Os indivíduos estejam onde estiverem, verificam, analisam, constroem percepções espontâneas, não oficiais, que são geradoras de um impacto efetivo no manuseio de suas relações sociais constituindo processos que alimentam o pensamento.

As representações apresentam duas funções, conforme descreve Moscovici (2004):

- 1) Elas ‘convencionalizam’ os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as põem como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e se sintetizam nele. Mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adequam exatamente ao modelo, nós o forçamos a assumir determinada forma, entrar em determinada categoria, na realidade, a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser nem compreendido, nem decodificado. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura; 2) Representações são ‘prescritivas’, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado (p. 34).

Para compreender melhor esse processo, Moscovici (2004), que envolve o fenômeno de algumas representações sociais, se faz necessário perguntar: Por que criamos essas representações? A resposta é que a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar. Dessa forma, toda representação emerge da necessidade de transformar o que é estranho, o que não é compreendido, em algo familiar. Ele considera que os universos consensuais são universos familiares nos quais as pessoas querem ficar, uma vez que não há conflito. Nesse universo, tudo o que é dito ou feito, confirma as crenças e as interpretações adquiridas. A dinâmica das relações, quase sempre, é uma dinâmica de familiarização em que os objetos, pessoas e acontecimentos são compreendidos previamente.

O não familiar vai falar das ideias ou as ações que nos incomodam e são causadores de tensão. Essa tensão entre o familiar e o não familiar é sempre situada em nossos universos consensuais, em favor do primeiro. Contudo, o que nos é incomum, não familiar é assimilado e pode modificar nossas crenças. Esse é o processo de rerepresentar o novo (Moscovici, 2004).

Para Abric (2000) essas representações têm um papel fundamental na dinâmica das relações e nas práticas sociais e respondem a quatro funções que as sustentam:

- 1) Função de saber: as RS permitem compreender e explicar a realidade. Elas permitem que os atores sociais adquiram os saberes práticos do senso comum em um quadro assimilável e compreensível, coerente com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais eles aderem.
- 2) Função identitária: as RS definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos. As representações têm por função situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal

gratificante, compatível com o sistema de normas e de valores socialmente e historicamente determinados.

3) Função de orientação: as RS guiam os comportamentos e as práticas. A representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social.

4) Função justificadora: por essa função as representações permitem, a *posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As representações têm por função preservar e justificar a diferenciação social, e elas podem estereotipar as relações.

Retomando a Jodelet (2009) as representações sociais partindo-se da perspectiva dimensional, são modalidades de conhecimento prático norteadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivem os indivíduos e grupos. Mostram-se como formas de conhecimento que se expressam como elementos cognitivos, através de imagens, categorias, conceitos e teorias, não se reduzido, contudo, aos componentes cognitivos.

Em sendo, as representações sociais, socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que favorece a comunicação (Ribeiro, Oliveira, Coutinho & Araújo, 2007). Frente a essa exposição, as representações são essencialmente fenômenos sociais que mesmo originando-se de seu conteúdo cognitivo, devem ser compreendidas mediante seu contexto de produção, bem como a partir das funções simbólicas e ideológicas a quem servem e das maneiras de comunicação onde circundam.

Para Moscovici (2010) uma representação é social na medida em que contribui para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais

coletivas. Ao romper com o modelo tradicional de conhecimento da psicologia, Moscovici, provoca um grande debate relacionado às dimensões individuais e coletivas do conhecimento social e da relação entre sujeito e objeto em seu processo de construção da realidade social. Denota compreender a realidade como produto e produtora de dinâmicas sociais e psicológicas, é pensar um sujeito ativo.

O sujeito das representações sociais se constitui no contexto social, nas relações que estabelece com os outros mediante um contexto de ação e ainda, em um momento histórico. As representações sociais possuem estabilidade variada devido à fluidez da comunicação atual, modificando suas configurações de conteúdo e estrutura continuamente (Wachelke & Camargo, 2008). Assim, a comunicação social determina a formação do processo representacional estruturado em três níveis: cognitivo, formação da representação social e edificação das condutas.

A formação da representação social ainda depende de dois processos o de objetivação e a ancoragem que correspondem à materialização das abstrações, ou seja, à transformação em objeto do que é representado, e a compreensão da maneira pela qual o desconhecido ou novo é incorporado às relações sociais, tornando familiar o que era estranho (Nóbrega, 2001).

De acordo com a teoria das representações sociais, a objetivação é o processo pelo qual o indivíduo reabsorve um excesso de significações, materializando-as, ou seja, é um processo de construção formal de um conhecimento, pelo indivíduo. São componentes desse processo a seleção e descontextualização, a formação do núcleo figurativo e a naturalização (Jodelet, 2009).

O componente, seleção e descontextualização, se caracterizam por ser um fenômeno que se dá em função de critérios culturais, considerando que em uma sociedade nem todas as pessoas, e nem todos os grupos têm a mesma condição de

acesso às informações. Dessa forma, as informações são apreendidas pelas pessoas de forma fragmentada, distorcida da sua origem, mas acessível ao conhecimento popular (Jodelet, 2009).

O segundo, núcleo figurativo, está integrado ao processo psíquico interno meio pelo qual o indivíduo procura apropriar um fato, objeto e ou conhecimento novo, em algo familiar adequado com o referencial que já faz parte de seu contexto e é trazido por ele, e para isso, forja uma visão do objeto que seja coerente com sua visão de mundo.

O terceiro componente, naturalização, que decorre da formação do núcleo figurativo, permite ao indivíduo materializar os elementos declarado pelas ciências em elementos que se aproximam de sua realidade de senso-comum. Naturalizando, portanto, os esquemas conceituais, o indivíduo dota-os de uma realidade própria, dando significado próprio, baseados com as suas capacidades de compreensão, leitura e interpretação, bem como evitando que aja contradição que venha a enfraquecer a sua base de representações sociais já consolidadas.

O corpus, então, de conhecimento elaborado no seio das representações sociais nega o conflito cognitivo e, para isso, lança mão de uma estrutura psíquica que evoca elementos mais arraigados na cultura, na tradição, ou seja, a representação social é uma atividade de reestruturação cognitiva do indivíduo, através da qual, ele explica e justifica a identidade que forjou de si mesmo para ser aceito em um grupo ou para justificar a sua não inserção em um dado grupo (Costa & Almeida, 2007).

É, portanto, uma construção formal do conhecimento, a objetivação orienta as percepções e os julgamentos do indivíduo em uma realidade socialmente construída. Porém, a objetivação não garante a inserção orgânica desse conhecimento segundo Jodelet (2009). É o processo de ancoragem, em relação dialética com a objetivação, que vai garanti-lo, fazendo uso de três funções basilares da representação da realidade, que

se articulam, são elas: função cognitiva de integração da novidade, função de interpretação da realidade e função de orientação das condutas e das relações sociais.

O processo de ancoragem se decompõe, ainda, em diferentes modalidades. A ancoragem, como consignação de sentido, está relacionada ao jogo de significações externas que incidem sobre as relações estabelecidas entre os diferentes elementos da representação. Isso porque os conteúdos de uma representação estão vinculados à significação que um dado objeto, fato, fenômeno ou ideia tem para determinados grupos sociais. Daí que a um mesmo objeto se inscrevem diferentes perspectivas, integrando diferentes sistemas de valores ou de contravalores, dependendo da inserção social e cultural dos indivíduos.

Já a ancoragem, como instrumento do saber, é uma modalidade que permite compreender como os elementos da representação não só exprimem relações sociais, mas, também contribuem para construí-las. Isso porque, a representação forjada no grupo acaba servindo a seus agentes como instrumento referencial que permite comunicar e influenciar aqueles que compartilham de seu grupo, tornando os elementos da representação social chaves de leitura, generalização e teoria de referência para compreender a realidade daquele grupo.

É a explicitação da ligação existente entre a objetivação e a ancoragem que nos permite compreender determinados comportamentos, pois o núcleo figurativo da representação depende da relação que o sujeito mantém com o objeto e da finalidade da situação. Assim, no interior de uma comunidade, de acordo com suas experiências e tradição, a veiculação das concepções acerca de objetos da realidade se torna tão intrínseca em todos os seus membros que os sujeitos são levados a se comportarem, diante de determinados objetos, segundo as representações atribuídas pelo grupo àquele objeto.

Outra característica decorrente da relação entre ancoragem e objetivação, apontada nos estudos realizados por Jodelet (2009), é o fato de que ao materializar mentalmente um objeto, na forma de representação social, esse se cristaliza e é traduzido em operações de pensamento e ação na interação cotidiana com o mundo. Entretanto, é preciso considerar que o fato das representações sociais terem origem nas condições sócio estrutural e sócio-dinâmica de um grupo, não impede que os indivíduos deem a essas representações um toque singular, uma vez que cada um está sujeito a experiências particulares, embora faça parte de um mesmo grupo social, o que, por sua vez, possibilita percepções e apreensões diferenciadas de um objeto, em relação a outros indivíduos de seu grupo.

Sendo assim, cada indivíduo vai formando um sistema de pensamento diferenciado e, ao mesmo tempo, coerente com o sistema de pensamento do grupo ao qual pertence. Esse sistema de pensamento é utilizado, tanto pelo indivíduo como pelo grupo, como referência para a interação positiva, ou negativa, de um novo objeto. A representação social não se inscreve numa tabula rasa, ou seja, há sempre um sistema de representação antigo, algo já pensado, latente ou manifesto, que em contato com outros sistemas de pensamento sofre seus efeitos mudando seu conteúdo e suas percepções.

É a ancoragem, portanto, que assegura o elo entre a função cognitiva de base da representação e a sua função social, bem como fornece à objetivação os elementos imaginativos para servir na elaboração de novas representações. Estas considerações sobre as representações sociais permitem perceber que, embora uma representação se construa em torno de objetos precisos, reais ou imaginários, ela não pode ser apreendida no isolamento ou na dicotomia entre o que se pretende captar e analisar e o viver concreto dos sujeitos. Os discursos dos grupos sociais sobre o objeto de estudo das representações sociais estão organizados de maneira muito diversa, segundo as classes,

as culturas e os grupos e são assim constituídos tantos universos de opinião, quantas são as classes, culturas ou grupos existentes (Moscovici, 2012).

Considerando a abordagem dimensiona moscoviciana, são sistematizadas três dimensões básicas, a informação, o campo da representação ou imagem, e a atitude. A informação corresponde à organização do conhecimento de um determinado grupo frente a um objeto social, variando conforme a quantidade e a qualidade desse conhecimento. Está relacionada com a organização dos conhecimentos que um grupo de pertença possui a respeito de um objeto social, a partir de um saber consistente e permite realizar uma discriminação precisa entre os níveis de conhecimento. Os níveis de conhecimento correspondem a certa quantidade de informação que circula socialmente entre informantes ou participantes de um grupo social, que variam dos mais aos menos informados (Moscovici, 2010).

O campo de representação leva-nos à ideia de imagem, de modelo social, de como é processada pelo conteúdo concreto e limitada das proposições relativas a um aspecto do objeto das representações. A existência de um campo representacional pressupõe a ocorrência de uma unidade hierarquizada de elementos que orientam a formação dos juízos e das afirmações sobre o objeto representacional.

A atitude, a dimensão mais frequente de uma representação social destaca a orientação do comportamento global do indivíduo ou grupo de pertença, em relação ao objeto representacional., sendo ela que dinamiza e orienta efetivamente as condutas relacionadas ao objeto representado. As pessoas se posicionam favoráveis ou desfavoráveis frente ao novo elemento a ser categorizado e nomeado, sendo ainda possível a identificação de atitudes intermediárias. Esta concepção leva à teorização de que uma pessoa se informa e representa alguma coisa unicamente depois de ter adotado uma posição e em função da posição tomada (Saraiva, 2010).

Nesse sentido, é possível verificar que as representações sociais são constituídas por processos sociocognitivos, que se refletem nas interações sociais, o que significa dizer que elas têm implicações na vida diária, isto é, as condutas de comportamento adotadas por um grupo de pertença acometido de uma problemática são resultantes da maneira como eles a representam socialmente e do significado que essa problemática adquire em suas vidas.

Nessa direção, acessar as representações sociais do estresse ocupacional e da qualidade de vida é tentar compreender as maneiras que os profissionais utilizam para criar, transformar e interpretar esses fenômenos vinculados à sua realidade. Bem como, buscar conhecer seus sentimentos, percepções e pensamentos, experiências vividas através do contato com crenças, atitudes, informações e valores referenciais apresentadas nas várias modalidades de comunicação estabelecida a partir da classe social, profissional espaço de ocupação laboral a que pertence.

Fazer uso de expressões armazenadas em estoques linguísticos ou fórmulas de interação social denotam estilos intelectivos, adicionados das afinidades e símbolos próprios de uma construção de senso comum assentada nos processos de comunicação social e trama social. Os componentes sociais que norteiam o campo da representação social se estabelecem em um conjunto estruturado de afetos, significações, saberes e informações.

Adotou-se, portanto, nesta pesquisa, a abordagem dimensional das representações sociais por ter como fundo de estruturação as três dimensões, permitindo não só compreender a maneira como os profissionais que atuam em contextos de saúde interpretam, criam e transformam o estresse ocupacional e a qualidade de vida, bem como, conhecer suas percepções, pensamentos, sentimentos e conhecimentos e experiências acumulados de vida, compartilhados e comunicados através das crenças,

atitudes, valores e informações lançadas através das modalidades diferenciadas de comunicação.

4.2. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO HOSPITALAR

A teoria das representações sociais, utilizada nos estudos dos fenômenos que se apresentam como problematizadores em contextos hospitalares e saúde, possibilita ao pesquisador captar a interpretação dos participantes quando da apreensão da realidade que se almeja pesquisar, e, também, compreende a percepção, atitudes e comportamentos do grupo que integra a equipe hospitalar, considerado o grupo social frente a um objeto psicossocial.

A teoria das representações sociais tem sido amplamente empregada com a intenção da promoção da qualidade de vida, por meio da utilização de conhecimentos especializados passou a considerar o conhecimento não especializado, o conhecimento leigo de diversos grupos sociais com a intenção de lidar com a complexidade do problema.

Os estudos, na área da saúde, pela perspectiva da teoria das representações sociais possibilita à aquisição de um conhecimento socialmente compartilhado e vinculado às construções sociais a partir de um saber específico do senso comum, influenciado pelos comportamentos e atitudes dos grupos sociais envolvendo as perspectivas hospitalares. As representações sociais enfatizam a construção social, a maneira como a pessoa pensa o seu universo, ocasionando um conhecimento socialmente construído por meio de discurso nos grupos.

Considerando que a representação social favorece conhecer a prática de um determinado grupo, ela permite aos profissionais realizarem intervenções que, por

respeitarem as características específicas de cada segmento social, poderão ser mais eficientes. As representações sociais são reconhecidas como sistemas de interpretação que dirigem nossa relação com o mundo e com os outros. Elas norteiam e estabelecem as condutas e as comunicações sociais. Da mesma forma, elas intervêm em processos variados, tais como difusão e assimilação dos conhecimentos, desenvolvimento individual e coletivo, definição das identidades pessoais e sociais, expressão de grupos e transformações sociais (Jodelet, 2001).

Nesse contexto, se faz necessário compreender como se estabeleceu o conceito de hospital ao longo de sua história. A palavra hospital vem do latim “hospes”, significando hóspede, que originou “hospitalis”. Historicamente, o hospital surgiu no ano 360 d.C. com o objetivo de restaurar a saúde e prestar assistência. Os hospitais inicialmente se constituíram como locais de isolamento onde a caridade se exercia como prática do cristianismo (Calvo, 2002). No final do século XVIII, passou ser uma instituição que intervinha sobre a doença e o doente, buscando produzir a cura, numa nova perspectiva de atuação. Com o desenvolvimento da sociedade viu-se a necessidade de não apenas cuidar da doença, atendendo a necessidade física, mas, em meados do século XX percebeu-se o hospital como um centro de investigação e pesquisa biopsicossocial, passando a ser compreendido como um todo proporcionando a manutenção do bem estar físico, social e mental das pessoas.

Dessa forma, desde o início do século XXI, o hospital, enquanto contexto de trabalho vem sofrendo um processo de humanização, por tratar da vida dos indivíduos, sejam eles profissionais ou pacientes, que possuem suas particularidades e subjetividades. O trabalho se constitui num fenômeno de grande importância na vida das pessoas e no desenvolvimento das sociedades, contribuindo para a sobrevivência dessas e dos grupos humanos, bem como, na construção e transformação do mundo em

que se vive. Como construção social, o trabalho adquiriu, ao longo da história humana, diferentes significados, determinados por fatores políticos, sociais e culturais, além de outros próprios da história individual, tais como aspectos sociodemográficos, socialização e características do contexto laboral (Veiga, Fernandes & Paiva, 2011).

No contexto hospitalar o trabalho assume uma abrangência de aliar as experiências da prática especializada com os componentes técnicos, os fatores relacionados às condutas administrativas e relacionais, denotando uma posição social no processo de cuidar e gerenciar as ações laborais. Esse desenrolar de ações cumpre uma posição de se manter atento à funcionalidade da estrutura organizacional e o conhecimento gerado por esse processo, visando alcançar a excelência do cuidado, bem como, garantir a qualidade da assistência. Muitas discussões se procedem como destacadas por Lima Júnior, Alchiere e Maia (2009) quanto às inadequações existentes como a falta de qualificação, baixos salários, quadro insuficiente de pessoal, maior exposição a fatores de risco para a saúde e a convivência de funcionários sob-regimes diversos dentro dos hospitais geram dificuldades no gerenciamento do sistema de saúde, reflete negativamente na qualidade da assistência prestada comprometendo a satisfação do profissional no trabalho.

Os hospitais recebem classificações como públicos ou privados em sua natureza administrativa. Os públicos são sustentados pelo Estado através dos comandos a nível federal, estadual ou municipal, enquanto que os privados são mantidos pelas demandas de atendimentos originárias dos serviços prestados aos clientes ou ainda por outras fontes provedoras oriundas de seguradoras, cooperativas ou instituições filantrópicas. Uma grande parte desses hospitais privados celebram contratos disponibilizando parte de seus leitos para o Sistema Nacional de Saúde. Quanto ao processo seletivo do corpo de colaboradores desses hospitais os privados desenvolvem esse processo através de

contrato ou como autônomo, mediante seleção ou indicação, nos públicos, a contratação se dá por concurso público.

No tocante a classificação para facilitar as destinações de recursos e pacientes é estabelecida de acordo com o porte, especificidade, complexidade de ações e natureza administrativa. Os hospitais, quanto ao porte, são classificados pelo número de leitos existentes, essa classificação não incorpora aspectos efetivos do seu porte como área de abrangência do hospital, perfil epidemiológico da população atendida e número de outras unidades hospitalares na área. A especificidade do hospital pode ser definida como geral ou especializada. Na geral atende pacientes com faixas etárias definidas, crianças, adolescentes, adultos e idosos, acometidos de qualquer patologia, considerando as especialidades básicas de ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica e de cirurgia. Na especializada atende as particularidades de uma ou mais especialidades ou de um grupo específico de patologias, como as maternidades, os hospitais psiquiátricos e os hospitais ortopédicos (Calvo, 2002).

O hospital, espaço de atuação profissional de um número considerável de pessoas de variadas formações, é também um espaço de realização, sofrimento e angústia, pois se convive com os pacientes, seus familiares e amigos, interagindo com os profissionais das áreas administrativa e da saúde, transformando-se em um espaço gerador de tensão e estresse. O hospital, de acordo com Santos (2010), se caracteriza como organização social, é uma instituição que evoca o estresse como uma condição social ao seu uso e necessidades da vida. Tem amplas circunstâncias institucionais sobre as experiências na vida das pessoas e a sua estrutura de convivência é ampliada para a sociedade seja para as pessoas que lá ingressam para receber o cuidado tanto para aqueles que vão lá ministrá-lo. É, por outro lado, um espaço recortado de demandas diversas, prioridades diversas na busca da uma qualidade de vida.

As atividades dos profissionais que atuam em contextos hospitalares são fortemente tensionais, devido às prolongadas e estafantes jornadas de trabalho, proveniente de um número limitado e reduzido de profissionais e ao desgaste psicoemocional nas atividades realizadas (Guimarães & Grubits 1999). Essas exigências somam-se aos modelos de hierarquias sociais onde as relações se posicionam na linearidade das relações que se estruturam e se redescobrem nas interações entre os profissionais. A regra maior a ser respeitada diz respeito à divisão do trabalho uma vez que se conduz para o foco da atenção.

Os processos de trabalho desenvolvido pelos profissionais dessas organizações tem uma estruturação prévia, onde cada um cuida da sua parte, sem que haja um trabalho coletivo no arranjo organizacional, o trabalho em equipe passa a ser inerente e decisivo nessa relação profissional, e se desenvolve além dos processos de trabalho, envolvendo relações de poder e interações entre setores, as escalas de plantões, jornadas e turnos de trabalho, locação e relocação em setores e a delegação de responsabilidades agregam os princípios de sua funcionalidade (Santos, 2009).

É fundamental, portanto, que aconteça um diálogo interdisciplinar e por vezes, no contexto em questão, o hospital, muitas vezes este é difícil, outras vezes inexistente, resultando em conflitos de papéis e ausência de trabalho em equipe, desencadeando retrabalhos, como evidenciados nas entrevistadas que fizemos nos profissionais desse estudo.

Sendo as representações sociais que, através de um conjunto de valores, crenças, determinam às práticas sociais, podemos inferir que as expectativas do grupo profissional, quanto aos papéis a serem representados e normas a serem cumpridas, estão muito mais num conjunto de regras simbolicamente construídas do que hierarquicamente mantidas ou não. A excessiva carga de trabalho, muitas vezes, é

determinante desses conflitos, uma vez que os profissionais podem estar sendo influenciados, também, pelo rápido desenvolvimento tecnológico, as divisões de trabalho que estabelecem elevada hierarquia de autoridade, com canais formais de comunicação e um grande conjunto de regras e normas para seu funcionamento, como tratado anteriormente.

Em função da excessiva carga de trabalho, o ambiente hospitalar origina particularidades associadas ao contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros (Pitta, 2003). Além da exigência de manutenção das atividades ininterruptas que desencadeia na existência de regime de turnos e plantões, permitindo a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, tal prática potencializa a ação que promove o estresse ocupacional.

O cuidado sobre o outro é o núcleo do processo de trabalho em saúde e, sobretudo no fazer das atividades hospitalares. O trabalho em saúde apresenta diversidade de atividades de produção e serviços, promove diferentes tipos de insumos, tecnologias, informações e gestão para os segmentos produtivos da linha de cuidado, sendo os elementos ativos e constituintes do processo de trabalho (Schwartz, 2004).

Desta feita, a teoria das representações sociais tem adquirido força no campo das investigações na área da saúde, por comportar diferentes abordagens de estudos e métodos. Portanto, tem suscitado um amplo espaço de discussão e pesquisa, na apreensão dos construtos psicossociais, capaz de oferecer um melhor entendimento sobre atividades cognitivas, simbólicas e afetivas dos indivíduos nas suas relações e interações do dia-a-dia e tomadas de posicionamentos sociais.

No próximo capítulo apresentaremos os resultados dos estudos 1 e 2 , com seus procedimentos de análise e discussão.

CAPÍTULO 5. ESTUDO 1: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DA QUALIDADE DE VIDA

5.1. INTRODUÇÃO

A diversidade de enfoques teóricos e metodológicos é uma característica marcante dos estudos relacionados ao estresse ocupacional e a qualidade de vida no contexto da saúde. Dentre estes se destaca a teoria das representações sociais, tendo em vista possibilitar ao pesquisador apreender a interpretação dos próprios atores sociais da realidade que se almeja pesquisar. Com isso, a construção de um conhecimento de um grupo social, neste caso as concepções acerca do estresse e da qualidade de vida dos profissionais de áreas administrativa e de saúde em hospitais. Considerando que a representação social favorece conhecer a prática, permite realizar intervenções que, por respeitarem as características específicas de cada segmento social, tornam-se mais eficientes.

O princípio proeminente da teoria das representações sociais é reconhecer o valor da dimensão subjetiva, o aspecto cognitivo do indivíduo. Nesta perspectiva, interfere nas práticas laborais, sociais, nas atitudes e condutas relativas ao objeto da representação, possibilitando um debruçar sobre sua atenção na experiência dos participantes, enquanto conhecimento significativo para se compreender o cotidiano de práticas profissionais.

Esse referencial permitiu, ainda, esclarecer como se efetivou o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no espaço hospitalar em que circulam, como eles são compreendidos pelos profissionais em suas práticas de trabalho, e seu grupo, e como o conhecimento construído sobre esses fatos, é expresso por meio de sua comunicação e em seus comportamentos.

Frente a esses aspectos, a decisão metodológica não é neutra, pelo contrário, ao se decidir sobre um método, o pesquisador está fazendo também uma opção ontológica, uma vez que o método determina que aspecto do estresse e da qualidade de vida pode

aparecer como o mais perto do real. Para Coutinho e Saraiva (2011), se o objeto de pesquisa é avaliar o funcionamento psicológico individual, pode-se utilizar de entrevistas e questionários individuais. No entanto, se o objeto é avaliar a elaboração coletiva que determina os indivíduos, a metodologia utilizada deverá ser a análise de documentos, mídia e ou sondagens.

