



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGPSI/UFERN

RESILIÊNCIA, ESTRESSE OCUPACIONAL E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Bárbara Teixeira Campos de Negreiros

Natal

2021

Bárbara Teixeira Campos de Negreiros

RESILIÊNCIA, ESTRESSE OCUPACIONAL E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Dissertação elaborada sob orientação do Profa.  
Dra. Eulália Maria Chaves Maia e apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,  
como requisito parcial à obtenção do título de  
Mestre em Psicologia.

NATAL/RN

2021

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
– CCHLA

Negreiros, Barbara Teixeira Campos.

Resiliência, estresse ocupacional e capacidade para o trabalho em profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19 / Barbara Teixeira Campos de Negreiros. - Natal, 2021. 96f.: il. color.

Dissertação (mestrado) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia.

1. Profissionais de saúde - Dissertação. 2. Pandemia - Dissertação. 3. Resiliência - Dissertação. 4. Trabalho - Dissertação. 5. Estresse Ocupacional - Dissertação. I. Maia, Eulália Maria Chaves. II. Título.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “RESILIÊNCIA, ESTRESSE OCUPACIONAL E CAPACIDADE PARA O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19”, elaborada por Bárbara Teixeira Campos de Negreiros, foi considerada aprovada pelos membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA

Natal, 28 de setembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia (Presidente da Banca)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

---

Dra. Luciana Carla Barbosa de Oliveira (Co-orientadora)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Dr. Rodrigo da Silva Maia (Examinador Externo)  
Universidade Federal do Ceará

---

Dra. Simone da Nobrega Tomaz Moreira (Examinador Externo)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**Miguel Torga, “Sísifo” in Diário XIII**

Recomeça....

Se puderes

Sem angústia

E sem pressa.

E os passos que deres,

Nesse caminho duro

Do futuro

Dá-os em liberdade.

Enquanto não alcances

Não descanses.

De nenhum fruto queiras só metade.

**Dedicatória**

A todos os brasileiros e brasileiras que perderam as suas vidas pela COVID-19, vocês não foram só números, nós não vamos esquecer.

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Selma e Saint-Clair, que sempre estiveram do meu lado cuidando de mim e me apoiando para que achasse minha própria voz e caminhos, a pessoa que sou hoje é fruto de todo esse amor, respeito, esperança e confiança que depositaram em mim.

À minhas irmãs, Beatriz e Cecília, que sempre foram meu suporte, quem escuta as minhas dores, compartilham os bons momentos e comemoram as vitórias, vocês são luz na minha vida, um laço eterno de cuidado, responsabilidades, brigas e muito amor.

À Pedro, meu companheiro durante toda essa jornada, que me encorajou, acolheu meus desabafos e tristezas e sempre fez tudo ao seu alcance para me ajudar no que podia e me dar forças nesse caminhar, quando eu mesma cheguei a duvidar que fosse possível.

À minha orientadora, prof. Eulália, que abriu os seus braços para mim ainda na graduação e me apresentou ao que seria um dos meus maiores encantamentos, a Psicologia da Saúde. Agradeço por acreditar tanto em mim. Foram lições que sempre levarei no meu fazer.

À minha co-orientadora, prof. Luciana Carla, que prontamente me acolheu nessas angústias e muito colaborou nesse Mestrado. Agradeço por toda essa parceria e tudo o que construímos juntas.

Ao meu grupo de Pesquisa, o GEPS e todas as experiências que ele me proporcionou e também às pessoas que nele passaram e muito contribuíram para eu estar aonde estou hoje. Minhas colegas de turma Fernanda, Ana Élide e Neivane, e a todos que estão no grupo e também aos

que passaram, pela parceria, cuidado e contribuições: Alessandra, Karina, Brenda, Elan, Mônica, Cláudio, Hedyanne e Júlia. E às bolsistas sempre compartilhando os “perrengues” e que fazem o GEPS ser o que é, Hemily e Eduarda.

Ao prof. Rodrigo Maia, que agradeço a parceria não só no Mestrado, onde contribuiu em minhas qualificações, mas ao companheirismo e disponibilidade de sempre.

Às minhas amigas que compartilharam todas as dores e delícias do Mestrado, Flora e Mabel, o suporte de vocês foi essencial, é uma grande alegria compartilhar essa conquista com vocês.

Aos meus amigos que sempre estiveram comigo compartilhando os pequenos e grandes momentos dessa vida, aqui representados pelo meu trio BFF, os amados, single, os psis da Residência e inúmeros outras tantas pessoas especiais, vocês trouxeram mais leveza aos meus dias e fazem parte da minha história e futuro.

Ao Hospital Giselda Trigueiro e todos os profissionais que prontamente se disponibilizaram a participar do estudo e diariamente lidam com os prazeres e desafios de cuidar do humano em tempos tão delicados quanto o que vivemos hoje.

À CAPES pelo apoio financeiro que viabilizou essa pesquisa



## Sumário

<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>ix</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>xi</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>12</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>13</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
2.1 - O Trabalho do Profissional de saúde.....	18
2.1.1 - Atuando na linha de frente à COVID-19.....	20
2.2 – Resiliência.....	24
2.3 - Estresse ocupacional.....	27
2.4 - Capacidade para o Trabalho.....	33
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>37</b>
3.1 – Objetivos Gerais.....	37
3.2 – Objetivos Específicos.....	38
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>38</b>
4.1. Aspectos metodológicos.....	39
4.2. Participantes.....	40
4.3. Protocolos e Instrumentos.....	40
4.3.1. Questionário Sociodemográfico.....	40
4.3.2. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10).....	40
4.3.3. Escala de Estresse no Trabalho.....	41
4.3.4. Índice de Capacidade para o Trabalho.....	42
4.4. Aspectos Éticos.....	43

	10
4.5. Procedimentos.....	44
4.5.1. Coleta de Dados.....	44
4.5.2. Análise dos Dados.....	44
<b>5. Resultados e discussão.....</b>	<b>45</b>
5.1. Objetivo específico 1: Caracterizar os dados sociodemográficos e de contexto de trabalho dos profissionais de saúde na linha de frente a COVID-19.....	45
5.1.1 - Formação e contexto de trabalho na pandemia.....	48
5.2. Objetivo específico 2: Averiguar os níveis de Estresse ocupacional e Capacidade para o trabalho em profissionais da saúde lotados em unidades de tratamento a pacientes com COVID-19.....	50
5.3. Objetivo específico 3: Analisar a Resiliência de profissionais de saúde atuando na linha de frente da pandemia.....	58
5.4. Objetivo Específico 4: Correlacionar e concatenar o grupo de dados sociodemográficos com os aspectos globais dos constructos.....	62
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>68</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>71</b>
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	83
APÊNDICE B: Questionário Sociodemográfico e aspectos relacionados à COVID-19.	87
ANEXO A: Escala De Estresse No Trabalho (EET).....	89
ANEXO B: Escala De Resiliência De Connor-Davidson Para O Brasil-10 (CD-RISC-10)	91
ANEXO C: Índice De Capacidade Para O Trabalho (ICT).....	93

## **Lista de Figuras**

Figura 1 - Modelo de Compreensão da Capacidade para o Trabalho

Figura 2 - Gráfico de dendrograma

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 - Classificação dos escores da Capacidade para o Trabalho

Tabela 2 - Características sociodemográficas

Tabela 3 - Estatística descritiva do tempo de atuação e de formação

Tabela 4 - Aspectos profissionais relacionado ao Covid-19

Tabela 5 - Comparação do EET com as características gerais dos profissionais

Tabela 6 - Classificação da EET segundo as características gerais dos profissionais

Tabela 7 - Comparação do ICT com as características gerais dos profissionais

Tabela 8 - Classificação o ICT segundo as características gerais dos profissionais

Tabela 9 - Comparação do CD-RISC10 com as características gerais dos profissionais

Tabela 10 - Média dos instrumentos avaliados por grupo da análise de agrupamento

Tabela 11: Caracterização geral segundo os clusters

## **Lista de Siglas**

CD-RISC-10: Escala de Resiliência de Connor-Davidson - 10

COVID-19: Coronavirus Disease 2019

CT: Capacidade para o Trabalho

EET: Escala de Estresse no Trabalho

FIOH: Finnish Institute of Occupational Health

HGT: Hospital Giselda Trigueiro

ICT: Índice de Capacidade para o Trabalho

MS: Ministério da Saúde

MEC: Ministério da Educação

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

SARS-CoV-2: Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2

SESAP: Secretaria de Estado da Saúde Pública

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UTI: Unidade de Tratamento Intensivo

## **Resumo**

Os profissionais de saúde são considerados uma das categorias mais expostas a riscos de adoecimento, em virtude das características inerentes à natureza laboral. Esse contexto se agravou com a pandemia da COVID-19, submetendo essa classe a uma sobrecarga de trabalho, risco acentuado de adoecimento e ao afastamento de sua rotina. Dessa forma, o objetivo desse estudo é investigar a relação entre resiliência, estresse ocupacional e a capacidade para o trabalho nos profissionais que atuam no cuidado direto a pacientes com COVID-19. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e correlacional com 91 colaboradores (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas) de um hospital de referência no Rio Grande do Norte. Os funcionários responderam um Questionário Sociodemográfico (dados sociais e de contexto laboral), a Connor-Davidson Resilience Scale, a Escala de Estresse no Trabalho e o Índice de Capacidade para o Trabalho. Os resultados indicaram baixos níveis nos constructos de resiliência e estresse ocupacional, e uma boa capacidade para o trabalho da amostra total. Referente ao instrumento de resiliência, esse apresentou associação significativa com os enfermeiros e demais participantes do gênero feminino, ambos apresentando baixa resiliência. No tocante ao estresse laboral, as enfermeiras, juntamente com os técnicos de enfermagem, demonstraram risco diante alto nível de estresse. Para mais, a análise de agrupamento evidenciou a existência de três clusters que se distribuem pelos diferentes escores nas escalas, com destaque para o Cluster 1, que apresentou valores críticos em todos os instrumentos e denotou o sofrimento frente a vivência laboral e a necessidade de intervenções. Verifica-se que as vivências cotidianas das equipes de saúde durante a pandemia, influenciaram a percepção do trabalho e de sua capacidade em lidar ou superar as adversidades. Outro aspecto relevante está na funcionalidade e recursos físicos e mentais para realizar suas atividades laborais.

Palavras-chave: Profissionais de saúde; Pandemia; Resiliência; Trabalho; Estresse Ocupacional.

## **Abstract**

Health professionals are considered one of the categories with the most risk of illness, due to the characteristics inherent to their work nature. This context was aggravated by the COVID-19 pandemic, subjecting this class to a work overload, increased risk of illness and withdrawal from their routine. Therefore, the objective of this study is to investigate the relationship between resilience, occupational stress and work ability in professionals who work in direct care of patients with COVID-19. This is a quantitative, cross-sectional and correlational research with 91 employees (nurses, nursing technicians, physicians and physiotherapists) from a reference hospital in Rio Grande do Norte. Employees answered a Sociodemographic Questionnaire (social and work context data), the Connor-Davidson Resilience Scale, the Work Stress Scale and the Work Ability Index. The results indicated lower levels in resilience and occupational stress constructs, and a good work ability of the total sample. Regarding the resilience instrument, it showed a significant association with nurses and other female participants, both showing lower resilience. In regard of work stress, the nurses along with nursing technicians, demonstrated a risk in face of a high level of stress. Furthermore, the cluster analysis evidenced the existence of three clusters that are distributed across different scores on the scales, with emphasis on Cluster 1, which presented critical values in all instruments and denoted suffering in face of work experience and the need for interventions. It appears that the daily experiences of health teams during the pandemic influenced their perception of work and their ability to deal or overcome adversity. Another relevant aspect is the functionality and physical and mental resources to carry on their work activities.

**Key-words:** Health professionals; Pandemic; Resilience; Work; Occupational Stress.

## 1. Introdução

Os profissionais de saúde são considerados um dos grupos ocupacionais com maior exposição a riscos de adoecimento físico e mental. Tendo em vista que, o seu processo laboral é caracterizado por vivências cotidianas de altos níveis de estresse, ansiedade, fadiga e sofrimento, definidos pela natureza da sua atividade e local de trabalho, que podem acarretar na diminuição da saúde e bem-estar dessa população (Navarro-Abal, López-López & Climent-Rodríguez, 2018).

De fato, a atuação em saúde carrega em si especificidades que podem apresentar-se como agentes estressores para o sujeito que cuida. Desde dificuldades no relacionamento com outros membros da equipe, o trabalho no sistema de plantões, lidar com a ambiguidade e conflito de funções no exercício profissional e pressões exercidas por superiores, pacientes e familiares (Silva-Junior et al., 2020; García & Calvo, 2012). Além disso, há o confronto diário com o adoecimento, finitude de vida e experiências empáticas de sofrimento, que são demandas, que muitas vezes, ultrapassam as possibilidades de adaptação individual e social do trabalhador.

Esses aspectos, que de acordo com Vasconcelos (2018), culminam no crescente adoecimento desses sujeitos, com destaque para o estresse ocupacional, podendo chegar num nível mais agravante como o burnout, que já caracteriza o esgotamento profissional.

Ainda que o estresse ocupacional esteja presente na maioria das categorias e contextos laborais, estudos indicam que categorias relacionadas ao cuidado do outro, como é o caso dos trabalhadores de saúde, apresentam maior vulnerabilidade aos efeitos negativos do estresse (Sousa & Araujo, 2015).

Além disso, essa conjuntura adquiriu um caráter ainda mais alarmante com o surto do novo coronavírus (SARS-CoV-2) a partir de dezembro de 2019, foi identificado o primeiro caso formal de contágio na cidade chinesa Wuhan, em pacientes hospitalizados com pneumonia. Por



consequente, em meados de janeiro de 2020, dada a sua rápida propagação global, foi decretada como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial de Saúde (o seu mais alto nível de alerta) e posteriormente, classificada como uma pandemia (WHO, 2020).

A doença causada pelo novo coronavírus, denominada COVID-19, possui uma alta e fácil transmissibilidade, e rapidamente o número de casos confirmados foi aumentando em todo o mundo. Entre os seus principais sintomas, tem-se febre, tosse seca e cansaço, e outros sintomas menos comuns são dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia e perda de paladar. A maioria das pessoas pode se recuperar sem precisar de tratamento hospitalar, entretanto, estima-se que 1 em cada 5 pessoas com a doença (principalmente idosos e pacientes com outras comorbidades médicas como pressão alta, diabetes, problemas cardíacos - o considerado grupo de risco), pode desenvolver a sua forma mais grave apresentando séria dificuldade em respirar, demandando auxílio de procedimentos médicos invasivos e tratamento intensivo (WHO, 2020).

Depois da identificação do vírus, a sua disseminação internacional foi se intensificando até ser detectado ocorrências em todos os continentes. Os países asiáticos, adotaram logo de início, medidas rígidas de contenção que possibilitaram um maior controle do vírus. Mas foi a Europa, onde se localizavam as nações foram mais afetadas durante os primeiros meses de pandemia, sendo a Itália o primeiro epicentro da doença fora da Ásia, em março de 2020. Por conseguinte, foi ocorrendo o aumento do número de casos no continente americano, e foi os Estados Unidos que se tornou o novo epicentro em abril do mesmo ano (JHU CSSE, 2021).

Com relação ao Brasil, o primeiro caso da doença foi registrado em São Paulo no dia 25 de fevereiro de 2020, e no estado do Rio Grande do Norte teve o seu primeiro caso confirmado em 12 de março do mesmo ano (dia em que o país confirmava 77 casos do novo coronavírus).

Rapidamente a doença desconhecida e ameaçadora, foi escalando a nível global. (SESAP, 2020)

Após mais de um ano de pandemia, o Brasil se tornou o novo epicentro da COVID-19 no mundo, com a epidemia totalmente descontrolada e enfrentando um atraso do processo de vacinal com escassez de doses. Pesquisadores afirmam que o vírus circula rapidamente entre os brasileiros com risco ao surgimento de novas variantes, em virtude da falta de medidas públicas efetivas e da não adesão, por parte da população, da quarentena e uso de máscara (CNN, 2021). De modo que, até julho de 2021, o Brasil registrou estatísticas alarmantes com mais de 18,9 milhões de casos confirmados e 527 mil óbitos, sendo que em todo o globo são descritos 185 milhões de casos e 4 milhões de mortes (JHU CSSE, 2021).

Dessa forma, pôde-se observar no mundo todo, o aumento da demanda e conseqüente esgotamento, dos serviços de saúde, que não possuem estrutura para lidar com tamanha crise epidemiológica. No Brasil, há relato de falta de leitos de enfermaria e de Unidades de Terapia Intensiva para admitir tantos pacientes com a enfermidade. Além da escassez de equipamentos e aparelhos respiradores que são fundamentais para o tratamento, e também de equipamentos de proteção individual (EPIs) para uso dos profissionais de saúde, que são recursos fundamentais para que esses consigam realizar o seu trabalho com mínima segurança necessária (Teixeira et al., 2020).

A pandemia em curso expôs a fragilidade do setor de saúde em garantir a segurança dos colaboradores envolvidos no cuidado aos infectados. Trata-se de uma exposição que pode ser compreendida como “exposição biológica” e a maioria, se não todos os servidores da saúde, estão expostos e possuem alto risco de adquirir a doença (Ferioli et al., 2020).

Para além do risco biológico, Lai *et al* (2020) averiguou que a atuação frente ao coronavírus pode provocar sobrecarga mental e reações psicológicas adversas nos membros da

equipe, que relataram sofrimento psicológico e apresentaram sintomas prevalentes de depressão, ansiedade, insônia e angústia.

Desse modo, a atividade em saúde frente ao novo coronavírus, se configura enquanto um contexto crítico e marcado pelo estresse ocupacional, que além de propiciar desfechos negativos à saúde do trabalhador, também pode causar comprometimento do desempenho laboral (Umann, 2017).

Nesse sentido, observa-se a necessidade de investigação acerca da capacidade para o trabalho, entendida enquanto uma condição resultante da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, cultura organizacional e ambiente de trabalho, apresentando-se por meio da expressão: “quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) presentemente ou num futuro próximo”, e “quão capaz ele ou ela podem executar seu trabalho em função das exigências, de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais” (Tuomi et al., 2005, p. 9).

Esse constructo é um importante indicador que abarca os aspectos relativos à saúde física, bem-estar psicossocial, competência individual e condições do trabalho, e é um preditor da saúde do trabalhador em médio e longo prazo (Tuomi, Ilmarinen, Jahkola, Katajarinne, & Tulkki, 2005).

Ademais, os recursos internos, nos quais há destaque para a resiliência, são fundamentais para auxiliar o enfrentamento de um contexto de trabalho tão desafiador tal qual o ambiente hospitalar. Acredita-se que tal fenômeno tenha um papel protetor à saúde e possibilita que o indivíduo apresente menor nível de estresse e conseqüentemente, menor risco a desenvolver os seus desfechos negativos, dentre os quais, a reduzida capacidade para o trabalho (Umann, 2017).

O constructo foi primeiramente um termo da física, ao ser assimilado às ciências humanas, mais especificamente ao campo da psicologia, o termo passou a refletir com relação

aos aspectos positivos do desenvolvimento humano (Coimbra & Morais, 2015). Para fins deste estudo, a resiliência será compreendida enquanto a capacidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos, mesmo num ambiente desfavorável, de se construir ou se reconstruir positivamente frente às adversidades (Barlach, 2005).

Portanto, o objetivo dessa pesquisa é investigar a relação entre os níveis de resiliência, a intensidade de estresse ocupacional e a capacidade para o trabalho de profissionais da saúde atuando no tratamento de pacientes com COVID-19 em uma unidade hospitalar de referência durante essa crise de saúde pública mundial.

## **2. Revisão de Literatura**

### **2.1. O Trabalho do Profissional de saúde**

O hospital, enquanto um dos possíveis campos de atuação do profissional de saúde, carrega em si uma rotina e características particulares, como o excesso de trabalho, longas jornadas, necessidade de prover respostas rápidas à situações-limite de vida, atividades complexas, o cuidado direto à pacientes graves e/ou em estados emocionais alterados e lidar com exigências institucionais e as relações interpessoais com equipe, paciente e familiares (Zaldúa, Lodieu & Koloditzky, 2000; Maturana & Valle, 2014). Trata-se, portanto, de um ambiente de trabalho complexo, pois, é simultaneamente, um centro de cuidado à vida e uma instituição de doença e morte (Maturana & Valle, 2014).

Além das particularidades relacionadas ao ambiente e à natureza da atividade, os profissionais de saúde estão vivenciando no Brasil, a precarização do trabalho e a flexibilização dos vínculos empregatícios, com diminuição do trabalho formal, a perda de direitos trabalhistas e a desigualdade salarial entre homens e mulheres (International Labour Office [ILO], 2017).

Ademais, de acordo com Machado, Giongo e Mendes (2016), a adoção de políticas neoliberais nos países da América Latina favoreceu a instabilidade e a insegurança do emprego

com alta exploração do trabalho. Desse modo, na tentativa de manter seu trabalho, muitos profissionais da saúde acabam se sujeitando a duplas jornadas, condições precárias, baixa remuneração e exposição a acidentes de trabalho, o que gera repercussões em sua saúde física e mental (Vasconcelos et al., 2019; Maciel, Santos & Rodrigues, 2015).

