

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A INTENÇÃO DE ABANDONO DA
PROFISSÃO E O ESTRESSE LABORAL EM ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL
DA SERRA GAÚCHA/RS**

ANGELA ENDERLE CANDATEN

Porto Alegre

2015

ANGELA ENDERLE CANDATEN

**ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE A INTENÇÃO DE ABANDONO DA
PROFISSÃO E O ESTRESSE LABORAL DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL
DA SERRA GAÚCHA/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Angelica Rosat
Consiglio

**Porto Alegre
2015**

CIP - Catalogação na Publicação

Candaten, Angela Enderle

Análise da associação entre a intenção de abandono da profissão e o estresse laboral em enfermeiros de um hospital da Serra Gaúcha/RS / Angela Enderle Candaten. -- 2015.

95 f.

Orientadora: Angelica Rosat Consiglio.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Esgotamento profissional. 2. Enfermeiros e enfermeiras. 3. Reorganização de recursos humanos. I. Consiglio, Angelica Rosat, orient. II. Título.

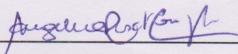
ANGELA ENDERLE CANDATEN

Análise da associação entre a intenção de abandono da profissão e o estresse laboral em enfermeiros de um hospital da Serra Gaúcha/RS

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de outubro de 2015.

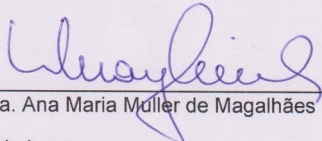
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Angélica Rosat Consiglio

Presidente da Banca – Orientadora

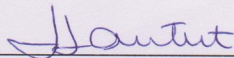
PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Ana Maria Müller de Magalhães

Membro da banca

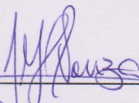
PPGENF/UFRGS



Prof. Dra. Liana Lautert

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Lucas Melo de Souza

Membro da banca

ULBRA

AGRADECIMENTOS

A família, pelo apoio, carinho e encorajamento.

Ao meu companheiro, Marcelo Rosa, por estar comigo em cada linha deste estudo.

A orientadora, Dra. Angelica Rosat Consiglio, por ser a referência de que necessitei e por me ensinar com ética e responsabilidade os preceitos da pesquisa. Obrigada por compartilhar essa conquista comigo.

As amigas, Ana Paula de Brum e Iranez Bortolotto, pelo conforto, disponibilidade e parceria nos momentos de necessidade.

A amiga, Ivana Trevisan, pela ajuda e apoio incondicional nas coletas de saliva.

A Alice Beatriz Machado e ao Jeferson da Silva do Centro de Pesquisa Experimental do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo comprometimento e auxílio na coleta de dados.

Ao Prof. Francisco Arsego de Oliveira e sua equipe do Serviço de Medicina Ocupacional, pelo auxílio e pelas requisições das análises de cortisol salivar.

A Dra. Ana Maria Magalhães, pela disponibilidade e apoio.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio financeiro e pelo empréstimo da estrutura necessária para armazenar e analisar as amostras de saliva.

Ao Hospital Pompéia de Caxias do Sul, pela compreensão, incentivo e permissão para a realização desta jornada.

As enfermeiras do Hospital Pompéia de Caxias do Sul, pela participação.

A toda Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo acolhimento e experiências compartilhadas nesses anos de convívio.

Aos colegas do grupo de pesquisa GISO, pelo carinho, amizade e companheirismo.

RESUMO

CANDATEN, Angela Enderle. **Análise da associação entre a intenção de abandono da profissão e o estresse laboral em enfermeiros de um hospital da Serra Gaúcha/RS.** 2015. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Atualmente, a intenção de abandonar a enfermagem, considerada um indicador que antecipa a efetiva saída da profissão e/ou do emprego atual, tem sido amplamente estudada nos países europeus. Ainda que o abandono precoce não seja um problema reconhecido no Brasil, vale ressaltar que a proporção de enfermeiros insatisfeitos e com intenção de abandonar a profissão tem aumentado significativamente nos últimos anos. Profissionais insatisfeitos tendem a apresentar intenção de abandonar o emprego e até mesmo a profissão de enfermeiro com mais frequência. A intenção de abandonar a profissão é multifacetada e depende de inúmeros fatores, entre eles o estresse laboral. O estresse laboral tem sido um dos principais problemas relacionados ao trabalho e que merece atenção em virtude dos seus efeitos tanto na saúde individual quanto profissional dos trabalhadores. Neste sentido, o objetivo desse estudo foi analisar a associação entre a intenção de abandono da profissão e o estresse laboral em enfermeiros de um hospital da Serra Gaúcha/RS. Desenvolveu-se um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado no Hospital Pompéia em Caxias do Sul/RS e incluiu 52 enfermeiras assistenciais que atuavam em diferentes unidades. Para avaliação da intenção de abandono foi utilizado um questionário e para avaliação do estresse utilizou-se as medidas quantitativas de cortisol salivar e escores das escalas Job Stress Scale, Maslach Burnout Inventory e Effort Reward-Imbalance. Os resultados obtidos foram os seguintes: 45,3% das enfermeiras apresentavam estresse, e sob o ponto de vista do cortisol salivar não houve associação do estresse com a intenção de abandonar a profissão. A intenção de abandonar a profissão foi inversamente relacionada ao apoio social; o desejo de deixar o emprego o mais rapidamente possível relacionou-se positivamente com a demanda de trabalho. Verificou-se associação entre as dimensões da MBI e o desejo de sair do emprego o mais rápido possível. Não foram verificadas associações entre o desequilíbrio entre esforço/recompensa com a intenção de abandonar a profissão, e houve uma tendência positiva para associações entre o tempo de trabalho e o desejo de sair do emprego, mas não houve associações para a intenção de abandonar a profissão. Recomenda-se, a partir desse estudo, o fortalecimento dos vínculos interpessoais e suporte social, e o desenvolvimento de habilidades e competências que favoreçam o enfrentamento do estresse laboral em enfermeiros. Promover a qualidade de vida do trabalhador, primar pela sua segurança e motivá-lo para o trabalho é uma das estratégias que podem ser utilizadas para diminuir o desejo de sair do emprego e mantê-los na profissão.

Palavras-chave: Esgotamento profissional. Enfermeiros e enfermeiras. Reorganização de recursos humanos.

Apoio financeiro: FIPE/HCPA

ABSTRACT

CANDATEN, Angela Enderle. **Analysis of the association between the intent to abandon the profession and work stress in nurses at a hospital in Serra Gaúcha/RS.** 2015. 95 f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Currently, the intention to leave nursing, considered as an indicator that anticipates the effective output of the profession and / or the current job, has been widely studied in European countries. Although early withdrawal is not a recognized problem in Brazil, it is noteworthy that the proportion of dissatisfied nurses and those who intend to leave the profession has increased significantly in recent years. Dissatisfied professionals tend to leave the job and even the nursing profession more often. The intention to leave the profession is multifaceted and depends on numerous factors, including work stress. The work stress has been one of the main problems related to work and it deserves attention because of its effects on individual health and professional workers. In this sense, the objective of this study was to analyze the association between the intention to abandon the profession and the work stress in nurses in a hospital in Serra Gaúcha / RS. Developed a cross-sectional, descriptive and analytical study in Pompeii Hospital in Caxias do Sul / RS and included 52 clinical nurses who worked in different units. For evaluation of intention to abandon a questionnaire was used to evaluate the stress and we used quantitative measures of salivary cortisol and scores of scales Job Stress Scale, Maslach Burnout Inventory and Effort-Reward Imbalance. The results obtained were as follows: 45.3% of the nurses had stress and salivary cortisol in the viewpoint no stress associated with the intent to leave the profession. The intention to leave the profession was inversely related to social support; the desire to quit his job as soon as possible was related positively with the demand for labor. It was found association between the dimensions of the MBI and the desire to leave the job as soon as possible. No associations were found between the imbalance between effort / reward with the intention to abandon the profession, and there was a positive trend for associations between working time and the desire to quit the job but was not associated to the intention to leave the profession. It is recommended, based on this study, the strengthening of interpersonal ties and social support, and the development of skills and competencies that promote coping with work stress among nurses. Promote quality of work life, strive for their safety and motivate you to work is one of the strategies that can be used to reduce the desire to leave their jobs and keep them in the profession.

Keywords: Burnout professional. Nurses. Personnel turnover.

Financial support: FIPE/HCPA

RESUMEN

CANDATEN, Angela Enderle. **El análisis de la asociación entre la intención de abandonar la profesión y el estrés laboral en enfermeras en un hospital de Serra Gaúcha/RS**. 2015. 95 f. Tesina (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

En la actualidad, la intención de dejar la enfermería, considerado un indicador que anticipa la salida efectiva de la profesión y / o el trabajo actual ha sido ampliamente estudiada en los países europeos. A pesar de la retirada temprana no es un problema reconocido en Brasil, es de destacar que la proporción de enfermeras insatisfechos e intención de abandonar la profesión se ha incrementado significativamente en los últimos años. profesionales insatisfechos tienden a tener intención de dejar el trabajo e incluso la profesión de enfermería con más frecuencia. La intención de abandonar la profesión es multifacética y depende de numerosos factores, incluyendo el estrés laboral. El estrés en el trabajo ha sido uno de los principales problemas relacionados con el trabajo y merece atención debido a sus efectos sobre la salud individual y los trabajadores profesionales. En este sentido, el objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la intención de abandonar la profesión y el estrés laboral en enfermeras en un hospital de Serra Gaúcha / RS. Desarrollaron un estudio transversal, descriptivo y analítico en el hospital de Pompeya en Caxias do Sul / RS y se incluyeron 52 enfermeras clínicas que trabajaban en diferentes unidades. Para la evaluación de la intención de abandonar Se utilizó un cuestionario para evaluar el estrés y utilizamos las medidas cuantitativas de cortisol en la saliva y las puntuaciones de la Escala de Estrés escalas de empleo, Maslach Burnout Inventory y el desequilibrio esfuerzo-recompensa. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 45,3% de las enfermeras tenía estrés y cortisol salival en el punto de vista sin estrés asociado con la intención de abandonar la profesión. La intención de abandonar la profesión estaba inversamente relacionada con el apoyo social; el deseo de dejar el trabajo tan pronto como sea posible se relaciona positivamente con la demanda de trabajo. No hubo asociación entre las dimensiones del MBI y el deseo de dejar el trabajo lo más rápido posible. No se encontraron asociaciones entre el desequilibrio entre el esfuerzo / recompensa con la intención de abandonar la profesión, y había una tendencia positiva para las asociaciones entre el tiempo y el deseo de dejar el trabajo de trabajo, pero no se asoció con la intención de abandonar la profesión . Se recomienda a partir de este estudio, el fortalecimiento de las relaciones interpersonales y el apoyo social, y el desarrollo de habilidades y competencias que promueven el afrontamiento del estrés en el trabajo de enfermería. La promoción de la calidad de vida laboral, se esfuerzan por su seguridad motivará para trabajar es una de las estrategias que se pueden utilizar para disminuir el de dejar el trabajo y mantenerlos en la profesión.

Palabras clave: Agotamiento profesional. Enfermeros. Reorganización del personal.

Apoyo financiero:

FIPE/HCPALISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das enfermeiras do Hospital Pompéia, segundo características sócio-demográficas, Caxias do Sul/RS, 2015 (n=52).....	41
Tabela 2 - Distribuição das enfermeiras do Hospital Pompéia, segundo características laborais, Caxias do Sul/RS, 2015 (n=51).....	42
Tabela 3 - Distribuição das enfermeiras do Hospital Pompéia, segundo características de saúde, Caxias do Sul/RS, 2015 (n=52).....	43
Tabela 4 - Distribuição das enfermeiras do Hospital Pompéia, segundo a intenção de abandonar e permanecer na enfermagem, Caxias do Sul/RS, 2015 (n=52).....	45
Tabela 5 - Mediana, intervalo interquartil e coeficiente Alfa de Cronbach (α) das dimensões da escala JSS, Caxias do Sul/RS, 2015 (n=52).....	46
Tabela 6 - Média, desvio padrão e coeficiente Alfa de Cronbach (α) das dimensões da escala MBI, Caxias do Sul/RS, 2015 (n=52).....	47
Tabela 7 - Média, desvio padrão e coeficiente Alfa de Cronbach (α) das dimensões da escala ERI, Caxias do Sul/RS, 2015 (n=48).....	47
Tabela 8 - Descrição do perfil quantitativo de cortisol salivar das enfermeiras do Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015 (n=46).....	47
Tabela 9 - Correlações entre as escalas e as medidas de cortisol salivar das enfermeiras do Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015.....	48
Tabela 10 - Correlações entre a intenção de abandonar a enfermagem, escalas e cortisol salivar, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015.....	49
Tabela 11 - Associação entre a dimensão realização profissional da escala MBI e a intenção de abandonar a enfermagem, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015.....	53
Tabela 12 - Associação entre a dimensão exaustão da escala MBI e o desejo de sair do emprego, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015.....	54
Tabela 13 - Associação entre a dimensão despersonalização da escala MBI e o desejo de sair do emprego, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015.....	55
Tabela 14 - Associação entre a dimensão baixa realização profissional da escala MBI e o desejo de sair do emprego, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015.....	55
Tabela 15 - Associação entre a intenção de abandonar a enfermagem e o tempo de trabalho, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015.....	56
Tabela 16 - Associação entre o desejo de sair do emprego e o tempo de trabalho na enfermagem, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTH	Hormônio Adrenocorticotrópico
CCE	Comissão das Comunidades Europeias
EU	União Europeia
ERI	<i>Effort-Reward-Imbalance</i>
GAS	<i>General Adaption Syndrome</i> (Síndrome da Adaptação Geral)
HPA	Hipotalâmico-Pituitário-Adrenal
IEC	Inventário de Estratégias de <i>Coping</i>
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 A resposta hormonal ao estresse e a dosagem de cortisol salivar	17
3.2 O Estresse e suas relações com o trabalho	19
3.2.1 Modelo Demanda-Controle.....	23
3.3 Desequilíbrio entre Esforço e Recompensa no trabalho - <i>Effort Reward-Imbalance (ERI)</i>	26
3.4 A intenção de abandono, a insatisfação no trabalho e a síndrome de <i>Burnout</i>	27
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	30
4.1 Tipo de estudo	30
4.2 Campo de estudo	30
4.3 População e amostra	31
4.4 Coleta de dados	32
4.5 Questionário	33
4.6 Cortisol Salivar	33
4.7 Escala de Estresse – <i>Job Stress Scale</i>	34
4.8 Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)	36
4.9 Effort-Reward-Imbalance (ERI)	37
4.10 Análise dos Dados	38
4.11 Aspectos éticos	39
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	40
5.1 Características sociodemográficas	40
5.2 Características laborais	41
5.3 Características de saúde	42
5.4 Intenção de abandono e permanência na enfermagem	44
5.5 Dados descritivos das escalas e cortisol salivar	45
5.6 Correlações entre as escalas e o cortisol salivar	47

5.7 Correlações entre a intenção de abandono da profissão de enfermeiro com as escalas e cortisol salivar	48
5.8 Correlações entre as escalas JSS, MBI e ERI	49
5.9 Associação entre a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro com as escalas JSS (Modelo D-C), MBI e ERI e aumento de cortisol salivar	51
5.10 Associações entre a procura de emprego fora da enfermagem e as escalas	53
5.11 Associações entre o desejo de deixar o emprego o mais rápido possível e as escalas	53
5.12 Associações entre a intenção de abandonar a profissão e o tempo de trabalho na enfermagem	55
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
6.1 Considerações sobre os achados sociodemográficos, laborais e de saúde	57
6.2 Considerações sobre a intenção de abandono e a permanência na enfermagem	60
6.3 Considerações sobre cortisol salivar, escalas e correlações relevantes	61
6.4 Considerações sobre a intenção de abandono e associações relevantes	65
7 CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS	70
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	82
ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS	85
ANEXO C - JOB STRESS SCALE	88
ANEXO D - MASLACH INVENTORY BURNOUT	90
ANEXO E - <i>EFFORT-REWARD IMBALANCE</i> (ERI)	91
ANEXO F - ROTEIRO PARA COLETA DE CORTISOL SALIVAR	93
ANEXO G: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – HOSPITAL POMPÉIA	94
ANEXO H – TABELA CORRELAÇÕES ENTRE ESCALAS JSS, MBI E ERI, HOSPITAL POMPÉIA, CAXIAS DO SUL	95

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, poucos são os relatos e estudos acerca da intenção de abandonar a profissão de enfermeiro no Brasil. Estudos publicados na Europa e na América do Norte (RUDMAN, GUSTAVSSON, HULTELL, 2013) sugerem que a intenção de abandono da profissão de enfermeiro é mais comum nos profissionais em início de carreira. Um estudo longitudinal realizado na Suécia (RUDMAN et al., 2010), analisou a intenção de abandono e acompanhou enfermeiros por cinco anos e a prevalência da intenção de deixar a profissão de enfermagem dobrou entre o primeiro e o quinto ano de trabalho, e depois de cinco anos, de cada cinco enfermeiros, um manifestou fortemente a intenção de deixar a profissão. Ainda, durante os primeiros cinco anos, a intenção de deixar a profissão foi fortemente associada com *Burnout*. Nos EUA, Scott, Engelke e Swanson (2008) constataram que cerca de 6% dos recém-formados demonstram intenção de deixar a profissão de enfermagem nos primeiros três anos. Especificamente, as questões relativas ao desenvolvimento profissional, estresse e funcionamento geral no local de trabalho ainda não foram exploradas.

Dada a variedade de fatores que contribuem para o abandono da profissão, a lógica por trás da decisão de deixar o sistema de saúde e da profissão como um todo, é multifacetado (FLINKMAN; LEINO-KILPI; SALANTERÄ, 2010). Em muitos dos modelos teóricos estabelecidos, a decisão pelo abandono ou saída efetiva do emprego é visto como um processo que se desenvolve ao longo do tempo, depois de procurar ou avaliar alternativas. No entanto, a decisão também pode ser tomada dentro de um período de tempo curto, envolvendo um único evento. Independentemente de um processo de decisão de curto ou longo prazo, uma forte ligação foi estabelecida entre a intenção de deixar a profissão de enfermagem e uma decisão posterior para realmente sair ([HASSELHORN; MÜLLER; TACKENBERG, 2005](#)).

De acordo com a teoria do comportamento planejado, o comportamento humano em contextos específicos pode ser previsto e explicado em termos de intenção de agir (AJZEN, 1991). Aqui, a intenção dá uma indicação da quantidade de esforço que uma pessoa está preparada para exercer, a fim de agir e se comportar de determinada maneira. Assim, pode existir uma associação estabelecida entre a intenção e comportamento. No caso do volume de negócios profissionais, a intenção de sair do emprego é um preditor significativo para realmente deixar a profissão (BLAU, 2007).

Alguns estudos realizados na Europa e outros países desenvolvidos indicam que 50 - 60% de todos os dias de trabalho perdidos são atribuídos ao fator estresse. Notou-se que o

estresse laboral é a segunda causa mais frequente de distúrbios de saúde relacionados com o trabalho, que afetou 22% dos trabalhadores na União Europeia em 2005 (AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO, 2009). No Brasil, segundo estudo da Universidade de Brasília (ALMEIDA, BARBOSA-BRANCO, 2011), 70% da população de trabalhadores sofre de estresse crônico e, desse total, 30% apresenta *Burnout*.

A síndrome de *Burnout* é um fenômeno psicossocial que surge como resposta aos estressores interpessoais crônicos presentes no trabalho. No contexto da Psicologia, a definição mais utilizada tem sido a de Maslach e Jackson (1981), em que o *Burnout* é referido como “uma síndrome multidimensional constituída por exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional no trabalho. O quadro clínico é variado e pode incluir sintomas psicossomáticos, psicológicos e comportamentais entre os profissionais, e produzir consequências negativas nos níveis individual, profissional, familiar e social. No âmbito das instituições de saúde destacam-se altos índices de absenteísmo por doença (FRANÇA, et al. 2012) e presenteísmo (HYEDA; HANDAR, 2011) com conseqüente comprometimento na qualidade do serviço prestado nas instituições (ZANATTA; LUCCA, 2015).

Vale salientar que apesar de contratempos com pacientes ocasionarem experiências marcantes, o paciente foi considerado menor causador de estresse nos profissionais, sendo as relações interpessoais os estressores mais expressivos, conforme dados do estudo de Caregnato e Lautert (2005). As relações interpessoais quando vivenciadas de forma positiva e efetiva contribuem para a presença e/ou percepção do apoio social. Quando há apoio social no trabalho, há maior satisfação, motivação e comprometimento com as tarefas. Dessa forma, há redução do estresse e fatores contribuintes reduzindo o risco de doenças cardiovasculares e melhorando a saúde do trabalhador (FERREIRA, 2010). Por outro lado, quando o apoio social é deficiente pode gerar impacto negativo nas pessoas e esse impacto é influenciado pela maneira como o apoio é recebido ou percebido pelo trabalhador.

A relevância das relações sociais na saúde vem sendo destacada por meio de suas associações com morbidade física e psicológica, a recuperação em doenças crônicas, e a mortalidade (GIOVANETTI apud FERREIRA, 2010). O apoio social é um importante fator psicossocial no trabalho para a compreensão da saúde dos trabalhadores (THEORELL, 1996; KARLIN; BRONDOLO; SCHARTZ, 2003).

Relações sociais fortalecidas são fundamentais para a qualidade de vida do ser humano, e também para a manutenção da longevidade humana, além de amenizarem os efeitos maléficos dos estressores do dia-a-dia (COHEN; WILLS, 1985; FERREIRA, 2010).

Isolamento social e falta de apoio social no trabalho tem forte associação com aumento no risco de doenças cardíacas, além de problemas de saúde psíquica, como depressão, estresse e ansiedade (EVANS; STEPTOE, 2001).

Em 2010-2011, 1,3 milhão de brasileiros se afastaram do trabalho e receberam auxílio-doença por doenças ocupacionais (depressão, estresse e doenças osteomusculares). Nesse mesmo ambiente corporativo, em que a cobrança por resultados é cada vez mais intensa, o estresse é a resposta do indivíduo às dificuldades de relacionamento, à pressão permanente pelo cumprimento de metas, aos riscos da tomada de decisões, às exigências dos clientes, à disputa com os concorrentes e mesmo à insegurança de perder o emprego. Como não conseguem conciliar o desempenho profissional com os cuidados com a saúde, os trabalhadores sucumbem (ALMEIDA; BARBOSA-BRANCO, 2011).

Estudos da década de 90 (WHEELER, 1998) apontaram que a falta de funcionários era o principal estressor do trabalho do enfermeiro. Enquanto a sobrecarga de trabalho continua sendo um estressor apontado em diversas pesquisas, tanto em estudos que antecedem a década de 90 quanto os mais contemporâneos, pesquisadores observam a dificuldade existente para encontrar soluções para esse problema (MCVICAR, 2003). Para a Comissão das Comunidades Europeias – CCE (2002) o estresse, representa 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho e implica em duas semanas ou mais de ausência no trabalho, anualmente.

Neste sentido, o estresse é definido como um conjunto de condições físicas ou psicológicas que podem vir ameaçar o equilíbrio do organismo. A resposta fisiológica atribuída ao estresse é a liberação do hormônio adrenocorticotrópico - ACTH e corticóides (cortisol) na corrente sanguínea como resultado da ativação do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal - HPA o qual coloca os indivíduos em maior risco de desenvolvimento de distúrbios físicos e psicológicos (GRAEFF, 2007; BEINFELD et al., 2001). Os estímulos ou situações diárias que propiciam a condição de estresse são denominados estressores e a resposta fisiológica é a reação ao estresse. A produção e a secreção do cortisol aumentam durante e após exposição a agentes estressores.

Diante do exposto, vale salientar a crescente preocupação com a situação de saúde e estresse dos profissionais de enfermagem que atuam em hospitais. Além de enfrentarem no seu dia-a-dia situações de limite físico e psicológico, convivem em um ambiente de trabalho com riscos resultantes de agentes químicos, físicos, biológicos e psíquicos, capazes de causar danos a sua saúde. Dentre os fatores que podem influenciar a qualidade de vida do trabalhador, as condições de trabalho impostas se configuram importantes. É crescente o

consenso, representado em diversas pesquisas de estresse ocupacional, que aborda os aspectos negativos de estresse com consequências não somente para o trabalhador, mas também às instituições (CAVALHEIRO; MOURA JUNIOR; LOPES, 2008; ROCHA, 2013).

