



**FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

---

**Emerson Roberto dos Santos**

**Relação entre Qualidade de Vida, Transtornos  
Mentais Menores e Resiliência entre  
Profissionais de Enfermagem**

**São José do Rio Preto**

**2020**

# **Relação entre Qualidade de Vida, Transtornos Mentais Menores e Resiliência entre Profissionais de Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre. *Área de Concentração:* Processo do Trabalho em Saúde. *Linha de Pesquisa:* Gestão e Educação em Saúde (GES). *Grupo de Pesquisa:* Educação em Saúde (EDUS).

**Orientadora:** Profa. Dra. Daniela Comelis Bertolin

**Coorientador:** Prof. Dr. Júlio César André

**São José do Rio Preto**

**2020**

### **Ficha Catalográfica**

Santos, Emerson Roberto dos.

Avaliação da Qualidade de Vida, Presença de Transtornos Mentais Menores e Nível de Resiliência entre Profissionais de Enfermagem. / Emerson Roberto dos Santos.

São José do Rio Preto, 2020.

113 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação em Saúde.

Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Comelis Bertolin

Coorientador: Prof. Dr. Júlio César André

1. Equipe de Enfermagem; 2. Qualidade de Vida; 3. Transtornos Mentais; 4. Resiliência Psicológica.

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Daniela Comelis Bertolin  
Docente do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem  
da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Profa. Dra. Daniele Alcalá Pompeo  
Docente do Departamento de Enfermagem Especializada da  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP  
Docente do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem  
da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Profa. Dra. Zeyene Alves Pires Scherer  
Livre Docente Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) -  
Universidade de São Paulo - USP

São José do Rio Preto, 09/10/2020.

## Dedicatória

*“Uma dissertação não se faz sozinha.  
Uma dissertação não se faz sozinha, ou sozinho não se faz uma dissertação.  
A verdade é que nenhuma dissertação é feita sozinha.  
Nem que você queira.”*

Raiana Lira Cabral, 2014

Muitas mãos mexem essa sopa, começando com Deus. Meu orientador e coorientador, um pós-graduando mais antigo, todos que em maior ou menor grau me acompanharam e me ajudaram no caminho até este momento.

O tempo me fez perder essa pretensão de ser dono do meu trabalho. Perdi também o medo e a insegurança que vinha quando pensei estar só.

Descobri feliz que sempre haverá alguém disposto a ler o meu trabalho e fazer uma crítica, e também haverá quem poderá me dar uma mão no dia-a-dia, me fazer um café, me levar pra desopilar ou dar uma boa sugestão para superar a crise criativa.

Comecei a perceber que quanto mais contatos eu fazia, mais aberto eu me mantinha a críticas e sugestões e isso só me enriquecia. Descobri que pedir auxílio só me fez crescer e ajuda meu trabalho a fluir.

Trocar expectativas, ideias e teorias com outros profissionais que estudam / trabalham comigo só enriquece. Mas tenho descoberto o valor das pessoas não ligadas ao mundo acadêmico que são igualmente importantes. Escrever uma dissertação implica em pedir muita paciência aos mais próximos e, ao mesmo tempo, precisar de muito apoio. Em todos os sentidos destaca-se nisso meu coorientador, nobre pela amizade, pelo companheirismo e pela sua criatividade e disposição à luta. Sem ele, nem essa dissertação, nem o trabalho que hoje eu desenvolvo seriam o que são, teriam chegado até onde chegaram.

E, antes de qualquer outra ou outro, agradeço à minha família. Muito do que faço e sou, não seria ou faria, sem o apoio e carinho dela.

Optei por não citar nomes, mas saibam que isso em nada diminui a minha gratidão e muito mais implica na necessidade, e, com isso, gera a oportunidade de agradecer-lhes, todos e todas, pessoalmente, uma vez que esta dissertação esteja, finalmente entregue.

## Agradecimentos

À Professora Doutora Daniela Comelis Bertolin, minha orientadora, e ao Professor Doutor Júlio César André, meu coorientador, por terem aceito a incumbência de orientar essa dissertação, pelo apoio, e pela disposição e capacidade de fomentar um diálogo de saberes com estudantes e orientandos marcado por um espírito libertário, nada fácil e ainda menos comum em meio a uma academia constituída, em termos formais, por relações hierárquicas. Aprendi muito nestes dois anos e agradeço muito por esse aprendizado e à paciência e atenção que foram imprescindíveis para todo o processo.

Aos professores da Pós-Graduação em Enfermagem, que compartilham suas experiências de tal forma que seus saberes circulam e, entre outros, sedimentam-se em trabalhos como este. Espero poder devolver pelo menos um pouco do que aprendi com vocês ao compartilhar as minhas reflexões - nesta dissertação e para além dela.

Aos Professores Doutores Randolfo dos Santos Júnior e Vânia Del Arco Paschoal, pelas considerações e sugestões durante meu exame de qualificação.

Ao Hospital de Base - FUNFARME e à Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto que possibilitaram o acesso aos participantes desta pesquisa.

A cada profissional de enfermagem que apesar de todos os fatores a que estão exposto se mostraram predispostos a colaborar com esta pesquisa acreditando na possibilidade de passar da vitimização para o empoderamento, se não na vida profissional, de si mesmos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP.

## Epígrafe

*“Líderes que não agem através do diálogo, mas insistem em impor suas decisões, não organizam as pessoas - elas as manipulam. Eles não liberam, nem são liberados: eles oprimem.”*

**Paulo Freire**



## SUMÁRIO

LISTA de FIGURAS .....	i
LISTA de TABELAS e FIGURAS .....	ii
LISTA de ABREVIATURAS e SÍMBOLOS.....	iii
RESUMO .....	1
<i>ABSTRACT</i> .....	3
<i>RESUMÉN</i> .....	5
1. INTRODUÇÃO .....	7
1.1. Qualidade de vida .....	7
1.2. Transtornos Mentais Menores .....	8
1.3. Resiliência .....	10
1.4. Categorias Profissionais na Enfermagem .....	12
2. OBJETIVOS .....	13
2.1. Objetivo Geral .....	13
2.2. Objetivos Específicos .....	13
3. CASUÍSTICA E MÉTODO .....	14
3.1. Tipo de Estudo .....	14
3.2. Local do Estudo .....	14
3.3. População do Estudo .....	16
3.4. Instrumentos, Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados .....	17
3.5. Aspectos Éticos .....	22
4. RESULTADOS .....	23
4.1. Dados Sociodemográficos e Profissionais .....	23
4.2. Análise descritiva de QV ( <i>WHOQOL-Bref</i> ) .....	25
4.3. Análise descritiva de TMN, segundo o SRQ ( <i>SELF-REPORT QUESTIONNAIRE</i> ) .....	27
4.4. Análise descritiva de R (Escala de Resiliência de Wagnild e Young) .....	28
4.5. Análise comparativa de QV, TMN e R entre E, TE e AE .....	29
4.6. Análise comparativa de QV, TMN e R de acordo com variáveis sociodemográficas e profissionais .....	32
4.7. Análise de correlação entre QV, TMN e R de E, TE e AE .....	39
5. DISCUSSÃO .....	41
6. CONCLUSÕES .....	56
7. FINANCIAMENTO .....	57

8. REFERÊNCIAS .....	58
9. ANEXOS .....	73
9.1. Anexo I - Instrumento 1: QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS .....	73
9.2. Anexo II - Instrumento 2: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA ( <i>THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – WHOQOL-BREF</i> ) .....	74
9.3. Anexo III - Instrumento 3: QUESTIONÁRIO DE AUTO RELATO ( <i>SELF-REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ-20</i> ) .....	78
9.4. Anexo IV - Instrumento 4: ESCALA DE RESILIÊNCIA DE WAGNILD & YOUNG .....	79
9.5. Anexo V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - versão para o respondente .....	81
9.6. Anexo VI - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - versão para o pesquisador .....	83
9.7 Anexo VII: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....	85
10. MANUSCRITO .....	89

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização geográfica do município de São José do Rio Preto	14
Figura 2. Distribuição das Unidades de Pronto Atendimento nos Distritos de Saúde de São José do Rio Preto	15
Figura 3. Distribuição dos setores do Hospital de Base de São José do Rio Preto onde houve coleta de dados	16
Figura 4. Representação gráfica da população do estudo	17
Figura 5. Resiliência entre os participantes do estudo, segundo a escala de Resiliência de Wagnild e Young	29
Figura 6. Resiliência entre os participantes do estudo, de acordo com a categoria profissional, segundo a escala de Resiliência de Wagnild e Young	31

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Modelo para interpretação dos valores dos escores médios (Média) do <i>WHOQOL-Bref</i>	19
Quadro 2: Modelo para interpretação dos valores dos escores médios (Média) do <i>SRQ-20</i>	20
Quadro 3. Transcrição de respostas para o questionamento final do <i>WHOQOL-Bref</i> : “Você tem algum comentário sobre este questionário?”	27
Tabela 1. Dados sociodemográficos dos 203 dos participantes do estudo	23
Tabela 2. Dados profissionais dos 203 participantes do estudo	24
Tabela 3. Dados relativos a vínculo empregatício adicional entre os 203 participantes do estudo	25
Tabela 4. Qualidade de Vida de 203 participantes do estudo, segundo os domínios do <i>WHOQOL-Bref</i> (ET 0-100)	29
Tabela 5. Questionamentos adicionais do <i>WHOQOL-Bref</i>	26
Tabela 6. Rastreamento de Transtornos Mentais Menores, segundo <i>SRQ-20</i> (n = 203)	28
Tabela 7. Distribuição dos 203 participantes do estudo, quanto ao diagnóstico de Transtornos Mentais Menores, segundo o <i>SRQ-20</i>	28
Tabela 8. Resiliência entre os 203 participantes do estudo, segundo a Escala de Resiliência de Wagnild e Young	29
Tabela 9. Análise comparativa da Qualidade de Vida entre as três categorias profissionais	30
Tabela 10. Análise comparativa de Transtornos Mentais Menores entre as três categorias profissionais	30
Tabela 11. Análise comparativa da Resiliência entre as três categorias profissionais	31
Tabela 12. Análise comparativa de Qualidade de Vida de acordo com os dados sociodemográficos e profissionais dos profissionais incluídos (n = 203)	33

Tabela 13. Análise comparativa de Transtornos Mentais Menores de acordo com os dados sociodemográficos e profissionais dos participantes incluídos (n = 203)	36
Tabela 14. Análise comparativa de Resiliência de acordo com os dados sociodemográficos e profissionais dos 203 participantes do estudo	38
Tabela 15. Análise de correlação entre Qualidade de Vida e Resiliência, bem como Transtornos Mentais Menores e Resiliência dos participantes do estudo (n = 203)	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AE	Auxiliar de Enfermagem
C	Convênio
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DRS-15	Divisão Regional de Saúde de Rio Preto -15
E	Enfermeiro
EB	Escore Bruto
EC	Emergência Convênio
E-SUS	Emergência SUS
ET 0-100	Escore Transformado 0-100
ET 4-20	Escore Transformado 4-20
EUA	Estados Unidos da América
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
HB	Hospital de Base
ICD	Instrumentos de Coleta de Dados
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
PE	Profissional de Enfermagem
R	Resiliência
RP	Rede Pública
SE	Setor de Emergência
SRQ-20	<i>Self-Report Questionnaire-20</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico de Enfermagem
TMM	Transtornos Mentais Menores
UI	Unidade de Internação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL-100	<i>World Health Organization to Access Quality of Life-100</i>

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida, transtornos mentais menores e o nível de resiliência entre profissionais de Enfermagem de unidades de internação e setores de emergência e realizar análise comparativa de acordo com variáveis sociodemográficas e profissionais. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, realizado em unidades de internação de um hospital escola, Hospital de Base, e setores de emergência que incluíram todas as Unidades de Pronto Atendimento do município de São José do Rio Preto/SP e dois setores de emergência do Hospital de Base. População do estudo composta por todos os auxiliares e técnicos de Enfermagem e enfermeiros dos locais definidos; estimados 444 profissionais. Excluídos os que estavam de férias e/ou afastados das atividades profissionais por qualquer motivo e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa. Dados coletados, após agendamento com gerentes dos setores, aos quais os pesquisadores explicaram os objetivos do estudo e entregaram os instrumentos de coleta de dados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que repassaram aos profissionais sob sua gerência e os recolheram em envelopes separados e lacrados, no período de agosto a outubro de 2019. Amostra final de 203 participantes. Utilizados quatro instrumentos autoaplicáveis: questionário de variáveis sociodemográficas e profissionais, instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (*WHOQOL-BREF*), *Self-Report Questionnaire (SRQ-20)* e Escala de Resiliência de Wagnild & Young. Os dados das escalas foram analisados em função do cálculo dos escores, adequados à análise dos instrumentos e sofreram tratamento estatístico apropriado, de forma a responder os objetivos do estudo, considerando nível de significância de 95%. **Resultados:** Um total de 165 (81,3%) profissionais do sexo feminino e 119 (58,6%) com até 39 anos de idade, 99 (48,8%) técnicos, 79 (38,9%) enfermeiros e 25 (12,3%) auxiliares de enfermagem. Níveis de qualidade de vida indicando insatisfação com a mesma; sem diferença entre as categorias e a análise inferencial dos escores revelou diferença significativa quanto à idade (maior em profissionais mais velhos), sexo (maior no sexo masculino) e na renda familiar (maior para a faixa entre 1.001 e 3.000 reais). Prevalência global de transtornos mentais menores entre os participantes do estudo de 31%, menores em profissionais mais velhos e no sexo masculino. Altos índices de resiliência, maiores entre profissionais mais velhos e

entre profissionais dos setores de emergência. Todos sem diferença significativa entre as três categorias de profissionais. **Conclusões:** Baixos escores de qualidade de vida entre os profissionais de Enfermagem. Resiliência aumentou com a idade e foi maior entre os profissionais do setor de emergência. Quanto maior a resiliência, maiores os escores de qualidade de vida e associação consistente da resiliência como fator de proteção aos transtornos mentais menores. Os resultados sugerem que a resiliência desempenha um papel importante na promoção da saúde e bem-estar psicológico, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os riscos de transtornos mentais menores. Desta forma, apontam caminhos para intervenções individuais e institucionais, tanto no nível da prevenção e promoção, como na recuperação da saúde dos indivíduos.

**Descritores:** Equipe de Enfermagem; Saúde Mental; Qualidade de Vida; Transtornos Mentais; Resiliência Psicológica.



## **ABSTRACT**

**Objectives:** Evaluate the quality of life, minor mental disorders and the level of resilience among nursing professionals from inpatient units and emergency departments and perform a comparative analysis according to sociodemographic and professional variables. **Methods:** Quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study, carried out in inpatient units of a school hospital, Hospital de Base, and emergency sectors that comprised all Emergency Care Units in the city of São José do Rio Preto / SP and two emergency sectors of Hospital de Base. Study population comprised all nursing assistants and technicians and nurses from the established places, with an estimated 444 professionals. Those who were on vacation and / or away from professional activities for any reason and those who did not accept to participate in the research were excluded. Data were collected after scheduling with the sector managers, to whom the researchers explained the objectives of the study and have delivered data collection instruments and the Informed Consent Form; who handed them to the professionals under their management and collected them in separate sealed envelopes from August to October 2019. Final sample of 203 participants. Four self-administered instruments were used: questionnaire of sociodemographic and professional variables, Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-BREF), Self-Report Questionnaire (SRQ-20) and Wagnild & Young Resilience Scale. Data of the scales were carried out according to the calculation of the scores, suitable for the analysis of the instruments and underwent appropriate statistical analysis, to answer the objectives of the study; a significance level of 95% was considered. **Results:** A total of 165 (81.3%) female professionals; 119 (58.6%) aged over 39 years; 99 (48.8%) nursing technicians; 79 (38.9%) nurses and 25 (12.3%) nursing assistants. Levels of quality of life indicating dissatisfaction with it, with no difference between the categories and inferential analysis of the scores revealed a significant difference of age (higher in older professionals), sex (higher in males) and family income (higher for the range between 1,001 and 3,000 reais). Global prevalence of minor mental disorders among study participants was 31%, lower in older professionals and in males. High resilience rates, higher in older professionals and among professionals in the emergency sectors. All without significant difference between the three categories of professionals. **Conclusion:** Low quality of life scores among nursing

*professionals. Resilience increased with age and was higher among professionals in the emergency sector. The quality of life scores and coherent association of resilience as a factor of protection to minor mental disorders. The higher the resilience, the higher the quality of life scores and coherent association of resilience as a protective factor for minor mental disorders. The results have suggested that resilience plays an important role in promoting psychological health and well-being, improving quality of life and decreasing the risks of minor mental disorders. Therefore, these have pointed ways approaches for individual and institutional interventions, both at the level of prevention and promotion, and in the recovery of the individuals' health.*

**Descriptors:** *Nursing Team; Mental Health; Quality of Life; Mental Disorders; Psychological Resilience.*

## **RESUMÉN**

**Objetivos:** *Evaluar la calidad de vida, los trastornos mentales menores y el nivel de resiliencia de los profesionales de enfermería de las unidades de internación y urgencias y realizar un análisis comparativo según variables sociodemográficas y profesionales.* **Método:** *Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, realizado en unidades de internación de un hospital docente, Hospital de Base y sectores de emergencia que incluyeron todas las Unidades de Atención de Emergencias de la ciudad de São José do Rio Preto / SP y dos sectores de emergencia del Hospital de Base. Población de estudio compuesta por todos los auxiliares y técnicos de enfermería y enfermeras de las localidades definidas, con un estimado de 444 profesionales. Se excluyeron aquellos que se encontraban de vacaciones y / o alejados de actividades profesionales por cualquier motivo y aquellos que no aceptaron participar en la investigación. Datos recogidos previa programación con los responsables del sector, a quienes los investigadores explicaron los objetivos del estudio y entregaron los instrumentos de recogida de datos y el Plazo de Consentimiento Informado, que pasaron a los profesionales bajo su dirección y los recogieron en sobres separados y sellado, de agosto a octubre de 2019. Muestra final de 203 participantes. Se utilizaron cuatro instrumentos autoadministrados: cuestionario de variables sociodemográficas y profesionales, instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida (WHOQOL-BREF), Cuestionario de Autoinforme (SRQ-20) y Escala de Resiliencia Wagnild & Young. Los datos de las escalas fueron tratados según el cálculo de las puntuaciones, aptos para el análisis de los instrumentos y sometidos a un tratamiento estadístico adecuado, con el fin de dar respuesta a los objetivos del estudio, considerando un nivel de significancia del 95%.* **Resultados:** *165 (81,3%) mujeres profesionales y 119 (58,6%) hasta 39 años, 99 (48,8%) técnicos, 79 (38,9%) enfermeras y 25 (12,3%) auxiliares de enfermería. Niveles de calidad de vida que indican insatisfacción con la misma, sin diferencia entre las categorías y el análisis inferencial de las puntuaciones reveló una diferencia significativa en cuanto a edad (mayor en profesionales de mayor edad), sexo (mayor en varones) e ingresos familiares (mayor en entre 1001 y 3000 reales). La prevalencia global de trastornos mentales menores entre los participantes del estudio fue del 31%, menor en los profesionales mayores y en los hombres. Altos índices de resiliencia, mayor en profesionales de*

mayor edad y entre profesionales de los sectores de emergencias. Todo ello sin diferencia significativa entre las tres categorías de profesionales. **Conclusión:** Puntuaciones bajas de calidad de vida entre profesionales de enfermería. La resiliencia aumentó con la edad y fue mayor entre los profesionales del sector de emergencias. Cuanto mayor sea la resiliencia, mayores serán las puntuaciones de calidad de vida y la asociación constante de la resiliencia como factor protector para los trastornos mentales menores. Los resultados sugieren que la resiliencia juega un papel importante en la promoción de la salud y el bienestar psicológico, mejorando la calidad de vida y disminuyendo los riesgos de trastornos mentales menores. Así, señala caminos para intervenciones individuales e institucionales, tanto en materia de prevención y promoción, como en la recuperación de la salud de las personas.

**Descriptores:** Grupo de Enfermería; Salud Mental; Calidad de Vida; Trastornos Mentales; Resiliencia Psicológica.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida (QV) está centrado na avaliação subjetiva do indivíduo, incluindo uma variedade de condições que podem afetar sua percepção, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu dia a dia e não só à condição de saúde. A literatura é clara sobre a QV dos profissionais de Enfermagem (PE). A prática laboral é realizada muitas vezes em condições inadequadas. As relações hierárquicas são conflituosas, favorecendo o estresse<sup>1,2</sup>. Estes fatores somados às cargas horárias excessivas resultam em elevados índices de absenteísmo, desgastes físicos e emocionais. Os profissionais mais acometidos são os técnicos de Enfermagem (TE), tendo em vista que realizam os cuidados diretos aos pacientes. No entanto, os enfermeiros (E) também são susceptíveis à alteração da QV, pois são os que menos se afastam das atividades laborais e, além, de ser a única categoria que realiza o gerenciamento da assistência de Enfermagem<sup>3-5</sup>.

Existem vários instrumentos que têm sido utilizados para mensurar a QV, a maioria deles desenvolvidos principalmente na Europa e Estados Unidos da América (EUA), o que requer tradução e adaptação transcultural. Sobre a sua aplicação, podem ser divididos em dois grandes grupos. Os genéricos, desenvolvidos com a finalidade de refletir o impacto de uma doença sobre a vida do paciente, e podem ser aplicados a várias populações. Avaliam o perfil de saúde e as medidas que indicam a preferência do paciente por determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção. Instrumentos genéricos como *World Health Organization to Access Quality of Life-100 (WHOQOL-100)*, *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)*, *Quality of Life Index - Ferrans and Powers*

foram traduzidos e adaptados para a cultura brasileira e têm sido utilizados para a avaliação da QV da população em geral<sup>6,7</sup>. Instrumentos específicos permitem avaliar de forma pontual determinados aspectos da QV, proporcionando uma maior sensibilidade na detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo. Importante ter clareza na utilização destes instrumentos de medida e considerar suas propriedades psicométricas, que lhes conferem confiabilidade e validade. O pesquisador precisa ter de forma clara o conceito que está sendo medido para fazer a escolha assertiva do instrumento a ser utilizado. Uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas<sup>8</sup> e devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, surgiu a versão abreviada do *WHOQOL* completo (*WHOQOL-100*), o *WHOQOL-Bref*, cuja versão final ficou composta por 26 questões<sup>9</sup>.