E de acordo com Costa (2017), o labor pode causar estresse quando há um desequilíbrio entre as exigências do fazer e a habilidade efetiva do funcionário de enfrentar situações estressantes. Dessa forma, a vivência diária de situações de prazer e sofrimento frutos do ambiente de trabalho e decorrentes das relações interpessoais com os superiores, colegas, pacientes e familiares em diversos estados emocionais pode impactar a saúde do indivíduo no trabalho (Silva, Gonçalves & Zonatto, 2017). E quando ele já não consegue mais transformar o seu trabalho ou adequá-lo às suas necessidades, pode gerar o sofrimento psicológico.

Dejour, desenvolveu estudo sobre a temática, a partir da psicodinâmica do trabalho, abordando as relações dinâmicas entre a organização do trabalho e o processo subjetivo individual de cada colaborador, buscando a ressignificação do sofrimento e a transformação do trabalho em fonte de prazer e principalmente, de saúde (Oliveira, 2019). Pois é por meio desse, que o indivíduo tem o seu processo de formação pessoal, não apenas como fonte de sobrevivência, mas também como meio de realização pessoal e profissional (Dejours, 1986), trata-se de uma atividade central na história da humanidade e elemento fundamental da construção do sujeito que dedica uma parte considerável de sua vida ao seu trabalho (Miorin et al., 2018).

Dessa forma, o trabalho, a saúde e a doença estão relacionadas com a vida das pessoas, de modo que, a atividade laboral influencia a sua saúde física e mental, integrando essa vivência dupla de fonte de prazer ao mesmo tempo que implica sofrimento e que pode trazer prejuízos à saúde do trabalhador e na atuação em saúde, isso não é diferente (Miorin et al., 2018; Santos et al., 2013). Pois exige uma série de habilidades, como pensar rápido, ser ágil, capacidade de

liderança, resolutividade, entre outros, e mesmo em contextos desafiadores, como UTI ou Pronto-Socorro. A experiência do trabalhador não é marcada apenas pelo sofrimento, mas eles também experenciam a possibilidade de aliviar a dor, salvar vidas, sentir-se útil, trabalhar com cooperação, que podem ser fontes de conforto e satisfação que contribuem para o sentimento de prazer e favorecem o equilíbrio psíquico desses sujeitos (Vasconcelos et al., 2019; Martins, Robazzi & Bobroff, 2010).

Desse modo, compreende-se que a relação do sujeito com o trabalho baseia-se na produção de significados e também na construção de relações sociais. Assim, o seu fazer se estrutura como um processo dinâmico e que envolve a subjetividade dos indivíduos, e é fundamental compreender a organização do trabalho, as interrelações do ambiente e considerar a saúde física e mental desses, que são aspectos que influenciam na qualidade de vida do trabalhador e nas vivências de sofrimento, prazer, desgaste, satisfação e adoecimento dos colaboradores (Dejours, 1996; Oliveira, 2019).

### *2.1.1. Atuando na linha de frente à COVID-19*

O primeiro coronavírus (CoV) foi descoberto em 1930, os CoVs são capazes de provocar doenças respiratórias, gastrointestinais, hepáticas e neurológicas graves, que podem evoluir para óbito. E no século 21, três dos coronavírus conhecidos, causaram grandes surtos que afetaram a população (Wang et al., 2020). Sendo em 2002, detectado o SARS (Síndrome respiratória aguda grave) na China, que se disseminou por vários países, mas que teve o surto controlado por práticas rígidas de controle de infecção, e em 2012, foi relatado o primeiro caso de MERS (Síndrome respiratória do Oriente Médio) (Xiao, 2020).

E posteriormente, veio a COVID-19 (*coronavirus disease-2019*) causada pelo vírus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) que teve o seu primeiro

caso detectado em dezembro de 2019 na China, mais especificamente em Wuhan. Devido a sua alta taxa de transmissibilidade, espalhou-se rapidamente pelo mundo, sendo em março de 2020, categorizada enquanto pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e demandando de todos os países ações e medidas de saúde públicas emergenciais (WHO, 2020).

Apesar de uma parte dos sinais e sintomas da COVID-19 já serem conhecidos (dificuldade de respirar, falta de ar, febre e tosse), esses ainda não foram suficientemente compreendidos e sistematizados pela comunidade científica e atualmente, os países estão em urgência na busca da produção e aprovação de vacinas eficazes contra o vírus. Enquanto isso, as medidas de quarentena, isolamento e distanciamento social são as formas recomendadas na tentativa de evitar a propagação da doença, que avança rapidamente em número de casos e óbitos, gerando um estado de medo e insegurança na população que afetam o bem-estar psicológico (Ornell, Schuch, Sordi & Kessler, 2020).

Contudo, essas medidas não se estenderam para as equipes de saúde, conforme Decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020, do Governo Federal, que determina como “serviços públicos e atividades essenciais aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade” (Decreto nº10.282, 2020). Nesse contexto, há destaque para os trabalhadores que desde o início do surto estão atuando incansavelmente no cuidado direto a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19, seja em serviços de atenção primária, secundária e de alta complexidade. Esses colaboradores foram designados como “profissionais da linha de frente”, termo que deriva das forças armadas, como uma analogia ao enfrentamento contra o coronavírus.

À vista disso, a linha de frente é formada por uma equipe com uma maior e mais intensa exposição ao vírus e ao risco de contrair a doença, e por isso, são considerados um grupo de risco. Além de que, também tem que enfrentar um enorme estresse com o abarrotamento dos

serviços de saúde, número elevado de pacientes (muitos em estado grave) e condições de trabalho inadequadas (Teixeira et al., 2020).

Além do adoecimento físico, o contexto pandêmico também tem potencial nocivo à saúde mental desses atores. Em um estudo realizado com 1257 servidores da saúde chineses, encontrou-se que uma parcela considerável dos participantes apresentou sintomas de depressão (50,4%), ansiedade (44,6%), insônia (34%) e angústia (71,5%), e que o grupo composto por mulheres que são enfermeiras da linha de frente foi o que referiu experienciar esses sintomas em níveis mais severos. E como conclusão tem-se que a atuação frente ao coronavírus, pode provocar sobrecarga mental e reações psicológicas adversas nesses sujeitos (Lai et al., 2020).

Outros aspectos relacionados à saúde mental foram relatados, como a exaustão, redução da empatia, irritabilidade e decaimento das funções cognitivas e de desempenho. Assim como, o aumento da prevalência de transtornos mentais comuns na população geral e na equipe de linha de frente, tais quais, fadiga, agressividade, estresse, episódios de pânico e sintomas indicadores de estresse pós-traumático, essa prevalência foi associada positivamente à constante exposição a notícias sobre a COVID-19 (Cruz et al., 2020). Além disso, destaca-se também o sentimento de impotência, relatado pelos trabalhadores, diante da complexidade dos casos e da escassez de leitos e equipamentos necessários para o suporte à vida (Teixeira et al., 2020).

Dentre os fatores que causam sofrimento e adoecimento psicológico nos profissionais, Ayanian (2020) descreve o esforço emocional e físico de prestar assistência a um número elevado de pacientes de todas as idades e com potencial de agravamento acelerado; cuidar de colegas de trabalho que contraíram a doença; a falta de equipamentos de proteção individuais, que acaba por aumentar a exposição à COVID-19; medo de transmitir o vírus a familiares; escassez de ventiladores e outros equipamentos essenciais para o cuidado a pacientes graves; sobrecarga de trabalho e dificuldade de acesso a serviços de saúde mental.



Desse modo, os servidores da saúde brasileira, que ao longo dos últimos anos já tem sofrido com os ataques recorrentes ao SUS, como o seu subfinanciamento e deterioramento dos serviços, além da própria precarização do trabalho e seus efeitos negativos, que se configuram como uma crise permanente do sistema de saúde (Teixeira & Paim, 2018).

Estão tendo que aprender já na vivência, a lidar e enfrentar a pandemia do COVID-19 que escancarou a falta de infraestrutura e o despreparo do governo e gestores de saúde para o seu enfrentamento, o número insuficiente de leitos de enfermagem e de UTI, a escassez de equipamentos e a contratação célere de profissionais para a linha de frente mas com vínculos instáveis e muitas vezes sem treinamento ou preparo adequados, ou seja, uma série de ações emergenciais, que embora necessárias no momento, podem gerar novos problemas para os quais não estamos preparados (Ribeiro, Oliveira, Silva & Souza, 2020).

Por fim, manter e cuidar da saúde mental das equipes de saúde na linha de frente também é uma medida fundamental para combater e controlar o surto de doenças infecciosas, e ainda mais primordial em um cenário como o da COVID-19, uma pandemia que está causando, se não a maior, mas uma das maiores crises de saúde, social e econômica do mundo.

Tendo em vista que os profissionais de saúde estão cotidianamente expostos ao alto risco de contaminação, pressão, sobrecarga de trabalho e ao sofrimento e morte de seus pacientes. Dessa forma, é indispensável que psicólogos, psiquiatras e outras categorias da saúde mental, assim, como gestores de saúde e governantes fiquem em alerta sobre a necessidade de intervenção psicológica precoce e acompanhamento dessa população, para auxiliar o enfrentamento desse grave momento que o mundo está enfrentando e seus efeitos adversos.

Nesse sentido, o estudo da resiliência destaca-se pois possibilita a compreensão do como o trabalhador faz uso de suas habilidades e estratégias para suportar o ritmo de trabalho desgastante, a pressão e as responsabilidades, tornando-se um profissional resiliente.

## 2.2. Resiliência

Esse fenômeno tem despertado um maior interesse acadêmico ao longo dos anos e por diferentes áreas do conhecimento. Originalmente como um termo da física, a resiliência descrevia a capacidade dos materiais de sofrer uma ação externa (calor, tensão, compressão, entre outros) e que após a retirada do agente externo, o material consegue retornar ao seu estado anterior, ou seja, não apresenta nenhuma deformação permanente, tendo em vista que o seu potencial máximo de resiliência, avaliado enquanto elasticidade e plasticidade, não havia sido ultrapassado (Knorst, 2012).

Passando para a área das ciências biológicas, a resiliência passou a ser compreendida pelo tempo que um ecossistema necessita para se recuperar de perturbações externas, ou seja, pela capacidade de se suportar condições ambientais severas (Simmons & Yoder, 2013). Enquanto que no campo farmacêutico, o termo refere-se às infecções de difícil tratamento com medicamentos comuns, relacionando-se então à resistência e/ou dificuldade de erradicação da doença (Koza, Hallett, Moon & Spiers, 2009).

Por conseguinte, foi somente em meados da década de 70 que surgem as primeiras pesquisas sobre resiliência nas ciências humanas, mais especificamente no campo psicológico, com estudos de psicólogos e psiquiatras que buscavam compreender as influências de contextos socioambientais desfavoráveis no desenvolvimento de psicopatologias (Infante, 2005). Entretanto esses pesquisadores encontraram resultados inesperados, nos quais os sujeitos apresentaram adaptabilidade social e aspectos psicológicos positivos, apesar das dificuldades que vivenciavam.

De acordo com Oliveira e Nakano (2018), foi esse desenvolvimento saudável contrário às condições adversas do ambiente que deu início ao interesse científico por esse tema de estudo, entretanto, dada a limitação dos modelos teóricos da psicologia no período que eram

baseados em um paradigma patológico, esse fenômeno era interpretado com um caráter de “invulnerabilidade” ou “invencibilidade” (Poletto & Koller, 2011).

Com o passar do tempo esse conceito de “invulnerabilidade” (como em indivíduos que não sofriam diante das dificuldades), foi sendo aprimorado até assumir a concepção do termo “resiliência” (Kaplan, 2002), pois foi avaliado que os sujeitos eram sim, afetados pelas adversidades, mas que de alguma forma, eram capazes de superá-las e saírem fortalecidos da situação (Rutter, 1993). Dessa forma, o novo conceito foi adquirindo foco nos aspectos relacionados aos fatores de risco e fatores de proteção, e concomitantemente, em elementos da personalidade que poderiam assegurar uma resposta positiva frente às adversidades (Masten, 2001).

De acordo com Infante (2005), foram duas gerações de pesquisadores sobre a resiliência, a primeira buscou identificar os fatores de risco e de proteção que atuam no desenvolvimento de crianças que se adaptam positivamente apesar das condições adversas. E esses primeiros estudiosos, com o passar dos anos, ampliaram o foco dos estudos para além das qualidades individuais envolvidas nesse processo de superação (como a autoestima) e passaram a avaliar os fatores externos ao sujeito, como a condição socioeconômica e contexto familiar, utilizando o modelo triádico de resiliência, no qual os fatores resilientes e de risco são classificados em três grupos: os atributos individuais, os aspectos da família e as características do ambiente social (Lopes & Martins, 2011).

Por conseguinte, a segunda geração, que por volta de 1990, buscou contribuir para o entendimento da resiliência como um processo dinâmico entre os fatores individuais, familiares e sociais, que interagem numa relação recíproca, possibilitando a adaptação (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Então, como resultado desse processo histórico de evolução do conceito, considera-se a resiliência como um fenômeno psicológico (Yunes, 2003), que ainda dispõe de uma compreensão muito ampla, mas que possui três componentes essenciais a sua

conceituação. Dentre eles, considera-se: a) a compreensão de diversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; b) a superação da adversidade ou adaptação positiva; e c) o processo dinâmico entre os aspectos emocionais, cognitivos e socioculturais que atuam no desenvolvimento humano (Infante, 2005). De forma que a resiliência não seja encarada como um único atributo pessoal, mas sim uma habilidade que é relacionada e influenciada pelas diferentes instâncias da vida do sujeito. Assim como, deve-se considerar que esse processo também depende da percepção e avaliação do sujeito, sobre o contexto que está inserido e a relação que estabelece com esse (Masten, 2001).

E desse modo, o estudo da resiliência deve ir além de exclusivamente buscar quais são os fatores de risco para o sujeito, mas deve também englobar a compreensão dos recursos pessoais e contextuais que podem ser utilizados como estratégias para o enfrentamento (Oliveira & Nakano, 2018). Portanto, para efeitos deste estudo, a perspectiva adotada para o conceito de resiliência é a de Barlach (2005), que a define enquanto a capacidade de um indivíduo ou grupo de indivíduos possuem, mesmo inseridos num ambiente desfavorável, de se construir ou se reconstruir positivamente frente às adversidades.

Ademais, a relevância da investigação sobre a resiliência cresce pois possibilita compreender porque, diante das mesmas condições adversas, alguns indivíduos se desenvolvem positivamente, aparentemente superando a situação, enquanto outros sucumbem, adoecem ou se vitimizam (Barlach, 2005). Assim, possibilita estudar nos mais diversos contextos de crise, os indivíduos ou grupos que não apenas lidam com a situação adversa, mas que conseguem superá-la e saem transformados após o enfrentamento da situação traumática (Grotberg, 2005).

Por fim, no atual cenário de crise de saúde com o agravamento da pandemia pela COVID-19, assim como, de crise econômica, ambiental, social e do próprio trabalho humano, avalia-se que o mundo atual, em muitos aspectos, tornou-se cenário de desastres e tragédias, e que as pressões pela sobrevivência, desempenho e adaptação tem se tornado cada vez mais

complexas e demandantes de uma elaborada competência adaptativa por parte das pessoas. E de acordo com Sharksnas (2003), em contextos como esses, há uma grande preocupação por parte de gestores, entidades humanitárias e governos, que buscam nos resultados de estudos sobre a resiliência, subsídios para o desenvolvimento de políticas ou ações de prevenção e intervenção na saúde mental das pessoas.

### **2.3. Estresse ocupacional**

O termo Estresse foi introduzido por Cannon (1929), que o definiu como um conjunto de forças que perturbam a homeostase e provocam esforço ou tensão no organismo, ele avaliou essas forças tanto pela perspectiva dos estímulos físicos (frio, calor ou dor), quanto pelos estímulos psicológicos, e que ambos podiam evocar reações fisiológicas (Silva, Goulart & Guido, 2018; Almeida, Brito-Costa, Alberty, Gomes, Lima & Castro, 2016).

E Selye (1956) dedicou-se a investigação empírica do estresse, através de estudos em animais, caracterizou o estresse como desencadeador de uma Síndrome Geral de Adaptação (SGA), que acontece em virtude de um evento (estressor) que exige do sujeito um certo esforço na busca pela adaptação e desencadeia uma ruptura da homeostase do indivíduo, que é a sua capacidade de manter o seu equilíbrio interno e sua constância. Ou seja, é uma reação defensiva do organismo em resposta a um estímulo aversivo (Ueno et al., 2017; Santos & Santos, 2015)

Além disso, Selye (1956) designou o processo de manifestação do estresse em três fases, que foi adaptado por Lipp (2000), que adicionou mais uma fase, a quase-exaustão, e assim, o modelo final ficou caracterizado da seguinte forma: (1) a Fase de Alarme, que é considerada a fase positiva do estresse, que prepara o indivíduo por meio de mecanismos homeostáticos para respostas de luta ou fuga almejando a sua defesa frente às ameaças a sua integridade, alguns sintomas presentes são: taquicardia, sudorese, cefaleia, irritabilidade, fadiga, tensão muscular, sensação de esgotamento e variações gastrointestinais (Selye, 1959).

(2) Fase de Resistência, que é a tentativa de manter o equilíbrio interno mediante uma ação reparadora, que demanda um gasto de energia considerável para consumir a adaptação aos estressores, e que pode tornar o sujeito susceptível a doenças, podendo apresentar sinais de ansiedade, isolamento social, nervosismo, falta ou excesso de apetite e medo. (3) Fase de Quase-exaustão, é o momento em que há um enfraquecimento do organismo, por não estar conseguindo se adaptar ou resistir ao fator estressor, se tornando vulnerável e iniciando o processo de adoecimento, fazendo com que órgãos que possuam uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida comecem a apresentar sinais de desgaste. E por último, (4) Fase de Exaustão, acontece quando os estressores permanecem e se tornam crônicos, e assim, os mecanismos adaptativos começam a falhar, resultando no esgotamento da energia física e psicológica do sujeito, esse é o momento no qual as doenças se manifestam, que podem ser incapacitantes ou fatais, como doenças gastrointestinais, cardíacas, respiratórias e transtornos mentais (Lipp & Malagris, 1998; Silva et al., 2018).

E com o passar do tempo o estresse foi se tornando alvo de um maior interesse pelos pesquisadores que buscavam compreender melhor esse fenômeno, assim como, quais são os seus efeitos na saúde física e mental das pessoas. Entre esses estudos, destaca-se o Modelo Interacionista de Estresse, que define o estresse como qualquer evento que ao demandar ação, excede a capacidade de adaptação de um indivíduo ou sistema social (Lazarus, 1978). E que é resultado de um complexo processo que possui consequências fisiológicas, psicológicas, emocionais e comportamentais que prejudicam o bem-estar psico-socio-emocional dos indivíduos (Backé, Seidler, Latza, Rossnagel & Schumann, 2012).

E o grande diferencial desse modelo é a avaliação cognitiva, ou seja, a percepção e interpretação do sujeito diante do evento potencialmente estressor, que são essenciais para o desencadeamento da reação de estresse. E que também determina a resposta de enfrentamento (*coping*) ao contexto vivenciado e avalia o sucesso ou não da resposta que foi dada. Dessa

forma, essa avaliação é um processo que considera a interação pessoa-ambiente e os resultados provenientes, que podem ser percebidos como danos, ameaças ou desafios, e constitui-se enquanto uma mediadora da resposta de estresse, pois garante a subjetividade como fator determinante da gravidade do estressor (Lazarus & Folkman, 1984; Guido, Linch, Pitthan & Umann, 2011).

Ademais, as manifestações de estresse podem ocorrer em variados contextos, exigindo uma adaptação por parte do indivíduo frente ao evento estressor. E um dos contextos que tem recebido um interesse crescente no meio acadêmico, é o de estresse no trabalho, pois considera-se que o trabalho ocupa um lugar primordial no desenvolvimento psicológico do sujeito (Clot, 2007), e que o próprio ambiente de trabalho é um meio privilegiado de manifestações de saúde e adoecimento psíquico (Fontes, 2016).

Dessa forma, vem-se observando o aumento da presença significativa do estresse ocupacional e dos seus impactos negativos na saúde e no bem-estar dos trabalhadores, e conseqüentemente, no funcionamento e efetividade das organizações. Sendo tipicamente associado a uma afetividade negativa que interfere no bem-estar dos trabalhadores, entretanto, de acordo com Paschoal e Tamayo (2004), o termo estresse ocupacional não tem sido utilizado de modo consistente, com discordâncias quanto ao seu significado e formas de medição.

Um modelo amplamente utilizado na literatura para a compreensão do estresse ocupacional, é o modelo de Demanda-Controle, que objetiva explicar as relações entre os aspectos psicossociais do trabalho e a saúde física e mental, considerando questões específicas do processo de trabalho. Como o controle, que é definido pela amplitude de decisão que o trabalhador possui em relação ao uso de suas habilidades, e a autoridade e autonomia para a tomada de decisões sobre seu próprio trabalho. E a demanda, que se refere às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta para realizar as suas tarefas, como por exemplo, a pressão de tempo e o nível de concentração necessários. Posteriormente, esse modelo passou a

incluir uma terceira dimensão: a percepção de apoio social do trabalho, que envolve a integração social, a confiança e ajuda por parte de colegas e superiores (Karasek, & Theorell, 1990; Campos, Araújo, Viola, Oliveira & Sousa, 2020).

Dessa forma, os autores afirmam a interação entre as exigências físicas e psicológicas do trabalho e a capacidade dos indivíduos para se controlar, e que geram quatro categorias de experiências no trabalho: (1) trabalho de alta pressão – alta exigência e baixo controle; (2) trabalho ativo – alta exigência e alto controle; (3) trabalho passivo – baixa exigência e baixo controle e (4) trabalho com baixa pressão – baixa exigência e alto controle. Assim, um trabalho ativo é preditor de resultados positivos, e um trabalho de alta pressão prediz resultados negativos, enquanto que uma tarefa que exige muito do sujeito que possui baixo controle desencadeia respostas de estresse (Almeida et al., 2016).