Se o interesse do pesquisador se centrar nas características distributivas das representações sociais, a opção é detectar elementos comuns do conhecimento produzido; se, por outro lado, o interesse se centrar nas características coletivas de uma representação social, é preciso considerar que a relevância do objeto varia entre grupos e subgrupos. Assim, só pode ser considerada como representação coletiva completa aquela que contém a totalidade das sub-representações dos diferentes grupos que compõem determinado complexo social.

A pesquisa que usa a teoria das representações sociais como referencial teórico focaliza sua atenção no conhecimento dos participantes, enquanto conhecimento importante para se compreender o cotidiano dos mesmos. O referencial da TRS permite esclarecer como se dá o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no meio, como esses fatos são compreendidos pelos indivíduos e grupos, e como o conhecimento construído sobre estes fatos são expressos por meio de sua comunicação e em seus comportamentos (Silva, Camargo & Padilha, 2011).

Diante do exposto, desenvolveu-se uma estratégia metodológica para atingir os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Apreender as representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida, elaboradas pelos profissionais das áreas administrativa e saúde em contexto hospitalar.

Objetivos Específicos

1. Identificar o perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo.
2. Analisar os diferentes campos semânticos associados aos estímulos indutores “qualidade de vida”, “estresse”, “prática profissional” e “eu mesmo”.
3. Verificar os consensos e dissensos das representações sociais elaboradas pelos profissionais das áreas administrativa e de saúde no contexto hospitalar.

5.2 MÉTODO

5.2.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo ancorado na perspectiva multimétodo, que se caracterizou pela estratégia de triangulação concomitante. Considerando a vertente psicossociológica no campo da psicologia social, entende-se que ambos os métodos podem ser utilizados de forma integrada, contribuindo com informações idiossincráticas a cada abordagem metodológica e evidenciando o incremento de resultados científicos (Coutinho & Saraiva, 2011). Nesta abordagem, a coleta de dados quantitativos e qualitativos foi simultânea, isto é, permitiu ao pesquisador comparar os bancos de dados para determinar as divergências, diferenças ou alguma combinação, ou uma integração de diferentes abordagens e técnicas, qualitativas e quantitativas, num mesmo estudo (Günther, 2006).

Alguns autores se referem a essa combinação como *confirmação*, *desconfirmação*, *validação cruzada* ou *corroboração* (Creswell, 2010). A abordagem qualitativa se baseia fundamentalmente na pesquisa voltada para o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade. Em torno desse objeto, os elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais modificam em

face do contexto em que se expressa o sujeito, trabalhando com valores, crenças, representações, atitudes e opiniões aprofundando a complexidade dos fenômenos (González-Rey, 2007).

Quanto à abordagem quantitativa aplica-se à dimensão mensurável da realidade e utilizada do ponto de vista social, para alcançar grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. É apropriada para gerar medidas que permitem uma análise estatística mais efetiva para medir opiniões, atitudes e preferências de comportamento sendo usada ainda para determinar o perfil de um grupo de pessoas, baseada em características comuns (Landim 2010).

A pertinência de uso de *software* no tratamento dos dados segundo Saraiva (2010):

Primeiramente, o *software* permite a realização de uma análise padrão não orientada, do conjunto do material. Em seguida, possibilita um segundo tipo de tratamento, orientado para a busca dos termos indicados pelo pesquisador, nas unidades de contexto do material analisado (análise *tri-croisé* ou análise cruzada). Esta análise permite a comparação e diferenciação de discursos relacionados às variáveis específicas e selecionadas pelo pesquisador. A escolha das variáveis para a análise cruzada é orientada pela revisão da literatura, a partir das temáticas que mais sobressaíram no processamento padrão do *corpus* estudado. De maneira similar ao procedimento padrão, na análise cruzada o programa oferece dendrogramas, tanto do *corpus* total quanto das classes, sendo o número de classes o total de possibilidades da variável escolhida (p.139).

5.2.2. LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em hospitais, público e privado, da cidade de João Pessoa, PB. Os conceitos de público e privado estão associados, exclusivamente, à propriedade do hospital e não às demais classificações que podem ser atribuídas a eles. Como afirma Calvo (2002), o hospital privado é de propriedade individual ou associativa, cujos objetivos, recursos e despesas são definidos localmente por gestores e proprietários. Por outro lado, os hospitais públicos são os de propriedade da sociedade, representada pelo governo municipal, estadual ou federal. Os hospitais que fizeram

parte desse estudo são de caráter públicos, estaduais e privados, se caracterizam por serem hospitais de referência, sendo um dos critérios de escolha, o atendimento à comunidade em várias especialidades.

5.2.3 AMOSTRA

A amostra foi do tipo intencional e não probabilística constituída por 70 (setenta) profissionais com enquadramento de cargos nas áreas administrativa e saúde. Possui a maioria do sexo feminino (66%), com idade variando entre 17 a 74 anos, com uma média de 39 anos representando (75%) profissionais da saúde.

Para a inclusão da amostra adotou-se os seguintes critérios:

- (1) Fazer parte do Quadro dos Profissionais do Hospital;
- (2) Estar na Tabela de Enquadramento do cargo no grupo de saúde e no grupo administrativo;
- (3) Ter pelos menos um ano de trabalho na instituição.

5.2.4. INSTRUMENTOS

Foram utilizados, três instrumentos, a saber: Questionário sociodemográfico (anexo 2); Técnica de Associação Livre de Palavras (anexo 3), e Entrevista semi-estruturada (anexo 4).

5.2.4.1 Descrição dos Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Este instrumento teve como função obter as variáveis sociodemográficas dos participantes da pesquisa, visando construir um perfil da referida amostra. As variáveis identificadas foram, estado civil, religião, escolaridade, profissão, tempo de formação, modalidade de hospital, tempo de trabalho no hospital, escala de trabalho, função, remuneração. Tais variáveis estão dispostas no caderno de aplicação. O questionário

sociodemográfico é uma forma mais utilizada para coletar dados, uma vez que possibilita medir com mais exatidão o perfil do grupo pesquisado. Segundo Triviños (2010) Parasuraman (1991), o questionário é um instrumento mais categórico para abranger os processos e produtos na investigação qualitativa e quantitativa, sendo considerado entre as técnicas e métodos um dos instrumentos relevantes no campo das ciências sociais.

Técnica de Associação Livre de Palavras

A Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), desenvolvida por Jung em 1905, foi adaptada por Di Giacomo (1981) integrando-a ao campo das representações sociais. Trata-se de uma técnica que se apoia sobre um repertório conceitual no que concerne ao tipo de investigação aberta permitindo evidenciar universos semânticos que colocam em evidência os universos comuns de palavras face aos diferentes estímulos. Sua aplicação rápida e de fácil compreensão, amplamente utilizada nas pesquisas sobre representações sociais, permite colher elementos através de expressões verbais espontâneas menos controladas e mais autênticas, que seriam perdidas ou mascaradas nas produções discursivas. Trata-se de uma técnica que permite aos entrevistados, a partir de um estímulo indutor, evocar respostas de conteúdos afetivos e cognitivo-avaliativos (Coutinho & Saraiva, 2011).

A partir dos estímulos (*Qualidade de Vida, Estresse, Prática Profissional, Eu Mesmo*) permitiu-se que os participantes evocassem os universos semânticos originários das representações sociais do seu repertório conceitual, eliminando influências relacionadas com condutas de normas e de valores (Anexo 3).

Técnica da Entrevista Semiestruturada

Na entrevista semi-estruturada existe oportunidade de se obter com maior flexibilidade as informações, observar o entrevistando enquanto manifesta seus comportamentos verbais e não verbais, bem como, a possibilidade de se observar a fala como reveladora de condições estruturais, vinculada ao sistema de valores, normas e símbolos, transmitindo à luz de um porta voz, as representações sociais desse grupo de profissionais, destacando as condições históricas, sociais e culturais (Minayo, 2010). Favorece ainda, identificar contradições, observar possibilidade de controle da situação, oportunizando maior número de respostas, podendo assim levantar questões mais complexas. A entrevista semiestruturada foi composta por questões abertas estruturadas em consonância com o referencial teórico adotado da teoria das representações sociais, que permitiu ao entrevistado discorrer sobre o tema com uma atuação ampla sobre o objeto de representação (Anexo 4).

5.2.5. PROCEDIMENTO ÉTICO

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa- CEP/ UNIPÊ em sua quadragésima reunião ordinária em 19 de julho de 2011 (Anexo 5), os gestores das instituições hospitalares foram contactados, com a finalidade de autorizar a aplicação dos instrumentos da pesquisa, obedecendo todos os aspectos ético e metodológicos de pesquisa com seres humanos, de acordo com as normas e diretrizes vigentes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, junto aos sujeitos pesquisados, esclareceram-se todas as condições éticas em pesquisas com seres humanos, e requereu-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1). Foi ressaltada a participação voluntária, a garantia do sigilo e anonimato dos participantes,

bem como, a certificação de que não haveria discriminação na seleção dos indivíduos nem a exposição a riscos desnecessários aos mesmos, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos.

5.2.6. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Com a aprovação do comitê de ética e, após os gestores das instituições hospitalares aprovarem e autorizarem a pesquisa elaborou-se um cronograma parcial de atividades, levando-se em consideração as rotinas específicas de cada hospital para os dias de aplicação dos instrumentos *in lócus*. Adotaram-se as seguintes etapas junto a cada participante: (1) a identificação dos dados sociodemográficos de acordo com os critérios determinados para a sua inclusão na amostra; (2) explicação do objetivo da pesquisa, e (3) convite para os participantes se dirigirem ao espaço físico determinado para realização do processo. Os profissionais responderam aos instrumentos no horário de trabalho, parte desses acolheu o processo, e atentaram ser um espaço de liberação da tensão e momento de pausa no trabalho.

Os dados foram coletados individualmente, em uma sala reservada, em dias marcados antecipadamente, para melhor acomodação dos profissionais. Os instrumentos dispostos em um caderno de aplicação foram apresentados e respondidos de uma única vez num tempo médio de 40 (quarenta) minutos, seguindo a ordem (1) Questionário sociodemográfico, (2) Técnica de Associação Livre de Palavras, e (3) Entrevista semi-estruturada.

Questionário sociodemográfico

Na aplicação do questionário sociodemográfico (Anexo 2), o procedimento de coleta obedeceu ao padrão de aplicação de um questionário. Apresentaram-se aos profissionais as variáveis para que fossem respondidas, esclareceram-se todos os aspectos, e com as informações e orientações solicitou-se para que fossem respondidos.

Técnica de Associação Livre de Palavras

Na aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras- TALP foram ilustradas inicialmente exemplos semelhantes aos fenômenos utilizados na pesquisa para melhor familiarizar o participante sobre a conduta de adequação das respostas. Salientou-se da importância das expressões ou palavras isoladas, substantivo e/ou adjetivos, esclarecendo-se evitar a utilização de frases e construções verbais intelectualmente elaboradas, uma vez que quanto mais rápido for evocada e registrada a resposta mais qualificada é seu efeito de validade mais significativo (Coutinho & Saraiva, 2011). Em seguida, foi entregue a folha de resposta contento a estrutura dos estímulos para a serem preenchidas com as respostas (Anexo 3). Para esta pesquisa utilizou-se os seguintes estímulos: (i) *qualidade de vida*; (ii) *estresse*; (iii) *prática profissional*; e (iv) *eu mesmo*. Cada estímulo era apresentado a partir de uma questão padronizada “*se eu lhe digo a palavra - Qualidade de Vida - o que vem a sua mente?*”. Em seguida, era solicitado que imediatamente o participante registrasse as palavras que evocassem associações com o estímulo. Este procedimento foi utilizado nas quatro evocações. Esses estímulos representam os fenômenos analisados nesta tese, e tiveram como objetivo analisar as diferenças semânticas atribuídas a esses termos. Quanto ao estímulo “*eu mesmo*”, o objetivo consistiu em observar como o participante organizou a trama associativa, incluindo ou excluindo elementos de modo a evidenciar a rede de

relações e práticas laborais que esses profissionais estabeleceram em relação a “*estresse ocupacional*” e “*qualidade de vida*”, aproximando-se ou distanciando-se destes (Coutinho & Saraiva, 2011).

Para controle e efeito de sucessão, como se tratou de quatro estímulos, a literatura orienta o desenvolvimento de uma sequência rotativa dos estímulos, alternando-os conforme orienta De Rosa (2003), sendo esse procedimento adotado no decorrer das aplicações.

Entrevista Semiestruturada

No que tange a investigação da entrevista semiestruturada, nesta fase, os participantes foram convidados a participarem da entrevista. Os que concordaram em responder a entrevista, 30 (trinta) da amostra inicial de 70(setenta) participantes, permaneceram mais tempo no processo respondendo as questões de forma individual, contendo quatro questões norteadoras, (1) *para você o que é qualidade de vida?* (2) *para você o que é o estresse?* (3) *em que aspecto do seu trabalho se aplica a qualidade de vida?* e (4) *quais situações, em sua prática profissional, você identifica fatores geradores de estresse?* (Anexo 4). Eles foram convidados a responder as questões falando livremente após cada questão apresentada, as respostas foram gravadas, sendo garantido o sigilo das gravações e transcrições. Deu-se um tempo médio de 30 (trinta) minutos, considerando que os profissionais estavam em serviço, e não podia permanecer muito tempo ausente de seu posto de trabalho. No decorrer da entrevista, quando necessário, houve intervenção da pesquisadora para esclarecer dúvidas quanto aos objetivos da pesquisa.

5.2.7. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Questionário Sociodemográfico

Os dados sociodemográficos foram processados pelo PASW (versão 18) realizando estatística descritiva (média, frequência e desvio padrão), que visa descrever as características da amostra pesquisada.

Técnica de Associação Livre de Palavras

Os dados advindos da Técnica de Associação Livre de Palavras foram processados pelo *software* Tri-Deux-Mots na versão 2.0 (Cibois, 1995), e submetidos à análise fatorial de correspondência (AFC). Nesta etapa foram evidenciadas as correlações estabelecidas entre as variáveis de opinião e as variáveis fixas específicas dos 70 (setenta) participantes. As correlações valorizam os conteúdos e as estruturas que representativamente foram construídas pelos profissionais de saúde, considerando o objeto representado.

O processamento de análise dos dados da Técnica de Associação Livre de Palavras segue procedimentos adotados, quando da sua codificação dos dados incididos da técnica. Este processo aufere diferentes contornos em função do programa adotado para sua análise. O *software* Tri-Deux-Mots, compreende um conjunto de programas computadorizados IMPMOT (importação de palavras), TABMOT (tabular os dados), ECAPEM (desvio entre atrações e repulsões), ANECAR (análise dos desvios à independência, tabela de contingência), e PLANFA (plano fatorial ou gráfico), que mediante seu processamento, possibilita a representação gráfica da atração e do distanciamento encontrado entre as variáveis fixas originárias do questionário sociodemográfico e as variáveis de opinião obtidas através das respostas dos profissionais aos estímulos indutores coletados pela técnica. Esse conjunto de

programas é utilizado principalmente quando do tratamento de dados que trabalha com o suporte teórico das Representações Sociais.

Elaboração do banco de dados

Para que o processamento seja desenvolvido, antes dos dados serem lançados no *software* Tri-Deux-Mots, o tratamento dos dados obedece algumas etapas sucessivas que caracterizam a organização do material coletado.

Na primeira etapa chamada A, constitui-se da elaboração de um dicionário, representado por um levantamento organizado de todas as palavras que permite a submissão dos dados no *software* Tri-Deux-Mots. Dessa maneira, as respostas apresentadas pelos participantes foram digitadas em arquivos correspondentes a cada estímulo indutor. Desses resultados originou-se o dicionário de palavras evocadas.

Na etapa B, a organização das categorias, consiste em proceder à fase de codificação das variáveis fixas, representadas pelos dados sociodemográfico definidos em função dos objetivos desta tese, e das variáveis de opinião num único arquivo do *Word*, expressas por numeração e organizadas no banco em forma de colunas. As variáveis de opinião, na forma de linhas, são sempre representadas pelas expressões e ou palavras evocadas pelos profissionais em resposta aos estímulos indutores (Coutinho, 2005; Coutinho & Saraiva; 2011).

Cada linha elaborada representa um participante, suas características e suas associações aos estímulos indutores. Para a construção de cada linha, a organização dos dados obedeceu à codificação das variáveis fixas em números sob o formato de colunas, que foram seguidos pelas variáveis de opinião associadas ao número indutor, conforme esquema ilustrado a seguir.

Tabela 1. Codificação das variáveis de opinião e variáveis fixas do banco de dados do Tri-Deux-Mots N= 70

VARIÁVEIS FIXAS				
Área de atuação	Idade	Sexo	Tempo no hospital	Modalidade do hospital
1-Saúde	1- 18 a 24	1- feminino	1- 1 a 5 anos	1-Público
2-Administrativa	2- 25 a 31	2-masculino	2- 6 a 11 anos	2- Privado
	3- 32 a 38		3- 12 a 17 anos	
	4- 39 em diante		4- 18 em diante	

VARIÁVEIS DE OPINIÃO

Qualidade de vida; Estresse; Prática profissional; Eu mesmo

Nota: modelo de codificação das variáveis fixas e de opinião elaborado por Coutinho e Nóbrega (2011).

Faz-se necessário registrar que a disposição dos caracteres segue uma ordem espacial. A primeira palavra foi colocada junto da última variável fixa e, em seguida, obedeceu-se ao esquema proposto na literatura “espaço+ palavra+ estímulo”, finalizando-se com a inserção do asterisco (*), que indicou o término relativo a aquele participante. Dessa forma, permitiu-se que no final do processamento estatístico dos dados o gráfico revelou como os elementos (participantes e respostas) semelhantes se atraem e se excluem, ao mesmo tempo, revelando a formação dos grupos e suas representações. A seguir apresentaremos a formação de um recorte dos dados:

14112terude1 terser1 noiro2 lidios2 admoco2 naomir2 comsso3 marcao3 comiva4 ateose4 preiva4*

A linha acima representa os números codificadores das variáveis fixas dos profissionais; 1(profissional da saúde), 4 (idade acima de 39anos), 1 (sexo feminino), 1 (tempo no hospital de 1 à 5 anos), 2 (hospital privado), com as palavras associadas aos estímulos 1 qualidade de vida (ter saúde e ter lazer); 2 estresse (não ter dinheiro, lidar com os funcionários, administrar com pouco, e não dormir), 3 prática profissional

(compromisso e má remuneração) e, 4 eu mesmo (compreensivo, atenciosa e prevenido).

Em seguida, o banco de dados foi processado através do *software* Tri-Deux-Mots que permitiu a realização da Análise fatorial de Correspondência (ACF), favorecendo evidenciando as correlações estabelecidas entre as variáveis fixas e de opinião, específicas de cada profissional da referida pesquisa.

Análise fatorial de Correspondência (AFC)

Os dados foram processados através da análise fatorial de correspondência (AFC), que versa em destacar eixos que explicam as modalidades de respostas apresentando estruturas constituídas de elementos do campo representacional ou gráfico. Desta maneira, trabalhamos com os seguintes arquivos AFC, PLN, IMP e PRT, que são considerados básicos para a realização do material demandado da pesquisa.

De uma maneira geral, apresentamos os principais objetivos desses arquivos. A AFC apresentou os resultados relativos à análise fatorial de correspondência (F1 e F2), o PLN representou a visualização espacial do plano fatorial, o IMP sinalizou um painel das palavras evocadas designando o número de palavras associadas às características dos profissionais, o PRT proporcionou o número de palavras que entraram e saíram no plano, e o PRO, evidenciou os dados equivalentes às palavras mais significativas, que foram suficientes para compor o gráfico.

Entrevistas Semiestruturadas

As interlocuções oriundas das entrevistas foram submetidas à Técnica de Análise Lexical de Palavras sendo processada pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale por Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*). Esses dados textuais

foram processados de maneira automática à análise de diálogos, visando obter em uma primeira classificação estatística dos enunciados simples o *corpus* estudado (Reinert, 1993). As análises efetivadas neste estudo foram: (1) Classificação Hierárquica Descendente; (2) Classificação Hierárquica Ascendente.

A intenção subjacente do *ALCESTE* é que o sentido das sentenças pode ser captado se for possível identificar as palavras que aparecem juntas nas frases e que são expressas pelo maior número possível de sujeitos. Esse processo se evidencia porque os pontos de vista de um grupo social sobre um objeto produzem diversas formas de se expressar sobre ele. Assim, o vocabulário de palavras usadas pode ser visto como uma fonte para detectar os diversos modos de pensar esse objeto. Desta maneira, o *ALCESTE* identifica classes de palavras que representam as diferentes formas de discurso a respeito do objeto da pesquisa (Marcolino & Reali, 2008).

Preparação do banco de dados

Para a preparação do banco o conteúdo das entrevistas foi colocado em um único arquivo, onde cada entrevista foi separada por uma linha de comando, iniciada com quatro asteriscos, seguidos pela codificação das variáveis sociodemográficas selecionadas, conforme mostra o exemplo a seguir:

****** *suj_01 *atu_1 *ida_4 *sex_1 *hos_1 *mod_2**

Esta linha de comando apresenta os dados referentes as variáveis fixas: a primeira coluna apresenta o (suj_01), a segunda significa que o profissional atua na área de saúde (*atu_1), a terceira indica a idade acima de 39 anos (*ida_4), a quarta refere-se ao sexo feminino (*sex_1), a quinta menciona o tempo de atuação no hospital entre 1 e

5 anos (*hos_1) e a sexta e última variável, denota a modalidade do hospital privado (*mod_2).

Para introduzir os dados no *software* de Alceste as variáveis foram codificadas segundo o modelo descrito na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2. Codificações das variáveis e níveis que constituíram o *corpus* do ALCESTE. N= 30.

VARIÁVEL	NÍVEL	CODIFICAÇÃO NO CORPUS
ÁREA DE ATUAÇÃO	1-Saúde	Atua_1
	2-Administrativo	Atua_2
FAIXA ETÁRIA	1- entre 18 a 24 anos	Idade_1
	2- entre 25 a 31 anos	Idade_2
	3- entre 32 a 38 anos	Idade_3
	4- 39 anos em diante	Idade_4
SEXO	1- Feminino	Sexo_1
	2- Masculino	Sexo_2
TEMPO NO HOSPITAL	1- 1 a 5 anos	Hosp_1
	2- 6 a 11 anos	Hosp_2
	3- 12 a 17 anos	Hosp_3
	4- 18 em diante	Hosp_4
MODALIDADE DO HOSPITAL	1- Público	Modhosp_1
	2- Privado	Modhosp_2

Processamento do Banco

O *ALCESTE* executa o processamento do banco em quatro etapas. Na primeira, etapa chamada de A, o programa realiza a leitura do texto e o cálculo dos dicionários. O programa prepara o *corpus*, reconhece as UCIs, faz uma primeira fragmentação do texto, agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes, palavras por radicais e procede ao cálculo da frequência. Nesta etapa, ainda, o *Alceste* reformata e divide o *corpus* em segmentos de tamanho similar chamados de unidades de contexto elementares (UCEs).

Na etapa B realiza o cálculo das matrizes de dados e classificação das UCEs, visando os seus respectivos vocabulários, e o conjunto delas repartido em função da frequência das formas reduzidas. O conjunto das UCEs é repartido com base na frequência das formas reduzidas. Aplicou-se o método de classificação hierárquica

descendente (CHD), obtendo-se assim uma classificação definitiva. Esta análise propicia obter classes de UCEs que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulários semelhantes entre si, e vocabulários diferentes das UCEs das outras classes, sendo, portanto, utilizado o teste *qui-quadrado* de associação das formas reduzidas e das UCEs às classes.

A etapa C fornece os resultados mais importantes, apresenta à descrição das classes de UCE escolhidas. O programa apresenta, também, o dendrograma da classificação hierárquica descendente (CHD), ilustrando as relações entre as classes. O programa executa cálculos complementares para cada uma das classes, obtidas pelos cálculos da etapa precedente, e apresenta resultados que nos permitiu a descrição de cada uma das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico, denominado de léxico, e pelas suas palavras com asterisco, denominada de variáveis. Sendo assim, o programa fornece outra forma de apresentação dos resultados, através de uma análise fatorial de correspondência (AFC) feita a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que representa as relações entre as classes em um plano fatorial com dois eixos.

A etapa D, chamada de etapa dos cálculos complementares, é um prolongamento da etapa C. Com base nas classes de UCEs escolhidas, o programa calcula e fornece as UCEs mais significativas de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe obtido na etapa anterior. A partir desta análise, é possível identificar as representações sociais oriundas dos participantes em função de seus grupos de pertença.

5.3. RESULTADOS

5.3.1 RESULTADOS ADVINDOS DO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Os resultados ilustrados na Tabela 3 correspondente ao primeiro objetivo específico desta tese, com relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, podem ser observados a seguir:

Tabela 3. Dados Sociodemográfico do perfil dos profissionais N= 70

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F	%
Área de atuação	Saúde	51	75
	Administrativo	19	25
Faixa Etária	18 a 24 anos	5	7,2
	25 a 31 anos	14	20
	32 a 38 anos	16	22,8
	Acima de 39 anos	35	50
Sexo	Feminino	44	63
	Masculino	26	37
Tempo no Hospital	1 a 5 anos	40	57
	6 a 11 anos	18	26
	12 a 17 anos	5	7
	Acima de 18 anos	7	10
Modalidade de Hospital	Público	32	46
	Privado	38	54

A Tabela 3 apresenta os dados dos participantes com as frequências e percentuais analisados. Observa-se que os participantes em sua grande maioria 75%, atuam nos contextos hospitalares vinculados à área de saúde. No tocante a faixa etária há uma maior concentração de 50%, acima de 39 anos. Analisando os dados no que concerne ao sexo, em sua maioria são mulheres, 63%. A maioria está atuando no hospital entre 1 a 5 anos, representando por 57% dos profissionais, e estão vinculados a hospitais privados, com 54% destes. Conhecer estas variáveis potencializou as análises que estruturou o estudo através do suporte teórico das representações sociais.