Outro aspecto negativo do estresse e da insatisfação com o trabalho é a intenção de abandonar a profissão. Em pesquisa realizada por Griep et al. (2013), o desinteresse pela profissão foi identificado por relatos de insatisfação e intenção de abandonar a carreira de enfermagem. Isso é demonstrado tanto em relação a pensamentos expressos quanto a efetiva procura por empregos fora da enfermagem.

A intenção de abandonar a enfermagem, considerada um indicador que antecipa a efetiva saída, tem sido amplamente estudada nos países europeus (CORTESE, 2012) que descrevem a escassez de profissionais como um problema mundial. Ainda que o abandono precoce não seja um problema reconhecido no Brasil, vale ressaltar que a proporção de enfermeiros insatisfeitos e com intenção de abandonar a profissão, foi mais alta do que as apontadas pela maioria dos países europeus do *Nurse's Early Exit Study* (HASSELHORN; TACKENBERG; MÜLLER, 2012).

Diante do exposto, essa pesquisa vinculou-se à linha de pesquisa *Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho* e a motivação para a investigação surgiu da minha vivência profissional enquanto enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital de alta complexidade do nordeste do estado do Rio Grande do Sul e pelo interesse em buscar respostas sobre o motivo do abandono da enfermagem e pela crescente ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho nos profissionais da saúde, principalmente o estresse. Muitos fatores potencialmente modificáveis, como a carga de trabalho, *Burnout* e qualidade de atendimento no local de trabalho, por vezes têm sido relatados como importantes preditores de intenção de enfermeiros para deixar o trabalho. Porém, as evidências sobre os fatores associados com a intenção de deixar a profissão de enfermagem ainda são limitadas (COSTA; MARTINS, 2011).

Neste sentido, emergiu a seguinte questão norteadora: *existe associação entre a intenção de abandono da profissão de enfermeiro e o estresse laboral?* Sendo assim, buscou-se verificar essa associação e sustentou-se a hipótese de que quanto mais elevados os níveis de estresse maior seria a intenção de abandono da profissão de enfermeiro.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a associação entre a intenção de abandono da profissão e o estresse laboral em enfermeiros de um hospital da Serra Gaúcha/RS.

2.2 Objetivos Específicos

Mensurar o perfil quantitativo de cortisol salivar dos enfermeiros;

Avaliar o nível de estresse laboral dos enfermeiros sob diferentes abordagens por meio da aplicação das escalas *Job Stress Scale (JSS)*, *Maslach Burnout Inventory (MBI)* e *Effort-Reward-Imbalance (ERI)*;

Verificar a associação entre a intenção de abandono da profissão em enfermeiros com o perfil de cortisol salivar e o estresse laboral.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A resposta hormonal ao estresse e a dosagem de cortisol salivar

Segundo Soares e Alves (2006) o estresse pode ser analisado sob três perspectivas: ambiental, psicológica e biológica, as quais são divergentes entre si, porém compartilham algumas semelhanças. Os autores destacam a relevância e influência da perspectiva ambiental sobre as demais, visto que as exigências ambientais excedem à capacidade adaptativa de um organismo, que tem como consequência determinadas mudanças psicológicas e biológicas que aumentam o risco do desenvolvimento de um estado de doença.

Nesse contexto, a perspectiva ambiental está centrada na avaliação de eventos ambientais ou experiências associadas a exigências adaptativas. A perspectiva psicológica tem o foco nas avaliações subjetivas dos indivíduos, das suas capacidades, para lidarem com as exigências colocadas por acontecimentos específicos. Por fim, a perspectiva biológica está vinculada na ativação de sistemas fisiológicos específicos que são modulados por condições físicas e psicológicas (COHEN; KESSLER; GORDON, 1997).

Acredita-se que descargas excessivas de epinefrina e norepinefrina pela medula adrenal induzirão muitos dos estados patogênicos associados à percepção do estresse. A resposta hormonal provocada pela ativação do eixo Hipotalâmico-Pituitário-Adrenal - HPA foi enfatizada pela descrição da reação fisiológica geral (ou não-específica) de Hans Selye (1956) que demonstrou que ocorre um padrão específico de ativação denominado de Síndrome da Adaptação Geral (*GAS - General Adaptation Syndrome*).

Selye (1956) classificou três fases específicas da Síndrome de Adaptação Geral ao estresse: na primeira (alarme), as mudanças fisiológicas do organismo caracterizam-se pelas reações necessárias à satisfação das exigências do agente estressor; na segunda fase (resistência) ocorre uma adaptação ao agente estressor com a consequente melhoria ou desaparecimento dos sintomas, nesta fase o *output* hormonal permanece mais alto; e a terceira fase (exaustão) só ocorre se o estressor for suficientemente severo e prolongado, levando a depleção das defesas somáticas. Isto ocorre porque a hipófise anterior e o córtex adrenal perdem a capacidade de secretar hormônios, deixando o organismo incapaz de se adaptar (SOARES; ALVES, 2006).

Existe na literatura, um vasto campo teórico que sustenta que uma ativação continuada e persistente do Sistema Simpático-Adrenérgico-Medular e do Eixo Hipotalâmico-Pituitário-

Adrenal - HPA resultará num conjunto de respostas, que culminarão em doença. Conforme Almeida (2003) e Kronenberg et al. (2010), o hipotálamo constitui-se de uma estrutura fundamental do sistema nervoso central responsável por regular as funções básicas à manutenção e sobrevivência do organismo, com ações sobre o sistema nervoso autônomo e sistema endócrino, induzindo respostas orgânicas frente a alterações, tanto do meio externo como do interno, como as alterações que são produzidas por estressores, permitindo assim que o organismo se adapte, mantendo a homeostase.

Existe estreita relação entre o sistema nervoso e endócrino, considerando a atuação do hipotálamo como órgão comum entre ambos. O hipotálamo exerce controle sobre a função de várias glândulas endócrinas, destacando as glândulas adrenais, que são responsáveis pela produção e liberação do hormônio cortisol. Em todos os sistemas fisiológicos, constata-se ritmicidade circadiana. As variáveis fisiológicas não se mantêm estáveis e constantes ao longo das 24 horas, e apresentam uma flutuação diária regular, filogeneticamente incorporada e geneticamente determinada, cujo objetivo é preparar o organismo antecipadamente às alterações previsíveis da alternância do dia e da noite (AIRES, 2008).

Castro e Moreira (2003) descreveram que de todos os eixos endócrinos, o eixo HPA tem sido o mais estudado, pois este eixo exerce uma função primordial na resposta a estímulos internos e externos, incluindo os estressores psicológicos. Assim, o aumento dos níveis de estresse aciona o sistema endócrino, ocasionando maior liberação de hormônios glicocorticóides, tal como o cortisol, pela glândula supra-renal (RUIZ; NETO; SCHOEDL, 2007). Boscarino (2004) afirma que a maior liberação de cortisol indica ocasiões de perda de controle, depressão e ansiedade. Do contrário, níveis reduzidos, contudo normais de cortisol, sugerem maior autocontrole, previsibilidade de ação e envolvimento prazeroso e motivante nas tarefas.

A produção e secreção de cortisol aumentam em quantidades crescentes durante e após a exposição a alguns estressores. Esta liberação ocorre como parte integrante da ativação do eixo HPA, que desencadeia a liberação do hormônio liberador de corticotropina – CRH, no hipotálamo. A CRH estimula a hipófise anterior a produzir o ACTH que elicita a liberação de cortisol pelo córtex adrenérgico. Durante os momentos de estresse, esta produção é aumentada e quantidades maiores de glicocorticóides são liberados em rajadas. Tal como as catecolaminas, uma pequena porção de cortisol é secretada, de forma livre, na urina e na saliva e pode ser medida por radioimunoensaio (SOARES; ALVES, 2006).

O cortisol tem sido frequentemente empregado como medida fisiológica em estudos sobre estresse, especificamente, a dosagem de cortisol salivar tem sido utilizada para

avaliação do eixo HPA, principalmente em alterações da função cognitiva, tanto em crianças como adultos, além de estudos com estresse, ansiedade, depressão, síndrome do pânico, estudo do ritmo circadiano, e o emprego mais inovador é no diagnóstico da Síndrome de Cushing (VEDHARA et al., 2003; CASTRO; MOREIRA; 2003).

Segundo Soares e Alves (2006), a liberação de cortisol apresenta um ritmo diurno bem definido. Apesar de dependente do ACTH, a liberação tem o pico aproximadamente às 8hs da manhã e o ponto mais baixo por volta da meia-noite. Contudo, devido à sua liberação em rajadas, uma medição durante um período de 24hs pode revelar 15 ou mais rajadas de cortisol, sendo as principais no início da manhã. Esse padrão poderá sofrer interferências dos fatores sincronizadores (fatores ambientais e comportamentais), como, por exemplo, a alimentação e o repouso.

De acordo com Spangler (1991), a influência da dieta sobre o cortisol está associada aos horários das refeições, já que as funções essenciais do cortisol incluem a manutenção da produção de glicose e a facilitação do metabolismo lipídico, por isso podem estar presentes em maior quantidade nas refeições. No que diz respeito ao sono, o cortisol sérico é menor no repouso do que durante as atividades. Isso denota que carência de sono e da dieta funciona como mecanismo de estresse, aumentando a produção de cortisol. Algumas patologias, como por exemplo, tumor adrenal ou hipofisário, produção ectópica de ACTH, cirurgia, sepse, trauma, doença de Addison e, especialmente, corticoterapia exógena são alguns dos fatores que podem interferir no eixo HPA, alterando o ritmo circadiano e conseqüentemente o perfil quantitativo de cortisol plasmático e/ou salivar (SILVA; MALLOZI; FERRARI, 2007). Medicamentos utilizados no tratamento dessas doenças supracitadas: benzodiazepínicos, ansiolíticos, quimioterápicos, imunomoduladores e glicocorticoides também podem interferir na secreção desse hormônio, porém não há estudos clínicos randomizados para realizar tal inferência.

3.2 O Estresse e suas relações com o trabalho

O termo estresse advém da física, com o sentido do grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um esforço. Na Medicina, Hans Selye em 1956 foi o primeiro a utilizar o termo estresse, denominando-se um conjunto de reações fisiológicas ou psicológicas que um organismo desenvolve perante determinados estímulos estressores (CHAMBEL, 2005). Os estímulos estressores são caracterizados por Selye como causas internas e externas que provocam o estresse. De acordo com o autor já elucidado acima, as

causas internas são aquelas que se referem a como pensamos, às crenças e valores que temos e como interpretamos o mundo ao nosso redor, geradas por situações internas e estão relacionadas ao nosso tipo de personalidade e ao modo como reagimos à vida. As pessoas diferem na sua sensibilidade ao estresse, dependendo de sua personalidade. Já as causas externas são aquelas representadas pelo que nos acontece na vida e que vêm de fora do nosso organismo, tais como, a profissão, a falta de dinheiro, brigas, assalto, perdas e falecimentos, entre outros.

O conceito de estresse vem sendo consolidado ao longo dos anos. No século XIX, o estresse era entendido como um fator de má condição de saúde. No século XX, foi visto como um distúrbio de homeostase presente em determinadas condições (FORSTER, et al., 2007). A partir da década de 70, com o surgimento do interesse nos estudos referentes ao impacto das mudanças sociais sobre a vida humana, o estresse ocupacional passou a ser um novo campo de estudo, que se tornou relevante em consequência do aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho. Com a chegada do século XXI e com o desenvolvimento crescente de novas tecnologias, o estresse passou então, a figurar entre os principais desafios a serem enfrentados, principalmente nas áreas onde a exposição a fatores físicos, químicos, biológicos e psicológicos era constante (FORSTER, et al., 2007).

Uma das definições mais contemporâneas (BUUNK et al., 1998) integra no seu conceito que o estresse nas organizações surge quando as exigências da situação excedem os recursos, desejos ou capacidades dos indivíduos. Isto ocorre, segundo os autores, por dois motivos: as exigências do contexto muitas vezes excedem os recursos dos indivíduos, ou os indivíduos percebem e interpretam as exigências como um excesso aos seus próprios recursos, desencadeando respostas físicas e emocionais negativas que se forem prolongadas, tende a resultar em doenças físicas (cardiopatas, úlceras e distúrbios do sono) e emocionais (fadiga, *Burnout* e depressão).

Conforme Selye (1956) existem dois tipos de estresse, o eustresse, que se caracteriza por uma tensão com equilíbrio entre esforço, tempo realização e resultados e o distresse, por tensão com rompimento do equilíbrio biopsicossocial por excesso ou falta de esforço, incompatível com tempo, resultados e realizações. O eustresse é apontado como uma força positiva, que melhora a qualidade de vida, a palavra teve origem do prefixo “eu” do grego que significa "bom" (SELYE, 1956). O eustresse é considerado como o estresse positivo, onde, o esforço de adaptação gera sensação de realização pessoal, bem-estar e satisfação das necessidades, é um esforço na garantia da sobrevivência. No eustresse, predomina a emoção da alegria, há um aumento da capacidade de concentração, da agilidade mental, as emoções

musculares são harmoniosas e bem coordenadas, há sentimento de vitalidade, de prazer e confiança (SELYE, 1956). No entanto, se ocorrer o contrário, onde o esforço de adaptação não traz realização pessoal, bem-estar e nem satisfação ocasionando resposta negativa, gera-se um distresse, onde predominam as emoções de ansiedade destrutiva, do medo, da tristeza e da raiva. No distresse a capacidade de concentração é diminuída e o funcionamento mental se torna confuso, ações musculares são descoordenadas e desarmônicas, predominam o desprazer e a insegurança e aumenta a probabilidade de acidentes. O termo distresse foi substituído pelo próprio termo estresse, que passou a ter o sentido (atual) negativo de desgaste físico e emocional (FAVASSA; ARMILIATO; KALININE, 2005). Nem sempre a palavra estresse representa ameaça à saúde e ao bem-estar de um indivíduo. Não é possível acabar com o estresse e nem é necessário, pois dependemos dele para alcançarmos nossos objetivos (ROSSI, 2005; SAPOLSKY, 2000).

Conforme dados da Associação Brasileira para a Prevenção de Acidentes e da Organização do Trabalho, as doenças ocupacionais são a segunda causa de afastamento, gerando diminuição da produtividade, aumento das indenizações e grandes prejuízos para a saúde física e psíquica do trabalhador (COSTA; LIMA; ALMEIDA, 2003; SCHIMIDT et al., 2009). Ainda de acordo com Schimidt (2009), a saúde do trabalhador, de acordo com suas atividades laborais, é considerada como uma das áreas prioritárias da Saúde, pois o tipo de trabalho e a forma como é realizado são condições estruturais para o estilo de vida da pessoa e fator determinante para a sua saúde física, psíquica e espiritual. No entanto, à medida que, nas conjunturas organizacionais, o trabalho pode permitir variadas realizações, pode, igualmente, ser um componente de aquisição de problemas ao proporcionar danos à saúde do trabalhador, como acontece no estresse ocupacional.

Na área da saúde, o trabalho é uma incumbência, muitas vezes pouco prazerosa, são quase que ilimitadas as reivindicações, que englobam dimensões técnicas, éticas e políticas onde existe uma realidade com variados membros principais, que devem trabalhar conjuntamente e em consonância com os demais, incluindo profissionais, pacientes e familiares (MANETTI, 2009). Dessa forma, o trabalho acaba por se desenvolver em um ambiente tumultuado, no qual se trabalha com experiências, vínculos, corpo, mente e morte.

Ainda, refletindo sobre a dinâmica de trabalho na área da saúde vale salientar que este tipo de trabalho demanda um custo acentuado para os trabalhadores, pois o ambiente desgastante, o regime de turnos, os plantões, a má remuneração, a relação com pacientes e familiares, trazem à tona sentimentos e conflitos conscientes e inconscientes, contribuindo

para que esses trabalhadores se tornem frágeis ao sofrimento psíquico e ao adoecimento relacionado ao trabalho.

No campo ocupacional o estresse tem recebido atenção exclusiva, pois afeta negativamente níveis de satisfação, produtividade, saúde e desempenho do profissional. Conforme Caregnato e Lautert (2005), o estresse afeta mais profundamente quando as atividades envolvem inter-relacionamento de profissionais. De acordo com estes autores, o estresse suscita a dificuldade de atenção e concentração, confusão mental, perda efêmera da memória, irritabilidade, cansaço, mal estar generalizado e acidentes.

Um estudo realizado por Petterson et al. (1995) com enfermeiros suecos demonstrou valores superiores a 80% de estresse elevado a muito elevado nestes profissionais. Outro estudo, realizado por Caregnato e Lautert (2005) reforça que apesar de contratempos com pacientes ocasionarem experiências marcantes, o paciente foi considerado o menor causador de estresse ocupacional nos profissionais, sendo as relações interpessoais os estressores mais expressivos. Uma revisão na literatura brasileira sobre o estresse na enfermagem publicada no Brasil entre 1982 e 2001, indicou que os fatores relacionados ao estresse nos ambientes de trabalho são: sobrecarga, relações interpessoais insatisfatórias, trabalho noturno e maior tempo de serviço (COUTRIN; FREUA; GUIMARÃES, 2005; COSTA; MARTINS, 2011). Outro fator estressor é a constante exposição à angústia e ao sofrimento do paciente e o impacto dessa sobre sua condição psicológica (COSTA; MARTINS, 2011; FARIAS et al., 2011).

Problemas nas relações interpessoais são uma das fontes de estresse com maior impacto (PASCHOALINI et al., 2008; COSTA et al., 2011). Em pesquisas brasileiras, as relações interpessoais conflitantes entre os membros da equipe de trabalho estão entre as principais fontes estressoras nos profissionais de enfermagem (PASCHOALINI et al., 2008; COSTA et al., 2011).

Outro estudo evidenciou que a enfermagem é a quarta profissão mais estressante do setor público (FARIAS et al., 2011). A idade (entre 24 e 39 anos) parece ser também um fator relevante. Profissionais mais jovens com menor tempo de trabalho na enfermagem (entre 4 e 10 anos) tem maior nível de estresse no trabalho, talvez relacionado à imaturidade e estratégias de enfrentamento (COSTA et al., 2011; SELEGHIM et al., 2012). Falta de controle e de apoio social podem também contribuir como fonte de estresse. Escores mais baixos são encontrados entre técnicos de enfermagem, enquanto enfermeiros alcançam escores mais altos, já que assumem coordenação de serviços e chefias, e portanto mais autonomia no trabalho (NEGROMONTE; ARAÚJO, 2011; SELEGHIM et al., 2012).

Em 2011, outro estudo fez referência ao estresse ocupacional, no qual foram avaliados 368 enfermeiros de um hospital de grande porte, os quais responderam duas escalas que mensuravam nível de estresse e capacidade para o trabalho. Do total, 23,6% apresentaram experiência e rotinas significativas de estresse (NEGELISKI; LAUTERT, 2011). Em 2013, outro estudo demonstrou que o estresse estava presente em 73,4% do grupo de profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) estudados, quando avaliado sob o perfil de cortisol salivar (BORTOLOTTI, 2013). Esses estressores podem desencadear um conjunto de respostas restritivas que podem ser psicológicas, fisiológicas e comportamentais que favorecem a diminuição da saúde e do bem-estar do indivíduo (COSTA; POLAK, 2009).

3.2.1 Modelo Demanda-Controlle

A teoria desenvolvida por Robert Karasek, na década de 1970, explora hipóteses associando os efeitos psicológicos e fisiológicos com as causas ambientais, em nível das tarefas do trabalho. Dessa maneira, essa teoria é desenvolvida por um contexto inteiramente diferente: o ambiente de trabalho, em que os estressores são rotineiramente concebidos (ALVES et al., 2004).

Considera-se que a relação existente entre ambiente e indivíduo não é facilmente identificada, pois diferentes estímulos produzem diferentes respostas, em diferentes indivíduos, e em tempos diferentes. Cada um desses diversos elementos pode ser entendido como subsistemas, no interior de um sistema maior e mais complexo e esses sub-sistemas são interdependentes (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al., 2004).

Para Karasek e Theorell (1990), o conceito de estresse está relacionado com contexto dos sistemas complexos, referindo-se ao desequilíbrio dos sistemas como um todo, em particular do sistema de controle das capacidades. Os sistemas de controle biológico incluem cérebro, coração, músculos e o sistema neuro-endócrino, de maneira que o controle de sistemas também ocorre em nível de funções cognitivas e interpessoais. Assim, todos os organismos devem ter mecanismos de controle para integrar ações dos subsistemas separados, sendo que cada um tem uma responsabilidade diferente para a manutenção das funções internas do organismo.

O modelo Demanda-Controlle (D-C) foi proposto por Robert Karasek, no ano de 1979. O Modelo D-C, além das demandas psicológicas do trabalho, também considera o controle do

trabalhador sobre as atividades laborais na análise dos processos de produção de estresse (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al., 2004).

Essas duas dimensões psicossociais, a demanda psicológica e o controle, envolvem aspectos específicos do processo de trabalho. A *dimensão controle* no trabalho engloba questões referentes ao uso de habilidades, o grau pelo qual o trabalho envolve aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais e autonomia de decisão. A *dimensão demanda psicológica* diz respeito às exigências psicológicas enfrentadas pelo trabalhador durante a execução das suas tarefas. Tal demanda envolve pressão do tempo, nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores (ALVES et al., 2004). Partindo-se dessas duas dimensões podem ser evidenciadas no Modelo D-C de Karasek quatro tipos básicos de experiências no ambiente psicossocial do trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990; ALVES et al., 2004):

a) *alta exigência* no trabalho (alta demanda psicológica e baixo controle):

trabalhadores apresentam as reações mais adversas de tensão psicológica (fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física). O desgaste psicológico ocorre quando o indivíduo submetido a um estresse, não se sente em condições de responder ao estímulo adequadamente, por ter pouco controle sobre as circunstâncias ambientais. Se o tempo da exposição é curto, o organismo prontamente se recupera. Se, ao contrário, é longo, o desgaste se acumula;

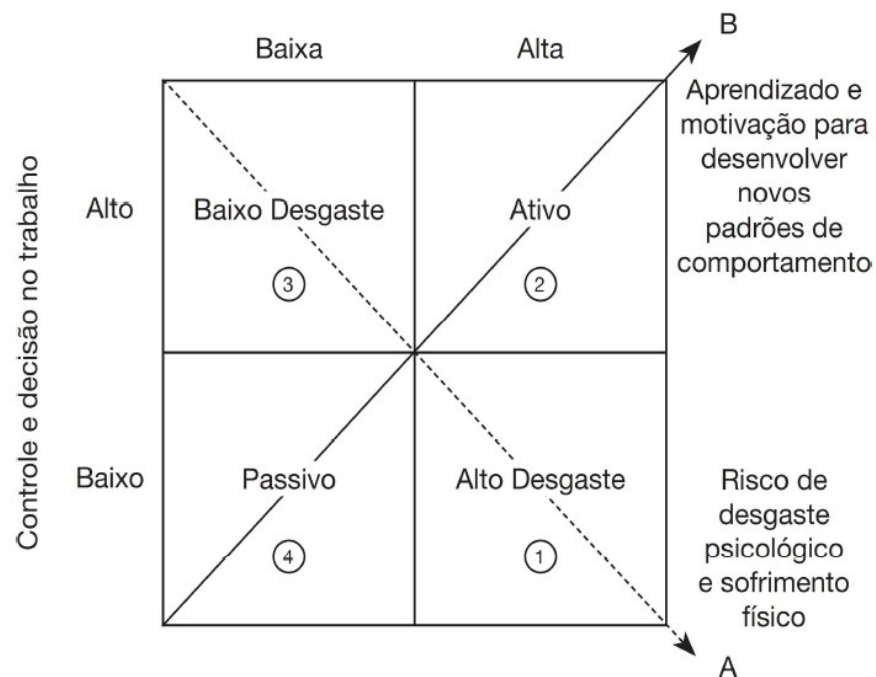
b) *trabalho ativo* (alta demanda psicológica e alto controle): permite ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, bem como usar toda a sua potencialidade intelectual para isso. Demonstram desfechos psicológicos benéficos como aprendizado e crescimento, que são condizentes com a alta produtividade;

c) *trabalho passivo* (baixa demanda psicológica e baixo controle): produz uma atrofia gradual de aprendizagem de habilidades. Esse é o segundo maior problema do desgaste psicológico, conforme descrito no Modelo D-C. O trabalhador se sente num estado de apatia, seja pela ausência de desafios significantes e permissão para atuações com energia, seja pela rejeição sistemática às suas iniciativas de trabalho;

d) *baixa exigência* no trabalho (combinando baixa demanda psicológica e alto controle). Este se configura num estado altamente confortável, ideal, uma situação de relaxamento. Há baixo risco de enfermidades, porque o controle sobre o trabalho permite ao indivíduo responder de forma satisfatória cada desafio e, além disso, existem poucos desafios a serem enfrentados.