Um outro modelo, que inclusive serviu como base para construção do referencial teórico de Capacidade para o Trabalho, é o modelo estresse-desgaste de Rutenfranz (1982), que propõe que o desgaste que o trabalhador vivencia depende de estressores decorrentes das cargas físicas e mentais do trabalho, do ambiente de trabalho, das ferramentas disponíveis e de características e recursos do trabalhador. Sendo que esse desgaste pode promover respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, podendo gerar a diminuição da capacidade para o trabalho do indivíduo e desencadeamento de doenças (Martinez, Latorre & Fischer, 2017)

Por fim, há o modelo compreensivo de Beehr (1985), que considera um conjunto de fatores, como o meio laboral social e físico, a natureza do trabalho, as características situacionais e individuais e a duração do estressores, que interagem entre si e geram um conjunto de respostas de estresse que influenciam na saúde física e mental, no rendimento e na qualidade de vida do trabalhador. Desse modo, dada a sua complexidade, o estresse no trabalho não deve ser tratado com uma variável, mas como uma área de estudo e prática que engloba



diversas variáveis associadas, como os estímulos do ambiente de trabalho e respostas prejudiciais à saúde dos trabalhadores (Almeida et al., 2016; Beehr & Newman 1998).

Por conseguinte, as definições de estresse ocupacional foram divididas considerando três aspectos: (1) estímulos estressores, que refere o estresse ocupacional a partir dos estímulos do ambiente de trabalho (estressores organizacionais) que exigem respostas adaptativas por parte do empregado, e que excedem a sua capacidade enfrentamento; (2) respostas aos eventos estressores, compreendendo o estresse por meio das respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais dos indivíduos submetidos a eventos no trabalho que excedem a sua habilidade de *coping*; (3) estímulos estressores-respostas: que define o estresse ocupacional como o processo geral no qual as demandas do trabalho impactam os trabalhadores (Jex, 1998; Ribeiro, Marziale, Martins, Galdino & Ribeiro, 2018).

Ademais, algumas considerações podem ser feitas a partir desses três tipos de conceituação. A realizada por meio dos estressores organizacionais permite diferenciar os estudos de estresse no trabalho e os de estresse em geral, possibilitando a identificação de demandas potencialmente geradoras de estresse, entretanto, essa perspectiva tem sido alvo de críticas pois tende a considerar o caráter objetivo dos estressores, deixando de lado a avaliação do indivíduo sobre o seu contexto de trabalho.

Adiante, a avaliação do estresse ocupacional a partir das respostas a eventos estressores, contribui para a identificação das consequências do estresse, entretanto, há uma dificuldade em delimitar se essas consequências são provenientes de estressores organizacionais ou de outros contextos da vida do indivíduo (Ribeiro, Marziale, Martins, Galdino & Ribeiro, 2018; Jones & Kinman, 2001).

Por fim, a abordagem que reflete o estresse ocupacional como um processo estressores-respostas, que tem sido considerada a mais completa, pois justamente engloba os estressores organizacionais e as percepções dos indivíduos como mediadoras do impacto do

estresse no trabalho e das respostas desencadeadas. Portanto, nesta pesquisa, será adotada essa perspectiva, compreendendo o estresse ocupacional como um processo, no qual o indivíduo percebe as suas demandas de trabalho como estressores, que ao exceder as suas habilidades de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas (Paschoal & Tamayo, 2004).

Quanto aos estressores organizacionais, esses são divididos em duas categorias. Primeiramente, os estressores físicos, que possuem impacto direto à segurança e higiene no trabalho, e que além de gerar o próprio estresse, também possuem potencial para o surgimento de doenças físicas e outras lesões ou sequelas (Lelis et al., 2012; Ladeira, 1996), como exemplos de fatores físicos, temos o barulho, ruídos, ventilação, iluminação, limpeza e temperatura.

E por conseguinte, os estressores psicossociais, que tem recebido grande atenção por parte dos psicólogos organizacionais, e que englobam os papéis exercidos no ambiente de trabalho - conflito e ambiguidade de papéis (Jex, 1998), os fatores intrínsecos - repetição de tarefas, pressões de tempo e sobrecarga quantitativa ou qualitativa (Glowinkowski & Cooper, 1987), relacionamentos interpessoais – com colegas, chefias e clientes (Jex, 1998), autonomia e controle – autonomia do trabalhador em relação às decisões e métodos de trabalho (Kahn & Byosiere, 1992), e os aspectos relacionados ao desenvolvimento de carreira – falta de estabilidade no trabalho e medo de ficar obsoleto frente às novas tecnologias (Silva, 2018; Glowinkowski & Cooper, 1987).

Ademais, o estudo do estresse ocupacional ainda tem sido dominado pela perspectiva clínica, como um fenômeno proveniente do contexto individual de desajustes entre a capacidade de respostas do sujeito e as demandas do ambiente (Reis, Fernandes & Gomes, 2010), o que possibilita observar as consequências fisiológicas, psicológicas e comportamentais do estresse. Entretanto, faz-se necessário investir em prevenção primária no local de trabalho, realizando a identificação e modificação de condições laborais que se constituem enquanto perigo à saúde do trabalhador (National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 2004).

Ou seja, deve-se considerar o estresse ocupacional a partir de uma perspectiva de interações entre o trabalho, o ambiente laboral, as condições da organização e as características intrínsecas do trabalhador, assim como, o seu contexto social e econômico.

#### **2.4. Capacidade para o Trabalho**

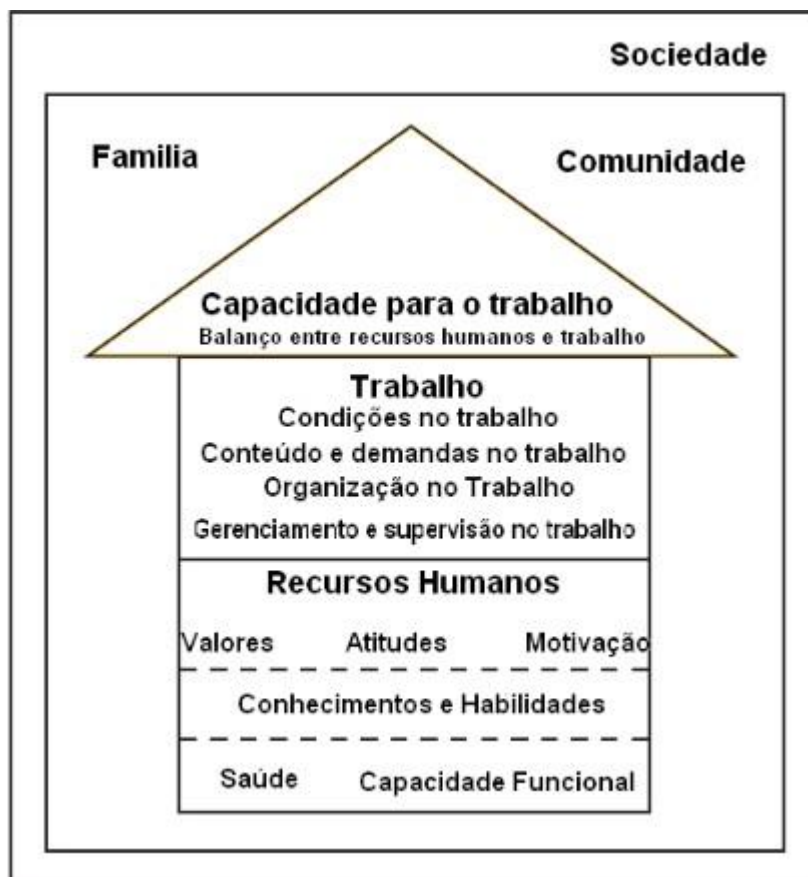
O primeiro marco teórico referente à capacidade para o trabalho ocorreu na década de 80 no Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH - *Finnish Institute of Occupational Health*), motivados pelo envelhecimento da população trabalhadora (Ilmarinen, 1997). O constructo foi baseado no modelo de estresse-desgaste de Rutenfranz, pelo qual o trabalhador pode sofrer uma diminuição da sua capacidade para o trabalho, assim como, desenvolver doenças em virtude do desgaste proveniente das cargas físicas e mentais do seu trabalho (Martinez, Latorre & Fischer, 2010; Ilmarinen & Tuomi, 2004).

Desse modo, a capacidade para o trabalho é definida como uma condição resultante da combinação entre recursos humanos em relação às demandas físicas, mentais e sociais do trabalho, envolvendo aspectos como gerenciamento, cultura organizacional, ambiente de trabalho e comunidade, abarcando o equilíbrio entre as condições laborais e o desgaste do sujeito (Cordeiro & Araújo, 2017; Ilmarinen, 2001). E que pode ser avaliado por meio da expressão: “quão bem está, ou estará, um(a) trabalhador(a) presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele ou ela pode executar seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais” (Fischer, 2005).

Ademais, alguns estudos enfatizam a multidimensionalidade do constructo, que também é afetado pelos vários aspectos da vida do trabalhador (Radkiewicz & Widerszal-Bazyl, 2005; Ilmarinen & Tuomi, 2004; Martinez et al., 2009), e assim, uma compreensão mais recente tem determinado a capacidade para o trabalho análoga a uma estrutura de muitos andares, como uma casa. O primeiro andar é constituído pelos recursos humanos, como a saúde

e a capacidade funcional, que são considerados os alicerces da capacidade para o trabalho; Em seguida, são o conhecimento e habilidade; O terceiro andar é composto pelos valores e atitudes dos trabalhadores, assim como, os aspectos de motivação na vida e no trabalho; Já no quarto andar estão os fatores relacionados ao contexto de trabalho, como as demandas, organização, gerenciamento, supervisão ambiente e condições. Conforme figura 1:

**Figura 1 – Modelo de Compreensão da Capacidade para o Trabalho**



Adaptado de Gould et al. (2008) apud Silva Junior (2010)

Esse novo modelo busca demonstrar que a capacidade para o trabalho é uma estrutura complexa, influenciada pelos diversos aspectos da vida do trabalhador, tanto dentro do ambiente de trabalho, como fora dele. E assim, se os recursos individuais estiverem em equilíbrio com a capacidade para o trabalho, esta permanecerá boa (Gould et al., 2008).

Ademais, outro aspecto que influencia a capacidade para o trabalho é o envelhecimento funcional, que de acordo com Ilmarinen (1997), é compreendido enquanto a diminuição da capacidade para o trabalho, mas que não necessariamente acompanha o envelhecimento cronológico, podendo ocorrer precocemente, em virtude das exigências do trabalho. Há a possibilidade de um descompasso entre essas exigências e a capacidade funcional do trabalhador, pois ao passo que a idade avança, as demandas do trabalho não diminuem e podem até aumentar. (Godinho, Ferreira, Fayer, Bonfatti & Greco, 2017).

Além disso, o processo de transição demográfica no Brasil apresenta-se como um dos maiores processos de envelhecimento populacional entre os países mais populosos, e em 2019, o número de idosos no país chegou a 32,9 milhões, o que demarcou um aumento de 29,5% da população idosa no intervalo de 2012 a 2019 (IBGE, 2019).

Desse modo, um dos principais efeitos dessa transição é o consequente envelhecimento da população ativa, que poderá promover sérias transformações em vários setores, como no mercado de trabalho e demandas para as políticas públicas (Alves, Lopes & Pereira, 2019; Raffone & Hennington, 2005). À vista disso, torna-se primordial a garantia de boas condições de saúde aos idosos, para além do interesse econômico em manter os trabalhadores produtivos por mais tempo, mas também porque faz-se necessário preservar a sua autonomia física e mental, e estabelecer perspectivas de vida positivas para que esses também possam aproveitar o seu período de aposentadoria com qualidade (Chillida, 2003).

Pois, de acordo com Tuomi et al. (1997), por volta dos 45 anos de idade, se inicia um processo de diminuição da capacidade musculoesquelética e cardiorrespiratória, que são consideradas a base para a capacidade para o trabalho, podendo influenciar o aparecimento e/ou agravamento de diversos tipos de doenças e a deterioração da capacidade funcional física e mental, sendo que nessa última, destacam-se a diminuição no desempenho da memória, de percepção e na velocidade de processamento da informação.

Entretanto, essas mudanças não são sistemáticas, e deve-se considerar que o trabalhador busca compensá-las por meio do aumento da experiência, conhecimento e habilidade no ambiente de trabalho, além do vínculo consistente com o emprego, que é mais presente nos mais velhos (Tuomi, Ilmarinen, Martikainen, Aalto & Klockars 1997).

Ademais, trabalhadores com conteúdo de trabalho predominantemente físico podem apresentar piores níveis de capacidade para o trabalho, do que profissionais que lidam com conteúdos predominantemente mentais, tendo em vista as condições inadequadas de trabalho como sobrecarga de peso, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, risco de acidentes e ferramentas inapropriadas (Tuomi, Huuhtanen, Nykyri & Ilmarinen, 2001).

Outro fator que impacta negativamente a capacidade para o trabalho proveniente da organização é o estresse ocupacional, que se relaciona diretamente com o tempo de vínculo organizacional ou na profissão, pois quanto maior o tempo que o trabalhador está exposto às exigências físicas e mentais do trabalho, maior poderá ser o seu envelhecimento funcional (Ilmarinen, Tuomi & Seitsamo, 2005).

Portanto, é primordial a criação de novas iniciativas para a promoção e manutenção da capacidade para o trabalho, conceito esse que integra quatro dimensões para ação: (1) melhorias das condições de trabalho; (2) melhorias na organização e no ambiente psicossocial do trabalho; (3) promoção da saúde e dos recursos individuais do trabalhador; e (4) desenvolvimento de competência profissional (Ilmarinen, 2006).

Essa manutenção da capacidade para o trabalho, não trás apenas benefícios para o trabalhador, mas também para as empresas e a sociedade, tendo em vista que gera inúmeros resultados positivos, como o aumento da produtividade, da eficiência no trabalho, do tempo trabalhado, reduz o absenteísmo e o excedente de pessoal (Bergström, Kaleva & Koskinen, 1998). E que esses produzem outros efeitos secundários, tais como, o aumento da rentabilidade e competitividade da empresa, aumento da taxa de emprego e, destacadamente, a redução dos

gastos com assistência à saúde, mortes prematuras, pensões por invalidez e aposentadorias precoces. E de acordo com Liira et al. (2002), os custos das ações de promoção com o objetivo de prevenir doenças e acidentes é menor do que o custo necessário para os tratamentos.

Estudos realizados pelo Programa Nacional Finlandês para Trabalhadores em Envelhecimento (Finnish National Programme for Ageing Workers), identificaram que ações realizadas de 1998 a 2001 resultaram em melhorias no ambiente e na organização do trabalho, na competência profissional e no apoio à saúde e recursos pessoais dos trabalhadores. E que essas ações também foram consideradas lucrativas para cerca de 85% das organizações (Peltomäki, Husman 2002).

Por fim, a capacidade para o trabalho tornou-se um importante indicador dos aspectos relativos à saúde, bem-estar psicossocial, competência do trabalhador e condições e organização do trabalho. E de acordo com Martinez, Latorre e Fischer (2010), alguns estudos vem mostrando que as características individuais dos trabalhadores (sexo, idade, escolaridade e estado civil), estilos de vida e aspectos da organização (satisfação no trabalho, tempo no serviço, cargo, turno, autonomia e controle) possuem forte impacto na capacidade para o trabalho, assim como, na capacidade física, estado de saúde e qualidade de vida.

Portanto, investir na promoção e manutenção da capacidade para o trabalho pode impactar positivamente a determinação em saúde, bem-estar e empregabilidade dos profissionais e com benefícios sociais e organizacionais.

### **3. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo geral**

O objetivo dessa pesquisa é investigar a relação entre resiliência, estresse ocupacional e a capacidade para o trabalho em profissionais da saúde que atuam no cuidado direto a pacientes com COVID-19.

### **3.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar os dados sociodemográficos e de contexto de trabalho dos profissionais de saúde na linha de frente a COVID-19;
- Averiguar os níveis de Estresse ocupacional e Capacidade para o trabalho em profissionais da saúde lotados em unidades de tratamento a pacientes com COVID-19.
- Analisar a Resiliência de profissionais de saúde atuando na linha de frente da pandemia.
- Correlacionar e concatenar o grupo de dados sociodemográficos com os aspectos globais dos constructos.

## **4. Método**

### **4.1. Aspectos metodológicos**

Trata-se de um estudo exploratório quantitativo, transversal e correlacional. O estudo exploratório estabelece os critérios para a elaboração de uma pesquisa e visa a elucidação de fenômenos, oferecendo informações e orientando a formulação de hipóteses (Cervo e Silva, 2006). E sendo correlacional, busca investigar a relação de correspondência entre duas ou mais variáveis e permite que o pesquisador faça inferências para os escores correlacionados, entretanto com a impossibilidade de estabelecimento de uma relação causa-efeito (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2012). E o corte transversal objetiva a coleta de informações em um único momento a partir de sujeitos sob condições variadas, esperando que sejam significativas para a mudança (Breakwell, Fife-Schaw, Hammond & Smith, 2010). Ademais, também optou-se pela análise de agrupamento ou clusterização, que tem por objetivo agrupar um conjunto de informações contidas em variáveis categoriais-descritivas, obtendo



uma visualização de grupos, possibilitando a concatenação de informações, grupo de variáveis e suas modalidades que dão origem aos *clusters* (Prestes, 2014).

## 4.2. Participantes

Os participantes foram profissionais de saúde de diferentes categorias, entre esses enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, e que atuam na assistência direta ao paciente com COVID-19, vinculados a um hospital da cidade de Natal, o Hospital Giselda Trigueiro, que é a unidade de referência da Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap) desde o início da pandemia. A instituição conta hoje com 35 leitos regulados para casos de COVID-19, nos setores de UTI, Pronto-Socorro e Misto-3. Até o fim de março/2021, recebeu 1140 pacientes e teve 245 óbitos registrados (SESAP, 2021). Foram definidas essas categorias profissionais específicas, em virtude do momento de realização do estudo (setembro e outubro de 2020), no qual, apenas esses profissionais tinham acesso irrestrito às unidades de tratamento dos pacientes.

Os participantes foram contactados por meio virtual através de e-mail e divulgação institucional. Como critérios de inclusão: (a) profissional da saúde com vínculo ativo na instituição, (b) Profissional a partir de 18 anos de idade, independente de raça, classe ou grupo social; (c) estar na equipe de “linha de frente” no cuidado a pacientes com COVID-19; (d) ser técnico de enfermagem, médico, enfermeiro e fisioterapeuta; (e) ser lotado na enfermaria do Misto 3, Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva-UTI da instituição, que são as unidades que recebem pacientes com COVID-19 na instituição e que os profissionais alternam nas suas escalas de trabalho. E os critérios de exclusão são: (a) Não atuar no cuidado direto ao paciente; (b) profissional de outros setores do hospital e de outras categorias profissionais, fora as já especificadas, que durante a coleta não tinham contato com pacientes com COVID-19; (c) profissionais afastados por licença de saúde durante o período da coleta.

Para cálculo da amostra, utilizou-se o número de funcionários registrados no censo do setor de Unidade de Terapia Intensiva – UTI, Pronto Socorro e da enfermagem do Misto 3, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas e em atividade no ano de 2020. O censo de Abril do corrente ano registrou 120 funcionários, o que foi considerado o N da amostra. Utilizando amostragem aleatória estratificada, e considerando nível de confiança de 95% com margem de erro de 5%, foi considerado necessário uma amostra de 90 funcionários da UTI pacientes. Por fim, conseguiu-se atingir a participação efetiva de 91 profissionais da linha de frente à COVID-19, que aceitaram participar da pesquisa e completaram todos os instrumentos, sendo esse número a amostra final do presente estudo.

### **4.3. Protocolos e Instrumentos**

#### *4.3.1. Questionário Sociodemográfico*

Inclui dados como categoria profissional, idade, sexo, naturalidade, escolaridade, situação conjugal, número de filhos, religião, renda familiar, atividades de lazer, prática de esportes e/ou exercício físico, assim como, tempo de formado, rotina e carga horária de trabalho e se recebeu treinamento para atuar com pacientes com COVID-19.

#### *4.3.2. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10)*

Originalmente o instrumento CD-RISC foi desenvolvido por Connor e Davidson (2003) com 25 itens para avaliar o fenômeno da resiliência designado em cinco fatores: (a) competência pessoal; (b) confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade; (c) aceitação positiva da mudança; (d) autocontrole e (e) influência espiritualidade (Solano, 2016). Posteriormente, Campbell-Sills e Stein (2007) revalidaram-na por meio de análise fatorial confirmatória e estabeleceram a sua versão reduzida, a CD-RISC-10, na qual foi identificada uma estrutura unifatorial, sendo esse fator único denominado de resiliência, e composta por 10 itens.

Para a presente pesquisa, foi selecionada a versão da CD-RISC-10, pois, proporciona essencialmente os mesmos dados que a escala completa (Lopes & Martins, 2011), ao passo que simplifica o processo de preenchimento por parte dos respondentes. Os itens da escala condensada avaliam a percepção dos indivíduos sobre a sua capacidade de adaptar-se à mudança, de superar obstáculos, de recuperar-se após doenças e/ou outras dificuldades (Campbell-sills & Stein, 2007).