5.3.2. RESULTADO DA TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

O teste de associação livre de palavras adaptado ao campo representacional da psicologia social, se dedica a desvendar as dimensões latentes nas representações sociais, por meio da configuração que emergem dos dados que formam as estruturas originárias dos estímulos apresentados. Neste estudo, 70 (setenta) participantes, conforme já mencionado, responderam os estímulos indutores que foram: (i) *qualidade de vida*, (ii) *estresse*, (iii) *prática profissional* e (iv) *eu mesmo*.

Após processamento das palavras pelo Tri-Deux-Mots verificou-se que das 453.726 palavras, 68,2% contribuíram para a construção do plano fatorial de correspondência (F1 = 43,3%) e (F2 = 24,9%). A seguir apresenta-se a Figura 1 na qual se encontram distribuídas as variáveis fixas e os diferentes campos semânticos.

Esse procedimento permitiu o alcance do objetivo geral da pesquisa, que foi “apreender as representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida, elaboradas pelos profissionais das áreas administrativa e saúde em suas práticas laborais”, bem como o objetivo específico “analisar os campos semânticos das representações sociais elaboradas pelos participantes, relacionados com os construtos *qualidade de vida*, *estresse*, *prática profissional* e *eu mesmo*”.

Com a finalidade de apreender as representações sociais, nessa etapa do processamento e análise dos dados, convencionou-se por identificar as palavras que possuísem contribuições com maior significação na construção dos fatores no Plano Fatorial, constituído por Fator 1 (F1) e fator 2 (F2). Dessa maneira, adotou-se como base a contribuição relativa aos fatores que indicam como cada expressão ou palavra contribuiu na construção de cada fator, cuja soma de todas as contribuições são necessariamente 1000. Observa-se que os estímulos indutores favoreceram o

surgimento de campos semânticos, constituídos pelas palavras com carga fatorial acima de 10.

Tabela 4 Palavras apreendidas na Técnica de Associação Livre de Palavras a partir dos estímulos apresentados.

Estímulos	Evocações F1	CPF F1	Evocações F2	CPF2
Qualidade de vida	Salário	91	Bem-estar	64
	Saúde	61	Atividade física	56
	Paz	36	Alimentação	36
	Harmonia	23	Felicidade	27
			Lazer	25
	Família	16	Boa ação	19
		Família	15	
Estresse	Briga	51	Mau humor	47
	Trabalho	49		
	Irritação	47	Trânsito	33
	Fadiga	32		
	Doença	21	Barulho	16
	Falta de atenção	17		
Prática Profissional	Conhecimento	51	Crescimento	125
	Lavar	51	Atenção	44
	Amor	51	Trabalho	44
	Ética	28		
	Compromisso	21	Competência	13
	Desempenho	12		
Eu Mesmo	Feliz	45	Amiga	47
			Mãe	35
	Responsável	17	Trabalho	15
			Amor	13
	Paciência	10	Exigente	13
			Calma	10

O processamento dos dados permitiu identificar que, para os profissionais a “qualidade de vida” foi representada por *salário, saúde, paz, harmonia e família*, sendo o *salário* com a maior carga fatorial, sendo este determinante do *bem estar* e uma *boa*

alimentação promovendo o *lazer* com condição essencial de viver bem. Observa-se nesta tabela, que entre as palavras com maiores cargas fatoriais, encontram-se ainda, as expressões, *atividade física e família*.

Tomando como base o estímulo indutor “*estresse*”, as respostas originadas favoreceu a seguinte condição o estresse ocasiona *briga no trabalho, irritação e fadiga física*, uma vez que há retrabalho em suas atividades, havendo um desgaste físico maior. Este resultado pode levar os profissionais a agirem com *mau humor e falta de atenção*, inclusive provocar *doença*.

Com relação ao estímulo “prática profissional”, as respostas constantes na tabela 4, permitiram identificar aspectos positivos quanto a responsabilidade de buscar *conhecimento*, cuidados com a assepsia em *lavar as mãos*, ter *amor e ética* no cumprimento de suas atividades, assumindo um *compromisso* e melhorando seu *desempenho*. Esses aspectos originam *crescimento* profissional, *atenção ao trabalho* realizado, que leva a aquisição de *competências* necessárias a essa prática de trabalho.

E, ao estímulo indutor “eu mesmo”, a relação de autoimagem se processa pelas palavras feliz, responsável e paciência, ocasionando condutas de comportamento relativas aos papéis de ser amiga, ser mãe, gostar do trabalho realizando-o com amor e ao mesmo tempo, sendo exigente.

O Plano Fatorial de Correspondência das representações sociais elaboradas pelos profissionais, acerca do estresse, da qualidade de vida, da prática profissional e de eu mesmo, foi construído a partir da leitura das palavras e expressões evocadas, os campos semânticos, distribuídos de modo oposto sobre dois eixos representados pelo Fator 1 (F1) e Fator 2 (F2), de acordo com a figura 1, a seguir.

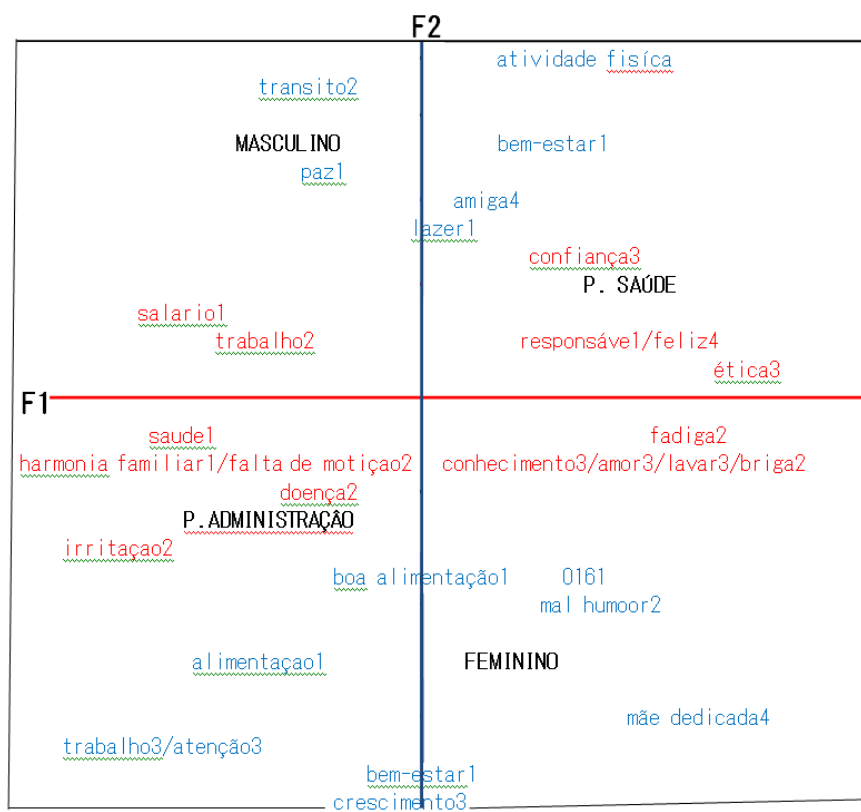


Figura 1. Plano fatorial de correspondência das representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida dos profissionais que atuam em contexto hospitalar.

Nota: Legenda do Plano fatorial de Correspondência: Fator 1 (F1) em vermelho, localiza-se o eixo horizontal à direita, e a esquerda. Fator 2 (F2) em azul, localiza-se no eixo vertical superior e inferior. As variáveis de opinião ou estímulos indutores são representadas por: 1= qualidade de vida; 2= estresse, 3= prática profissional, e 4 = eu mesmo.

O primeiro fator (F1), situa-se no eixo horizontal, em vermelho, representando o campo semântico à esquerda e à direita, com 43.3% da variância total das respostas. O segundo fator (F2), localiza-se no eixo vertical, em azul, e descrito na parte superior e inferior do gráfico, cujo valor estatístico representa 24.9 % perfazendo um total de 68.2%.

No F1, eixo horizontal à esquerda, encontra-se os campos semânticos elaborados pelos profissionais da administração. Para este grupo, *qualidade de vida* (E1), significa *salário, saúde e harmonia familiar*. O *estresse* (E2) é representado pelas palavras, *trabalho, irritação, doença e falta de motivação*. Em relação à *prática profissional* (E3) e *eu mesmo* (E4) as palavras advindas destes estímulos não obtiveram carga fatorial suficiente para constar no plano. Neste mesmo fator (F1), à direita, encontram-se os

campos semânticos elaborados pelos profissionais da saúde. Para eles, *qualidade de vida* representa *ser responsável*. O *estresse* foi representado como *briga e fadiga*. A *prática profissional* foi ressignificada como *conhecimento, amor, lavar, ética e confiança*. E, quanto ao último estímulo, *eu mesmo*, foi objetivado na palavra *feliz*.

O fator 2 (F2), situa-se no eixo vertical, em azul, no plano superior, os campos semânticos foram elaborados pelos profissionais do sexo masculino, segundo eles, qualidade de vida (E1) significa *atividade física, bem-estar, lazer e paz*. O estresse (E2) foi objetivado no *trânsito*. O estímulo prática profissional não obteve carga fatorial suficiente para constar no plano. Eu mesmo (E4) foi ressignificado em *amigo*. Neste mesmo fator no lado inferior, os campos semânticos foram elaborados pelos profissionais do sexo feminino. Este grupo representou qualidade de vida (E1) como *ter boa alimentação e bem-estar*. Já o estresse (E2) foi ressignificado em *mau humor*, enquanto, a prática profissional (E3) foi objetivada em *trabalho*, como *ter atenção e crescimento*. Por último, o eu mesmo (E4) foi significado como *mãe dedicada*.

Apresentamos na Tabela, abaixo, a codificação das variáveis fixas definidas e os estímulos indutores (i) “*qualidade de vida*”, (ii) “*estresse*”, (iii) “*prática profissional*” e (iv) “*eu mesmo*”, apresentados para os participantes da pesquisa, que emergiram das respostas dadas frente aos campos semânticos.

Tabela 5 Classificação das Variáveis Fixas e de Opiniões que subsidiaram a elaboração do banco de dados para o software Tri-Deux-Mots.

Área de atuação	Idade	Sexo	Tempo no hospital	Modalidade do hospital
1- saúde 2-administrativa	1- 18 a 24 2- 25 a 31 3- 32 a 38 4- 39 em diante	1- feminino 2- masculino	1- 1 a 5 anos 2- 6 a 11 anos 3- 12 a 17 anos 4- 18 em diante	1- Público 2- Privado

A discussão do Plano Fatorial de Correspondência das representações sociais elaboradas pelos profissionais acerca da qualidade de vida, estresse, prática profissional e eu mesmo, encontra-se no capítulo destinado a discussão do estudo 1.

5.3.3. RESULTADO DA ANÁLISE LEXICAL DAS ENTREVISTAS

5.3.3.1. Análise Descendente Hierárquica

Os resultados das entrevistas, processados por meio da Análise Lexical do Alceste, foram advindos de um *corpus* constituído por 30 (trinta) entrevistas, também denominado de Unidade de Contexto Inicial (UCI).

Após a decomposição da primeira etapa detectou-se um total de 12.174 (doze mil cento e setenta e quatro) palavras, sendo 2.076 (duas mil e setenta e seis) palavras diferentes, tendo em média 6 (seis) ocorrências por palavras. Para essa análise foram consideradas as palavras que atingiram a frequência igual ou superior a $\chi^2 > 3,84$, como recomendado pela literatura. Com a redução do vocábulo às suas raízes, foram encontradas 311 (trezentas e onze) palavras reduzidas e analisáveis, e o *corpus* reduzido a 9.121 (nove mil cento e vinte e um) unidades de contexto elementar (UCEs).

A análise hierárquica descendente (AHD) reteve 63 % (sessenta e três) por cento do total das UCEs do *corpus*, dando origem a 4 (quatro) classes.

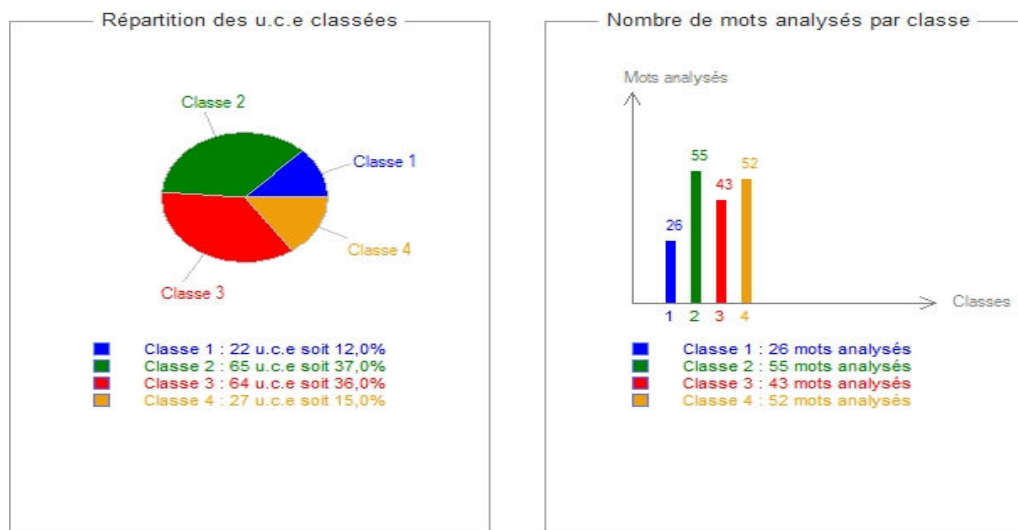


Figura 2 - Distribuição das classes do *corpus* por UCEs e Quantitativo das palavras analisadas por classes.

Na figura 2 observa-se que a Classe 1 apresentou 12% de aproveitamento denotando 22 palavras analisadas. Na Classe 2, 37% de aproveitamento associou-se a 65 palavras analisadas. A Classe 3 revelou 36%, reunindo 64 palavras analisadas. E, a Classe 4, com 15% apresentou 27 palavras analisadas.

A análise lexical das entrevistas realizadas com o grupo de profissionais que atuam nas áreas, administrativa e da saúde fez emergir o dendograma de distribuição das referidas classes. Neste dendograma observa-se os consecutivos agrupamentos originário da Análise Hierárquica Descendente, ou Análise de *Clusters*, dando origem a um aglomerado estruturado pelas Classes 1,2,3, e 4. A verificação de quatro Classes temáticas admite deduzir que para apreender as representações sociais do estresse ocupacional e da qualidade de vida, os profissionais da pesquisa fizeram relação com várias imagens ou categorizações, como assinala Moscovici (2010), classificada como uma teoria do senso comum.

De acordo com a figura 3 observa-se a distribuição da análise lexical em quatro classes distribuídas no dendrograma. Observa-se também que o *corpus* dividiu-se em dois *subcorpora*. Um deles associou-se diretamente a classe 3, o outro subdividiu-se numa segunda repartição com uma das extremidades aglutinando as classes 1 e 4, e a outra extremidade se associando a classe 2. Da segunda partição do *corpus*, emergiu assim dois grupos, o primeiro composto pelas classes 1 e 4, denominada de relações sócio profissional da equipe, e o segundo referente a classe 2, denominado de conflito no trabalho. Para nomeação das classes, conforme indicação da literatura, procedemos com a participação de três juízes que validaram as escolhas. A seguir apresentamos o dendrograma da Classificação hierárquica descendente.

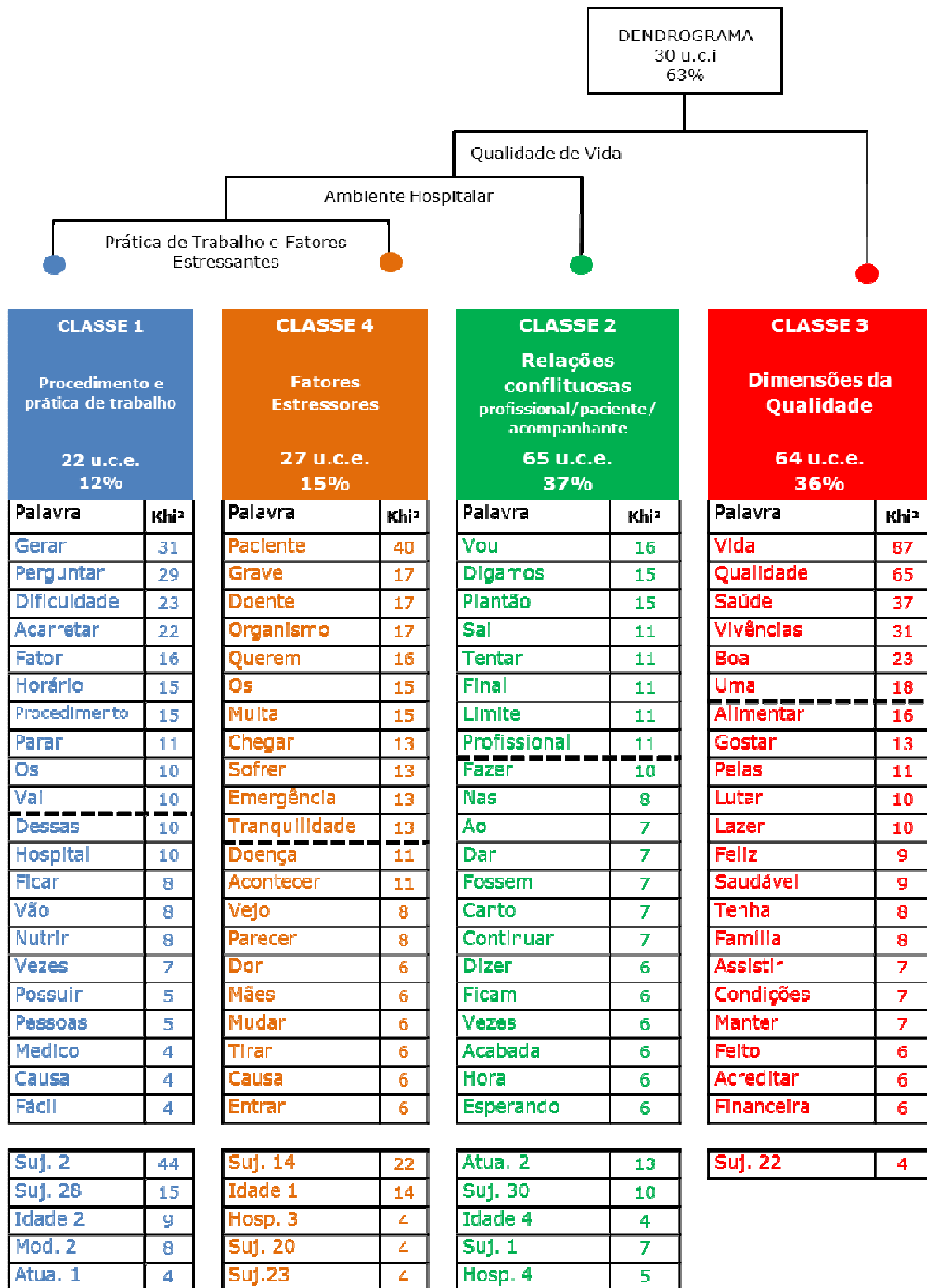


Figura 3. Dendrograma da classificação hierárquica descendente

A classe 1 denominada de “*procedimento e prática de trabalho*” contendo 22 UCEs, com 26 palavras, representou 12% do *corpus*. Para caracterização desta classe, apresenta-se a seguir exemplos das interlocuções emitidas pelos participantes.

“... tenho que ter muita paciência para tratar dessas pessoas (4); estudei os nutrientes e procedimentos, algumas vezes proponho melhorias(3);ficam com medo que vai acontecer alguma coisa (3);deixar de fazer os procedimentos, isso tudo me desgasta, porque sou muito comprometido com o rendimento(4); é estressante porque tenho que ler o prontuário e muitas vezes encontram erros, os erros são em geral do médico, erro da nutrição, erro da enfermagem (4); o erro gera diminuição no ritmo de trabalho, ocasionando retrabalhado no procedimento das atividades (3); conflito, sobrecarga de trabalho, excesso de responsabilidade na mão de uns e não de outros (3); faltam medicamentos, se você tem febre, falta o medicamento específico (4); é um ritmo muito acelerado, os gestores apertam muito, (3); essa correria gera pessoas mal humoradas (3); toda vez que determinado médico tá de plantão, é sofrido, tem uma queimação no estomago (4); rigidez, sistema de controle inibido iniciativa (4); muita gente erra por falta de capacitação (3).”

A classe 2 nomeada “*relações conflituosas profissional/paciente/acompanhante*” com 65 UCEs, formada por 55 palavras, correspondente a 37% do *corpus*, conforme são ilustradas algumas pseudofrases desta classe.

“... pagamento pequeno (2); temos que ter mais de um emprego (3); temos que estar completando sempre plantões (3); vai acumulando, gerando estresse (3); falta uma melhor coordenação nas atividades, principalmente nos dias mais cheios (2) ; voce fica aperriado, vem as cobraças, seu dever com seu cargo de confiança daquilo que não pode falhar e nem decepcionar a diretoria (4); as cobraças vc recebe de quando se sente limitada, tem que fazer e terminar e muitas vezes não consegue cobrir (3); me senti muito estressado, quando chego no meu limite (2); além do abandono dos familiares e ausencia de alguns profissionais naquele dia, o processo fica mais pesado, a luta fica maior e no final estou exalta (2); a falta de autonomia (3); se tivesse distribuindo as atividades seria melhor (2); as pessoas ficam esperando serem mandadas (2); se eu fosse diretor daria autonomia e cobrava responsabilidade (2).”

A classe 3 designada “*dimensões da qualidade de vida*” apresentando 64 UCEs, 43 palavras, contabilizando 36% do *corpus*.

“... saúde em primeiro lugar (4); boa alimentação, assistência médica (4); meu emprego, bom salario para manter a familia (4); suprimento das minhas necessidades e do meu sustento (3); lazer, ter um trabalho que gere prazer (3); lhe traga condições para ter uma boa estrutura financeira (3); bem estar físico, emocional, mental e psicologico (2); gostar do que desenvolve, fazer bem feito, certinho (3); ser reconhecido como um bom profissional (3); poder cobrar tudo que eu quero (4); o que minha familia precise e goste (4); gostar de viver, ser alegre, sorrir, olhar a vida melhor apreciar as coisas (2); gastar menos energia, ser organizado, fazer as coisas no seu tempo (3); ter amigos (2); trabalhar com mininas condições de segurança para desenvolver nossas atividades de acordo com as técnicas apreendidas (2).”

E, por último, a classe 4, denominada de “*fatores estressores*”, com 27 UCEs, 52 palavras, correspondente a 15% do *corpus*.

“... ver paciente como pobres coitados (3); chega gente toda hora de outros hospitais e do interior (2); eles não avaliam se podem receber (4); os corredores ficam cheios e as emergência também (3); tem muitos gritos e correrias (3); baixa produtividade, leva a doenças graves (2); cuidar dos outros, como ela foi cuidada pela mãe (4); estamos trabalhando com pessoas sofridas (3); esse grupo é muito arredo, não aceita normas, tem gente que quer tudo (3); tenho impressão que tudo isso é estresse (2); parece cavernas subterrâneas, os ambientes são escuros, cheios de labirintos (3); quando chego um novato tem dificuldades em se locomover, se perdem muito (2).”

5.3.3.2. *Análise Ascendente Hierárquica*

Quanto a análise ascendente observa-se que a classe 1 denominada de “*procedimento e prática de trabalho*”, composta por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 31\%$ (gerar) e $\chi^2 = 5\%$ (pessoa), foi subdividida em duas subclasses 2 (duas) subclasses, conforme figura 4. A primeira subclasse denominada de “*fatores e dificuldades na prática profissional*”, e a segunda subclasse revela aspectos “*próprios dos hospitais públicos*”, as dificuldades e carências estruturais e na gestão do grupo, considerando como esses profissionais recebem as demandas oriundas da liderança, na execução de suas atividades.

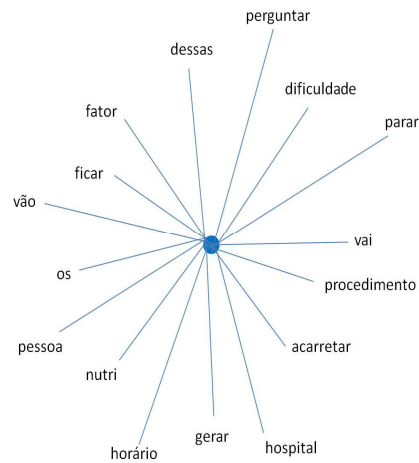


Figura 4. Classificação Hierárquica Ascendente Classe 1.

Seguindo a interpretação das classes, a 2 “*relações conflituosas profissional/paciente/ acompanhante*” foi composta por palavras e radicais num intervalo entre $\chi^2 = 16\%$ (vou, digo, plantão) e $\chi^2 = 5\%$ (para). As variáveis que mais contribuíram para a constituição dessa classe referem-se, os participantes que se mantêm no hospital público entre 1 e 5 anos, com idade entre 25 a 31 anos.