Essas quatro experiências são geradas pela interação dos níveis e maior ou menor demanda psicológica e de maior ou menor controle sobre o trabalho. No esquema abaixo (Figura 1), as quatro combinações geradas a partir dessa configuração estão representadas por quadrantes atravessados por duas diagonais, determinadas por Karasek e Theorell (1990) de Diagonal A e Diagonal B.

Figura 1: Modelo Demanda-Controle de Karasek



Fonte: Karasek; Theorell,1990.

A diagonal A demonstra o risco do indivíduo em desenvolver distúrbios de ordem psicológica ou física. Em outras palavras, a maioria das consequências ligada às exigências psicológicas, como por exemplo, a fadiga, ansiedade, depressão e doenças físicas acontecem quando a demanda psicológica do trabalho é maior e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é menor (quadrante 1). Já a diagonal B evidencia a motivação que o indivíduo apresenta para desenvolver novos padrões de comportamento (KARASEK; THEORELL, 1990). Mesmo o trabalhador estando exposto a altas demandas psicológicas, o controle sobre como fazer o seu trabalho é encarado como um desafio e estimula a autonomia e criatividade do trabalhador (KARASEK; THEORELL, 1990).

Ainda, uma terceira dimensão, o apoio social, foi acrescentada ao modelo de Karasek. A falta de apoio social de colegas e chefias é considerada prejudicial para a saúde, pois ela contribui para o aumento do risco de adoecimento quando exposto a situações de alta

exigência. O apoio social recebido por superiores e colegas de trabalho, funcionaria como um amortecedor na relação entre demanda e controle, contribuindo na relação emocional e conseqüentemente favorecendo um clima social favorável no ambiente do trabalho (THEORELL; KARASEK, 1996; GRIEP et al., 2013; ALVES et al., 2004).

3.3 Desequilíbrio entre Esforço e Recompensa no trabalho - *Effort Reward-Imbalance (ERI)*

Segundo Schnall, Landsbergis, Baker (1994), o modelo de “esforço-recompensa” de Johannes Siegrist é um modelo mais abrangente de avaliação de estresse no trabalho. Outra vantagem do modelo de Siegrist é que ele expande o conceito do controle proposto pelo modelo demanda-controle no trabalho de Karasek (1979), pois inclui a segurança de trabalho e a modalidade ascendente, as perspectivas de promoção. A hipótese proposta pelo modelo esforço-recompensa é aplicável além do estresse nas relações sociais, abrange de modo geral a relação do homem com o trabalho.

O modelo ERI (Effort Reward-Imbalance) (SIEGRIST, 2001) propõe que o papel do trabalho na vida adulta define uma ligação fundamental entre funções auto-reguladoras tais como auto-estima e auto-eficácia e as oportunidades de estrutura social. Em particular, o “status” ocupacional é associado à recompensa ou à estima, e a fazer parte de um grupo significativo (colegas de trabalho). Estes efeitos, potencialmente benéficos sobre o papel do trabalho na auto-regulação emocional e motivacional são ligados a um pré-requisito básico denominado reciprocidade, ou seja, as trocas ocorridas na vida social.

Uma combinação crucial que considera as conseqüências de saúde das condições de trabalho é o grau no qual os trabalhadores são recompensados por seus esforços. Quando um alto grau de esforço não é correspondido com um alto grau de recompensa, surgem intenções emocionais e aumenta-se o risco de doenças (SIEGRIST, 2001; SIEGRIST et al., 2004). De acordo com Siegrist et al. (2004), o esforço é a resposta do indivíduo a partir da demanda esperada dele. Essas respostas poderiam ser divididas entre esforço extrínseco o qual se refere ao esforço do indivíduo em enfrentar demandas externas e esforço intrínseco, e que corresponde ao direcionamento do indivíduo em preencher suas expectativas. Recompensa é uma medida composta de recompensa monetária, auto-estima e controle social. As medidas compostas do equilíbrio esforço e recompensa são baseadas em cálculos da média ou da diferença entre pontos de esforço e recompensa, respectivamente.

Baker, Kilmer, Siegrist e Scaufulli (2000), afirmam que enfermeiros que experimentaram desequilíbrio entre esforço e recompensa manifestavam uma exaustão emocional significativamente maior e reduzida realização pessoal do que os que não apresentaram desequilíbrio.

3.4 A intenção de abandono, a insatisfação no trabalho e a síndrome de *Burnout*

Atualmente, as instituições de saúde vêm vivenciando um momento de maior rotatividade e escassez de profissionais de enfermagem. A intenção de abandonar a enfermagem ou mesmo o emprego atual gera nas organizações uma perda permanente de recursos e instabilidade profissional, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada ao paciente.

São inúmeros os fatores que inter-relacionados influenciam enfermeiros a abandonar a profissão, o *Burnout* é o fator que tem sido frequentemente encontrado ([FLINKMAN; LEINO-KILPI; SALANTERA, 2010](#); [HEINEN et al., 2013](#)). Além disso, como mostrado em um estudo longitudinal, um componente central do *Burnout*, o esgotamento de trabalho correlacionou-se especificamente com a rotatividade no trabalho. Um estudo transversal, ([JOURDAIN, CHENEVERT, 2010](#)) examinou a natureza da relação entre o *Burnout* e intenção de deixar a profissão usando o modelo *Job Demands Resources* (JD-R) de *Burnout*. Os pesquisadores descobriram que as demandas foram positivamente relacionadas com o componente de exaustão do *Burnout*, ao passo que os recursos foram associados com menos despersonalização. O estudo também mostrou que o desenvolvimento do *Burnout* desempenha um papel importante nas intenções dos enfermeiros para deixar a profissão ([JOURDAIN, CHENEVERT, 2010](#)).

No contexto europeu, os homens mais velhos, enfermeiras e enfermeiros com cargos em tempo parcial são mais propensos a deixar sua profissão, embora esses resultados sejam menos consistentes entre os países. Complementando, o *Burnout* está consistentemente associado com a intenção dos enfermeiros em deixar a sua profissão em todos os países europeus (HEINEN et al., 2013). No mesmo estudo constatou-se que elementos do ambiente de trabalho estão associados à intenção de deixar a profissão de enfermagem, mas diferem entre os países, o que indica a importância dos contextos nacionais em explicar e prevenir intenção de enfermeiros para deixar sua profissão.

A transição da graduação para o emprego pode ser um período excepcionalmente difícil para alguns recém-formados, e pode levar ao esgotamento e intenção de deixar a profissão ([FLINKMAN; LEINO-KILPI; SALANTERÄ, 2010](#); [RUDMAN; GUSTAVSSON, 2012](#); [RUDMAN; GUSTAVSSON; HULTELL, 2013](#)). Recentemente, evidenciou-se que os sintomas de *Burnout* em novos graduados canadenses foram significativamente relacionados com a insatisfação de carreira e intenção de deixar a profissão de enfermagem ([LASCHINGER, 2012](#)). Ainda, outro estudo, ([LASCHINGER et al., 2012](#)) testou o modelo de trabalho e demandas de recursos em relação à saúde e as intenções de deixar o trabalho em recém graduados. Verificou-se que altas cargas de trabalho previram exaustão emocional, e que os níveis mais baixos de exaustão previram níveis mais baixos de intenções de abandono do emprego.

Conforme Murofuse, Abranches e Napoleão (2005), a exaustão emocional é a primeira resposta ao estresse ocupacional crônico, acompanhado por esgotamento físico e esgotamento de recursos emocionais para lidar com a situação de estresse. Manifestações como ansiedade, aumento da irritabilidade, falta de motivação, redução de metas de trabalho, falta de comprometimento com os resultados, redução do idealismo, alienação e atitudes egoístas são comuns neste momento. O sentimento de incompetência profissional ou diminuição da realização profissional é caracterizada por uma tendência de os trabalhadores negativamente auto-avaliar-se, tornando-se infeliz e insatisfeito com o seu desempenho profissional, que, como outra consequência, leva a uma sensação diminuída de competência, sucesso e capacidade de interagir (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; CARLOTTO; PALAZZO, 2006).

Em uma revisão integrativa, [Flinkman et al. \(2010\)](#), incluíram 31 estudos empíricos internacionais para abordar a intenção dos enfermeiros para deixar a profissão. A proporção de enfermeiros que pretendia deixar a sua profissão variou de 4% para 54%, tal variabilidade pode ser explicada pelas diferentes definições dos autores sobre “intenção de sair”. Em vários estudos, do sexo masculino, enfermeiros qualificados mais jovens eram mais propensos a deixar a profissão. Evidências de efeitos negativos do baixo compromisso com a profissão, bem como a insatisfação com o conteúdo do trabalho, salários ou possibilidades de desenvolvimento também foi identificado. Além disso, o *Burnout*, estresse, conflitos entre trabalho e família e ter uma situação familiar onde a renda dos enfermeiros não era essencial também foi correlacionado com uma maior intenção de sair. A principal conclusão, no entanto, relaciona-se com as muitas limitações de estudos primários nesta área, indicando a necessidade de estudos mais rigorosos, a fim de chegar a estimativas mais exatas e confirmar

os resultados em fatores relacionados à intenção de abandonar a profissão ([FLINKMAN et al., 2010](#)).

Referente à insatisfação com o trabalho, Aiken et al. (2011), realizou uma pesquisa denominada *International Hospital Outcomes Study – IHOS* e estudou os efeitos do ambiente de trabalho sobre a qualidade da assistência à saúde em 98.116 enfermeiros de nove países (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemanha, Nova Zelândia, Japão, Coreia do Sul, Tailândia e China) entre 1999 e 2009. Nesse estudo, verificou-se que os níveis de insatisfação com o trabalho foi de 20% na maioria dos países e no Japão chega a atingir 60% dos profissionais. Um terço dos hospitais foram classificados como “pobres” por apresentar condições de trabalho precárias ou inapropriadas, segundo os sujeitos da pesquisa. Os autores acreditam que as condições do ambiente de trabalho interferem na qualidade dos serviços prestados, na satisfação do profissional e no desenvolvimento de *Burnout*, pois nos hospitais com melhores condições de trabalho foram encontrados níveis menores de *Burnout* e de insatisfação profissional.

Em outro estudo realizado por Aiken et al. (2012), que incluiu enfermeiros de hospitais europeus e americanos, evidenciou-se níveis elevados de *Burnout*, insatisfação no trabalho e intenção de deixar o emprego atual. Enfermeiros da Grécia relataram um nível particularmente elevado de *Burnout*, insatisfação e intenção de sair; quase metade descreveu suas alas como inseguras para os profissionais e pacientes. Na Holanda, os níveis de *Burnout*, insatisfação e intenção de deixar o emprego foram menores do que a maioria dos países, as taxas variaram de 10 a 19%. Além disso, 35% dos enfermeiros avaliaram seus serviços como regulares ou ruins. A porcentagem enfermeiros insatisfeitos nos Estados Unidos estavam perto da média europeia, mas a porcentagem de enfermeiros norte-americanos que pretendem deixar seus empregos no próximo ano foi menor (44%) do que em todos os países europeus. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de McHugh et al. (2012).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo tem por objetivo delinear o método que foi utilizado para alcançar os objetivos propostos.

4.1 Tipo de estudo

O estudo realizado caracterizou-se como transversal, descritivo e analítico de abordagem quantitativa.

4.2 Campo de estudo

A coleta de dados realizou-se no Hospital Nossa Senhora de Pompéia do município de Caxias do Sul/RS. O Hospital Nossa Senhora de Pompéia, fundado em 12 de agosto 1913 é uma organização filantrópica e sem fins lucrativos. Tem como entidade mantenedora o Pio Sodalício das Damas de Caridade. No dia 24 de junho de 1920, o Hospital Nossa Senhora de Pompéia era solenemente inaugurado. A Associação Damas de Caridade, adaptando-se à legislação canônica, passou a denominar-se Pio Sodalício Damas de Caridade em 1951 (REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL POMPÉIA, 2010).

Atende todas as especialidades, sendo referência para a urgência/emergência e alta complexidade para uma população potencial de 1,2 milhão de pessoas. Detém a certificação de Acreditação Hospitalar Nível 2, concedida pela ONA – Organização Nacional de Acreditação e também possui credencial de Hospital de Ensino, concedida pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação (REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL POMPÉIA, 2010).

Suas instalações estão distribuídas em 295 leitos, divididos em: onze Unidades de Internação, três Unidades de Terapia Intensiva Adulto, uma Unidade de Terapia Intensiva Neo-natal, uma Unidade de Cuidados Intermediários, treze salas de cirurgia, centro obstétrico com duas salas de parto, um ambulatório, um pronto-socorro e um pronto atendimento. Realiza cirurgias cardíacas, neurológicas, traumato-ortopédicas, torácicas, bucomaxilofaciais, gastrointestinais, ginecológicas, urológicas, transplantes de rins e de córneas, retirada de

múltiplos órgãos, dentre outras (REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL POMPÉIA, 2010).

O Hospital Pompéia possui um centro de diagnóstico por imagem, composto por equipamentos de alta resolutividade como: ecógrafos tradicionais e com doppler, tomografia computadorizada, ressonância magnética, serviço de hemodinâmica, hemodiálise, medicina nuclear (cintilografia), litotripsia extracorpórea e PET-CT, sendo estes dois últimos, os únicos do interior do estado. Por fim, dispõe de um programa de residência médica, nas áreas de Cancerologia Clínica; Cardiologia; Cirurgia Geral, Cirurgia do Trauma, Clínica Médica; Medicina Intensiva; Nefrologia; Neurocirurgia; Ortopedia e Traumatologia; Radiologia e Diagnóstico por Imagem (REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL POMPÉIA, 2010).

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por 113 enfermeiros do Hospital Nossa Senhora de Pompéia do município de Caxias do Sul/RS. A amostra foi selecionada por conveniência e incluiu sujeitos do sexo feminino, na faixa etária entre 18 e 65 anos, com jornada laboral no período diurno, totalizando 52 participantes. A amostra foi selecionada por conveniência devido ao fato de o número total de enfermeiras do período diurno ser igual a 63. Todas aceitaram participar da pesquisa, porém, foram excluídas: 04 gestantes e ocorreram 07 desligamentos durante a coleta de dados, por diminuição de quadro.

Foram considerados critérios de exclusão:

- i) Gestantes; há elevações progressivas do cortisol no soro e na saliva ao longo dos trimestres gestacionais. Durante uma gestação saudável, os níveis de cortisol salivar começam a aumentar significativamente a partir da 25^a e 28^a semanas gestacionais, alcançando, ao final da gestação, concentrações que podem chegar ao dobro das encontradas em mulheres não gestantes (ALLOLIO et al., 1990).
- ii) Lactantes; as concentrações de cortisol diminuem durante a amamentação (AMICO; JOHNSTON; VAGNUCCI, 1994).
- iii) Em uso de glicocorticoides; o cortisol é o principal glicocorticóide endógeno capaz de interferir na atividade orgânica, influenciando a retroinibição do eixo HPA. Tumor adrenal ou hipofisário, produção ectópica de ACTH, cirurgia, sepse, trauma, doença de Addison e, especialmente, corticoterapia exógena são alguns dos fatores que podem interferir no eixo HPA, alterando o ritmo circadiano e

consequentemente o perfil quantitativo de cortisol plasmático e/ou salivar (SILVA; MALLOZI; FERRARI, 2007).

- iv) perda de familiar nos últimos seis meses; as reações de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude. As reações de luto normal podem estender-se até por um ou dois anos, devendo ser diferenciadas dos quadros depressivos propriamente ditos.
- v) afastadas por motivos de saúde, licenças ou férias durante a coleta de dados.
- vi) Jornada laboral noturna; a jornada laboral noturna pode desencadear alterações no ciclo sono-vigília e a secreção do cortisol sofre interferência do período de sono e por esse motivo deve ser analisado separadamente dos diurnos.

Para fins de estimativa amostral e significância estatística, considerou-se a correlação entre fator em estudo e desfecho de 0,4 com poder de 80% para um nível de significância de 5%, que previu uma amostra composta por 48 sujeitos. Um pequeno acréscimo foi incluído para minimizar possíveis perdas e estimou-se uma amostra de 60 sujeitos (LOOSER et al., 2010; UUSITALO et al., 2011; COLLINS et al., 2006; EVANS; STEPTOE, 2001).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2015 e foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) Questionário (ANEXO B);
- b) *Job Stress Scale - JSS* (ANEXO C);
- c) *Maslach Burnout Inventory - MBI* (ANEXO D).
- d) *Effort-Reward-Imbalance - ERI* (ANEXO E).

Os dados foram coletados em três encontros com os sujeitos envolvidos: no primeiro encontro realizou-se a apresentação do projeto de pesquisa aos enfermeiros da instituição pesquisada e o convite para participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). No segundo encontro foram entregues os questionários (ANEXO B) e as escalas (ANEXO C, D, E) e os sujeitos realizaram o preenchimento em domicílio visto que tanto o questionário quanto as escalas são auto-aplicáveis e precedidos da interpretação de cada sujeito. Ainda, foram entregues os três frascos para a coleta de cortisol salivar e fornecidas orientações de como proceder à coleta

também em domicílio, conforme roteiro (ANEXO F). Posteriormente, em um terceiro encontro, as amostras de cortisol salivar foram recolhidas e encaminhadas para análise. A análise do cortisol salivar foi realizada no Laboratório de Patologia Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS – HCPA.

4.5 Questionário

O questionário foi elaborado pelas pesquisadoras e foi composto por questões abertas e fechadas. As questões referentes à intenção de abandono foram baseadas no estudo de Cohen (1998) e tratam desde os pensamentos expressos até a intenção da saída efetiva do emprego atual ou da profissão. As questões referentes à intenção de abandono estão dispostas em escala tipo Likert conforme proposto por Cohen (1998). A fim de complementar os dados, foram coletados dados pessoais referentes à saúde ocupacional relevante para o estudo (ANEXO B).

4.6 Cortisol Salivar

Complementou-se a avaliação do estresse com a medida da variação da concentração de cortisol salivar em três horários: ao acordar, 30 (trinta) minutos após acordar, e antes de dormir depois de um dia de trabalho, e não em dia de folga. Conforme Gatti et al. (2009) e confirmado por Harris et al. (2010), a coleta da saliva é um método alternativo à coleta do plasma, é prática e não invasiva e adequada para a dosagem de cortisol. Utilizou-se salivettes® com rolos de algodão para a coleta de saliva, sendo coletados em domicílio. Instruções orais e escritas (ANEXO F) foram fornecidas para o procedimento de coleta de saliva.

As amostras foram mantidas refrigeradas até a entrega ao pesquisador. Posteriormente, foram encaminhadas para o laboratório do HCPA para análise e determinadas pelo método de quimioluminescência, em um volume de 20 µL (SIEMENS, 2009), por técnico cego quanto ao desenho experimental. O padrão de referência informado pelo Laboratório de Patologia do HCPA utilizou o método de eletroquimioluminescência, sendo de 19,7 nmol/L para as 8h da manhã e 09,7 nmol/L para as 23h. Utilizou-se como referência o cortisol salivar acima de 19,7 nmol/L para o período da manhã e acima de 09,7 nmol/L para o período da noite, para estimar

possíveis candidatos a estarem sob a condição de estresse, sabendo, entretanto, que o valor utilizado não é um critério absoluto para essa inferência (BREMNER, 2003; MCEWEN; KALIA, 2010; MCEWEN, 2012). A fim de realizar associações com o perfil quantitativo de cortisol salivar, foram utilizadas três escalas de avaliação de estresse laboral, descritas a seguir.

4.7 Escala de Estresse - *Job Stress Scale*

O estresse ocupacional e apoio social foram avaliados por meio da Escala de Estresse *Job Stress Scale*. Utilizou-se uma versão reduzida da escala, originalmente elaborada por Karasek, com 49 (quarenta e nove) perguntas. A *Job Stress Scale* foi elaborada na Suécia por Theorell (1988), contendo 17 (dezesete) questões: 5 (cinco) para avaliar demanda, 6 (seis) para avaliar controle e 6 (seis) para avaliar apoio social, na qual inclui questões como relacionamento interpessoal. Utilizou-se a versão resumida, traduzida para o português por Alves et al. (2004) (ANEXO C).

A dimensão “demanda psicológica” refere-se ao ritmo e intensidade do trabalho e contempla cinco questões:

1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
3. Seu trabalho exige demais de você?
4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho (questão reversa)?
5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Cada questão recebeu pontuação referente às opções: frequentemente (4 pontos), as vezes (3 pontos), raramente (2 pontos) e nunca (1 ponto). A questão número 4 possui direção reversa, ou seja: sempre (1 ponto), as vezes (2 pontos), raramente (3 pontos) e nunca (4 pontos). Os escores foram obtidos através da soma dos pontos atribuídos a cada uma das questões. O escore varia de 5 a 20 pontos e quanto maior o escore, maior a demanda (ALVES et al., 2004).

A dimensão “controle sobre o trabalho” foi obtida a partir de 6 questões:

1. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
2. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

3. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
4. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas (questão reversa)?
5. Você pode escolher COMO fazer seu trabalho?
6. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

Cada questão recebeu pontuação referente as opções: frequentemente (4 pontos), as vezes (3 pontos), raramente (2 pontos) e nunca (1 ponto). A questão número 4 possui direção reversa, ou seja: sempre (1 ponto), as vezes (2 pontos), raramente (3 pontos) e nunca (4 pontos). Essa dimensão, como a anterior, apresenta uma questão com direção reversa (número 4). Os escores foram obtidos através da soma dos pontos atribuídos a cada uma das questões. O escore varia de 6 a 24 pontos e quanto maior o escore maior o controle (ALVES et al., 2004).

Com relação à forma de avaliação da Demanda-Controlle (D-C) foi observada uma variação na forma de análise, alguns estudos utilizaram o escore contínuo das dimensões D-C (DALAROSA, 2007), outros estudos fizeram categorização das dimensões a partir dos quadrantes propostos pelo modelo de Karasek utilizando média e mediana como ponto de corte (TAVARES, 2010; SCHIMIDT et al., 2009).

Para composição dos quadrantes do Modelo D-C, os níveis de demanda e de controle dicotomizados, foram combinados de forma a construírem os quadrantes do Modelo D-C, no qual: a) *Baixa exigência* é resultado da combinação entre baixa demanda e alto controle; b) *Trabalho passivo* é resultado da combinação entre baixa demanda e baixo controle; c) *Trabalho ativo* é resultado da combinação entre alta demanda e alto controle; d) *Alta exigência* é o resultado da combinação entre alta demanda e baixo controle (TAVARES, 2010; SCHIMIDT et al., 2009).

A partir da recomendação dos pesquisadores que validaram a JSS (ALVES et al., 2004) definiu-se os quadrantes da seguinte maneira: baixa demanda (abaixo da mediana) e alta demanda (acima da mediana). Na dimensão controle, foram considerados como baixo controle (abaixo da mediana) e alto controle (acima da mediana).