O instrumento consiste em 10 afirmações que descrevem diferentes aspectos da resiliência: Flexibilidade (1;5), Senso de autoeficácia (2;4;9), Capacidade de regular a emoção (10), Otimismo (3;6;8) e Foco cognitivo/manter a atenção sob estresse (7). E se trata de uma medida de autorrelato na qual as respostas variam numa escala de 0 (“nunca é verdade”) até 4 (“sempre é verdade”), e o resultado é dado pela soma da pontuação em cada item, podendo atingir até 40 pontos, pelo qual, pontuações elevadas indicam uma alta resiliência e baixos escores sugerem baixa resiliência ou maior dificuldade em se recuperar da adversidade.

#### *4.3.3. Escala de Estresse no Trabalho*

A escala foi elaborada e validada por Paschoal e Tamayo (2004) num estudo com trabalhadores de organizações públicas e privadas, e trata-se de uma medida geral do estresse ocupacional, composta por 23 itens que foram criados com base na literatura sobre estressores organizacionais de natureza psicossocial e em reações psicológicas ao estresse ocupacional (Paschoal, 2004), devido à concepção de que a percepção do indivíduo atua como mediadora do impacto do ambiente de trabalho (Jex, 1998).

Trata-se de um instrumento de estresse ocupacional geral, de fácil aplicação e que pode ser aplicado em diversos contextos de trabalho e diferentes ocupações. No estudo original de construção e validação da escala, observou-se que essa é formada por um único fator que agrupa estressores e reações emocionais diversas.

Os itens são dispostos em uma escala likert de cinco pontos: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (concordo em parte), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente). Os escores de estresse são calculados a partir da soma das pontuações marcadas em cada item, e quanto maior a pontuação, maior o estresse ocupacional, de modo que: Baixo nível de estresse percebido (<2,5); Médio/Considerável nível de estresse percebido (=2,5) e Alto nível de estresse percebido (>2,5). Ademais, a escala conta com cinco dimensões: (1) Autonomia e controle; (2) Papéis e ambiente de trabalho; (3) Relacionamento com o chefe; (4) Relacionamento interpessoal e (5) Crescimento e valorização

E segundo Paschoal e Tamayo (2004), o instrumento possui características psicométricas satisfatórias, apresentando um alfa de *Cronbach* de 0,91, e pode contribuir para estudos sobre o fenômeno, bem como, para o diagnóstico do ambiente organizacional.

#### 4.3.4. Índice de Capacidade para o Trabalho

O instrumento foi desenvolvido por um grupo multidisciplinar do Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH). Trata-se de um constructo complexo que aborda a interrelação entre o volume de atividades físicas e mentais, a avaliação subjetiva do estado de saúde e a capacidade funcional dos trabalhadores em determinadas condições sociais e organizacionais (Tuomi et al., 1998; Ilmarinen, 1999).

Ele permite avaliar a capacidade para o trabalho a partir da percepção do próprio trabalhador, por meio de 10 itens que abarcam sete dimensões: (1) “capacidade para o trabalho atual e comparada com a melhor de toda a vida”; (2) “capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho”; (3) “número atual de doenças autorreferidas e diagnosticadas por médico”; (4) “perda estimada para o trabalho devido a doenças”; (5) “faltas ao trabalho por doenças”; (6) “prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho”; e (7) “recursos mentais” (Dias, 2009). O resultado dessas dimensões fornece uma medida da capacidade para

o trabalho que varia de 7 a 49 pontos, que classifica a sua CT em quatro categorias, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Classificação dos escores da Capacidade para o Trabalho

Pontos	Capacidade para o Trabalho	Objetivos das medidas
7-27	Baixa	Restaurar a capacidade para o Trabalho
28-36	Moderada	Melhorar a capacidade para o Trabalho
37-43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44-49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

O questionário tem sido utilizado para identificar precocemente situações de perda da capacidade laboral, auxílio na prevenção de doenças, manutenção da saúde dos trabalhadores e na melhoria da qualidade de vida no trabalho (Umann, 2017). Além disso, O ICT já foi traduzido para mais de vinte línguas, e tem sido utilizado mundialmente para identificar fatores associados ao envelhecimento precoce no trabalho em diversas profissões. A versão brasileira do instrumento apresentou propriedades psicométricas satisfatórias com relação à validade de constructo, de critério e de confiabilidade com um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,72 (Martinez, Latorre & Fischer, 2009).

#### 4.4. Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com o parecer de nº 4.334.371, sob nº do CAAE 37761520.7.0000.5537 em concordância com as diretrizes da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A participação dos profissionais foi voluntária, sendo formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma virtual pelos participantes, documento que contém as informações sobre a natureza da

pesquisa, a identificação dos pesquisadores, riscos e benefícios envolvidos e a confidencialidade.

## **4.5. Procedimentos**

### *4.5.1. Coleta de Dados*

Os dados foram coletados por meio de *survey online* da plataforma *google forms*, com os profissionais de saúde, em virtude da impossibilidade de pesquisas presenciais durante o período de quarentena da COVID-19 no Brasil (considerando a Declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional pela OMS, em 30 de janeiro de 2020; Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020, do MS, que declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional [ESPIN]; a Portaria nº 343, do MEC, de 17 de março de 2020; e as recomendações do Comitê COVID-19, instituído pela Portaria nº 414/2020- R da UFRN).

Os participantes que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE (também *online*), receberam um e-mail com link privado do formulário contendo as escalas utilizadas na pesquisa e o questionário sociodemográfico.

### *4.5.2. Análise dos Dados*

Os dados coletados foram sistematizados em banco de dados no formato Excel versão 2017, e para a aplicação dos testes, utilizou-se o software estatístico livre R na versão 4.2.0. As variáveis qualitativas foram categorizadas e analisadas por meio da estatística descritiva, especialmente em relação às medidas de frequências absolutas e relativas, porcentagens, tendência central e dispersão dos dados, como mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Realizou-se a verificação da normalidade dos dados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, e encontrou-se que quase todas as dimensões em estudo não possuem distribuição normal, exceto para autonomia e controle, papéis e ambiente de trabalho e EET. Entretanto, considera-se que os dados são provenientes de uma amostra suficientemente grande, e adotando

o teorema do limite central, assumiu-se que o pressuposto de normalidade não tem interferência na análise dos resultados, e dessa forma, foram aplicados testes estatísticos paramétricos

Quanto à comparação do perfil sociodemográfico com os instrumentos estudados, aplicou-se os testes estatísticos t de Student, Análise de Variância – ANOVA e de Quiquadrado. E para a realização da correlação entre os instrumentos utilizou-se o teste de Pearson e análise multidimensional de agrupamento, ou análise de cluster, com os índices globais dos instrumentos.

Para todos os testes estatísticos utilizados, adotou-se o nível de significância de 5%.

## **5. Resultados e discussão**

A seguir serão apresentados os resultados dos dados obtidos no estudo. Para uma maior clareza da caracterização da amostra, esses serão dispostos em seções, buscando o cumprimento dos objetivos referidos nesta pesquisa, conforme descrição na seção dos objetivos geral e específicos.

### **5.1. Objetivo específico 1: Caracterizar os dados sociodemográficos e de contexto de trabalho dos profissionais de saúde na linha de frente a COVID-19.**

A amostra foi composta por 91 profissionais de saúde da “linha de frente” no tratamento de pacientes com casos confirmados ou suspeitos de COVID-19, de um hospital de referência para o enfrentamento da pandemia no estado do Rio Grande do Norte. Dentre esses, a categoria profissional com mais respondentes foi a de enfermeiros (30,77%, n=28), seguido de técnicos de enfermagem com 28,57% (n=26), médicos com 24,18% (n=22) e por fim, fisioterapeutas com 16,48% (n=15). Houve uma predominância de declarantes do gênero feminino (64,84%), frente a 35,16% do gênero masculino. Assim, a amostra se apresentou condizente com o estudo de Wermelinger, Machado, Tavares, Oliveira e Moysés (2010) que refere o setor de saúde como marcado pela divisão sexual do trabalho e feminização da atividade, onde há uma forte

ocupação de mulheres, que tem se tornado a principal força de trabalho nesse meio, atuando nas funções voltadas para o cuidado, por essa prática profissional se assemelhar às atividades realizadas no cotidiano familiar.

Quanto à idade, o grupo foi organizado em cinco faixas etárias: a) de 18 a 29 anos com 36,26% dos participantes; b) de 30 a 39 anos que foi a maior parcela com 52,75%; c) 40 a 49 anos com 7,69%; d) de 50 a 59 anos com 3,3% e finalmente e) com 60 anos ou mais, que não teve nenhum respondente, o que está de acordo com a recomendação da Medida Provisória 927/2020 e com a Portaria 454 de março de 2020 que preconizam que as pessoas com mais de 60 anos devem observar o distanciamento social, restringindo seus deslocamentos para a realização de atividades estritamente necessárias, pois compõem o chamado grupo de risco, sendo recomendado o afastamento do trabalho presencial.

Outro aspecto avaliado foi o estado civil, o qual, 51,65% dos respondentes se declararam solteiro, 31,87% encontram-se casados, 9,89% em união estável e 6,59% são separados/divorciados. Os participantes também foram questionados sobre com quem moram, e nesse item eles podiam marcar mais de uma opção de modo que, houve destaque para a moradia com o cônjuge (48,35%), seguido por viver com os filhos (31,87%), (25,27%) com seus pais e apenas 19,78% declararam morar sozinhos. E de acordo com estudos realizados durante os surtos de SARS e MERS, ter um bom suporte familiar, atua como fator protetor para os profissionais da saúde, além de ser associado com melhores resultados de saúde mental (Kisely et al., 2020).

Já com relação aos aspectos socioeconômicos, houve uma discreta predominância de uma renda de 2 até 4 salários mínimos (43,96%), seguido de 42,86% que recebem acima de 4 salários mínimos e 13,19% que possuem renda de até 2 salários mínimos. Vale salientar que a área da saúde é caracterizada por uma desigualdade nas relações de trabalho, assim como pela disparidade salarial. Há uma hierarquia instaurada nas relações entre médicos e enfermeiros,



entre enfermeiros e técnicos de enfermagem e também com os outros profissionais envolvidos no cuidado (Teixeira et al., 2020) que se reflete na remuneração, e que foi evidenciado nesse estudo, onde, dentre os participantes, a maior parte da categoria médica (86,36%) recebe acima de 4 SM, ao passo que, menos da metade dos enfermeiros (39,28%), consegue atingir essa mesma faixa salarial.

Todos esses dados sociodemográficos e o perfil dos participantes foram descritos na Tabela 2:

<b>Tabela 2: Características sociodemográficas</b>			
	<b>Perfil do entrevistado</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>	Feminino	59	64,84
	Masculino	32	35,16
<b>Faixa etária</b>	18 a 29 anos	33	36,26
	30 a 39 anos	48	52,75
	40 a 49 anos	7	7,69
	50 a 59 anos	3	3,30
<b>Cargo exercido</b>	Enfermeiro	28	30,77
	Técnico de Enfermagem	26	28,57
	Médico	22	24,18
	Fisioterapeuta	15	16,48
<b>Tempo de atuação no cargo</b>	Até 5 anos	63	69,23
	Acima de 5 anos	28	30,77
<b>Grau de escolaridade</b>	Ensino Médio Completo	20	21,98
	Ensino Superior Completo	19	20,88
	Pós-Graduado	52	57,14
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	47	51,65
	Casado(a)	29	31,87
	União estável	9	9,89
	Separado(a) / divorciado(a)	6	6,59
<b>Com quem reside (Múltipla Resposta)</b>	Cônjuge	44	48,35
	Filhos	29	31,87
	Pais	23	25,27
	Sozinho	18	19,78
	Outros	4	4,40
<b>Renda salarial</b>	Até 2 salários mínimos	12	13,19
	Mais de 2 até 4 salários mínimos	40	43,96
	Acima de 4 salários mínimos	39	42,86
<b>Tempo de formação</b>	Até 5 anos	48	52,75
	Acima de 5 anos	43	47,25
<b>Carga horária de trabalho</b>	Até 40 h/semana	37	40,66
	Acima de 40 h/semana	54	59,34
<b>Praticante de atividades de lazer regularmente</b>	Não	26	28,57
	Sim	65	71,43
	<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100,00</b>

### 5.1.1 - Formação e contexto de trabalho na pandemia

No que concerne ao tempo desde a conclusão da formação, a maior parte dos profissionais possui de 1 a 5 anos de formado (52,75%), enquanto 35,2% tem entre 6 a 10 de formação e por fim, 12% dos participantes variam entre 11 anos chegando até a 27 anos de experiência. Vale salientar que no momento de realização do estudo, já estava em vigor no estado, o Recrutamento para Contratação Temporária de Excepcional Interesse Público para cumprimento do Plano de Contingência Hospitalar para o enfrentamento da pandemia, o que reflete na predominância de profissionais recém-formados no quadro funcional.

Quanto à carga horária de trabalho, a atuação em saúde é reconhecida por uma alta carga de trabalho, sobrecarga com atividades complexas, o sistema de plantões e mais de um vínculo empregatício (McHugh, Ma, 2014). Fato semelhante foi observado nessa amostra, na qual 40,66% trabalha até 40 horas por semana, enquanto que 59,34% supera essa carga horária semanal, sendo 108 horas/semana a maior carga horária declarada por um dos profissionais. Conforme apresentado na Tabela 3. Essas longas jornadas de trabalho são alarmantes e possuem um potencial nocivo ao bem-estar e saúde mental dessas pessoas, pois podem gerar aumento do estresse, alterações no ciclo circadiano e/ou insônia, ansiedade, além de afetar a atenção, o entendimento e o processo de tomada de decisões que são essenciais para a realização de suas atividades (Teixeira et al., 2020).

Tabela 3: Estatística descritiva do tempo de atuação e de formação										
Variável	Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	IQ	Média	DP	CV	Valor-p
Tempo de atuação (em anos)	0,00	28,00	1,00	2,00	6,00	5,00	5,09	5,89	115,82	<0,001
Tempo de formação (em anos)	1,00	27,00	3,00	5,00	8,00	5,00	6,58	4,94	75,08	<0,001
Carga horária (H/semana)	24,00	108,00	30,00	60,00	60,00	30,00	51,82	18,50	35,69	<0,001

Por conseguinte, passando para os aspectos referentes à atuação dos profissionais que se encontram na assistência direta a pacientes com COVID-19, esse é considerado o grupo com um risco elevado de contaminação pela doença, em virtude do alto grau de exposição cotidiana ao vírus. Um estudo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em setembro de 2020, revelou que a Região das Américas possui o maior contingente de profissionais da saúde infectados de todo o mundo, são quase 570 mil profissionais com casos confirmados e mais de 2500 óbitos (OPAS, 2020).

Dessa forma, o medo é uma presença constante entre os profissionais, e nesse estudo 59,34% dos participantes relataram ter medo de contrair a doença no seu trabalho (40,66% referem não ter medo), e também 59,34% se avaliam apenas moderadamente preparados para dar assistência aos pacientes com COVID-19 (9,89% se sentem ligeiramente preparados e 30,77% muito preparados). Todavia, a quase totalidade (98,9%) dos sujeitos afirmaram possuir acesso aos equipamentos de proteção individual necessários para a realização de suas atividades, e 82,42% afirmaram participar de treinamentos ofertados no ambiente de trabalho sobre como se portar diante da pandemia e protocolos para a assistência. Todos esses dados foram reunidos na Tabela 4

Esses dados demonstram uma certa contradição do esperado, pois a expectativa é que esses aspectos, de educação em serviço e equipamentos de proteção, funcionassem como fatores protetivos e de promoção de uma maior segurança para os profissionais para a realização de suas atividades. Conforme Chen et al. (2020), que encontrou que o amplo acesso e regras bem discriminadas sobre o uso e gerenciamento dos EPIs, assim como treinamento especializado sobre o manuseio dos pacientes com COVID-19, podem reduzir a ansiedade proveniente da falta de familiaridade e da noção de falta de controle dos perigos envolvidos

<b>Tabela 4: Aspectos profissionais relacionado ao Covid-19</b>			
	<b>Resposta</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>%</b>
<b>No local de trabalho tenho acesso a Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)?</b>	Sim	90	98,90
	Não	1	1,10
<b>No meu trabalho participo de treinamentos sobre como me comportar diante do cenário da pandemia do COVID-19.</b>	Sim	75	82,42
	Não	16	17,58
<b>Medo de contrair o COVID 19.</b>	Sim	54	59,34
	Não	37	40,66
<b>Sinto que estou preparado para trabalhar e dar assistência aos pacientes com COVID-19</b>	Levemente preparado	9	9,89
	Moderadamente preparado	54	59,34
	Muito preparado	28	30,77
<b>Total</b>		<b>91</b>	<b>100,00</b>

## **5.2. Objetivo específico 2: Averiguar os níveis de Estresse ocupacional e Capacidade para o trabalho em profissionais da saúde lotados em unidades de tratamento a pacientes com COVID-19.**

Partindo da relação do estresse organizacional com as características sociodemográficas dos participantes, através do teste t de Student e ANOVA, evidenciou-se uma relação significativa entre o estresse com o cargo exercido e com o medo de contrair a COVID-19, de forma que os profissionais fisioterapeutas e médicos, e os profissionais que declararam não possuir medo de contrair a doença, apresentaram um baixo nível de estresse no trabalho, enquanto os técnicos de enfermagem e enfermeiros foram as categorias que apresentaram um maior índice de estresse percebido, 2,60 e 2,59, respectivamente, caracterizando um alto estresse. Conforme Tabela 5.

Alguns estudos já apontam o fenômeno do estresse ocupacional como frequentemente relacionado à atuação dos profissionais de enfermagem (Araújo-dos-Santos et al., 2018; Stacciarini & Tróccoli, 2000). Santos, Santos, Silva e Passos (2017), conduziu uma pesquisa exclusivamente com enfermeiros (n=42) e técnicos de enfermagem (n=63), e encontrou que 47,7% e 52,3%, respectivamente, apresentavam estresse moderado/alto. Enquanto que Beneti (2013), observou diferença entre os níveis de estresse entre essas duas categorias, indicando que os enfermeiros apresentaram um nível de estresse mais alto do que os técnicos, associando esses achados às atividades gerenciais e assistenciais que esses desenvolvem.

Tabela 5: Comparação do EET com as características gerais dos profissionais

Caracterização geral		EET									Valor-p
		Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	IQ	Média	DP	CV	
Sexo	Feminino	1,04	5,00	1,78	2,43	3,43	1,65	2,53	0,96	37,99	0,137 <sup>(1)</sup>
	Masculino	1,00	3,78	1,59	2,33	2,78	1,20	2,24	0,73	32,45	
Idade	18 a 29 anos	1,30	5,00	1,65	2,17	2,83	1,17	2,42	0,96	39,58	0,995 <sup>(2)</sup>
	30 a 39 anos	1,00	4,22	1,80	2,48	2,83	1,02	2,43	0,89	36,45	
	Acima de 39 anos	1,48	3,57	1,57	2,50	2,87	1,30	2,45	0,78	32,03	
Cargo exercido	Enfermeiro	1,04	4,09	1,65	2,67	3,65	2,00	2,59 <sup>A</sup>	0,96	37,00	0,028 <sup>(2)</sup>
	Fisioterapeuta	1,04	2,70	1,13	1,61	2,57	1,43	1,82 <sup>B</sup>	0,61	33,70	
	Médico	1,00	3,57	1,83	2,61	2,87	1,04	2,44 <sup>AB</sup>	0,74	30,28	
	Téc. de Enfermagem	1,52	5,00	1,87	2,46	2,74	0,87	2,60 <sup>A</sup>	0,96	37,08	
Renda salarial	Até 2 S.M	1,09	4,83	1,63	1,87	3,33	1,70	2,42	1,26	52,29	0,844 <sup>(2)</sup>
	Mais de 2 até 4 S.M	1,04	5,00	1,80	2,48	2,83	1,02	2,49	0,89	35,62	
	Acima de 4 S.M	1,00	4,04	1,61	2,43	2,87	1,26	2,37	0,78	33,04	
Tempo de atuação no cargo	≤ 5 anos	1,00	5,00	1,70	2,26	2,87	1,17	2,42	0,92	37,94	0,921 <sup>(1)</sup>
	> 5 anos	1,09	4,22	1,78	2,48	2,87	1,09	2,44	0,85	34,72	
Grau de estudo	Ensino Médio	1,57	5,00	1,91	2,48	3,13	1,22	2,73	1,04	37,96	0,107 <sup>(2)</sup>
	Ensino Superior	1,00	3,43	1,52	2,13	2,52	1,00	2,12	0,78	36,72	
	Pós-Graduado	1,04	4,09	1,61	2,57	2,87	1,26	2,43	0,85	35,08	
Estado civil	Solteiro	1,04	5,00	1,70	2,17	2,87	1,17	2,40	0,92	38,50	0,711 <sup>(1)</sup>
	Casado	1,00	4,83	1,78	2,50	2,87	1,09	2,47	0,86	34,79	
Pratica atividades de lazer regularmente	Não	1,00	5,00	1,70	2,70	3,43	1,74	2,70	1,06	39,31	0,067 <sup>(1)</sup>
	Sim	1,04	4,22	1,70	2,17	2,78	1,09	2,32	0,80	34,48	
Tempo de formação	≤ 5 anos	1,00	5,00	1,63	2,13	2,70	1,07	2,30	0,94	41,04	0,132 <sup>(1)</sup>
	> 5 anos	1,09	4,09	1,96	2,57	3,43	1,48	2,58	0,82	31,83	
Carga horária	≤ 40 h/semana	1,04	4,09	1,65	2,22	2,87	1,22	2,37	0,87	36,78	0,607 <sup>(1)</sup>
	> 40 h/semana	1,00	5,00	1,74	2,48	2,87	1,13	2,47	0,91	37,00	
No trabalho participo de treinamentos sobre como me comportar diante do cenário da pandemia	Não	1,57	4,83	2,15	2,61	3,28	1,13	2,80	0,94	33,65	0,067 <sup>(1)</sup>
	Sim	1,00	5,00	1,65	2,17	2,83	1,17	2,35	0,87	36,96	
Sinto que estou preparado para trabalhar e dar assistência aos pacientes com COVID-19.	Ligeiramente preparado	1,09	3,52	1,48	2,13	2,70	1,22	2,04	0,82	40,31	0,151 <sup>(2)</sup>
	Moderadamente preparado	1,04	5,00	1,87	2,48	3,43	1,57	2,57	0,91	35,39	
	Muito preparado	1,00	4,83	1,59	2,24	2,83	1,24	2,28	0,85	37,28	
Medo de contrair COVID-19.	Não	1,00	4,22	1,57	2,13	2,57	1,00	2,15	0,83	38,37	0,013 <sup>(1)</sup>
	Sim	1,09	5,00	1,87	2,57	3,04	1,17	2,62	0,90	34,19	

Fonte: Pesquisa 2021 IQ: Intervalo Interquartilico. DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação

(1) Teste t de Student (2) Análise de Variância – Anova. As médias seguidas pela mesma letra não diferem estatisticamente entre si.