O agrupamento de palavras que desencadearam as duas subclasses, está disposto no dendrograma resultante na Classificação Hierárquica Ascendente, como apresentado na figura 5. A primeira subclasse denominada “limites” mostra que as falas apresentadas que expressam correria, sair, chegar, dar, acabar, finalizar e dignidade. A segunda subclasse denominada de “conflitos no trabalho” está focada na conduta estabelecida nos plantões, horas perdidas, tentativas, esperas, fazer, dizer.

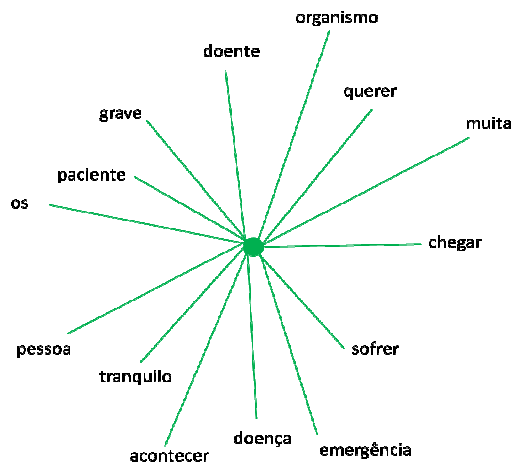


Figura 5. Classificação Hierárquica Ascendente Classe 2

Na Figura 6 identificamos a classe 3 “dimensões da qualidade de vida” composta por palavras e radicais que estão inseridas num intervalo entre $\chi^2 = 87\%$ (vida, qualidade) e $\chi^2 = 4\%$ (lugar, sobrevivência, cuidado).

De acordo com o dendrograma dessa classe, esta Figura mostra 3 (três) subclasses. A primeira identificada como “fatores condicionantes da QV”, representada pelas palavras luta, sobrevivência, lugar. A segunda nomeada de “aspirações para alcançar a QV”, representadas pelas palavras condições financeiras, lazer feliz, qualidade, vida. A terceira subclasse “busca por condições saudáveis de vida” denota um apelo aos cuidados e preservação com a saúde, a família, a alimentação.

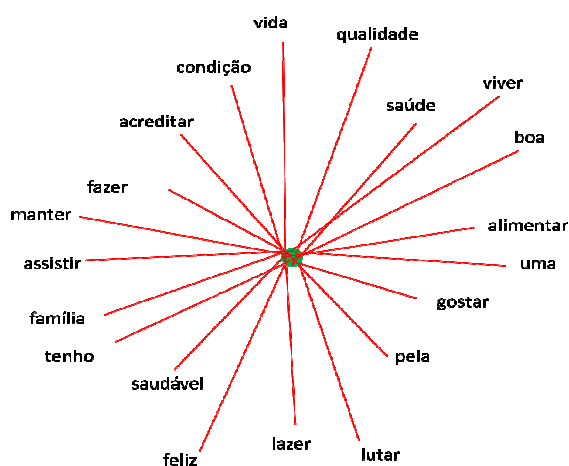


Figura 6 Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3

A classe 4 “fatores estressores”, apresentou-se composta por palavras e radicais integrantes do intervalo entre $\chi^2 = 40\%$ (paciente) e $\chi^2 = 5\%$ (gente). A partir do dendrograma processado pelo ALCESTE, resultando na Classificação hierárquica ascendente, apresentada na Figura 7 constataram-se duas subclasses denominadas de “profissionais e pacientes” A primeira partição, e a segunda, “profissionais e acompanhantes”. Nesta última, essa relação passa a ser desenvolvida de forma comprometida, gerando expectativas nos pacientes quanto aos procedimentos aplicados pelos profissionais.

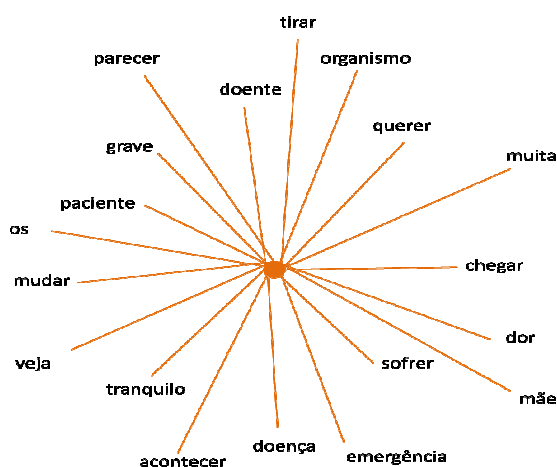


Figura 7 Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 4.

5.3.3.3. *Análise Fatorial de Correspondência (AFC)*

Pode-se verificar que a análise fatorial por correspondência, considerando a frequência de incidência de palavras e as classes, gera representações gráficas em plano cartesiano, na qual observamos as oposições entre as classes.

O *ALCESTE* permitiu, na AFC, visualizar na forma de um plano fatorial, as oposições desencadeadas da Classificação hierárquica descendente, de acordo com a Figura 8 a partir das diferenciações entre os hospitais no plano fatorial, destacando-se assim, as suas particularidade perceber a projeção das variáveis atributos, e as quatro classes apresentadas. Destaca-se que os relatos estão compondo hospitais públicos e privados.

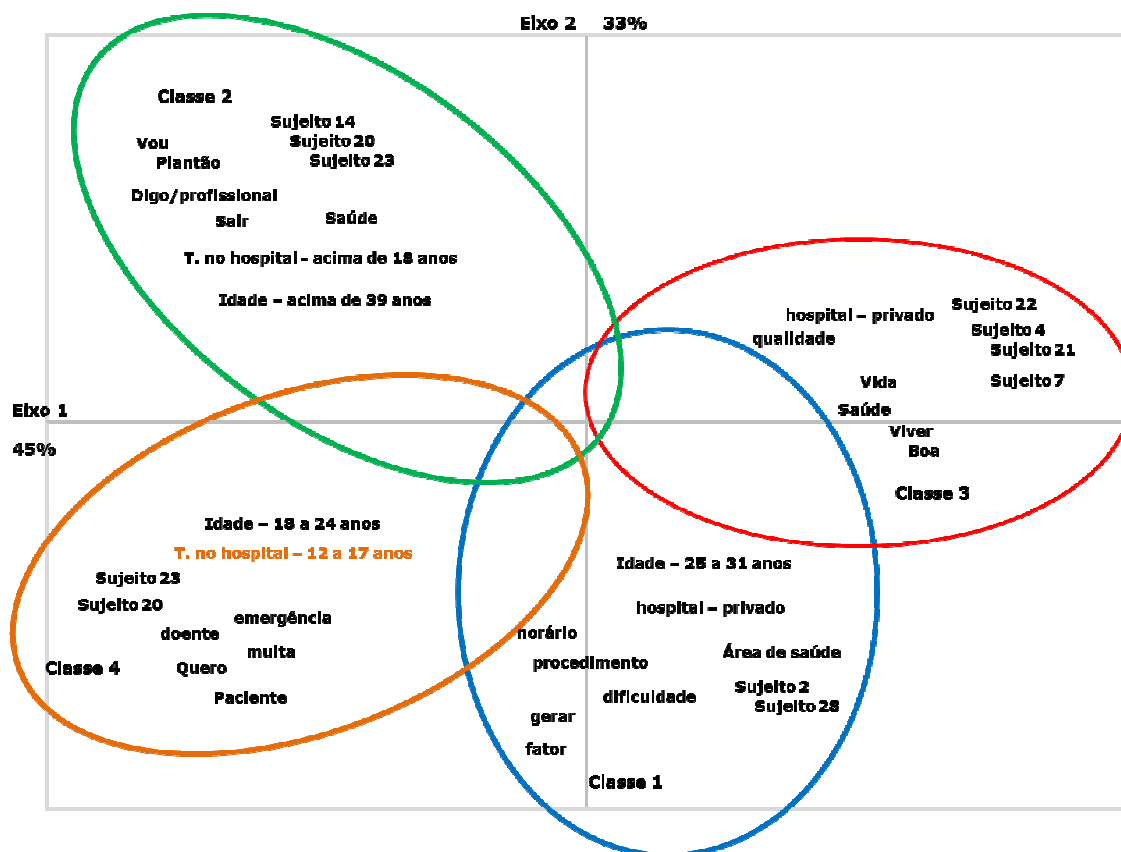


Figura 8 Análise Fatorial de Correspondência

Os resultados obtidos por meio da classificação hierárquica descendente, foram também analisados através da análise fatorial de correspondência, que resultou no plano fatorial apresentado na figura 8.

Nessa figura identificamos o traçado de dois eixos, que juntos explicaram 78% da variância total das UCE's, contendo as oposições entre as 4 (quatro) classes originárias.

No eixo 1, na linha horizontal, concentraram-se as classes 2 e 3, que explicaram 45% da variância total das UCE's. No lado negativo ou a esquerda do eixo 1, destacaram-se as palavras aglutinadas na classe 2 “relações conflituosas entre profissionais/ pacientes/ acompanhantes”. Por oposição, no mesmo eixo 1, no lado positivo à direita, encontramos as palavras com maiores cargas fatoriais compondo a classe 3 denominada de “dimensões da qualidade de vida”.

Com relação ao eixo 2, na linha vertical destacaram-se as classes 4 e 1, que explicaram 33% da variância total das UCE's. No plano inferior do eixo 2, no aglomerado da classe 4 nomeada de “fatores estressores”, emergiram as contribuições dos sujeitos da área de saúde. No mesmo plano posicionou-se também, a classe 1 denominada de “procedimentos e prática profissional”.

Quanto as características sociodemográficas dos profissionais estão assim dispostas, na classe 2 e 3 que tratam dos fatores estressores e a qualidade de vida, estão representados pelos profissionais da área de saúde, de hospital privado e que estão atuando no hospital a mais de 18 anos, com idade superior a 39 anos.

Nas classes 4 e 1, apresentam idade média de 25 anos, com tempo de atuação no hospital de 12 à 17 anos e, representam o hospital privado.

5.4. DISCUSSÃO PARCIAL DO ESTUDO 1

Este capítulo tem como foco desenvolver as discussões originárias dos resultados, apresentados anteriormente. O estudo em pauta teve como objetivo geral, *apreender as representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida, elaboradas pelos profissionais das áreas, administrativa e saúde em contexto hospitalar*. Para essa etapa cumpriu-se os três primeiros objetivos específicos *1- identificar o perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo, 2- analisar os diferentes campos semânticos associados aos estímulos indutores “qualidade de vida”, “estresse”, “prática profissional” e “eu mesmo” e, 3- Verificar os consensos e dissensos das representações sociais elaboradas pelos profissionais das áreas, administrativa e de saúde no contexto hospitalar*.

Como ponto de partida, iniciamos essa discussão interpretando o perfil sociodemográfico dos profissionais respondentes a esse estudo, associando os dados originários dos resultados com base na literatura. Em seguida, abordaremos os resultados processados pela técnica de associação livre de palavras-TALP, e por último, em construção, os resultados originados das entrevistas. Estima-se que tais objetivos tenham sido alcançados.

1- Perfil sociodemográfico dos participantes

Respondendo ao objetivo Identificar o perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo, a resposta ao questionário de dados sociodemográficos demonstraram que em sua distribuição de atuação, a grande maioria dos profissionais (75%) está vinculada a área de saúde. Os profissionais que trabalham diretamente com o cuidar no hospital são médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, corroborando com os estudos apresentadas por Calvo (2002), ao denotar que o negócio dessas organizações

hospitalares está focado no desenvolvimento de ações para o cuidar. Os profissionais de unidades administrativas respondem por 25% das ações estratégicas do hospital. Vale ressaltar que os hospitais são responsáveis por ações de assistência médica, constituído por unidades de saúde habilitadas para internações especializadas e por serviços ambulatoriais. A estrutura dos hospitais é complexa considerando as especialidades que oferecem, e em relação às especialidades do atendimento e à tecnologia adotada em seus procedimentos.

Quanto à faixa etária desse grupo, encontramos uma evidência mais estruturada nos profissionais que têm idade entre 32 anos até acima de 39 anos, o que representa 72,8% da amostra. Essa perspectiva alimenta o fato de que os contextos hospitalares priorizam profissionais com maior grau de experiência a fim de desenvolver a contento suas atividades. Ademais, esses profissionais estão no mercado oriundo de sua formação acadêmica e denotam domínio de suas competências, uma vez que o exercício diário nessas atividades do cuidar gera aprimoramento contínuo no seu desempenho (Landim, 2010; Magnago, 2010).

Os profissionais de saúde, no que se refere ao sexo, entre os participantes deste estudo, sobressaiu o número de mulheres (63%), quando comparado à quantidade de homens. Como afirma Santos (2010), esses profissionais executam atividades e atribuições vinculadas a normas e rotinas prescritas que estão em relação com sua formação profissional. Em função disso, agem em conformidade com as diretrizes, protocolos institucionais, leis e comportamentos profissionais mais internalizados. Nesse grupo notadamente as enfermeiras que são maiorias nesta profissão.

No tocante ao tempo de atuação no hospital, percebeu-se que a maioria (57%) dos participantes desenvolvem suas atividades dentro de uma faixa de 1 a 5 anos, denotando haver uma rotatividade funcional proveniente de uma estrutura produtiva

com excessiva carga de trabalho. O sofrimento no trabalho vem sendo investigado de forma mais profícua pela abordagem da psicodinâmica do trabalho. O sofrimento é inevitável. Ele pode ser transformado em cristividade e prazer ou em formas de adoecimento. A identidade pode ser fortalecida ou não, mas isto depende, segundo Dejours (2004), do reconhecimento do trabalho. O sofrimento, além de ter origem na mecanização e robotização das tarefas, nas pressões e muitas vezes nas imposições que a organização emprega em suas comunicações internas, desencadeiam desadaptação e dificuldades nas relações entre profissionais e clientes, comprometendo as atividades e o significado que o profissional determina, sentindo-se por vezes incapaz (Dejours, 2004). Essas concepções atribuem ao trabalho vivências concomitantes de desgaste e insegurança, fazendo-os mudarem de emprego quando se sentem com desânimo, cansaço, ansiedade e frustração, além de tensão emocional, sobrecarga de trabalho e estresse, corroborando com os estudos de Tamayo et. al. (2004).

Esses fatores estão alinhados quando perguntado aos participantes a qual hospital pertence 54% destes estão vinculados a hospitais privados, organizações que apresentam maior índice de rotatividade em seu quadro funcional. Este achado confirma vários estudos desenvolvidos no Brasil e em todo o mundo, como os relatados por (Tamayo et al., 2004; Zanelli, 2010).

Diante do exposto, pode-se afirmar que os dados sociodemográficos dos participantes deste estudo corroboram com os estudos desenvolvidos por Borges e Yamamoto (2004); Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004); Dejours (2007), de que os profissionais dedicam a maior parte da sua existência ao trabalho. Esta atividade representa um dos aspectos mais relevantes da vida pessoal, não somente pela quantidade de tempo a ela consagrada, mas pela significação psicossocial da mesma,

pois, o trabalho revela-se como um determinante fundamental do indivíduo, que não se separa dele.

2. Representação Social do Estresse ocupacional e da Qualidade de vida dos participantes.

Respondendo ao objetivo analisar os diferentes campos semânticos associados aos estímulos indutores “qualidade de vida”, “estresse”, “prática profissional” e “eu mesmo”, as representações sociais dos participantes deste estudo sobre o estresse e a qualidade de vida, advindos da Técnica de Associação Livre de Palavras-TALP, processadas pelo *software Tri-Deux-Mots* favoreceram a visualização dos campos semânticos, na medida em que delinearam a demarcação de palavras através da Análise fatorial de Correspondência. Com essa demarcação observamos a distribuição de vocábulos configurados por um conjunto de palavras que se desenharam através dos fatores (F1 e F2), que serão discutidos nesse item.

De acordo com os dados da figura 1 observou-se que a junção dos dois eixos representados pelos fatores (F1 e F2) responderam explicativamente 68% da variância total das respostas emitidas pelos participantes. Os dados demonstraram parâmetros estatísticos com consistência interna, bem como fidedignidade esperada como apontam as pesquisas desenvolvidas pela teoria das representações sociais (Coutinho & Saraiva, 2011; Nóbrega & Coutinho, 2003).

O Fator 1 (F1) eixo horizontal em vermelho, representou a maior carga fatorial, explicando em 43,3% da variância total das respostas dos participantes. Para esse fator, destacam-se no lado esquerdo em vermelho, as evocações que emergiram dos profissionais que atuam na área administrativa, objetivaram o estresse pelos elementos relacionados ao *trabalho, irritação, doença e falta de motivação*. Desse modo,

percebeu-se pelas palavras destacadas no fator 1 (F1), que as representações apresentadas são ancoradas nas relações fisiológicas, psicológicas e comportamentais.

Analisando as representações desses achados encontram-se respaldados na abordagem teórica do estresse ocupacional, que dá ênfase na reação das pessoas aos estressores que permitem a identificação e a classificação de consequências do estresse no trabalho, uma vez que quem decide se um fator laboral é um estressor é o próprio indivíduo, como ele o interpreta, pela sua própria vulnerabilidade e condição para sua execução. Nessa direção, os relatos apresentados por Tamayo et al. (2004), apontam quatro categorias de estressores que estão associados a exigência e expectativas do papel; exigências do trabalho e características das tarefas; e fatores extra-organizacionais. Dessas categorias podemos destacar as exigências do trabalho e características das tarefas desenvolvidas, envolvendo concentração e responsabilidade quanto ao domínio de suas atribuições, uma vez que trabalham com sistemas de controle e indicadores de saúde que são auditados e avaliados pelos órgãos reguladores federais.

Por outro lado, as exigências e expectativas do papel, representado pelos profissionais que atendem na recepção e emergência, locais de vulnerabilidade e enfrentamento com comportamentos diversos dos pacientes e familiares, enfrentam desafios que incorrem muitas vezes em condutas agressivas. Esse processo leva a uma sobrecarga de atendimento, gerando conflitos relacionais que muitas vezes, aliados aos fatores organizacionais deficientes, influenciam também, no clima e na conduta de ação (Marques & Abreu, 2008).

No eixo direito, inversamente ao campo semântico anterior a direita do Fator 1 (F1), apresentam-se as elaborações dos profissionais de saúde indicando que, para o estímulo indutor “*qualidade de vida*” emergiu a expressão ser *responsável*. Enquanto

elemento pertencente ao campo representacional dos profissionais de saúde, vale ressaltar que a OMS (1995) define qualidade de vida como a maneira pela qual a pessoa percebe o lugar que ocupa no contexto cultural e no sistema de valores em que vive, bem como em relação com seus objetivos, expectativas, critérios e preocupações. Dessa maneira, a qualidade de vida representa o desenvolvimento de hábitos saudáveis, o enfrentamento com responsabilidade das tensões cotidianas, a consciência dos impactos que os fatores ambientais provocam o desenvolvimento permanente de buscar o seu equilíbrio interior, e também, nas relações com os outros profissionais que compõem seu contexto de trabalho. A qualidade de vida para Zanelli (2007), quando restrita ao ambiente de trabalho, envolve a busca constante da responsabilidade frente as condições de atuação, a segurança, a participação nas decisões, possibilidades de desenvolvimento profissional e pessoal.

Quanto ao estímulo indutor “estresse ocupacional”, foi associado à *fadiga* e *briga*, aspectos relacionados às vivências e experiências desenvolvidas diariamente. O desequilíbrio entre as exigências do trabalho, necessidades e expectativas pessoais abre caminho para o desgaste físico que leva a fadiga física e incorre em questões emocionais (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004; Grandjean, 2005; Guimarães & Freire, 2004; Gutierrez & Almeida, 2006; Swan, Moraes & Cooper, 1993; Tamayo et al., 2004; Zille & Zille, 2010). O ritmo e carga de trabalho têm aumentado excessivamente nos hospitais, simultâneo à solicitação de maior participação e procedimentos emergenciais que deixam mensagens subjacentes de falta de confiança dos pacientes na equipe de saúde.

No processo produtivo, em que o profissional transforma e é transformado o trabalho como ação humanizada, impõe assimilações relacionadas aos aspectos fisiológicos, morais, sociais e econômicos, conforme concepções propostas por Zanelli

et al.(2010). Cada setor do hospital constitui um subsistema organizacional e social específico, com seus interesses grupais constituídos, suas normas e sua maneira peculiar de ser, correspondendo aos sistemas abordados pela literatura quando da análise do contexto organizacional (Robbins, 2009).

Villalobos (2004) considera que os fatores do trabalho representam um conjunto de percepções e experiências acerca de suas ações, ou seja, consistem em interações entre o trabalho, o ambiente laboral, as condições da organização e as características pessoais do trabalhador, suas necessidades, a cultura, as experiências, o estilo de vida e sua percepção de mundo. Por essas razões, esses profissionais que atuam na área de saúde, revelam uma tendência à escassez, muitas vezes, de seus contatos sociais positivos, desencadeando por vezes, conflitos e frustrações que se estabelecem nesse processo, provocando desentendimentos e até briga, como foi evocado pelos participantes.

Santos (2010) explica que proveniente das pressões de produzir diariamente sob demanda de trabalho, o corpo médico, o corpo de enfermagem e demais profissionais da saúde que integram esse grupo, busca corresponder, sejam pelas exigências da tecnologia que aumenta o volume e ritmo de trabalho, ou até, pela própria arquitetura psicossocial embalada no ambiente profissional a fim de atingirem suas metas de trabalho.

Como resposta ao estímulo indutor “prática profissional”, foi ressignificada como *conhecimento, amor, lavar, ética e confiança*. Quando as atividades de trabalho são dotadas de sentido ou significado coerente com o conjunto de valores que é peculiar ao profissional, a prática de trabalho pode ser vista como significativa e com potencial emancipador. Ao tempo em que esses profissionais objetivaram o estresse como fadiga e briga nesse estímulo as ancoragens são expressas pelos elementos que favorecem uma

perspectiva de perceber suas ações como efetivas, e quando existe um compromisso entre o sofrimento e a luta individual e coletiva entre os profissionais, sendo visto como saudável, não uma adaptação, mas o enfrentamento das imposições e pressões do trabalho que causam a instabilidade psicológica tem lugar, portanto, o prazer quando as condições geradoras desse sofrimento apontado anteriormente, podem ser transformadas, como apontam os estudos de Tamayo et al. (2004).

A “prática profissional” ancorada nessa perspectiva corrobora ainda, com os estudos de Peiró e Prieto (1996) ao enfatizar que o novo cenário mundial tem destacado que o mercado está requerendo novos tipos de trabalhadores, sendo traçado novos desafios na formação e na capacitação desses recursos humanos nos contextos hospitalares, exigindo que os profissionais busquem atualizarem-se por meio de novas concepções e competências para o exercício de suas práticas e atividades laborais.

As representações se tornam tangíveis para esses profissionais já que acreditam em sua existência e reconhecem os procedimentos necessários para uma aplicação prática de sua conduta profissional. A representação social não é apenas a expressão simbólica da realidade como sua via de acesso, deriva da atividade do indivíduo e a direciona. Ela é simultaneamente produto e processo. Na perspectiva da teoria das representações sociais o foco é o senso comum, a maneira como esses profissionais ancoram sua prática profissional ao se apropriarem de forma inventiva do mundo, essas ancoragens situaram-se nos aspectos organizacionais, conjunturais e relacionais, além dos subjetivos, que envolvem esse processo como pode ser confirmado com os estudos de Ribeiro et al. (2007).

No que se refere a prática profissional, ancorada na perspectiva psicológica, como apontam Zanelli et al. (2010); Santos (2010) e Pitta (2003), o trabalho com suas práticas é uma categoria central no desenvolvimento do conceito que esses profissionais

fazem de si mesmo, ao ressignificarem com a conduta da ética e da confiança no fazer prático. Esse resultado reporta para a perspectiva de que o trabalho, da forma como é praticado, influencia as aspirações e o estilo de vida, quando colocado entre as atividades mais relevantes, e de alguma maneira, firma-se como a principal fonte de significado na construção da vida desses profissionais. Em suma, a prática profissional é um elemento forte na construção das representações sociais desses profissionais que convivem bem consigo mesmo, acreditam em si e no outro, e sentem-se dignos em suas atividades praticando-as com ética.

Lançar mão da teoria da representação social para a compreensão do universo semântico representado pelo estímulo indutor “eu mesmo”, objetivado na palavra feliz, configura-se como elo entre as interfaces do processo que envolve a prática profissional, ressaltando-se uma imagem positiva a partir de aspectos mais afetivo-emocional. Pode-se inferir que esses profissionais se descrevem reforçando positivamente seu autoconceito e sua autopercepção, visto que os mesmos se encontram em um contexto de trabalho desfavorável a essa objetivação, encontrando formas de superação diante dos desafios que enfrentam no seu dia-a-dia laboral.

Ao se considerar feliz, denota uma imagem positiva de si mesmo, fator que vem sendo corroborada com os achados de Watson e Clark (1984), sobre as disposições afetivas ligadas a faceta da afetividade positiva, caracterizada por uma disposição individual de vivenciar estados emocionais positivos, como felicidade, alegria, bom humor, entusiasmo e confiança. Connolly e Wiswesvaram (2000) em revisão sobre o estudo concluem existir uma relação direta entre a afetividade positiva e a satisfação no trabalho. Verificamos, assim, que os profissionais que atuam na área de saúde com autoconceito mais positivo manifestam-se de forma mais favorável em suas evocações, apresentando conseqüentemente maior satisfação em sua execução de trabalho.