Em relação à QV os avanços nas pesquisas poderão resultar em mudanças nas práticas assistências e na solidificação de novos paradigmas no processo saúde/doença. Vai contribuir para a superação do modelo eminentemente biomédico, que desconsidera os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais nas ações de promoção, tratamento e reabilitação da saúde<sup>6,7</sup>.

## **1.2. Transtornos Mentais Menores**

Os Transtornos Mentais Menores (TMM) são uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico que ocorre em um indivíduo, que reflete numa disfunção psicológica subjacente. Está associado à presença de sofrimento ou incapacidade, e não é apenas uma resposta esperada a estressores e perdas comuns, uma resposta culturalmente sancionada a um evento particular e muito

menos é o resultado primário de desvio social ou conflitos com a sociedade<sup>10-12</sup>. Os TMM alteram o modo como a mente funciona e atrapalha o desenvolvimento da vida social, familiar e do trabalho, induzindo negativamente nas relações interpessoais<sup>13</sup>.

Segundo Schmidt *et al.*<sup>14</sup>, os TMM são entendidos como condições clinicamente significativas, caracterizadas por alterações no humor, nas emoções, no pensamento e no comportamento, que surgem associadas com angústia pessoal e/ou funcionamento deficiente. São características de TMM, o esquecimento, fadiga, depressão, falta de concentração, irritabilidade, insônia e queixas somáticas, e sendo estes os transtornos mais prevalentes na população, imperceptível, de várias formas e de difícil identificação<sup>15</sup>.

O Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) revela que os TMM estão entre as principais doenças relacionadas ao trabalho, ficando na terceira posição entre as doenças responsáveis por extensos períodos de afastamento de trabalhadores por incapacidade laborativa temporária e permanente no Brasil.<sup>14,16,17</sup>

A equipe de Enfermagem tem maior risco de adoecimento por TMM, uma vez que dos seis cargos com maior prevalência, quatro deles são de PEs: auxiliar de Enfermagem (AE) com 14,92%, auxiliar de saúde com 13,33%, E com 11,83% e o TE com 10,42%, com um risco de afastamento 2,5 vezes maior.<sup>14,18-20</sup>

As matrizes sobre intensidade do trabalho revelam a posição distinta que cada profissional da equipe de Enfermagem ocupa no processo de trabalho. Para AEs e TEs as variáveis relacionadas com a assistência direta ao usuário são as que se constituem em maior carga fatorial, tornando esses profissionais propensos ao adoecimento por alta carga de trabalho, bem como, a cometerem erros assistências.<sup>3,21</sup>

Para os enfermeiros as variáveis refletem a posição gerencial-assistencial que esses ocupam no processo de trabalho em Enfermagem. Sobretudo, a intensidade do trabalho causa impacto na tomada de decisão, comprometendo a parte gerencial de seu trabalho acrescentando o fato de que a execução de atividades assistenciais e gerenciais ao mesmo tempo faz com que percebam, em maior proporção, a intensidade do seu trabalho.<sup>22-24</sup>

Os instrumentos de rastreio são ferramentas importantes para a identificação precoce, permitindo a detenção e prevenção de comportamentos prejudiciais à saúde física e mental, sua aplicação deve ter boa aceitabilidade, baixo custo e um bom rigor. Para rastrear TMM o instrumento mais usado no Brasil é o *Self-Report Questionnaire-20 (SRQ-20)*, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). É apropriado para estudos em populações, amplamente utilizado em diversos países apresentando bons resultados de validade preditiva e correlação forte com a entrevista diagnóstica, tendo sido adaptado e validado para a população brasileira, em 1985.<sup>25-29</sup>

### **1.3. Resiliência**

O setor de emergência (SE) é descrito como uma área física e psicologicamente avassaladora para profissionais de saúde, incluindo a equipe de Enfermagem. Pode torna-los mais suscetíveis à exaustão emocional e com um risco maior de desenvolver estresse traumático, impondo-lhes a necessidade de estar cientes de fatores que contribuam para manter seu bem-estar, os fatores de proteção.



Nesse sentido, a resiliência (R) pode ser entendida como fator de proteção. Os fatores de risco reduzem a possibilidade de superação diante das necessidades impostas, mas seu impacto é diminuído pelos fatores de proteção.

As experiências positivas ou negativas vivenciadas no trabalho podem impactar o desempenho do indivíduo e a qualidade da assistência por ele prestada. A preocupação com a satisfação da equipe de Enfermagem no trabalho tem tornado cada vez mais necessária a sua avaliação entre profissionais e organizações, a fim de fomentar a qualidade da assistência e eficiência da organização. Esse investimento pode repercutir em melhoria contínua da satisfação de funcionários e retenção de profissionais qualificados e experientes.<sup>30-</sup>

32

Experiências de trabalho que permitem ao indivíduo o pleno uso das suas habilidades, a expressão da sua criatividade e o significativo controle sobre as suas atividades são entendidas como promotores de realização, prazer, saúde e satisfação<sup>33</sup>. Contudo, o trabalho realizado sob condições que oferecem baixo controle sobre a própria tarefa, altas demandas psicológicas, estigmatização por relações sociais conflituosas ou caracterizadas por constante isolamento, podem estimular o adoecimento mental<sup>34-36</sup>.

Etimologicamente derivada do latim *resilio*, a palavra resiliência (R) em ciências humanas é usada para descrever o potencial de uma pessoa ou grupo de pessoas de se construir ou se reconstruir positivamente mesmo em um ambiente adverso e desfavorável.<sup>37-39</sup>

No contexto do trabalho, a resiliência é um processo constante, marcado pelo crescimento pessoal e o desenvolvimento das potencialidades que as pessoas apresentam para a promoção da saúde do trabalhador. Ao identificar e reconhecer

suas limitações o profissional pode minimizar, parcial ou totalmente, os estressores desnecessários criando habilidades e sugestões para a melhoria da sua qualidade de vida e atuação profissional. Nesse contexto, o trabalhador que utiliza suas características pessoais e seu equilíbrio físico e mental tem mais possibilidade para suportar o ritmo de trabalho desgastante, a pressão e as responsabilidades, tornando-se um profissional resiliente.<sup>37-42</sup>

#### **1.4. Categorias Profissionais na Enfermagem**

Ao redor do mundo existem diversas maneiras de se categorizar o profissional que exerce a Enfermagem, ficando a critério de cada país regulamentar. No Brasil, regulamenta-se através da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986<sup>43</sup>. Define-se: [...] A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação [...].<sup>43-48</sup>

Às categorias da lei cabem atividades que consideram o nível de formação. Ao Enfermeiro (nível superior) atividades de maior complexidade e conhecimento teórico/prática; ao Técnico (curso técnico) atividades de auxílio; ao Auxiliar (AE) (certificado de Enfermagem conferido por uma instituição de ensino) atividades de natureza repetitiva.<sup>47</sup>

Diante da importância e escassa produção científica desta temática, principalmente na literatura de enfermagem, sua discussão torna-se relevante, pois seu conceito nas reflexões sobre o processo de trabalho em saúde apresenta-se operativo, inovador e atual.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Avaliar QV, presença de TMM e nível de R entre PEs de Unidades de Internação (UI) e SEs, da Rede Pública (RP) e Hospital de Base (HB) de São José do Rio Preto, um município de grande porte do interior paulista.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Descrever o perfil sociodemográfico e profissional de auxiliares (AE), técnicos de Enfermagem (TE) e enfermeiros (E) de UIs do HB e SEs da RP e HB;
2. Avaliar qualidade de vida (QV), transtornos mentais menores (TMN) e resiliência (R) entre os participantes do estudo;
3. Comparar QV, TMN e R entre as três categorias profissionais;
4. Realizar análise comparativa de QV, TMN e R, de acordo com variáveis sociodemográficas e profissionais;
5. Analisar correlação entre QV, TMN e R dentre os participantes do estudo.

### 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, realizado entre os auxiliares (AE), técnicos de Enfermagem (TE) e enfermeiros (E) de UIs do HB e SEs da RP e HB do município de São José do Rio Preto, São Paulo, no ano de 2019.

#### 3.2. Local do Estudo

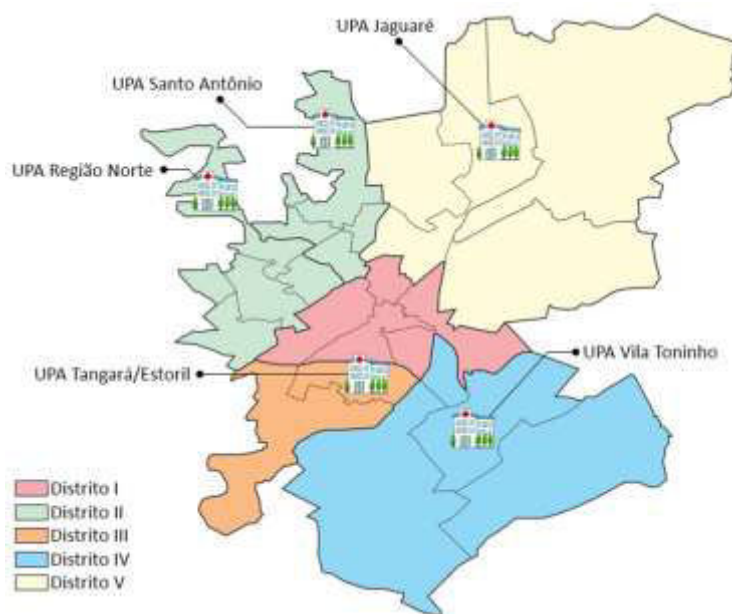
O município de São José do Rio Preto situa-se ao norte do estado de São Paulo (Figura 1), a 452 km da Capital do Estado de São Paulo e 600 km de Brasília; possui população estimada, em 1 de julho de 2019, de 460.671 habitantes.<sup>49</sup> É reconhecido como centro de referência na área da saúde e sede da maior região de Saúde do estado de São Paulo e de estados vizinhos que utilizam os serviços de saúde do município.

**Figura 1.** Localização geográfica do município de São José do Rio Preto.<sup>49</sup>



Na estruturação do modelo de saúde local, o Sistema Municipal possui cinco Distritos de Saúde e as Unidades de Saúde estão distribuídas em 10 regiões. Em 05 (cinco) delas (Região Bosque, Região CEU - Santo Antônio e Parque Nova Esperança, Região HB, Região Pinheirinho e Região Vila Toninho) há Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) - UPA Jaguaré, UPA Santo Antônio, UPA Tangará/Estoril, UPA Região Norte e UPA Vila Toninho - totalizando cinco (Figura 2).<sup>50</sup>

**Figura 2.** Distribuição das Unidades de Pronto Atendimento nos Distritos de Saúde de São José do Rio Preto.<sup>50</sup>



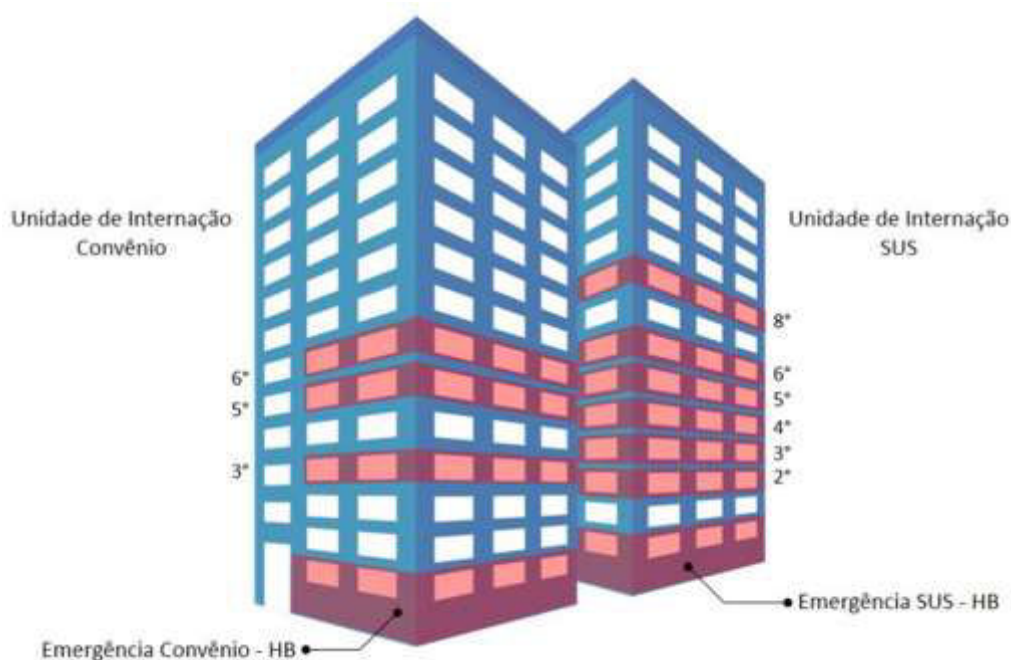
O HB de São José do Rio Preto é um dos maiores e mais importantes complexos hospitalares do Estado de São Paulo. É um hospital-escola, ligado à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), que atende 85% de seus pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É o centro médico de referência para o atendimento de mais de dois milhões de habitantes dos 102 municípios pertencentes à Divisão Regional de Saúde de Rio Preto - 15 (DRS-15), e atrai pessoas de todas as regiões do Brasil e até da América Latina. Possui 708 leitos de internação e Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e possui ainda uma das maiores emergências do interior paulista, com 12.000 atendimentos por mês,

divididos em dois setores: Emergência Convênio (EC) e Emergência SUS (E-SUS).<sup>51</sup>

### 3.3. População do Estudo

A população do estudo foi composta por todos os AEs, TEs e Es das UPAs do município de São José do Rio Preto/SP, de todas as 09 (nove) UIs do HB (SUS: 2º, 3º, 4º, 5º, 6º. e 8º. andares; Convênios (C): 3º, 5º. e 6º. andares) e dos 02 (dois) setores de emergência do HB, EC e E-SUS, sendo estimados 444 (quatrocentos e quarenta e quatro) profissionais.

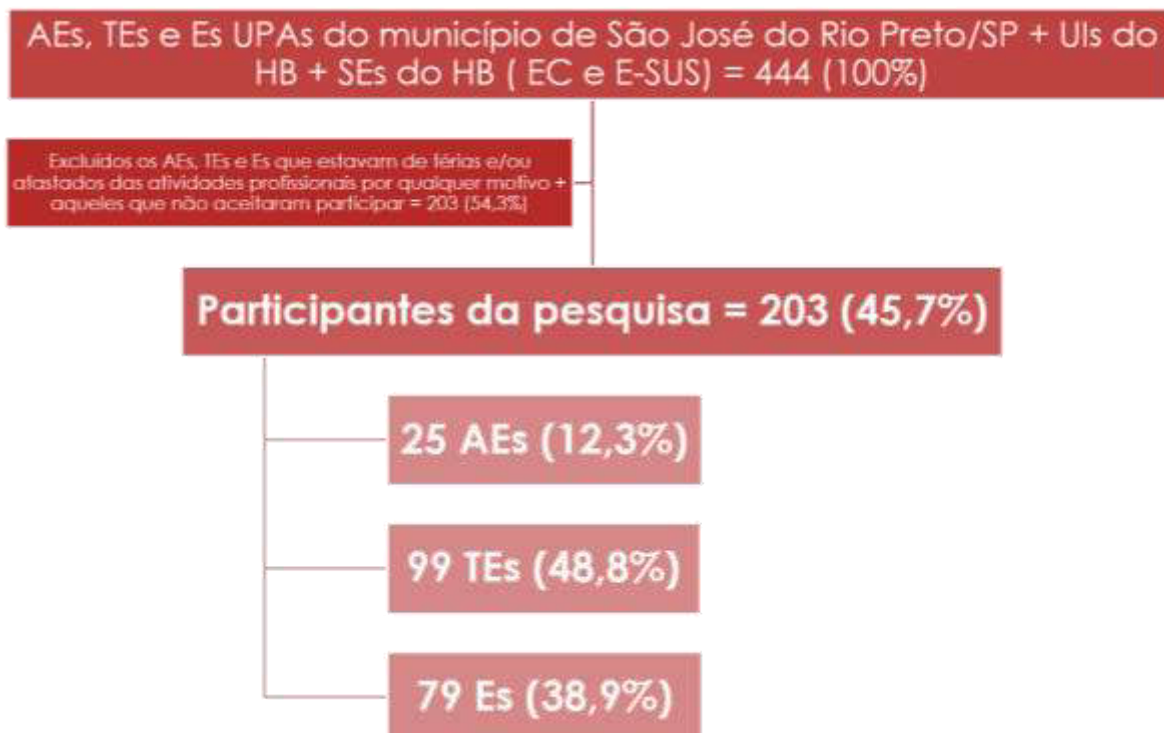
**Figura 3.** Distribuição dos setores do Hospital de Base de São José do Rio Preto onde houve coleta de dados.<sup>51</sup>



Foram excluídos os AEs, TEs e Es que estavam de férias e/ou afastados das atividades profissionais por qualquer motivo e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, seja se furtando já na entrega do TCLE e ICDs pelo seu gerente de enfermagem ou não os devolvendo depois. A amostra foi constituída por 25 (vinte

e cinco) AEs, 99 (noventa e nove) TEs e 79 (setenta e nove) Es, correspondendo a uma taxa de resposta de 45,7%.

**Figura 4.** Representação gráfica da população do estudo. (Elaborado pelo autor)



### 3.4. Instrumentos, Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

Para a coleta dos dados foram utilizados quatro instrumentos autoaplicáveis (Instrumentos de Coleta de Dados - ICD):

- Instrumento 1: **Questionário de Variáveis Sociodemográficas e Profissionais (Anexo I)**: foi elaborado pelos pesquisadores, contendo questões fechadas sobre sexo, idade, estado conjugal, número de filhos e renda familiar, no quesito variáveis sociodemográficas, e categoria profissional, setor de trabalho, instituição de trabalho, número de horas trabalhadas, número de vínculos empregatícios, motivação para o acúmulo de vínculo empregatício, em caso de, turno de trabalho e formação acadêmica, este último aplicável apenas aos Es;

- Instrumento 2: **Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref) (Anexo II)**: Uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas<sup>8</sup>. Assim, num projeto colaborativo em 15 centros surgiu o *World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQOL-100)*<sup>8,9,52</sup>. Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-Bref*, cuja versão final ficou composta por 26 questões<sup>9</sup>. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde<sup>8</sup>. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas<sup>53,54</sup>. Além do carácter transcultural, os instrumentos *WHOQOL* valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações. Tal instrumento reúne informações em quatro âmbitos ou domínios:

- ✓ DOMÍNIO FÍSICO – dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, mobilidade, capacidade de trabalho;
- ✓ DOMÍNIO PSICOLÓGICO – sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião, crenças pessoais;
- ✓ RELAÇÕES SOCIAIS – relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual;



- ✓ **DOMÍNIO DO AMBIENTE** – segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais/disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (quanto à poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte.

No total, o *WHOQOL-BREF* inclui 26 questões. As respostas a essas questões geram pontuações que variam de 1 a 5 conforme o grau de satisfação, indo de “nada satisfeito” a “muito satisfeito”. Para análise da qualidade de vida por meio do *WHOQOL-BREF*, inicialmente, é calculado um Escore Bruto (EB) mediante a soma das pontuações de cada questão e posteriormente é gerado um Escore Transformado 4-20 (ET 4-20), cujos valores variam de 4 a 20. Na sequência, calcula-se o Escore Transformado 0-100 (ET 0-100), onde os valores variam de 0 a 100. Para a análise dos dados de QV dos quatro domínios estudados, utiliza-se uma escala adaptada<sup>55</sup>. Essa escala é categorizada da seguinte maneira: valores entre 0 e 40 são considerados região de insatisfação; de 41 a 69, correspondem à região de indefinição; e, acima de 70, como tendo atingido a região de sucesso. Para o presente estudo, no sentido de facilitar os cálculos, foi considerado como ponto de corte o valor abaixo de 70 e igual ou maior que 70, no qual os níveis abaixo de 70 são considerados como insatisfação com a QV e níveis acima como satisfação com a mesma (Quadro 1).

**Quadro 1.** Modelo para interpretação dos valores dos escores médios

(Média) do *WHOQOL-Bref*. (Elaborado pelo autor)

ESCORES MÉDIOS (MÉDIA)	AVALIAÇÃO DA QV
< 70	Insatisfação
≥ 70	Satisfação

- Instrumento 3: **Instrumento Para Rastreamento de Transtornos Mentais Menores (Self-Report Questionnaire – SRQ-20) (Anexo III)**: Constitui-se numa versão de 20 itens utilizados para rastreamento de transtornos mentais menores (TMM), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado no Brasil<sup>25,26</sup>. As respostas utilizadas no questionário são apenas sim ou não e cada resposta positiva corresponde ao valor 1 para compor o escore final por meio da soma total destes valores. Os escores obtidos são referentes à probabilidade de presença de TMM, variando de 0 que corresponde a nenhuma probabilidade e 20 que significa a extrema probabilidade de apresentar TMM<sup>26</sup>. Os sintomas são agrupados em categorias, e é utilizada uma classificação que estabelece quatro subdivisões de sintomas que são o humor depressivo/ansioso (itens 4,6, 9 e 10), sintomas somáticos (itens 1, 2, 3, 5, 7 e 19), redução de energia vital (itens 8, 11, 12, 13, 18 e 20) e pensamentos depressivos (itens 14, 15, 16 e 17)<sup>56</sup> (Quadro 2).