Além disso, através do teste t de Student, encontrou-se diferença estatística entre as dimensões da escala utilizada com os aspectos sociodemográficos, conforme seguinte distribuição: Autonomia e controle, e Papéis e ambientes de trabalho tiveram uma pontuação maior, e Relacionamento com o chefe e Crescimento e valorização obtiveram uma menor pontuação.

Quanto à Autonomia e controle, que referem à autonomia do trabalhador com relação às decisões e aos métodos de trabalho. A dimensão apresentou diferença estatística com o grau de escolaridade e o medo de contrair a doença. Onde os profissionais com ensino superior ou pós-graduação e os que não relatam medo de contrair COVID-19 apresentaram um menor estresse.

Por conseguinte, o quesito Papéis e ambiente de trabalho, que abarca o conflito e ambiguidade de funções, se relacionou com o cargo exercido, grau de escolaridade, tempo de formação e o medo de contrair a doença. De forma que, os profissionais fisioterapeutas e médicos, com ensino superior ou pós-graduação, tempo de formação de até 5 anos e que não relatam medo, tiveram um menor índice de estresse nessa dimensão.

E no que concerne ao relacionamento com o chefe, esse apresentou diferença estatística com os mesmos aspectos da dimensão anterior e também com sentir-se ligeiramente preparado ou muito preparado para dar assistência aos pacientes com COVID-19, de modo que esses, apresentaram um menor estresse.

Adiante, a dimensão de relacionamento interpessoal teve diferença estatística com o cargo exercido e o medo de contrair COVID-19, sendo os fisioterapeutas e que não tem medo de contrair a doença, os que apresentaram menor índice nesse quesito. E por último, a dimensão de Crescimento e valorização se relacionou com a participação de treinamentos no ambiente de trabalho e a prática regular de atividades de lazer, ambos apresentando um menor estresse percebido nessa dimensão.

Em suma, a partir da pontuação ponderada das afirmativas da EET, a média total de classificação do estresse no trabalho entre os participantes foi de 2,43 indicando que os profissionais de saúde desse estudo apresentam um baixo índice na Escala de Estresse no Trabalho. E de modo geral, na classificação do estresse ocupacional percebido dentre a nossa amostra total, 38,46% (n=35) apresentaram baixo estresse, 54,95% (n=50) com estresse moderado e somente 6 sujeitos (6,59%) com alto estresse, indicando a necessidade de intervenções e cuidados no ambiente de trabalho. A tabela 6 expõe a distribuição do nível de estresse de acordo com os dados sociodemográficos dos profissionais.

Tabela 6: Classificação da EET segundo as características gerais dos profissionais						
Caracterização geral		Classificação da EET			Valor-p	Razão de Chance [IC95%]
		Baixo estresse	Moderado/ Alto estresse	Total		
Sexo	Feminino	35,59% (n=21)	64,41% (n=38)	100,00% (n=59)	0,445	0,71 [0,29 ; 1,71]
	Masculino	43,75% (n=14)	56,25% (n=18)	100,00% (n=32)		
Idade	18 a 29 anos	48,48% (n=16)	51,52% (n=17)	100,00% (n=33)	0,164	---
	30 a 39 anos	33,33% (n=16)	66,67% (n=32)	100,00% (n=48)		
	Acima de 39 anos	30,00% (n=3)	70,00% (n=7)	100,00% (n=10)		
Cargo exercido	Enfermeiro	35,71% (n=10)	64,29% (n=18)	100,00% (n=28)	0,308	---
	Fisioterapeuta	60,00% (n=9)	40,00% (n=6)	100,00% (n=15)		
	Médico	31,82% (n=7)	68,18% (n=15)	100,00% (n=22)		
	Téc. de Enfermagem	34,62% (n=9)	65,38% (n=17)	100,00% (n=26)		
Renda salarial	Até 2 S.M	58,33% (n=7)	41,67% (n=5)	100,00% (n=12)	0,291	---
	Mais de 2 até 4 S.M	35,00% (n=14)	65,00% (n=26)	100,00% (n=40)		
	Acima de 4 S.M	35,90% (n=14)	64,10% (n=25)	100,00% (n=39)		
Tempo de atuação no cargo	≤ 5 anos	41,27% (n=26)	58,73% (n=37)	100,00% (n=63)	0,409	1,48 [0,58 ; 3,79]
	> 5 anos	32,14% (n=9)	67,86% (n=19)	100,00% (n=28)		
Grau de estudo	Ensino Médio	35,00% (n=7)	65,00% (n=13)	100,00% (n=20)	0,901	---
	Ensino Superior	42,11% (n=8)	57,89% (n=11)	100,00% (n=19)		
	Pós-Graduado	38,46% (n=20)	61,54% (n=32)	100,00% (n=52)		
Estado civil	Solteiro	43,40% (n=23)	56,60% (n=30)	100,00% (n=53)	0,253	1,66 [0,69 ; 3,98]
	Casado	31,58% (n=12)	68,42% (n=26)	100,00% (n=38)		
Pratica atividades de lazer regularmente	Não	30,77% (n=8)	69,23% (n=18)	100,00% (n=26)	0,340	0,63 [0,24 ; 1,65]
	Sim	41,54% (n=27)	58,46% (n=38)	100,00% (n=65)		
Tempo de formação	≤ 5 anos	47,92% (n=23)	52,08% (n=25)	100,00% (n=48)	0,050	2,38 [0,99 ; 5,70]
	> 5 anos	27,91% (n=12)	72,09% (n=31)	100,00% (n=43)		
Carga horária	≤ 40 h/semana	43,24% (n=16)	56,76% (n=21)	100,00% (n=37)	0,438	1,40 [0,60 ; 3,31]
	> 40 h/semana	35,19% (n=19)	64,81% (n=35)	100,00% (n=54)		
No trabalho participo de treinamentos sobre como me comportar diante do cenário da pandemia	Não	25,00% (n=4)	75,00% (n=12)	100,00% (n=16)	0,223	0,47 [0,14 ; 1,60]
	Sim	41,33% (n=31)	58,67% (n=44)	100,00% (n=75)		
Sinto que estou preparado para trabalhar e dar assistência aos pacientes com COVID-19.	Ligeiramente preparado	44,44% (n=4)	55,56% (n=5)	100,00% (n=9)	0,909	---
	Moderadamente preparado	37,04% (n=20)	62,96% (n=34)	100,00% (n=54)		
	Muito preparado	39,29% (n=11)	60,71% (n=17)	100,00% (n=28)		
Medo de contrair COVID-19.	Não	45,95% (n=17)	54,05% (n=20)	100,00% (n=37)	0,224	1,70 [0,72 ; 4,01]
	Sim	33,33% (n=18)	66,67% (n=36)	100,00% (n=54)		

Ademais, cabe destaque aos profissionais da enfermagem, que de acordo com Araújo-Santos et al (2018), são esses, a maior parte da mão de obra no campo da saúde. E que

nesse estudo, pontuaram acima dessa média geral, obtendo 2,60 (técnicos de enfermagem) e 2,59 (enfermeiros), tipificando um alto estresse entre essas categorias.

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2020), os profissionais da enfermagem enfrentam problemas associados a sobrecarga e más condições de trabalho, falta de recursos e a baixa valorização profissional, assim como, sofrem com preconceito de gênero, liderança, regulamentação e o desempenho de múltiplas funções. Além do seu papel primordial no enfrentamento da pandemia, pois, assim como atuam no cuidado direto dos pacientes com COVID-19, os enfermeiros também são responsáveis pelas estratégias de conscientização e educação em serviço, como o uso correto dos EPI, organização do tráfego de resíduos hospitalares, entre outros (Newby, Mabry, Carlisle, Olson, Lane, 2020).

Esses aspectos possuem reflexos nesses profissionais, podendo impactar a sua saúde mental e estresse ocupacional, conforme encontrou-se em nossos resultados que podem servir de subsídios para ampliar a qualidade de vida no trabalho desses trabalhadores, e que cabe às instituições e políticas públicas promover medidas que proporcionem um ambiente de trabalho mais saudável e com melhores condições de saúde física e mental, que corroboram para um menor estresse.

Seguidamente, tem-se a avaliação do Índice de Capacidade para o Trabalho, que em relação aos aspectos sociodemográficos, através do teste t de Student, para um nível de significância de 5%, encontrou-se evidências de diferença estatística entre o ICT com o gênero, de modo que os profissionais do gênero feminino apresentaram um menor índice de capacidade para o trabalho entre os participantes, com uma média de 37,64 o que ainda caracteriza uma boa capacidade para o trabalho. Conforme Tabela 7.



Caracterização geral		ICT									Valor-p
		Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	IQ	Média	DP	CV	
Sexo	Feminino	22,00	47,00	32,00	38,00	43,00	11,00	37,64	5,92	15,74	<0,001 <sup>(1)</sup>
	Masculino	34,00	47,00	40,50	42,00	45,00	4,50	41,81	3,85	9,20	
Idade	18 a 29 anos	22,00	47,00	36,00	41,00	44,00	8,00	39,36	5,94	15,09	0,930 <sup>(2)</sup>
	30 a 39 anos	29,00	47,00	34,50	41,00	43,50	9,00	38,90	5,51	14,15	
	Acima de 39 anos	28,00	46,00	35,00	42,00	44,00	9,00	39,30	5,74	14,60	
Cargo exercido	Enfermeiro	29,00	46,00	32,50	39,00	43,00	10,50	37,89	5,80	15,31	0,134 <sup>(2)</sup>
	Fisioterapeuta	34,00	47,00	37,00	42,00	44,00	7,00	40,53	3,68	9,08	
	Médico	28,00	47,00	41,00	41,50	44,00	3,00	40,95	4,40	10,75	
	Téc. de Enfermagem	22,00	47,00	33,00	39,00	45,00	12,00	38,04	6,85	18,01	
Renda salarial	Até 2 S.M	22,00	46,00	32,00	38,00	43,50	11,50	37,08	7,70	20,78	0,213 <sup>(2)</sup>
	Mais de 2 até 4 S.M	28,00	47,00	34,00	39,00	44,00	10,00	38,70	5,73	14,82	
	Acima de 4 S.M	28,00	47,00	37,00	41,00	43,00	6,00	40,15	4,65	11,58	
Tempo de atuação no cargo	≤ 5 anos	22,00	47,00	34,00	41,00	44,00	10,00	38,97	5,67	14,54	0,721 <sup>(1)</sup>
	> 5 anos	28,00	47,00	35,50	42,00	44,00	8,50	39,43	5,65	14,32	
Grau de estudo	Ensino Médio	22,00	47,00	31,50	36,50	44,00	12,50	37,15 <sup>B</sup>	7,21	19,40	0,009 <sup>(2)</sup>
	Ensino Superior	37,00	47,00	41,00	42,00	44,00	3,00	42,37 <sup>A</sup>	2,59	6,10	
	Pós-Graduado	28,00	47,00	34,00	41,00	43,00	9,00	38,67 <sup>B</sup>	5,35	13,83	
Estado civil	Solteiro	28,00	47,00	35,00	41,00	44,00	9,00	39,38	5,70	14,47	0,595 <sup>(1)</sup>
	Casado	22,00	47,00	34,00	38,50	43,00	9,00	38,74	5,59	14,44	
Pratica atividades de lazer regularmente	Não	22,00	47,00	36,00	40,50	41,00	5,00	38,42	5,35	13,93	0,465 <sup>(1)</sup>
	Sim	28,00	47,00	34,00	42,00	44,00	10,00	39,38	5,76	14,62	
Tempo de formação	≤ 5 anos	22,00	47,00	37,00	41,00	44,00	7,00	39,90	5,67	14,22	0,161 <sup>(1)</sup>
	> 5 anos	28,00	47,00	34,00	39,00	42,00	8,00	38,23	5,52	14,44	
Carga horária	≤ 40 h/semana	29,00	47,00	33,00	41,00	44,00	11,00	38,81	5,85	15,07	0,677 <sup>(1)</sup>
	> 40 h/semana	22,00	47,00	37,00	41,00	43,00	6,00	39,31	5,52	14,05	
No trabalho participo de treinamentos sobre como me comportar diante do cenário da pandemia	Não	22,00	47,00	37,00	41,00	44,00	7,00	39,31	6,69	17,02	0,875 <sup>(1)</sup>
	Sim	28,00	47,00	34,00	41,00	44,00	10,00	39,07	5,43	13,90	
Sinto que estou preparado para trabalhar e dar assistência aos pacientes com COVID-19.	Ligeiramente preparado	36,00	45,00	41,00	42,00	44,00	3,00	41,33	3,08	7,46	0,164 <sup>(2)</sup>
	Moderadamente preparado	28,00	47,00	33,00	39,00	43,00	10,00	38,22	5,97	15,61	
	Muito preparado	22,00	47,00	38,00	41,00	44,00	6,00	40,11	5,36	13,37	
Medo de contrair COVID-19.	Não	29,00	47,00	36,00	41,00	44,00	8,00	39,70	4,95	12,48	0,409 <sup>(1)</sup>
	Sim	22,00	47,00	34,00	41,00	44,00	10,00	38,70	6,06	15,67	

Fonte: Pesquisa 2021 IQ: Intervalo Interquartilico DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação (1) Teste t de Student (2) Análise de Variância - Anova As médias seguidas pela mesma letra não diferem estatisticamente entre si. Aplicou-se o Teste de Bonferroni ao nível significância de 5%

E na amostra geral, a média da capacidade para o trabalho dos profissionais de saúde foi de 39,11 qualificando-se como uma boa capacidade para o trabalho. Quanto à frequência absoluta do índice dos profissionais, apenas um sujeito (1,10%) apresentou uma Baixa capacidade para o trabalho, 26 apresentaram uma Moderada CT (28,57%), a maior parte (n=40; 43,96%) com uma Boa CT e por fim, 26,37% (n=24) possuem uma Ótima capacidade para o trabalho a distribuição total dos escores é apresentada na tabela 8.

Tabela 8: Classificação o ICT segundo as características gerais dos profissionais

Caracterização geral		Classificação do ICT			Total	Valor-p
		Baixa/Moderada	Boa	Ótima		
Sexo	Feminino	37,29% (n=22)	42,37% (n=25)	20,34% (n=12)	100,00% (n=59)	0,058
	Masculino	15,63% (n=5)	46,87% (n=15)	37,50% (n=12)	100,00% (n=32)	
Idade	18 a 29 anos	27,27% (n=9)	45,46% (n=15)	27,27% (n=9)	100,00% (n=33)	0,907
	30 a 39 anos	29,17% (n=14)	45,83% (n=22)	25,00% (n=12)	100,00% (n=48)	
	Acima de 39 anos	40,00% (n=4)	30,00% (n=3)	30,00% (n=13)	100,00% (n=10)	
Cargo exercido	Enfermeiro	39,29% (n=11)	35,71% (n=10)	25,00% (n=7)	100,00% (n=28)	0,171
	Fisioterapeuta	13,33% (n=2)	60,00% (n=9)	26,67% (n=4)	100,00% (n=15)	
	Médico	13,64% (n=3)	59,09% (n=13)	27,27% (n=6)	100,00% (n=22)	
	Téc. de Enfermagem	42,31% (n=11)	30,77% (n=8)	26,92% (n=7)	100,00% (n=26)	
Renda salarial	Até 2 S.M	50,00% (n=6)	25,00% (n=3)	25,00% (n=3)	100,00% (n=12)	0,094
	Mais de 2 até 4 S.M	35,00% (n=14)	35,00% (n=14)	30,00% (n=12)	100,00% (n=40)	
	Acima de 4 S.M	17,95% (n=7)	58,97% (n=23)	23,08% (n=9)	100,00% (n=39)	
Tempo de atuação no cargo	≤ 5 anos	30,16% (n=19)	44,44% (n=28)	25,40% (n=16)	100,00% (n=63)	0,950
	> 5 anos	28,57% (n=8)	42,86% (n=12)	28,57% (n=8)	100,00% (n=28)	
Grau de estudo	Ensino Médio	50,00% (n=10)	25,00% (n=5)	25,00% (n=5)	100,00% (n=20)	0,011
	Ensino Superior	---	68,42% (n=13)	31,58% (n=6)	100,00% (n=19)	
	Pós-Graduado	32,69% (n=17)	42,31% (n=22)	25,00% (n=13)	100,00% (n=52)	
Estado civil	Solteiro	26,42% (n=14)	45,28% (n=24)	28,30% (n=15)	100,00% (n=53)	0,711
	Casado	34,21% (n=13)	42,11% (n=16)	23,68% (n=9)	100,00% (n=38)	
Pratica atividades de lazer regularmente	Não	26,92% (n=7)	61,54% (n=16)	11,54% (n=3)	100,00% (n=26)	0,058
	Sim	30,77% (n=20)	36,92% (n=24)	32,31% (n=21)	100,00% (n=65)	
Tempo de formação	≤ 5 anos	22,92% (n=11)	43,75% (n=21)	33,33% (n=16)	100,00% (n=48)	0,180
	> 5 anos	37,21% (n=16)	44,19% (n=19)	18,60% (n=8)	100,00% (n=43)	
Carga horária	≤ 40 h/semana	37,84% (n=14)	29,73% (n=11)	32,43% (n=12)	100,00% (n=37)	0,077
	> 40 h/semana	24,08% (n=13)	53,70% (n=29)	22,22% (n=12)	100,00% (n=54)	
No trabalho participo de treinamentos sobre como me comportar diante do cenário da pandemia	Não	18,75% (n=3)	56,25% (n=9)	25,00% (n=4)	100,00% (n=16)	0,482
	Sim	32,00% (n=24)	41,33% (n=31)	26,67% (n=20)	100,00% (n=75)	
Sinto que estou preparado para trabalhar e dar assistência aos pacientes com COVID-19.	Ligeiramente preparado	11,11% (n=1)	55,56% (n=5)	33,33% (n=3)	100,00% (n=9)	0,431
	Moderadamente preparado	37,04% (n=20)	38,89% (n=21)	24,07% (n=13)	100,00% (n=54)	
	Muito preparado	21,43% (n=6)	50,00% (n=14)	28,57% (n=8)	100,00% (n=28)	
Medo de contrair COVID-19.	Não	27,03% (n=10)	45,94% (n=17)	27,03% (n=10)	100,00% (n=37)	0,899
	Sim	31,48% (n=17)	42,59% (n=23)	25,93% (n=14)	100,00% (n=54)	

A manutenção de uma adequada capacidade para o trabalho está associada à boas condições de trabalho e de vida e estilos de vida mais saudáveis. De modo que, as ações voltadas para a prevenção do envelhecimento funcional precoce devem ser um objetivo das instituições, pois o problema do envelhecimento precoce é o desequilíbrio entre as capacidades funcionais e as exigências do trabalho (Tuomi et al., 1997).

Com relação às condições e fatores relacionados ao trabalho das equipes de saúde que atuam em instituições hospitalares, encontrou-se que essas, impactam negativamente a capacidade para o trabalho dos colaboradores, ocasionando na sua perda precoce, assim como, afetam a sua saúde geral e qualidade de vida (Hilleshein & Lautert, 2012; Martinez, Latorre & Fischer, 2017). Bem como, influencia a redução da produtividade, maiores índices de absenteísmo e presenteísmo, além de problemas com a rotatividade do pessoal, que dificulta e onera a gestão das instituições de saúde (Freire et al., 2015; Rosa, 2015).

Um estudo realizado por Rocha e Ruiz (2019), com médicos e equipe de enfermagem de dois hospitais, um filantrópico e outro privado, encontrou que a pontuação média do ICT foi de 42,22 (classificado como bom), e que o resultado dos médicos foi 44 pontos, ligeiramente inferior ao esperado para médicos homens, e para a enfermagem a pontuação foi acima do esperado para esses profissionais (40 para enfermeiros e 37 para técnicos).

Comparando os achados do nosso estudo com o anteriormente citado. Ambos obtiveram a mesma classificação geral, indicando boa capacidade para o trabalho entre os profissionais, entretanto com valores de média distintas. A atual pesquisa, encontrou as pontuações de 37,89 (enfermeiros), 38,04 (técnicos de enfermagem) e 40,95 (médicos), valores inferiores ao outro estudo, com exceção aos técnicos que em nossa amostra apresentaram um valor ligeiramente maior (um ponto).