Tendo em vista o exposto, acreditamos que o estudo das representações sociais fornece-nos um campo fértil para a aquisição de conhecimento, interpretação e reflexão sob diferentes olhares, valores, interesses, posições e práticas que circulam entre os profissionais que atuam em contextos hospitalares.

Verifica-se, ainda, no Fator 1 (F1), que as representações sociais para os profissionais da área administrativa acerca da “qualidade de vida” estão associadas a salário, saúde e harmonia familiar. Ancorando-as nas dimensões material, orgânica e psicoafetivas. Nos estudos de Gonçalves e Vilarta (2004) e Nahas (2003) os conceitos relacionados à qualidade de vida, saúde total, bem-estar e estilo de vida saudável, apresentam dimensões e componentes interligados entre si. Essas dimensões são descritas como social, emocional, física, mental ou intelectual e espiritual. Considerando as representações elaboradas pelo grupo da área administrativa identificamos que esses resultados são explicados a partir dessas dimensões. A harmonia familiar integrada à dimensão psicoafetiva e social trata da convivência entre os familiares, como os processos se desenvolvem, qual círculo de amizade pertencem e qual a importância que essa estrutura contribui para a manutenção dessa harmonia.

As representações sociais são conjuntos práticos e dinâmicos cujo *status* é o de uma produção, e não reprodução ou reação a estímulos exteriores, mas a utilização e seleção de informações, originadas nesse contexto familiar a partir de repertório circulante na sociedade, são destinadas à interpretação e à elaboração do real (Coutinho & Franken, 2009). Assim como afirma Moscovici (2003) representar um objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas em reconstruí-lo, retocá-lo e modificá-lo. As representações que esses profissionais da área administrativa constroem acerca do construto qualidade de vida encontram-se imersas

nesse movimento contínuo de comunicação que são expressos e materializados nas suas atitudes e comportamentos.

A perspectiva evocada do salário ancora-se nos cenários de um mundo moderno e capitalista que se apresenta muito evidente e decisivo na vida das pessoas, uma vez que para se viver em um mundo competitivo, como afirmam Cooper (2005); Coutinho e Franken (2009); Garbin (2006); Gutierrez e Almeida (2006); Minayo, Hartz e Buss (2000); Robbins (2009); podem ser considerado possuidor de uma vida de qualidade.

Para esses participantes a qualidade de vida contribui para mobilizar o interesse para poder desfrutar de uma saúde satisfatória geradora de interações sociais e sentimentos de bem-estar, revelando que há uma percepção positiva quanto a representação social da qualidade de vida na interação com os aspectos familiares e de manutenção. Esses resultados corroboram os estudos de Minayo, Hartz e Buss (2000) e Vilarta (2004) que destacam a multidimensionalidade desse construto, que envolve em suas percepções valores não materiais, e materiais. O primeiro, representado pela harmonia familiar e a saúde; o segundo, pela satisfação das necessidades mais elementares da vida humana, como a sobrevivência através dos proventos salariais. É importante acrescentar que esses elementos têm como referência noções relativas à busca do conforto e de realização pessoal.

Tomar conhecimento acerca das representações emanadas pelos profissionais da área administrativa sobre a qualidade de vida oferece possibilidades para garantir um planejamento e implementações de medidas estratégicas de melhoria das condições de trabalho, oportunizando impactos nas ações por eles desenvolvidas.

No Fator 2 (F2) situado no eixo vertical em azul no plano superior, os campos semânticos foram elaborados pelos profissionais do sexo masculino. Para eles “qualidade de vida” foi objetivada por *atividades físicas, bem-estar, lazer e paz*.

A conotação de se dividir o construto qualidade de vida em esferas de percepções denota o esclarecimento quanto à problemática da multidisciplinaridade que a envolve. Ao considerar essa objetivação, Almeida (2012) destaca que se faz necessário definir fronteiras de abrangência da qualidade de vida, sendo recomendado especificar o campo em que se encontra esse construto, uma vez que estamos envolvidos com o contexto hospitalar, espaço de ocupação desses profissionais. A qualidade de vida seria um híbrido biológico-social mediado por condições mentais, ambientais e culturais como destacado por Minayo, Hartz e Buss (2000). Essas objetivações também se apoiam na esfera objetiva da percepção sobre a qualidade de vida, pois opera sobre a garantia e satisfação das necessidades elementares e necessárias à vida do indivíduo, como alimentação, habitação, trabalho, saúde e lazer (Minayo, 2010).

Se vincularmos essa perspectiva objetiva a indicadores será mais facilmente compreendida, pois estão associados a três ordens de fatores como destacados por Gonçalves e Vilarta (2004). O primeiro, ligado a aquisição de bens materiais; já o segundo a avanços educacionais; e o terceiro a condição de vida.

Por outro lado, as ancoragens representativas também estão vinculadas as percepções subjetivas da qualidade de vida, uma vez que esses profissionais envolvem suas escolhas às expectativas que desejam quanto as dimensões de sua qualidade de vida. Essas escolhas determinam seu estilo de vida, que se representam pelos hábitos, os relacionamentos familiares, profissional e social, sendo essas condutas desencadadas pelos concorrentes ao bem-estar, lazer, alimentação equilibrada, bem como atividades físicas que promovem o cuidado preventivo, evidenciados por Gonçalves (2004). Ainda, nessa direção, Minayo (2010) destaca que o amor, a felicidade, solidariedade, paz e realização

peçoal, são valores que estão associados como componentes dessa esfera subjetiva da qualidade de vida.

O estresse para esse grupo foi objetivado pela expressão trânsito, correria, dificuldade de acesso rápido ao trabalho e de volta a casa. Situação de conflito do indivíduo com o seu ambiente externo produzem transformações funcionais, prejudicando seu desempenho na aplicação de suas atividades laborais. Se esses conflitos, a exemplo de como enfrentar o trânsito diariamente, são para o profissional um motivo de sofrimento, a sua persistência pode ocasionar lesões orgânicas, evidenciando-se, assim, a dimensão psicossocial, uma vez que os fatores que compõem essa dimensão dizem respeito à interação entre os aspectos do ambiente de trabalho ou externos a ele, trânsito, e características do próprio indivíduo, relacionados a efeitos sobre saúde e desempenho, esses aspectos são corroborados com os estudos e pesquisas desenvolvidas por Sauter (2005).

O estímulo indutor ‘prática profissional’ não alcançou carga fatorial suficiente. Já o estímulo “eu mesmo” foi objetivado pela palavra *amigo*. Neste cada indivíduo se situa no universo social e material de acordo com a sua organização interior, sua representação social de que faz desse universo (Moscovici, 1978). Ao representar *amigo*, esses profissionais não produziram unicamente suas próprias ideias e imagens, transmitiram seu comportamento elaborado em outros espaços, demonstrando ser amigo de variadas maneiras, segundo regras do seu ambiente social.

A objetivação como destaca Nóbrega (2003), consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornando visível e físico o impalpável, transformando em um objeto particular e único o ser *amigo*. O objeto representado e o conceito objetivado tornam-se intercambiáveis. A objetivação, portanto, se desenvolve a partir da construção seletiva, a esquematização estruturante e a neutralização.

No processo de construção seletiva, como afirma Nóbrega (2003) os profissionais em geral se apropriam de determinantes conhecidos, sendo formas de como melhor conduzir as relações sociais, empregando um estilo mais amigável e socializante, uma vez que o espaço ocupacional hospital, dissocia essa prática em virtude do ritmo frenético que envolve as relações interpessoais entre os grupos, contrariando assim, a esquematização estruturante, forma mais significativa para auxiliar e ajudar os colegas e pacientes nas suas atividades, unindo-se com os elementos que favorecem a ação, buscando construir um ambiente mais social.

3. Representação Social do Estresse ocupacional e da Qualidade de vida dos participantes. -ALCESTE

Respondendo ao objetivo “verificar os consensos e dissensos das representações sociais elaboradas pelos profissionais das áreas, administrativa e de saúde no contexto hospitalar”.

A análise lexical padrão das 30 (trinta) entrevistas dos profissionais das áreas administrativa e da saúde, fez emergir o dendrograma da distribuição das classes, permitindo visualizar os agrupamentos realizados a partir da análise hierárquica descendente gerando um agrupamento de 4 classes. O resultado das 4 classes temáticas nos fez inferir que os profissionais da amostra, para apreenderem as representações sociais acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida, lançaram mão de várias categorizações, que de acordo com Moscovici (2009) consistem na apropriação de uma teoria do senso comum.

Os contextos temáticos das classes 1,4 e 2 são resultantes, de uma partição do bloco comum, o que abrange significados representativos do contexto de trabalho dos profissionais, sendo assim, denominada como “ambiente hospitalar”. Neste

agrupamento estão traduzidas as representações dos profissionais caracterizadas pelas “práticas de trabalho e fatores estressores”, que se subdividiu nas classes 1 denominada de “procedimentos e práticas de trabalho” e, a classe 4 “fatores estressores”. Tais nomeações corroboram com os estudos de Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004); Gutierrez e Almeida (2006); Tamayo et al.(2004); Zille e Zille (2010).

Estes resultados foram apreendidos a partir da interação entre um objeto representado socialmente pelos profissionais da amostra, e o conhecimento proveniente do senso comum. Nesta perspectiva, as classes temáticas e suas denominações originaram um direcionador, diante do qual se possibilitou apreender as representações sociais elaboradas pelos profissionais das áreas administrativa e da saúde acerca do estresse ocupacional. O senso comum identificado no discurso desses profissionais encontra evidências empíricas relatadas nos estudos e pesquisas desenvolvidas por, Folkman e Lazarus (1980); Lipp e Tanganelli (2002); Miguel e Noronha (2007); Moscovici (2010); Reis, Fernandes e Gomes (2010); Silva Junior e Ferreira (2007); Zanelli (2007); Zille e Zille (2010).

As pesquisas de Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004); Lipp (2010); Reis, Fernandes e Gomes (2010); Tamayo et al. (2004), validam os resultados onde caracterizam o estresse ocupacional como o resultado de relações complexas entre condições de trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador, nas quais a demanda de trabalho excede as habilidades do trabalhador para enfrentá-las, quando estão no exercício de suas práticas e procedimentos de trabalho. Ainda, citam em seus estudos, três fatores que podem contribuir para o desencadeamento do estresse ocupacional. Um dos fatores seria a globalização da economia, e com isso uma crescente pressão de competição, encurtamento de ciclo produtivo e necessidade de inovações tecnológicas, exigindo que o profissional se adapte a essas inovações e

estratégias de execução em suas atividades. Um segundo seria o acúmulo de exigências que levam a um esforço mental e, conseqüentemente, às situações estressantes. E por fim, jornadas de trabalho, se encontram cada vez mais alteradas (flexibilidade de horários, intensificação de trabalho) com os turnos, os hospitais atendem demandas elevadas e com ritmos e volumes ampliados, tais alterações remetem ao estresse, que representa a resposta generalizada do organismo às exigências que se impõem no ambiente de trabalho. Tais aspectos envolvem questões de amplitude social e organizacional, destacando os contextos hospitalares, como geradores de estresse ocupacional.

A classificação hierárquica descendente agrupou as classes 1 e 4, denotando uma proximidade entre seus elementos de conteúdo temático, denominadas de “prática de trabalho e fatores estressantes”.

Os elementos integrantes da classe 1, abordam os “procedimentos e práticas de trabalho” desenvolvidos pelos profissionais. As falas registradas assinalaram para a existência de um senso comum entre os profissionais, revelando uma compreensão quanto ao alcance dos construtos. Os profissionais abordaram essa temática destacando as condições pelas quais os procedimentos e práticas no trabalho são desenvolvidas, bem como as regras e condutas próprias, que por vezes, não são cumpridas pelos profissionais ocasionando retrabalho e desgaste na sua execução, sendo objetivadas pelas expressões “gerar”, “perguntar”, “dificuldade”, “horário”, “fator”, “procedimento”, “parar” e “acarretar”, que revelam condutas de sobrecargas e tensões decorrentes dos processos que envolvem as atividades inerentes ao trabalho. Concepções ancoradas nas dimensões do comportamento organizacional e da visão biopsicossocial.

O comportamento dos profissionais e dos grupos aos quais eles pertencem e da estrutura organizacional é altamente sensível e faz a diferença desde os princípios produtores da qualidade até os resultados almejados. As raízes das teorias de administração buscam o esforço de construir processos e procedimentos de trabalho respeitando e integrando expectativas, necessidades e características humanas. A concepção biopsicossocial, no ambiente de trabalho, dá suporte a uma atitude ética nas exigências da condição humana. A atitude ética deve ocorrer desde a identificação, eliminação, neutralização até o controle dos riscos ocupacional no ambiente físico. A visão biopsicossocial integrada ao trabalho norteia os padrões de relações de trabalho, carga física e mental requeridas para cada atividade desenvolvida. Do ponto de vista social, essa visão desperta maior clareza nas questões políticas, nos processos de liderança e de poder formal, enfim, desde o significado do trabalho em si até o processamento dos relacionamentos e satisfação dos profissionais no seu dia-a-dia.

Essas ações levam a posturas passivas, e por vezes, de submissão em virtude das exigências que são determinadas pelos elementos geradores de um maior volume e ritmo de trabalho, principalmente entre os profissionais da área de saúde, que por atenderem demandas elevadas, têm que empregar um ritmo divergente de seu padrão constitucional de desempenho. Caracterizam-se por conotações de ação, amparadas por uma dimensão atitudinal presente numa representação social como destaca Jodelet (2009). Nas falas dos profissionais o senso comum constituído socialmente envolve a totalidade de imagens, expressões, valores e pensamentos que norteiam esses procedimentos e práticas de trabalho. Esses resultados corroboram com a visão de (Grandjean, 2005; Guimarães & Freire, 2004; Gutierrez & Almeida, 2006; Swan, Moraes & Cooper, 1993; Tamayo et al., 2004; Zille & Zille, 2010). O ritmo e carga de trabalho têm aumentado excessivamente nos hospitais, simultaneamente à solicitação de

maior participação e procedimentos emergenciais que deixam mensagens subjacentes de falta de confiança dos pacientes na equipe de saúde.

Por outro lado, a classe 4 denominada de “fatores estressores”, no mesmo bloco temático, verificou-se a origem dos processos de enfrentamento no lidar com as situações rotineiras, diante dos conflitos acarretados pelos pacientes em seus processos de doenças, sejam graves e ou acometidos de fatores crônicos que sofrem, desejam e querem ser atendidos de imediato. Evidenciou-se o sofrimento e a tensão revelada pelos profissionais no enfrentamento dessas situações que por vezes são frequentes, causando no grupo de trabalho, práticas inadequadas, conflitos nas relações interpessoais, que se constituem em fatores estressores como apresentados nos estudos de Kahn e Byosiere (1992), que concebem ações recíprocas entre percepção, antecedentes organizacionais, estressores da vida organizacional, respostas e consequências do estresse, características do indivíduo e propriedade da situação, consideram ainda, o estresse ocupacional como um processo decorrente de eventos organizacionais ou do trabalho.

As objetivações se associaram com “paciente”, “grave”, “doente”, “organismo”, “sofrer”, “querem”, “muita”, “chegar”, “emergência” e “tranquilidade” essas palavras representativas possuíram altas cargas fatoriais, indicando fatores estressores nas falas dos profissionais, o que colabora para a afirmação de que o contexto hospitalar é gerador de estresse ocupacional. Estão ancorados nas esferas fisiológicas, comportamentais e psicoafetivas, ocasionando desgaste na realização das tarefas, bem como entraves nos relacionamentos.

Nos relatos das entrevistas a ausência de liderança, considerada por vezes omissa, principalmente no hospital público, provoca desalinhamento nas tarefas, a responsabilidade é transferida para o grupo causando descontentamento e desamparo. Por esta razão, pode-se afirmar que as representações sociais do estresse ocupacional

elaborada pelos profissionais do hospital público, consistem numa interpretação coletiva do modelo organizacional público, onde os processos de liderança não são efetivos, gerando conflitos psicossociais, quer na conduta de execução das atividades, quer no manejo das relações, quer na concretização da rotina de assistência aos pacientes. As ancoragens estão potencializadas na abordagem psicológica do estresse e nos fatores organizacionais, que se expressam através do clima organizacional, do modelo de liderança gerencial, da estrutura organizacional e do sistema de comunicação, que se associam aos estudos de Beehr e Newman (1978), Cooper e Cartwright (2001), Lipp (2010), Miguel e Noronha (2007); Silva Junior e Ferreira (2007).

As representações sociais dos profissionais acerca do estresse ocupacional ancoradas nas dimensões apresentadas precisam ser observadas quanto a sua persistência na situação gerando sobrecarga intensa e constante de trabalho aliada a ausência de ações da gestão organizacional que comprometem a saúde dos profissionais. De maneira geral, as condições inadequadas de trabalho no contexto hospitalar, levam a agravos à saúde, que podem ser de natureza física e psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta. A interação trabalho-família acentuada pela diminuição progressiva da fronteira entre o trabalho e a família ocasionando desestruturação no ambiente familiar, como verbalizado pelos profissionais durante as entrevistas, corrobora com os estudos de Cooper e Cartwright (2001) quando apontam a existência de seis fontes de estressores organizacionais, destacando-se aqui a interação trabalho-família.

A classe 2, denominada de “relações conflituosas entre profissionais, pacientes e acompanhantes”, encontra-se na mesma partição das classes 1 e 4, apresentando um certo distanciamento. Pode-se inferir que essas relações conflituosas ocorrem no espaço hospitalar, onde emergem as vivências que se estabelecem no cumprimento do papel do

profissional da saúde, que lida com o cuidar, atravessado de atores, pacientes e acompanhantes, que compõem o quadro do adoecimento. Esses atores exigem e requerem atenção e prontidão, por parte dos profissionais, nas suas necessidades. Sendo assim, as representações sociais estão objetivadas em “vou”, “tentar”, “digamos”, “plantão”, “final”, “limite” e “fazer”, revelando o compromisso em atender as demandas originárias desses atores.

No entanto, essa assistência e ou atendimento se processa em etapas que envolvem procedimentos exigindo-se cumprir rigorosamente cada conduta e, por outro lado, os atores que desejam, exigem e querem um imediato atendimento, acarretam comportamentos geradores de tensão por parte dos profissionais.

Os resultados encontrados nessa classe indicaram que esses profissionais carregam através de suas objetivações acerca do estresse ocupacional, condutas que podem interferir efetivamente no manejo de suas responsabilidades diárias, obstaculando a assertiva nos processos, dificultando que por força da tensão constituída e da falta da liderança mais eficaz, principalmente no hospital público, vários entraves.

Essas evidências se associam aos estudos desenvolvidos por Pitta (2003); Staccara e Tróccoli (2004); Zanelli (2004); Tamayo, et al. (2004); Lipp (2008).

A classe 3 denominada de “dimensões da qualidade de vida”, objetivou seu contexto temático através das palavras “vida”, “qualidade”, “saúde”, “vivência”, “alimentar”, “gostar”, “lutar” e “lazer”. E, estão ancoradas nas dimensões, psicológicas de sobrevivência e socioambientais. A perspectiva de buscar melhorias através dos manejos de aspirações e realizações em suas falas para associar a qualidade de vida a uma conquista pessoal restrita a suas conquistas, seus movimentos de encontrar razões para efetivar um repertório de condutas saudáveis, tornando-se ativos e integrados às suas exigências profissionais. Ir à busca de objetivações palpáveis que

possam garantir uma vida mais saudável que gere suporte a carga e sobrecarga no trabalho é o grande desafio.

As ações individuais frente à própria vida do profissional denotam as suas percepções subjetivas, envolvendo as escolhas e às expectativas que deseja quanto aos estados de sua qualidade de vida. O seu estilo de vida, que se representa pelos hábitos adquiridos e adotados pela vida, os relacionamentos desenvolvidos no contexto familiar, profissional e social, desencadeiam elementos concorrentes ao bem-estar pessoal, refletindo as atitudes, valores pessoais, controle do estresse, e alimentação equilibrada, e o favorecimento das afiliações em seus relacionamentos com os outros, como apontam os estudos desenvolvidos por Gonçalves (2004) e Minayo et al. (2000).

**CAPÍTULO VI – ESTUDO 2: CORRELAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL E
QUALIDADE DE VIDA**

6.1. INTRODUÇÃO

O surgimento de enfermidades associadas às mudanças introduzidas no mundo do trabalho é apontado com destaque nas produções científicas, principalmente nas últimas décadas, incorrendo em um aumento de casos de doenças, como por exemplo, o estresse ocupacional relacionado ou agravado, por vezes, pelo exercício das atividades laborais (Murofuse, Abranches & Napoleão, 2005).

As condições e organização de trabalho podem, também, ser fonte de sofrimento e adoecimento quando não oferece meios favoráveis para seu desenvolvimento (Murta & Tróccoli, 2004). Essa situação leva ao estresse ocupacional, definido como o estado emocional mediado pelas discrepâncias então associadas ao grau de exigências do trabalho e aos recursos disponíveis para gerenciá-lo.

Paschoal e Tamayo (2004) conceituam estresse ocupacional como um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exercer sua habilidade de enfrentamento, provocam reações negativas. Os efeitos do estresse ocupacional excessivo e contínuo não se limitam apenas, ao comprometimento da saúde, pode, além disso, desencadear o acometimento de várias doenças, proporcionar um prejuízo para a qualidade de vida.

De acordo com Couto (2000), o estresse ocupacional interfere na qualidade de vida modificando a maneira como o indivíduo interage frente a seu contexto social de vida. Essa relação entre estresse e qualidade de vida, vem recebendo atenção de pesquisadores, como já mencionado anteriormente. O conceito de qualidade de vida está sendo utilizado nos campos da saúde e do trabalho a fim de analisar variáveis que se nos apresentam em vários contextos de trabalho e social, que possam sofrer intervenções através das políticas de saúde e de estratégias de gestão organizacionais (Souza & Figueiredo, 2004).

6.2. DELINEAMENTO E HIPÓTESES

O presente estudo se pauta em um delineamento correlacional, considerando medidas de natureza *ex post facto*. Embora o propósito seja investigar o nível de estresse ocupacional na qualidade de vida dos profissionais com prática no contexto hospitalar, não se trata de estabelecer causas e efeitos, mas fixar relações de precedência no espaço, de modo a relacionar os níveis de estresse na qualidade de vida. Nesse sentido foram elaboradas as seguintes hipóteses alternativas:

H1 – Os profissionais que atuam nos hospitais públicos denotam um maior nível de estresse ocupacional em detrimento aos hospitais privados;

H2 – Espera-se encontrar diferença entre os níveis de estresse ocupacional em relação ao sexo;

H3 – Espera-se encontrar diferença entre os profissionais da área administrativa e de saúde com relação às dimensões da Qualidade de Vida;

H4 – Espera se encontrar diferença entre os profissionais que atuam em hospitais públicos e privados em relação as dimensões da Qualidade de Vida.

Objetivo Geral

Avaliar o nível de estresse ocupacional e da qualidade de vida dos profissionais que atuam nas áreas, administrativa e saúde no contexto hospitalar.

Objetivos Específicos

1. Identificar o perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo;
2. Investigar a relação do estresse ocupacional com a qualidade de vida.
3. Verificar o efeito do estresse ocupacional na qualidade de vida dos profissionais que atuam no hospital;

4. Comparar o estresse ocupacional dos profissionais no contexto hospitalar em relação ao tempo de atuação no hospital.

6.3. MÉTODO

6.3.1. TIPO DE PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa de campo de cunho exploratório e descritivo com uma abordagem quantitativa. De acordo com Creswell (2010) a pesquisa exploratória objetiva, em geral, promover o entendimento de uma situação para a tomada de consciência. Para Gil (2008) as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

6.3.2. AMOSTRA

Fez parte deste estudo, outros 240 (duzentos e quarenta) profissionais que atuavam nas mesmas instituições hospitalares do estudo anterior, sendo a maioria (64,6%) do sexo feminino, com idade variando de 17 a 74 anos ($M = 34,8$; $DP = 10,16$).

6.3.3. INSTRUMENTOS

Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref).

O WHOQOL-*bref* é um instrumento genérico de qualidade de vida, desenvolvido pelo *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL, 1998) composto de 26 questões pertinentes à avaliação subjetiva do indivíduo em relação aos aspectos que interferem em sua vida (Anexo 7). Das 26 questões, duas questões retratam o domínio geral, e as demais estão distribuídas em cinco facetas, no WHOQOL-*bref*. Cada uma dessas facetas é avaliada por apenas uma questão (Fleck et al. 2000).

Por se tratar de um construto multidimensional, este instrumento de medida da qualidade de vida abrange quatro domínios, a saber: Físico ($\alpha = 0,84$); Psicológico ($\alpha = 0,79$); Relações Sociais ($\alpha = 0,69$); Meio Ambiente ($\alpha = 0,71$) tendo sido adaptado/validado para o contexto Brasileiro por Fleck et al. (2000). Este instrumento pode ser respondido através de uma escala do tipo *Likert*, que apresenta cinco alternativas variando de 1 a 5 pontos. Quando da análise, os itens 03, 04 e 26 foram invertidos de forma que, quanto maior o escore maior o índice de qualidade de vida.