**Quadro 2.** Modelo para interpretação dos valores dos escores médios

(Média) do SRQ-20. (Elaborado pelo autor)

CATEGORIA	ITENS	ESCORE 0	ESCORE 20
<b>Escore final</b>	Todos	Nenhuma probabilidade de apresentar	Extrema probabilidade de apresentar
<b>Humor depressivo/ansioso</b>	4, 6, 9 e 10		
<b>Sintomas somáticos</b>	1, 2, 3, 5, 7 e 19		
<b>Redução da energia vital</b>	8, 11, 12, 13, 18 e 20		
<b>Pensamentos depressivos</b>	14, 15, 16 e 17		

- Instrumento 4: **Escala de Resiliência de Wagnild & Young (Anexo IV)**: A escala de resiliência desenvolvida por Wagnild & Young<sup>57</sup> é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com

resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência.

Os dados foram coletados, após agendamento com as gerentes das UPAs do município de São José do Rio Preto/SP, das 09 (nove) UIs do HB (SUS: 2º., 3º., 4º., 5º., 6º. e 8º. andares; Convênios (C): 3º., 5º. e 6º. andares) e dos 02 (dois) setores de emergência do HB: EC e E-SUS, para quem os pesquisadores explicaram os objetivos do estudo e entregaram os quatro ICDs e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLEs) em duas versões (versão para o respondente, que permanecia com o mesmo - **ANEXO V**, e versão para o pesquisador - **ANEXO VI**), que entregaram aos profissionais sob sua gerência e recolheram os mesmos (ICDs e TCLE versão para o pesquisador) em envelopes separados e lacrados, para preservar o anonimato dos participantes do estudo, e entregaram para os pesquisadores, no período de agosto a outubro de 2019.

As variáveis sociodemográficas e profissionais foram utilizadas para caracterizar a população do estudo.

A análise exploratória dos dados incluiu média, mediana, desvio-padrão e variação para variáveis contínuas e número e proporção para variáveis categóricas. A distribuição normal das variáveis contínuas foi analisada pela assimetria, curtose e teste de Kolmogorov-Smirnov.

Comparação de variáveis ordinais entre dois grupos foi realizada pelo teste de Mann-Whitney e entre três grupos pelo teste de Kruskal-Wallis.

Análise de correlação entre qualidade de vida e resiliência, bem como entre transtornos mentais menores e resiliência foi realizada pelo coeficiente de correlação de Spearman.

Análise estatística foi realizada mediante o software *IBM-SPSS Statistics* versão 24 (*IBM Corporation, NY, USA*).

Todos os testes foram bicaudais e valores de  $p < 0,05$  foram considerados significantes.

### **3.5 Aspectos Éticos**

Este estudo é parte do projeto-mãe ***“Grau de Resiliência entre Profissionais de Enfermagem dos Setores de Emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto: Fator Preditivo da Qualidade do Atendimento Prestado”***, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), sob Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 89714418.0.0000.5415, e aprovado em 02 de julho de 2018, com parecer n. 2.748.173 (**Anexo VII**).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Dados Sociodemográficos e Profissionais

Foram incluídos 203 profissionais no estudo, sendo 165 (81,3%) do sexo feminino e 119 (58,6%) com até 39 anos de idade. Os dados sociodemográficos dos participantes estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos dos 203 dos participantes do estudo

Variável	n = 203 (%)
Idade, n (%)	
<= 39 anos	119 (58,6)
> 39 anos	84 (41,4)
Sexo feminino, n (%)	165 (81,3)
Estado conjugal, n (%)	
Com companheiro(a)	126 (62,1)
Sem companheiro(a)	77 (37,9)
Número de filhos, n (%)	
Nenhum	78 (38,4)
Um ou mais filhos	125 (61,6)
Renda familiar em reais, n (%)	
<= 1000	5 (2,5)
1001 a 3000	64 (31,5)
>= 3000	134 (66,0)
Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).	

Quanto à categoria profissional, 99 (48,8%) participantes eram TE, 79 (38,9%) E e 25 (12,3%) AE. Quanto à formação acadêmica, 132 (65%) participantes não responderam este questionamento. Entre os 71 respondentes, 64 (90,1%) participantes possuíam especialização (sendo 42 participantes com uma especialização e 22 com duas ou mais especializações), seis possuíam mestrado e um possuía doutorado. As variáveis profissionais estão relatadas na Tabela 2.

**Tabela 2.** Dados profissionais dos 203 participantes do estudo

Variável	n = 203 (%)
Categoria profissional, n (%)	
Técnico de enfermagem	99 (48,8)
Enfermeiro	79 (38,9)
Auxiliar de enfermagem	25 (12,3)
Formação profissional, n (%)	
Sem discrepância entre a formação atual e o cargo que ocupa	200 (98,5)
Auxiliar e técnico de enfermagem	1 (0,5)
Técnico de enfermagem e enfermeiro	2 (1,0)
Setor de trabalho, n (%)	
Unidade de internação – HB Emergência	59 (29,1)
UPAs	89 (43,8)
Emergência SUS - HB	39 (19,2)
Emergência Convênio – HB	16 (7,9)
Instituição de trabalho, n (%)	
Hospital de Base	114 (56,2)
UPA Tangará	25 (12,3)
UPA Jaguaré	22 (10,8)
UPA Sto Antonio	16 (7,9)
UPA Norte	16 (7,9)
UPA Vila Toninho	10 (4,3)
Horas de trabalho, n (%)	
30 horas semanais	42 (20,7)
31 a 44 horas semanais	136 (67,0)
Mais que 44 horas semanais	25 (12,3)
Turno de trabalho, n (%)	
Diurno	102 (50,2)
Noturno	60 (29,6)
Mais de um turno	41 (20,2)
Formação acadêmica, n (%)	
Especialização	64/79 (81,0)
Mestrado	6/79 (7,6)
Doutorado	1/79 (1,3)
Não reponderam	8/79 (10,1)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Ainda em dados profissionais, os participantes foram inqueridos sobre mais de um vínculo empregatício e a motivação para acúmulo de vínculos. Os resultados estão na Tabela 3.

**Tabela 3.** Dados relativos a vínculo empregatício adicional entre os 203 participantes do estudo

Variável	n = 203 (%)
Número de vínculos empregatícios, n (%)	
Um	157 (77,3)
Dois	42 (20,7)
Três	4 (2,0)
Instituição de trabalho adicional, n (%)	
Um único vínculo empregatício	163 (80,3)
Dois vínculos, sem especificar	25 (12,3)
Três vínculos, sem especificar	5 (2,5)
Santa Casa	4 (2,0)
Austa	2 (1,0)
Unimed	3 (1,5)
Beneficência Portuguesa	1 (0,5)
Motivação para acúmulo de vínculos empregatícios, n (%)	
Não acumula	161 (79,3)
Necessidade financeira	30 (14,8)
Busca melhor remuneração	12 (5,9)
Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).	

#### 4.2. Análise descritiva de QV (*WHOQOL-Bref*)

A análise da QV dos participantes da pesquisa revelou níveis que indicam insatisfação com a mesma, como demonstrado na Tabela 4. Dentre os quatro domínios, aquele que apresentou menor escore (ET 0-100) foi o físico e o maior foi o domínio relações sociais.

**Tabela 4.** Qualidade de Vida de 203 participantes do estudo, segundo os domínios do *WHOQOL-Bref* (ET 0-100).

Domínios de QV	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	Amplitude
Físico	55,3	53,6	10,4	21,4	85,7	64,3
Psicológico	62,3	62,5	12,8	25,0	95,8	70,8
Relações sociais	65,3	66,7	19,8	0,0	100,0	100,0
Ambiente	62,2	62,5	13,8	18,8	93,8	75,0

*WHOQOL-Bref, World Health Organization Quality of Life - Bref; QV, qualidade de vida; DP, desvio-padrão.*

Os questionamentos adicionais do *WHOQOL-Bref* estão descritos na Tabela 5.

**Tabela 5.** Questionamentos adicionais do *WHOQOL-Bref*

Questionamento	
Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?, n (%)	
Não	195/201 (97,0)
Sim	6/201 (3,0)
Quanto tempo você levou para preencher este questionário?, n (%)	
Menos de 5 minutos	44/200 (22,0)
Entre 5 e 10 minutos	66/200 (33,0)
Entre 11 e 20 minutos	45/200 (22,5)
Mais de 20 minutos	45/200 (22,5)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Quanto ao questionamento do *WHOQOL-Bref* “Você tem algum comentário sobre este questionário?”, 12 participantes pronunciaram-se e os relatos estão transcritos no Quadro 3.



**Quadro 3.** Transcrição de respostas para o questionamento final do *WHOQOL-Bref*: “Você tem algum comentário sobre este questionário? ”

Comentário 1	<i>Muito bom.</i>
Comentário 2	<i>Muito interessante.</i>
Comentário 3	<i>Atual.</i>
Comentário 4	<i>Útil.</i>
Comentário 5	<i>Devia ter a opção “às vezes”, pois mudamos de acordo com a situação.</i>
Comentário 6	<i>Muito grande.</i>
Comentário 7	<i>Não foi muito satisfatório.</i>
Comentário 8	<i>Pensando por que não consigo estar satisfeita.</i>
Comentário 9	<i>Na página 1, questão 17, já tive momentos de me sentir inútil e depressiva, mas já faz tempo que não tenho mais!</i>
Comentário 10	<i>Na questão saudável é seu ambiente físico deveria estar separado do trabalho e família, teria pontuação diferente no meu caso.</i>
Comentário 11	<i>Perguntas sem algum significado; sem algum esclarecimento,</i>
Comentário 12	<i>Se tivesse mais apoio no trabalho talvez nossa vida seria outra. Pois algumas perguntas só é uma dúvida. Falta apoio.</i>

#### **4.3. Análise descritiva de TMM, segundo o SRQ (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE).**

Na análise de possíveis transtornos mentais menores, observou-se baixa probabilidade de ocorrência destes transtornos de maneira global entre os participantes do estudo, como demonstrado na Tabela 6.

**Tabela 6.** Rastreamento de Transtornos Mentais Menores, segundo *SRQ-20* (n = 203).

<i>SRQ-20</i>	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo	Amplitude
Escore final	5,12	4,0	4,6	0	17	17
Humor depressivo/ansioso	1,33	1,0	1,3	0	4	4
Sintomas somáticos	1,63	1,0	1,6	0	7	7
Redução da energia vital	1,77	1,0	1,9	0	6	6
Pensamentos depressivos	0,39	0,0	0,8	0	4	4

*SRQ-20*, *Self-Report Questionnaire*; DP, desvio-padrão.

O cálculo da prevalência global de TMM em nossa amostra pode ser visto na Tabela 7 e corresponde a 31%.

**Tabela 7.** Distribuição dos 203 participantes do estudo, quanto ao diagnóstico de Transtornos Mentais Menores, segundo o *SRQ-20*.

TMM*	n (%)
Não	140 (69,0)
Sim	63 (31,0)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

\*Presente se escore *SRQ-20*  $\geq$  8 pontos.<sup>58</sup>

TMM, transtorno mental menor. *SRQ-20*, *Self-Report Questionnaire*.

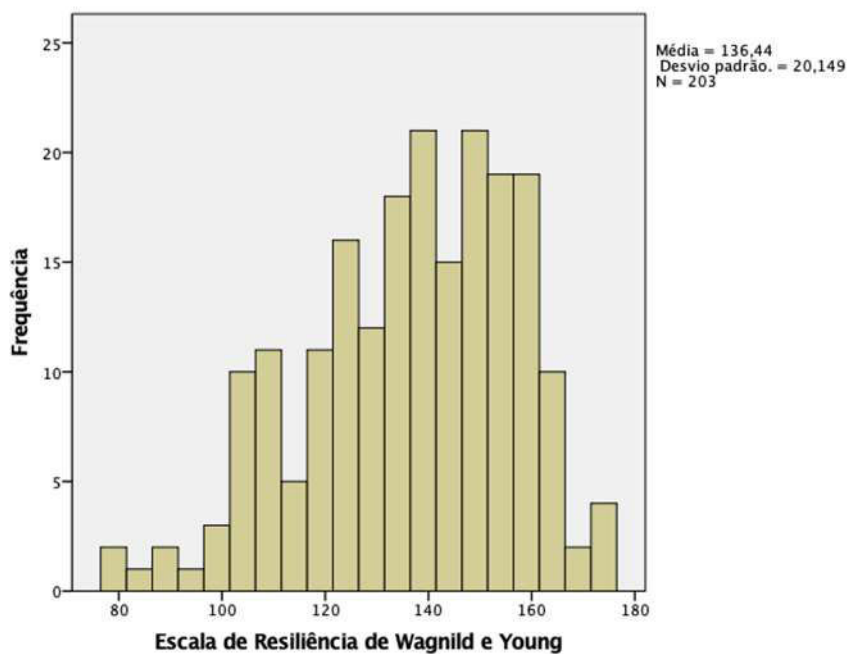
#### 4.4. Análise descritiva de R (Escala de Resiliência de Wagnild e Young)

Quando analisada a R entre os participantes da pesquisa, observou-se altos índices (vale lembrar que, na escala de Wagnild e Young, a pontuação varia de 25 a 175, sendo que valores altos indicam elevada resiliência). Os resultados podem ser vistos na Tabela 8 e Figura 5.

**Tabela 8.** Resiliência entre os 203 participantes do estudo, segundo a Escala de Resiliência de Wagnild e Young.

Escore	n = 203
Média	136,4
Mediana	139,0
Desvio-padrão	20,1
Mínimo	79
Máximo	175
Amplitude	96

**Figura 5.** Resiliência entre os participantes do estudo, segundo a escala de Resiliência de Wagnild e Young.



#### 4.5. Análise comparativa de QV, TMN e R entre E, TE e AE

Procedeu-se a análise comparativa de QV, TMN e R entre as três categorias de profissionais e não houve diferença significativa entre elas (Tabelas 9 a 11 e Figura 6).

**Tabela 9.** Análise comparativa da Qualidade de Vida entre as três categorias profissionais.

Domínio do WHOQOL-Bref	Auxiliar de enfermagem (n = 25)	Técnico de enfermagem (n = 99)	Enfermeiro (n = 79)	Valor p*
Físico	67,9	71,4	71,4	0,761
Psicológico	70,8	66,7	66,7	0,607
Social	66,7	66,7	66,7	0,410
Ambiente	59,4	62,5	65,6	0,321

**Tabela 10.** Análise comparativa de Transtornos Mentais Menores entre as três categorias profissionais.

SRQ	Auxiliar de enfermagem (n = 25)	Técnico de enfermagem (n = 99)	Enfermeiro (n = 79)	Valor p*
SRQ score total	3,0	4,0	5,0	0,079
Humor depressivo/ansioso	1,0	1,0	1,0	0,212
Sintomas somáticos	1,0	1,0	2,0	0,171
Redução da energia vital	0,0	1,0	2,0	0,236
Pensamentos depressivos	0,0	0,0	0,0	0,359

Variáveis estão descritas em mediana.

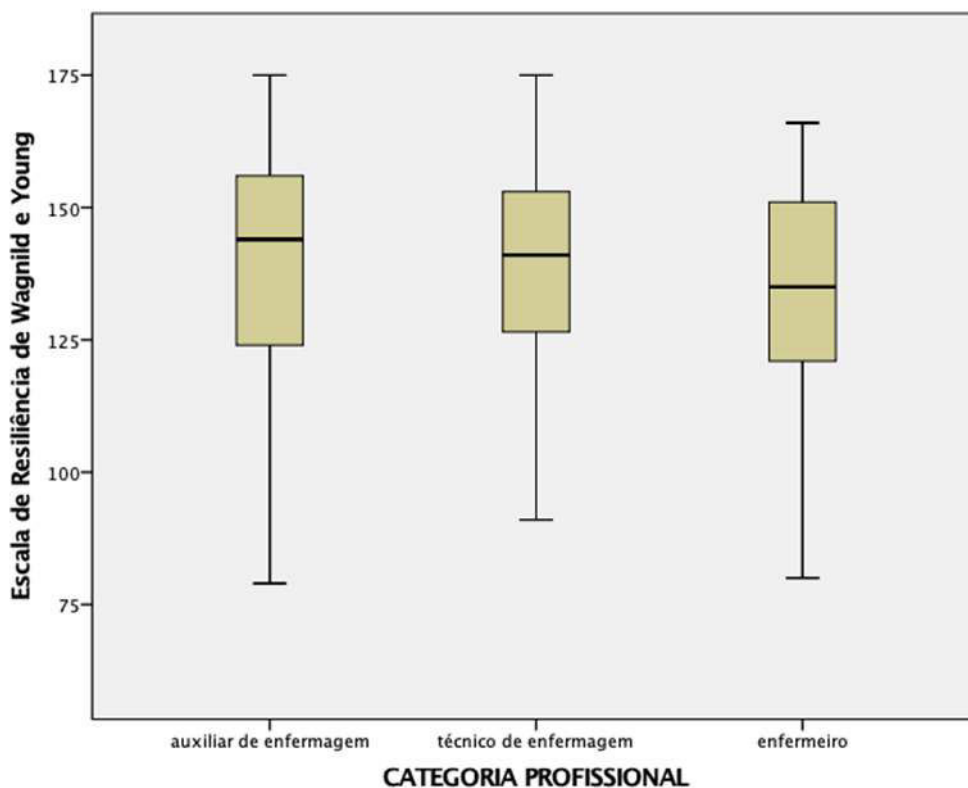
\*Teste de Kruskal-Wallis.

**Tabela 11.** Análise comparativa da Resiliência entre as três categorias profissionais.

Categoria	Média	Mediana	Varição	Valor p*
Enfermeiro (N = 79)	133,1	135,0	80 – 166	0,211
Técnico de enfermagem (N = 99)	138,8	141,0	91 – 175	
Auxiliar de enfermagem (N = 25)	137,6	144,0	79 – 175	

\*Teste de Kruskal-Wallis.

**Figura 6.** Resiliência entre os participantes do estudo, de acordo com a categoria profissional, segundo a escala de Resiliência de Wagnild e Young.



#### **4.6. Análise comparativa de QV, TMM e R de acordo com variáveis sociodemográficas e profissionais.**

Uma vez que não houve diferença nos escores de QV, TMM e R entre as três categorias profissionais, procedeu-se a análise da amostra como um todo, na busca de possíveis associações com dados sociodemográficos e profissionais.

##### **4.6.1. QV e variáveis sociodemográficas e profissionais**

Como pode ser visto na Tabela 12, a análise inferencial dos escores de QV entre os participantes da pesquisa revelou diferença significativa para:

- idade (maior em profissionais mais velhos) nos domínios psicológico e relações sociais;
- sexo (maior qualidade de vida no sexo masculino) nos domínios físico, psicológico e relações sociais;
- renda familiar (maior para a faixa entre 1001 e 3000 reais), no domínio psicológico;
- horas de trabalho (maior para os que trabalham 30 horas semanais) no domínio ambiente;
- número de vínculos empregatícios (maior para quem tem apenas 1 vínculo), no domínio físico.

**Tabela 12.** Análise comparativa de Qualidade de Vida de acordo com os dados sociodemográficos e profissionais dos profissionais incluídos (n = 203).

Variável	Domínio do <i>WHOQOL-Bref</i>							
	Físico	Valor p	Psicológico	Valor p	Relações sociais	Valor p	Ambiente	Valor p
Idade, n (%)								
<= 39 anos	71,4		66,7		66,7		65,6	
> 39 anos	71,4	0,207	70,8	<b>0,026</b>	75,0	<b>0,004</b>	62,5	0,699
Sexo, n (%)								
Feminino	67,9		66,7		66,7		62,5	
Masculino	75,0	<b>0,049</b>	72,9	<b>0,007</b>	76,0	<b>0,005</b>	64,1	0,602
Estado conjugal, n (%)								
Com companheiro	71,4		66,7		66,7		62,5	
Sem companheiro	71,4	0,391	66,7	0,686	66,7	0,353	65,6	0,997
Número de filhos, n (%)								
Nenhum	71,4		66,7		66,7		65,6	
Um ou mais filhos	67,9	0,238	66,7	0,909	66,7	0,848	62,5	0,492
Renda familiar em reais, n (%)								
<= 1000	57,1		50,0		50,0		59,4	
1001 a 3000	71,4	0,186	75,0	<b>0,026</b>	66,7	0,314	64,1	0,755
>= 3000	69,6		66,7		66,7		62,5	
Horas de trabalho, n (%)								
30 horas semanais	71,4		70,8		75,0		68,8	
31 a 44 horas semanais	71,4	0,368	66,7	0,296	66,7	0,187	64,1	<b>0,021</b>
Mais que 44 horas semanais	67,9		66,7		50,0		53,1	

Número de vínculos empregatícios, n (%)

Um	71,4		66,7		66,7		62,5	
Dois	67,9	<b>0,025</b>	66,7	0,234	66,7	0,205	62,5	0,067
Três	91,1		77,1		79,2		76,6	
Turno de trabalho, n (%)								
Diurno	71,4		70,8		66,7		62,5	
Noturno	67,9	0,125	66,7	0,141	66,7	0,618	62,5	0,786
Mais de um turno	71,4		66,7		66,7		65,6	
Formação acadêmica, n (%)								
Especialização	71,4		66,7		66,7		65,6	
Mestrado / Doutorado	57,1	0,411	58,3	0,219	58,3	0,130	62,5	0,473
Setor de trabalho, n (%)								
Emergência	71,4		70,8		66,7		62,5	
Unidades de internação	67,9	0,139	66,7	0,118	66,7	0,064	65,6	0,982

---

Variáveis categóricas estão descritas em mediana.



#### **4.6.2. TMM e variáveis sociodemográficas e profissionais**

Como pode ser visto na Tabela 13, a análise inferencial da presença de TMN entre os participantes da pesquisa revelou diferença significativa quanto à idade (menor em profissionais mais velhos) no escore final e nas categorias humor depressivo/ansioso e redução da energia vital, e sexo (menor no sexo masculino) no escore final e nas categorias humor depressivo/ansioso e sintomas somáticos.

**Tabela 13.** Análise comparativa de Transtornos Mentais Menores de acordo com os dados sociodemográficos e profissionais dos participantes incluídos (n = 203).