O escore da dimensão “apoio social” possui um intervalo de 6 a 24 e é dado pela soma das respostas fornecidas aos seis itens, o que significa que quanto maior o escore, melhor o apoio social do trabalhador em seu ambiente de trabalho. A dimensão apoio social possui seis itens:

1. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
2. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

3. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
4. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
5. No trabalho, eu me relaciono bem com os meus chefes.
6. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

Cada questão recebeu pontuação referente as opções: concordo totalmente (4 pontos), concordo mais que discordo (3 pontos), discordo mais que concordo (2 pontos) e discordo (1 ponto). Agrupou-se a amostra de acordo com três categorias a partir da mediana: baixo apoio social (abaixo da mediana), médio apoio social (igual a mediana) e alto apoio social (acima da mediana).

De acordo com análise de consistência interna realizada por Alves (2004), quando da validação da escala para o português, os valores foram 0,72 para demanda psicológica, 0,63 para controle sobre o trabalho e 0,86 para apoio social.

4.8 Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS)

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI) versão HSS (*Human Services Survey*) elaborado por Maslach e Jackson (1981), foi traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Lautert (1995) com enfermeiras que trabalham em hospitais. É um questionário autoaplicável, em uma escala tipo Likert, na qual o indivíduo assinala uma das alternativas: “nunca”, “algumas vezes ao ano”, “algumas vezes ao mês”, “algumas vezes na semana” e “diariamente” (com valores que variam de 1 a 5) que melhor retrate a sua experiência diária no trabalho. O instrumento é composto por 22 itens distribuídos em três subescalas: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DP) e Baixa Realização Profissional (BRP) (LAUTERT, 1997). Contudo, por ser mais atual, foi usada a nomenclatura das subescalas proposta por Carlotto e Câmara (2007) (ANEXO D).

Na versão original (americana), a frequência das respostas é avaliada através de uma escala de pontuação que varia de 0 a 6. Utilizamos, neste estudo, o sistema de pontuação de 1 a 5, também usado por Tamayo (1997) na adaptação brasileira do instrumento, pois foi verificado que os sujeitos apresentavam dificuldade em responder muitos itens dos instrumentos, devido à especificidade dos critérios da escala original. Embora tenhamos optado pela escala de 5 itens, utilizamos o mesmo tipo de categorias de frequência utilizadas na versão americana (MASLACH; JACKSON, 1986). Isto é, 1 para nunca, 2 para algumas vezes ao ano, 3 para algumas vezes ao mês, 4 para indicar algumas vezes na semana e 5 para

diariamente. Na versão original americana, a consistência interna das três dimensões do inventário é satisfatória, pois apresenta alfa de Cronbach que vai de 0,71 até 0,90 e os coeficientes de teste e reteste vão de 0,60 a 0,80 em períodos de até um mês (MASLACH; JACKSON, 1981).

Ainda não há uma padronização (pontos de corte) para a população brasileira quanto à classificação da síndrome em níveis (baixo, médio, alto), de acordo com a versão original de Cristina Maslach. Desse modo, Lautert (1997) adotou os quartis como linhas de corte, de maneira que são considerados baixos os escores menores ou iguais a 25%, moderados entre 25 e 75% e elevados, aqueles acima de 75%.

4.9 Effort-Reward-Imbalance (ERI)

O modelo de desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho, também conhecido como ERI (*Effort-Reward-Imbalance*) foi desenvolvido por Johannes Siegrist, em 1986, na Alemanha, a partir dos estudos relacionados ao modelo Demanda/Controle de Karasek (GUIMARÃES; SIEGRIST; MARTINS, 2004). O modelo busca explorar os efeitos adversos dos fatores psicossociais do trabalho na saúde do trabalhador. A escala foi traduzida e adaptada para o português por Silva e Barreto (2010) cujo alfa de Cronbach foi de 0,70 para a dimensão esforço e 0,95 para a dimensão recompensa. O modelo ERI é construído a partir de uma escala autorrespondida, contendo 23 itens em sua versão reduzida, com respostas que utilizam escala do tipo Likert. Entretanto, o seu uso em contextos internacionais é limitado pela língua, exigindo, portanto, uma adaptação transcultural.

Theorell (2001) afirma que de acordo com o modelo, torna-se fundamental avaliar o grau em que o trabalhador se sente recompensado por seus esforços no trabalho para se compreender como se dá a combinação entre as condições de trabalho e a saúde. Portanto, quando um alto grau de esforço não é correspondido por um alto grau de recompensa, supõe-se que surja tensão emocional e que aumente o risco de aparecimento de doenças. (GUIMARÃES, SIEGRIST, MARTINS, 2004).

De acordo com Silva e Barreto (2010) o modelo ERI baseia-se na reciprocidade de intercâmbio na vida profissional. De acordo com o modelo, uma pessoa com maior necessidade de controle responde de maneira inflexível às situações de trabalho que exigem muito esforço e oferecem baixa recompensa, acarretando estresse e predispondo ao adoecimento (SIEGRIST, 2005). Hasselhorn, Müller e Tackenberg, (2005) afirmam que

situações de estresse crônico no trabalho podem predispor o trabalhador a iniciar distúrbios autonômicos e respostas neuroendócrinas desfavoráveis. O modelo teórico da escala de desequilíbrio entre esforço e recompensa é usado para medir o nível de estresse a que esse trabalhador está exposto.

Nesse sentido, dois componentes de esforço e recompensa são contemplados no modelo: um extrínseco e um intrínseco. O componente extrínseco tem como foco as condições do trabalho indicativas do esforço (demandas, obrigações) e as recompensas (dinheiro, apoio, oportunidades na carreira e segurança). O componente intrínseco enfoca o estilo pessoal de ajustamento, denominado comprometimento excessivo (*overcommitment*). Esse comprometimento excessivo define um conjunto de atitudes, comportamentos e emoções que refletem esforço excessivo combinado com forte desejo de ser aprovado e estimado. Pessoas com esse estilo pessoal tendem a exagerar seus esforços (HASSELHORN; MÜLLER; TACKENBERG, 2005).

4.10 Análise dos Dados

A análise dos dados se deu com base na estatística descritiva e analítica. Os dados foram digitados no programa Excel, analisados no SPSS versão 18.0. As variáveis quantitativas foram testadas quanto à homogeneidade da variância por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Em caso de não homogeneidade, as variáveis eram submetidas a uma transformação matemática (como raiz quadrada ou logaritmo). As variáveis quantitativas de cortisol salivar, bem como aquelas obtidas a partir das dimensões das escalas *Job Stress Scale*, *Maslach Burnout Inventory* e *Effort-Reward-Imbalance* foram descritas como média e desvio padrão quando simétricas e mediana e intervalo interquartil quando assimétricas.

As variáveis: concentração de cortisol salivar ao acordar ($Cort_{zero}$), concentração de cortisol salivar 30 minutos após acordar ($Cort_{30}$), concentração de cortisol salivar antes de dormir ($Cort_N$) são valores brutos obtidos diretamente da análise de quimioluminescência; correlações bivariadas r de Pearson (ou de Spearman) foram realizadas para avaliar a relação entre os escores obtidos nas escalas, medidas de cortisol salivar e a intenção de abandono. Foram consideradas correlações muito baixas aquelas com valor absoluto dos coeficientes de correlação (r) entre 0,01 a $< 0,2$, correlações baixas aquelas com coeficientes de correlação (r) entre 0,2 a $< 0,4$, correlações moderadas aquelas com coeficientes de correlação (r) entre 0,4 a $< 0,6$, correlações altas aquelas com coeficientes de correlação (r) entre 0,6 a $< 0,8$ e correlação muito alta aquelas com coeficientes de correlação (r) entre 0,8 a < 1

(CALLEGARI-JACQUES, 2003; HULLEY et al., 2008). A fim de verificar a associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. Foram consideradas diferenças estatisticamente significativas quando $p < 0,05$ e tendência para a significância quando $0,051 < p < 0,1$. As variáveis categóricas foram extraídas das escalas de avaliação do estresse laboral e do questionário de avaliação de intenção de abandono e foram analisadas em escala tipo Likert. As variáveis dicotômicas foram extraídas do questionário sobre a situação laboral e de saúde.

4.11 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora de Pompéia do município de Caxias do Sul e obteve parecer favorável do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob nº 33878414.1.3001.5331, em 23 de outubro de 2014, conforme parecer n.º 844.094. Esse estudo contou com o apoio financeiro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA por meio do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos – FIPE conforme registro número 140.473/2014.

As enfermeiras que aceitaram participar do estudo receberam, primeiramente, informações referentes aos objetivos da pesquisa, a voluntariedade da participação e quanto ao sigilo das informações recebidas, destacando que os dados seriam analisados de forma agregada, a fim de não identificá-los. Também foram orientados a realizar a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) previamente assinado pelo pesquisador. Em concordância com os termos expostos, solicitou-se que o participante assinasse o documento, garantindo os preceitos éticos da pesquisa, conforme determina a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Para garantir o sigilo de identidade dos participantes, os dados coletados foram codificados por meio de números arábicos em ordem crescente.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos dados do estudo foi realizada conforme sequência a seguir: características sociodemográficas; características laborais; características de saúde; análise descritiva da intenção de abandono da profissão de enfermeiro; análise descritiva das escalas e do cortisol salivar; correlações entre escalas; cortisol salivar e a intenção de abandono da profissão de enfermeiro e associações entre as escalas; intenção de abandono da profissão de enfermeiro e o tempo de trabalho na enfermagem.

5.1 Características sociodemográficas

As características sociodemográficas das enfermeiras foram analisadas conforme segue.

Tabela 1 - Distribuição das enfermeiras do Hospital Pompéia, segundo características sócio-demográficas, Caxias do Sul/RS, 2015 (n = 52)

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	52	100
Faixa etária		
24-33 anos	41	78,9
34-43 anos	11	21,1
Escolaridade		
Graduação	12	23,1
Especialização	40	76,9
Situação Conjugal		
Com companheiro	34	65,3
Sem companheiro	18	34,7
Número de filhos		
Nenhum	37	71,2
1 a 2	14	26,9
3 ou mais	01	01,9

Variáveis expressas em números absolutos (n) e porcentagem (%).

Fonte: CANDATEN, 2015.

Conforme um dos critérios de inclusão da pesquisa – sujeito do sexo feminino – a amostra foi composta apenas por mulheres (n=52). De acordo com a Tabela 1, evidencia-se que 78,9% das enfermeiras pertenciam à faixa etária de 24-33 anos e a média de idade foi de 30 anos (idade mínima de 24 anos e máxima de 43 anos). Quanto ao aspecto da escolaridade, a maioria (76,9%) declarou possuir especialização e 23,1% declarou possuir graduação. A

situação conjugal predominante foi com companheiro (65,3%) e 71,2% das enfermeiras afirmou não possuir filhos.

5.2 Características laborais

As características laborais das enfermeiras estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das enfermeiras do Hospital Pompéia, segundo características laborais, Caxias do Sul/RS, 2015 (n=51)

Variáveis laborais	n	%
Sector de Trabalho		
Unidades de Internação (clínicas e cirúrgicas)	28	54,9
Unidades de Terapia Intensiva	08	15,6
Pronto Socorro e Pronto Atendimento	05	09,8
Bloco Cirúrgico	06	11,8
Outras unidades	05	09,8
Anos de trabalho na instituição		
0-05 anos	37	71,2
06-11 anos	10	19,2
12-17 anos	05	09,6
Anos de trabalho na enfermagem		
0-05 anos	17	32,7
06-11 anos	24	46,1
12-17 anos	08	15,4
18 anos ou +	03	05,8
Está satisfeito com o cargo atual?		
Sim	47	92,2
Não	04	07,8
Tem pretensão de mudar o turno de trabalho?		
Sim	15	29,4
Não	36	70,6
Tem tempo para descanso durante o trabalho?		
Sim	27	51,9
Não	25	48,1
Faz horas extras?		
Sim	26	50,0
Não	26	50,0
Trabalha em outro local atuando como enfermeira?		
Sim	08	15,4
Não	44	84,6
Você é responsável por quantos pacientes?		
0-10 pacientes	13	25,5
11-20 pacientes	12	23,5
21-30 pacientes	17	33,4
31-40 pacientes	09	17,6
Jornada de trabalho em horas diárias		
06-10 horas	46	88,5
11-14 horas	05	09,6
15 horas ou +	01	01,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis expressas em números absolutos (n) e porcentagem (%)

A partir dos dados apresentados na Tabela 2 foi possível identificar que 54,9% das enfermeiras atuam em Unidades de Internação (Clínica e Cirúrgica). A segunda unidade de maior prevalência (15,6%) foi a Unidade de Terapia Intensiva. Relativo ao tempo de trabalho, 46,1% das enfermeiras afirmou atuar na enfermagem entre 06 e 11 anos e 71,2% trabalha na instituição até 05 anos. Quanto à satisfação no trabalho, 92,2% referiu estar satisfeito com o cargo atual e 70,6% não têm pretensão de mudar o turno de trabalho.

No que se refere ao descanso durante o horário de trabalho, 51,9% alegou ter tempo para descansar. O tempo de descanso referido foi de 15min para a carga horária de 6hs e de 01h diária para carga horária de 08-12hs. Metade (50%) das enfermeiras admite fazer horas extras no turno inverso ao trabalho. Apenas 15,4% têm segundo emprego e trabalham em outro local atuando como enfermeira. 33,4% das enfermeiras declarou ser responsável por 20 a 30 pacientes durante o seu horário de trabalho. A carga horária predominante (88,5%) foi de 06 a 10hs diárias.

5.3 Características de saúde

As características de saúde das enfermeiras pesquisadas foram analisadas conforme segue.

Tabela 3 - Distribuição das enfermeiras do Hospital Pompéia, segundo características de saúde, Caxias do Sul/RS, 2015 (n = 52)

Variáveis de saúde	n	%
Você considera sua saúde		
Ótima	13	25,0
Boa	32	61,5
Regular	07	13,5
Procurou o serviço de saúde nos últimos seis meses		
Sim	33	63,5
Não	19	36,5
Internação hospitalar no último ano		
Sim	09	17,3
Não	43	82,7
Atividade física regular		
Sim	21	40,4
Não	31	59,6
Tabagista		
Sim	03	05,8
Não	49	94,2
Consome café diariamente		
Sim	43	82,7
Não	09	17,3
Dorme bem à noite		
Sim	41	78,8

Não	11	21,2
Horas de sono nas últimas 24hs		
04-06 horas	21	40,4
07-09 horas	30	57,7
10 horas ou +	01	01,9
Uso de medicamentos		
Sim	10	19,2
Não	42	80,8
Uso de anticoncepcional oral ou IM		
Sim	37	71,2
Não	15	28,8
Afastamento do trabalho no último ano		
Sim	04	07,7
Não	48	92,3
Problemas de saúde prévios		
Sim	12	23,1
Não	40	76,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis expressas em números absolutos (n) e porcentagem (%)

A Tabela 3 demonstra que 61,5% das enfermeiras considera sua saúde boa, 63,5% procurou o serviço de saúde nos últimos seis meses e a maioria (82,7%) não necessitou de internação hospitalar no último ano. 40,4% afirmou praticar atividade física regularmente e apenas 94,2% declarou-se não fumante. Quanto ao consumo diário de café, 82,7% referiu consumir uma média de 02 xícaras/dia.

Referente às horas de sono, 78,8% admite dormir bem à noite e 57,7% alegou dormir entre 07 e 09 horas por dia. Sobre o consumo de medicamentos, 80,8% declaram não usar medicamentos contínuos. Ainda, sobre os medicamentos, 71,2% referiu utilizar anticoncepcional oral ou intramuscular. Quanto aos problemas de saúde, 76,9% declara não possuir problemas prévios de saúde e 92,3% não necessitou de afastamento do trabalho no último ano.

5.4 Intenção de abandono e permanência na enfermagem

Além das características laborais, foram coletados dados para verificar a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro, que são apresentadas a seguir, na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das enfermeiras do Hospital Pompéia, segundo a intenção de abandonar e permanecer na enfermagem, Caxias do Sul/RS, 2015 (n = 52)

Variáveis laborais	n	%
No último ano, você pensou muito em deixar a profissão de enfermeiro.		
Discordo totalmente	22	42,3
Discordo parcialmente	07	13,5
Não discordo, nem concordo	03	05,8
Concordo parcialmente	16	30,8
Concordo totalmente	04	07,6
No último ano, você procurou ativamente outro emprego fora da enfermagem.		
Discordo totalmente	37	71,2
Discordo parcialmente	09	17,3
Não discordo, nem concordo	03	05,8
Concordo parcialmente	02	03,8
Concordo totalmente	01	01,9
Você vai deixar a enfermagem o mais rápido possível?		
Discordo totalmente	29	55,8
Discordo parcialmente	10	19,2
Não discordo, nem concordo	08	15,4
Concordo parcialmente	05	09,6
Concordo totalmente	---	---
Qual é o principal motivo que fez você escolher a enfermagem como profissão?		
Profissão bem remunerada e reconhecida	---	---
Vocação para cuidar das pessoas	12	23,1
Desejo pessoal pela profissão	31	59,6
Influência dos pais ou familiares que já trabalhavam na área	04	07,7
Outros motivos	05	09,6
Qual é o principal motivo que faria você desistir da enfermagem? (n=51)		
Falta de remuneração adequada	21	41,2
Sofrer algum tipo de violência no trabalho	01	02,0
Falta de reconhecimento profissional	11	21,6
Condições de trabalho inadequadas	14	27,4
Outros motivos	04	07,8
Qual é o principal motivo que, querendo deixar a profissão, você permanece no trabalho?(n=40)		
Satisfação profissional	30	75,0
Remuneração adequada	04	10,0
Acredita em mudanças	01	02,5
Falta de oportunidade	02	05,0
Outros motivos	03	07,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis expressas em números absolutos (n) e porcentagem (%)

A respeito da intenção de abandonar a profissão de enfermeiro e permanecer na enfermagem, de acordo com a Tabela 4, os dados foram os seguintes: quando questionadas se, no último ano, pensaram muito em deixar a profissão, 42,3% discordou totalmente e 30,8% concordou parcialmente e 7,6% concordaram totalmente. Quanto à procura ativa de outro emprego, fora da enfermagem, no último ano: 71,2% discordou totalmente, 55,8% não pretende deixar a profissão de enfermeiro e 1,9% procurou ativamente emprego fora da enfermagem. Sobre o desejo de deixar a enfermagem o mais rápido possível, 55,8% discordaram totalmente, 19,2% discordaram parcialmente e 9,6% concordaram parcialmente.

Ao serem questionadas sobre o principal motivo que contribuiu para a escolha da profissão, 59,6% afirmou que escolheu a profissão de enfermagem por interesse pessoal. Ainda, o principal motivo que faria os sujeitos desistir da enfermagem foi falta de remuneração adequada (41,2%) e a seguir (27,4%), condições de trabalho inadequadas.

5.5 Dados descritivos das escalas e cortisol salivar

Abaixo, são apresentadas as características das enfermeiras, segundo os escores obtidos a partir das escalas *Job Stress Scale – JSS*, *Maslach Burnout Inventory – MBI* e *Effort-Reward-Imbalance - ERI* e dos níveis do cortisol salivar.

Tabela 5 - Mediana, intervalo interquartilico e coeficiente Alfa de Cronbach (α) das dimensões da escala JSS, Caxias do Sul/RS, 2015 (n = 52)

<i>Job Stress Scale</i> *	Mediana[25-75]	α
Demanda	16[14-17]	0,50
Controle	18[17-19]	0,15
Apoio Social	19[18-20]	0,81

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

* α Geral da JSS: 0,50. Dados expressos em mediana e intervalo interquartilico

De acordo com os dados da Tabela 5 e conforme avaliação dos escores da escala JSS, pode-se afirmar que a mediana para a dimensão demanda foi de 16 pontos, 25% das enfermeiras apresentou escore abaixo de 14 pontos e 75% apresentou escore abaixo de 17 pontos. Na dimensão controle a mediana foi de 18 pontos sendo que 25% das enfermeiras apresentou escore abaixo de 17 pontos e 75% apresentou escores abaixo de 19 pontos. Por

fim, na dimensão apoio social, evidenciou-se mediana de 19 pontos, 25% das enfermeiras apresentou escores abaixo de 18 pontos e 75% apresentou escores abaixo de 20 pontos.

A análise de consistência interna para a escala JSS indicou os valores 0,50 para demanda psicológica, 0,15 para controle sobre o trabalho e 0,81 para apoio social. O Alfa de Cronbach geral da JSS no foi de 0,50.

Tabela 6 - Média, desvio padrão e coeficiente Alfa de Cronbach (α) das dimensões da escala MBI, Caxias do Sul/RS, 2015 (n = 52)

<i>Maslach Burnout Inventory*</i>	Média±DP	α
Exaustão	22,75±5,08	0,69
Despersonalização	18,5±5,20	0,75
Baixa Realização Profissional	17,34±4,37	0,55

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

* α Geral da MBI: 0,85. Dados expressos em média \pm desvio padrão (DP).

A análise de consistência interna para a escala MBI indicou os valores 0,69 para exaustão profissional, 0,75 para despersonalização e 0,55 para baixa realização profissional. Destaca-se que o Alfa de Cronbach geral da MBI foi de 0,85.

Tabela 7 - Média, desvio padrão e coeficiente Alfa de Cronbach (α) das dimensões da escala ERI, Caxias do Sul/RS, 2015 (n = 48)

<i>Effort-Reward-Imbalance *</i>	Média±DP	α
Esforço	9,77±3,78	0,65
Recompensa	10,77±5,08	0,48
Razão E/R	1,10	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

* α Geral da ERI: 0,58. Dados expressos em média \pm desvio padrão (DP).

A análise de consistência interna para a escala ERI indicou os valores 0,65 para a dimensão esforço e 0,48 para a dimensão recompensa. O Alfa de Cronbach geral da ERI foi de 0,58.

Tabela 8 - Descrição do perfil quantitativo de cortisol salivar das enfermeiras do Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015 (n = 46)

[Cortisol salivar] nmol/L
--

Cort _{zero}	16,8±07,5
Cort ₃₀	17,6±09,1
Cort _N	10,6±13,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Variáveis expressas em Média ± Desvio Padrão (DP) em nmol/L; Cort_{zero}: concentrações de cortisol salivar ao acordar; Cort₃₀: concentrações de cortisol salivar 30min. após acordar; Cort_N: concentrações de cortisol salivar ao deitar.

Para análise do perfil quantitativo de cortisol salivar foi adotado o valor de referência de 19,7nmol/L para as dosagens da manhã (Cort_{zero}; Cort₃₀) e 09,7nmol/L para a dosagem noturna (Cort_N). A média dos valores do Cort_{zero} foi 16,8nmol/L, a média do Cort₃₀ foi 17,6nmol/L e a média dos valores do Cort_N foi de 10,6nmol/L. De acordo com os dados apresentados, pode-se constatar que, após análise do perfil quantitativo de cortisol salivar, 45,3% das enfermeiras apresentavam estresse.

5.6 Correlações entre as escalas e o cortisol salivar

Na sequência, são apresentadas as correlações realizadas entre as escalas JSS, MBI, ERI e as medidas de cortisol salivar.

Tabela 9 - Correlações entre as escalas e as medidas de cortisol salivar das enfermeiras do Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015

Variáveis	Cort _{zero} (r)	p ^p	Cort ₃₀ (r)	p ^p	Cort _N (r)	p ^s
Job StressScale						
(n=52)						
Demanda	0,072	0,632	-0,058	0,700	0,128	0,396
Controle	-0,095	0,531	-0,146	0,334	0,064	0,673
Apoio Social	-0,146	0,332	-0,198	0,186	-0,217	0,148
Maslach Burnout Inventory						
(n=46)						
Exaustão	0,074	0,627	0,028	0,855	0,019	0,898
Despersonalização	0,177	0,241	0,227	0,128	0,021	0,891
Realização Profissional	-0,048	0,751	-0,054	0,722	-0,090	0,553
Effort-Reward-Imbalance						
(n=42)						
Esforço	0,202	0,178	0,118	0,433	0,016	0,915
Recompensa	0,215	0,172	0,293	0,060	0,269	0,085
Razão E/R	-0,098	0,538	-0,164	0,298	-0,207	0,188
Cortisol Salivar						
(n=46)						
Cort _{zero}	1	---				
Cort ₃₀	0,714	0,000*	1	---		
Cort _N	0,345	0,019*	0,398	0,006*	1	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

(r): Coeficiente de correlação; ^sCorrelação de Spearman; ^pCorrelação de Pearson; *p=>0,05.