Tabela 6. Domínios e Facetas do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS	FACETAS
Geral	Q01. Auto avaliação da qualidade de vida Q02. Auto satisfação da saúde
Físico	Q03. Dor e desconforto Q04. Necessidade de tratamento Q10. Energia e fadiga Q15. Mobilidade Q16. Sono e repouso Q17. Capacidade de desempenhar tarefas do dia-a-dia Q18. Capacidade laboral
Psicológico	Q05. Aproveitamento da vida Q06. Sentido de vida Q07. Capacidade de concentração Q11. Aceitação da imagem corporal Q19. Satisfação consigo Q26. Sentimentos negativos
Relações Sociais	Q20. Relações pessoais Q21. Atividade sexual Q22. Suporte (Apoio) social
Meio-Ambiente	Q08. Satisfação da vida diária. Segurança física e proteção Q09 Ambiente físico Q12. Recursos financeiros Q13. Disponibilidade de informação Q14. Atividade de lazer Q23. Condições de habitação Q24. Acesso a serviços de saúde Q25. Transporte

Escala de Estresse no Trabalho (EET).

A Escala de Estresse no Trabalho (EET) (Anexo 6) foi desenvolvida e validada por Paschoal e Tamayo (2004). Os 23 itens da EET foram elaborados a partir de análise da literatura sobre estressores organizacionais de natureza psicossociais e sobre reações psicológicas ao estresse ocupacional, assumindo uma consistência interna ($\alpha = 0,91$). Quanto à resposta dos itens, os participantes respondem de acordo com a Escala do tipo *Likert* que assim se apresenta (1= discordo totalmente a 5= concordo totalmente), sendo classificados em três níveis: estresse baixo; estresse moderado; estresse alto.

6.3.4. PROCEDIMENTO ÉTICO

Logo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 5), entrou-se em contato com os gestores dos hospitais, solicitando-lhes autorização para a aplicação dos instrumentos da pesquisa. Aos participantes foram apresentados os objetivos, estabelecendo conjuntamente os horários pertinentes para a coleta dos dados. Posteriormente, junto aos sujeitos pesquisados, esclareceram-se todas as condições éticas em pesquisas com seres humanos, de acordo com as normas e diretrizes vigentes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

6.3.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados individualmente, em uma sala reservada, em dias marcados antecipadamente, para melhor acomodação dos participantes. Os instrumentos foram apresentados em um caderno de aplicação pela pesquisadora, logo em seguida, sendo aplicado. Aos participantes foi esclarecido acerca da participação voluntária, garantido o sigilo e o anonimato das respostas, bem como, a certificação de que não haveria

discriminação na seleção dos indivíduos nem a exposição a riscos desnecessários aos mesmos, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia do emprego das informações somente para fins científicos. Cada participante recebeu uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Anexo 1), com os dados da pesquisadora caso necessitasse fazer contato ou esclarecimentos posteriores. Finalmente, os participantes levaram em média 40 (quarenta) minutos para responder os instrumentos, ficando a pesquisadora à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida que surgisse.

6.3.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados a partir do programa estatístico PASW na versão 18, procedendo com análises descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e inferencial (teste T-Student, ANOVA, correlação r de *Pearson* e alfa de *Cronbach*).

6.4. RESULTADOS

6.4.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

Para um melhor entendimento dos resultados deste estudo, procedeu-se com a separação das análises segundo o foco principal. Assim, considerou-se, inicialmente, traçar o perfil sociodemográfico dos participantes. Os dados podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7. Dados sociodemográficos dos participantes do Estudo 2.

VARIÁVEIS	NÍVEIS	F	%
Área de atuação	Saúde	125	52,1
	Administrativo	115	47,9
Religião	Católica	151	62,9
	Evangélica	73	30,4
	Espírita	11	4,6
	Outras	5	2,1
Sexo	Feminino	155	64,6
	Masculino	85	35,4
Tempo no Hospital	Até 5 anos	95	39,6
	6 a 10 anos	79	32,9
	11 a 15 anos	35	14,6
	16 a 20 anos	18	7,5
	Acima de 20 anos	13	5,4
Remuneração salário mínimo	Até 1	75	31,3
	2 a 5 S/M	131	54,6
	6 a 10 S/M	20	8,3
	11 a 15 S/M	12	5,0
	Acima de 15 S/M	2	0,8
Modalidade de Hospital	Público	134	55,8
	Privado	106	44,2
Escala de Trabalho	4 horas	1	0,4
	6 horas	2	0,8
	8 horas	99	41,3
	12 horas	136	56,7
	24 horas	2	0,8

Conforme pode ser observado na Tabela 7, a maioria (52,1%) dos profissionais encontra-se vinculado a área da saúde; (62,9%) assumiram seguir a religião católica. No tocante ao tempo de atuação dos profissionais, a grande maioria (72,5%) declarou encontra-se vinculado em um intervalo de 1 a 10 anos. Com relação a remuneração salarial, 54,6% afirmou ganhar de 2 a 5 salários mínimos. Entretanto, vale destacar que (31,3%) afirmou receber até 1 s/m; (55,8%) dos profissionais atuam na rede hospitalar pública, os quais a maioria (56,7%) respondeu trabalhar em escalas de 12h.

6.4.2. ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS E CONSISTÊNCIA INTERNA DAS MEDIDAS

Após observar o perfil sociodemográfico da amostra, procedeu-se com a análise da estatística descritiva e a consistência interna para as medidas do estudo conforme dados contidos na Tabela 8.

Tabela 8. Estatística descritiva e consistência interna para as medidas do Estudo 2.

<i>Escalas/Fatores</i>	<i>Número de Itens</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>	<i>Saúde</i>		<i>Administrativo</i>	
			<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Qualidade de Vida						
Geral	2	0,77	3,47	0,76	3,54	0,77
Físico	7	0,86	3,57	0,64	3,45	0,70
Psicológico	6	0,76	3,72	0,56	3,54	0,64
Relações Sociais	3	0,78	3,55	0,71	3,35	0,83
Meio Ambiente	8	0,84	3,13	0,66	2,78	0,68
Estresse Ocupacional	23	0,96	2,52	0,81	2,53	0,87

Notas: Profissionais de saúde (n = 124); Profissionais administrativos (n = 109).

Conforme pode ser observado na Tabela 8, os resultados evidenciaram que as Escalas de qualidade de vida e estresse ocupacional apresentaram indicadores positivos de consistência interna $> 0,60$ (Hair et al., 2009), variando de 0,76 (Psicológico) a 0,86 (Físico) na primeira medida e 0,96 para a segunda, respectivamente. Com relação aos níveis de estresse ocupacional e da qualidade de vida dos profissionais da saúde, verificou-se uma pontuação média 2,52 ($dp = 0,81$) para o estresse ocupacional e uma variação entre as dimensões Meio Ambiente ($m = 3,13$; $dp = 0,66$) e a Psicológico ($m = 3,72$; $dp = 0,56$). Já os profissionais administrativos obtiveram uma pontuação média 2,53 ($dp = 0,87$) para a medida estresse ocupacional, e uma variação entre as dimensões Meio Ambiente ($m = 2,78$; $dp = 0,87$) e o domínio Geral ($m = 3,54$; $dp = 0,77$).

6.4.3. TESTANDO AS HIPÓTESES

Neste tópico procedeu-se com a testagem das hipóteses: (1) os profissionais que atuam nos hospitais públicos denotam um maior nível de estresse ocupacional em detrimento aos hospitais privados; (2) espera-se encontrar diferença entre os níveis de estresse ocupacional em relação ao sexo; (3) espera-se encontrar diferença entre os profissionais da área administrativa e de saúde com relação às dimensões da Qualidade de Vida; e (4) espera-se encontrar diferença entre os profissionais que atuam em hospitais públicos e privados em relação às dimensões da Qualidade de Vida;

Iniciou-se com a verificação da Hipótese 1 entre os profissionais que atuam nos hospitais públicos e privados em relação ao construto Estresse Ocupacional. Portanto, a partir do teste *T* de Student foram observadas as diferenças do grupo critério conforme os dados apresentados na Tabela 9.

Tabela 9. Diferença entre os hospitais público e privado em relação ao estresse ocupacional.

Estresse	Média	DP	T	gl	p
Público	2,62	0,83	1,90	220,33	0,05*
Privado	2,41	0,84			

Nota: * $p \leq 0,05$

Os resultados advindos da análise inferencial demonstram haver diferença significativa ($p < 0,05$) entre os hospitais com relação ao estresse ocupacional, evidenciando um maior nível de estresse para os profissionais que atuam na rede pública ($m = 2,62$; $dp = 0,83$) em relação aos privados ($m = 2,41$; $dp = 0,84$).

Em seguida, realizou-se a mesma análise para testar a Hipótese 2 – *espera-se encontrar diferença entre os níveis de estresse ocupacional em relação ao sexo* – Os resultados podem ser vistos na Tabela 10.

Tabela 10. Diferença entre sexo com relação ao estresse ocupacional.

Estresse	Média	DP	T	gl	p
Masculino	2,66	0,82	1,77	170,02	0,07*
Feminino	2,46	0,84			

Nota: * Nível de significância marginal.

De acordo com os dados da Tabela 10, constata-se uma diferença significativa marginal ($p = 0,07$), denotando que os homens possuem um estresse ocupacional superior ($m = 2,66$; $dp = 0,82$) aos das mulheres ($m = 2,46$; $dp = 0,84$). Posteriormente testou a Hipótese 3 – *espera-se encontrar diferença entre os profissionais da área administrativa e de saúde com relação às dimensões da Qualidade de Vida* – os dados podem ser observados na Tabela 11.

Tabela 11. Diferença entre os profissionais da área administrativa e saúde em relação a Qualidade de Vida

Qualidade de Vida	Categoria Profissional	M	DP	t	gl	p
Físico	Administrativo	3,45	0,64	1,40	228,15	0,16
	Saúde	3,57	0,70			
Psicológico	Administrativo	3,54	0,63	2,25	221,88	0,05*
	Saúde	3,72	0,55			
Relações Sociais	Administrativo	3,35	0,83	2,06	238	0,05*
	Saúde	3,55	0,71			
Meio Ambiente	Administrativo	2,78	0,68	4,07	230,75	0,001**
	Saúde	3,13	0,66			

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$

Conforme os resultados da Tabela 11 verifica-se haver diferença significativa ($p < 0,05$) entre os profissionais administrativos e da saúde para os domínios psicológicos, relações sociais, meio ambiente. Este resultado destaca que os profissionais de saúde possuem uma melhor qualidade de vida em relação aos administrativos. Por fim, testou-se a

Hipótese 4 – *espera-se encontrar diferença entre os profissionais que atuam em hospitais públicos e privados em relação as dimensões da Qualidade de Vida* – Os dados são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12. Diferença entre os hospitais público e privado em relação à Qualidade de Vida

Qualidade de Vida	Hospital	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Físico	Público	3,36	0,62	-4,03	211,68	0,001**
	Privado	3,70	0,70			
Psicológico	Público	3,52	0,63	-3,5	236	0,01*
	Privado	3,80	0,52			
Relações Sociais	Público	3,33	0,75	-2,98	221,34	0,01*
	Privado	3,62	0,78			
Meio Ambiente	Público	2,83	0,69	-3,71	230,94	0,001**
	Privado	3,15	0,63			

Notas: * $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,001$

Conforme se observa os resultados na Tabela 12, verifica-se haver diferença significativa ($p \leq 0,01$) entre os hospitais para todos os domínios, demonstrando que no contexto hospitalar privado evidencia-se uma maior qualidade de vida para os profissionais comparados ao público.

6.4.4. CORRELAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA

Procurou-se inicialmente conhecer em que medida as dimensões da qualidade de vida se correlaciona com o estresse ocupacional, efetuando a análise de correlação r Pearson. O resultado pode ser observado na Tabela 13, atendendo ao segundo objetivo proposto neste estudo.

Tabela 13. Estatísticas descritivas e correlação do estresse ocupacional e qualidade de vida

Dimensão	<i>M</i>	<i>DP</i>					
Estresse Ocupacional	2,53	0,84					
Geral	3,50	0,76	-0,36*				
Físico	3,51	0,67	-0,55*	0,63*			
Psicológico	3,64	0,60	-0,46*	0,66*	0,73*		
Relações Sociais	3,46	0,77	-0,44*	0,54*	0,67*	0,68*	
Meio Ambiente	2,97	0,68	-0,49*	0,56*	0,73*	0,70*	0,69*

Nota: * $p < 0,001$ (teste bicaudal).

Conforme se constata na Tabela 13, a medida do estresse ocupacional se correlacionou significativamente ($p < 0,001$) e inversamente com todas as dimensões da qualidade de vida. Dentre elas, a que obteve maior correlação foi a faceta físico ($r = -0,55$), enquanto a menor foi a faceta geral ($r = -0,36$). Contudo, este resultado não indica que valorizem de igual modo, segundo pode ser observado nas médias (m) e desvio padrão (dp) listado para cada medida.

Em seguida, para alcançar o terceiro objetivo, procedeu-se com uma análise de poder discriminativo para a medida estresse ocupacional com a finalidade de verificar seu efeito na qualidade de vida dos profissionais que atuam no hospital. Inicialmente partiu-se do critério da mediana empírica para definir os grupos critérios. Portanto, somando-se todos os itens, determinou a pontuação total da escala. Com base nos resultados, foram criados os grupos critérios “baixo – elevado”, conforme as pontuações totais dos participantes fossem inferior ou superior da mediana (2,57) para os profissionais da saúde. Após a estruturação dos grupos, foram realizados testes inferenciais. Os resultados são apresentados a seguir.

Tabela 14. Efeito do Estresse Ocupacional em relação a Qualidade de Vida dos profissionais da saúde (n = 122)

Estresse Ocupacional	Grupo Critérios	M	DP	t	gl	p
Físico	Inferior	3,88	0,54	5,86	117,76	0,001**
	Superior	3,27	0,60			
Psicológico	Inferior	3,96	0,50	5,28	118,93	0,001**
	Superior	3,47	0,51			
Relações Sociais	Inferior	3,92	0,60	6,28	119,05	0,001**
	Superior	3,22	0,63			
Meio Ambiente	Inferior	3,49	0,53	7,23	116,86	0,001**
	Superior	2,76	0,58			
Geral	Inferior	3,65	0,80	3,17	120	0,01*
	Superior	3,23	0,64			

Notas: * $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,001$

Como pode ser observado na Tabela acima, os resultados evidenciam uma diferença significativa ($p < 0,01$) entre os grupos da medida estresse ocupacional em relação a qualidade de vida, demonstrando que os profissionais da saúde que apresentaram menor pontuação, provavelmente expressarão uma maior qualidade de vida. Em seguida, tomou-se o mesmo procedimento de análise para os profissionais administrativos, definindo os grupos critérios “baixos – elevados” conforme as pontuações fossem inferior ou superior à mediana (2,53). Os resultados são descritos na Tabela 15.

Tabela 15. Efeito do Estresse Ocupacional em relação a Qualidade de Vida dos profissionais administrativos (n = 111)

Estresse Ocupacional	Grupo Critérios	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Físico	Inferior	3,88	0,62	8,00	109	0,001*
	Superior	3,02	0,50			
Psicológico	Inferior	3,77	0,59	3,82	107,96	0,001*
	Superior	3,33	0,62			
Relações Sociais	Inferior	3,65	0,82	4,05	107,67	0,001*
	Superior	3,05	0,75			
Meio Ambiente	Inferior	3,05	0,79	4,36	108	0,001*
	Superior	2,52	0,43			
Geral	Inferior	3,85	0,60	4,50	109	0,001*
	Superior	3,24	0,82			

Nota: * $p \leq 0,001$

Como pode ser observado na Tabela 15, os resultados indicaram diferença significativa ($p < 0,01$) entre os grupos da medida estresse ocupacional em relação a qualidade de vida, evidenciando que os profissionais administrativos que obtiverem menor pontuação, presumivelmente apresentaram uma maior qualidade de vida.

Quanto ao quarto e último objetivo específico – *comparar o estresse ocupacional dos profissionais no contexto hospitalar em relação ao tempo de atuação no hospital* – para

detectar tal relação, procedeu-se com uma análise inferencial (ANOVA), cujos resultados apontaram não haver diferenciação significativa ($p > 0,05$) entre os profissionais administrativos, apresentando um nível de estresse moderado variando de 2,51 a 2,84 permanecendo sem alteração ao longo do tempo de atuação profissional. Quanto aos profissionais de saúde, os resultados apontaram haver diferença significativa [$F(4,120) = 3,58$; $p < 0,01$] nos primeiros anos de atuação (1 a 10 anos) observando que o nível de estresse ocupacional é superior no período de 6 a 10 anos ($m = 2,81$; $dp = 0,11$) comparado com os primeiros 5 anos de atuação ($m = 2,27$; $dp = 0,66$). Não foi observada diferença estatística acima deste intervalo de tempo.

6.5. DISCUSSÃO PARCIAL DO ESTUDO 2

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar o nível de estresse ocupacional e da qualidade de vida dos profissionais que atuam nas áreas administrativa e saúde em contexto hospitalar. Especificamente foram elaborados 4 objetivos e 4 hipóteses. No caso, constatou-se que os objetivos propostos foram alcançados, não obstante, faz-se necessário sublinhar que, sendo uma amostra não probabilística, talvez não seja possível generalizar os resultados acerca da relação de causalidade do estresse ocupacional na qualidade de vida. Contudo, a partir dos resultados empíricos, considera-se pertinente a discussão acerca da correlação entre os dois construtos.

Quanto às Hipóteses levantadas, verificou-se que corroboram com os estudos de Tamayo et al.(2004); Codo et al. (2004); Lipp (2005); Mackie et al.(2001); Wang e Patten, (2001); Landim (2010); Magnago (2010); Swan et al. (1993); Grandjean (2005); Guimarães e Freire (2004); Gutierrez e Almeida (2006); Zille e Zille (2010); Almeida (2012); Minayo, (2010); Coutinho e Franken (2009); Gonçalves e Vilarta (2004); Wachelke e Camargo, (2008); Moscovici (2010); Jodelet (2009).

A Hipótese 1, no que se refere aos profissionais que atuam nos hospitais públicos denotam um maior nível de estresse ocupacional em detrimento aos hospitais privados. Provavelmente este resultado deva-se a existência de uma maior demanda por parte da população, aliadas as precariedades presentes nos serviços públicos. É importante considerar que as instituições hospitalares públicas são reconhecidas como ambientes estressantes, devido à rigidez e hierarquização do processo de trabalho, a burocracia presente e necessária, mas que muitas vezes impede a agilidade e efetivação dos procedimentos considerados urgentes, pelo volume de trabalho nos atendimentos (Dalri, 2007). A convivência direta com pacientes portadores das mais diversas necessidades de saúde, além da cobrança constante por resultados efetivos por parte dos pacientes, da família e da sociedade como um todo, também, passa a ser um indicador. Este resultado se coaduna com os achados de Paschoal e Tamayo (2004), quando apontam que as condições precárias de trabalho aliadas a uma elevada procura de usuários são determinantes para um maior nível de estresse ocupacional.

Em relação a Hipótese 2, no que tange as diferenças entre os níveis de estresse ocupacional em relação ao sexo, verificou-se nos achados deste estudo que os homens apresentam um maior nível de estresse ocupacional do que as mulheres. Este achado se confronta opostamente com outros estudos que apontam as mulheres como detentoras de maior estresse ocupacional, devido à acumulação do trabalho do lar com o da organização. Ainda, serem as mulheres possuidoras de uma situação econômica menos favorecida, e um inadequado repertório de respostas para enfrentamento de situações adversas como apresentam em seus estudos Areias e Guimarães (2004); Jonathan (2005); Miyata et al. (1997) bem como os estudos desenvolvidos por Sadir et al. (2010) que indicam uma relação significativa entre estresse e sexo, uma vez que as mulheres estão cada vez mais buscando sua qualificação profissional para se fortalecerem no mercado. Contudo, uma possível

explicação divergente destes achados é que nos dias atuais as tarefas domésticas são compartilhadas com seus companheiros.

A Hipótese 3 – espera-se encontrar diferença entre os profissionais da área administrativa e de saúde com relação às dimensões da Qualidade de Vida – esta hipótese foi corroborada parcialmente, uma vez que somente uma das dimensões da Qualidade de Vida “*físico*” não demonstrou diferenciação. Provavelmente este resultado deva-se pelo fato dos profissionais da saúde e administrativos compartilharem dos mesmos problemas com a mesma intensidade (dor, desconforto, sono, falta de repouso, mobilidade, falta de energia, fadiga, entre outros). Não obstante, nas outras dimensões, observou-se uma maior qualidade de vida para os profissionais de saúde comparada com os administrativos. Tal resultado, provavelmente esteja relacionado com o prestígio do cargo, bons salários, suporte social, levando a melhores condições de habitação, transporte, atividades de lazer, entre outros. Estes resultados se assemelham com os estudos de Guiseline (2004) e Souza e Figueiredo (2004), uma vez que este relaciona as dimensões da qualidade de vida, ao conceito social, emocional, intelectual e espiritual.

Quanto a Hipótese 4 – encontrar diferença entre os profissionais que atuam em hospitais públicos e privados em relação às dimensões da Qualidade de Vida – quando do desenvolvimento de práticas profissionais e processos de observação em relação ao funcionamento da estrutura organizacional dos hospitais, esse funcionamento pode influenciar tanto nos aspectos internos e externos da organização contribuindo assim para a qualidade de vida dos profissionais.

Esta hipótese foi corroborada, uma vez que se verificou que os profissionais atuantes na rede privada obtiveram um nível de qualidade de vida superior aos da rede pública. Uma possível explicação deva-se pelas próprias condições de trabalho no ambiente privado, onde permite que o indivíduo consiga desenvolver sua atividade laboral adequado ao desempenho

individual, grupal e organizacional. Este achado se aproxima com os estudos de Bastos e Zanelli (2004), onde estes afirmam que as condições de trabalho, bem como as relações entre os profissionais, influenciam diretamente a qualidade de vida, sendo esta uma perspectiva estratégica para a sobrevivência e desenvolvimento futuro nas instituições hospitalares.

Inicialmente calculamos os índices de consistência interna (alfa de *cronbach*) das medidas empregues neste estudo (estresse ocupacional e qualidade de vida), tendo sido observado que todas as dimensões obtiveram um valor satisfatório de acordo com a literatura $> 0,60$ (Pasquali, 2003). Este resultado encontra-se em consonância com outros estudos (Chachamovich & Fleck, 2008; Power, 2008), onde estes autores afirmam que o construto Whoquol-Bref oferece uma avaliação ampla e abrangente da qualidade de vida global e das facetas que constituem o estado de saúde geral, além das propriedades psicométricas que se mostraram robustas. De igual modo, Paschoal e Tamayo (2004), salientam que o construto estresse ocupacional possibilita a investigação sobre o tema para o diagnóstico dentro do ambiente organizacional, sendo complementando com informações advindas de outros instrumentos.

Com relação aos indicadores do estresse ocupacional, este demonstrou que tanto os profissionais da área da saúde como os administrativos encontram-se com o nível de estresse moderado. Tal fato, provavelmente esteja relacionado com os fatores íntresecos ao trabalho, tais como: repetição de tarefas, pressões de tempo e sobrecarga. Este resultado se assemelha com os achados de Tamayo (2008), onde estes autores apontam uma correlação negativa com a percepção de saúde no trabalho devido à sobrecarga das tarefas.

Identificar o perfil sociodemográfico dos participantes foi o primeiro objetivo. A opção por estudar profissionais que atuam no contexto hospitalar, deveu-se a este espaço

apresentar condições adversas na prática laboral cotidiana, ocasionando estresse ocupacional que conforme dados descritos a seguir influenciam na qualidade de vida.

Segundo os resultados, observou-se uma maioria de profissionais de saúde em detrimentos dos administrativos. Uma explicação para este fato, provavelmente deva-se a necessidade maior das instituições hospitalarem de terem profissionais que desempenham atividades inerentes ao campo da saúde, uma vez que lidam com a prática do cuidar. Neste estudo, os profissionais do grupo de saúde foram: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas. Já os administrativos desempenhavam funções na recepção, chefias, gerências, assistentes administrativos e financeiros.

No tocante ao sexo, observou-se um número maior de mulheres, presumivelmente, deva-se ao fato de que a maioria das profissões acima mencionadas seja eminentemente feminina. Resultado este corroborado pela literatura, uma vez que veem afirmando maior participação das mulheres em contextos hospitalares, notadamente, na área de saúde, destacando-se o corpo de enfermagem que em sua maioria é constituído por mulheres (Spindola & Santos, 2003). Estes mesmos autores afirmam que a prevalência de mulheres, possivelmente é decorrente de mudanças ocorridas nos últimos tempos por meio dos avanços dos movimentos feministas, modificação dentro do contexto organizacional, tornando-as progressivamente independentes e participantes do mercado de trabalho. No que tange ao tempo de atuação no hospital, (72,5%) estão no intervalo de 1 a 10 anos, demonstrando um baixo índice de rotatividade, garantindo dessa forma, sua permanência no mercado de trabalho e sua sobrevivência financeira.

Quanto à religião predominante foi a católica, encontrando-se associadas a grande maioria da população brasileira. Uma vez que, o Brasil é considerado um país de maior contingente de católicos (Floriano & Dalgalarrodo, 2007). Com relação à remuneração, os

resultados apontaram que a maioria dos participantes recebe baixos salários. Tal resultado reforça a avaliação de que os hospitais ainda remuneram inadequadamente os seus profissionais. Assim, esses profissionais são obrigados a optar por mais de um emprego, levando-os a permanecerem nos hospitais a maior parte do tempo de suas vidas produtivas, ocasionando aumento do período de exposição ao estresse ocupacional, levando-os ao prejuízo na sua qualidade de vida. Este resultado corrobora com os achados de Murofuse et.al. (2005), que apontam que os profissionais apresentam uma carga mensal longa e desgastante, caracterizando a sobrecarga de trabalho. Observa-se ainda uma relação entre os resultados deste estudo com os de Feliciano et al. (2005), quando estes autores afirmam que os profissionais de saúde têm aumentado suas horas de trabalho em múltiplos empregos, como forma de compensação pelas perdas de remuneração.