Ademais, há uma escassez na produção brasileira que investigue a capacidade para o trabalho na equipe geral de saúde. Com ressalva aos poucos estudos que avaliam a CT em

médicos no Brasil (Gracino et al., 2018; Rocha & Ruiz, 2019), o destaque na literatura está para a avaliação da CT dos trabalhadores enfermagem, entre esses estudos verifica-se que em maior parte desses, o ICT dos funcionários da categoria foi classificado como inadequado (Vasconcelos et al., 2011; Magnano et al., 2012, 2013 e 2015; Souza et al., 2015; Fischer et al., 2005). Em contrapartida, os resultados da população de enfermagem no presente estudo estão congruentes com os obtidos por Martinez, Latorre e Fischer (2015); Rocha e Ruiz (2019); Maisonnave e Azevedo (2005) que encontraram boa CT para os profissionais de enfermagem.

Para mais, a classificação de uma boa capacidade para o trabalho dos profissionais da nossa amostra, indica que ela precisa ser mantida, de forma que, faz-se necessário a avaliação e atuação positiva sobre o contexto e organização do trabalho, relacionamento interpessoal e capacidade funcional, focando na saúde física, mental, estilo de vida e bem-estar psicossocial (Rocha & Ruiz, 2019).

As equipes de Recursos Humanos podem fazer uso do Índice de Capacidade para o Trabalho como apoio para a avaliação e atuação no serviço de saúde ocupacional, utilizando os resultados como subsídios para propor medidas e recomendações necessárias para dar suporte a tal capacidade e desenvolver a função do trabalhador. Para isso, é fundamental que além da utilização do instrumento, também haja a cooperação da equipe de RH, dos profissionais, da gerência, chefias e de políticas públicas efetivas (Tuomi et al., 2005).

### **5.3. Objetivo específico 3: Analisar a Resiliência de profissionais de saúde atuando na linha de frente da pandemia**

Foi realizada a avaliação da resiliência por meio da Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10), que é uma escala unifatorial de avaliação da resiliência, considerada psicometricamente adequada, apresentando índice de confiabilidade acima de 0,80 no estudo original (Lopes & Martins, 2011). E em nosso estudo, obteve um alfa de Cronbach de 0,94,

além disso, demonstrou bons indicadores de consistência interna e de validade (Campbell-Sills & Stein, 2007).

Quanto à avaliação, a partir de um nível de significância de 5% e utilizando o teste t de Student e ANOVA, encontrou-se evidências de diferença estatística entre a resiliência com o gênero e cargo exercido, no qual os profissionais do gênero feminino (média = 22,68; desvio padrão = 9,91) e enfermeiros (m=21,68; dp= 9,65) apresentaram um baixo índice de resiliência, conforme Tabela 9. Os escores da escala são distribuídos em quartis, e esses dois grupos da nossa amostra apresentaram pontuações que se encontram no primeiro quartil, considerado o mais baixo (média entre 0-29), o segundo quartil pontua de 30 a 32, o terceiro de 33 a 36 e o quartil superior de 37 a 40 pontos.

Essa escala não possui fins diagnósticos, assim como, não indica a necessidade imediata de tratamento. Mas corroborando com outros dados, pode fornecer informações úteis para decisão sobre a necessidade de intervenção. Entretanto, um escore no primeiro ou no segundo quartil, como no grupo dos enfermeiros e demais trabalhadoras, podem ser um indicativo de problemas para lidar com o estresse ou de dificuldades para se recuperar das adversidades (Connor & Davidson, 2020)

No estudo de validação fatorial da escala para a população brasileira, Lopes e Martins (2011), identificaram uma média de 29,07 com desvio padrão de 5,47 em uma amostra de 432 adultos brasileiros. Um resultado superior ao encontrado na nossa amostra que obteve média (24,59, DP = 9,40) e que se classifica no primeiro quartil. Os nossos dados também foram inferiores ao do estudo original que descreve a construção da escala, que obteve média de 27,21 e desvio padrão de 5,84. Todavia, deve-se considerar que ambos estudos foram conduzidos com amostras da população geral e concluíram que o indivíduo médio proveniente dessa população, frequentemente se percebe com características mais resilientes (Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006).

Entretanto, ao se tratar especificamente do público de profissionais da saúde, é preciso tomar em consideração os desafios peculiares enfrentados por esses sujeitos, constantemente expostos a situações estressantes no ambiente de trabalho, como no contato direto com o paciente, com elevada demanda física e psicológica. Arroyo-Laguna (2020), ainda acrescenta uma especificidade à categoria dos enfermeiros, que associado a esses fatores, ainda sofrem com a baixa legitimidade social da profissão, que reflete no adoecimento do enfermeiro e na insatisfação no trabalho.

Ademais, a capacidade de resiliência se torna essencial para auxiliar o servidor a enfrentar as adversidades do ambiente de trabalho, sendo essas, intensamente presentes no cotidiano do profissional de saúde.

Outros estudos investigaram a resiliência nessa população e em outros contextos, como Sull, Harland e Moore (2015), conduziram um estudo com o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido com 845 funcionários, e encontraram um nível moderado de resiliência, assim como, encontraram resultados divergentes do nosso quanto ao gênero, pois foi apresentado que as profissionais do sexo feminino obtiveram maior pontuação em resiliência do que os homens. Entretanto, tanto os scores femininos e masculinos foram classificados como moderados, indicando que os indivíduos podem possuir muitas características de resiliência, mas que ainda podem ser mais desenvolvidas e fortalecidas.

Turner (2015) aplicou o CD-RISC-10 em enfermeiras da cidade de Tuscaloosa nos Estados Unidos, para avaliar a sua resiliência enquanto atuam nos serviços de saúde durante desastres naturais, obtendo-se uma média de 36,7, o que indica um alto nível de resiliência.

Já no contexto brasileiro, Souza e Araujo (2015), encontraram indicadores de resiliência superiores a 60% em todos os fatores de resiliência, na sua amostra de 92 profissionais da saúde no Centro-Oeste do Brasil. E especificamente com profissionais da enfermagem (enfermeiros,

técnicos e auxiliares), Macedo et al. (2020) encontrou em sua pesquisa coletada em 2014, que 56,41% dos participantes apresentaram baixa resiliência.

Outros fatores essenciais que devem ser considerados, além da especificidade do grupo de profissionais da saúde, é o diferencial do tempo do estudo, e os impactos do contexto pandêmico que vivemos com a COVID-19 nos níveis de resiliência.

Uma pesquisa conduzida em Portugal, já em período de pandemia no local (embora não fosse o foco do estudo) de Alves (2020), buscou comparar os profissionais de saúde generalistas (n=27) com os especialistas em cuidados paliativos (n=34), utilizando-se da mesma escala, encontrou a mediana geral de 29, resultado um pouco semelhante ao deste estudo que obteve uma mediana de 28, e que correspondem a um baixo nível de resiliência. Esse resultado foi inferior a uma pesquisa também portuguesa, mas realizada em 2016 com 200 enfermeiros, que encontrou uma resiliência moderada, mas já próxima da passagem para a elevada (Silva et al., 2016).

Esses resultados chamam a atenção para a discrepância entre os níveis de resiliência encontrados em nossos participantes e os dos demais estudos realizados em outros países e em outros momentos anteriores à pandemia. Sendo o contexto de pandêmico da COVID-19 um possível agravante com efeito danoso à resiliência dos profissionais da saúde, e que possa explicar os níveis tão inferiores encontrados em nosso estudo.

Tabela 9: Comparação do CD-RISC10 com as características gerais dos profissionais											
Caracterização geral		CD-RISC10									Valor-p
		Mínimo	Máximo	25%	Mediana	75%	IQ	Média	DP	CV	
Sexo	Feminino	1,00	39,00	15,00	25,00	30,00	15,00	22,68	9,91	43,68	<b>0,004<sup>(1)</sup></b>
	Masculino	8,00	40,00	26,50	29,00	32,00	5,50	28,13	7,28	25,89	
Idade	18 a 29 anos	1,00	36,00	18,00	25,00	30,00	12,00	23,91	8,79	36,78	<b>0,191<sup>(2)</sup></b>
	30 a 39 anos	6,00	40,00	16,50	27,50	30,50	14,00	24,00	9,75	40,64	
	Acima de 39 anos	9,00	39,00	27,00	31,00	36,00	9,00	29,70	8,88	29,91	
Cargo exercido	Enfermeiro	6,00	35,00	13,50	23,00	31,00	17,50	21,68 <sup>B</sup>	9,65	44,51	<b>0,027<sup>(2)</sup></b>
	Fisioterapeuta	18,00	32,00	25,00	28,00	30,00	5,00	27,00 <sup>AB</sup>	4,26	15,78	
	Médico	9,00	40,00	27,00	29,50	34,00	7,00	28,77 <sup>A</sup>	8,48	29,47	
	Téc. de	1,00	39,00	15,00	25,50	31,00	16,00	22,81 <sup>AB</sup>	10,73	47,06	
Renda salarial	Até 2 S.M	1,00	37,00	18,50	28,50	30,00	11,50	24,42	10,70	43,81	<b>0,074<sup>(2)</sup></b>
	Mais de 2 até 4	7,00	39,00	14,50	25,00	30,50	16,00	22,25	9,40	42,27	
	Acima de 4 S.M	6,00	40,00	22,00	29,00	34,00	12,00	27,05	8,56	31,65	
Tempo de atuação no	≤ 5 anos	1,00	40,00	18,00	27,00	30,00	12,00	23,83	9,62	40,40	<b>0,244<sup>(1)</sup></b>
	> 5 anos	9,00	39,00	18,50	29,50	32,50	14,00	26,32	8,79	33,39	
Grau de estudo	Ensino Médio	1,00	37,00	12,50	23,00	30,00	17,50	21,60	10,51	48,66	<b>0,107<sup>(2)</sup></b>
	Ensino Superior	10,00	40,00	25,00	30,00	33,00	8,00	27,95	8,17	29,23	
	Pós-Graduado	6,00	39,00	18,00	27,50	31,00	13,00	24,52	9,14	37,26	
Estado civil	Solteiro	7,00	39,00	18,00	28,00	31,00	13,00	23,96	9,18	38,33	<b>0,452<sup>(1)</sup></b>
	Casado	1,00	40,00	18,00	27,50	32,00	14,00	25,47	9,74	38,25	
Prática atividades de lazer	Não	1,00	40,00	18,00	27,50	32,00	14,00	24,92	9,45	37,91	<b>0,834<sup>(1)</sup></b>
	Sim	6,00	39,00	18,00	28,00	31,00	13,00	24,46	9,45	38,63	
Tempo de formação	≤ 5 anos	1,00	40,00	18,00	29,00	31,00	13,00	25,46	9,23	36,26	<b>0,357<sup>(1)</sup></b>
	> 5 anos	7,00	39,00	16,00	26,00	31,00	15,00	23,63	9,60	40,62	
Carga horária	≤ 40 h/semana	6,00	39,00	14,00	29,00	31,00	17,00	23,95	10,52	43,94	<b>0,603<sup>(1)</sup></b>
	> 40 h/semana	1,00	40,00	18,00	27,00	31,00	13,00	25,04	8,62	34,43	
No trabalho participo de treinamentos sobre como me comportar diante do cenário da pandemia	Não	1,00	36,00	18,00	23,50	30,00	12,00	23,31	8,90	38,17	<b>0,551<sup>(1)</sup></b>
	Sim	6,00	40,00	18,00	28,00	31,00	13,00	24,87	9,54	38,35	
Sinto que estou preparado para trabalhar e dar assistência aos pacientes com COVID-19.	Ligeiramente preparado	10,00	31,00	18,00	27,00	30,00	12,00	23,67	7,76	32,80	<b>0,056<sup>(2)</sup></b>
	Moderadamente preparado	6,00	39,00	16,00	25,00	30,00	14,00	22,93	9,27	40,45	
	Muito preparado	1,00	40,00	27,00	30,00	33,00	6,00	28,11	9,44	33,59	
Medo de contrair	Não	6,00	40,00	20,00	29,00	31,00	11,00	25,57	9,12	35,65	<b>0,416<sup>(1)</sup></b>
	Sim	1,00	39,00	18,00	25,50	30,00	12,00	23,93	9,61	40,19	

IQ: Intervalo Interquartilico DP: Desvio Padrão CV: Coeficiente de Variação

(1) Teste t de Student (2) Análise de Variância

- Anova

As médias seguidas pela mesma letra não diferem estatisticamente entre si. Aplicou-se o Teste de Bonferroni ao nível de significância de 5%

#### 5.4. Objetivo Específico 4: Correlacionar e concatenar o grupo de dados sociodemográficos com os aspectos globais dos constructos

Buscando verificar a existência ou não de correlações entre os níveis de estresse ocupacional e capacidade para o trabalho e os possíveis efeitos que o Resiliência possui sobre esse contexto. Para isso, foi-se utilizado o teste de correlação de Pearson, tendo em vista que os



dados são de uma amostra suficientemente grande e baseado no teorema do limite central, considera-se que o pressuposto da normalidade não interfere na análise dos resultados, de modo que, foram selecionados testes estatísticos paramétricos.

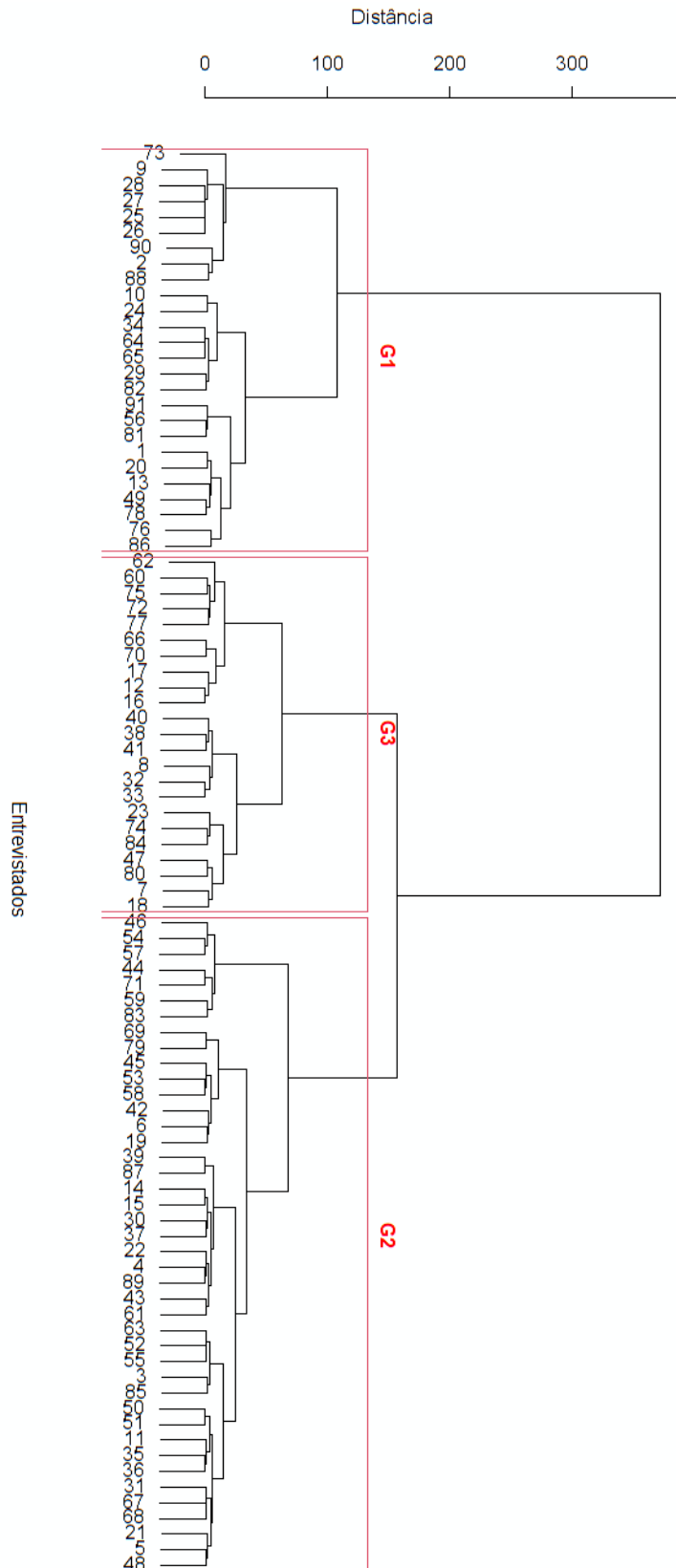
Através da análise de correlação de Pearson, para um nível de significância de 5%, encontrou-se evidências de correlações moderadamente negativa e estatisticamente significantes entre o Índice de Capacidade para o Trabalho com a Escala de Estresse no Trabalho, de forma que, à medida que aumenta a pontuação do ICT, ou seja, quanto maior for a capacidade para o trabalho do sujeito, tende a diminuir o escore da EET, significando que esse percebe o seu contexto laboral como baixo estresse.

Além disso, também se identificou correlação moderadamente positiva entre o ICT e o CD-RISC-10, onde à medida que aumenta a pontuação do primeiro, tende a aumentar também o escore da Resiliência. Entretanto, não se encontrou correlação significativa entre os escores do CD-RISC-10 e o estresse ocupacional percebido pela amostra. Diante dos dados sugere-se, que o fenômeno da resiliência não se apresentou como um fator protetivo significativo ou mediador dos impactos do estresse na nossa população estudada.

Seguindo para à concatenação dos fenômenos estudados, foi realizada a análise descritiva multidimensional do tipo *cluster*, que permite verificar como a população em estudo se agrupa, ou seja, o teste revela agrupamentos naturais (*clusteres*), obtendo um conjunto de informações em comum, e dissimilares a objetos pertencentes a outros grupos (Prestes, 2014).

Para a análise dos valores globais dos instrumentos avaliados, utilizou-se o método de ligação de Ward e por meio da distância euclidiana, encontrou-se a presença de três grupos, adiante temos a descrição de cada grupo. A seguir, a Figura 2 mostra o gráfico de dendrograma que representa os grupos gerados uma estrutura na forma de árvore que mostra como as observações a partir das escalas utilizadas e dos dados sociodemográficos dos participantes foram aglomeradas (Mingotti, 2005).

Figura 2. Gráfico de dendrograma



Ademais, pode ocorrer que os dados obtidos não permitam a constatação de agrupamentos, mas na presente pesquisa, foram detectados três clusters. A tabela 10 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com os *clusters*.

<b>Tabela 10: Média dos instrumentos avaliados por grupo da análise de agrupamento</b>			
<b>Indicadores</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Grupo 3</b>
<b>Distribuição</b>	<b>28,57% (n=26)</b>	<b>46,15% (n=42)</b>	<b>25,28% (n=23)</b>
CD-RISC10	12,19	31,07	26,78
EET	2,73	2,16	2,59
ICP	36,96	43,17	34,13

O grupo 1 é composto com 26 sujeitos (28,57%) e caracteriza-se por uma menor resiliência, um maior nível de estresse ocupacional e valores intermediários no índice de capacidade para o trabalho. Por conseguinte, o grupo 2, conta com 42 profissionais (46,15%) que apresenta, alto escores de capacidade para o trabalho e resiliência, e um baixo nível de estresse no trabalho. Por fim, o grupo 3 com 23 profissionais (25,28%), apresentou valores moderados de resiliência e estresse ocupacional e baixa capacidade para o trabalho. A caracterização geral de cada *cluster* se encontra na Tabela 11.