Variável	TMM, segundo o SRQ-20									
	SRQ total	Valor p	Humor depressivo /ansioso	Valor p	Sintomas somáticos	Valor p	Redução da energia vital	Valor p	Pensamentos depressivos	Valor p
Idade, n (%)										
<= 39 anos	6,0	<b>0,012</b>	1,0	<b>0,009</b>	1,0	0,116	2,0	<b>0,017</b>	0,0	0,224
> 39 anos	3,0		1,0		1,0		1,0		0,0	
Sexo, n (%)										
Feminino	5,0	<b>0,023</b>	1,0	<b>0,009</b>	1,0	<b>0,041</b>	1,0	0,104	0,0	0,160
Masculino	2,0		0,5		0,5		0,5		0,0	
Estado conjugal, n (%)										
Com companheiro	4,0	0,846	1,0	0,619	1,0	0,549	1,0	0,934	0,0	0,612
Sem companheiro	5,0		1,0		1,0		1,0		0,0	
Número de filhos, n (%)										
Nenhum	5,0	0,836	1,0	0,902	1,0	0,796	1,0	0,908	0,0	0,882
Um ou mais filhos	4,0		1,0		1,0		1,0		0,0	
Renda familiar em reais, n (%)										
<= 1000	10,0		1,0		3,0		3,0		0,0	
1001 a 3000	3,0	0,146	1,0	0,071	1,0	0,229	1,0	0,285	0,0	0,576
>= 3000	5,0		1,0		1,0		1,0		0,0	
Horas de trabalho, n (%)										
30 horas semanais	3,5	0,514	1,0	0,768	1,0	0,225	1,0	0,263	0,0	0,375
31 a 44 horas semanais	5,0		1,0		1,0		1,0		0,0	

Mais que 44 horas semanais	5,0		1,0		1,0		2,0		0,0	
Número de vínculos empregatícios, n (%)										
Um	5,0		1,0		1,0		1,0		0,0	
Dois	4,5	0,064	1,0	0,128	1,0	0,134	2,0	0,074	0,0	0,504
Três	0,0		0,0		0,0		0,0		0,0	
Turno de trabalho, n (%)										
Diurno	4,0		1,0		1,0		1,0		0,0	
Noturno	5,0	0,587	1,0	0,256	2,0	0,334	1,0	0,689	0,0	0,065
Mais de um turno	4,0		1,0		1,0		2,0		0,0	
Formação acadêmica, n (%)										
Especialização	5,0		1,0		2,0		1,5		0,0	
Mestrado / Doutorado	6,0	0,628	2,0	0,751	1,0	0,210	3,0	0,084	0,0	0,864
Setor de trabalho, n (%)										
Emergência	4,0		1,0		1,0		1,0		0,0	
Unidades de internação	5,0	0,137	1,0	0,232	2,0	0,211	2,0	0,233	0,0	0,768

Variáveis categóricas estão descritas em mediana.

#### 4.6.3. R e variáveis sociodemográficas e profissionais

Como pode ser visto na Tabela 14, a análise inferencial dos escores de resiliência entre os participantes da pesquisa revelou diferença significativa quanto à idade (maior em profissionais mais velhos) e quanto ao setor de trabalho (maior resiliência entre profissionais do setor de emergência).

**Tabela 14.** Análise comparativa de Resiliência de acordo com os dados sociodemográficos e profissionais dos 203 participantes do estudo.

Variável	Resiliência	Valor p
Idade, n (%)		
<= 39 anos	137,0	<b>0,034</b>
> 39 anos	143,0	
Sexo, n (%)		
Feminino	138,0	0,292
Masculino	140,5	
Estado conjugal, n (%)		
Com companheiro	137,5	0,516
Sem companheiro	140,0	
Número de filhos, n (%)		
Nenhum	138,5	0,761
Um ou mais filhos	139,0	
Renda familiar em reais, n (%)		
<= 1000	107,0	0,212
1001 a 3000	144,0	
>= 3000	137,0	
Horas de trabalho, n (%)		
30 horas semanais	141,0	0,438
31 a 44 horas semanais	138,5	
Mais que 44 horas semanais	137,0	
Número de vínculos empregatícios, n (%)		
Um	139,0	0,390
Dois	139,0	
Três	152,0	
Turno de trabalho, n (%)		
Diurno	139,0	0,959
Noturno	139,0	
Mais de um turno	138,0	

Formação acadêmica, n (%)		
Especialização	138,0	0,700
Mestrado / Doutorado	139,0	
Setor de trabalho, n (%)		
Emergência	140,5	<b>0,008</b>
Unidades de internação	131,0	

---

Variáveis categóricas estão descritas em mediana.

#### **4.7. Análise de correlação entre QV, TMN e R de E, TE e AE.**

Procedeu-se, a seguir, análise na busca de possíveis correlações entre QV e R, bem como, entre TMM e R. Pode-se observar correlação positiva, estatisticamente significativa, entre todos os domínios de QV, segundo o WHOQOL-Bref, e R, como demonstrado na Tabela 15. Além disso, houve correlação inversa, estatisticamente significativa, entre TMM e R, tanto no escore total, quanto nas quatro subdivisões de sintomas, denotando que, quanto maior a possibilidade de transtorno, menor a resiliência. (Tabela 15).

**Tabela 15.** Análise de correlação entre Qualidade de Vida e Resiliência, bem como Transtornos Mentais Menores e Resiliência dos participantes do estudo (n = 203).

	Resiliência, segundo a escala de Wagnild e Young	Valor p
	<i>Coefficiente r*</i>	
Qualidade de vida, domínios do <i>WHOQOL- Bref</i>		
Físico	0,453	< 0,001
Psicológico	0,559	< 0,001
Relações sociais	0,414	< 0,001
Ambiente	0,395	< 0,001
Transtornos mentais menores, segundo <i>SRQ-20</i>		
Escore total <i>SRQ</i>	-0,427	< 0,001
Humor depressivo/ansioso	-0,326	< 0,001
Sintomas somáticos	-0,337	< 0,001
Redução da energia vital	-0,443	< 0,001
Pensamentos depressivos	-0,213	<b>0,002</b>

\*Correlação de Spearman.

*WHOQOL-Bref*, World Health Organization Quality of Life – Bref; *SRQ-20*, Self-Report Questionnaire.

## 5. DISCUSSÃO

Considerando que os trabalhadores de Enfermagem enfrentam mais sofrimento psicológico do que a população em geral, estando expostos a uma variedade de elementos geradores de desgaste, a QV relacionada ao trabalho é um tema que vem despertando crescente interesse, dada a importância de fatores pessoais, ambientais e organizacionais envolvidos no contexto laboral<sup>38</sup>.

Os resultados dos dados sociodemográficos nesta amostra são endossados por outras pesquisas<sup>59,60</sup>. Não há predomínio importante no que se refere à faixa etária; também o predomínio do sexo feminino remete a própria origem histórica da Enfermagem que é por essência um trabalho feminino e que perdura ainda nos dias de hoje<sup>61</sup>.

O estado conjugal com companheiro e a presença de filhos ficaram marcados entre os sujeitos da pesquisa, o que é um resultado comum<sup>59,60</sup>, embora preocupante já que fica implícita a sobrecarga com dupla jornada, no trabalho e em casa com afazeres domésticos e no cuidado com os filhos<sup>61</sup>. A renda familiar também se mostrou dentro de uma faixa compatível com a profissão no Brasil<sup>62</sup>.

A quantidade predominante de horas trabalhadas, de 31 a 44 horas semanais, deve-se à realidade atual do mercado e à sociedade capitalista. Ocorre trabalho em excesso e em horários não usuais, embora a maioria dos sujeitos da pesquisa não ultrapassa o limite máximo de horas trabalhadas para os profissionais de Enfermagem, tendo teoricamente tempo para desenvolver outras atividades no âmbito da vida pessoal, como atividades de lazer que promovam saúde e qualidade de vida<sup>61</sup>.

A insatisfação com relação à QV dos profissionais da amostra está de acordo com esta temática na literatura, onde os profissionais de Enfermagem via de regra têm a qualidade de vida severamente comprometida por conta da sua opção de trabalho e os trabalhadores de saúde têm sido constantemente apontados como um grupo de risco para o adoecimento físico e mental. No seu cotidiano de trabalho, os profissionais de saúde deparam-se com pessoas ou grupos que estão em situações limites e complexas, por exemplo, violência sexual, fome, abandono, miséria, entre outras, o que pode gerar angústia e contribuir para o aparecimento de doenças funcionais<sup>63</sup>.

A não diferença nos escores de QV entre as três categorias profissionais pode ser explicada pelo fato de que, embora com diferentes graus de envolvimento e responsabilidade resultando em diferentes níveis de exposição<sup>64</sup>, todas as três categorias estão expostas aos mesmos fatores estressores do ambiente de trabalho, já que o compartilham. Uma das dimensões mais estressantes está relacionada principalmente ao enfrentamento da realidade do sofrimento humano, sobretudo, antes do processo de morrer, do que de fato a própria morte. Isso se dá devido às expectativas não atendidas e arrependimento por não ser capaz de impedir uma morte inevitável, o que se torna uma grande fonte de estresse, afetando a capacidade do profissional de atuar. Um segundo fator de maior estresse deve-se aos pacientes e suas famílias. A interação contínua, a falta de cooperação e compreensão e o sentimento de despreparo do profissional para lidar com as diferentes necessidades emocionais de pacientes e seus familiares criam sentimentos de raiva, medo e decepção na equipe de Enfermagem, conduzindo a níveis elevados de estresse. A revisão da literatura revela que o risco de violência física e psicológica por pacientes abusivos e familiares é altamente estressor<sup>65,66</sup>.



O menor nível de insatisfação com a QV foi com o domínio Relações Sociais. As grandes jornadas de trabalho, trabalho aos fins de semana e no período noturno, fazem com que a vida social acabe por ser relegada a segundo plano devido à dificuldade de compatibilidade de horários com as pessoas de seu círculo social, além de não terem muito tempo para a prática de lazer e de atividades junto à família<sup>67</sup>. O maior nível de insatisfação com a QV foi com o domínio Físico. Sabe-se que a Enfermagem é uma profissão que necessita de grande esforço físico como ficar em pé por longos períodos, uso repetido das mãos, andar com frequência e realizar esforço braçal e há alta prevalência de dor osteomuscular, principalmente nas regiões de ombro, pescoço e lombar. Fatores influenciados pelo ritmo de trabalho, pressão temporal e a pouca quantidade de funcionários necessários para a demanda, sendo esses fatores relacionados à organização do trabalho<sup>68-70</sup>.

A maior QV, nos domínios Psicológico e Relações Sociais, entre os profissionais mais velhos pode ser o resultado da experiência profissional e das conquistas decorrentes do trabalho, tais como cargo, renda e satisfação profissional. Os profissionais de Enfermagem mais jovens podem possuir uma rede mais vasta de relações sociais e interpessoais em relação aos profissionais mais velhos da área, o que, em tese, poderia lhes conferir a manutenção dos preditores de QV<sup>71</sup>. Em contrapartida os profissionais de Enfermagem de maior idade, que provavelmente têm rede social menos vasta de relações sociais em virtude das responsabilidades cumulativas ao longo da vida e pelo cansaço físico e mental do dia a dia e de sorte que suas relações sociais passam a ser quase restritas ao ambiente familiar, têm relações sociais mais duradouras e satisfatórias e então se beneficiam da influência positiva das mesmas na QV.

Com uma amostra predominante de profissionais do sexo feminino, com companheiro e filhos, ainda que com jornada de até 30 horas semanais e turno de trabalho predominantemente diurno, a associação dos afazeres domésticos conjunto com os afazeres domésticos podem ser exaustivos, acarretando problemas tanto de ordem física quanto mental<sup>61</sup>; em consequência, uma menor insatisfação com a QV, nos domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais, entre os profissionais do sexo masculino, já que afazeres domésticos e cuidados com os filhos ainda são predominantemente atribuições femininas.

A remuneração é um aspecto responsável pelo desempenho, motivação e satisfação no trabalho, sendo citada como causadora de preocupação e insatisfação no trabalho, caso a mesma esteja aquém da capacidade de atender às necessidades pessoais<sup>72</sup>. Em Silva *et al.*<sup>60</sup>, a remuneração foi o componente de maior satisfação profissional atribuída para auxiliares e técnicos de Enfermagem, tal como encontrado para outras equipes de técnicos e enfermeiros gerenciais<sup>73</sup>. Uma QV com escore menos insatisfatório, no domínio Psicológico, entre os profissionais com renda familiar entre 1.001 e 3.000 reais pode calcar-se no fato de que a faixa salarial do E, a categoria com maior remuneração dentre as 3, é de R\$ 3.139,69 (média do piso salarial 2020 de acordos, convenções coletivas e dissídios), sendo R\$ 3.152,00 o salário mediano da pesquisa, levando-se em conta profissionais de todo o Brasil<sup>62</sup>.

Para grandes jornadas semanais de trabalho, aliadas ao estresse emocional, soma-se ainda o desgaste físico devido às rotatividades de turnos, plantão noturno, jornada de trabalho de 12 horas, plantão durante os finais de semana e feriados, a ausência de regularidade durante as refeições e sobrecarga física<sup>74</sup>, o que explica

um escore de QV menos distante do nível de satisfação, no domínio Ambiente, entre os profissionais que trabalham 30 horas semanais.

Embora a pesquisa que vincule R aos ambientes ocupacionais ainda tenha escopo limitado, a R é frequentemente mencionada no contexto da prática de Enfermagem. Existem evidências crescentes de que a resiliência não é uma característica estática ou inata, mas um processo contextual e dinâmico<sup>75</sup>. O termo resiliência é comumente usado para descrever a capacidade de transformar desafios em oportunidades e aprender com situações exigentes<sup>76</sup>.

Num sistema de saúde orientado para o déficit, com numerosos estressores, pode ser desafiador assumir uma abordagem de resiliência baseada em forças para as adversidades individuais e estruturais. Eles podem parecer intransponíveis. No entanto, há poder e eficácia em uma abordagem coletiva e proativa. Se quisermos fazer a diferença na saúde e no bem-estar dos consumidores, prestadores de cuidados e força de trabalho, precisamos trabalhar juntos para realizar mudanças positivas em todos os níveis - individual, organizacional e profissional. Podemos, assim como Braithwaite *et al.*<sup>77</sup> afirmam, não apenas procurar o que deu errado e corrigi-lo, mas também adotar uma abordagem proativa para criar pontos fortes e garantir que as coisas corram bem desde o início<sup>78</sup>.

Os altos índices de R, sem diferença significativa entre as três categorias de profissionais, podem estar diretamente relacionados à paixão e o interesse dos profissionais de enfermagem que os motivam a lidar com as adversidades no local de trabalho, o orgulho e valor em seu papel profissional e satisfação com sua escolha de carreira. O senso de valor na profissão de Enfermagem influencia significativamente os profissionais a lidarem com as adversidades no local de trabalho<sup>79</sup>.

Escores de R podem diferir de acordo com os anos de experiência profissional. Mills *et al.*<sup>80</sup> sugerem que os escores de R são mais altos no primeiro ano após a graduação, mas diminuem ligeiramente até estabilizar em torno de três a cinco anos, o que está de acordo com os nossos dados de maiores índices de R entre os profissionais mais velhos.

O fator tempo proporcionando aumento do índice de R, favorece o desenvolvimento de atributos individuais que podem ser usados para criar resiliência, dentre eles: organização do trabalho e equilíbrio trabalho-vida como estratégias conscientes, mecanismo de auto-suficiência, pensamento positivo, inteligência emocional e paixão e interesse, como estratégias de autoeficácia<sup>80</sup>.

Foco em uma experiência que ocorre no presente de maneira não julgadora é o que se pode chamar de atenção plena, que é importante principalmente quando os profissionais de Enfermagem organizam-se e se afastam de situações emocionais altamente carregadas e refletem, aprendem e seguem em frente. Deste modo profissionais de Enfermagem atentos podem se organizar e recuar mentalmente e pensar sobre o que está acontecendo e o que pode ser feito<sup>81</sup>. A organização do trabalho é , então, usada como estratégia consciente pelos profissionais de Enfermagem para melhorar sua resiliência no trabalho, assumindo a forma de horários de trabalho flexíveis (reduzindo o horário de trabalho ou recusando-se a trabalhar em turnos duplos ou horas extras, menor demandas de trabalho (mudança para uma enfermagem fisicamente mais leve, limitando a exposição a trabalhos físicos difíceis e descanso e relaxamento deliberados para se recuperar quando estiver fora de serviço, maior autonomia pessoal (maior controle sobre o trabalho), trabalho em funções interessantes e especializadas, maiores recursos de enfrentamento e insights sobre capacidade de reconhecer

estressores<sup>82,83</sup>. É importante ressaltar que menores demandas de trabalho e maiores recursos de enfrentamento têm a capacidade de melhorar a saúde psicológica<sup>84</sup>, enquanto a autonomia pessoal melhora a competência e o controle sobre o trabalho<sup>82</sup>. Os profissionais de enfermagem que têm autonomia pessoal em relação ao seu trabalho são capazes de se concentrar em fornecer assistência centrada na pessoa e em um envolvimento profissional significativo com seus pacientes e, posteriormente, alcançar níveis mais altos de confiança, eficácia e satisfação no trabalho<sup>82</sup>.

O equilíbrio entre vida profissional e pessoal como uma estratégia consciente pode ser empregado para reduzir o estresse no local de trabalho entre os profissionais de Enfermagem<sup>80</sup> e a capacidade de manter o equilíbrio entre vida profissional e pessoal ajuda a prevenir sentimentos de sofrimento emocional e promove o bem-estar<sup>85,86</sup>.

De modo geral, a identificação dos principais fatores ocupacionais estressores em Enfermagem está relacionada às unidades ou contextos específicos de trabalho, tais como as UTIs<sup>87</sup>, as Es<sup>87</sup>, os Serviços Especializados, como os Serviços Psiquiátricos ou a Atenção Primária<sup>88</sup>. Se por um lado as UTIs podem ser consideradas um ambiente de trabalho estressante para os profissionais<sup>89</sup>, por outro lado, UTI e SEs são os setores que dispõem de maior quantidade de profissionais de Enfermagem, seja na rede pública ou em uma unidade hospitalar, pois é percebida como o setor de maior criticidade, o que possibilita melhor aporte quantitativo e qualitativo de profissionais. É significativa a atuação desses profissionais de Enfermagem que, em meio às adversidades de seus postos de trabalho e exigências físicas e mentais acentuadas, executam suas atividades laborais por afinidade/satisfação pessoal e profissional. Isto que se

converte em benefícios para os pacientes, para a empresa e para si próprios, pois uma vez que o profissional identifica-se com a sua atuação profissional e se reconhece satisfeito pessoal e profissionalmente, aumenta sua R reduz-se o risco de comprometimento de sua QV<sup>90</sup>, o que explica a correlação positiva de QV e R, ou seja, quanto maior a R maiores os escores de QV.

Destaca-se que o cuidar é o cerne da Enfermagem e o enfermeiro é o responsável por proporcionar o cuidado adequado, resolutivo, ético e humanístico ao paciente. Quando as consequências desse trabalho se tornam sofrimento, diminui-se o desempenho de ações necessárias e eficazes para a qualidade desse cuidado<sup>68-70</sup>.

O adoecimento físico perpassa inúmeras dimensões, desde a forma como está organizado o serviço, quantidade de profissionais e infraestrutura, até a forma como o profissional atua com o paciente. É notório, não raramente, que enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, estudantes de Enfermagem e Medicina, médicos e serviços de apoio podem não possuir competências para a condição que o paciente exige e que muitas vezes não se sentem preparados para tal<sup>68-70</sup>.

Assim é necessário repensar a formação contínua dos profissionais da saúde, tendo em vista que esse campo é amplo, com diversas áreas específicas. Cabe ao profissional estar atento para o desenvolvimento de competências e habilidades que possa lhe ajudar na atuação onde for requisitado. Um primeiro passo para transformar esse *insight* em diretrizes para educar profissionais e futuros profissionais de Enfermagem que estejam em condições de cuidar deve ser focado numa cultura de aprendizado de confiabilidade, no ambiente de trabalho e de aprendizagem<sup>91</sup>. Isso poderia facilitar o que Rusthon *et al.*<sup>92</sup> descrevem como

passar da vitimização para o empoderamento. Ao seguir esse caminho, os profissionais e estudantes de Enfermagem podem amadurecer e ganhar a capacidade de cuidar de si mesmos e de seus pacientes em um processo contínuo de aprendizado e construção de resiliência.

Resiliência não é simplesmente responsabilidade de um indivíduo; é uma responsabilidade social compartilhada<sup>93</sup>. Além de criar recursos individuais e ambientais em situações de adversidade, também é necessário abordar os fatores estruturais e sistêmicos que causam o estresse e a adversidade<sup>94</sup>. Indiscutivelmente, este é um desafio muito maior; no entanto, resiliência não é esperar que as pessoas lidem com situações cada vez mais difíceis. As causas do estresse e da adversidade precisam ser reduzidas ou removidas sempre que possível. Encontrar maneiras de superar as adversidades nos cuidados de saúde é uma responsabilidade compartilhada<sup>91</sup>.

Nossos resultados apontaram que a prevalência global de TMM nos profissionais que compuseram a amostra foi de 31%, apoiando outros estudos<sup>29, 95,96</sup>. À beira do leito, 6, 12 ou 24 horas por dia, seis ou sete dias por semana, os profissionais de Enfermagem apresentam níveis bastante elevados de estresse ocupacional e sofrimento psíquico quando comparados a outros grupos. Estudos evidenciam índices aumentados de autopercepção de estresse, ansiedade e depressão em profissionais de Enfermagem; manifestações que compõem, isoladamente ou associadas, os TMM<sup>96</sup>. Ademais, constata-se taxas alarmantes de suicídio e tentativa de suicídio nessa categoria profissional<sup>95</sup>.