No tocante a escala de trabalho, a grande maioria desses profissionais de saúde, encontram-se 12h ininterruptas em contato com pacientes, executando continuamente as ações de cuidar, o que expõe os profissionais à vulnerabilidade de aquisição de doenças. O excesso de horas trabalhadas reduz a oportunidade de apoio social ao profissional, causando insatisfação, tensão e outros problemas de saúde como: dores de cabeça, palpitações, reações alérgicas, dores lombares, insônia, indigestão, aumento do apetite, suor, gagueira, dificuldades de concentração, agressividade, irritabilidade, passividade, ansiedade, dificuldade na tomada de decisões, sensação de fracasso, hiperatividade, medo, depressão, sinais de cansaço, perturbação, angústia, pigarro, aceleração do batimento cardíaco, perda de memória, hipertensão, como indicados nos estudos desenvolvidos por (Baccaro, 1997; Dias & Silva, 2002; Robbins & Coulter, 1998).

Segundo Pitta (2003), esse fluxo contínuo de atividades de tarefas que podem ser agradáveis ou não, característicos do exercício profissional da saúde, requer ajustes e adequação de estratégias defensivas para a prática cotidiana.

Quanto ao segundo e terceiro objetivos específicos, verificou-se uma correlação significativamente inversa entre as medidas. Ou seja, quanto maior o nível de estresse ocupacional menor será a qualidade de vida. Este resultado leva a inferir que as atividades adversas no ambiente laboral ocasionam mal-estar, seja ao nível físico, psicológico, social e ambiental que afetam de forma negativa a qualidade de vida, quase sempre ocasionando problemas psicossomáticos e psicoafetivos nos profissionais que atuam no contexto hospitalar. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos de (Mackie et al., 2001; Wang & Patten, 2001) os quais afirmam que quanto maior o estresse ocupacional, maior probabilidade de surgir sintomas psicoafetivos como a depressão e ansiedade, interferindo negativamente na qualidade de vida destes profissionais. Outro estudo que também corrobora com os achados desta pesquisa, indica uma relação negativa entre o estresse ocupacional com a percepção de saúde no trabalho, segurança e competência profissional (Codo et al., 2004; Lipp, 2005; Tamayo et al., 2002).

Quanto ao quarto e último objetivo específico – comparar o estresse ocupacional dos profissionais no contexto hospitalar em relação ao tempo de atuação no hospital – verificou-se que o maior nível de estresse emerge nos primeiros dez anos de prática hospitalar nos profissionais da saúde. Posteriormente a esse período, observou-se a inexistência de variação dos níveis de estresse. Provavelmente, uma explicação para tal ocorrência se deva ao impacto das adversidades laborais (lidar com a vida e a morte, excesso de plantões e demandas, espaços não apropriados para atendimento, escassez ou ausência de material necessário à prática, a própria dificuldade de lidar com o paciente e seus familiares, entre outras), nos primeiros anos de prática dos profissionais da saúde conforme já mencionado. Segundo Lipp (2004, 2005) estudos apontam que os profissionais de saúde apresentam diferentes níveis de estresse. Já para os profissionais administrativos, não foi observado variação quanto ao nível de estresse com relação ao tempo de atuação. Provavelmente, tal

fato se deva as atividades inerentes ao cargo que são de caráter mais burocrático. A exceção da atividade de atendimento ao público, notadamente de recepção, uma vez que essa atividade leva o profissional a se relacionar com diferentes tipos de pessoas, e com problemas diferenciados. Este achado se coaduna com os resultados de Chan et al. (2000), mostraram que os profissionais com melhor qualificação e que exercem maior autonomia e controle sobre os processos de seu trabalho apresentam melhores condições de enfrentamento de situações estressoras.

O objetivo principal deste estudo foi investigar a relação do estresse ocupacional na qualidade de vida dos profissionais que atuam nas áreas administrativa e da saúde em contexto hospitalar. Para responder a esse objetivo, se fez necessário desenvolver dois estudos empíricos. O estudo 1, teve como objetivo geral aprender as representações sociais que os profissionais das áreas administrativa e de saúde elaboram acerca do estresse ocupacional e da qualidade de vida. O estudo 2, por sua vez, se propôs a avaliar o nível de estresse ocupacional e da qualidade de vida dos profissionais que atuam nas mesmas áreas já citadas no Estudo 1.

A opção de adotar um percurso metodológico caracterizado pela abordagem multimétodo, permitiu conhecer as representações sociais do estresse ocupacional e da qualidade de vida elaboradas pelos profissionais, permitindo-nos compreender esses construtos a partir de um conhecimento socialmente elaborado e partilhado, identificando os pensamentos, sentimentos e percepções desse grupo, identificando assim, nessas representações suas crenças, valores e atitudes. A pesquisa de campo de cunho exploratório e quantitativo no estudo 2, permitiu investigar os fatores psicossociais dos profissionais em seu contexto de trabalho, medir os níveis de estresse ocupacional e da qualidade de vida, e comparar os resultados destes dois construtos.

A escolha pelo multimétodo possibilitou a identificação dos conteúdos dimensionais das representações sociais elaboradas pelos participantes desta amostra. Esses conteúdos mostraram que as representações sociais do estresse ocupacional e da qualidade de vida elaboradas pelos profissionais, apresentaram consensualidade e particularidades determinadas pelo contexto de trabalho, que se integra com a estrutura laboral desenvolvida.

Constatou-se que nos conteúdos apreendidos, a importância do desdobramento da teoria das representações sociais, proporcionou direcionadores de

ocorrências e não ocorrências do estresse ocupacional e da qualidade de vida. Esses desdobramentos foram verificados através do uso dos instrumentos (questionário sociodemográfico, técnica de associação livre de palavras e entrevista semiestruturada) utilizados nesse estudo.

No tocante as variáveis sociodemográficas observou-se que da amostra de 70 participantes, constituída por profissionais de saúde, mulheres, com idade acima de 39 anos, e atuando em hospital privado entre 1 e 5 anos. Esse perfil corroborou com os estudos descritos na literatura, onde afirmam que em contextos hospitalares a grande maioria é constituída por mulheres, uma vez que a área de saúde tem como foco principal a ação do cuidar.

Importante destacar o tempo de atuação desses profissionais no hospital, e estarem atuando em contexto privado. Essa variável expressou uma referência de rotatividade no grupo, que pode ser justificada pela excessiva carga de atendimento desenvolvida diariamente, gerando uma postura de tensão e sofrimento quando diante desse enfrentamento.

Verificou-se quanto às particularidades de cada grupo critério, que as representações sociais apreendidas indicaram que para o grupo da área administrativa, as evocações, ao estímulo estresse ocupacional, denotaram objetivações que ensejaram condutas de trabalho, associadas à irritação, doença e falta de motivação, e estão ancoradas nas dimensões fisiológicas, psicológicas e comportamentais. As evocações dos profissionais de saúde objetivaram briga e fadiga, como condutores representacionais do estresse, e estão ancoradas nas dimensões fisiológicas, morais e sociais, correspondendo à estrutura de trabalho que se dividem em subsistemas organizacionais geradoras de condutas de submissão e escassez nos contatos interpessoais, desencadeando conflitos e frustrações. Esses comportamentos podem ser

provenientes das pressões das próprias demandas de trabalho e arquitetura psicossocial desenvolvida no ambiente de trabalho. Essas evocações revelam também, uma tomada de consciência na compreensão do trabalho desse grupo, e os seus conteúdos permitiram entender a orientação da prática cotidiana desses profissionais, uma vez que o estresse ocupacional possa estar impedindo os profissionais verem a seriedade e importância dessas representações, e, por conseguinte, a necessidade de promover ações mais eficazes junto aos fatores estressores.

Os elementos representacionais componentes do estímulo qualidade de vida apresentaram consensos nos dois grupos objetivados pela paz, lazer, bem estar, saúde, harmonia familiar, boa alimentação e ser responsável. Sob a perspectiva de uma vida saudável com bons hábitos, e integrada com as necessidades biopsicossociais, foram ancoradas nas dimensões psicológicas, físicas e psicossociais, justificando suas percepções para melhor conduzir suas expectativas de vida e alcançar objetivos desejáveis.

No tocante ao estímulo prática profissional ressignificada pelos profissionais como trabalho, atenção, confiança, ética, conhecimento e amor, os seus significados, normativos e comportamentais, indicam atributos profissionais e pessoais a serem adotados em forma de atitude no trabalho. Ressalta-se a representação da prática profissional como trabalho e ética, trazendo efetivamente o desejo de conciliação dos profissionais com esses universos representativos, um que brota das necessidades de realizar o trabalho com atenção e conhecimento, se apresentando como universo real, onde os profissionais são pressionados a agirem em conformidade com a estrutura organizacional e os sistemas reguladores de saúde, e multiplicar procedimentos em suas práticas profissionais sem efetivo envolvimento com os pacientes. Outro, que se

desenvolve de seus ideais, através da confiança e do amor, de ter uma prática humanitária nas relações desenvolvidas.

No tocante a autoimagem dos profissionais emergiu de forma positiva, definida como ser feliz, ser amigo e mãe dedicada. Assumem contornos semelhantes entre os grupos, denotando afetividade para vivenciar consigo mesmo estados emocionais positivos. A prática profissional pode ser vista como significativa e como potencial emancipador.

Os relatos das entrevistas explicitaram que as representações sociais sobre o estresse ocupacional e a qualidade de vida, evidenciam a multifatoriedade dos construtos. Ressalta-se que o ambiente hospitalar acompanhado das reações conflituosas entre profissionais/paciente e acompanhante com fatores estressores, tiveram importância fundamental como fatores desencadeadores do estresse. Não menos importante para o estresse, foram os procedimentos e prática de trabalho, tais aspectos envolveram questão de ordem psicossocial e organizacional, destacando-se que os contextos hospitalares são geradores de estresse ocupacional.

Reconhece-se que as relações conflituosas emergem vivências que se apoiam no cumprimento das atividades profissionais, havendo negligências na relação com o cuidar, e este fato merece ser destacado, pois é através deles que as práticas profissionais ganham vida e se concretizam em melhorias de atendimento empregado aos pacientes.

As atitudes que perpassaram as falas desses profissionais são de tensão e sobrecarga no manejo de suas responsabilidades diárias, obstaculando a assertiva nessa relação. Gerar, perguntar, acarretar e tentar se reverterem em ações que exigem uma motilidade elevada, exigindo movimentação contínua, havendo um misto de atitudes, demonstrando a necessidade de maior atenção a esses profissionais.

Dentre as manifestações cognitivas e psicológicas em que estão ancoradas as representações sociais da qualidade de vida, destacam-se os sentimentos de busca pelas melhorias de vida e sobrevivência pessoal e familiar, que fizeram parte das evocações dos profissionais. Essas evocações refletem movimentos para efetivar um repertório de condutas saudáveis, tornando-os ativos e integrados ao seu fazer profissional. Visto por esse ângulo, esses aspectos constituem fatores edificantes que oferecem suporte a sobrecarga referenciada no trabalho diário.

O estudo permitiu a evidência das diferentes concepções, atributos, sentimentos e posicionamentos dos profissionais, resgatando o saber do senso comum sobre o estresse ocupacional e a qualidade de vida.

No estudo 2, pode-se avaliar o nível de estresse ocupacional e da qualidade de vida dos profissionais. Em relação aos indicadores do estresse ocupacional nos dois grupos, o nível de estresse se classificou como moderado, de acordo com a escala posicionada entre baixo e elevado. Provavelmente resultante da relação com os fatores intrínsecos ao trabalho, os quais se associam ao desempenho repetido de tarefas, como também as pressões relacionadas com o tempo de execução dos procedimentos de suas atividades.

No tocante a comparação feita através do efeito do estresse ocupacional na qualidade de vida dos profissionais, verificou-se escores baixos nos dois grupos em todos os domínios da qualidade de vida, apontando que o estresse, afeta negativamente a qualidade de vida desses profissionais, sendo muitas vezes, responsável por problemas de ordem psicossomática e psicoafetivo.

Outro fator que merece destaque diz respeito ao tempo de atuação do profissional no hospital. Observou-se que há um maior impacto nos primeiros 10 anos de atuação, principalmente os da área de saúde, que estão envolvidos diretamente na

função de cuidar, e sofrem influências, provavelmente, pelo processo de adaptação a das condições adversas. Por outro lado, vale destacar que a atuação prolongada na mesma atividade laboral proporciona maior adaptação ao ambiente, e por sua vez menos estresse.

No tocante as limitações reconhece-se que a análise apresentada não é conclusiva. É importante assinalar ainda, a necessidade de novas pesquisas que possam identificar, na prática profissional, possíveis elementos de mudança das representações sociais e suas consequências.

Sugerimos uma ampliação da amostra utilizada neste estudo. Sabe-se das limitações concernentes a presente investigação, contudo, espera-se que esta possa subsidiar os contextos hospitalares com condutas preventivas do estresse ocupacional, e estratégias que envolvam programas de atenção à qualidade de vida desses profissionais.

No que se refere à aplicabilidade do estudo, acredita-se que investigar a relação do estresse ocupacional na qualidade de vida, em profissionais atuantes em contextos hospitalares, possa oportunizar contribuições que favoreçam definições de estratégias para implantação de mudanças organizacionais que exerçam função promotora na identificação e redução dos fatores estressores. Embasado nesses resultados, pode-se sugerir que as políticas organizacionais administrativas sejam revistas no sentido de fortalecer as relações entre os profissionais, incentivando as práticas de trabalho alinhadas com conduta para o melhor atendimento.

Os estudos conduzidos nesta pesquisa integram construtos de interesse dos pesquisadores, estimulando novas pesquisas que busquem investigar a percepção desses profissionais frente a outras variáveis. Parece essencial também, estudar de modo articulado a avaliação do estresse ocupacional e da qualidade de vida, seus efeitos e

influências nas variáveis organizacionais e sociais, bem como, para estimular a reflexão nos gestores de saúde, no sentido de valorizar o trabalho desses profissionais.

Outro destaque que vem contribuir, se reverte ao fato de se ter poucas pesquisas integrando a teoria das representações sociais com os construtos, bem como com os grupos critérios investigados neste estudo. Observa-se uma gama de pesquisas avaliando as problemáticas de saúde provenientes do trabalho, em profissionais da saúde, deixando-se de investigar os da área administrativa, o que favoreceu esta pesquisa.

Este estudo pretendeu contribuir para a produção de novos conhecimentos em relação aos construtos, na medida em que forneceu pistas para a construção de novos projetos vinculados ao Núcleo Pesquisa Aspectos Psicossociais de Prevenção da Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba.

Considerando que as organizações prestadoras de serviços de saúde correspondem a um dos mais complexos tipos de instituição social, que a sua complexidade decorre das diversas peculiaridades intrínsecas ao seu tipo de serviço e de sua elevada sensibilidade ao ambiente externo, e que essas instituições de saúde têm como objetivo fundamental o cuidado e a promoção ao bem-estar e a saúde do indivíduo e da população, se faz necessário um olhar novo sobre essas perspectivas e vivências.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, M. F. (2000) Lazer e produtividade no trabalho. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Administração*, Florianópolis: ANPAD, 24.
- Abric, J.C. (2000). A abordagem estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. SP; OLIVEIRA, D.C. (org.). *Estudos Interdisciplinares de representação social*. 2.ed.Goiânia:AB.p.27-37.
- Albaladejo, R., Villanueva, R. & Ortega, P. (2004). Síndrome de Burnout em el personal de enfermería de um hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Albrecht, K. (1990). *O gerente e o estresse: faça o estresse trabalhar para você*. Rio de Janeiro: Zonar.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L. & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: EACH/USP.
- Araújo, T. M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C. O. & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 424-433.
- Areias, M. E. Q. & Guimarães, A. M. (2004). Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do Estado de São Paulo. *Psicologia em estudo*, 9, 255-262.
- Arruda, A. (2002). Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Caderno de Pesquisa*, 117, 127-149.
- Arruda, A. (2005). Pesquisa em representações sociais: a produção em 2003. Em M. S. D. S. Menin, & A. M. Shimizu (Orgs.), *Experiências e representação social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Ayres, K. V. & Silva, I. P. (2004). Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: a percepção de profissionais do setor de hotelaria. In: FÓRUM INTERNACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, 4., Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: ISMABR.
- Baccaro, A. (1997). *Vencendo o Estresse: Como detectá-lo e superá-lo*. Petrópolis: Vozes.
- Barnett, R. C., Biener, L., & Baruch, G. K. (1987). *Gender and stress*. Nueva York: Free Press.
- Bastos, A. V. B. & Zanelli, J. C. (2004). Inserção Profissional do Psicólogo em Organizações e no Trabalho. Em J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil* (pp. 466-491). Porto Alegre: Artmed.
- Bauer, M.E. (2002). Estresse como ele abala as defesas do organismo? *Ciência Hoje*, 30(179), 20-25.
- Beehr, T. A. & Newman, J. E. (1978). Job stress, employee health and organizational effectiveness: a facet analysis, model and literature review. *Personnel Psychology*, 31(4), 665-699.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. Em A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 21-92). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). O estado da arte do burnout no Brasil. *Revista Eletrônica Interação em Psy*, 1, 4-11.
- Bianchi, E.R.F. Enfermeiro hospitalar e o stress. *Rev Esc Enferm USP*, v.34, n.04, p.390-4, 2000.

- Borges, L. O. & Yamamoto, O. H. (2004). O Mundo do Trabalho. Em J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil* (pp. 24-62). Porto Alegre: Artmed.
- Borine, B., Assis, C. L., Lopes, M. de S. & Santini, T. O. (2012). Estresse hospitalar em equipe multidisciplinar de hospital público do interior de Rondônia. *Revista SBPH*, 15(1), 22-40.
- Breznitz, S. (1990). Theory-based stress measurement? Not yet. Commentary on Richard S. Lazarus: Theory-Based Measurement. *Psychological inquiry*, 1(1), 17-18.
- Caetano, V.C.; Cruz, D.T.; Silva, G.A. & Leite, I.C.G.(2012). O lugar ocupado pela assistência fisioterapêutica: representações sociais de trabalhadores com DORT. *Fisioter Mov.* 2012 out/dez;25(4):767-76.
- Calvete, E. & Villa, A (2000). Burnout y sintomas psicológicos: modelo de medida y relaciones estructurales. *Revista Ansiedad e estrés*, 6, 117-130.
- Calvo, M. C. M. (2002). *Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: O mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em1998*. (Doutorado em Engenharia de Produção) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. UFSC, Florianópolis.
- Chan, B. K., Lai, G., Ko, Y. C., & Kam, W. B. (2000). Work stress among six professional groups: The Singapore experience. *Social Science & Medicine*, 50, 1415-1432.
- Cannon, W. B. (1939). *The wisdom of the body*. Nova York: W. W. Norton & Go.
- Cassirer, E. (1994). *Ensaio sobre o Homem: introdução a uma filosofia da cultura humana*. São Paulo: Martins Fontes.

- Cavanaugh, M. A., Boswell, W. R., Rochling, M. V. & Boudreau, J. W. (2000). An empirical examination of self-reported work stress among U.S. managers. *Journal of Applied Psychology*, 85, 65-74.
- Chanlat, J. F. (1990). Travail e santé mentale: théories du stress et psychopathologie du travail. *Prévenir*. France: Université Grenoble II.
- Cibois, U. F. R. (1995) *Tri-deux-mots*. Paris: Sciences Sociales, versão 2.2.
- Clarke, M. (1984). Stress and coping: constructs for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 9, 3-13.
- Codo, W. & Jacques, M. G. (2002). Introdução: Uma urgência, uma busca, uma ética. Em M. G. Jacques & W. Codo (Orgs.), *Saúde mental & trabalho: Leituras* (pp.17-28). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Codo, W., Soratto, L. & Vasques-Menezes, I. (2004). Saúde mental e trabalho. Em J. C. Zanelli, J. E. Borges-Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs) *Psicologia, organização e trabalho no Brasil* (pp. 276-299). Porto Alegre: Artemed.
- Coelho, M. (1994). *A. B. C. da relação entre stress e distúrbios da voz* (Dissertação de mestrado) Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). *Measuring stress*. Oxford: Oxford University Press.
- Connolly, J. J. & Viswesvaran, C. (2000). The role of Affectivity in job satisfaction: a meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 29, 265- 281.
- Cooper, C. L. & Cartwright, S. (2001). Organizational management of stress and destructive emotions at work. In R. L. Payne & C. L. Cooper (Eds.), *Emotions at work: theory, research and applications for management* (pp. 269-280). Chichester: John Wiley & Sons.

- Cooper, C. L. (2005). A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. Em A. M. Rossi, P. L. Perrewé & S. L. Sauter (Orgs.), *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional* (pp. 3-8). São Paulo: Atlas.
- Cooper, R. A. (2002). *Stress screening questionnaire*. London: Robertson Cooper Limited.
- Costa, L. M. P. & Pereira, C. A. A. (2007). Bem-estar subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(1). 72-80.
- Coutinho, M. P. L. (2001). *Uso de técnicas projetivas na apreensão de representações sociais da sintomatologia da depressão infantil*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da USP, São Paulo
- Coutinho, M. P. L. (2003). Representações sociais: abordagem interdisciplinar. Em: H. A. Junior, L. C. Schneider, C. X. Pinheiro (Orgs), *Representações sociais da expressão "qualidade de vida" em estudantes da área da saúde da UFRN* (pp.). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Coutinho, M. P. L. & Saldanha, A. A. W. (2005). *Representações sociais e práticas em pesquisa*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Coutinho, M. P. L., Ramos, N. & Franken, I. (2008). Mulheres migrantes: representações sociais da qualidade de vida de mulheres brasileiras migrantes. *Fazendo gênero 8-Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis.
- Coutinho, M. P. L. & Franken, I. (2009). Qualidade de vida no serviço público de saúde: representações sociais de profissionais da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*; 29(3), 448-461.
- Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R (2011). *Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa: Editora Universitária.

- Couto, H. A. (2000). Ergonomia: realidade instigante. *Revista proteção*.(105 ed.), ano XIII. São Paulo: MPF Publicações.
- Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto. (3ª ed.). Porto Alegre: Artemed.
- Dantas, E. S & Santos, A. V. (2012). O estresse e os impactos no ambiente hospitalar e na saúde do trabalhador no hospital de Coari no médio rio Solimões . *VIII Fórum Ambiental da Alta Paulista*, 8(11), 01-15.
- Dias, N. & Silva, K. R. F. (2002). *O estresse e a Qualidade de Vida*. São Paulo: Manole.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Produção*, 14(3), 27-34.
- De Rosa, A. S. (2003). Le “réseau d’associations”: une technique pour détecter la structure, les contenus, les indices de polarité, de neutralité et de stéréotypie du champ sémantique liés aux représentations sociales. À J. C. Abric (Eds.) *Méthodes d’études des représentations sociales* (pp.81-117). Ramonville Saint-Agne: Éditions ères.
- Di Giacomo, J. P (1981). Aspectos metodológicos de l’analyse dès représentations sociales. *Cahires de Psychologie Cognitive*, 1(1), 397-422.
- Dias, N. & Silva, K. R. F. (2002). *O estresse e a Qualidade de Vida*. São Paulo: Manole.
- Dick, P. (2000). The social construction of the meaning of acute stressors: a qualitative study of the personal accounts of police officers using a stress counselling service. *Work and stress*, 14, 226-244.
- Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil, Ministério da Saúde.* (1996). Retirado em <http://conselho.saude.gov.br/>

- Edwards, J. R. & Cooper, C. L. (1990). The person-environment fit approach to stress: Recurring problems and some suggested solutions. *Journal of Organizational Behavior, 11*(4), 293-307.
- El-Batawi, M. A. (1988). Problemas de salud psicosociales de los trabajadores en los países en desarrollo. En R. Kalimo, M. A. El-Batawi & C. L. Cooper (Eds.), *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud* (pp. 15-20). Ginebra: OMS.
- Evans, O. & Steptoe, A. (2001). Social support at work, heart rate, and cortisol: a self-monitoring study. *Journal of Occupational Health Psychology, 6*, 361-370.
- Feliciano, K. V. O., Kovacs, M. H. & Sarinho, S. W. (2005). Sentimentos de profissionais de serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre burnout. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 5*(3), 319-328.
- Fernandes, S. M. B. A., Medeiros, S. M. & Ribeiro, L. M. (2008). Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 10*(2), 414-427.
- Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. (2002). Estresse: Possibilidades e limites. Em M. da G. Jacques & W. Codo (Orgs.), *Saúde mental e trabalho: Leituras* (pp. 112-129). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva, 5*(1), 33-38.
- Fleck, M. P. A., Leal, F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E. & Vieira, G. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*, 21-8.