As variáveis das escalas e as medidas de cortisol salivar, não apresentaram correlações significativas, conforme apresentado na Tabela 9. Ao correlacionar a dimensão *recompensa*

da escala ERI com a medida de Cort₃₀ evidenciou-se um valor de $p=0,060$. Ainda, ao correlacionar a mesma dimensão (*recompensa*) com a medida de Cort_N, verificou-se valor de $p=0,085$. Os valores de p que variaram entre 0,051 e 0,1 foram considerados como tendência à significância. As correlações realizadas entre as medidas de cortisol salivar apresentaram significância quando $p<0,05$. Os testes estatísticos utilizados foram as correlações de Pearson para dados simétricos e Spearman para dados assimétricos.

5.7 Correlações entre a intenção de abandono da profissão de enfermeiro com as escalas e cortisol salivar

As correlações entre a intenção de abandono da profissão de enfermeiro e as escalas JSS, MBI, ERI, cortisol salivar foram analisadas conforme segue.

Tabela 10 - Correlações entre a intenção de abandonar a enfermagem, escalas e cortisol salivar, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015

Variáveis	Deixar a profissão (r)	P ^s	Emprego fora da Enf. (r)	P ^s	Sair o mais rápido possível (r)	P ^s
Job StressScale (n=52)						
Demanda	0,237	0,091	0,248	0,076	0,330	0,017*
Controle	-0,173	0,220	-0,053	0,709	-0,211	0,133
Apoio Social	-0,500	0,000***	-0,242	0,084	-0,443	0,001**
Maslach Burnout Inventory (n=46)						
Exaustão	0,159	0,260	0,040	0,780	0,276	0,047*
Despersonalização	0,421	0,002**	0,240	0,086	0,465	0,001**
Baixa Realização	0,319	0,021*	0,151	0,287	0,280	0,044*
Professional Effort-Reward-Imbalance (n=42)						
Esforço	0,296	0,033*	0,188	0,182	0,427	0,002**
Recompensa	0,273	0,061	0,290	0,046*	0,197	0,179
Razão E/R	0,093	0,531	-0,085	0,567	0,171	0,244
Cortisol Salivar (n=46)						
Cort _{zero}	0,072	0,635	0,113	0,454	0,104	0,492
Cort ₃₀	-0,056	0,711	0,079	0,601	0,096	0,527
Cort _N	-0,075	0,622	-0,081	0,594	-0,207	0,167

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

(r): Coeficiente de correlação; * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$. ^sCorrelação de Spearman.

Os dados acima foram analisados a partir do teste não paramétrico de Spearman. Foi encontrada significância ($p=0,000$) entre a dimensão *apoio social* da JSS quando correlacionada com a *intenção de abandonar a profissão* de enfermeiro. Essa correlação

evidenciou-se como moderada (-0,500) e inversa, quanto maior o *apoio social*, menor é a *intenção de abandonar a profissão* ou vice-versa. A dimensão *apoio social* ($p=0,001$) também correlacionou-se inversamente e moderadamente (-0,443) com o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível*. Já a dimensão *demanda*, apresentou significância ($p=0,017$) e baixa correlação direta (0,330) com o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível*.

Nas correlações realizadas entre a MBI e a *intenção de abandonar a profissão* evidenciou-se o seguinte: a dimensão *despersonalização* apresentou significância ($p=0,002$) e correlação direta e moderada (0,421) com o *desejo de abandonar a profissão* de enfermeiro. Ainda, a dimensão *despersonalização* também apresentou significância ($p=0,001$) e correlação direta e moderada (0,465) com o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível*. A dimensão *baixa realização profissional* apresentou significância ($p=0,021$) e correlação baixa (0,319) com o *desejo de abandonar a profissão* de enfermeiro e com o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível* ($p=0,044$; $r=0,280$).

Ao correlacionar a escala ERI e a *intenção de abandonar a profissão* verificou-se que a dimensão *esforço* apresentou significância ($p=0,033$) e correlação direta e baixa (0,296) com o *desejo de abandonar a profissão de enfermeiro* e correlação direta e moderada (0,428) com o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível* ($p=0,002$). No que se refere à dimensão *recompensa*, evidenciou-se significância ($p=0,046$) e correlação baixa e direta (0,290) com a *procura de emprego fora da enfermagem*.

As correlações que tenderam à significância foram as seguintes: correlação entre a dimensão *demanda* da escala JSS e o *desejo de deixar a profissão* ($p=0,091$); correlação entre a dimensão *demanda* e a *procura de emprego fora da enfermagem* ($p=0,076$); a dimensão *despersonalização* da escala MBI e a *procura de emprego fora da enfermagem* ($p=0,086$) e a correlação entre o *desejo de deixar a profissão* e a dimensão *recompensa* da escala ERI ($p=0,061$).

Ao correlacionar os níveis de *cortisol salivar* e as questões referentes à *intenção de abandonar a profissão de enfermeiro*, não foram encontradas diferenças significativas.

5.8 Correlações entre as escalas JSS, MBI e ERI

As correlações entre as escalas JSS, MBI, ERI são apresentadas na Tabela 12 (ANEXO H).

No que se refere às correlações entre as escalas, demonstrado na Tabela 12, pode-se verificar que ao correlacionar a dimensão *demanda* da escala JSS com a dimensão *apoio social* evidenciou-se significância ($p=0,037$) e baixa correlação inversa ($-0,290$), quanto maior a *demanda* menor é o *apoio social* ou vice-versa. Ao correlacionar a dimensão *demanda* com a dimensão *exaustão* ($p=0,004$) da escala MBI verificou-se correlação baixa e direta ($0,395$). Assim, quanto maior a *demanda*, maior é a *exaustão*. Da mesma forma, quando correlacionado a dimensão *demanda* com a *despersonalização* constatou-se correlação baixa e direta ($0,383$). Para tanto, quanto maior a *demanda*, maior é a *despersonalização* ($p=0,005$). Por fim, encontrou-se correlação direta e moderada ($0,468$; $p<0,001$) entre a dimensão *demanda* e o *esforço* da escala ERI o que permite afirmar que quanto maior a *demanda* maior é o *esforço* dos profissionais.

Ao correlacionar a dimensão *controle* da JSS com as demais escalas, foi encontrado diferença significativa ($p=0,043$) apenas quando correlacionada com a dimensão *esforço* da escala ERI. Verificou-se correlação baixa e inversa ($-0,282$). De tal modo, pode-se alegar que quanto maior o *controle* menor será o *esforço* dos profissionais.

Em relação à dimensão *apoio social* da escala JSS, constatou-se correlação inversa e moderada ($-0,414$) com a dimensão *despersonalização* da escala MBI ($p=0,002$). Dessa forma, quanto maior o *apoio social*, menor será a *despersonalização*. Ainda, ao correlacionar a dimensão *apoio social* e a dimensão *esforço* da escala ERI verificou-se correlação baixa e inversa ($-0,339$), o que permite concluir que quanto maior o *apoio social*, menor o *esforço* dos profissionais.

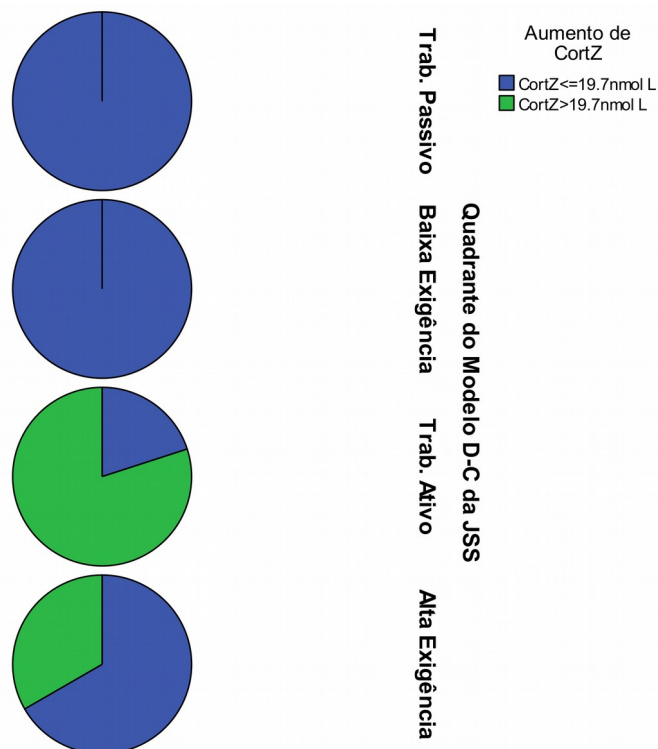
Quanto à escala MBI: ao correlacionar a dimensão *exaustão* com a dimensão *despersonalização* verificou-se significância ($p<0,001$) e correlação alta e direta entre as variáveis. Para tanto, quanto maior a *exaustão*, maior será a *despersonalização*. Ao correlacionar a dimensão *exaustão* e a dimensão *baixa realização profissional* ($p<0,001$) constatou-se correlação moderada e direta ($0,521$) o que significa que quanto maior a *exaustão*, maior é a *realização profissional*. Do mesmo modo, quando correlacionadas as dimensões *exaustão* e *esforço* da escala ERI ($p=0,001$) verificou-se correlação moderada e direta ($0,461$). Assim, quanto maior a *exaustão*, maior é o *esforço* dispendido pelos profissionais. Diferenças significativas foram encontradas ao correlacionar as dimensões *despersonalização* e *baixa realização profissional* ($p<0,001$) e evidenciou-se correlação alta e inversa ($-0,668$). Neste sentido, quanto maior a *despersonalização*, menor será a *realização profissional* ou vice-versa. Ainda, ao correlacionar a dimensão *despersonalização* com a dimensão *esforço* da escala ERI ($p<0,001$) constatou-se correlação moderada e direta ($0,592$).

Sendo assim, quanto maior o *esforço* maior é a *despersonalização*. Por fim, foi encontrado significância ($p=0,037$) ao correlacionar a dimensão *baixa realização profissional* e a dimensão *esforço* (0,290) o que demonstrou correlação baixa e direta. Dessa maneira, quanto maior o *esforço*, mais *baixa* é a *realização profissional*.

5.9 Associação entre a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro com as escalas JSS (Modelo D-C), MBI e ERI e aumento de cortisol salivar

Foi encontrada associação entre os quadrantes do modelo D-C da JSS com o percentual de sujeitos que apresentaram aumento de *cortisol salivar* conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2: Associação entre o Modelo D-C e o aumento do cortisol salivar



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

De acordo com o teste exato de Fisher, as enfermeiras que se enquadraram na condição de trabalho de *baixa exigência* foram as que obtiveram o menor percentual de aumento de *cortisol salivar* logo ao acordar ($p<0,001$; resíduo ajustado = -2,2). As enfermeiras que se enquadraram na condição de *trabalho ativo* foram as que obtiveram o maior percentual de aumento de *cortisol salivar* logo ao acordar ($p<0,001$; resíduo ajustado = 3,1). Conforme o teste exato de Fisher, não houve associação entre o percentual de sujeitos com aumento de

Cort₃₀ e/ou Cort_N com o perfil de trabalho de *alta ou baixa exigência*, e/ou *trabalho ativo e/ou passivo*.

Não foi encontrada associação significativa entre a *intenção de abandonar a profissão* de enfermeiro com os quadrantes do modelo D-C da JSS (*trabalho passivo/ativo ou alta/baixa exigência*) ($p=0,579$), nem associação entre a *ocorrência de estresse* e a *intenção de abandonar a profissão* de enfermeiro ($p=0,247$).

Referente às análises da associação entre os percentis [75] para as dimensões *exaustão* e *despersonalização* da escala MBI e a *intenção de abandonar a profissão* de enfermeiro, realizadas por meio do Teste Exato de Fisher, não foram verificadas associações significativas entre as variáveis, pois apresentaram valor de $p=0,080$ e $p=0,167$, respectivamente.

A análise da associação entre o percentil [75] da dimensão *baixa realização profissional* da escala MBI e a *intenção de abandonar a profissão* de enfermeiro será apresentada na tabela abaixo.

Tabela 11 - Associação entre a dimensão realização profissional da escala MBI e a intenção de abandonar a enfermagem, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015

Realização Profissional [75]	Você pensou muito em deixar a profissão de enfermeiro				
	Discordo totalmente (%)	Discordo parcialmente (%)	Não concordo, nem discordo (%)	Concordo parcialmente (%)	Concordo totalmente (%)
Sim (n=12)					
Baixa realização profissional	8,3	25,0	0,0	41,7	25,0
Deixar a enfermagem	4,5	42,9	0,0	31,3	75,0
RA	-2,7*	1,3	-1,0	0,9	2,6*
Não (n=40)					
Baixa realização profissional	52,5	10,0	7,5	27,5	2,5
Deixar a enfermagem	95,5	57,1	100	68,8	25,0
RA	2,7*	-1,3	1,0	-0,9	-2,6*

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

RA: Resíduo ajustado; Variáveis analisadas por meio do Teste Exato de Fisher; * $p=0,006$.

Conforme os dados da Tabela 11 houve significância ($p=0,006$) na associação entre as variáveis da dimensão *baixa realização profissional* da escala MBI e a *intenção de abandonar a profissão* de enfermeiro. Entre as enfermeiras com *baixa realização profissional* a resposta foi predominante (75%) quanto ao desejo de abandonar a profissão de enfermeiro e houve associação à alternativa “*concordo totalmente*”. Dessa forma, evidenciou-se associação positiva entre as variáveis.

Ao associar a razão entre *esforço e recompensa* (E/R) da escala ERI e a *intenção de abandonar a profissão* de enfermeiro, não foram encontradas significâncias entre as variáveis ($p=0,442$).

5.10 Associações entre a procura de emprego fora da enfermagem e as escalas

Referentes às associações entre as escalas e a *procura de emprego fora da enfermagem*, não foram encontradas associações significativas, tampouco entre a *procura de emprego fora da enfermagem* com os quadrantes do modelo D-C da JSS (*trabalho passivo/ativo ou alta/baixa exigência*) ($p=0,257$).

Quando associado os percentis [75] das dimensões *exaustão*, *despersonalização* e *baixa realização profissional* da escala MBI e a *procura de emprego fora da enfermagem* também não foram encontradas associações significativas, conforme os respectivos valores de $p=0,178$; $0,144$; $0,309$.

Não foram encontradas associações significativas entre a *procura de emprego fora da enfermagem* com a razão *esforço e recompensa* (E/R) da escala ERI ($p=0,779$). Ainda, a associação entre a *ocorrência de estresse* e a *procura de emprego fora da enfermagem* também não foi confirmada estatisticamente ($p=0,640$).

5.11 Associações entre o desejo de deixar o emprego o mais rápido possível e as escalas

Não foram encontradas associações significativas entre os quadrantes do modelo D-C da JSS (*trabalho passivo/ativo ou alta/baixa exigência*) e o *desejo de deixar o emprego o mais rápido possível* ($p=0,131$).

A análise da associação entre o percentil [75] das dimensões: *exaustão*, *despersonalização* e *baixa realização profissional* da escala MBI e o *desejo de deixar o emprego o mais rápido possível*, serão apresentadas na tabela seguinte. Nas associações com o *desejo de sair do emprego* a opção “*concordo totalmente*” não foi escolhida por nenhum dos sujeitos e por isso não consta na tabela.

Tabela 12 - Associação entre a dimensão exaustão da escala MBI e o desejo de sair do emprego, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015

Você deseja sair do emprego o mais rápido possível				
Exaustão [75]	Discordo totalmente (%)	Discordo parcialmente (%)	Não concordo, nem discordo (%)	Concordo parcialmente (%)
Sim (n=12)				
Exaustão	25,0	25,0	16,7	33,3
Sair do emprego	10,3	30,0	25,0	80,0

RA	-2,4*	0,6	0,1	3,2*
Não (n=40)				
Exaustão	65,0	17,5	15,0	2,5
Sair do emprego	89,7	70,0	75,0	20,0
RA	2,4*	-0,6	-0,1	-3,2*

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

RA: Resíduo ajustado; Variáveis analisadas por meio do Teste Exato de Fisher; * p=0,007.

De acordo com a Tabela 12, foram encontradas significâncias (p=0,007) na associação entre o percentil [75] da dimensão *exaustão* e o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível*. Dentre os exaustos, para a pergunta “*you want to leave your job as soon as possible*”, a resposta predominante (80%) foi a de “*concordo parcialmente*” o que caracterizou associação positiva, e a menos predominante (10,3%), foi a de “*discordo totalmente*” o que caracterizou associação negativa entre as variáveis.

Tabela 13 - Associação entre a dimensão *despersonalização* da escala MBI e o *desejo de sair do emprego, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015*

Você deseja sair do emprego o mais rápido possível				
Despersonalização [75]	Discordo totalmente (%)	Discordo parcialmente (%)	Não concordo, nem discordo (%)	Concordo parcialmente (%)
Sim (n=11)				
Despersonalização	18,2	36,4	18,2	27,3
Sair do emprego	6,9	40,0	25,0	60,0
RA	-2,8*	1,6	0,3	2,2*
Não (n=41)				
Despersonalização	65,9	14,6	14,6	4,9
Sair do emprego	93,1	60,0	75,0	40,0
RA	2,8*	-1,6	-0,3	-2,2*

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

RA: Resíduo ajustado; Variáveis analisadas por meio do Teste Exato de Fisher; * p=0,007.

Conforme análise apresentada na Tabela 13 foram encontradas significâncias (p=0,007) na associação entre o percentil [75] da dimensão *despersonalização* e o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível*. Entre as enfermeiras que apresentavam alta *despersonalização* a resposta mais prevalente (60%) foi para a alternativa “*concordo parcialmente*” com o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível* o que caracterizou associação positiva entre as variáveis; e a resposta menos prevalente (6,9%) foi para a alternativa “*discordo totalmente*” com o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível* e consequentemente significou associação negativa entre as variáveis.

Tabela 14 - Associação entre a dimensão *baixa realização profissional* da escala MBI e o *desejo de sair do emprego, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015*

Você deseja sair do emprego o mais rápido possível				
Realização Profissional [75]	Discordo totalmente (%)	Discordo parcialmente (%)	Não concordo, nem discordo (%)	Concordo parcialmente (%)
Sim (n=11)				
Baixa realização profissional	16,7	50,0	8,3	25,0
Sair do emprego	6,9	60,0	12,5	60,0
RA	-3,1*	3,1*	-0,8	2,1*

Não (n=41)					
Baixa realização profissional	67,5	10,0	17,5	5,0	
Sair do emprego	93,1	40,0	87,5	40,0	
RA	3,1*	-3,1*	0,8	-2,1*	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

RA: Resíduo ajustado; Variáveis analisadas por meio do Teste Exato de Fisher; * p=0,001.

Após análise apresentada na Tabela 14, foram encontradas significâncias ($p=0,001$) na associação entre o percentil [75] da dimensão *baixa realização profissional* e o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível*. Entre as enfermeiras que apresentaram *baixa realização profissional* a resposta prevalente (60%) foi para a alternativa “*concordo parcialmente*” e “*discordo parcialmente*” com o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível* e a menos prevalente (6,9%) foi para a alternativa “*discordo totalmente*” com o *desejo de sair do emprego*. Por outro lado, para as enfermeiras realizadas profissionalmente a resposta prevalente (93,1%) foi para a alternativa “*discordo totalmente*” com o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível*.

Ao associar a razão entre *esforço e recompensa* (E/R) da escala ERI e o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível*, não foram encontradas significâncias entre as variáveis ($p=0,101$). Da mesma forma, a associação entre a *ocorrência de estresse* e a *desejo de sair do emprego o mais rápido possível* também não apresentou significância ($p=0,772$).

5.12 Associações entre a intenção de abandonar a profissão e o tempo de trabalho na enfermagem

Os dados referentes à existência ou não de associações entre a *intenção de abandonar a enfermagem* e o *tempo de trabalho* serão apresentadas a seguir.

Ao associar a *intenção de abandonar a enfermagem* e o *tempo de trabalho na instituição*, não foi evidenciado significância entre as variáveis. A associação entre a *intenção de abandonar a enfermagem* e o *tempo de trabalho na enfermagem* é apresentada na tabela 15 abaixo.

Tabela 15 - Associação entre a intenção de abandonar a enfermagem e o tempo de trabalho, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015

Anos de trabalho na enfermagem	Você pensou muito em deixar a profissão de enfermeiro (n)				
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
0 – 5 anos	12	0	0	04	01
RA	4,8*	-2,3*	-1,0	-1,2	-0,3
6 – 11 anos	04	07	03	08	02

RA	-6,2*	3,8*	1,6	0,6	0,2
12 – 17 anos	04	0	0	03	01
RA	0,6	-1,1	-0,5	0,5	0,4
18 anos ou +	02	0	0	1	0
RA	0,7	-0,4	-0,2	0,1	-0,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

RA: Resíduo ajustado; Variáveis analisadas por meio do Teste Exato de Fisher; * p=0,027.

Ao associar a *intenção de abandonar a enfermagem* e o *tempo de trabalho na profissão* verificou-se significância estatística (p=0,02), conforme demonstrado na Tabela 15. O maior número de respostas de “*discordo totalmente*” está associado ao *tempo de trabalho na enfermagem entre 0-5 anos* e o menor número de respostas de “*discordo totalmente*” está associado ao *tempo de trabalho na enfermagem entre 6-11 anos*.

Quando associado à *procura de emprego fora da enfermagem* e o *tempo de trabalho na instituição* também não foi encontrado diferença significativa entre as variáveis. Da mesma forma, a associação entre a *procura de emprego fora da enfermagem* e o *tempo de trabalho na enfermagem* também se mostrou insignificante.

Ao verificar associação entre o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível* e o *tempo de trabalho na instituição* não foi verificada significância estatística. Na associação entre o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível* e o *tempo de trabalho na enfermagem* verificou-se uma tendência à significância (p=0,088) que é apresentada na tabela abaixo.

Tabela 16 - Associação entre o desejo de sair do emprego e o tempo de trabalho na enfermagem, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015

Anos de trabalho na enfermagem	Você deseja sair do emprego o mais rápido possível(n)			
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo, nem discordo	Concordo parcialmente
0 – 5 anos	14	01	02	0
RA	4,5	-2,3	-0,6	-1,6
	10	08		
6 – 11 anos	-3,4	3,4	03	03
RA	03	01	-0,7	0,7
	-1,5	-0,5		
12 – 17 anos			02	02
RA	02	0	0,8	1,2
	0,3	-0,6		
18 anos ou +			01	0
RA			0,5	-0,3

Fonte: Dados da pesquisa 2015.

RA: Resíduo ajustado; Variáveis analisadas por meio do Teste Exato de Fisher; p=0,088.

Conforme apresentado na tabela acima, verificou-se tendência à significância para as associações entre o *desejo de sair do emprego o mais rápido possível* e o *tempo de trabalho na enfermagem*. Nota-se que o maior número de respostas para “*discordo totalmente*” tende a associar-se positivamente com o *tempo de trabalho na enfermagem de 0-5 anos* e o maior

número de respostas para “*discordo parcialmente*” tende a associar-se positivamente com o *tempo de trabalho na enfermagem de 6-11 anos*.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Estudar o estresse dos profissionais da saúde no ambiente hospitalar permite uma melhor compreensão de suas causas, o que contribui para elucidar questões cotidianas relacionadas à saúde mental e frequentemente enfrentadas por esses profissionais (GUIDO et al., 2011). Para atender aos objetivos delineados, nesta seção os resultados obtidos no estudo são discutidos com a literatura pertinente ao assunto.

6.1 Considerações sobre os achados sociodemográficos, laborais e de saúde

Recentemente, no dia 05 de agosto de 2015, foi apresentado no Rio Grande do Sul, o resultado da pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”. O estudo foi realizado pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ por iniciativa do Conselho Federal da Enfermagem – COFEN com apoio dos conselhos regionais. Os resultados foram apresentados em assembleia da categoria nas capitais brasileiras, porém ainda não foi publicado em periódicos científicos. Mesmo assim, por ser um órgão reconhecido nacionalmente, optou-se por utilizar alguns dados que estão publicados em site oficial do conselho federal, juntamente com os dados encontrados na revisão de literatura, para relacioná-los com os dados desse estudo.