Caracterização geral		Cluster			Valor-p
		1	2	3	
Sexo	Feminino	76,92% (n=20)	47,62% (n=20)	82,61% (n=19)	0,006
	Masculino	23,08% (n=6)	52,38% (n=22)	17,39% (n=4)	
Idade	18 a 29 anos	38,46% (n=10)	30,95% (n=13)	43,48% (n=10)	0,570
	30 a 39 anos	57,69% (n=15)	54,76% (n=23)	43,48% (n=10)	
	Acima de 39 anos	3,85% (n=1)	14,29% (n=6)	13,04% (n=3)	
Cargo exercido	Enfermeiro	42,31% (n=11)	23,81% (n=10)	30,43% (n=7)	0,159
	Fisioterapeuta	7,69% (n=2)	19,05% (n=8)	21,74% (n=5)	
	Médico	15,38% (n=4)	35,71% (n=15)	13,04% (n=3)	
	Téc. de Enfermagem	34,62% (n=9)	21,43% (n=9)	34,78% (n=8)	
Renda salarial	Até 2 S.M	11,54% (n=3)	9,52% (n=4)	21,74% (n=5)	0,188
	Mais de 2 até 4 S.M	57,69% (n=15)	35,71% (n=15)	43,48% (n=10)	
	Acima de 4 S.M	30,77% (n=8)	54,76% (n=23)	34,78% (n=8)	
Tempo de atuação no cargo	≤ 5 anos	69,23% (n=18)	69,05% (n=29)	69,57% (n=16)	0,999
	> 5 anos	30,77% (n=8)	30,95% (n=13)	30,43% (n=7)	
Grau de estudo	Ensino Médio	26,92% (n=7)	14,29% (n=6)	30,43% (n=7)	0,022
	Ensino Superior	11,54% (n=3)	35,71% (n=15)	4,35% (n=1)	
	Pós-Graduado	61,54% (n=16)	50,00% (n=21)	65,22% (n=15)	
Estado civil	Solteiro	69,23% (n=18)	61,90% (n=26)	39,13% (n=9)	0,083
	Casado	30,77% (n=8)	38,10% (n=16)	60,87% (n=14)	
Pratica atividades de lazer regularmente	Não	26,92% (n=7)	26,19% (n=11)	34,78% (n=8)	0,746
	Sim	73,08% (n=19)	73,81% (n=31)	65,22% (n=15)	
Tempo de formação	≤ 5 anos	46,15% (n=12)	57,14% (n=24)	52,17% (n=12)	0,676
	> 5 anos	53,85% (n=14)	42,86% (n=18)	47,83% (n=11)	
Carga horária	≤ 40 h/semana	46,15% (n=12)	38,10% (n=16)	39,13% (n=9)	0,794
	> 40 h/semana	53,85% (n=14)	61,90% (n=26)	60,87% (n=14)	
No meu trabalho participo de treinamentos sobre como me comportar diante do cenário da pandemia	Não	23,08% (n=6)	11,90% (n=5)	21,74% (n=5)	0,417
	Sim	76,92% (n=20)	88,10% (n=37)	78,26% (n=18)	
Sinto que estou preparado para trabalhar e dar assistência aos pacientes com COVID-19.	Ligeiramente preparado	11,54% (n=3)	9,52% (n=4)	8,70% (n=2)	0,084
	Moderadamente preparado	73,08% (n=19)	45,24% (n=19)	69,57% (n=16)	
	Muito preparado	15,38% (n=4)	45,24% (n=19)	21,74% (n=5)	
Tenho medo de contrair COVID-19.	Não	34,62% (n=9)	45,24% (n=19)	39,13% (n=9)	0,677
	Sim	65,38% (n=17)	54,76% (n=23)	60,87% (n=14)	
Total		100,00% (n=26)	100,00% (n=42)	100,00% (n=23)	

Conforme os dados dos fenômenos avaliados se apresentam em cada grupo, algumas observações são passíveis de serem feitas. A priori, o grupo 1 é composto por profissionais que apresentam uma média significativamente baixa de resiliência ( $m = 12,19$ ), tanto em comparação à média geral de nossos participantes, como dos estudos que avaliam a resiliência que foram citados na seção anterior. Esse fenômeno é considerado um fator de proteção para lidar com o estresse e/ou dificuldades, como as altas demandas vivenciadas no seu exercício

profissional, desse modo, esses sujeitos podem perceber esse contexto de modo mais negativo, o que pode impactar diretamente no aumento do seu estresse ocupacional e na sua capacidade funcional para lidar com as demandas físicas e mentais da sua atuação.

Esse grupo, que é em sua maior parte composto por enfermeiros (42,31%) e técnicos de enfermagem (34,62%), foi considerado como em estado de alerta, em virtude dos níveis baixíssimos de resiliência e alto estresse, com provável indicativo de precarização do trabalho, mas que evidencia a necessidade premente de ações voltadas para o cuidado e saúde dessa equipe, além de melhorias e intervenções para serem implementadas no próprio contexto laboral.

Em contraste, o grupo 2 é o maior grupo e no qual, a categoria médica é a mais numerosa (35,71%). Caracteriza-se por um alto nível de resiliência, baixos níveis de estresse ocupacional e mantêm a sua boa capacidade para o trabalho. Esse cluster foi composto pelos melhores níveis de dados nas três escalas, que pode sugerir uma boa habilidade pessoal desses indivíduos para lidar com as adversidades advinda dessa alta resiliência que pode atuar como fator de proteção nesse aglomerado. E esses escores satisfatórios denotam que as ações voltadas para esses trabalhadores objetivem apoiar as necessidades desses para que possam preservar a sua boa CT e baixo estresse percebido.

Já o grupo 3 foi o grupo com resultados intermediários entre o grupo 1 que demonstrou mais sofrimento relacionado ao trabalho, e o grupo 2 que vem apresentando boa capacidade de lidar e/ou superar as adversidades. De modo que os participantes do cluster 3 apresentaram valores moderados para a resiliência e capacidade para o trabalho, e um estresse no trabalho que se encontra de médio a alto nível de estresse percebido.

Por fim, também foi realizada a análise através do teste Quiquadrado ( $X^2$ ), entre a clusterização e demais dados sociodemográficos dos participantes. De modo que, a partir de um nível de significância de 5%, encontrou-se evidências de diferença estatística entre a clusterização com o gênero e grau de escolaridade. Onde o gênero masculino apresentou maior participação no grupo 2, enquanto que o gênero feminino é predominante nos grupos 1 e 3. E com relação à escolarização, os profissionais com ensino superior tem um maior percentual no cluster 2, e os profissionais com ensino médio se encontram concentrados nos cluster 1 e 3.

Concluindo, os resultados da pesquisa sinalizam as vivências da atuação em saúde, durante a pandemia, de trabalhadores da enfermagem e das demais profissionais do gênero feminino, que obtiveram baixos índices de resiliência e níveis delicados de estresse e

capacidade para o trabalho. Assim como, classificaram-se dentre os cluster que denotam uma maior necessidade atenção, cuidado e melhorias do contexto laboral.

## **6. Considerações Finais**

Assim sendo, o presente estudo teve como intuito investigar a relação entre resiliência, estresse ocupacional e a capacidade para o trabalho em profissionais da saúde que atuam no cuidado direto a pacientes com COVID-19. Lançando um novo olhar para a saúde desse grupo específico de trabalhadores, buscando ir além dos aspectos mais avaliados relacionados à sua saúde mental, e ampliando a compreensão do que há de peculiar nesse contexto laboral, integrando a saúde ocupacional.

Com a concretização da pesquisa foi possível atingir e responder aos objetivos propostos de forma satisfatória, pois, através das análises e do destrinchar dos resultados, encontrou-se que de modo geral os profissionais da saúde apresentaram escores de resiliência considerados baixos (no primeiro quartil), com um baixo nível de estresse ocupacional percebido e uma boa capacidade para o trabalho. Sendo assim, ao se refletir sobre a amostra total, é possível subentender que a resiliência não mostrou ser um fator de proteção ou de influência significativa sobre a vivência do contexto de trabalho, tendo em vista que mesmo com uma resiliência considerada baixa, os trabalhadores não relataram estresse ou perda da sua capacidade funcional de forma significativa.

Mas, outras correlações moderadamente significativas foram obtidas. Entre as quais, o Índice de Capacidade para o Trabalho se correlacionou negativamente com a EET, ou seja, quanto maior for a medida de capacidade para o trabalho, os funcionários tendem a ter um menor estresse percebido. E que o ICT se correlacionou positivamente com a resiliência, quanto melhor for a CT, há uma tendência para uma maior resiliência.

Adiante, a análise de clusterização, que evidenciou o grupo 1 como um grupo em situação mais alarmante em termos de danosa à saúde dos colaboradores, apresentou níveis

realmente baixos e inferiores aos estudos de resiliência consultados. E o que pode se observar nesse cluster é que essa média significativamente decedente de resiliência, foi acompanhada de um alto estresse e uma moderada CT, que podem indicar uma vivência de sofrimento no contexto laboral.

Para além, os dados revelaram a situação crítica dos profissionais da enfermagem e das mulheres nesse contexto. Visto que, dentre todos os participantes, os enfermeiros foram os que apresentaram a menor média de resiliência, e que essa categoria e a dos técnicos de enfermagem também se destacaram com relação ao estresse no trabalho, apresentando altos níveis de estresse. A literatura há muito aborda o sofrimento e a precarização do meio de trabalho dessas duas classes, e que o nosso estudo corrobora com esses achados.

Ademais, vale salientar que essas categorias acima referidas, são compostas em sua maior parte por mulheres, e que o gênero feminino também apresentou níveis abaixo da média geral do estudo tanto no fenômeno de resiliência, como também, na sua capacidade para o trabalho. O que pode ser questionado com o fato de que as mulheres tem de lidar com a conhecida dupla jornada de trabalho, sendo as responsáveis pelo seu fazer laboral e também pelos afazeres domésticos e familiares.

Ao realizar a revisão de literatura e a busca por materiais que sustentassem os dados obtidos nesse estudo através de amostras semelhantes, houve uma certa dificuldade, pois as pesquisas científicas e teóricas realizadas com o público de profissionais da saúde, são em sua grande maioria produções voltadas para avaliar exclusivamente o pessoal da enfermagem.

Outro impedimento, diz respeito ao próprio momento e interesse da pesquisa, que é a contexto da pandemia da COVID-19 que é investigado, trata-se de um marco histórico na vivência da humanidade, na qual pesquisadores, cientistas e trabalhadores da saúde, confrontados pela prática e necessidade de produção do conhecimento de forma célere, concentraram no campo da Psicologia, os seus estudos para os aspectos relacionados à saúde

mental, negligenciando de certa forma, o próprio contexto de atuação profissional frente à COVID-19,

Desse modo, acredita-se que o contexto de trabalho deve ser reconhecido como um importante foco de análise, pois, considerando-se o seu potencial para acidentes, doenças e sofrimento, assumindo um papel central no processo saúde-doença, bases teóricas consistentes podem possibilitar o reconhecimento de condições e medidas que integrem as políticas de segurança e saúde ocupacional.

Quanto às limitações desse estudo, deve-se iniciar pelo fato de que as generalizações apresentadas em nossos resultados são circunscritas aos funcionários em cuidado direto a pacientes com COVID-19 de uma única instituição, e que no momento da coleta de dados já estavam lidando com esse contexto de atuação há mais de 7 meses, o que pode influenciar na vivência e no modo de auto avaliar os próprios fenômenos estudados, e os dados carecem de acompanhamento longitudinal. Para mais, outro aspecto é que os instrumentos utilizados, além de serem instrumentos gerais não específicos para avaliar a população de profissionais da saúde, também precisaram ser adaptados para o formato de *survey online* na plataforma do *google formulários*, visto que durante todo o período de coleta de dados vivenciávamos a quarentena e necessidade de distanciamento social, sendo vetada a realização de pesquisas presenciais em centros de saúde, como o hospital, o que é passível de algum nível de comprometimento.

E no que se refere à relevância desse estudo, compreende-se que esse possibilitou refletir outros aspectos além dos mais avaliados dentro o campo da saúde mental, construindo pontes entre os aspectos individuais do sujeito frente ao seu fazer, como no fenômeno da resiliência e integrando-os de forma implicada com o seu contexto e condições de trabalho. Abrindo espaço para a discussão e criação de políticas que busquem a promoção de saúde no meio laboral, como programas de desenvolvimento e treinamento de resiliência, de manejo de estresse, de apoio e prevenção da capacidade para o trabalho. Assim como, estímulo à medidas de apoio social e



manutenção de comportamentos protetivos e de segurança, garantindo um acompanhamento de saúde efetivo, ou como comumente se fala, do cuidar de quem cuida, com ênfase na prevenção e qualidade de vida e no trabalho e nas condições de saúde e doença desse grupo específico de trabalhadores, que já se encontram em risco prévio, pelas características inerentes à sua atuação.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, H., Brito-Costa, S., Alberty, A., Gomes, A., Lima, P., & Castro, F. V. (2016). Modelos de stress ocupacional: sistematização, análise e descrição. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 435-454.
- Alves, E. M. M. (2020). *O impacto da resiliência e do ambiente ético hospitalar na percepção de burnout nos profissionais de Cuidados Paliativos*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Portugal). Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129321/2/421635.pdf>
- Alves, K., Lopes, A., & Pereira, F. (2019). O efeito do envelhecimento nas práticas profissionais: perspetivas dos professores do pré-escolar ao secundário no contexto português. In *Ciências, culturas e cidadanias: atas do XIV Congresso da SPCE*.
- Araújo-dos-Santos, T., Silva-Santos, H., Silva, M. N. D., Coelho, A. C. C., Pires, C. G. D. S., & Melo, C. M. M. D. (2018). Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52.
- Arroyo-Laguna, J. (2019). Redistribution of salary or professional recognition? The difficult construction of a profession, the Peruvian nursing. *Ciencia & saude coletiva*, 25, 223-232.
- Ayanian, J. Z. (2020, April). Mental health needs of health care workers providing frontline COVID-19 care. In *JAMA Health Forum* (Vol. 1, No. 4, pp. e200397-e200397). American Medical Association. Disponível em: [Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care | Global Health | JAMA Health Forum | JAMA Network](#)
- Barlach, L. (2005). O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

- Beehr, T. A., & Bhagat, R. S. (1985). Introduction to human stress and cognition in organizations. *Human Stress and Cognition in Organizations: An Integrated Perspective*, 57–81
- Beehr, T. A., & Newman, J. E. (1998). Research on occupational stress: An unfinished enterprise. *Personnel Psychology*, 51(4), 835-844.
- Benetti, E. R. R. (2013). *Estresse e coping em trabalhadoras de enfermagem de um hospital privado* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria). Recuperado de <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7382/BENETTI%2C%20ELIANE%20RAQUEL%20RIETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bergström, M., Kaleva, S., & Koskinen, K. (1998). SMEs: towards better work ability. *Työterveys*, 1.
- Brasil. Decreto nº 10.282 (2020)**. Regulamenta a Lei no 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Diário oficial da União 2020; Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (2001). *Programa nacional de humanização da assistência hospitalar*. Brasil. Ministerio da Saude.
- Breakwell, G. M., Fife-Schaw, C., Hammond, S. & Smith, J. A. (2010). Métodos de Pesquisa em Psicologia (3ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour research and therapy*, 44(4), 585-599.
- Campbell-sills, L., & Stein, M. B. (2007). *Psychometric Analysis and Refinement of the Connor – Davidson Resilience Scale ( CD-RISC ) : Validation of a 10-Item Measure of Resilience*. 20(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Campos, F. M., Araújo, T. M. D., Viola, D. N., Oliveira, P. C. S., & Sousa, C. C. D. (2020). Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28, 579-589.
- Cervo, A. L., Bervian, A., & Silva, R. (2006). Metodologia científica. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., ... & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16.
- Chillida, M. D. S. P. (2003). Capacidade para o trabalho e trabalho noturno: um estudo com

- trabalhadores de enfermagem de um hospital universitario. (Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo). Recuperado de:  
<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313410>
- Clot, Y. (2007). *A função psicológica do trabalho*. (Trad. A. Sobral). Petrópolis: Vozes
- Coimbra, R. M., & de Moraes, N. A. (2015). A resiliência em questão: perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção. *Artmed Editora*.
- Connor K.M. & Davidson J. R. T. (2003) Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 18(2):76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2020) Scoring and Interpretation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC).
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). 2020. *Enfermagem em números*. 2020 Mar 01. Recuperado de <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>
- Cordeiro, T. M. S. C., & Araújo, T. D. (2017). Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. *Rev Bras Med Trab*, 15(2), 150-7.
- Costa, I. L. S. S. D. (2017). As condições de trabalho, os riscos gerais e os riscos psicossociais nos profissionais de saúde: Um estudo no pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto (Tese de Doutorado, Universidade Fernando Pessoa, Porto).
- Cruz, R. M., Borges-Andrade, J. E., Moscon, D. C. B., Micheletto, M. R. D., Esteves, G. G. L., Delben, P. B., ... & Carlotto, P. A. C. (2020). COVID-19: emergência e impactos na saúde e no trabalho. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 20(2), I-III.
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 14(54), 7-11.
- Dejours, C. (1996). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações In: Chanlat, JF. *O indivíduo na organização*. 3ª ed. São Paulo: Atlas.
- Dias, R. (2009). *Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho* *Validity and reliability of the Brazilian version of the Work Ability*. 43(3), 525–532.
- Ferioli, M., Cisternino, C., Leo, V., Pisani, L., Palange, P., & Nava, S. (2020). Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. *Eur Respir Rev* 29 (155): 200068.

- Fischer, F. M., Bellusci, S. M., Teixeira, L. R., Borges, F. N., Ferreira, R. M., Goncalves, M. B., ... & Christoffolete, M. A. (2002). Unveiling factors that contribute to functional aging among health care shiftworkers in São Paulo, Brazil. *Experimental Aging Research*, 28(1), 73-86.
- Fischer, F. M., Borges, N. S., Rotenberg, L., Latorre, M. R. D. O., Soares, N. S., Rosa, P. L. F. S., ... & Landsbergis, P. (2005). A (in) capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. *Rev Bras Med Trab*, 3(2), 97-103.
- Fischer, F. M. (2005). *Breve histórico desta tradução*. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EduFSCar, 9-10.
- Fontes, F. F. (2016). *Teorização e conceitualização em psicologia: o caso do burnout*. (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN). Recuperado de: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/21535>
- Freire, C. B., Dias, R. F., Schwingel, P. A., França, E. E. T. D., Andrade, F. M. D. D., Costa, E. C., & Junior, M. A. D. V. C. (2015). Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 26-31.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2019). Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE.
- García, G. M., & Calvo, J. C. A. (2012). Emotional exhaustion of nursing staff: influence of emotional annoyance and resilience. *International Nursing Review*, 59(1), 101-107.
- Glowinkowski, S. P., & Cooper, C. L. (1987). Managers and professionals in business/industrial settings: the research evidence. In J. M. Ivancevich & D. C. Gangster (Orgs.), *Job stress: from theory to suggestion*. Nova York: Haworth.
- Godinho, M. R., Ferreira, A. P., Fayer, V. A., Bonfatti, R. J., & Greco, R. M. (2017). Capacidade para o trabalho e fatores associados em profissionais no Brasil. *Rev Bras Med Trab*, 15(1), 88-100.
- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J., & Koskinen, S. (2008). Dimensions of work ability: results of the Health 2000 Survey. *Waasa Graphics Oy: Vaasa 2008*. Helsinki
- Gracino, M. E., Tortajada, J. D. S., de-Castro-Alves, M. B., Garcia, S. F., Yamaguchi, M. U., & Massuda, E. M. (2018). Análise da capacidade dos médicos para o trabalho, na cidade de Maringá. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 16(4), 417-428.
- Grotberg, E. H. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. Em: A. Melillo & E. N.

- S. Ojeda (Orgs.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp.15-22). Porto Alegre: Artmed.
- Guido, L. D. A., Linch, G. F. D. C., Pitthan, L. D. O., & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1434-1439.
- Hilleshein, E. F., & Lautert, L. (2012). Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 520-527.
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. Em: A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.), *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp. 23- 38). Porto Alegre: Artmed
- Ilmarinen J. (2006). Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union. Helsinki: *Finnish Institute of Occupational Health, Ministry of Social Affairs and Health*; p. 132-148
- Ilmarinen, J. E. (2001). Aging workers. *Occupational and environmental medicine*, 58(8), 546-546.
- Ilmarinen J. (1997). Aging workers. *Scand J Work Environ Health.*; 23(Suppl 1):3-5
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., & Seitsamo, J. (2005, June). New dimensions of work ability. In *International congress series* (Vol. 1280, pp. 3-7). Elsevier.
- Ilmarinen, J., & Tuomi, K. (2004). Past, present and future of work ability. In *Proceedings of the 1st International Symposium on Work Ability, Helsinki* (pp. 1-25).
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Eskelinen, L., Nygård, C. H., Huuhtanen, P., & Klockars, M. (1991). Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 7-11.
- ILO (2017). *World employment and social outlook: Trends 2017*. Geneva: International Labour Office.
- Jex, S. M. (1998). *Stress and job performance*. Londres: Sage.
- Johns Hopkins University Center for Systems Science and Engineering. *COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*. Recuperado de <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
- Jones, F., & Kinman, G. (2001). Approaches to studying stress. In F. Jones & J. Bright (Orgs.), *Stress: myth, theory and research* (pp. 17-45). Londres: Prentice Hall.
- Kahn, R. L., & Byosiére, P. (1992). Stress in organizations. In M. D. Dunnette & L. M. Hough

- (Orgs.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (v. 3, pp. 571-650). Palo Alto: Consulting Psychologists
- Kaplan, H. B. (2002). Toward an understanding of resilience. In *Resilience and development* (pp. 17-83). Springer, Boston, MA.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York (N.Y.): Basic books.
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 369.
- Knorst, C. E. K. (2012). *Resiliência: instrumentos de avaliação no contexto brasileiro*. Curso de Especialização em Psicologia - Avaliação Psicológica, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/40112/000826643.pdf?sequence=1>>.
- Koza, A., Hallett, P. D., Moon, C. D., & Spiers, A. J. (2009). Characterization of a novel air-liquid interface biofilm of *Pseudomonas fluorescens* SBW25. *Microbiology*, 155(5), 1397-1406.
- Ladeira, M. (1996). O processo do stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. *Revista de Administração*, 31(1), 64-74.
- Lai, J, Ma, S, Wang, Y, Cai, Z, Hu, J, Wei, N, ...Hu, S (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3 (3), e203976.
- Lelis, C. M., Battaus, M. R. B., Freitas, F. C. T. D., Rocha, F. L. R., Marziale, M. H. P., & Robazzi, M. L. D. C. C. (2012). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Acta paulista de enfermagem*, 25, 477-482.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. N. (1998). Manejo de estresse. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: teoria, pesquisa e aplicações* (pp. 279-292). São Paulo: Psy
- Liira J, Peltomäki P, Leino T, Räsänen K, Bersg- ström M, Huuskonen M. Maintaining Working Ability in Finland. In: *Proceedings of the Workshop Quality of Work. New approaches and strategies in occupational safety and health*. [Proceedings on line]; Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work; 2002
- Lopes, V. R., & Martins, M. do C. F. (2011). Validação Fatorial da Escala de Resiliência de

- Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 11(2), 36–50. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/22783>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
- Macedo, A. B. T., Antonioli, L., Dornelles, T. M., Hansel, L. A., Tavares, J. P., & Souza, S. B. C. D. (2020). Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. Santa Maria: UFSM, 2010-. Vol. 10, e25 (2020), p. 1-17.
- Machado, F. K. S., Giongo, C. R., & Mendes, J. M. R. (2016). Terceirização e Precarização do Trabalho: uma questão de sofrimento social. *Revista Psicologia Política*, 16(36), 227–240.
- Maciel, R. H. M. O., Santos, J. B. F., & Rodrigues, R. L. (2015). Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 75–87.
- Martinez, M. C., Latorre, M. D. R. D. D. O., & Fischer, F. M. (2017). Estressores afetando a capacidade para o trabalho em diferentes grupos etários na Enfermagem: seguimento de 2 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1589-1600.
- Martinez, M. C., Latorre, M. D. R. D. D. O., & Fischer, F. M. (2010). Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1553-1561.
- Martinez, M. C., Latorre, M. D. R. D. D. O., & Fischer, F. M. (2009). Validity and reliability of the Brazilian version of the Work Ability Index questionnaire. *Revista de saude publica*, 43(3), 525-532.
- Martins, J. T., Robazzi, M. L. D. C. C., & Bobroff, M. C. C. (2010). Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44, 1107-1111.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*. 56 (3), 227-238
- McHugh, M. D., & Ma, C. (2014). Wage, work environment, and staffing: effects on nurse outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(3-4), 72-80.
- Mingoti, S. A. (2005). Análise de Dados Através de Métodos Estatísticos Multivariados. *Uma Abordagem Aplicada*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

- Miorin, J. D., Camponogara, S., Pinno, C., Beck, C. L. C., Costa, V., & Freitas, E. O. (2018). Pleasure and pain of nursing workers at a first aid service. *Texto Contexto Enferm*, 27(2), 1-9.
- Moreira, M. A. D. M., Lustosa, A. M., Dutra, F., Barros, E. O., Batista, J. B. V. & Duarte, M. C. S. (2015). Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3231-3242.
- National Institute for Occupational Safety and Health. (2004). *Stress at work*. Recuperado em 19 de maio de 2021, da [http:// stress.cdc.gov/niosh/stresswk.html](http://stress.cdc.gov/niosh/stresswk.html)
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., & Climent-Rodríguez, J. A. (2018). Engagement, resilience and empathy in nursing assistants. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(2), 103-110.
- Newby JC, Mabry MC, Carlisle BA, Olson DM, Lane BE. (2020). Reflections on Nursing Ingenuity During the COVID-19 Pandemic. *J Neurosci Nurs*.  
<https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000525>
- Oliveira, L. A. D. F. (2019). O Prazer-Sofrimento Psíquico no Trabalho e a Perspectiva de Christophe Dejours. *Revista Psicologia & Saberes*, 8(11), 360-369.
- Oliveira, K. D. S., & Nakano, T. D. C. (2018). Avaliação da resiliência em psicologia: revisão do cenário científico brasileiro. *Psicologia em Pesquisa*, 12(1), 73-83.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235.
- Organização Pan-Americana da Saúde Brasil (2020) *Cerca de 570 mil profissionais de saúde se infectaram e 2,5 mil morreram por COVID-19 nas Américas*. Brasília. Recuperado de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6270:cerca-de-570-mil-profissionais-de-saude-se-infectaram-e-2-5-mil-morreram-por-covid-19-nas-americas&Itemid=812#:~:text=%22Nossos%20dados%20mostram%20que%20quase,de%20a%20pandemia%20n%C3%A3o%20tem%20precedentes](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6270:cerca-de-570-mil-profissionais-de-saude-se-infectaram-e-2-5-mil-morreram-por-covid-19-nas-americas&Itemid=812#:~:text=%22Nossos%20dados%20mostram%20que%20quase,de%20a%20pandemia%20n%C3%A3o%20tem%20precedentes).
- Paschoal, T., & Tamayo, Á. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9(1), 45-52.
- Peltomäki P, Husman K. (2002). Occupational health services and maintenance of work ability at workplaces. *Arh Hig Rada Toksikol*. 53:263-274
- Poletto, M. & Koller, S. H. (2011). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica in



- Dell’Aglío, D. D., Koller, S. H. & Yunes, M. A. M. (2011). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco a proteção* (p. 19 – 44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prestes, M. G. (2014). *A atividade Profissional dos Técnicos de Enfermagem em Natal-RN e o Manejo do Risco Psicossocial* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.
- Radkiewicz, P., Widerszal-Bazyl, M., & NEXT-Study Group. (2005, June). Psychometric properties of Work Ability Index in the light of comparative survey study. In *International congress series* (Vol. 1280, pp. 304-309). Elsevier.
- Raffone, A. M., & Hennington, É. A. (2005). Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 39, 669-676.
- Reis, A. L. P. P. D., Fernandes, S. R. P., & Gomes, A. F. (2010). Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia: ciência e profissão*, 30(4), 712-725.
- Ribeiro, A. P., Oliveira, G. L., Silva, L. S., & Souza, E. R. D. (2020). Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45.
- Ribeiro, R. P., Marziale, M. H. P., Martins, J. T., Galdino, M. J. Q., & Ribeiro, P. H. V. (2018). Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39.
- Rocha, J. C., & Ruiz, V. M. (2019). Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de médicos e profissionais de enfermagem de hospitais. *Brazilian Journal of Development*, 5(11), 23546-23576.
- Rosa, M. A. P. (2015). Capacidade para o trabalho e Qualidade de Vida entre profissionais da área da Saúde. In Taveira, I. M. R., Limongi-França. A. C. & Ferreira, M. C. (Orgs.) *Qualidade de Vida no Trabalho: estudos e metodologias brasileiras*. (pp. 21-31). Curitiba: CRV.
- Rutenfranz, J. (1982). Occupational health measures for night-and shift workers. *Journal of Human Ergology*, 11(Supplement), 67-86.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 14, 626-631.
- Santos, A. F. D., & Santos, M. A. D. (2015). Estresse e Burnout no trabalho em oncologia pediátrica: Revisão integrativa da literatura. *Psicologia: ciência e profissão*, 35, 437-456.
- Santos, J. L. G. D., Prochnow, A. G., Silva, D. C. D., Silva, R. M. D., Leite, J. L., & Erdmann, A. L. (2013). Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no

- contexto hospitalar. *Escola Anna Nery*, 17, 97-103.
- Secretaria de Estado da Saúde Pública [SESAP]. (2020). *Boletins Epidemiológicos*. Recuperado de <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/medidas/boletinsEpidemiologicos/>
- Secretaria de Estado da Saúde Pública [SESAP]. (2021). *Covid: desempenho do Hospital Giselda Trigueiro fica acima da média nacional*. Recuperado de <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/noticias/covid-desempenho-do-hospital-giselda-trigueiro-fica-acima-da-media-nacional/>
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York.
- Selye, H. (1959). *Stress-a tensão da vida*. Ibrasa. 2 ed. São Paulo.
- Sharksnas, Thomas & LYNN, Bonnie (2003) The relationship between resilience and job satisfaction in mental health care workers. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol. 64 (6-B): 2963.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Metodologia de pesquisa em psicologia*. AMGH Editora.
- Silva, A., Gonçalves, M. & ZONATTO, V. C. D. S. (2017). Determinantes de prazer e sofrimento no trabalho hospitalar: uma análise à luz da teoria da psicodinâmica do trabalho. *Base Revista de Administração e Contabilidade da UNISINOS*, 14(3), 197-212.
- Silva, S. M., Borges, E., Abreu, M., Queirós, C., Baptista, P., & Felli, V. (2016). Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº 16. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0156>
- Silva Junior, S. H. A. D. (2010). *Avaliação de qualidades psicométricas da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho* (Tese de doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro). Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2333>
- Silva, M. C. D. A. (2018). *Queixas osteomusculares, fatores de riscos psicossociais e organizacionais que afetam a saúde dos profissionais de enfermagem da central de materiais e esterilização de um hospital universitário* (Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco).
- Silva, R. M. D., Goulart, C. T., & Guido, L. D. A. (2018). Evolução histórica do conceito de estresse. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 7(2), 148-156.
- Simmons, A, Yoder, L. (2013). Military resilience: a concept analysis. *Nursing Forum*, v. 48, n. 1, p. 17-25, jan./mar.
- Solano, J. P. C. (2016). *Adaptação e validação de escalas de resiliência para o contexto*

*cultural brasileiro: escala de resiliência disposicional e escala de Connor-Davidson*

(Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

- Sousa, V. F. da S., & Araujo, T. C. C. F. de. (2015). Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900–915.  
<https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>.
- Stacciarini, J. M. R., & Tróccoli, B. T. (2000). Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE). *Revista latino-americana de enfermagem*, 8, 40-49.
- Sull, A., Harland, N., & Moore, A. (2015). Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10(1), 1-8.
- Teixeira, C. F. D. S., & Paim, J. S. (2018). A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em debate*, 42, 11-21.
- Teixeira, C. F. D. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Espiridião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3465-3474.
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E., & Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational medicine*, 51(5), 318-324.
- Turner, S. (2015). Resilience of Nurses in the Face of Disaster. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(6), 601-604. doi:10.1017/dmp.2015.70
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Klockars, M., Nygård, C. H., Seitsamo, J., Huuhtanen, P., ... & Aalto, L. (1997). Finnish research project on aging workers in 1981—1992. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 7-11.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Martikainen, R., Aalto, L., & Klockars, M. (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981—1992. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 58-65.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (2005). *Índice de capacidade para o trabalho*. São Carlos: EdUFSCar.
- Ueno, L. G. S., Bobroff, M. C. C., Martins, J. T., Machado, R. C. B. R., Linares, P. G., & Gaspar, S. D. G. (2017). Estresse ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFPE online*, 11(4), 1632-8.
- Umann, J. (2017). *Resiliência, estresse ocupacional, capacidade para o trabalho e presenteísmo em militares do Exército Brasileiro atuantes em uma corporação do Rio*

- Grande do Sul*. (Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre). Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/159519>
- Vasconcelos, L. S., Camponogara, S., Dias, G. L., Bonfada, M. S., Beck, C. L. C., & Rodrigues, I. D. L. (2019). Prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1-6.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
- Wermelinger, M., Machado, M. H., Tavares M. F. L., Oliveira E. S. & Moysés, N. M. N. (2010). A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Saúde para Debate*, 45, 54-70. Recuperado de <https://goo.gl/AJ7cjL>
- World Health Organization. (2020) *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)*. Published January. Recuperado em 11 de junho de 2020, de <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry investigation*, 17(2), 175.
- Yunes, M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8(número especial), 75-84.

## **Apêndices**

### **Apêndice A:**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Esclarecimentos,

Este é um convite para você participar da pesquisa: Resiliência, Estresse Ocupacional e Capacidade para o Trabalho em Profissionais de Saúde Durante uma Pandemia, que tem como pesquisador responsável Eulália Maria Chaves Maia.

Esta pesquisa pretende avaliar a relação entre os níveis de resiliência, estresse ocupacional e capacidade para o trabalho na equipe de saúde de um hospital de referência no atendimento a casos suspeitos e confirmados de COVID-19 e a referência em doenças infectocontagiosas no estado.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade de avaliar o impacto no contexto de trabalho e por conseguinte, na saúde dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente com suspeita ou caso confirmado de COVID-19 para a futura implementação de intervenções que promovam uma maior qualidade de vida no trabalho desses profissionais.

Caso decida participar você precisará responder os seguintes questionários: O primeiro será um questionário sociodemográfico com o objetivo de te conhecer melhor, assim iremos te perguntar sobre alguns dados pessoais, de carreira e contexto de trabalho. Em seguida será aplicada a escala CD-RISC-10, que contém apenas 10 questões que avaliam a sua resiliência, por conseguinte a Escala de Estresse no Trabalho com 23 itens para obter uma medida geral de estresse ocupacional, e por fim, o Índice de Capacidade para o trabalho com 10 questões para o senhor (a) mesmo avaliar a sua capacidade laboral. Os questionários são de rápida aplicação. Os formulários serão encaminhados por email ou whatsapp, de acordo com sua preferência, para respeitar a quarentena e minimizar o risco de contaminação diante do contexto de pandemia que estamos vivendo, mas a sua privacidade e sigilo das informações serão mantidas.

Durante a realização da pesquisa poderão ocorrer eventuais desconfortos e possíveis riscos. Pode acontecer certo estresse para responder os questionários ou ainda um desconforto emocional ao responder sobre o que está vivenciando durante a assistência ao paciente com suspeita ou caso confirmado de COVID-19. Caso essas situações venham a ocorrer a pesquisadora assume a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes, oferecendo acolhimento online, buscando alternativas para minimizar os efeitos.

Como benefícios da pesquisa podemos dizer que a sua participação contribuirá para uma melhor compreensão sobre os impactos no exercício do profissional da saúde, assim como os aspectos relacionados a sua saúde. Dessa forma, as informações coletadas poderão colaborar para que a gestão hospitalar busque uma prestação de cuidado e assistência ao trabalhador, promovendo uma maior qualidade de vida no trabalho.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Eulália Maria Chaves Maia, (84) 999962-0455 ou pelo e-mail: eulalia.maia@yahoo.com.br

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Caso ocorra algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para você.

Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece

proteção aos participantes das mesmas – da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, nos telefones (84) 3215-3135 / (84) 9.9193.6266, através do e-mail cepufrn@reitoria.ufrn.br Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 18:00h, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Av. Senador Salgado Filho, s/n. Campus Central, Lagoa Nova. Natal/RN.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Eulália Maria Chaves Maia.

#### Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Resiliência, Estresse Ocupacional e Capacidade para o Trabalho em Profissionais de Saúde Durante uma Pandemia, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal (RN), 17 de Agosto de 2020.

---

Assinatura do participante da pesquisa

#### Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo Resiliência, Estresse Ocupacional e Capacidade para o Trabalho em Profissionais de Saúde Durante uma Pandemia, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que

foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal (RN), 17 de Agosto de 2020.



---

Eulália Maria Chaves Maia



**Apêndice B****Questionário Sociodemográfico e aspectos relacionados à COVID-19**

**Gênero:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**Idade:** ( ) 18 a 29 anos ( ) 30 a 39 anos ( ) 40 a 49 anos ( ) 50 a 59 anos ( ) acima de 60 anos

**Categoria Profissional:** ( ) Técnico de Enfermagem ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( )  
Fisioterapeuta

**Tempo de trabalho na função atual (em anos):** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Completo ( ) Pós-graduado

**Estado civil:** ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Separado/Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)  
( ) União estável

**Com quem mora?** ( ) Pais ( ) Cônjuge ( ) Filhos ( ) Sozinho ( ) Outros

**Renda:** (o salário mínimo atual é de R\$ 1.045): ( ) Até 2 SM ( ) Mais de 2 até SM ( ) Acima de 4 SM

**Pratica atividades de lazer regularmente?** (por ex: passear, praticar exercícios físicos, filmes...): ( ) Sim ( ) Não

**Tempo de formado (em anos):** \_\_\_\_\_

**Carga horária de trabalho (média semanal em horas):** \_\_\_\_\_

**No local de trabalho tenho acesso a Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)?**  
( ) Sim ( ) Não

**No meu trabalho participo de treinamentos sobre como me comportar diante do cenário da pandemia da COVID-19?**  
( ) Sim ( ) Não

**Sinto que estou preparado para trabalhar e dar assistência aos pacientes com COVID-19?**

Ligeiramente preparado  Moderadamente preparado  Muito preparado

**“Tenho medo de contrair COVID-19”**

Sim  Não

## Anexos

### ANEXO A:

#### ESCALA DE ESTRESSE NO TRABALHO (EET)

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

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

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

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

1	A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso	1	2	3	4	5
2	O tipo de controle existente em meu trabalho me irrita	1	2	3	4	5
3	A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante	1	2	3	4	5
4	Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança de meu superior sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5
5	Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais	1	2	3	4	5
6	Sinto-me incomodado com a falta de informações sobre minhas tarefas no trabalho	1	2	3	4	5
7	A falta de comunicação entre mim e meus colegas de trabalho deixa-me irritado	1	2	3	4	5
8	Sinto-me incomodado por meu superior tratar-me mal na frente de colegas de trabalho	1	2	3	4	5
9	Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade	1	2	3	4	5
10	Fico de mau humor por ter que trabalhar durante muitas horas seguidas	1	2	3	4	5
11	Sinto-me incomodado com a comunicação existente entre mim e meu superior	1	2	3	4	5
12	Fico irritado com discriminação/favoritismo no meu ambiente de trabalho	1	2	3	4	5

13	Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional	1	2	3	4	5
14	Fico de mau humor por me sentir isolado na organização	1	2	3	4	5
15	Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores	1	2	3	4	5
16	As poucas perspectivas de crescimento na carreira têm me deixado angustiado	1	2	3	4	5
17	Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade	1	2	3	4	5
18	A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor	1	2	3	4	5
19	A falta de compreensão sobre quais são as minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação	1	2	3	4	5
20	Tenho estado nervoso por meu superior me dar ordens contraditórias	1	2	3	4	5
21	Sinto-me irritado por meu superior encobrir meu trabalho bem feito diante de outras pessoas	1	2	3	4	5
22	O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso	1	2	3	4	5
23	Fico incomodado por meu superior evitar me incubar de responsabilidades importantes	1	2	3	4	5

**ANEXO B:**

**ESCALA DE RESILIÊNCIA DE CONNOR-DAVIDSON PARA O BRASIL-10 (CD-RISC-10)**

Quanto as informações abaixo são verdadeiras para você, pensando no mês passado?

Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

	Nem um pouco verdadeiro (0)	Raramente verdadeiro (1)	Às vezes verdadeiro (2)	Frequentemente verdadeiro (3)	Quase sempre verdadeiro (4)
Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem					
Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo					
Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas					
Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte					
Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades					
Eu acredito que posso atingir meus					

objetivos mesmo quando há obstáculos					
Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão					
Eu não desanimo facilmente com fracassos					
Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida					
Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva					

Solano JP, Bracher E, Pietrobon R, Carmona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson – [www.cd-risc.com](http://www.cd-risc.com); [mail@cd-risc.com](mailto:mail@cd-risc.com). Direitos reservados.

Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2012, 2016 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

## ANEXO C:

## ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO (ICT)

1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para a sua capacidade de trabalho atual

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Estou incapaz  
para o trabalho

Estou em minha  
melhor capacidade  
para o trabalho

2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)

1  muito boa    2  boa    3  moderada    4  baixa    5  muito baixa

3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

1  muito boa    2  boa    3  moderada    4  baixa    5  muito baixa

4. Na sua opinião quais das lesões por acidentes ou doenças citadas abaixo você possui **ATUALMENTE**. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico. Caso não tenha nenhuma doença, deixe em branco a questão e todos os seus sub-itens.

	Minha Opinião	Diagnóstico Médico
01. lesão nas costas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
02. lesão nos braços/mãos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
03. lesão nas pernas/pés	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
04. lesão em outras partes do corpo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Onde? Que tipo de lesão?	<hr/>	
06. doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

	Minha Opinião	Diagnóstico Médico
07. doença da parte inferior das costas com dores frequentes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
08. dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
09. doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
10. artrite reumatoide	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
11. outra doença músculo-esquelética qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
12. hipertensão arterial (pressão alta)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
13. doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
14. infarto do miocárdio, trombose coronariana	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
15. insuficiência cardíaca	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
16. outra doença cardiovascular. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
17. infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
18. bronquite crônica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
19. sinusite crônica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
20. asma	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
21. enfisema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
22. tuberculose pulmonar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
23. outra doença respiratória. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
24. distúrbio emocional severo (ex. depressão severa)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
25. distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>



	<b>Minha Opinião</b>	<b>Diagnóstico Médico</b>
26. problema ou diminuição da audição	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
27. doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
28. doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
29. outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
30. pedras ou doença da vesícula biliar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
31. doença do pâncreas ou do fígado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
32. úlcera gástrica ou duodenal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
33. gastrite ou irritação duodenal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
34. colite ou irritação do cólon	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
35. outra doença digestiva Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
36. infecção das vias urinárias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
37. diarreia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
38. constipação	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
39. gases	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
40. doença dos rins	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
41. doença nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata )	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
42. outra doença geniturinária Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
43. alergia, eczema	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
44. outra erupção Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

	<b>Minha Opinião</b>	<b>Diagnóstico Médico</b>
45. outra doença da pele Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
46. tumor benigno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
47. tumor maligno (câncer) Onde? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
48. obesidade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
49. diabetes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
50. varizes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
51. colesterol alto	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
52. bócio ou outra doença da tireóide	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
53. outra doença endócrina ou metabólica. Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
54. anemia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
55. outra doença do sangue Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
56. defeito de nascimento Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
57. outro problema ou doença Qual? _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**5. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)**

- 1  Não há impedimento / Eu não tenho doenças
- 2  Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas
- 3  Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- 4  Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
- 5  Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
- 6  Na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

6. Quantos **DIAS INTEIROS** você esteve fora do trabalho devido à problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

- 1  nenhum  
2  até 9 dias  
3  de 10 a 24 dias  
4  de 25 a 99 dias  
5  de 100 a 365 dias

7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de **DAQUIA 2 ANOS** fazer seu trabalho atual?

- 1  é improvável    2  não estou muito certo    3  bastante provável

8. Você tem conseguido apreciar (se sentir satisfeito com) suas atividades diárias?

- 1  sempre    2  quase sempre    3  às vezes    4  raramente    5  nunca

9. Você tem se sentido ativo e alerta?

- 1  sempre    2  quase sempre    3  às vezes    4  raramente    5  nunca

10. Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

- 1  continuamente    2  quase sempre    3  às vezes    4  raramente    5  nunca