Não houve diferença estatística na prevalência dos TMM e as três categorias da equipe de Enfermagem. A literatura tem identificado que profissionais de nível técnico são mais sensíveis aos TMM, já que são submetidos, diariamente, à

realização de tarefas repetitivas, desgastantes, que exigem maior esforço físico e contato mais próximo com os pacientes e, conseqüentemente, com o seu sofrimento<sup>97</sup>. Esse resultado conflitante pode estar relacionado ao estresse advindo da intensa atividade cognitiva do enfermeiro e do cuidado direto oferecido pelo enfermeiro assistencial.

No que concerne ao local de trabalho, a literatura é controversa, apontando elevadas prevalências de TMM em profissionais que atuam tanto em SEs<sup>98</sup> como em ambulatórios<sup>99</sup> e Uls<sup>97</sup>. Em nosso estudo o local de trabalho não foi associado com maior prevalência de TMM.

Indivíduos mais velhos têm menores probabilidades de TMM, tanto no escore final como nas categorias humor depressivo/ansioso e redução da energia vital. Alguns estudos mostram maiores riscos de TMM na faixa etária mais avançada<sup>97,100</sup>, particularmente, os transtornos ansiosos<sup>97</sup>. A literatura ainda faz referência a possibilidade do cenário estar aumentado em face da maior prevalência de doenças crônicas nas pessoas mais velhas<sup>96</sup>. A presença de doenças crônicas não foi investigada nesse estudo.

Por outro lado, as pessoas de idade mais avançada apresentaram maior resiliência, fator que pode ter contribuído para o baixo risco de transtornos emocionais nesses profissionais. Estudos evidenciam que a resiliência está fortemente associada a maior saúde mental<sup>101-103</sup>, pois sugerem que esses indivíduos possuem maior aptidão em suportar adversidades e demonstram atitude positiva diante dos problemas<sup>103</sup>.

Tomando por premissa o sexo como variável biológica fundamental para compreender a ampla gama de conseqüências fisiológicas, neurobiológicas e comportamentais<sup>104</sup> as menores probabilidades de TMM em profissionais de



Enfermagem do sexo masculino, no escore final e nas categorias humor depressivo/ansioso e sintomas somáticos, podem ter uma relação direta com a ausência da dupla jornada que, via de regra, se impõe aos profissionais do sexo feminino em qualquer área e favorece o desenvolvimento de TMM<sup>97,105</sup>.

O apontamento para a categoria sintomas somáticos, tal como aparece aqui, parece corroborar isso e está diretamente ligada à categoria humor depressivo/ansioso e, portanto, ao escore final. As menores probabilidades de TMM em profissionais do sexo masculino na categoria humor depressivo/ansioso contraria dados da literatura que colocam os indivíduos do sexo masculino como mais afetados pela ansiedade e depressão<sup>97,106</sup>. Contudo, alerta-se que há necessidade de maior esclarecimento desse fenômeno, já que uma infinidade de outros sinais podem gerar diferenças no desenvolvimento do cérebro masculino e feminino e alterarem a resposta a sinais intrínsecos e extrínsecos<sup>104</sup>.

Embora a renda tenha sido descrita como associada aos TMM em trabalhadores em geral<sup>107</sup>, isto não se replicou em nossos dados ( $p = 0,146$ ), talvez pela especificidade da amostra. Níveis menores de risco de TMM também foram associados aos menores níveis de formação acadêmica<sup>100</sup>, o que também não foi encontrado neste estudo ( $p = 0,628$ ).

Embora o papel gerencial, oportunidades de desenvolvimento de carreira, relacionamento conjugal, mais anos de trabalho no hospital, melhor estado de saúde física e relacionamento e ambiente de trabalho harmonioso tenham sido associados a menores taxas e gravidade de transtornos mentais autorreferidos<sup>96</sup>; nenhum estudo faz a correlação direta da resiliência como fator de proteção aos TMM.

Os índices elevados de resiliência verificados em nossos dados contrariam alguns dados da literatura<sup>108,109</sup> e corroboram outros<sup>110,111</sup>. Contudo, a ausência de diferença entre as três categorias de profissionais ( $p = 0,211$ ) pode estar diretamente relacionada à paixão e ao interesse dos profissionais de Enfermagem, independente da categoria, que os motivam a lidar com as adversidades no local de trabalho; o orgulho e valor em seu papel profissional e satisfação com sua escolha de carreira, já que o senso de valor na profissão de Enfermagem influencia significativamente os profissionais para lidar com as adversidades no local de trabalho<sup>79,112</sup>.

É patente a constatação de que maior idade, estabilidade no trabalho e períodos mais longos de trabalho no mesmo local ajudam os profissionais a ganharem mais experiência profissional e de vida, mais oportunidades de desenvolvimento de carreira, como treinamento e promoção, maior segurança no emprego e níveis mais altos de satisfação<sup>113,114</sup>. Todos associados à estabilidade na vida pessoal como boa saúde geral, relacionamento conjugal estável<sup>83,115</sup>, melhor renda<sup>116</sup>, podem favorecer o desenvolvimento da resiliência. Nossos dados estão de acordo e reforçam a associação entre idade ( $p = 0,034$ ) e local de trabalho ( $p = 0,008$ ), porém não no que se refere ao relacionamento estável ( $p = 0,516$ ) ou renda ( $p = 0,212$ ).

O avanço da idade como fator de desenvolvimento de resiliência pode estar associado ao envelhecimento bem-sucedido, em que um nível mais alto de qualidade de vida relacionado à idade tem sido relacionado às adversidades prévias, inclusive do início da vida<sup>117</sup>, mediando significativamente a relação dessa resiliência com a saúde mental.

Nossos resultados mostraram maior resiliência dos profissionais que atuam em unidades de emergência, quando comparados com aqueles locados em unidades de internação clínica e cirúrgica, resultados esses corroborados pela literatura<sup>110,111</sup>.

Dados de correlação negativa da Resiliência (sugerindo que possa atuar como fator de proteção) foram demonstrados em relação à carga de cuidado. Também, os resultados de ajuste de angústia e aspectos positivos do cuidado entre cuidadores primários de crianças e adolescentes com esquizofrenia<sup>100</sup>, compatíveis com os dados aqui mostrados em que a resiliência teve um efeito de mediação / fator de proteção. Desta forma, os profissionais e seus empregadores devem se concentrar em intervenções baseadas na resiliência; o que pode incluir: oferecer apoio, proporcionar um maior senso de desenvoltura, incentivar a utilização proativa do suporte e aprimorar habilidades de enfrentamento resilientes para desenvolver a R, reduzir o sofrimento e diminuir os riscos de desenvolver TMM.

Mas, tratar a resiliência como uma característica individual é visto como “deixando as organizações fora do gancho”<sup>118</sup>, ainda que muitas vezes tenha sido o foco das estratégias organizacionais até o momento. Mas isso não funciona assim e certamente não é apropriado; uma vez que as evidências sugerem que a resiliência da equipe parece estar “mais relacionada aos laços entre os membros da equipe do que à composição psicológica ou aos estilos de enfrentamento de qualquer indivíduo”<sup>119</sup>. Sobretudo, do ponto de vista sócioecológico, esse processo envolve interação ativa entre os recursos de uma pessoa e os de seu ambiente, ou seja, para aumentar a resiliência de uma pessoa, é preciso haver acesso adequado e disponibilidade de recursos e apoios relevantes ao seu redor<sup>120</sup>, em que recursos pessoais (por exemplo, características pessoais como otimismo, senso de

autoeficácia e empatia) e recursos ecológicos (por exemplo, apoio emocional e prático de outras pessoas, incluindo organizações) são necessários<sup>78,121,122</sup>.

E, embora inexista um processo emocional único que explique processo de construção da Resiliência, esse processo pode girar em torno do sentimento de desamparo, da presença de emoções positivas ou a percepção do controle sobre a situação, que poderia estar diretamente relacionada ao sentimento de impotência<sup>123</sup>. Deste modo as perspectivas atuais sobre a Resiliência são de que não é simplesmente responsabilidade de um indivíduo, mas sim uma responsabilidade social compartilhada<sup>78,93,121</sup>.

Os fatores de proteção, incluindo a Resiliência, podem afetar o desempenho e a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem, o que corrobora a correlação inversa de TMM e Resiliência aqui relatada ( $r = -0,427$ ), dados esses que não aparecem na literatura.

Os profissionais de Enfermagem sentem-se repetidamente ignorados por seus empregadores quando levantam preocupações sobre a sua saúde mental<sup>95</sup>. Portanto, seria produtivo que esses empregadores tivessem um foco na responsabilidade organizacional pela saúde e bem-estar psicológico de seus colaboradores ao invés de simplesmente dar uma ênfase excessiva na procura por profissionais que “já são resilientes” como uma alternativa em face da falta de pessoal ou da constatação de que o mesmo requer um trabalho emocional intenso<sup>118</sup>.

Importante enfatizar a importância do apoio de colegas e equipes para permitir uma recuperação positiva, após experiências estressantes emocionalmente e que gerentes, organizações e líderes podem servir de apoio aos profissionais até nos momentos mais críticos. A Resiliência nunca deve ser vista

como uma responsabilidade individual, mas sim como uma responsabilidade coletiva e organizacional<sup>78,93</sup>, e impensável deixar que esses profissionais possam “se sentir culpados” por não serem “suficientemente resilientes” ou não terem “treinado a resiliência”<sup>124</sup>.

No que tange à futura força de trabalho de Enfermagem, a preparação dos alunos para a prática e sua Resiliência são áreas emergentes de investigação em Enfermagem e o treinamento em inteligência emocional pode ajudar a construir a Resiliência dos estudantes de Enfermagem e melhorar sua prontidão para a prática<sup>125</sup>, já que esse constructo pode ser “treinado”<sup>123</sup>.

## 6. CONCLUSÕES

Os baixos escores em todos os domínios da QV neste trabalho revelam que a QV geral dos profissionais de Enfermagem é influenciada pelos fatores físicos e psicoemocionais que envolvem as complexas relações de trabalho a que todas as categorias estão expostas durante o desenvolvimento de suas práticas assistenciais e gerenciais. Isto evidencia a centralidade que o trabalho ocupa em suas vidas e o quanto é importante no processo de autorrealização pessoal e profissional.

A resiliência contribui para a prontidão dos profissionais de Enfermagem em cuidar. Uma cultura de aprendizado educacional de confiabilidade promove o desenvolvimento da resiliência, de modo que os educadores de Enfermagem possam apoiar o desenvolvimento da resiliência de seus alunos, futuros profissionais de Enfermagem nos três níveis.

A prevalência global dos TMM entre os participantes foi elevada, sendo menor em profissionais de idade mais avançada e do sexo masculino. Identificou-se correlação negativa da resiliência com os TMM, indicando que essa habilidade pode ser considerada fator de proteção à saúde mental de trabalhadores de Enfermagem. A resiliência aumentou com a idade e foi maior entre os profissionais do setor de emergência.

Os resultados sugerem que a resiliência desempenha um papel importante na promoção da saúde e bem-estar psicológico, diminuindo os riscos de TMM. Desta forma, aponta caminhos para intervenções individuais e institucionais, tanto no nível da prevenção e promoção, como na recuperação da saúde dos indivíduos.

Considerando-se que o comprometimento organizacional está associado à satisfação no trabalho e ao ambiente de trabalho profissional, os gerentes organizacionais e de unidades podem aumentar a participação dos funcionários na tomada de decisões e lhes dar a oportunidade de realizar seu valor. Em outras palavras, dar uma mão mais forte aos profissionais de Enfermagem, propiciando acesso a recursos e criando novas perspectivas sobre estratégias para aumentar sua qualidade de vida, compromisso organizacional e satisfação no trabalho. A melhoria da comunicação e cooperação; o estabelecimento de gestão participativa e o aprimoramento dos pontos fortes / qualificações dos trabalhadores também serão complementares à manutenção de uma estrutura organizacional saudável.

## **8. FINANCIAMENTO**

Pesquisa realizada com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), código do financiamento 001.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnetz J, Hamblin LE, Sudan S, Arnetz B. Organizational Determinants of Workplace Violence Against Hospital Workers. *J Occup Environ Med.* 2018;60(8):693-9.
2. Crawford CL, Chu F, Judson LH, Cuenca E, Jadalla AA, Tze-Polo L. An Integrative Review of Nurse-to-Nurse Incivility, Hostility, and Workplace Violence: A GPS for Nurse Leaders. *Nurs Adm Q.* 2019;43(2):138-56.
3. Souza LA, Ikegami EM, Walsh IAP, Bertoncelli D. Associação do nível de atividade física com a capacidade para o trabalho e sintomas osteomusculares em profissionais de enfermagem do âmbito hospitalar Saúde (Sta. Maria). 2019;45(3):1-12
4. Ozanam MAQ, Santos SVM, Silva LA, Darli RCMB, Bardaquim VA, Robazzi MLCC. Satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem. *Braz J Develop.* 2019;5(6):6156-78.
5. Silva LNS, Azevedo CAS, Silva WC, Mendez RC, Perreira TJS, Souza BM, et al. Aspectos físicos e socioeconômicos que interferem na qualidade de vida do profissional de enfermagem. *Res Soc Develop.* 2019;9(1):1-22.
6. Mendonça RB, Sarni ROS, Len C, Solé D. (2018). Tradução para o português (cultura brasileira) e adaptação cultural de questionários para avaliação da qualidade de vida de crianças com alergia alimentar e de seus pais. *Braz J Allergy Immunol.* 2018;2(3):364-72.
7. Mizuno M, Sugimoto K, Mayers T, Ferrans CE. Ensuring Cultural and Cognitive Integrity in Instrument Translation: Quality of Life Index for Japanese Cancer Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2019;6(1):64-71.
8. The Whoqol Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569-85.



9. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Rev Saúde Pública. 2000;34(2):178-83.
10. Alcântara AC. Trabalho, adoecimento e saúde mental na Universidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2018.
11. Cardoso MCB, Araújo TM. Atenção aos transtornos mentais relacionados ao trabalho nas regiões do Brasil. Psicol Soc. 2018; 30:e163746.
12. Conselho Federal de Psicologia. Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para atuação da(o) psicóloga(o). 2ª ed. Brasília (DF): CFP; 2019.
13. Oliveira AMN, Araújo MT. Situações de desequilíbrio entre esforço recompensa e transtorno mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. Trab Educ Saúde. 2018;16(1):243-62.
14. Schimidht MLG, Barbosa WF, Rotoli LUM. Prevalência de transtornos mentais entre auxiliares e técnicos de enfermagem readaptados no trabalho. Rev Saúde Ciênc Online. 2018;7(3):23-31.
15. Pereira SS, Teixeira CB, Reisdorfer E, Vieira MV, Gherardi-Donato ECS, Cardoso L. The relationship between occupational stressors and coping strategies in nursing technicians. Texto & Contexto Enferm [periódico na Internet]. 2016 Dez [acesso 2019 Nov 30];25(4): [aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/0104-0707-tce-25-04-2920014.pdf>
16. Cordeiro TMS, Araújo TM. Prevalência da capacidade para o trabalho inadequada entre trabalhadores de enfermagem da atenção básica à saúde. Rev Bras Med Trab. 2017;15(2):150-7.

17. Jaracz M, Rosiak I, Bertrand-Bucińska A, Jaskulski M, Nieżurawska J, Borkowska A. Affective temperament, job stress and professional burnout in nurses and civil servants. *PloS one*. 2017;12(6):e0176698.
18. Silva SM, Borges E, Abreu M, Queirós C, Baptista PCP, Felli, VEA. Relação entre resiliência e burnout: Promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2016;(16):41-8.
19. Sousa KH, Lopes DP, Nogueira ML, Tracera GM, Moraes KG, Zeitoune RC. Risk of illness and human cost at work in a psychiatric hospital. *Esc Anna Nery*. 2018;22(2):e20170288
20. World Health Organization [homepage na Internet]. Geneva: WHO; 2019 [acesso em 2020 Ago 24]. *World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*; [aproximadamente 132 p.]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y>
21. Mendes JR, Lopes MCB, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. *Einstein (São Paulo)* [periódico na Internet]. 2018 [acesso em 2020 Ago 24;16(3):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eins/v16n3/2317-6385-eins-16-03-eAO4146.pdf>
22. Steege LM, Pinekenstein BJ, Rainbow JG, Arsenault Knudsen E. Addressing Occupational Fatigue in Nurses: Current State of Fatigue Risk Management in Hospitals. *J Nurs Adm*. 2017;47(9):426-33.
23. Udod SA, Cummings G, Care WD, Jenkins M. Impact of Role Stressors on the Health of Nurse Managers: A Western Canadian Context. *J Nurs Adm*. 2017;47(3):159-64.
24. Santos TA, Santos HS, Sampaio ES, Melo CMM, Souza EA, Pires CGS. Intensity of nursing work in public hospitals. *Rev Latinoam Enferm*

[periódico na Internet]. 2020 [acesso em 2020 Ago 24];28:[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/0104-1169-rlae-28-e3267.pdf>

25. Mari, JJ, Williams PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148(1):23-6.
26. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do SelfReporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSMIV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90.
27. Bolsoni LM, Zuardi AW. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):63-9.
28. Moreira IJB, Horta JA, Duro LN, Borges DT, Cristofari AB, Chaves J, et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-12
29. Jacinto A, Tolfo SR. Fatores psicossociais de risco no trabalho e Transtorno Mental Comum: uma revisão sistemática de estudos que utilizaram os instrumentos JCQ, JSS e SRQ-20. *Rev Psicol IMED*. 2017;9(2):107-24.
30. Seo H-S, Kim H, Hwang S-M, Hong SH, Lee I-Y. Predictors of job satisfaction and burnout among tuberculosis management nurses and physicians. *Epidemiology and health*. *Epidemiol Health*. 2016;38:e2016008.
31. Majidi A, Mahmoodi S, Adineh VH. An Epidemiologic Study of Emergency Department Visits before and after Executing Health Sector Evolution Plan; a Brief Report. *Iran J Emerg Med*. 2017;4(3):130-4.

32. Farah BF, Dutra HS, Ramos ACTM, Friedrich DBC. Percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Rev Rene*. 2017;17(6):804-11.
33. Neme GGS, Limongi JE. Prevalência e fatores relacionados à transtornos mentais comuns entre professores universitários de uma Universidade Federal Brasileira. *Hygeia*. 2019;15(31):112-20.
34. Alves AP, Pedrosa LAK, Coimbra MAR, Miranzi MAS, Hass VJ. Prevalência de transtornos Mentais comuns entre profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ*. 2015;23(1):64-9.
35. Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev Med Chile*. 2015;143(1):47-55.
36. Alves KR, Alves MS, Almeida CPB. Mental health care: values, concepts and philosophies present in the everyday care. *Rev Enferm UFPI*. 2017;6(2):4-9.
37. Farias SNP, Zeitoune RCG. A Qualidade de Vida no Trabalho de Enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2007;11(3):487-93.
38. Azevedo BDS, Nery AA, Cardoso JP. Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. *Texto & Contexto Enferm* [periódico na Internet]. 2017 Mar. [acesso em 2019 Dez 02];26(1):[aproximadamente 11 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/1980-265X-tce-26-01-e3940015.pdf>
39. Corrêa RZA, Souza MSS, Baptista AMN. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e qualidade de vida de enfermeiros. *Psicol Argum*. 2017;31(75):599-606.
40. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer KD. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(1):652-66.

41. Maroco J, Maroco AL, Leite E, Bastos C, Vazão MJ, Campos J. Burnout em profissionais da saúde portugueses: Uma análise a nível nacional. *Acta Med Port.* 2016;29(1):24-30.
42. Cruz EJER, Souza NVDO, Amorim LKA, Pires AS, Gonçalves FGA, Cunha LP. Resiliência como objeto de estudo da saúde do trabalhador: uma revisão narrativa. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online).* 2018;10(1):283-8.
43. Brasil. Lei nº 7.489, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 26 jun. 1986. Seção 1:9273. [aproximadamente 7 telas]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
44. Brasil. Decreto no 94.406, de 8 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 09 jun. 1987. Seção 1:8853-8855.
45. Fracolli LA, Granja GF. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(Spec):597-602.
46. Stolarski CV, Teston V, Kolhs M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais. *REME Rev Min Enferm.* 2009;13(3):321-6.
47. Leal JAL, Melo CMM. The nurses' work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(2):413-23.
48. COFEN, 2020 Conselho Federal de Enfermagem. (2020). Pesquisa de Dados Estatísticos [Statistical Data Research]. Retrieved from [http://www.portalcofen.com.br/\\_novoportal/section008.asp/Infoid=&editionSectionID=8&SectionParentID](http://www.portalcofen.com.br/_novoportal/section008.asp/Infoid=&editionSectionID=8&SectionParentID)

49. Agência IBGE Notícias [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [acesso em 2019 Nov 28]. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2019; [aproximadamente 119 p.]. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/7d410669a4ae85faf4e8c3a0a0c649c7.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/7d410669a4ae85faf4e8c3a0a0c649c7.pdf)
50. São José do Rio Preto (Município) [homepage na Internet]. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Saúde; 2019 [acesso em 2019 Nov 29]. Prefeitura de Rio Preto inaugura Centro Clínico de Pesquisas; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://www.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/>
51. Hospital de Base [homepage na Internet]. São José do Rio Preto: Hospital de Base; © 2019 [acesso em 2019 Nov 28]. O Hospital; [aproximadamente 4 telas]. Disponível em: <http://www.hospitaldebase.com.br/o-hospital>
52. The Whoqol Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
53. Berlim MT, Fleck MP. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003; 25(4):249-52.
54. Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: Gonçalves A, Vilarta R, organizadores. *Qualidade de vida e atividade física - explorando teorias e práticas.* Barueri: Manole; 2004. p. 3-25.
55. Saupe R, Nietche EA, Cestari ME, Giorgi MDM, Krahl M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm.* 2004; 12(4): 636-42.
56. Iacoponi E, Mari JJ. Reability and fator structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. *Int J Soc Psychiatry.* 1989;35(3):213-22.

57. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):436-48.
58. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do SelfReporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSMIV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90.
59. Rigue A, Dalmolin G, Speroni K, Bresolin J, Rigue A. (2016). Work satisfaction: perception of nurses of a university hospital. *Cogitare Enferm* [periodico na Internet]. 2016 [acesso em 2020 Ago 24];21(3):[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/46199/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/46199/pdf_en)
60. Silva VR, Velasque LS, Tonini T. Job satisfaction in an oncology nursing team. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):988-95.
61. Maciel MED, Oliveira FN. Qualidade de vida do profissional técnico de enfermagem: a realidade de um hospital filantrópico em Dourados-MS. *Rev Psicol Saúde*. 2014;6(1):83-9.
62. Salário [homepage na Internet]. 2020 [acesso em 2020 Ago 24]. Enfermeiro - Salário 2020 e Mercado de Trabalho [aproximadamente 11 telas]. Disponível em: <https://www.salario.com.br/profissao/enfermeiro-cbo-223505/>
63. Brolese DF, Lessa G, Santos JLG, Mendes JS, Cunha KS, Rodrigues J. Resilience of the health team in caring for people with mental disorders in a psychiatric hospital. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet]. 2017 Ago [acesso em 2019 Dez 02];51:e03230:[aproximadamente 8 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03230.pdf>
64. Puerto JC, Soler LM, Montesinos MJL, Marcos AP, Chorda VMG. A new contribution to the classification of stressors affecting nursing professionals. *Rev Latinoam. Enferm* [periódico na Internet]. 2017

Maio [acesso em 2019 Dez 02];25:[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2895.pdf>

65. Arnetz J, Hamblin LE, Sudan S, Arnetz B. Organizational Determinants of Workplace Violence Against Hospital Workers. *J Occup Environ Med.* 2018;60(8):693-9.
66. Crawford CL, Chu F, Judson LH, Cuenca E, Jadalla AA, Tze-Polo L, et al. An Integrative Review of Nurse-to-Nurse Incivility, Hostility, and Workplace Violence: A GPS for Nurse Leaders. *Nurs Adm Q.* 2019;43(2):138-56.
67. Mendes SS, De Martino MMF. Shift work: overall health state related to sleep in nursing workers. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(6):1471-6.
68. Boustanipour L, Saberi H, Soheili A. Prediction of Level of Aggression and Interpersonal Problems in ED nurses based on their Occupational Stress. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 2017;15(6):478-87.
69. Sangaletti J, Ceretta LB, Soratto MT. Ansiedade dos enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev Interdisciplin Estud Saúde.* 2018;7(1):234-48.
70. Lopes FP, Paiano M, Miguel MEGB, Salci MA. Percepção dos enfermeiros sobre estratificação de risco em saúde mental e as ações de enfermagem. *R Saúde Públ.* 2019;2(1):68-79.
71. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):305-14.
72. Siqueira VTA, Kurcgant P. Job satisfaction: a quality indicator in nursing human resource management. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(1):151-7.
73. Tenani MNF, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Matsuda LM, Pissinati PSC. Work satisfaction of newly hired nursing workers in a public hospital.



REME Rev Min Enferm. 2014;18(3):585-91. doi:

74. Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):305-14.
75. Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *J Adv Nurs.* 2016;72(5):980-1000.
76. Delgado C, Upton D, Ranse K, Furness T, Foster K. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: an intergrative review of empirical literature. *Int J Nurs Stud.* 2017;70:71-88.
77. Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: Turning patient safety on its head. *Int J Qual Health Care.* 2015;27(5):418-20.
78. Foster, K. Resilience in the face of adversity: A shared responsibility. *Int J Ment Health Nurs.* 2020;29(1):3-4.
79. Cope V, Jones B, Hendricks J. Residential aged care nurses: portraits of resilience. *Contemp Nurse.* 2016;52(6):736-52.
80. Mills J, Woods C, Harrison H, Chamberlain-Salaun J, Spencer B. Retention of early career registered nurses: The influence of self-concept, practice environment and resilience in the first five years postgraduation. *J Res Nurs.* 2017;22(5):372-85.
81. Cusack L, Smith M, Hegney D, Rees CS, Breen LJ, Witt RR, et al. Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: constructing a unified theoretical model. *Front Psychol.* 2016;7:600.
82. McDonald G, Jackson D, Vickers, MH, Wilkes L. Surviving workplace adversity: a qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience. *J Nurs Manag.* 2016;24(1):123-31.
83. Perry L, Nicholls R, Duffield C, Gallagher R. Building expert agreement

on the importance and feasibility of workplace health promotion interventions for nurses and midwives: A modified Delphi consultation. *J Adv Nurs*. 2017;73(11):2587-99.

84. Gao F, Newcombe P, Tilse C, Wilson J, Tuckett A. Models for predicting turnover of residential aged care nurses: a structural equation modelling analysis of secondary data. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(9):1258-70.
85. Rose J, Glass N. Enhancing emotional well-being through self-care: the experiences of community health nurses in Australia. *Holist Nurs Pract*. 2008;22(6):336-47.
86. Cameron F, Brownie S. Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australas J Ageing*. 2010;29(2):66-71.
87. Yang J, Tang S, Zhou W. Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses. *Psychiatr Danub*. 2018;30(2):189-96.
88. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1585-96.
89. Karanikola M, Giannakopoulou M, Mpouzika M, Kaite CP, Tsiaousis GZ, Papathanassoglou EDE. Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(5):847-57.
90. Queiroz DL, Souza JC. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem. *Psicol Inf*. 2012;16(16):103-26.
91. Amsrud K, Lyberg A, Severinsson E. Development of resilience in nursing students: A systematic qualitative review and thematic synthesis. *Nurse Educ Pract*. 2019;41:102621.

92. Rusthon CH, Caldwell M, Kurtz M. CE: Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. *Am J Nurs*. 2016;116(7):40-9.
93. McAllister M, Brien DL. Resilience in nursing. In: McAllister M, Brien DL, editors. *Empowerment Strategies for Nurses: Developing Resilience in Practice*, 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2020. p. 1-28.
94. Masten A, Obradovic J. Competence and resilience in development. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1094:13-27.
95. Mitchell G. Figures spark call for inquiry into 'alarming' levels of nurse suicide [homepage na Internet]. 2019 [acesso em 2020 Ago 24]. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/figures-spark-call-for-inquiry-into-alarming-levels-of-nurse-suicide-29-04-2019/>
96. Tran TTT, Nguyen NB, Luong MA, Bui THA, Phan TD, Tran VO, et al. Stress, anxiety and depression in clinical nurses in Vietnam: a cross-sectional survey and cluster analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2019;13:3.
97. Oliveira DM, Alencar NMBM, Costa JP, Fernandes MA, Gouveia MTO, Santos JDM. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e comportamentais entre profissionais de enfermagem. *Rev Cuid*. 2019;10(2):e631.
98. Ratrout HF, Ayman M, Hamdan-Mansour AM. Factors Associated with Secondary Traumatic Stress among Emergency Nurses: An Integrative Review. *Open J Nurs* [periodic na Internet]. 2017 [acesso em 2020 Ago 24];7(11):[aproximadamente 10 telas]. Disponível em: <https://m.scirp.org/papers/80234>
99. Marques DO, Pereira MS, Souza ACS, Vila VSC, Almeida CCOF, Oliveira EC. Absenteeism - illness of the nursing staff of a university hospital. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):76-82.

100. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med*. 2020;1-10.
101. Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli ML. Resilience and mental health problems in children and adolescents who have been victims of violence. *Rev Saude Publica* [periódico na Internet]. 2019 [acesso em 2020 Ago 24];53:[aproximadamente 14 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/1518-8787-rsp-53-17.pdf>
102. Melo JO, Romani PF. Resiliência de imigrantes haitianos frente ao processo de adaptação no novo país: impactos na saúde mental. *Psicol Argum*. 2019;37(96):184-206.
103. Sakuma TH, Vitalle MSS. Programa de resiliência: práticas educativas para a prevenção de bullying e promoção da saúde mental na adolescência. *Rev Educ*. 2020;15(1):53-64.
104. Bath KG. . Synthesizing Views to Understand Sex Differences in Response to Early Life Adversity. *Trends Neurosci*. 2020;43(5):300-10.
105. Silva DSD, Tavares NVS, Alexandre ARG, Freitas DA, Brêdas MZ, Albuquerque MCS, et al. Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(6):1023-31.
106. Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*. 2005;5:67.
107. Feitosa CDA, Fernandes MA. Leave of absence due to depression. *Rev Latinoam Enferm* [periodic na Internet]. 2020 [acesso em 2020 Ago 24];28:[aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/0104-1169-rlae-28-e3274.pdf>

108. Hayes B, Douglas C, Bonner A. Predicting emotional exhaustion among haemodialysis nurses: a structural equation model using Kanter's structural empowerment theory. *J Adv Nurs*. 2014;70(12):2897-909.
109. Abraham LJ, Thom O, Greenslade JH, Wallis M, Johnston AN, Carlström E, et al. Morale, stress and coping strategies of staff working in the emergency department: A comparison of two different sized departments. *Emerg Med Australas*. 2018;30(3):375-381.
110. Cunha S, Queirós C, Fonseca S, Campos. Resiliência como Preditor do Impacto Traumático em Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar. *Int J Work Cond*. 2017;(13):51-67.
111. Shakespeare-Finch JE, Daley E. Workplace belongingness, distress, and resilience in emergency service workers. *Psychol Trauma*. 2017;9(1):32-5.
112. Cope V, Jones B, Hendricks J. Why nurses chose to remain in the workforce: Portraits of resilience. *Collegian*. 2016;23(1):87-95.
113. Lee KJ, Kim JI. Relating factors for depression in Korean working women: secondary analysis of the fifth Korean national health and nutrition examination survey (KNHANES V). *Asian Nurs Res*. 2015;9(3):265-70.
114. Goh YS, Lee A, Chan SWC, Chan MF. Profiling nurses' job satisfaction, acculturation, work environment, stress, cultural values and coping abilities: a cluster analysis. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(4):443-52.
115. Cheung T, Yip PSF. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(9):11072-100.
116. Aboalshamat K, Hou XY, Strodl E. The impact of a self-development coaching programme on medical and dental students' psychological health and academic performance: a randomised controlled trial.

BMC Med Educ. 2015;15:134.

117. Höltge J, Gee SLM, Thoma MV. The curvilinear relationship of early-life adversity and successful aging: the mediating role of mental health. *Aging Ment Health*. 2019;23(5):608-17.
118. Traynor M. Guest editorial: What's wrong with Resilience? *J Res Nurs*. 2018;23(10):5-8.
119. Greenberg N, Wessely S, Wykes T. Potential mental health consequences for workers in the Ebola Regions of West Africa- a lesson for all challenging environments. *J Ment Health*. 2015;24(1):1-3.
120. Ungar M. The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *Am J Orthopsychiatry*. 2011;81(1):1-17.
121. Badu E, O'Brien P, Mitchell R, Rubin M, James C, McNeil K, et al. Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: A comprehensive integrative review. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(1):5-34.
122. Cooper AL, Brown JA, Rees CS, Leslie GD. Nurse resilience: A concept analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(4):553-575.
123. Rolin H, Fossion P, Kotsou I, Leys C. Perspectives on resilience : trait or aptitude ? *Rev Med Brux*. 2018;39(1):22-28
124. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *J Clin Nurs*. 2020;29(15-16):2742-50.
125. Hurley J, Hutchinson M, Kozlowski D, Gadd M, van Vorst S. Emotional intelligence as a mechanism to build resilience and non-technical skills in undergraduate nurses undertaking clinical placement. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(1):47-55.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Anexo I

#### Instrumento 1: QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

##### Variáveis Sociodemográficas

1. Sexo:  
 feminino  masculino
2. Idade:  
 ≤ 39 anos  ≥ 40 anos
3. Estado Conjugal:  
 sem companheiro  com companheiro
4. Número de filhos:  
 nenhum  1 ou mais
5. Renda Familiar:  
 ≤ 1.000,00  1.001,00 a 3.000,00  ≥ 3.000,00

##### Variáveis Profissionais

6. Categoria Profissional:  
 Auxiliar de Enfermagem  
 Técnico de Enfermagem  
 Enfermeiro(a)
7. Setor que Trabalha:  
 Emergência SUS  
 Emergência Convênio  Enfermarias  
 Outros: \_\_\_\_\_
8. Instituição de Trabalho: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. Número de Horas Trabalhadas:  
 30 horas por semana  
 31 a 44 horas por semana  
 > 45 horas por semana
10. Número de Vínculo Empregatício:  
 1  2  3
11. Motivação Para Acúmulo de Vínculo Empregatício (se acumula):  
 necessidade financeira  
 busca por melhor remuneração
12. Turno de Trabalho:  
 Diurno  Noturno  Mais de um turno
13. Formação Acadêmica: (apenas para os Enfermeiros(as))  
 Especialização:  1  2 ou mais  
 Mestrado  Doutorado

## 9.2. Anexo II

### **Instrumento 2: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – WHOQOL-BREF)**

#### INSTRUÇÕES

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

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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



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

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

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
--	--	------------	------	------------------	-----	-----------

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Você tem algum comentário sobre o questionário?

### 9.3. Anexo III

#### **Instrumento 3: QUESTIONÁRIO DE AUTO RELATO (SELF-REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ-20)**

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE

RESPONDA ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE.

- |   |                                  |                                  |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Tem dores de cabeça freqüentes?  | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 2. Tem falta de apetite?  | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 3. Dorme mal?   | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 4. Assusta-se com facilidade?   | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 5. Tem tremores de mão?   | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?                              | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 7. Tem má digestão?   | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 8. Tem dificuldade para pensar com clareza?                                     | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 9. Tem se sentido triste ultimamente?   | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 10. Tem chorado mais do que de costume?   | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 12. Tem dificuldades para tomar decisões?                                       | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?      | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?                         | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?                                       | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?                                   | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 17. Tem tido idéias de acabar com a vida?                                       | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?   | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?                                    | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |
| 20. Cansa-se com facilidade?  | <input type="checkbox"/> SIM [1] | <input type="checkbox"/> NÃO [0] |

## 9.4. Anexo IV

### Instrumento 4: ESCALA DE RESILIÊNCIA DE WAGNILD & YOUNG

1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

4. Manter interesse nas coisas é importante para mim

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

8. Eu sou amigo de mim mesmo

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

10. Eu sou determinado

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

12. Eu faço as coisas um dia de cada vez

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

14. Eu sou disciplinado

Discordo Concordo

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

15. Eu mantenho interesse nas coisas

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

16. Eu normalmente posso achar motivo para rir

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

21. Minha vida tem sentido

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim

Discordo Concordo  
1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

## 9.5. Anexo V

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Versão para o respondente

Você está sendo convidado(a) de modo espontâneo a participar deste estudo científico porque é profissional de enfermagem (técnico ou enfermeiro) de uma Instituição de Saúde em São José do Rio Preto - SP.

#### DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

A pesquisa intitulada *“GRAU DE RESILIÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DOS SETORES DE EMERGÊNCIA E ENFERMIARIAS/OUTROS DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO: FATOR PREDITIVO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO AO USUÁRIO”* tem como objetivo avaliar indicadores de qualidade de vida, índice de resiliência e presença de transtornos mentais menores em profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) de Instituições de Saúde em São José do Rio Preto - SP.

#### COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado, no seu ambiente de trabalho, pelo seu superior hierárquico ou pelo mestrando Emerson Roberto dos Santos, sob orientação da Profa. Dra. Daniela Comelis Bertolin, a participar do estudo.

O estudo será realizado da seguinte maneira: será respondido, um questionário semi-estruturado que inclui dados sócio-demográficos e outras questões relacionadas ao tema em questão. Se você aceitar participar do estudo, você assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual você receberá uma cópia, e responderá as escalas e questionário fora do seu ambiente de trabalho, devendo devolver o mesmo a quem lhe entregar.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Para tanto só se identifique na cópia do Termo de consentimento que você vai entregar livre od instrumento de pesquisa. O instrumento de pesquisa não deve ser identificado.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em

eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

#### ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

O projeto apresenta risco mínimo aos participantes da pesquisa, mas as respostas ao questionário poderá trazer material psicológico indesejado à tona e gerar algum grau de desconforto emocional. Caso isso aconteça e você queira não mais participar é só comunicar ao pesquisador e, se precisar de algum tipo de assistência também comunique o pesquisador que irá acionar um Serviço de Psicologia para auxiliá-lo

#### O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com o pesquisador no telefone (17) 98809-9009 ou no Comitê de Ética de pesquisa no Ramal 5813, e-mail: [emerson.rs1984@hotmail.com](mailto:emerson.rs1984@hotmail.com).

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813, com expediente de Segunda a Sexta, das 7h30 às 12h - 13h30 às 16h30, ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br).

#### CONSENTIMENTO

Como entrevistado (a), afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre a finalidade e o objetivo deste estudo, bem como sobre a

utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e para sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo, conhecido apenas pela pesquisadora, ao qual não o divulgará em hipótese alguma.

Assinatura:

**ESSA VIA É SUA.  
FIQUE COM ELA!**

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_/\_\_/\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Mestrando EMERSON ROBERTO DOS SANTOS

Orientadora PROFA. DRA. DANIELA COMELIS  
BERTOLIN



## 9.6. Anexo VI

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - Versão para o pesquisador

Você está sendo convidado(a) de modo espontâneo a participar deste estudo científico porque é profissional de enfermagem (técnico ou enfermeiro) de uma Instituição de Saúde em São José do Rio Preto - SP.

#### DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

A pesquisa intitulada *“GRAU DE RESILIÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DOS SETORES DE EMERGÊNCIA E ENFERMARIAS/OUTROS DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO: FATOR PREDITIVO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO AO USUÁRIO”* tem como objetivo avaliar indicadores de qualidade de vida, índice de resiliência e presença de transtornos mentais menores em profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) de Instituições de Saúde em São José do Rio Preto - SP.

#### COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?

Você será convidado, no seu ambiente de trabalho, pelo seu superior hierárquico ou pelo mestrando Emerson Roberto dos Santos, sob orientação da Profa. Dra. Daniela Comelis Bertolin, a participar do estudo.

O estudo será realizado da seguinte maneira: será respondido, um questionário semi-estruturado que inclui dados sócio-demográficos e outras questões relacionadas ao tema em questão. Se você aceitar participar do estudo, você assinará este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual você receberá uma cópia, e responderá as escalas e questionário fora do seu ambiente de trabalho, devendo devolver o mesmo a quem lhe entregar.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Para tanto só se identifique na cópia do Termo de consentimento que você vai entregar livre od instrumento de pesquisa. O instrumento de pesquisa não deve ser identificado.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

#### ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

O projeto apresenta risco mínimo aos participantes da pesquisa, mas as respostas ao questionário poderá trazer material psicológico indesejado à tona e gerar algum grau de desconforto emocional. Caso isso aconteça e você queira não mais participar é só comunicar ao pesquisador e, se precisar de algum tipo de assistência também comunique o pesquisador que irá acionar um Serviço de Psicologia para auxiliá-lo

#### O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?

Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesas por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa.

Você será acompanhado de forma integral, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas em qualquer etapa deste estudo.

Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com o pesquisador no telefone (17) 98809-9009 ou no Comitê de Ética de pesquisa no Ramal 5813, e-mail: [emerson.rs1984@hotmail.com](mailto:emerson.rs1984@hotmail.com).

Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813, com expediente de Segunda a Sexta, das 7h30 às 12h - 13h30 às 16h30, ou pelo email: [cepfamerp@famerp.br](mailto:cepfamerp@famerp.br).

**CONSENTIMENTO**

Como entrevistado (a), afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre a finalidade e o objetivo deste estudo, bem como sobre a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e para sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo, conhecido apenas pela pesquisadora, ao qual não o divulgará em hipótese alguma.

Assinatura:

---

---

Data: \_\_/\_\_/\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

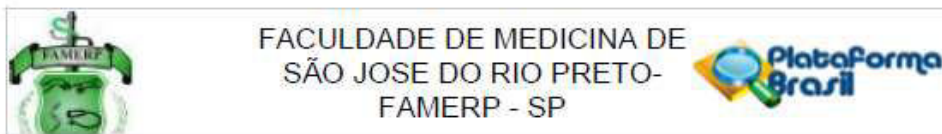
Mestrando EMERSON ROBERTO DOS SANTOS

Orientadora PROFA. DRA. DANIELA COMELIS

**ESSA VIA, DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA,  
DEVE SER ENTREGUE, SEPARADA DO INSTRUMENTO,  
MAS NO MESMO MOMENTO DA ENTREGA DO  
INSTRUMENTO À QUEM LHE ENTREGOU ESTE  
MATERIAL!**

## 9.7. Anexo VIII

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** GRAU DE RESILIÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DOS SETORES DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO: FATOR PREDITIVO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO AO

**Pesquisador:** Júlio César André

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 89714418.0.0000.5415

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto- FAMERP - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.748.173

## Apresentação do Projeto:

O estudo "GRAU DE RESILIÊNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DOS SETORES DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO: FATOR PREDITIVO DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRESTADO AO USUÁRIO" propõe avaliar indicadores de qualidade de vida, índice de resiliência e presença de transtornos mentais menores em profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) do Hospital de Base – HB/FUNFARME; Comparar os indicadores de qualidade de vida, índice de resiliência e presença de transtornos mentais menores entre profissionais de enfermagem dos serviços de emergência (convênio e SUS) e de enfermarias; e Correlacionar os dados acima com o número de registros (negativos ou positivos) do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) relacionados aos setores de trabalho dos profissionais, no período de 12 meses, sendo 6 meses retrospectivos ao período da coleta dos dados e 6 meses prospectivos. Os dados a serem comparados serão divididos em três categorias e comparados dentro dessas: Indicadores de qualidade de vida; Nível de Resiliência; Presença de transtornos mentais menores; Registros do SAC.

Trata-se de estudo transversal com profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) do Hospital de Base - HB. Serão utilizados três instrumentos autoaplicáveis: Self-Report Questionnaire (SRQ-20), The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref e a Escala de Resiliência

**Endereço:** BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416  
**Bairro:** VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000  
**UF:** SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO  
**Telefone:** (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE  
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-  
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 2.748.173

de Wagnild e Young. Será utilizado, ainda, como indicador socioeconômico, questionário original elaborado pelos pesquisadores, abordando dos principais aspectos potencialmente envolvidos na qualidade de vida do profissional.