Nesse estudo, em virtude de uma possível ação dos hormônios sexuais na resposta ao estresse, preferiu-se incluir apenas a população feminina, visto que é o gênero predominante na profissão. Em pesquisa realizada por Martins et al. (2006) confirma-se a predominância do sexo feminino no exercício da enfermagem assim como outras pesquisas já realizadas (AMARAL, 2006; SILVA, 2007; MAGNAGO, 2008; KIRCHHOF et al., 2009; ZANATTA; LUCCA, 2015). De acordo com os dados da pesquisa realizada pelo COFEN (2015), a equipe de enfermagem do Rio Grande do Sul é predominantemente feminina (84,6%). No entanto, mesmo se tratando de uma categoria feminina registra-se a presença de 15% de homens e o contingente masculino tem sido crescente.

A faixa etária predominante nesse estudo foi de adultos jovens, entre 24-34 anos e a média de idade foi de 30 anos. Essa faixa etária é compatível com o tempo de formação da maioria (46,1%) das enfermeiras (6-11anos). Quanto à idade dos enfermeiros deste estudo, os dados se aproximam com os achados do COFEN, em que se observa maior concentração de profissionais na faixa etária de 26 a 35 anos e com uma pesquisa recente de Zanatta e Lucca

(2015) em que a média de idade prevalente nos enfermeiros foi de 35,9 anos. Ainda, quanto à escolaridade, a maioria (76,9%) declarou possuir especialização. Em outro estudo realizado com profissionais de enfermagem da Serra Gaúcha (MENEHINI, PAZ, LAUTERT, 2011), identificou-se uma pequena variação entre a média de anos, demonstrando que a enfermagem é, nas instituições hospitalares, uma profissão cuja maioria dos profissionais é composta por jovens.

Referente à constituição familiar, 65,3% residia com companheiro e 71,2% não possuía filhos. Na pesquisa de Zanatta e Lucca (2015) foram encontrados dados semelhantes em que 57,9% dos enfermeiros eram casados e 52,6% não possuía filhos. Outro estudo (MAGNAGO et al., 2010) realizado com profissionais de enfermagem evidenciou que a maioria dos sujeitos (65,8%) eram casados ou viviam com companheiro.

Relativo ao tempo de trabalho, 46,1% trabalha, em média, há 6-11 anos na instituição. Verificou-se que 92,2% das enfermeiras estão satisfeitas com o trabalho atual e 9,6% trabalha na instituição, no mínimo, há 12 anos o que denota que as condições do ambiente e a organização do trabalho fidelizam o trabalhador. Satisfação semelhante foi encontrada em outros estudos envolvendo hospitais gaúchos (MENEHINI, PAZ, LAUTERT, 2011; BRUM, 2014; HILLESHEIN et al., 2011; NEGELISKI, LAUTERT 2011). O trabalho, além de garantir a subsistência destes trabalhadores, apresentou-se como uma forma de inserção social que favoreceu os relacionamentos interpessoais, a motivação e satisfação com o exercício laboral. Ainda, quanto ao tempo de trabalho em uma unidade ou serviço, pesquisadores apontam que o tempo prolongado propicia maior adaptação ao ambiente e menor estresse, ou até mesmo a banalização do processo de trabalho e das atividades (GUIDO, 2003; SILVA et al., 2009).

Contudo, os resultados referentes à satisfação com o atual cargo de trabalho diferem da realidade de outros estudos (PELLEGRINI; FERNANDES; GOMES, 2010; GIANINI; LATORRE; FERREIRA, 2012). Essa realidade talvez se deve ao fato do Hospital Pompéia estar vinculado ao Ministério da Educação como um Hospital de Ensino, apresentar um número considerável de estagiários e professores, manter um número adequado de funcionários e destinar recursos financeiros para melhorias, se tornando diferente da realidade apresentada por outros hospitais que realizam atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

O trabalho em dupla jornada em outras instituições de saúde foi observado entre um pequeno grupo (15,4%) que relata que trabalhar em mais de uma instituição torna a responsabilidade muito grande e que muitos aspectos da vida precisam ser

renunciados, tais como a convivência familiar e a participação social. Os dados da presente investigação são semelhantes ao resultado encontrado no estudo de Meneghini et al. (2011) e diferem do resultado encontrado em outros estados brasileiros (PAFARO, MARTINO, 2004; GALINDO et al., 2012). Cabe ainda ressaltar, a jornada de trabalho em horas diárias, que no presente estudo foi de 6-10h. Esse dado é convergente ao fato da maioria das enfermeiras pesquisadas (88,5%) manterem apenas um emprego.

Ao avaliar as condições de saúde das enfermeiras, a maioria (61,5%) considerou sua saúde “boa”, 40,4% mantêm atividade física regular, 94,2% não possuem o hábito de fumar e 80,8% referem não usar medicamentos. Acredita-se que esses dados podem justificar o fato de que apenas 7,7% necessitaram de afastamento do trabalho no último ano. Situação de saúde semelhante (65,8% considerou sua saúde “boa”) foi encontrada em investigação recente realizada com a equipe de enfermagem de um hospital universitário (BRUM, 2014), porém, a população pesquisada era composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e 43,3% desta população necessitou de afastamento no trabalho, no último ano. Acredita-se que essa diferença se deve ao fato do estudo ter incluído técnicos de enfermagem e por apresentarem maior carga de trabalho diária e menor tempo para lazer apresentam maior desgaste profissional culminando em situações de doença.

Estudo semelhante foi realizado com 199 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do Paraná, revelando que durante doze meses houve uma incidência de 680 afastamentos praticados por 150 trabalhadores, sendo que destes, mais de 72% justificaram suas faltas por doenças (SILVA; MARZIALE, 2008). Uma investigação longitudinal realizada por Souza et al. (2012) em um hospital universitário gaúcho, com a equipe de enfermagem, demonstrou que a taxa de absenteísmo foi maior naqueles que possuíam alguma doença osteomuscular, bem como entre aqueles que não possuíam tempo para lazer.

Verificou-se que alguns hábitos de vida saudáveis estão associados significativamente com maior escore na capacidade para o trabalho. De acordo com o estudo realizado por Hilleshein et al. (2011) com enfermeiros de um hospital universitário, dormir mais se relacionou positivamente com uma melhor capacidade para o trabalho e os enfermeiros

pesquisados apresentaram uma média de 6,9 horas de sono diárias. No presente estudo, verificou-se que 78,8% das enfermeiras referiram dormir bem à noite e 57,7% afirmou dormir de 7-9h por dia, dados que corroboram com os resultados de outros estudos o que apresenta efeito protetor para o estresse (BRUM, 2014; HILLESHEIN 2011, SOUZA et al., 2012).

6.2 Considerações sobre a intenção de abandono e a permanência na enfermagem

Em virtude da transição demográfica e epidemiológica, o envelhecimento populacional é crescente e a profissão do enfermeiro tende a se tornar cada vez mais necessária ao longo dos anos. No entanto, algumas pesquisas já apontam para o desinteresse pela profissão (GRIEP et al., 2013), identificados por relatos de insatisfação e intenção de abandonar a carreira. Isso se expressa tanto em relação a pensamentos expressos quanto à efetiva procura por empregos fora da carreira.

A intenção de abandonar a enfermagem, considerada um indicador que antecipa a efetiva saída, tem sido amplamente estudada nos países europeus (HEINEN et al., 2013; CORTESE, 2012; HASSELHORN; TACKENBERG; MÜLLER, 2003) que descrevem a escassez de profissionais como um problema mundial. Ainda que o abandono precoce não seja um problema reconhecido no Brasil, são poucos os estudos brasileiros que versam sobre essa temática e por isso, para melhor compreender os dados, serão realizadas discussões com estudos internacionais.

Pode-se verificar, no presente estudo, que quando questionadas sobre a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro, 42,3% referiu discordar totalmente, porém, 30,8% referiu concordar parcialmente o que significa que a intenção de abandonar a profissão tem se tornado frequente entre os profissionais. No Brasil, em estudo realizado com enfermeiros do Rio de Janeiro (GRIEP et al., 2013), 36,1% pensou em abandonar a enfermagem “algumas vezes” e 14,3% pensaram frequentemente em abandonar a profissão. Já nos estudos europeus, a porcentagem de intenção de abandono foi menor e variou entre 7-15% (HEINEN et al., 2013). Nos países americanos, estima-se um déficit de 340.000 profissionais até 2020 (FLINKMANN; LEINO-KILPI; SALANTERÄ, 2010).

Referente ao motivo que as faria desistir da enfermagem, 41,2% relatou a falta de remuneração adequada como motivador para o abandono da profissão. Estudos europeus apontam que o principal motivo de abandono é pelo medo de ficar desempregado e não ter condições de manter a família e reforça o quesito remuneração apontada nesse estudo

(HEINEN, 2013; CORTESE, 2012; HASSELHORN, TACKENBERG, MÜLLER, 2003). No estudo brasileiro (GRIEP et al., 2013) não há descrição dos motivos que favorecem o abandono da profissão. Quanto ao motivo que, mesmo querendo deixar a profissão, as faria permanecer na enfermagem, a satisfação profissional foi prevalente (75%) (GRIEP et al., 2013).

Em pesquisa realizada com 2.220 profissionais da área da Saúde na Tanzânia, Malawi e África do Sul, encontrou associação significativa entre a satisfação e a intenção em abandonar a profissão. Os resultados mostraram que os profissionais da África do Sul estão mais insatisfeitos (47,9%) e com maior intenção em abandonar a profissão (41,4%). Os mais jovens e que trabalham em serviços públicos são os mais insatisfeitos, com intenção em procurar outro emprego (BLAAUW; DITLOPO; NORMAND, 2013).

6.3 Considerações sobre cortisol salivar, escalas e correlações relevantes

Considerando a mensuração do perfil quantitativo de cortisol salivar, o presente estudo revelou que 45,3% das enfermeiras se encontravam em situação de estresse, pois apresentavam níveis acima dos valores de referência (19,7nmol/L para as dosagens da manhã e 9,7nmol/L para a dosagem noturna). Mesmo tendo utilizado um valor limiar do cortisol para estimar possíveis candidatas sob condição de estresse, sabe-se que os valores utilizados não podem ser considerados como critério absoluto. Níveis mais altos de estresse foram verificados em outros estudos realizados com a equipe de enfermagem de um hospital universitário (BRUM, 2014; BORTOLOTTI, 2013), 78% e 73% respectivamente. Os estudos supracitados incluíram, além de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem cuja média de idade era de aproximadamente 40 anos. Fatores como o estilo de vida, o fato de ter ou não filhos e a estabilidade no trabalho são fatores que podem influenciar na rotina e no surgimento do estresse laboral.

Estudos realizados em amostras brasileiras indicam um limite superior de $16,43 \pm 1,21$ nmol/L (correspondente a $5,96 \pm 0,44$ ng/mL) como referência para o cortisol salivar (CASTRO et al., 1999), ou de 18,47 nmol/L (correspondente a 6,7 ng/mL) no laboratório Weinmann (Porto Alegre, RS), cidade onde ocorreu o estudo. O laboratório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre, RS) considera o limiar de 19,7 nmol/L. Por outro lado, outra faixa de valor é dada pelo laboratório IBL Imnumo-Biological Laboratories (Hamburg, Alemanha) de até 24,54 nmol/L ao acordar, e até 48,8 nmol/L em seu pico.

Conforme já relatado acima, adotou-se valores descritos na realidade brasileira, abaixo dos valores atribuídos pelo laboratório alemão.

Independente do instrumento utilizado para analisar o estresse no trabalho dos enfermeiros, índices de percepção de estresse elevados não são encontrados (GUIDO et al., 2011) e confirmam-se após esse estudo. As pesquisas nacionais relatam que a maioria dos profissionais apresenta índice médio e alerta (ROCHA, 2013). As pesquisas realizadas sobre o estresse na enfermagem pautam-se no uso de diversos instrumentos de coleta de dados e utilizam abordagens quantitativas e qualitativas (BIANCHI, 2009). A adoção de um único instrumento de medida do estresse ocupacional do enfermeiro poderia contribuir para comparações mais precisas.

Em média, o cortisol coletado 30 minutos depois de acordar (Cort₃₀) apresentou-se mais alto do que ao acordar, porém decresceu durante o dia. Esse é o padrão normal da liberação de cortisol durante o dia (CASTRO; MOREIRA, 2003; VEDHARA et al., 2003; STRAHLER et al., 2010; MCEWEN et al., 2012). Esse valor elevado logo ao acordar, denota um efeito de antecipação de demandas de tarefas futuras, gerando preocupação e atuando como estressor capaz de aumentar a concentração de cortisol ao acordar (DMITRIEVA et al., 2013; ROCHA et al., 2013).

Embora um maior esgotamento físico e emocional tenha sido evidenciado em enfermeiros com elevados níveis de estresse (ROCHA et al., 2013), o presente estudo não encontrou relação significativa entre cortisol salivar e as escalas JSS, MBI e ERI. Uma tendência à significância foi encontrada ao relacionar a dimensão recompensa da escala ERI com a medida de cortisol 30min após acordar (Cort₃₀) e cortisol noturno (Cort_N) ($p=0,060$; $0,085$) e a correlação mostrou-se positiva. Como já relatado acima, níveis elevados de cortisol ao acordar indicam uma preparação às demandas futuras, é uma forma positiva de adaptação. É possível existir uma relação com a dimensão recompensa se considerarmos a motivação individual dos trabalhadores (oriunda do cortisol) frente à demanda e as dimensões de gratificação ocupacional (dinheiro, aprovação e controle de status) (SIEGRIST, 2001).

Verificou-se correlação inversa ($p=0,000$) entre a dimensão apoio social da JSS e a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro o que significa que quanto maior o apoio social, menor era a intenção de abandonar a profissão ou vice-versa. O mesmo ocorreu ao correlacionar o apoio social e o desejo de sair do emprego o mais rápido possível ($p=0,001$), ou seja, quanto maior o apoio social, menor era o desejo de sair do emprego o mais rápido possível. Afirmação semelhante foi encontrada nos estudos europeus pois, um ambiente de

trabalho solidário favorece as relações interpessoais, o companheirismo e a satisfação pelo trabalho o que diminui as chances de abandonar a profissão (HEINEN et al., 2013).

A presença e/ou percepção do apoio social no trabalho aumenta a satisfação, motivação e o comprometimento com o trabalho, reduzindo o estresse e os fatores contribuintes ou desencadeantes de ordem psíquica, reduz o risco de doenças cardiovasculares, melhorando a saúde geral do trabalhador e a qualidade de vida (THEORELL; KARASEK, 1996; BOND et al., 2004 apud FERREIRA, 2010, p. 30). No entanto, as interações sociais deficientes com os colegas de trabalho e chefias podem criar impacto negativo nas pessoas, sendo esse impacto influenciado pelo reconhecimento das necessidades individuais e pelo modo como o apoio recebido é percebido (WILLIAMS et al., 2008).

Ao correlacionar a dimensão demanda com o desejo de sair do emprego o mais rápido possível também foi verificada significância estatística ($p=0,017$). A correlação mostrou-se como direta, o que significa que quanto maior a demanda maior era o desejo de sair do emprego o mais rápido possível. A demanda psicológica refere-se às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas, relacionada com o tempo, volume e velocidade das atividades e os conflitos interpessoais (SCHIMIDT, 2013).

O trabalho em saúde devido ao seu contato frequente com situações estressantes, falta de controle e alta demanda, acomete o trabalhador de diversas formas. Dentre os agravos que merecem destaque encontram-se, além dos distúrbios psíquicos menores, o estresse crônico, a depressão e a diminuição na variabilidade cardíaca, dentre outros (SCHIMIDT, 2009). Nesse estudo, verificamos que a alta demanda e baixo controle favorecem a intenção de abandono da profissão.

Foram encontradas significâncias nas correlações entre a dimensão despersonalização, a intenção de abandonar a profissão ($p=0,002$) e o desejo de sair do emprego o mais rápido possível ($p=0,001$). As correlações foram caracterizadas como diretas o que significa dizer que quanto maior a despersonalização, maior era a intenção de abandonar a profissão e o desejo de sair do emprego.

A despersonalização representa o componente do contexto interpessoal no *Burnout*. Ela refere-se à reação negativa, insensível ou excessivamente desligada dos diversos aspectos do trabalho. Ela geralmente se desenvolve em resposta à sobrecarga de exaustão emocional, sendo primeiramente autoprotetora. Os trabalhadores que se queixam de sobrecarga de trabalho, tendem a se retrair, cortar ou reduzir o que estão fazendo. Mas o risco é de que o desligamento possa resultar na perda do idealismo e na desumanização dos outros. Com o tempo, os indivíduos não estão simplesmente criando um amortecedor ou autoprotetor, mas

também desenvolvendo uma reação negativa às pessoas e ao seu trabalho e à medida que a despersonalização vai se desenvolvendo, as pessoas deixam de tentar fazer o melhor, passando a fazer o mínimo necessário (MASLACH in ROSSI; PERREWÉ; SAUTER, 2005).

Os dados desse estudo assemelham-se aos encontrados nos estudos europeus (Bélgica, Finlândia, França, Alemanha, Grã-Bretanha, Itália, Holanda, Polônia, Suécia e Eslováquia) com 23.159 enfermeiros que afirmam que o *Burnout* está consistentemente associado com a intenção dos enfermeiros abandonarem a sua profissão (HEINEN et al, 2013). Elementos do ambiente de trabalho estão associados à intenção de deixar a profissão de enfermagem, mas diferem entre os países, o que indica a importância dos contextos nacionais em explicar e prevenir a intenção dos enfermeiros abandonarem sua profissão. Nos estudos brasileiros não há inferências da intenção de abandono com *Burnout*.

Outra dimensão da escala MBI foi correlacionada com a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro e com o desejo de deixar o emprego. A dimensão *baixa realização profissional* apresentou correlação inversa com as variáveis ($p=0,021$ e $0,044$) respectivamente. Esse resultado permite afirmar que quanto mais baixa a realização profissional, maior era a intenção de abandonar a profissão ou deixar o emprego.

A ausência de realização profissional representa o componente de autoavaliação no *Burnout*. Ela refere-se a sensações de incompetência e uma falta de realização e produtividade no trabalho. Essa sensação menor de autoeficácia é acentuada por uma falta de recursos no trabalho, bem como uma falta de apoio social e de oportunidades de desenvolvimento profissional (MASLACH in ROSSI; PERREWÉ; SAUTER, 2005).

Ao correlacionar a escala ERI e a intenção de abandonar a profissão, verificou-se que a dimensão esforço ($p=0,033$) correlacionou-se diretamente com a intenção de abandonar a profissão e também com o desejo de sair do emprego ($p=0,002$). A partir dessa análise pode-se concluir que quanto maior o esforço, maior era a intenção de abandonar a profissão e sair do emprego. A correlação entre a dimensão recompensa e a procura de emprego fora da enfermagem também se mostrou significativa ($0,046$) o que foi inesperado para a pesquisa, visto que se espera que quanto maior a recompensa menor seja a procura por emprego fora da enfermagem.

O estudo realizado por Sá (2014) com 234 enfermeiros assistenciais do Rio de Janeiro, verificou que aqueles que relataram ter pensado em abandonar a profissão muitas vezes tinham, aproximadamente, 16 (OR) vezes mais chance de apresentar alto desequilíbrio esforço/recompensa quando comparados aos trabalhadores que não tiveram essa intenção.

Indivíduos que relataram ter procurado emprego fora da enfermagem têm 6,38 (OR) mais chance de apresentar alto desequilíbrio.

Nas correlações entre escalas, esse estudo verificou correlação inversa entre as dimensões *demanda* e *apoio social* da escala JSS. Esse dado permite afirmar que quanto maior a *demanda* menor é o *apoio social* referido ou vice-versa. Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas que utilizaram o modelo Demanda Controle – D-C (BRUM, 2014; TAVARES, 2010).

O modelo D-C sugere que o apoio social recebido pelos profissionais traz efeitos atenuadores nas consequências mais adversas do estresse. Conforme os autores Karasek e Theorell (1990), o apoio social recebido, juntamente com as interações que se processam entre colegas e supervisores, reduz positivamente a tensão e o estresse, proporcionando ambientes mais favoráveis e harmoniosos. Do contrário, ambientes com relações conflitantes geram impaciência, irritabilidade, distanciamento afetivo, estresse, contribuindo para a deteriorização das relações interpessoais (PAFARO; MARTINO; 2004; FERREIRA, 2010).

Ao correlacionar a dimensão *demanda* da escala JSS com a dimensão *exaustão* da escala MBI verificou-se correlação direta ($p=0,004$). Dessa forma, quanto maior a demanda, maior a exaustão. Para Maslach (2005), a dimensão da exaustão emocional representa o componente básico individual do estresse no *Burnout*. Ela refere-se às sensações de estar além dos limites e exaurido de recursos físicos e emocionais. Os trabalhadores sentem-se fatigados, esgotados, sem qualquer fonte de reposição. Eles carecem de energia suficiente para enfrentar mais um dia, ou outro problema. As principais fontes dessa exaustão são a sobrecarga de trabalho e o conflito pessoal no trabalho.

O desenvolvimento da síndrome de *Burnout* envolve vários fatores individuais e laborais, sendo considerado, assim, multicausal (LAUTERT, 1997; CODO, 2006). Em pesquisa realizada por Schmidt (2013), com enfermeiros intensivistas do interior do Paraná/PR, foram encontradas médias baixas para *Burnout*, semelhante a outros estudos sobre a temática (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011; DAL PAI et al., 2011).

Entre os estudos, não há uma concordância quanto à influência da motivação no trabalho sobre a exaustão emocional de *Burnout*, pois se tem demonstrado que o *Burnout* ocorre também em trabalhadores motivados, que reagem ao estresse laboral trabalhando ainda mais, até entrarem em colapso (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; BOTTI, BARBOSA, 2008; CODO, 2006). Atribui-se ao *Burnout* a discrepância entre o que o trabalhador dá (o que ele investe no trabalho) e aquilo que recebe (reconhecimento de superiores e colegas, bons resultados nos desempenhos) (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

6.4 Considerações sobre a intenção de abandono e associações relevantes

Os resultados do *Next Study - Nurses Early Exit* realizado entre 2002 e 2005 (HASSELHORN, 2005) indicaram que o estresse em enfermeiros na Europa está associado à intenção em abandonar a profissão. Situação que se aplica particularmente à Bélgica, Holanda e Alemanha. No presente estudo, todas as associações entre o estresse e a intenção de abandonar a profissão foram insignificantes e demonstrou ser contraditório ao estudo europeu.

Neste estudo, verificou-se diferença significativa ($p=0,006$) na associação entre as variáveis da dimensão *realização profissional* da escala MBI e a *intenção de abandonar a profissão de enfermeiro*. Entre as enfermeiras com baixa realização profissional a resposta predominante (75%) foi para a alternativa “concordo totalmente” com o desejo de abandonar a profissão de enfermeiro. Outro estudo sobre a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro já referiu associação semelhante (HEINEN et al., 2013).

Ao analisar a razão entre esforço e recompensa (E/R) da escala ERI com a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro, não foram encontradas associações significativas entre as variáveis ($p=0,442$), resultado que difere do encontrado por Sá (2014) onde a intenção em abandonar a profissão associou-se fortemente ao desequilíbrio esforço e recompensa. Pode ser observado um gradiente de associação em relação à frequência com que os profissionais pensavam em abandonar a enfermagem. Dessa forma, quanto maior a frequência maior a chance de apresentar alto desequilíbrio (SÁ, 2014).

Foram encontradas diferenças significativas ($p=0,007$) na associação entre o percentil [75] da dimensão exaustão e o desejo de sair do emprego o mais rápido possível. A exaustão emocional é uma preocupação muito presente na enfermagem. Segundo Barret e Yates (2002), mais de 70% dos enfermeiros pesquisados vivenciaram o quadro de exaustão emocional. O maior determinante para abandonar a profissão comum a todos os países europeus foi o desgaste emocional (HASSELHORN; TACKENBERG; MÜLLER, 2005).