- Floriano, P. J. & Dalgalarrodo, P. (2007). Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 162-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Franken, I, Coutinho, M. P. L., & Ramos, N. (2007). Migração e qualidade de vida: o pensamento de brasileiros imigrantes. Em E. C. Krutzen & S. B. Vieira (Orgs.), *Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental* (pp.160-179). João Pessoa: Universitária-UFPB.
- Franken, I. & Ramos, N. (2007). Migração internacional, qualidade de vida e representação social. Em *Saúde Coletiva* (Coletânea do Departamento de Psicologia, UFPB).
- Garbin, A. C. (2006). A Psicologia na área da saúde do trabalhador. Em E. Goulart Júnior, M. C. F. Lunardelli & L. C. Canêo (Orgs.), *Contribuições do psicólogo para a promoção da saúde, qualidade de vida do trabalhador e desenvolvimento das organizações* (pp. 113-118). Bauru, SP: Joarte.
- Gonçalves, A. & Vilarta, R. (2004). Qualidade de Vida: identidades e indicadores. Em A. Gonçalves, & R. Vilarta (Orgs.), *Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas* (pp. 03-25). Barueri: Manole.
- Gondim, S. M. G. & Silva, N. (2004). Motivação no Trabalho. Em J. C. Zanelli, J. E. Borges- Andrade & A. V. B. Bastos. (Orgs.), *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil* (pp. 145-176). Porto Alegre: Artmed.
- González-Rey, F. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade. Uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Thomson.

- Grandjean, E. (1998). *Manual de Ergonomia: Adaptando o trabalho ao homem* (4ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Grandjean, E. (2005) *Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem*. (5º. ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Guareschi, P. A. (1996). Representações sociais: alguns comentários oportunos. Em C. M Nascimento Schulze (Org.), *Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social* (pp. 9-35). (Coletâneas da ANPEPP, 10). Florianópolis: Imprensa Universitária/UFSC.
- Guareschi, P. A. & Jovchelovitch, S. (Orgs.). (2008). *Textos em representações sociais*. (10ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Guido, L. A. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica* (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Guimarães, L. A. M & Grubits, S. (Orgs.). (2004). *Série saúde mental e trabalho vol.II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guimarães, L. A. M. & Freire, H. B.(2004). Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. Em L. A. M. Guimarães & S. Grubits (Orgs). *Série saúde mental e trabalho vol II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guiselini, M. (2004). *Aptidão física, saúde e bem-estar: fundamentos teóricos e exercícios práticos*. São Paulo: Phorte.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus quantitativa. *Psicologia Teoria e pesquisa*, 22(2), 201-210.
- Gutierrez, G. L. & Almeida, M. A. B. (2006). Conflito e gestão da Qualidade de Vida nas organizações. Em R. Vilarta (Org.), *Qualidade de Vida e fadiga institucional* (pp. 85-96). Campinas: IPES.

- Heloani, J. R & Capitão C. G. (2003). Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. *Revista São Paulo em perspectiva*, 17(2), 102-110.
- Hair, F.J., Black, W. C., Babin, B., Anderson, R. E. & Tathan, R. L.(2009). Análise multivariada de dados. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman.
- Houaiss, A., Villar, M. S. & Franco, F. M. M. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Jex, S. M. (1998). *Stress and job performance*. London: Sage Publications.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. Em D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2009). Recentes desenvolvimentos da noção de representações sociais nas ciências sociais. Em A. M. O. Almeida & D. Jodelet (Orgs.). *Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas: representações sociais* (pp. 105-122). Brasília: Thesaurus.
- Jonathan, E. G. (2005). Mulheres empreendedoras: Medos, preocupações e qualidade de vida. *Psicologia em Estudo*, 10, 373-382.
- Jones, F. & Kinman, G. (2001). Approaches to studying stress. In F. Jones & J. Bright (Eds.), *Stress: myth, theory and research* (pp. 17-45). Londres: Prentice Hall.
- Kahn, R. L. & Byosiére, P. (1992). Stress in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 571-650). Palo Alto: Consulting Psychologists.
- Kalimo, R. (1988). Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: panorama general. En R. Kalimo, M. El-Batawi & C. L. Cooper (Orgs.), *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud* (pp. 3-8). Genebra: OMS.
- Karasek Jr., R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.

- Karasek Jr., R. A. et al. (2000). Psychosocial factors: review of the empirical data among men. *Hanley & Belfus Occupational Medicine*, 15(1).
- Kluthcovsky, A. C. G. C. & Takayanagui, A. M. M. (2007) Qualidade de vida - aspectos conceituais. *Revista salud-guarapuava-PR*, 1(1), 13-15.
- Kluthcovsky, A. C. G. C., Takayanagui, A. M. M., Santos, C. B. & Kluthcovsky, F. A. (2007). Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Revista de psiquiatria do Rio Grande. Sul*, 29(2) 176-183.
- Kristensen, T. S. (1995). The demand-control-support model: methodological challenges for future research. *Stress Medicine*, 11, 7-26.
- Kroemer, K. H. E. & Grandjean, E. (2005) *Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem*. (5ª ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Landim, F. L. P., Fernandes, A. M., Mesquita, R. B., Collare, P. M. C. & Frota, M. A. (2010). Análise das Redes Interpessoais: aplicação na realidade de uma equipe de enfermagem atuando em unidade de hematologia. *Saúde e Sociedade [online]*, 19(4), 828-837.
- Lazarus, R. S. (1995). Psychological stress in the workplace. In R. Crandall, & P. L. Perrewé (Eds.), *Occupational stress: A Handbook* (pp. 3-14). Washington: Taylor & Francis.
- Levi, L. (1988). Definiciones y aspectos teóricos de la salud en relación con el trabajo. En R. Kalimo, M. El-Batawi & C. L. Cooper (Orgs.), *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud* (pp. 9-14). Ginebra: OMS.
- Levi, L. (1999). Stress in organizations: Theoretical and empirical approaches. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 129-174). New York: Oxford University Press.

- Levi, L. (2003). Sociedade, Stress e Doença-Investimentos para a saúde e desenvolvimento: causas, mecanismos, conseqüências, prevenção e promoção. *III Congresso de Stress da ISMA/BR (International Stress Management Association) e V Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho*. Porto Alegre, Brasil.
- Levi, L. (2005). Sociedade, stress e doença- investimentos para a saúde e desenvolvimento: causas, mecanismos, conseqüências, prevenção e promoção. *V Congresso de Stress da ISMA/BR (International Stress Management Association) e VII Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho*. Porto Alegre, Brasil.
- Liedke, E. R. (2002). Processo de Trabalho. In: Cattani AD. (org) Dicionário sobre trabalho e tecnologia. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2002. 247-249.
- Lima, F. D., Buunk, A. P., Araújo, M. B. J., Chaves, J. G. M., Muniz, D. L. O. & Queiroz, L. B. (2007). Síndrome de *Burnout* em residentes da Universidade Federal de Uberlândia-2004. *Revista brasileira de educação médica*, 31(2), 137-146.
- Lima Júnior, J., Alchiere, J. C. & Maia, E. M. C. (2009). Avaliação das condições de trabalho em hospitais em Natal. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 43(3): 670-6.
- Lipp, M. E. N. & Malagris, L. E. N. (1998). Manejo do Estresse. Em B. Bange (Org), *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp.279-292). Campinas: Psy II.
- Lipp, M. E. N. & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: Diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15, 537-548.
- Lipp, M. N. (Org.) (2004). O stress no Brasil: Pesquisas avançadas. Campinas (SP): Papirus.

- Lipp, M. E. N. (2005). Stress no trabalho: Implicações para a pessoa e para a empresa. In F. P. N. Sobrinho, & I. Nassaralla (Orgs), *Pedagogia Institucional: Fatores humanos nas organizações* (pp. 85-97). Rio de Janeiro: Zit.
- Lipp, M. E. N., Pereira, M. B. & Sadir, M. A. (2007). Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva, 1*, 29-34.
- Lipp, M. N. (2008). Soluções criativas para o stress. Em: M. N. Lipp (Org), *O stress do professor*. (6ª ed., pp. 29-39). São Paulo: Papirus.
- Mackie, K. S., Holahan, C. K. & Gottlieb, N. H. (2001). Employee involvement management practices, work stress, and depression in employees of a human service residential care facility. *Human Relations, (54)*, 1065-1092.
- Magnago, T. S. B. S., Lisboa, M. T. L. & Griep, R. H. (2009). Trabalho da enfermagem e distúrbio musculoesquelético: revisão das pesquisas sobre o tema. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12(3)*, 560-565.
- Magnago, T. S. B. S., Lisboa, M. T. L., Griep, R. H., Kirchhof, A. L. C. & Guido L. A. (2010). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 18(3)*, 140-147.
- Marcolino, T. Q. & Reali, A. M. M. R. (2008). *O trabalho do mentor-análise das devolutivas de diários reflexivos ao longo de um processo de mentoria em grupo*. Trabalho apresentado no I Congresso Internacional sobre Professorado Principiante e Inserción Profesional a la Docência. Facultad de Ciências de la Educación Universidad de Sevilla, Espanha.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2008). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria, 25*, 65-74.

- Marks, D., Murray, M., Evans, B & Willig, C. (2000). *Health Psychology Theory, Research and Pratici*. London: Sage.
- Marmot, M. (1999). Importance of the psychosocial environment in epidemiological studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(4), 49-53.
- McGrath, J. E (1976). Stress and Behavior in Organization. Em M. R. Cardoso et al. (Orgs.), *O stress nos professores portugueses*. Estudo do Instituto de Prevenção do stress e Saúde Ocupacional- IPSSO. Porto: Porto Editora.
- Meirelles, N. F. & Zeitoune, R. C. G. (2003). Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro oncológico. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 7(1), 78-88.
- Mendes, A. M., Borges, L. O. & Ferreira, M. C. (Orgs.). (2008). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Miguel, F. K. & Noronha, A. P. P. (2009). Estudo da relação entre inteligência emocional e estresse em ambientes de trabalho. *Avaliação Psicológica*, 8(2), 219-228.
- Minayo, M.C.S. (Org.). (2010). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. (29^a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 7-18.
- Ministério da Saúde (2002). *Doenças relacionadas com o trabalho: diagnóstico e condutas- manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF.
- Miyata, M., Tamaka, Y. & Tsuji, S. (1997). Occupational stress as the cause of psychosomatic and mental disorders. *Sangyo Ilka Daugaku Zasshi*, 19(4), 297-305.
- Monteiro, M. S. & Gomes, J. R. (1998). Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso. *Cadernos Saúde Pública*, 14(2), 345-353.

- Moraes, L. F. R., Marques, A. L. & Pereira, L. Z. (2002). *Implicações do treinamento na qualidade de vida e estresse no trabalho (I)*. (Relatório de Pesquisa). Belo Horizonte: CEPEAD/UFMG.
- Moraes, L. F. R., Marques, A. L. & Pereira, L. Z. (2003). *Implicações do treinamento na qualidade de vida e estresse no trabalho (II)*. (Relatório de Pesquisa). Belo Horizonte: CEPEAD/UFMG.
- Moreira, W. W. (2001). Qualidade de vida: como enfrentar esse desafio? Em W.W. Moreira (Org.), *Qualidade de vida: complexidade e educação*. Campinas: Papirus.
- Moscovici, S. (1978). *Representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (1981). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Press Universitaires de France.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (2004). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Moscovici, S. (2010). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. (7ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Murofuse, N., Abranches, S. S. & Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261.
- Murphy, L. R. (1984). Occupational stress management: a review and appraisal. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 57, 1-15.
- Murta, S. G. & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 20(1), 39-47.

- Nahas, M. V. (2003). *Atividade física, saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. (3ª. ed.). Londrina: Midiograf.
- Nahas, M. V., Barros, M. V. G. & Francalacci, V. L. (2001). O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 5(2), 48-59.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2004). *Stress at work*.
- Nóbrega, S. M. (2001). Sobre a teoria das representações sociais. Em: A. S. P. Moreira, (Org), *Representações Sociais. Teoria e Prática* (pp 55-87). João Pessoa: Editora Universitária.
- Nóbrega S. M. & Coutinho, M. P. L. (2003). O teste de associação livre de palavras. Em M. P. L. Coutinho, A. Lima, F. Oliveira & M. L. Fortunato (Orgs). *Representações Sociais: Abordagem Interdisciplinar* (pp. 67-77). João Pessoa. EDUF/PB.
- Oliveira, J. S.; Alves, M.S.C.F. & Miranda, F.A.N. (2009). Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. *Rev. salud pública*. 11 (6): 909-917.
- Pakenas, A., Souza Junior, T. P., & Pereira, B. (2007). Dinâmica não-linear e exercício físico: conceitos e aplicações. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13(5), 331-335.
- Parafo, R. C. (2002). *Estudo do stresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas* (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Parafo, R. C, & Martino M. M. F. (2004). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 38(2).
- Pakenas, A., Souza Junior, T. P., & Pereira, B. (2007). Dinâmica não-linear e exercício

- físico: conceitos e aplicações. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 13(5), 331-335.
- Parasuraman, A. (1991). *Marketing research*. (2^a ed.). New York: Addison-Wesley Publishing Co.
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 45-52.
- Payne, R. L. & Cooper, C. L. (2001). *Emotions at work : theory, research and applications for management*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Pieró, J. M. & Prieto, F. (1996). *Tratado de psicología del trabajo*. Madrid: Editorial Síntese.
- Pinheiros, F. A.; Tróccoli, B. T. & Paz, M. G. T. (2002). Aspectos psicossociais dos distúrbios osteomusculares. In: Mendes, A. M.; Borges, L. O.; Ferreira, M. C. (org). *Trabalho em transição, saúde e mrisco*. Brasília: Editora UNB, p 65-85.
- Pitta, A. M. F. (2003). *Hospital: dor e morte como ofício*. (5^aed.). São Paulo: Hucitec.
- Pizzoli, L. M. L. (2005) Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. *Ciência e saúde coletiva*, 10(4), 1055-1062.
- Pollard, T. M. (2001). Changes in mental well-being, blood pressure and total cholesterol levels during workplace reorganization: The impact of uncertainty. *Work & Stress*, 15, 14-28.
- Power, M. (2008). Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. A. (Org). *A avaliação de qualidade de vida : guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed. cap. 4, p. 48-59.
- Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D. L. & Hurrell Jr., J. J. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington DC: American Psychological Association.

- Ramos, Natália (2004). *Psicologia Clínica e da saúde*. Lisboa. Universidade Aberta.
- Reinert, M. (1993). Quelques aspects du choix des unités d'analyse et de leur contrôle dans la méthode "Alceste". À L. S. Bolascoo (Org.), *Analisi Statistica dei Dati Testali* (pp. 27-34). (JADT 1995). Roma: CISU.
- Reis, A. L. P. P., Fernandes, S. R. P. & Gomes, A. F. (2010). Estresse e Fatores Psicossociais. *Psicologia Ciência e Profissão*, 30(4), 712-725.
- Rey, F. G. (2006). As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. *Psicologia: Teoria e Prática*. 8 (2):69-85.
- Ribeiro, A. S. M. (2004). *Alceste: análise quantitativa de dados textuais*. Manual não publicado. Laboratório de Psicologia do Desenvolvimento Social (Instituto de Psicologia/UnB), Brasília.
- Ribeiro, C. G. (2006). *Aspectos Psicossociais do Atendimento e Tratamento no Contexto da Aids* (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, Universidade federal da Paraíba, João Pessoa-PB.
- Ribeiro, K. C. S., Oliveira, J. S. C., Coutinho, M. P. L. & Araújo, L. F. (2007). Representação social da depressão no contexto escolar. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 17, 417-430.
- Robbins, S. & Coulter, M. (2009). *Administração*. (8ª ed.). Rio de Janeiro: Prenticehall do Brasil.
- Rossi, A. M., Perrewé, P. L. & Sauter, S. (2005). *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M. & Lipp, M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 20(45), 73-81.

- Santos, P. R. dos (2010).Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro. / Tese de doutorado. Rio de Janeiro: s.n.175.
- Sanzovo, C. E. & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 227-238.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley.
- Saraiva, E. R. A. (2010). *Violência contra idosos: Aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa*. (Tese de Doutorado). Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.
- Sardá Jr., J. J.;Legal, E. J. & Jablonski Jr, S. J. (2004). *Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sauter, S. L. (2005). *As constantes mudanças no trabalho e o bem-estar dos profissionais*. V Congresso de Stress da International Stress Management Association-ISMA/BR e VII Fórum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. Porto Alegre.
- Schnall, P., Landsbergis, P. & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*, 15,381-411.
- Seligmann-Silva, E (1994). *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortez-UFRJ.
- Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Selye, H. A. (1936). Syndrome produced by diverce nervous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H.(1956). **Stress**: a tensão da vida. São Paulo.

- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. (2ª.ed.) São Paulo: IBRASA.
- Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of effort: Reward imbalance at work. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 190-204). New York: Oxford University Press.
- Silva, F. C. M., Sampaio, R. F., Cabral, L. H., Augusto, V. G. & Mancini, M. C. (2007). Representação social e reabilitação: considerações conceituais. Em: *Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional*. Contextos, territórios e diversidades. Goiânia. Anais. Goiânia, Brasil, 10.
- Silva Jr., D. I. & Ferreira, M. C. (2007). Escala para avaliação de estressores ambientais no contexto *off-shore oil* (EACOS). *Avaliação Psicológica*, 6, 139-146.
- Silva, L. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P., Rodrigues, R. A. P. & Marques, M. C. (2012). Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 109-15.
- Silva, S. E. D., Camargo, B. V. & Padilha, M. I. (2011). A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(5), 947-51.
- Souza, L. B., & Figueiredo, M. A. C. (2004). Qualificação profissional e representações sobre trabalho e qualidade de vida. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14, 221-232.
- Spindola, T. & Santos, R.S. (2003). Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). *Rev. esc. Enferm. São Paulo, USP*, v.37, n.2, jun.
- Stacciarini, J. M. R. & Tróccoli, B. (2002). Stress ocupacional. Em A. M. Mendes, L. O. Borges, & M. C. Ferreira (Orgs.), *Trabalho em transição, saúde em risco* (pp. 185-205). Brasília: Editora Universidade de Brasília.

- Swan, J. A., Moraes, L. F. R. & Cooper, C. L. (1993). Developing the occupational stress indicator (OSI) for use in Brazil: A report on the reliability and validity of the translated OSI. *Stress Medicine*, 9, 247-453.
- Tamayo, A. (2004). *Cultura e Saúde nas Organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Tamayo, M. R. (2008). *Burnout: Aspectos gerais e relação com o estresse no trabalho*. In A. Tamayo (Ed.), *Estresse e cultura organizacional* (pp. 75-105). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Triviños, A. N. S. (2010). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Tsutsumi, A., Kayaba, K., Theorell, T., & Siegrist, J. (2001). Association between job and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27(2), 146-153.
- Veiga, K. C. G., Fernandes, J. D. & Paiva, M. S. (2011). Estudo estrutural das representações sociais do trabalho noturno das enfermeiras. *Texto contexto - enferm.* Florianópolis, 20(4).
- Vieira, I., Ramos, A.; Martins, D., Bucasio, E., Benevides-Pereira, A. M., Figueira, I. & Jardim, S. (2006). Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul [online]*, 28(3), 352-356.
- Villalobos, J. O. (2004). Estrés y trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista de Medicina y Salud*. Retirado em www.medspain.com/n3-feb99/stress.htm
- Zanelli, J. C. (2007). *Trabalhadores com manifestações de stress: teorias e procedimentos utilizados em centros de pesquisas e intervenções* (Tese Pós-Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campina.

- Zaneli, J. C. (2010). *Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artemed.
- Zille, L. P. (2005). *Novas perspectivas para a abordagem do estresse ocupacional em gerentes: estudo em organizações brasileiras de setores diversos* (Tese de Doutorado em Administração). Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Zille, L. P. & Zille, G. P. (2010). O estresse no trabalho: uma análise teórica de seus conceitos e suas inter-relações. *Revista Gestão e Sociedade CEPEAD/UFMG*, 4(7).
- Wachelke, J. F. R., Camargo, B. V., Hazan, J. V., Soares, D. R., Oliveira, L. T. P. & Reynaud, P. D. (2008). Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. *Estudos de Psicologia*, 13(2), 107-116.
- Wang, J. L. & Patten, S. B. (2001). Perceived work stress and major depression in the Canadian employed population, 20-49 years old. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 283-289.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. 41(10), 403-409.

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
DOUTORADO EM PSICOLOGIA SOCIAL
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO UNIPÊ

**Título do Projeto: “QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
 UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”**

Pesquisadora Responsável: Iany Cavalcanti da Silva Barros

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

Os(as) senhores(as) estão sendo convidados para participarem dessa pesquisa, que faz parte do Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossocial de Prevenção e Saúde Coletiva e, estamos realizando um estudo sobre qualidade de vida no contexto hospitalar, na cidade de João Pessoa–PB. O objetivo geral é apreender as representações sociais construídas pelos profissionais de saúde acerca de qualidade de vida e estresse, em seu contexto organizacional de saúde. Essa pesquisa contribuirá apontando as representações sociais que os profissionais de saúde têm sobre qualidade de vida e estresse, oferecendo assim possibilidades para entender os processos laborais dos participantes deste estudo e, propor estratégias de intervenção. Nesse trabalho, os profissionais serão convidados a responder quatro instrumentos relacionados com qualidade de vida e estresse, e serão entrevistados em espaços que garantam o sigilo dos dados fornecidos, obedecendo-se a técnica e segurança. O tempo de aplicação é de aproximadamente 40 minutos. As entrevistas serão gravadas, desde que haja a concordância do participante. Informamos que essa pesquisa não oferecerá riscos previstos para a sua saúde, nem problemas de ordem institucional, e esclarecemos que será garantido o sigilo dos nomes dos participantes. Informamos que a sua participação é voluntária e que não será prejudicada de forma nenhuma caso não queira participar do estudo, sendo também garantido ao participante o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique.

Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos a sua colaboração.

Após ter sido informado(a) sobre a finalidade da Pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO NA PERSPECTIVA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”** concordo em participar da mesma.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Em, ____ de _____ de 2011

Contato com a pesquisadora responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Iany Cavalcanti da Silva Barros, telefones 87801872; 21069219. Endereço: Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos 1289. Apto. 702. Jardim Oceania, João Pessoa – PB, e-mail: ianybarros@hotmail.com

ANEXO 2

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS ENTREVISTADOS

Data: ___/___/___ **Sexo:** M() F() **Idade:** _____

Estado Civil: _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Profissão:** _____

Tempo de formação: _____ **Possui Pós-Graduação?** Sim() Não()

Em caso afirmativo, responda: Qual? _____

Hospital: Público() Privado() Outro()

Tempo de Trabalho no Hospital (anos): _____ **Escala de trabalho:** _____

Função: _____

Remuneração em salários mínimos: R\$ _____

ANEXO 3

2. TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Instruções: a partir das palavras que vou verbalizar, escreva as cinco primeiras palavras ou expressões que lhe vem à mente.

Estímulo 1		()
		()
		()
		()
		()
Estímulo 2		()
		()
		()
		()
		()
Estímulo 3		()
		()
		()
		()
		()
Estímulo 4		()
		()
		()
		()
		()

3. ASSINALE AGORA, AS PALAVRAS EM GRAU DE IMPORTÂNCIA, APONTANDO DA PRIMEIRA A ÚLTIMA, NA TERCEIRA COLUNA.

ANEXO 5



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA – UNIPÊ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CEP/UNIPÊ**

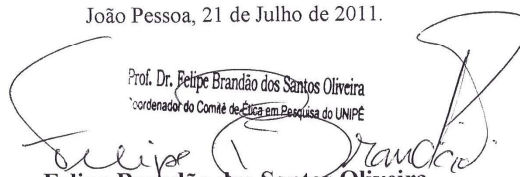
CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa – CEP/UNIPÊ, em sua 40ª Reunião Ordinária realizada em 19.07.2011, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos, aprovou o parecer referente ao Projeto de Pesquisa “**Qualidade de vida e estresse de profissionais de saúde: um estudo na perspectiva das representações sociais**” da pesquisadora responsável Iany Cavalcanti da Silva Barros.

Esta certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/UNIPÊ o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 21 de Julho de 2011.


Prof. Dr. Felipe Brandão dos Santos Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPÊ
Felipe Brandão dos Santos Oliveira
Coordenador do CEP/UNIPÊ

ANEXO 6

4. ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO

Abaixo estão listadas várias situações que podem ocorrer no dia a dia de seu trabalho. Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para dar sua opinião sobre cada uma delas.

1	2	3	4	5
Discordo Totalmente	Discordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo Totalmente

Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua resposta.

- Ao marcar o número 1 você indica discordar totalmente da afirmativa
- Assinalando o número 5 você indica concordar totalmente com a afirmativa
- Observe que quanto **menor** o número, mais você **discorda** da afirmativa e quanto **maior** o número, mais você **concorda** com a afirmativa

A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	1	2	3	4	5
O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita	1	2	3	4	5
A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	1	2	3	4	5
Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5
Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais	1	2	3	4	5
Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	1	2	3	4	5
A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	1	2	3	4	5
Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	1	2	3	4	5
Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	1	2	3	4	5
Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	1	2	3	4	5
Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1	2	3	4	5
Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	1	2	3	4	5
Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	1	2	3	4	5
Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	1	2	3	4	5
As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado	1	2	3	4	5
Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	1	2	3	4	5
A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	1	2	3	4	5
A falta de compreensão sobre quais são minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação	1	2	3	4	5
Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	1	2	3	4	5
O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	1	2	3	4	5
Fico incomodado por meu superior evitar me incumbir de responsabilidades importantes	1	2	3	4	5

ANEXO 7

5. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Instruções: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas.**

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circula no número que lhe parece a melhor resposta.

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
		1	2	3	4	5

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
		1	2	3	4	5

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

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

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

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

Obrigada pela colaboração!