São critérios de Inclusão: ser maior de 18 anos e estar como profissional de enfermagem (técnico ou enfermeiro) do Hospital de Base – HB/FUNFARME. Os critérios de Exclusão são: recusa em participar da pesquisa e instrumentos com respostas parciais e/ou incompletas.

Será utilizada análise descritiva e medidas de tendência central, que comparem os profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) do Hospital de Base – HB/FUNFARME, utilizando-se o programa Bioestat 5.0, com valor de significância  $\alpha=0,05$ . Os testes estatísticos serão escolhidos conforme a conveniência dos autores para comparação dos dados.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### a) Gerais:

- i) Avaliar indicadores de qualidade de vida, índice de resiliência e presença de transtornos mentais menores em profissionais de enfermagem (técnicos e enfermeiros) do Hospital de Base – HB/FUNFARME.
- ii) Comparar os indicadores de qualidade de vida, índice de resiliência e presença de transtornos mentais menores entre profissionais de enfermagem dos serviços de emergência (convênio e SUS) e de enfermarias.
- iii) Correlacionar os dados acima com o número de registros (negativos ou positivos) do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) relacionados aos setores de trabalho dos profissionais, no período de 12 meses, sendo 6 meses retrospectivos ao período da coleta dos dados e 6 meses prospectivos.

##### b) Específicos

Os dados a serem comparados serão divididos em três categorias e comparados dentro dessas:

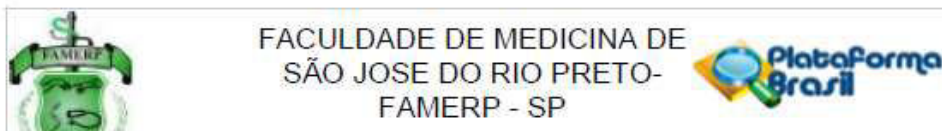
- i) Indicadores de qualidade de vida;
- ii) Nível de Resiliência;
- iii) Presença de transtornos mentais menores;
- iv) Registros do SAC.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço:	BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416		
Bairro:	VILA SAO PEDRO	CEP:	15.090-000
UF:	SP	Município:	SAO JOSE DO RIO PRETO
Telefone:	(17)3201-5813	Fax:	(17)3201-5813
		E-mail:	cepfamerp@famerp.br





Continuação do Parecer: 2.748.173

Mínimos: gerar algum tipo de desconforto individual durante o responder ao questionário.

**Benefícios:**

Contribuir para o entendimento desta relação e para o desenvolvimento de políticas que minimizem os efeitos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo objetiva comparar indicadores de qualidade de vida, índice de resiliência e presença de transtornos mentais menores entre profissionais de enfermagem dos serviços de emergência (convênio e SUS) e de enfermarias, para avaliar se o grau de resiliência entre profissionais de enfermagem dos setores de emergência pode ser um fator preditivo da qualidade do atendimento prestado ao usuário. Trata-se de estudo relevante, considerando o risco para o adoecimento físico e mental a que os profissionais de saúde, entre eles, os profissionais de enfermagem, estão submetidos.

Os resultados poderão contribuir para o entendimento da relação entre presença de transtornos mentais menores nos profissionais de enfermagem de serviços de emergência (convênio e SUS) e enfermarias, favorecendo o desenvolvimento de ações de promoção de saúde de trabalhador, que os riscos de adoecimento dos profissionais.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados pelo pesquisador. Estão adequadamente preenchidos e devidamente assinados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende as recomendações da Resolução CNS 466/12.

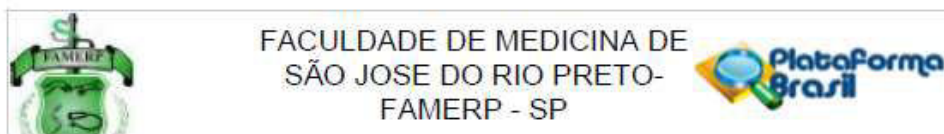
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1136355.pdf	16/05/2018 14:39:13		Aceito

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416  
 Bairro: VILA SAO PEDRO CEP: 15.090-000  
 UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO  
 Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br



Continuação do Parecer: 2.748.173

Brochura Pesquisa	BROCHURA.pdf	16/05/2018 14:38:11	Júlio César André	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	16/05/2018 14:37:59	Júlio César André	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/05/2018 14:37:49	Júlio César André	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	16/05/2018 14:37:41	Júlio César André	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTRO.pdf	16/05/2018 14:37:31	Júlio César André	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 02 de Julho de 2018

---

Assinado por:  
GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO  
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416  
Bairro: VILA SAO PEDRO CEP: 15.090-000  
UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO  
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

## 10. MANUSCRITO

Submetido ao *Journal of Nursing Education and Practice*, em 12/07/2020.

Quality of life and resilience in nursing staff working in hospitalization units and emergency departments:  
*Are there differences?*

### Abstract

**Background and objective:** Advances in research on quality of life (QOL) may result in changes in healthcare practices. Despite being exposed to adverse situations, many healthcare professionals develop strategies and resources to stay healthy, the resilience (R), which can make them satisfied with the work environment and to significantly promote biopsychosocial well-being. The present study aims to assess QOL and R among nursing assistants, nursing technicians, and nurses working in hospitalization units and emergency departments and to perform a comparative analysis of QOL and R according to sociodemographic and professional variables.

**Methods:** Quantitative, descriptive, correlational, and cross-sectional study. Data collection instruments (DCIs) consisted in a Questionnaire of Sociodemographic and Professional-related Variables (QSPV), the WHOQOL-Bref, and the Wagnild & Young Resilience Scale. The exploratory analysis of the data included mean, median, standard deviation, and variation for continuous variables, number and proportion for categorical variables, asymmetry, kurtosis, the Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney test and Spearman's Correlation Coefficient for the continuous and/or ordinal variables.

**Results:** 203 participants, QOL scores indicate dissatisfaction with QOL, with no difference between categories, but high rates of R. Inferential analysis of QOL scores showed a significant difference in terms of age (higher in older professionals), sex (higher in men), and family income (higher for the range between BRL 1001 and 3000). The higher the R, the higher the QOL scores.

**Conclusions:** The centrality work occupies in the lives of all categories of nursing professionals demonstrates the low scores in all domains of QOL. Resilience improves QOL.

**Keywords:** Quality of life, Resilience, Nursing assistants, Surveys and questionnaires, Emergency service, Hospital

## 1. INTRODUCTION

### 1.1 Quality of life (QOL)

The quality of life (QOL) concept is centered on the subjective assessment of individuals, including several conditions that can affect their perception, feelings, and behaviors regarding their daily lives in addition to their health condition. The literature is clear about the QOL of nursing professionals. Working activities are frequently carried out under inadequate conditions. Hierarchical relationships are conflicting, thus favoring stress.<sup>[1,2]</sup> These factors, in addition to excessive workloads, result in high rates of absenteeism, physical and emotional distress. The most affected professionals are the nursing technicians (NT), considering they provide direct care to patients; however, nurses (N) are also susceptible to changes in QOL, since they are the professionals with the lowest rate of absenteeism, in addition to being the only category that performs nursing care management.<sup>[3-5]</sup>

Several instruments have been used to measure QOL, and most of them are mainly developed in Europe and in the United States of America, which requires translation and cross-cultural adaptation. As for their application, these instruments can be divided into two large groups. Generic instruments, which are developed with the purpose of reflecting the impact of a disease on the patient's life and can be applied to several populations. They are used to assess the health profile and measures that indicate the patient's preference for a particular healthcare status, treatment, or intervention. Generic instruments, such as the World Health Organization to Access Quality of Life (WHOQOL), Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36), Quality of Life Index - Ferrans and Powers were translated and adapted to the Brazilian culture and have been used to assess QOL of the general population.<sup>[6,7]</sup> Specific instruments enable to precisely assess certain aspects of QOL, providing greater sensitivity in detecting improvement or worsening of the aspect under study. There must be no doubts when using these measurement instruments, in addition to considering their psychometric properties, which confer them reliability and validity. Researcher

must clearly understand the concept to be measured, in such a way to correctly choosing the instrument to be used. An analysis carried out by the WHO Quality of Life Group has shown that it is possible to develop an applicable and valid quality of life measure to be used in different cultures<sup>[8]</sup> and, due to the need for short and fast-application instruments, the short version of WHOQOL-100 emerged, the WHOQOL-Bref, whose final version is composed of 26 questions<sup>[9]</sup>.

In relation to QOL, advances in research may result in changes in healthcare practices and in the consolidation of new paradigms in the health/disease process, which shall contribute to overcoming the eminently biomedical model, which disregards socioeconomic, psychological, and cultural aspects of initiatives for promoting health care and its treatment and rehabilitation.<sup>[6,7]</sup>

## 1.2 Resilience (R)

Within the context of work, resilience (R) is a constant process, marked by personal growth and development of the potentialities that people have for promoting health. Professionals must recognize their limitations in such a way they can partially or totally minimize unnecessary stressors and, thus, create skills and make suggestions for improving their QOL and professional performance. In this context, workers who use their personal characteristics and physical and mental health are more likely to support the stressful workload, pressures, and responsibilities, thus becoming a resilient professional.<sup>[10,11]</sup>

Despite being exposed to adverse situations, many healthcare professionals develop strategies and resources to stay healthy, which can make them satisfied with the work environment and, thus, significantly promote biopsychosocial well-being. Nevertheless, there are workers who suffer from functional diseases and are unable to keep their personal and professional perspectives. In this sense, resilience is linked to the understanding of risk and protection factors. Risk factors reduce the possibilities of overcoming deficiencies, but their impact is reduced via protective factors.<sup>[11,12]</sup>

To promote resilience, a set of actions must be performed to satisfy the personal and professional needs of all team members of each unit. Authors, such as Rushton *et al.*<sup>[13]</sup> state that resilience can be apprehended because, for most professionals, it comes from their personality, optimism, self-efficacy, flexibility, hope, and spirituality<sup>[14,15]</sup>. According to them, all these aspects can be significant coping strategies and, therefore, healthcare professionals establish conscious connections with their patients – who, in their turn, give them recognition. This increases the professionals' occupational satisfaction, and their work is performed with high standards.<sup>[16,17]</sup>

## 1.3 Professional categories in nursing

There are several ways to categorize nursing professionals worldwide, according to criteria of each country. In Brazil, nursing is regulated by Law No. 7,498, of June 25, 1986.<sup>[18]</sup> It is defined as follows: [...] Nursing is performed exclusively by the Nurse, the Nursing Technician, the Nursing Assistant, and the Nurse-midwife, respecting the respective degrees of qualification [...].<sup>[19-23]</sup>

The law categories are responsible for activities that consider the professional's degree of qualification. Nurses (N, university degree) are responsible for activities of greater complexity and theoretical/practical knowledge; Nursing technicians (NT, technical degree), for support activities; Nursing assistant (NA, nursing certificate issued by an educational institution), for activities of repetitive nature.<sup>[22]</sup>

To assess QOL and R among NA, NT, and N working in hospitalization units (HU) and emergency departments (ED), to perform a comparative analysis of QOL and R according to sociodemographic and professional variables and considering the importance and the scarce scientific production on this issue, especially in the nursing literature, this discussion becomes relevant, since its concept is operative, innovative, and current in reflections on the work process in health care.<sup>[24,25]</sup>

# 2. METHODS

## 2.1 Design

This is a quantitative, descriptive, correlational, and cross-sectional study.



## 2.2 Study participantes and data collection

The study population consisted of all NA, NT, and N of Hospitalization Units (HU) in a teaching hospital (Hospital de Base – HB), and Emergency Departments (ED) that included all Emergency Care Units (from Portuguese, Unidades de Pronto Atendimento – UPA) of the municipality of São José do Rio Preto, in the State of São Paulo – Brazil, namely two ED of HB: Emergency of Health Insurance Services (Emergência Convênio – EC ) and Emergency of the Brazilian Unified Health System (Emergência do Sistema Único de Saúde – E-SUS). Data were collected after scheduling a meeting with managers of the departments, to whom the researchers explained the objectives of the study and delivered the data collection instruments (DCIs) and the Informed Consent Form, from August to October 2019. Such were forwarded to the professionals under their responsibility; afterwards, the managers collected the material in separate and sealed envelopes to preserve the study participants' anonymity. We excluded NA, NT, and N who were taking a vacation and/or leave of absence for any reason. The sample consisted of 25 (twenty-five) NA, 99 (ninety-nine) NT, and 79 (seventy-nine) N.

## 2.3 Survey instruments

For data collection, we used three self-applicable DCIs: Questionnaire of Sociodemographic and Professional-related Variables (QSPV), developed by the researchers, containing closed-ended questions about sex, age, marital status, number of children, and family income, in terms of sociodemographic variables, and professional category, work department, work institution, workload, work shift, and academic degree – the latter only applied to N; World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-Bref, a generic and abbreviated version of the WHOQOL)<sup>[26]</sup>, considering that for our study, levels below 70 were deemed as dissatisfaction with QOL, and those above 70, as satisfaction with QOL; Wagnild & Young Resilience Scale, developed by Wagnild & Young<sup>[27]</sup>, one of the few instruments used to measure levels of positive psychosocial adaptation in the face of important life events, with 25 items positively described with a Likert-scale type of response ranging from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree); moreover, scale scores range from 25 to 175, and high values indicate high resilience.

## 2.4 Data analysis

The exploratory analysis of the data included mean, median, standard deviation, and variation for continuous variables, and number and proportion for categorical variables. The normal distribution of continuous variables was analyzed by asymmetry, kurtosis, and the Kolmogorov-Smirnov test. Comparison of ordinal variables between two groups was performed using the Mann-Whitney test, and between three groups by using the Kruskal-Wallis test. Correlation analysis between QOL and R was performed using Spearman's Correlation Coefficient. Statistical analysis was performed using the IBM-SPSS Statistics software, version 24 (IBM Corporation, NY, USA). All tests were of the two-tailed type, and p values < 0.05 were considered significant.

## 2.5 Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee of Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto [Medical School of São José do Rio Preto] (CEP-FAMERP), under the opinion (CAAE) no. 89714418.0.0000.5415.

# 3. RESULTS

## 3.1 Sociodemographic and Professional Characteristics

Of the 203 professionals we analyzed in the study, 165 (81.3%) were women, 119 (58.6%) with up to 39 years of age, 126 (62.1%) have a partner, 125 (61.6%) have one child or more, and 134 (66.0%) have family income higher than or equal to BRL 3,000.

As for the professional category, 99 (48.8%) were NT; 79 (38.9%), N; and 25 (12.3%), NA. Of them, 59 (29.1%) worked in HU and the others in ED, with 89 (43.8%) working in UPA and 55 (27.1%) in HB emergency departments. A total of 42 (20.7%) worked up to 30 hours a week; 136 (67.0%), between 31 and 44 hours; and 25 (13.1%), over 44 hours a week. Among the professionals, 102 (50.2%) worked on the morning/afternoon shift; 60 (29.6%), on the night shift; and 41 (20.2%), on more than one shift. As for the

academic degree, of the 79 N (38.9%), 8 did not answer this question (10.1%). Among the 71 respondents, 64 (81.0%) had a specialization degree (42 participants with one degree and 22 with two or more degrees); 6 had a Master's Degree; and 1 had a PhD Degree.

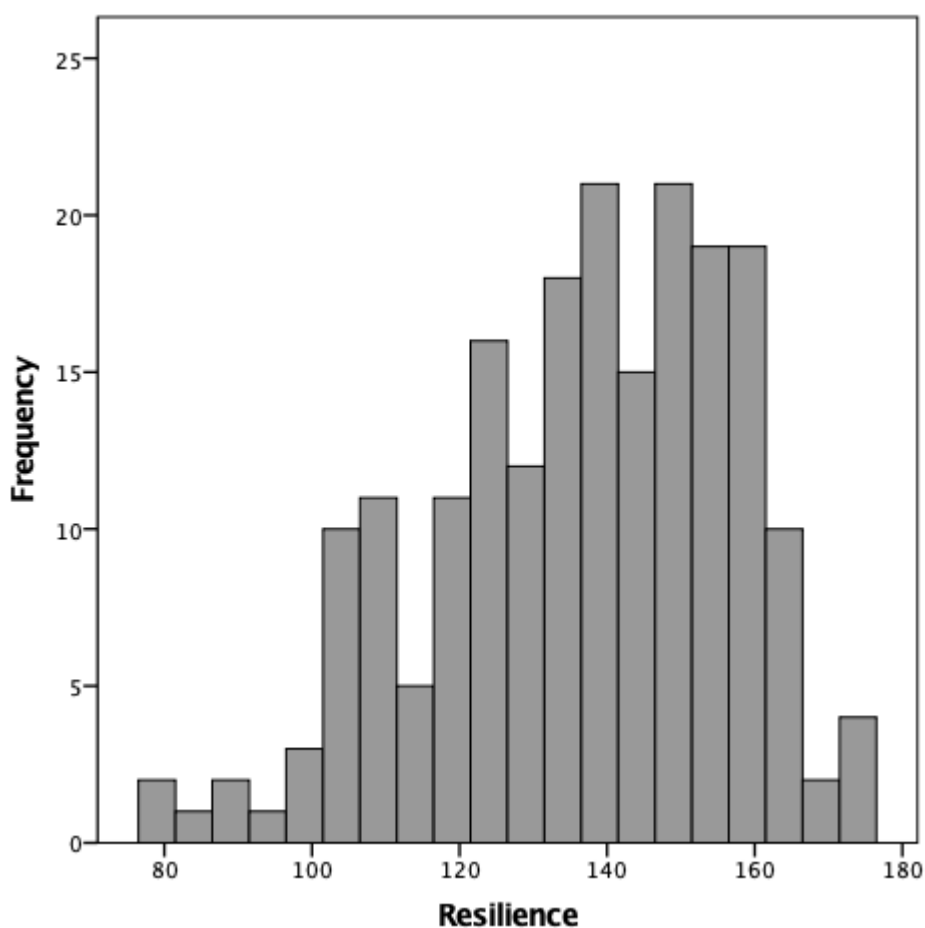
### 3.2 Descriptive analysis of QOL (WHOQOL-Bref) and R (Wagnild & Young Resilience Scale)

The QOL analysis demonstrate levels that indicate dissatisfaction with QOL. Among the four domains, we found the lowest score for the Physical domain, and the highest score for the Social Relationships domain. For R, we observed high rates.

### 3.3 Comparative analysis of QOL and R between N, NT, and NA, according to sociodemographic and professional variables

We found no significant different between the three categories of professionals according to the comparative analysis of QOL. We found the same result for R, as demonstrated in Figure 1 ( $p > 0.05$ , Kruskal-Wallis test).

Figure 1. R per professional category, according to the Wagnild & Young Resilience Scale (n = 203)



Since there were no differences in QOL and R scores between the three professional categories, we proceeded with the analysis of the sample as a whole, seeking possible associations with sociodemographic and professional data.

### 3.4 Inferential analysis of Quality of life (QOL)

The inferential analysis of QOL scores showed a significant difference regarding age (higher in older professionals) in the Psychological ( $p = 0.026$ ) and Social Relationships ( $p = 0.004$ ) domains; sex (higher QOL in men) in the Physical ( $p = 0.049$ ), Psychological ( $p = 0.007$ ), and Social Relationships ( $p = 0.005$ )

domains; family income (higher for the range between BRL 1001 and 3000) in the Psychological ( $p = 0.026$ ) domain; and workload (higher for those who work up to 30 hours a week) in the Environment domain ( $p = 0.021$ ).

### 3.5 Inferential analysis of Resilience (R)

Likewise, the inferential analysis of R scores demonstrated a significant difference in terms of age (higher in older professionals,  $p = 0.034$ ) and in terms of work department (higher among professionals working in the emergency department,  $p = 0.008$ ).

### 3.6 Correlation analysis between QOL and R of N, NT, and NA

Analysis of possible correlations between QOL and R showed a positive, statistically significant correlation between all QOL domains ( $p < 0.001$ ), according to WHOQOL-Bref, and R, as we show in Table 1. Therefore, the higher the R, the higher the QOL scores.

Table 1. Analysis of correlation between QOL and R ( $n = 203$ )

QOL, domains of WHOQOL-Bref	R, Wagnild & Young Resilience Scale	p values
	Coefficient $r^*$	
Physical	0.453	< <b>0.001</b>
Psychological	0.559	< <b>0.001</b>
Social Relationships	0.414	< <b>0.001</b>
Environment	0.395	< <b>0.001</b>

R, *Resilience*

QOL, *Quality of Life*

\* Spearman's Correlation Coefficient.

WHOQOL-Bref, *World Health Organization Quality of Life – Bref.*

## 4. DISCUSSION

Considering that nursing workers face more psychological suffering than the general population, since they are exposed to several factors that generate distress, work-related QOL is an increasingly interest issue, given the importance of personal, environmental, and organizational aspects involved in the work context<sup>[10]</sup>.

Our results concerning sociodemographic data of this sample are corroborated by other studies<sup>[28,29]</sup>. There is no relevant predominance as for age group, and the predominance of women refers to the very historical origin of nursing, an occupation historically and mostly performed by women, and which persists nowadays<sup>[30]</sup>.

The marital status “have a partner” and having children stood out among the research subjects, which is a common result<sup>[28,29]</sup>, although concerning, since women's double burden is implicit, at work and at home when dealing with domestic chores and raising their children<sup>[30]</sup>. We also found family income within a range compatible with the occupation in Brazil<sup>[31]</sup>.

The predominant amount of working time, from 31 to 44 hours a week, is due to the current reality of the market and the capitalist society, with overwork and working in unusual hours. Nevertheless, most of the research subjects do not exceed the maximum limit of working hours for nursing professionals, and, in theory, they have time to develop other personal activities, such as leisure-related ones, that promote health and QOL<sup>[30]</sup>.