Diferenças significativas ($p=0,007$) foram encontradas na associação entre o percentil [75] da dimensão despersonalização, baixa realização profissional ($p=0,001$) e o desejo de sair do emprego o mais rápido possível. Enquanto mudar de emprego ou até mesmo abandonar a profissão parece benéfico para alguns enfermeiros, para as instituições e serviços de saúde têm sido um problema que merece atenção à luz do investimento social na formação desses profissionais e a escassez existente em alguns países. Associar razões das mudanças de

emprego dentro de enfermagem versus razões para deixar a profissão é fundamental, a fim de determinar e desenvolver intervenções adequadas para a retenção de profissionais (HEINEN, et al., 2013).

Ao associar a intenção de abandonar a enfermagem e o emprego com o tempo de trabalho na instituição, não foram evidenciadas significâncias entre as variáveis. Ao associar a intenção de abandonar a enfermagem e o tempo de trabalho na profissão verificou-se significância estatística ($p=0,02$). As respostas mais expressivas foram verificadas nas enfermeiras com 6-11 anos de profissão. Os achados desse estudo convergem com os encontrados no estudo de Heinen et al. (2013) e diverge de outros autores internacionais que relataram que os enfermeiros mais jovens eram mais propensos a considerar um futuro profissional fora de enfermagem (BARRON; WEST, 2005; HASSELHORN; TACKENBERG; MÜLLER et al., 2005; KUOKKANEN; LEINO-KILPI; KATAJISTO, 2003).

7 CONCLUSÃO

Este estudo buscou verificar a relação entre a ocorrência de estresse e a intenção de abandono da profissão em enfermeiros. Partindo do pressuposto que quanto mais elevados os níveis de estresse maior seria a intenção de abandono da profissão de enfermeiro, estabeleceu-se algumas correlações e associações entre a intenção de abandono e demais variáveis. A seguir, estão listados os principais resultados, conclusões e limitações:

1. O percentual de enfermeiras sob estresse atingiu 45,3% da amostra.
2. Com relação às variações do cortisol salivar, evidenciou-se elevação no início do dia, pico aos 30min após acordar e uma redução progressiva durante o dia, confirmando o padrão fisiológico da liberação de cortisol.
3. Não houve associação do estresse (sob o ponto de vista do cortisol salivar) com a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro.
4. Verificou-se associação negativa entre o percentil [75] da baixa realização profissional com a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro.
5. Houve associação entre as dimensões exaustão, despersonalização e baixa realização profissional para a Síndrome de *Burnout* com o desejo de sair do emprego o mais rápido possível.
6. Não foram verificadas associações entre o desequilíbrio entre esforço e recompensa para o trabalho com a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro.
7. Houve tendência positiva para associações com o tempo de trabalho na enfermagem e o desejo de sair do emprego e não para a intenção de abandonar a profissão.

Os objetivos do estudo foram alcançados porém, os resultados foram parcialmente consistentes com a hipótese de que o estresse estaria associado à intenção de abandonar a profissão se considerarmos o perfil quantitativo do cortisol salivar. Porém, a ocorrência de *Burnout* apresentou significância quando associada à intenção de abandonar a profissão.

Devido à escassez de estudos nacionais sobre a intenção de abandonar a profissão de enfermeiro, poucas foram as comparações realizadas e poderão ocorrer limitações quanto à generalização dos achados, visto que as análises foram realizadas à luz de estudos internacionais. Por se tratar de uma amostra hospitalar, os resultados deste estudo não podem ser generalizados para a população em geral. Vale ressaltar que os dados foram coletados em um

hospital filantrópico e aproximações devem ser cautelosas visto que a realidade pode diferir de outras instituições públicas e privadas.

Outra observação relevante é referente à inclusão apenas do trabalhador sadio o que pode proporcionar um viés quando se busca relação entre a saúde e o trabalho visto que, os prováveis “doentes” podem estar afastados do trabalho e por isso não fazem parte da amostra. Apesar das limitações citadas acima, não foram encontrados estudos semelhantes e esta pesquisa é a primeira no Brasil, que buscou associar a intenção de abandono e o estresse laboral.

Sugere-se que outros estudos com amostra maior sejam realizados a fim de analisar outras associações que pelo tamanho amostral, nesse estudo, não foi possível. Ainda, esse estudo é um dos poucos do país que buscou associar fatores desencadeantes de estresse laboral à intenção de abandonar a profissão de enfermeiro.

Recomenda-se, a partir desse estudo, o fortalecimento dos vínculos interpessoais e o desenvolvimento de habilidades e competências que favoreçam o enfrentamento do estresse laboral em enfermeiros. Promover a qualidade de vida do trabalhador, primar pela sua segurança e motivá-lo para o trabalho é uma das estratégias que podem ser utilizadas para diminuir o desejo de sair do emprego e mantê-los na profissão. Utilizar ferramentas de dimensionamento de pessoal a fim de adequar a carga de trabalho e os intervalos para descanso nas áreas críticas (Unidades de Tratamento Intensivo e semi-intensivo, Pronto Socorro e Bloco Cirúrgico) pode ser uma alternativa para reduzir a demanda e a exaustão profissional.

Atualmente, em virtude da crise econômica enfrentada pelo Brasil, os setores da saúde têm sido fortemente afetados com cortes de benefícios, diminuição de carga horária e desligamentos. O atraso no repasse de verbas estaduais e federais têm causado insegurança nos profissionais e instabilidade financeira o que já foi descrito como um dos motivos de insatisfação no trabalho e que pode levar os profissionais a abandonar a profissão.

REFERÊNCIAS

- AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO, **Informe anual 2009** – Resumen. Bilbao, 2009. Disponível em: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/corporate/ar_summary_2009>. Acesso em: 02 fev. 2014.
- AIKEN, L. et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 23, no. 4, p. 357-364, 2011.
- AIKEN, L. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, London, v. 344, e1717, 2012.
- AIRES, M. M. **Fisiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- ALLOLIO, B. et al. Diurnal salivary cortisol patterns during pregnancy and after delivery: relationship to plasma corticotrophin-releasing-hormone. **Clinical Endocrinology**, London, v. 33, no. 2, p. 279-289, Aug. 1990.
- ALMEIDA O. M. M. S. A resposta neurofisiológica ao stress. In: LIPP, M. (Org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 187-192.
- ALMEIDA, P. C. A.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doenças. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 195-207, 2011.
- ALVES, M. G. M., et al. Versão resumida da “Job Stress Scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-171, 2004.
- AMARAL, T. R. A. **Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas**. 2006. 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- AMICO, J. A., JOHNSTON, J. M., VAGNUCCI, A. H. Suckling-induced attenuation of plasma cortisol concentrations in postpartum lactating women. **Endocrine Research**, New York, v. 20, no. 1, p. 79-87, Feb. 1994.
- AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decisions Processes**, San Diego, v. 50, no. 2, p. 179-211, 1991.
- BAKER, A. B., KILLMER, C. H., SIEGRIST, J., SCAUFULLI, W. B. Effort-reward imbalance and Burnout among nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.31, no.4, p. 884-891, 2000.
- BARRETT, L.; YATES, P. Oncology/hematology nurses: a study of job satisfaction, Burnout, and intention to leave the specialty. **Australian Health Review**, Sydney, v. 25, no. 3, p. 109-121, 2002.

BARRON, D., WEST, E. Leaving nursing: an event-history analysis of nurses' careers. **Journal of Health Services Research & Policy**, Edinburgh, v. 10, no. 3, p. 150-157, 2005.

BEINFELD, M. C. et al. The brain decade in debate: VIII. Peptide hormones and behavior: cholecystokinin and prolactin. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, São Paulo, v. 34, n. 11, p. 1369-1377, 2001.

BIANCHI, E. R. F.; Bianchi Stress Questionnaire. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, nesp., p. 1055-1062, 2009.

BLAAUW, D.; DITLOPO, P.; NORMAND, C. Comparing the job satisfaction and intention to leave of different categories of health workers in Tanzania, Malawi, and South Africa. **Global Health Action**, Hägeby, v. 6, no. 19287, Jan. 2013.

BLAU, G., Does a corresponding set of variables for explaining voluntary organizational turnover transfer to explaining voluntary occupational turnover? **Journal of Vocation Behavior**, New York, v. 70, p. 135-148, 2007.

BOND, M. A., et al. Gendered work conditions, health, and work outcomes. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 9, no. 1, p. 28-45, 2004.

BORTOLOTTO, I. **Análise de danos no DNA de linfócitos na equipe de enfermagem ocupacionalmente exposta à radiação ionizante e ao estresse**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BOSCARINO, J. A. Posttraumatic stress disorder and physical illness results from clinical and epidemiologic studies. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1032, p. 141-153, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 446, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BREMNER, J.D. Functional neuroanatomical correlates of traumatic stress revisited 7 years later, this time with data. **Psychopharmacology Bulletin**, New York, v. 37, no. 2, p. 6-25, 2003.

BRUM, A. P. S. **Avaliação do estresse na equipe de enfermagem do turno diurno de um hospital universitário**. 2014, 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BUUNK B. P. et al. Psychosocial aspects of occupational stress. In: DRENTH P. J., THIERRY H., WOLFF C. J. **The handbook of Work Organizational Psychology**, 2 ed., Brighton: Psychology Press, 1998. p. 145-182.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAREGNATO, R. C. A.; LAUTERT, L. Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n.5, p. 545-550, 2005.

CARLOTTO M. S., PALAZZO L. S. Síndrome de Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com os docentes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, 2006.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n.3, p. 499-505, set./dez. 2004.

_____. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p.325-332, set. 2007.

_____. Características psicométricas do Malasch Burnout Inventory – Student Survey (MBISS) em estudantes universitários brasileiros. **Psico-USF**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 167-173, jul./dez. 2006.

CASTRO, M.; MOREIRA, A. C. Análise crítica do cortisol salivar na avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 358-367, 2003.

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

CHAMBEL M. J. Stress e bem-estar nas organizações. In: PINTO A. M., SILVA A. L. (Coord.) **Stress e bem-estar, modelos e domínios de aplicação**. Lisboa: Climepsi Editores; 2005. Capítulo 5.

CODO, W. **Educação, carinho e trabalho**: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

COHEN, A. An examination of the relationship between work commitment and work outcomes among hospital nurses. **Scandinavian Journal of Management**, London, v. 14, no. 1/2, p. 1-17, 1998.

COHEN, S.; KESSLER, R. C.; GORDON, L. U., **Measuring stress**: a guide for health and social scientists. New York: Oxford University Press, 1997.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, social support and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, Illinois, v. 98, no. 2, p. 310-357, 1985.

COLLINS, N. L. et al. Working models of attachment and attribution processes in intimate relationships. **Personality and Social Psychology Bulletin**, Columbus, v. 32, no. 2, p. 201-209, 2006.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. **Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad** (2002-2006). Bruselas, 2002. Disponível em:

<<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/estrategiaSalud.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais**. Brasília, 2015. Disponível em:

<<http://site.portalcofen.gov.br/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

CORTESE, C. G. Predictors of critical care nurses' intention to leave the unit, the hospital, and the nursing profession. **Open Journal of Nursing**, Irvine, v. 2, no. 3A, p. 311-326, 2012.

COSTA, A.L.S.; POLAK, C. Construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem (AEEE). **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, p. 1017-26, 2009.

COSTA, D. T.; MARTINS, M. C. F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1191-1198, 2011.

COSTA, J. R. A.; LIMA, J. V.; ALMEIDA, P. C. Stress no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 63-71, 2003.

COUTRIN, R. M. G.; FREUA, P. R.; GUIMARÃES, C. M. Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 486-494, 2005.

DAL PAI, D. et al. Violência, *Burnout* e transtornos psíquicos menores no trabalho hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 49 (3), p. 460-468, 2015.

DALAROSA, M. G. **Acidentes com material biológico: risco para trabalhadores de enfermagem de um hospital de Porto Alegre**. 2007. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 6-11, maio 1999.

DMITRIEVA, N. O. et al. A day-centered approach to modeling cortisol: diurnal cortisol profiles and their associations among U.S. adults. **Psychoneuroendocrinology**, Oxford, v. 38, no. 10, p. 2354-2365, 2013.

EVANS, O.; STEPTOE, A. A social support at work, heart rate and cortisol: a selfmonitoring study. **Journal Occupational Health Psychology**, Washington, v. 6, no. 4, p. 361-370, 2001.

FARIAS, S. M. C.; TEIXEIRA, O. L. C.; MOREIRA, W. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 722-29, 2011.

FAVASSA C. T. A., ARMILIATO N., KALININE I. Aspectos Fisiológicos e Psicológicos do Estresse. **Revista de Psicologia da UnC**, Mafra, 2(2), p. 84-92, 2005.

FERNANDES, S. M. B. A.; MEDEIROS, S. M.; RIBEIRO, L. M. Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual: repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 414-427, 2008.

FERREIRA, R. C. **Apoio social no trabalho e absenteísmo doença em trabalhadores de enfermagem**. 2010. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

FLINKMAN, M., LAINE, M., LEINO-KILPI, H., HASSELHORN, H.M., SALANTERÄ, S. Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 45, no. 5, p. 727-739, 2008.

FLINKMAN, M.; LEINO-KILPI, H. E; SALANTERÄ, S. A intenção dos enfermeiros para deixar a profissão: revisão integrativa. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 66, no. 7, p. 1422-1434, 2010.

FORSTER, D. et al. Estresse ocupacional: mudança imposta na área de tecnologia em fase de implantação do SAP R3. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO DA INFORMAÇÃO, 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANPAD, 2007. 16 p.

FRANÇA F. M. et al. Burnout and labor aspects in the nursing teams at two medium-sized hospitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 961-970, 2012.

GALINDO, R. H. et al. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, no. 2, p. 420-427, 2012.

GATTI et al. Cortisol assays diagnostic laboratory procedures in human biological fluids. **Clinical Biochemistry**, Tarrytown, v. 42, no. 12, p. 1205-1217, 2009.

GIANNINI, S. P. P.; LATORRE, M. R. D. O.; FERREIRA, L. P. Distúrbio de voz e estresse no trabalho docente: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2115-2124, nov. 2012.

GRAEFF, F. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, supl. 1, p. s3-s6, 2007.

GRIEP, R. H. et al. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.esp., p. 151-157, 2013.

GUIDO, L. A. et al. Stress, coping and health conditions of hospital nurses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 891-898, 2011.

GUIDO, L. de A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 197p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GUIMARÃES, L. A. M.; SIEGRIST, J.; MARTINS, D. A. Modelo teórico do estresse ocupacional: desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho (ERI). In: GUIMARÃES, L. A. M., GRUBITS, S. (Org.) **Série Saúde Mental e Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. V. II. p. 69-83.

HARRIS et al. Cortisol, reaction time test and health among offshore shift workers. **Psychoneuroendocrinology**, Oxford, v. 35, no. 9, p. 1339-1347, 2010.

HASSELHORN, H. M.; MÜLLER, B. H.; TACKENBERG, P. Aging in the nursing profession. In: HASSELHORN, H. M.; MÜLLER, B. H.; TACKENBERG, P. (Ed.). **NEXT Scientific Report July 2005**. Wuppertal: University of Wuppertal, 2005. p. 31-34.

HASSELHORN, H. M; TACKENBERG, P.; MÜLLER, B. H. Intent to leave nursing in the European nursing profession. In: HASSELHORN, H. M; TACKENBERG, P.; MÜLLER, B. H. (Ed.) **Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe**, Stockholm, 2012. Part B, p. 115-124.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE, **Annual Statistics Report for Great Britain**, 2012/13. Disponível em: <<http://www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh1213.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

HEINEN, M.M. et al. Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 50, no. 2, p. 174–184, 2013.

HERNÁNDEZ, J. R. Estres y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario e secundario de atención. **Revista Cubana Salud Pública**, La Habana, v. 29, n. 2, p. 103-110, 2003.

HERRERO, N. et al. What happens when we get angry? hormonal, cardiovascular, and asymmetrical brain responses. **Journal Hormones and Behavior**, New York, v. 57, no.3, p. 276-283, 2010.

HILLESHEIN, E. F. et al. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 509-515, set. 2011.

HULLEY, S. D. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HYEDA, A.; HANDAR, Z. Avaliação da produtividade na síndrome de burnout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 78-84; 2011.

JOURDAIN, G., CHENEVERT, D., Job demands-resources, Burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 47, no. 6, 709-722, 2010.

- KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Health work: stress, productivity and the reconstruction of working life.** New York; Basic Books, 1990.
- KARASEK, R. A. Job Demands, job decision latitude mental strain: implication for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, Ithaca, v. 24, no. 2, p. 285-308, 1979.
- KARLIN, W.A., BRONDOLO, E. e SCHATZ, J. Workplace social support and ambulatory cardiovascular activity in New York traffic agents. **Psychosomatic Medicine**, Hagerstown, v. 65, no. 2, p. 167-176, 2003.
- KIRCHHOF, A. L. C. et al. Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 215-223, 2009.
- KIRSCHBAUM, C.; HELLHAMMER, D. H. Salivar cortisol in psychobiological research: an overview. **Neuropsychobiology**, Basel, v. 22, no. 3, p. 150-169, 1989.
- KRONENBERG, H. M. et al. **Tratado de endocrinologia.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- KUOKKANEN, L., LEINO-KILPI, H., KATAJISTO, J. Nurse empowerment, job-related satisfaction, and organizational commitment. **Journal of Nursing Care Quality**, Frederick, v. 18, no. 3, p. 184-192, 2003.
- LASCHINGER, H. K. Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 20, no. 4, p. 472-484, 2012.
- LASCHINGER, H.K. et al. Predictors of new graduate nurses' workplace well-being: testing the job demandsresources model. **Health Care Management Review**, Germantown, v. 37 no. 2, p. 175-186, 2012.
- LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro.** 1995. 276 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Facultad de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca, Salamanca, 1995.
- LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 133-144, jul., 1997.
- LOOSER R. R. et al. Cortisol is significantly correlated with cardiovascular responses during high levels of stress in critical care personnel. **Psychosomatic Medicine**, Hagerstown, v. 72, no. 3, p. 281-289, 2010.
- MAGNAGO, T. S. B. S. M. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem.** 2008. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- MAGNANO, T. S. R. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 811-817, 2010.

- MANETTI, M. L. **Estudo de aspectos profissionais e psicossociais no trabalho e a depressão em enfermeiros atuantes em ambiente hospitalar**. 2009, 234 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-478, 2006.
- MASLACH, C. Entendendo o Burnout. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: Perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas; 2005. p. 41-55.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. **Maslach Burnout inventory manual**. Palo Alto: Consulting Psychological Press, 1986.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced Burnout. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v. 2, no. 2, p. 99-113, 1981.
- McEWEN, B.S. et al. Stress and anxiety: Structural plasticity and epigenetic regulation a consequence of stress. **Neuropharmacology**, Oxford, v. 62, no. 1, p. 3-12, 2012.
- McEWEN, B. S; KALIA, M. The role of corticosteroids and stress in chronic pain conditions. **Metabolism**, Philadelphia, v. 59, suppl. 1, p. S9-15, 2010.
- McHUGH, M. D. et al. Nurses' widespread dissatisfaction with work, exhaustion and frustration with health benefits to signal problems for patient care. **Health Affairs**, Millwood, v. 30, n. 2, p. 202-210, 2011.
- McVICAR A. Workplace stress in nursing: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 44, no. 6, p. 633-642, 2003.
- MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, abr./jun., 2011.
- MENZANI G; BIANCHI E. R. F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 327-333, 2009.
- MIRANDA E. J. P.; STANCATO K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 68-76, 2008.
- MORENO, L. A.; HUARCAYA, S. L. **Transitando por la historia de la enfermería**. Chiclayo: Editora 955; 2005.
- MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

- NEGELISKI, C.; LAUTERT, L. Occupational stress and work capacity of nurses of hospital group. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 606-613, 2011.
- NEGROMONTE, M.R.O.; ARAÚJO, T.C.C.F. Impacto do manejo clínico da dor: avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 1-7, 2011.
- PAFARO, R. C.; MARTINO, M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 152-160, 2004.
- PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência família-trabalho no estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 2, p.173-180, 2004.
- PASCHOALINI, B. et al. Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n. 3, p. 487-492, 2008.
- PELLEGRINI, A. L.; FERNANDES, S. R. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010.
- PETTERSON, I. L. et al. Work environment, skills utilization, and health of Swedish nurses: results from a national questionnaire study. **Psychotherapy and Psychosomatization**, Basel, v. 64, no. 1, p. 20-31, 1995.
- REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL POMPÉIA, Caxias do Sul, 2010.
- ROCHA, M. C. P. et al. Estresse em enfermeiros: o uso do cortisol salivar no dia de trabalho e de folga. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1194-1201, 2013.
- ROCHA, M. C. P.; MARTINO M. M. F. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 280-286, 2010.
- ROCHA, M.C.P. **Análise do cortisol salivar como indicador do estresse em relação com a qualidade do sono em enfermeiros**. 2013. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.
- ROSSI, A. M. Estressores ocupacionais e diferenças de gênero. In: ROSSI A. M., PERREWÉ P. L., SAUTER S. L. (Org.) **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais de saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas; 2005. p. 9-18.
- RUDMAN, A., GUSTAVSSON, J.P. Early-career Burnout among new graduate nurses: a prospective observational study of intra-individual change trajectories. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 48, no. 3, p. 292-306, 2011.

- RUDMAN, A. et al. Monitoring the newly qualified nurses in Sweden: the Longitudinal Analysis of Nursing Education (LANE) study. **Human Resources for Health**, London, v. 8, art. 10, 2010.
- RUDMAN, A.; GUSTAVSSON, J. P., Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: a longitudinal study. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 49, n. 8, p. 988-1001, 2012.
- RUDMAN, A.; GUSTAVSSON, P.; HULTELL, D. A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 51, n. 4, p. 612-624, 2014.
- RUIZ, J. E.; NETO, J. B.; SCHOEDL, A. F. Psiconeuroendocrinologia do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 29, supl. 1, p. 7-12, 2007.
- SÁ, G. M. P. **O Estresse psicossocial do enfermeiro em oncologia**: uma análise a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa. 2014. 110 f. dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- SANTIAGO, L. B.; JORGE, S. M.; MOREIERA, A. C. Longitudinal evaluation of the development of salivary cortisol circadian rhythm in infancy. **Clinical Endocrinology**, Oxford, v. 44, no. 2, p. 157-161, 1996.
- SAPOLSKY R. M. Stress hormones: good and bad. **Neurobiology of Disease**, San Diego, v. 7, no. 5, p. 540-542, 2000.
- SCHIMIDT, D. R. et al. Estresse Ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Revista Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 330-337, 2009.
- SCHNALL, P, LANDSBERGIS, P., BAKER, D. Job Strain and cardiovascular disease. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 15, p. 381-411, 1994.
- SCOTT, E. S., ENGELKE, M. K., SWANSON, M. New graduate nurse transitioning: necessary or nice? **Applied Nursing Research**, Philadelphia, v. 21, no. 2, p. 75-83, 2008.
- SELEGHIM, M.R. et al. Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n.3, p. 165-73, 2012.
- SELYE, H. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill, 1956.
- SERRANO, C. L.; MONCADA, S. (Coord.) **Organización del trabajo, salud y riesgos psicosociales**. Guía para la intervención sindical del delegado y delegada de prevención. Valencia: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS), 2006.

SIEGRIST, J. Adverse health effects of high-effort/low-reward imbalance at work: theory, empirical support, and implications for preventions. In: COOPER, C. L. **Theories of organizational stress**. Oxford: Oxford University Press, 2001. Chapter 9.

SIEGRIST, J. et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. **Social Science & Medicine**, Oxford, v 58, no. 8, p. 1483-1499, 2004.

SIEGRIST J. Social reciprocity and health: new scientific evidence and policy implications. **Psychoneuroendocrinology**. Oxford, v. 30, no. 10, p. 1033-1038, 2005.

SIEMENS. **Manual de ensaio do ADVIA Centaur e do ADVIA Centaur XP**. Tarrytown: Siemens Healthcare Diagnostics Inc., 2009

SILVA D. M. P. P., MARZIALE M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, Supl., p. 166-172, 2008.

SILVA, J. L. L.; **Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem**. 2007. 182 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, M. L.; MALLOZI, M. C.; FERRARI, G. F. Salivary cortisol to assess the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in healthy children under 3 years old. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 121-126, 2007.

SILVA, R. M. et al. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 298-305, 2009.

SILVA, L. S.; BARRETO S. M. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala *effort-reward imbalance*: um estudo com trabalhadores de banco. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, Washington, v. 27, n. 1, p. 32-36, 2010.

SOARES, A. J. A.; ALVES, M. G. P. Cortisol como variável em psicologia da saúde. **Psicologia, saúde e doenças**, Lisboa, v. 7, no. 2, p. 167-177, 2006.

SOUZA, S. B. C. et al. Influência do turno de trabalho e cronotipo na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 79-85, 2012.

STRAHLER, J. et al. Aging diurnal rhythms and chronic stress: distinct alteration of diurnal rhythmicity of salivary a-amylase and cortisol. **Biological Psychology**, Amsterdam, v. 84, no. 2, p. 248-256, 2010.

TAMAYO, M. R. **Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. 1997, 150 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TAVARES, J. P. **Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes**. 2010. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, UFSM - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

THEORELL, T. The demand-control-support model for studying health in relation to the work environment: an interactive model. In: ORTH-GOMER, K.; SCHNEIDERMAN, N. **Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease**. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1996. p. 69-85.

THEORELL, T.; KARASEK, R.A. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 1, no. 1, p. 9-26, 1996.

THEORELL, T. Job characteristics in a theoretical and practical health context. In: COOPER, C. L. **Theories of organizational stress**. Oxford: Oxford University Press, 2001. Chapter 9.

TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L.; BECK, C. L. C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 607-612, 2009.

ULHÔA, M. L. et al. Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de Belo Horizonte: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. **REGE**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 409-426, jul./set. 2011.

UUSITALO, A. et al. Heart rate variability related to effort at work. **Applied Ergonomics**, London, v. 42, no. 6, p. 830-838, 2011.

VEDHARA K. et al. An investigation into the relationship between salivary cortisol, stress, anxiety and depression. **Biological Psychology**, Amsterdam, v. 62, no. 2, p. 89-86, 2003.

WHEELER H. H. Nurse occupational stress research: sources and determinants of stress. **British Journal of Nursing**, Harrogate, v. 7, no. 1, p. 40-43, 1998.

WILLIAMS, L. et al. Type D personality mechanism of effect: the role of health related behavior and social support. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 64, n. 1, p. 63-69, 2008.

WINGENFELD K. et al. Elevated diurnal salivary cortisol in nurses Burnout exhaustion. **Psychoneuroendocrinology**, Oxford, v. 34, no. 8, p. 1144-1151, 2009.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Prevalência da síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 253-260, 2015.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

–Hospital Pompéia – CAXIAS DO SUL/RS

Nome do estudo: Associação entre a intenção de abandono da profissão e o estresse laboral de enfermeiros de Hospital Pompéia/RS

Instituição de Origem: Escola de Enfermagem/UFRGS

Local de realização: Hospital Pompéia – Caxias do Sul/RS

Pesquisador responsável e telefone para contato: Prof^ª Dra. Angélica R. Consiglio – (51) 3308 7615

Aluna Pesquisadora: Angela Enderle Candaten

CONVITE

O(A) Senhor(a) está sendo convidado a participar do estudo intitulado “Análise da intenção de abandono da profissão de enfermeiro frente ao estresse nas diferentes etapas da vida profissional” Sua participação é muito importante para investigarmos a intenção de abandono da profissão de enfermeiro, a presença de estresse nos enfermeiros e os danos causados à saúde do trabalhador pela influência de seu ambiente de trabalho.

OBJETIVO DO ESTUDO

A finalidade do estudo é avaliar a associação entre intenção de abandono da profissão e o estresse nas diferentes etapas da vida profissional de enfermeiros.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

O(A) Senhor(a) está sendo convidado a responder algumas questões que fazem parte de um formulário de coleta de dados sobre sua atuação profissional e dados pessoais como: idade, sexo, hábitos, uso de medicações e tratamentos de saúde. Para atender os objetivos da pesquisa também será necessário responder a três escalas de avaliação de estresse, esgotamento profissional e capacidade de enfrentamento do estresse e coletar três amostras de saliva: uma amostra antes de dormir, uma ao acordar e outra 30min após acordar. Os dados coletados serão incorporados aos de outros indivíduos e comparados entre si com o objetivo de investigar a intenção de abandono da profissão de enfermeiro e a presença de estresse nos participantes da pesquisa.

DURAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A coleta de dados terá duração de no máximo seis meses. O(A) Senhor(a) será convidado(a) a comparecer em três encontros. No primeiro encontro o(a) Senhor(a) será convidado a participar da pesquisa e será solicitado a assinatura desse termo de consentimento. No segundo encontro será aplicado o questionário, e as escalas e serão oferecidas as orientações para a coleta da saliva. A coleta da saliva deverá ocorrer na sua casa conforme as orientações do roteiro de coleta de cortisol salivar (em anexo). O tempo estimado para os procedimentos é de 1h mais o tempo de coleta em seu domicílio. O preenchimento do questionário e das escalas será realizada em um dia de trabalho, durante o expediente. Os materiais para a coleta de saliva serão entregues pela pesquisadora no segundo encontro e deverão ser entregues num terceiro encontro, em um próximo dia de trabalho a combinar.

BENEFÍCIOS, RISCOS E/OU DESCONFORTOS

O(A) Senhor(a) terá acesso aos resultados dos seus testes e em caso de identificação de alguma alteração nos níveis de cortisol salivar será prontamente informado. Caso alguma alteração mais grave seja detectada, entraremos em contato para sugerir uma visita ao Serviço de Medicina Ocupacional.

Conforme ciência e concordância de instâncias superiores na instituição, um possível desconforto poderá estar relacionado com o tempo dispensado de aproximadamente 1h para coleta dos dados e mais o tempo dispensado em seu domicílio para a coleta de saliva. A coleta de saliva é um procedimento simples, realizado no seu domicílio e envolverá o mínimo de preparação e pouco tempo, pois a coleta ocorrerá em 3 momentos (antes de dormir, logo ao acordar e 30 minutos após acordar); no entanto, o(a) Senhor(a) receberá orientações adequadas de como será feita a coleta e entregará o material com a saliva no local onde foram aplicados o questionário e as escalas.

VOLUNTARIEDADE

Sua participação no estudo é totalmente voluntária e a não participação ou desistência não implicará em nenhum prejuízo ao vínculo empregatício com a instituição. Sua participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

RESSARCIMENTO

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação no estudo e o(a) Senhor(a) não terá nenhum custo com os procedimentos necessários à esta pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes e os resultados serão divulgados, com finalidade científica, de maneira agrupada, sem a identificação dos sujeitos do estudo.

ESCLARECIMENTOS E CONTATOS

Todas as dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa, por meio do contato com a pesquisadora responsável: Prof^a Dra. Angelica R. Consiglio – (51) 3308 7615 ou com a aluna pesquisadora: Angela E. Candaten – (54) 9609 2782. O Comitê de Ética em Pesquisa também poderá ser contatado para esclarecimentos pelo telefone: (51) 33597640, das 08 às 17h. Este documento é elaborado em duas vias, sendo uma delas entregue ao Senhor(a) e outra mantida pelos pesquisadores.

CONSENTIMENTO

Declaro ter lido as informações acima antes de assinar este formulário. Por este instrumento, tomo parte, voluntariamente, do presente estudo.

Nome do participante _____ Assinatura _____

Nome _____ do

pesquisador _____ Assinatura _____

(aquele que conduziu o processo de consentimento)

Caxias do Sul, ____ de _____ de 20__.

ANEXO B – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS

QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS

N.º Formulário:			
Data de preenchimento:			
Agradecemos pela sua participação.			
A) DADOS GERAIS			
A1. Data de nascimento:			
A2. Idade (em anos completos):			
A3. Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Graduação	<input type="checkbox"/> Mestrado concluído	
	<input type="checkbox"/> Especialização concluída	<input type="checkbox"/> Doutorado concluído	
A4. Situação conjugal:	<input type="checkbox"/> com companheiro	<input type="checkbox"/> sem companheiro	
A5. Número de filhos:			
A6. Data de nascimento dos filhos:			
B) DADOS OCUPACIONAIS			
B1. Setor de trabalho:			
B2. Anos de trabalho na instituição	<input type="checkbox"/> 0-5	<input type="checkbox"/> 6-11	<input type="checkbox"/> 12-17 <input type="checkbox"/> 18 ou +
B3. Anos de trabalho na enfermagem	<input type="checkbox"/> 0-5	<input type="checkbox"/> 6-11	<input type="checkbox"/> 12-17 <input type="checkbox"/> 18 ou +
B4. Está satisfeito com seu cargo atual?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
B5. Tem pretensão de mudar o turno de trabalho?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
B6. Tem tempo para descanso durante o trabalho?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
Se sim, quanto tempo?			
B7. Faz horas extras?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
Se sim, em que turno?			
B8. Trabalha em outro local atuando como enfermeiro?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
B9. Trabalha em outro local fora da enfermagem?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
B10. Durante o trabalho, você é responsável por quantos pacientes?			
B11. Qual é sua jornada de trabalho em horas diárias?			
B12. Quando foi sua última folga?			
B13. Quando foi suas últimas férias?			
B14. O que costuma fazer no tempo livre ou quando está de folga?			
B15. No último ano, você pensou muito em deixar a profissão de enfermeiro.			
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente			
<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente			
<input type="checkbox"/> Não discordo, nem concordo			
<input type="checkbox"/> Concordo parcialmente			
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente			
B16. No último ano, você procurou ativamente outro emprego fora da enfermagem.			
<input type="checkbox"/> Discordo totalmente			
<input type="checkbox"/> Discordo parcialmente			

<input type="checkbox"/> Não discordo, nem concordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente				
B17. Você vai deixar a enfermagem o mais rápido possível. <input type="checkbox"/> Discordo totalmente <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não discordo, nem concordo <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Concordo totalmente				
B18. Você já procurou emprego fora da enfermagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (88) Sem resposta				
B19. Qual o principal motivo que fez você escolher a enfermagem como profissão? <input type="checkbox"/> Profissão bem remunerada <input type="checkbox"/> Vocação para cuidar das pessoas <input type="checkbox"/> Desejo pessoal pela profissão <input type="checkbox"/> Influência dos pais ou familiares que já trabalhavam na área <input type="checkbox"/> Outro: _____				
B20. Qual o principal motivo que faria você desistir da enfermagem? <input type="checkbox"/> Falta de remuneração adequada. <input type="checkbox"/> Sofrer algum tipo de violência no trabalho. <input type="checkbox"/> Falta de reconhecimento. <input type="checkbox"/> Condições de trabalho inadequadas. <input type="checkbox"/> Outro: _____				
B21. Qual o principal motivo que querendo deixar a profissão, você permanece no trabalho? _____				
C) DADOS DE SAÚDE				
C1. Você considera sua saúde:	<input type="checkbox"/> ótima	<input type="checkbox"/> boa	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> ruim (88) sem resposta
C2. Procurou serviço de saúde nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> não lembra	(88)sem resposta
C3. No último ano, internou em algum hospital? Se sim, quantas vezes? _____ Por qual motivo? _____	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta	
C4. Pratica atividade física regularmente? Se sim, quantas vezes por semana? _____ Qual a atividade realizada? _____	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta	
C5. Fuma? Se sim, quantos cigarros por dia? _____	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta	
C6. Toma café? Se sim, quantas xícaras por dia?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta	

C7. Você dorme bem à noite?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
C8. Quantas horas de sono nas últimas 24hs?			
C9. Toma algum medicamento diariamente? Se sim, qual?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
C10. Usa anticoncepcional oral ou IM?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
C11. Data da última menstruação:			
C12. Necessitou de afastamento do trabalho por problemas de saúde no último ano? Se sim, qual problema?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
C13. Possui algum problema de saúde?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
C14. Perdeu algum familiar no último ano?	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	(88) sem resposta
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			
Peso (Kg):			
Altura (cm):			
IMC:			

ANEXO C - JOB STRESS SCALE

JOB STRESS SCALE			
1. Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?			
(4) Frequentemente	(3) Às vezes	(2) Raramente	(1) Nunca ou quase nunca
2. Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?			
(4) Frequentemente	(3) Às vezes	(2) Raramente	(1) Nunca ou quase nunca
3. Seu trabalho exige demais de você?			
(4) Frequentemente	(3) Às vezes	(2) Raramente	(1) Nunca ou quase nunca
4. Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?			
(1) Frequentemente	(2) Às vezes	(3) Raramente	(4) Nunca ou quase nunca
5. O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?			
(4) Frequentemente	(3) Às vezes	(2) Raramente	(1) Nunca ou quase nunca
6. Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?			
(4) Frequentemente	(3) Às vezes	(2) Raramente	(1) Nunca ou quase nunca
7. Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?			
(4) Frequentemente	(3) Às vezes	(2) Raramente	(1) Nunca ou quase nunca
8. Seu trabalho exige que você tome iniciativas?			
(4) Frequentemente	(3) Às vezes	(2) Raramente	(1) Nunca ou quase nunca
9. No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?			
(1) Frequentemente	(2) Às vezes	(3) Raramente	(4) Nunca ou quase nunca
10. Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?			
(4) Frequentemente	(3) Às vezes	(2) Raramente	(1) Nunca ou quase nunca
11. Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?			
(4) Frequentemente	(3) Às vezes	(2) Raramente	(1) Nunca ou quase nunca
12. Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.			
(4) Concordo totalmente		(3) Concordo mais que discordo	
(2) Discordo mais que concordo		(1) Discordo totalmente	
13. No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.			
(4) Concordo totalmente		(3) Concordo mais que discordo	
(2) Discordo mais que concordo		(1) Discordo totalmente	
14. Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.			

(4) Concordo totalmente	(3) Concordo mais que discordo
(2) Discordo mais que concordo	(1) Discordo totalmente
15. Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.	
(4) Concordo totalmente	(3) Concordo mais que discordo
(2) Discordo mais que concordo	(1) Discordo totalmente
16. No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.	
(4) Concordo totalmente	(3) Concordo mais que discordo
(2) Discordo mais que concordo	(1) Discordo totalmente
17. Eu gosto de trabalhar com meus colegas.	
(4) Concordo totalmente	(3) Concordo mais que discordo
(2) Discordo mais que concordo	(1) Discordo totalmente

(ALVES et al., 2004).

ANEXO D - MASLACH INVENTORY BURNOUT

MASLACH INVENTORY BURNOUT

MARQUE “X” na coluna correspondente:

1- Nunca | 2- Anualmente | 3- Mensalmente | 4- Semanalmente | 5- Diariamente

Obrigada por continuar contribuindo, sua participação é fundamental.

MASLACH INVENTORY BURNOUT					
1. Sinto-me emocionalmente esgotada em relação ao meu trabalho	1	2	3	4	5
2. Sinto-me excessivamente exausto ao final da minha jornada de trabalho	1	2	3	4	5
3. Levanto-me cansado (a) e sem disposição para realizar o meu trabalho	1	2	3	4	5
4. Envolve-me com facilidade nos problemas dos outros	1	2	3	4	5
5. Trato algumas pessoas como se fossem da minha família	1	2	3	4	5
6. Tenho que desprender grande esforço para realizar minhas tarefas Laborais	1	2	3	4	5
7. Acredito que eu poderia fazer mais pelas pessoas assistidas por mim	1	2	3	4	5
8. Sinto que meu salário é desproporcional às funções que executo	1	2	3	4	5
9. Sinto que sou uma referência para as pessoas que lido diariamente	1	2	3	4	5
10. Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado (a)	1	2	3	4	5
11. Não me sinto realizado (a) com o meu trabalho	1	2	3	4	5
12. Não sinto mais tanto amor pelo meu trabalho como antes	1	2	3	4	5
13. Não acredito mais naquilo que realizo profissionalmente	1	2	3	4	5
14. Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significativo	1	2	3	4	5
15. Sinto que estou no emprego apenas por causa do salário	1	2	3	4	5
16. Tenho me sentido mais estressado (a) com as pessoas que atendo	1	2	3	4	5
17. Sinto-me responsável pelos problemas das pessoas que atendo	1	2	3	4	5
18. Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas	1	2	3	4	5
19. Penso que não importa o que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho	1	2	3	4	5
20. Sinto que não acredito mais na profissão que exerço	1	2	3	4	5
21. No meu trabalho eu manejo os problemas emocionais com muita calma	1	2	3	4	5
22. Parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas	1	2	3	4	5

(CARLOTTO, CÂMARA, 2007).

ANEXO E - *EFFORT-REWARD IMBALANCE* (ERI)

Por favor, indique se concorda ou não com cada afirmação. Se você encontrar uma seta → após sua resposta, indique em cada caso o quanto isso lhe incomoda **MARCANDO “X” na coluna correspondente:**

1- Não me incomoda nada; 2- Incomoda-me pouco; 3- Incomoda-me muito;
4- Incomoda-me muitíssimo;

Obrigada pela resposta a todas as perguntas.

ERI – <i>EFFORT-REWARD-IMBALANCE</i>					
Perguntas sobre situação de trabalho II					
1. Devido à grande quantidade de trabalho me sinto muitas vezes sob pressão.	() Sim () Não	1	2	3	4
2. Sou interrompido e perturbado muitas vezes durante o trabalho.	() Sim () Não	1	2	3	4
3. Tenho uma grande responsabilidade no meu trabalho.	() Sim () Não	1	2	3	4
4. Muitas vezes sou obrigado a fazer horas extras.	() Sim () Não	1	2	3	4
5. O meu trabalho é fisicamente muito cansativo.	() Sim () Não	1	2	3	4
6. Nos últimos anos tenho tido cada vez mais trabalho.	() Sim () Não	1	2	3	4
7. Recebo dos meus superiores o reconhecimento que mereço.	() Sim () Não	1	2	3	4
8. Recebo dos meus colegas o reconhecimento que mereço.	() Sim () Não	1	2	3	4
9. Em situações difíceis recebo o apoio necessário.	() Sim () Não	1	2	3	4
10. No meu trabalho tratam-me de forma injusta.	() Sim () Não	1	2	3	4
11. As possibilidades de ser promovido são poucas.	() Sim () Não	1	2	3	4
12. Estou passando – ou esperando – por uma fase ruim nas minhas condições de trabalho.	() Sim () Não	1	2	3	4
13. O meu cargo no trabalho está em perigo.	() Sim () Não	1	2	3	4
14. De acordo com a minha formação considero justa a minha posição.	() Sim () Não	1	2	3	4
15. Quando penso em todo trabalho que realizo, acho justo o reconhecimento que recebo.	() Sim () Não	1	2	3	4
16. Quando penso em todo trabalho que realizo acho justas as minhas oportunidades de promoção.	() Sim () Não	1	2	3	4
17. Quando penso em todo trabalho que realizo considero justo o meu salário.	() Sim () Não	1	2	3	4
18. Eu fico facilmente saturado pelas pressões de tempo no serviço.	() Sim () Não	1	2	3	4
19. Eu começo a pensar nos problemas de trabalho logo que acordo de manhã.	() Sim () Não	1	2	3	4

20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e desligar-me do trabalho com facilidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1	2	3	4
21. As pessoas próximas de mim dizem que eu me sacrifico demais pelo meu trabalho	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1	2	3	4
22. O trabalho raramente me deixa. Ele ainda está na minha cabeça quando eu vou para a cama	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1	2	3	4
23. Se eu adia alguma coisa que deveria ter feito, terei dificuldades para dormir à noite.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1	2	3	4

ANEXO F - ROTEIRO PARA COLETA DE CORTISOL SALIVAR

ROTEIRO PARA COLETA DE CORTISOL SALIVAR

Cuidados antes da coleta

1. A coleta da saliva deverá ser realizada em três horários: **ao acordar, 30 minutos após acordar e antes de dormir;**
2. Por um período de 30 minutos antes da coleta não ingerir nenhum alimento, cigarro ou bebida (com exceção de água);
3. Jejum não é necessário, porém após o jantar aguardar no mínimo 3 horas para coletar a terceira amostra de saliva;
4. Não fazer exercício físico por 1 hora antes da coleta;
5. Imediatamente antes da coleta é aconselhável lavar a boca com água através de bochechos leves;
6. Não é recomendável a coleta em casos de lesões orais com sangramento ativo ou potencial;
7. Não ter feito tratamento dentário nas últimas 24 horas;
8. Não ter escovado os dentes nas últimas 3 horas, a fim de evitar sangramento gengival;
9. Guardar os tubos (3 amostras de saliva) em geladeira, se possível;
10. Entregar 3 amostras de saliva coletadas no próximo dia de trabalho conforme estabelecido com a pesquisadora.


Coletar a saliva da seguinte forma:

1. Remova a tampa superior do tubo;
2. Coloque o algodão presente no interior do tubo, sob a língua e aguarde por um período de 3 minutos. Se preferir, pode mastigá-lo suavemente para estimular o fluxo salivar e percorrer toda cavidade bucal (passar pelas bochechas);
3. Durante esse período de coleta não é permitido ingestão de água, alimento ou qualquer tipo de líquido;
4. Após esse período, remova o algodão da boca e coloque novamente dentro do tubo. Após alguns minutos você perceberá que a saliva será depositada na parte inferior do tubo.
5. O volume da saliva deverá ser de, no mínimo, 1 ml.

ATENÇÃO: Qualquer dúvida entrar em contato com o pesquisador.

Projeto “Associação entre a intenção de abandono da profissão e o estresse laboral de enfermeiros de Hospital Pompéia/RS. Pesquisadora Responsável Prof^{fa} Dr^a Angelica Rosat Consiglio.

ANEXO G: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – HOSPITAL POMPÉIA

 Hospital Pompéia CEP – Comitê de Ética em Pesquisas	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPÉIA	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
Elaborado pela Instituição Coparticipante		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Análise da intenção de abandono da profissão do enfermeiro frente ao estresse		
Pesquisador: Ana Maria Müller de Magalhães		
Área Temática:		
Versão: 1		
CAAE: 33878414.1.3001.5331		
Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre		
Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 844.094		
Data da Relatoria: 08/10/2014		
Situação do Parecer:		
Aprovado		
Necessita Apreciação da CONEP:		
Não		
CAXIAS DO SUL, 23 de Outubro de 2014		
<hr/> Assinado por: Osvaldo Simões Pires von Eye (Coordenador)		
		
Endereco: Av. Júlio de Castilhos, 2163 - 9º andar		

ANEXO H – TABELA CORRELAÇÕES ENTRE ESCALAS JSS, MBI e ERI, HOSPITAL POMPÉIA, CAXIAS DO SUL

Correlações entre as escalas, JSS, MBI e ERI, Hospital Pompéia, Caxias do Sul/RS, 2015.

Variáveis	DM (r)	p ^p	CO (r)	p ^p	AS (r)	p ^p	EE (r)	p ^p	DP (r)	p ^p	RP (r)	p ^p	E (r)	p ^p	R (r)	p ^p	E/R (r)	p ^p	
StressScale																			
Demanda	1																		
Controle	0,096	0,499	1																
Apoio Social	-0,290	0,037*	0,085	0,547	1														
Maslach Burnout Inventory (n=46)																			
Exaustão	0,395	0,004**	-0,264	0,059	-0,155	0,274	1												
Despersonalização	0,383	0,005**	-0,174	0,216	-0,414	0,002**	0,627	0,000***	1										
Baixa Realização Profissional	0,232	0,099	-0,128	0,368	-0,263	0,059	0,521	0,000***	0,668	0,000***	1								
Effort-Reward Imbalance (n=42)																			
Esforço	0,468	0,000***	-0,282	0,043*	-0,339	0,014**	0,461	0,001**	0,592	0,000***	0,290	0,037*	1						
Recompensa	0,117	0,428	-0,119	0,420	-0,212	0,148	0,008	0,957	0,167	0,257	0,168	0,254	0,150	0,233	1				
Razão E/R	0,128	0,385	-0,047	0,752	0,023	0,874	0,258	0,077 ^a	0,208	0,156	-0,029	0,847	0,517	0,000***	-0,640	0,000***	1		

M - Demanda; CO - Controle; AS - Apoio Social; EE - Exaustão; DP - Despersonalização; RP - Realização Profissional; E - Esforço; R - Recompensa; E/R - Razão Esforço/Recompensa. ^aCorrelação de Pearson; *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.