Dissatisfaction with QOL of the sample professionals corroborates results found in the literature, according to which, as a rule, nursing professionals have their QOL severely compromised due to their work, and healthcare workers have been constantly pointed out as a group at risk for physical and mental illness. In their daily work, healthcare professionals deal with people or groups facing extreme and complex situations, e.g., sexual violence, hunger, abandonment, misery, among others, which can generate distress and contribute to the emergence of functional disorders<sup>[32]</sup>.

The lack of difference in QOL scores between the three professional categories may be explained by the fact that, although with different degrees of involvement and responsibility, resulting in different levels of exposure<sup>[33]</sup>, the three categories are exposed to the same stressors in the work environment, which is shared by all of the professionals. One of the most stressful dimensions is mainly related to coping with the reality of human suffering, especially prior to the dying process, rather than death itself. This is due to unfulfilled expectations and regret for not being able to prevent an inevitable death, which becomes a great source of stress, affecting the professionals' ability to act. A second factor of greater stress is due to patients and their families. The continuous interaction, the lack of cooperation and understanding, and the professionals' feeling of unpreparedness to deal with the different emotional needs of patients and family members generate feelings of anger, fear, and disappointment in the nursing team, leading to high levels of stress. According to the literature review, the risk of physical and psychological violence on the part of abusive patients and family members is highly stressful<sup>[1,2]</sup>.

We verified the lowest level of dissatisfaction with QOL in the Social Relationships domain. The heavy workload, working on weekends and at night shifts make these professionals to background their social life due to difficulty in having compatible schedules with people from their social circle, in addition to not having much time for leisure activities and for engaging in activities with their family<sup>[34]</sup>. We found the highest level of dissatisfaction with QOL in the Physical domain. It is known that nursing is a profession that requires great physical effort, such as standing for long periods, repeated movements of the hands, frequently walking, and manual work; there is a high prevalence of musculoskeletal pain, especially in the shoulder, neck, and lower back regions, which is influenced by the work pace, time pressure, and the small number of employees required to meet the demand, factors related to the organization of work<sup>[35-38]</sup>.

The highest QOL among older professionals, which we found in the Psychological and Social Relationships domains, may result from professional experience and working achievements such as position, income, and job satisfaction. Although younger nursing professionals may have a wider network of social and interpersonal relationships in relation to older professionals in the field – which, in theory, could confer them the maintenance of QOL predictors<sup>[38]</sup>, older nursing professionals have longer and more satisfying relationships, thus benefiting from their positive influence on QOL. Nevertheless, we must consider their less extensive social circle due to responsibilities assumed throughout their lives and the day-to-day physical and mental fatigue in addition to considering that their social relationships become almost restricted to the family environment.

With a predominant sample of women, professionals who have a partner and children, although with a workload of up to 30 hours a week and who predominantly work in the morning shift, the association between working activities and domestic chores can be exhausting, causing both physical and mental distress<sup>[30]</sup>, hence, there is a lower dissatisfaction with QOL among men in the Physical, Psychological, and Social Relationships domains, since domestic chores and raising children are still predominantly female tasks.

Remuneration is responsible for work performance, motivation, and job satisfaction, being mentioned as a cause of concern and dissatisfaction at work if falling short of the ability to meet personal needs<sup>[39]</sup>. In the study conducted by Silva *et al.*<sup>[27]</sup>, remuneration was the component of greatest professional satisfaction attributed to nursing assistants and technicians, which was also found for other teams of nursing technicians and managers<sup>[40]</sup>. In the Psychological domain, we found QOL with lower dissatisfaction score among professionals with a family income between BRL 1,001 and 3,000. This can be explained because the wage level of N, which is the category with the highest remuneration among the three studied ones, is BRL 3,139.69 (average of the 2020 minimum wage for agreements, collective conventions, and labor disputes); the median average we found in our research was of BRL 3,152.00, considering professionals from all over Brazil<sup>[31]</sup>.

Concerning heavy workloads, in addition to emotional distress, there is also physical distress due to shift turnover, extra night shifts, 12-hour workload, extra shifts during weekends and holidays, lack of regularity when having meals, and physical burden<sup>[38]</sup>, which explains a lower QOL score and dissatisfaction in the Environment domain among professionals who work 30 hours a week.

Although research on the relation between R and occupational environments still has a limited scope, R is often mentioned in the context of nursing practice. There is growing evidence that resilience is not a static or inherent characteristic, but a contextual and dynamic process<sup>[41]</sup>, and the term “resilience” is commonly used to describe the ability to turn challenges into opportunities and to learn from demanding situations<sup>[42]</sup>.

In a deficit-oriented health system, with numerous stressors, it can be challenging to develop a strength-based resilience approach to face individual and structural adversities. They can seem insurmountable. However, a collective and proactive approach is powerful and efficient. If we want to make a difference in the health and well-being of patients, care providers, and the workforce, we must work together to make positive changes at all levels – individual, organizational, and professional. As Braithwaite *et al.*<sup>[43]</sup> state that we may not only identify mistakes and correct them, but also adopt a proactive approach to create strengths and ensure the work goes well from the beginning<sup>[44]</sup>.

The high rates of R, with no significant difference between the three categories of professionals, can be directly related to the nursing professionals’ passion and interests, which motivate them dealing with adversities in the workplace, the pride and value in their professional role, and satisfaction with their career. The sense of value in the nursing profession significantly influences professionals in dealing with adversities in the workplace<sup>[45,46]</sup>.

R scores may differ according to years of professional experience. Mills *et al.*<sup>[47]</sup> suggest that R scores are higher in the first year after graduation, but slightly decrease until stabilizing from about three to five years, which is in line with our data on higher R rates among older professionals.

This factor favors the development of individual attributes that can be used to promote resilience, among them: work organization and work-life balance as conscious strategies, self-sufficiency mechanism, positive thinking, emotional intelligence, passion and interest, as self-efficacy strategies<sup>[47]</sup>.

Mindfulness is the process of focusing on an experience that occurs in the present in a non-judgmental way, which is especially important for nursing professionals to organize themselves and deviate from highly charged situations, in addition to reflecting, learning, and moving on. Thus, mindful nursing professionals can organize and mentally retreat themselves to think about what is happening and what can be done<sup>[48]</sup>. Hence, organization of work is used as a conscious strategy by nursing professionals to improve their resilience at work in the form of flexible working hours (reducing the workload or refusing to work double shifts or extra hours), less work demands (shifting to a less physically-demanding nursing practice, limiting exposure to heavy manual work, with deliberate resting and relaxation periods to recover themselves out of the work environment), greater personal autonomy (greater control over work), working in interesting and specialized positions, greater coping resources, and insights on the ability to recognize stressors<sup>[49,50]</sup>. It is worth noting that less work demands and greater coping resources can improve psychological<sup>[51]</sup>, while personal autonomy improves competence and control over work<sup>[49]</sup>. Nursing professionals who have personal autonomy in relation to their work are able to focus on providing person-centered assistance and on a significant professional involvement with their patients; consequently, they achieve higher levels of confidence, effectiveness, and job satisfaction<sup>[49]</sup>.

The balance between professional and personal life as a conscious strategy can be used to reduce stress in the workplace among nursing professionals<sup>[47]</sup>, moreover, it assists in preventing feelings of emotional distress and promotes well-being<sup>[51,53]</sup>.

Overall, the identification of the main occupational stressors in nursing are related to specific departments or contexts of work, such as Intensive Care Units (ICU)<sup>[54]</sup>, Emergency Departments<sup>[54]</sup>, and Specialized Services such as Psychiatric or Primary Care Services<sup>[55]</sup>. If, on the one hand, ICU can be considered a stressful work environment for professionals<sup>[56]</sup>, on the other hand, ICU and ED are the sectors with the largest number of nursing professionals, whether in the public network or in private hospitals, since it is perceived as the most critical sector, which allows a better quantitative and qualitative allocation of professionals. The performance of these nursing professionals is noteworthy; in the midst of adversities

related to their jobs and accentuated physical and mental demands, they perform their work activities by personal and professional affinity/satisfaction, which is translated into benefits for patients, for the workplace, and for themselves, since, once professionals identify with their performance and recognize themselves personally and professionally satisfied, their R increases and the risk of compromising their QOL is reduced<sup>[57]</sup>, which explains the positive correlation between QOL and R, i.e., the higher the R, the higher the QOL scores.

We highlight that providing care is the heart of the nursing profession, and nurses are responsible for providing adequate, resolute, ethical, and humanistic care to patients. When the consequences of this work become suffering, the performance of necessary and effective actions for the quality of this care is compromised<sup>[35-37,58]</sup>.

Physical illness permeates numerous dimensions, from the way the service is organized, the number of professionals, and infrastructure to the way professionals work with the patients. Noteworthy, nurses, nursing technicians and assistants, nursing and medical students, physicians, and support services may often lack the required skills for dealing with patients' demands, and these professionals frequently feel unprepared to do so<sup>[35-37]</sup>.

Thus, it is necessary to rethink the continuous training of healthcare professionals, considering that this field is broad, comprises several specific areas, and that professionals themselves must be attentive to the development of skills and abilities that help them working wherever required. A first step for changing this insight into guidelines for educating nursing professionals and future healthcare providers should be focusing on a reliable culture of learning, in the work and learning environments<sup>[59]</sup>. This could favor what Rusthon *et al.*<sup>[60]</sup> describe as moving from victimization to empowerment. By taking this step, nursing professionals and students can mature and gain the ability to take care of themselves and their patients in a continuous process of learning and generation of resilience.

Resilience is not merely an individual's responsibility; it is a shared social responsibility<sup>[61]</sup>. In addition to creating individual and environmental resources in adverse situations, it is also necessary to address the structural and systemic factors that cause stress and adversity<sup>[62]</sup>. Indisputably, this is a much bigger challenge; nevertheless, resilience does not consists in waiting for people to deal with increasingly difficult situations. Causes of stress and adversities need to be reduced or removed whenever possible. Finding ways to overcome adversities in health care is a shared responsibility<sup>[59]</sup>.

#### **4.1 Limitations of the study**

The possible limitations of our study are related to the scope of our study population, which did not comprise all nursing professionals, and to the fact our study location only consisted in some of all HU of HB, which made it unfeasible to fully know the entire population under study; moreover, since it is a teaching hospital, participants may not have been very collaborative due to the large number of research carried out in this place. Although the study was carried out in only one hospital, the reality portrayed in the research is unique, since we sought to demonstrate the perception of individual experiences.

### **5. CONCLUSIONS**

The low scores in all domains of QOL show that the general QOL of nursing professionals is influenced by physical and psycho-emotional factors involved in the complex work relationships to which all professionals are exposed when developing their care and management practices. This highlights the centrality that work occupies in their lives and how important it is in the process of personal and professional self-realization.

Resilience contributes to the readiness of nursing professionals in providing care. A reliable culture of educational learning promotes the development of resilience, in such a way that nursing educators can support the development of resilience in their students, future nursing professionals, at the three professional categories.

Considering that organizational commitment is associated with job satisfaction and with the work environment, organizational and unit managers can increase employee participation in decision-making and give them the opportunity to become aware of their value, in other words, strongly supporting nursing professionals, providing access to resources, and creating new perspectives concerning strategies to increase

their quality of life, organizational commitment, and job satisfaction, taking them to a position of health stakeholders. The improvement in communication and cooperation, establishment of participative management, and the enhancement of workers' strengths/skills shall also be complementary to the maintenance of a healthy organizational structure.

## ACKNOWLEDGEMENTS

We thank each nursing professional who, despite all factors to which they are exposed, agreed to collaborate with this study, believing in the possibility of moving from victimization to empowerment.

## CONFLICTS OF INTERESTED DISCLOSURE

The authors declares that there is no conflict of interest.

This study is part of the author's master's thesis developed in the Post-Graduate Program in Nursing at the Faculty of Medicine of São José do Rio Preto - FAMERP and was carried out with the support of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel - Brazil (CAPES) - Financing Code 001

## REFERENCES

- [1] Arnetz J, Hamblin LE, Sudan S, Arnetz B. Organizational Determinants of Workplace Violence Against Hospital Workers. *J Occup Environ Med.* 2018 Aug; 60(8):693-9. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0000000000001345>
- [2] Crawford CL, Chu F, Judson LH, Cuenca E, Jadalla AA, Tze-Polo L, Kawar LN, Runnels C, Garvida R Jr. An integrative review of nurse-to-nurse incivility, hostility, and workplace violence. *Nurs Adm Q.* 2019 Apr/Jun; 43(2):138-56. <http://dx.doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000338>
- [3] Souza LA, Ikegami EM, Walsh IAP, Bertonecelli D. Association of physical activity level with work ability and musculoskeletal symptoms in hospital nursing professionals. *Saúde (Sta. Maria).* 2019 Sept-Dec; 45(3):1-12. <https://doi.org/10.5902/2236583439566>
- [4] Ozanam MAQ, Santos SVM, Silva LA, Darli RCMB, Bardaquim VA, Robazzi MLCC. Satisfaction and dissatisfaction in the work of nursing professionals. *Braz J Develop.* 2019 Jun;5(6):6156-78. <https://doi.org/10.34117/bjdv5n6-127>
- [5] Silva LNS, Azevedo CAS, Silva WC, Mendez RC, Perreira TJS, Souza BM, Santos EAS. Physical and socioeconomic aspects that affect the quality of life of nursing professionals. *Res Soc Develop [Internet].* 2019 [cited 2020 Jul 11]; 9(1):1-22. Available from: <https://rsd.unifei.edu.br/index.php/rsd/article/view/1766/1525>
- [6] Mendonça RB, Sarni ROS, Len C, Solé D. Portuguese translation (Brazilian culture) and cultural adaptation of questionnaires to evaluate the quality of life of children with food allergy and their parents. *Arq Asma Alerg Imunol.* 2018; 2(3):364-72. <https://doi.org/10.5935/2526-5393.20180044>
- [7] Mizuno M, Sugimoto K, Mayers T, Ferrans CE. Ensuring Cultural and Cognitive Integrity in Instrument Translation: Quality of Life Index for Japanese Cancer Patients. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2019 Jan-Mar; 6(1):64-71. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_57\\_18](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_57_18)
- [8] The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer: 1994. p. 41-60. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4)
- [9] Fleck MPA, Xavier SL, Chachamovich MXE, Guilherme VLS, Pinzon V. Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública.* 2000 Apr; 34(2):198-205. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- [10] Azevedo BDS, Nery AA, Cardoso JP. Occupational stress and dissatisfaction with quality of work life in nursing. *Texto & Contexto Enferm.* 2017 Mar; 26(1):e3940015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>
- [11] Corrêa RZA, Souza MSS, Baptista AMN. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e qualidade de vida de enfermeiros. *Psicol Argum.* 2017 Oct-Dec; 31(75):599-606. <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.075.DS02>
- [12] Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, Vieira M, Santos MR, Souza Junior PB, Justino E, Barbosa, C. General characteristics of nursing: the social demographic profile. *Enferm Foco.* 2016; 7:9-14. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>

- [13] Rushton C, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care*. 2015 Sep; 24(5):412-20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
- [14] Kutluturkan S, Sozeri E, Uysal N, Bay F. Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Ann Gen Psychiatry*. 2016 Nov; 15:33. <https://doi.org/10.1186/s12991-016-0121-3>
- [15] Mealer M, Jones J, Meek P. Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses. *Am J Crit Care*. 2017 May; 26(3):184-92. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017798>
- [16] Silva SM, Borges E, Abreu M, Queirós C, Baptista P, Felli V. Relationship between resilience and burnout: health promotion mental and occupational nurses. *Rev Port Enferm Saúde Mental*. 2016 Dec; 16(43):41-8. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0156>
- [17] Davey A, Sharma P, Davey S, Shukla A, Srivastava K, Vyas S. Are the adverse psychiatric outcomes reflection of occupational stress among nurses: An exploratory study. *Asian J Med Sci*. 2016 Jan-Feb; 7(1):96-100. <http://dx.doi.org/10.3126/ajms.v7i1.12869>
- [18] COFEN. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências (law on the Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem; 1986 [cited 2020 Jul 11]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
- [19] COFEN. Decreto no 94.406, de 8 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências [law on the Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem; 1987 [cited 2020 Jul 11]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html)
- [20] Fracolli LA, Granja GF. The use of work process category for Brazilian nurses: a bibliographic analysis. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 Dec; 39(Spec):597-602. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000500013>
- [21] Stolarski CV, Teston V, Kolhs M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais [The nursing team and its knowledge about legal attributions]. *REME Rev Mineira Enferm* [Internet]. 2009 Jul-Sept [cited 2020 Jul 11]; 13(3):321-6. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/196>
- [22] Leal JAL, Melo CMM. The nurses' work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018 Mar-Apr; 71(2):413-23. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>
- [23] Conselho Federal de Enfermagem. (2020). Pesquisa de Dados Estatísticos [Statistical Data Research]. Retrieved from [http://www.portalcofen.com.br/\\_novoportal/section008.asp](http://www.portalcofen.com.br/_novoportal/section008.asp)
- [24] Brown S, Whichello R, Prince S. The Impact of Resiliency on Nurse Burnout: An Integrative Literature Review. *Medsurg Nurs* [Internet]. 2018 Nov-Dec; 27(6):349-78. Available from: [https://pdfs.semanticscholar.org/b533/7b8da13f8b272366ecc0ed26fa28db1fbadc.pdf?\\_ga=2.212513940.1651759899.1594468627-1025114031.1594468627](https://pdfs.semanticscholar.org/b533/7b8da13f8b272366ecc0ed26fa28db1fbadc.pdf?_ga=2.212513940.1651759899.1594468627-1025114031.1594468627)
- [25] Vasconcelos AC, Souza AG, Campos SPI, Magalhães EM, Freire DA. Resilience and education: the nurse in search of knowledge. *Braz J Develop*. 2019 Jun; 5(6):5389-98. <https://doi.org/10.34117/bjdv5n6-078>
- [26] Saupe R, Nietche EA, Cestari ME, Giorgi MDM, Krahl M. Quality of life of nursing students. *Rev Latinoam Enferm*. 2004 Jul-Ago; 12(4):636-42. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400009>
- [27] Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes, R. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cad Saúde Pública*. 2005 Mar-Apr; 21(2):436-48. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>
- [28] Rigue A, Dalmolin G, Speroni K, Bresolin J, Rigue A. Work satisfaction: perception of nurses of a university hospital. *Cogitare Enferm*. 2016 Jul-Sep [cited 2020 Jul 11]; 21(3):1-9. Available from: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46199/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46199/pdf_en)
- [29] Silva VR, Velasque LS, Tonini T. Job satisfaction in an oncology nursing team. *Rev Bras Enferm*. 2017 Sept-Oct; 70(5):988-95. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0422>
- [30] Maciel MED, Oliveira FN. Quality of life of professional technical of nursing: the reality of the philanthropic hospital in Dourados -MS. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2014 Jan-Jun [cited 2020 Jul 10]; 6(1):83-9. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a11.pdf>
- [31] Salário.com.br. Enfermeiro - Salário 2020 e Mercado de Trabalho [Internet]. São Paulo (SP): © Salario.com.br; 2020 [cited 2020 Jul 11]. Available from: <https://www.salario.com.br/profissao/enfermeiro-cbo-223505/>
- [32] Brolese DF, Lessa G, Santos JLG, Mendes JS, Cunha KS, Rodrigues J. Resilience of the health team in caring for people with mental disorders in a psychiatric hospital. *Rev Esc Enferm USP*. 2017 Aug; 51:e03230. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016026003230>
- [33] Puerto JC, Soler LM, Montesinos MJL, Marcos AP, Chorda VMG. A new contribution to the classification of stressors affecting nursing professionals. *Rev Latinoam Enferm*. 2017 May; 25:e2895. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1240.2895>



- [34] Mendes SS, De Martino MMF. Shift work: overall health state related to sleep in nursing workers. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 Jul 11]; 46(6):1471-76. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en\\_26.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_26.pdf)
- [35] Boustanipour L, Saberi H, Soheili A. Prediction of level of aggression and interpersonal problems in ed nurses based on their occupational stress. *Nurs Midwifery J* [Internet]. 2017 Sept [cited 2020 Jul 11]; 15(6):478-87. Available from: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3257-en.html>
- [36] Sangaletti J, Ceretta LB, Soratto MT. Ansiedade dos enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev Interdisciplin Estud Saúde*. 2018 Jan-Jun; 7(1):234-48. <https://doi.org/10.33362/ries.v7i1.910>
- [37] Lopes FP, Paiano M, Miguel MEGB, Salci MA. Nurses' perception of the stratification of risk in mental health and the nursing actions. *Rev Saúde Publ Paraná*. 2019 Jul; 2(1):68-79. <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2n1p68>
- [38] Paschoa S, Zanei SSV, Whitaker IY. Quality of life among nursing assistants and licensed practical nurses from intensive care units. *Acta Paul Enferm*. 2007 Jul-Sep; 20(3):305-14. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300010>
- [39] Siqueira VTA, Kurcgant P. Job satisfaction: a quality indicator in nursing human resource management. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 Feb; 46(1):151-7. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000100021>
- [40] Tenani MNF, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Matsuda LM, Pissinati PSC. Work satisfaction of newly hired nursing workers in a public hospital. *REME Rev Mineira Enferm*, 2014 Jul-Sept; 18(3):585-591. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140043>
- [41] Aburn G, Gott M, Hoare K. What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *J Adv Nurs*. 2016 May; 72(5):980-1000. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12888>
- [42] Delgado C, Upton D, Ranse K, Furness T, Foster K. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: an intergrative review of empirical literature. *Int J Nurs Stud*. 2017 May; 70:71-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>
- [43] Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. Resilient health care: Turning patient safety on its head. *Int J Qual Health Care*. 2015 Oct; 27(5):418-20. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzv063>
- [44] Foster K. Resilience in the face of adversity: A shared responsibility. *Int J Ment Health Nurs*. 2020 Feb; 29(1):3-4. <https://doi.org/10.1111/inm.12688>
- [45] Cope V, Jones B, Hendricks J. Residential aged care nurses: portraits of resilience. *Contemp Nurse*. 2016 Dec; 52(6): 736-52. <http://dx.doi.org/10.1080/10376178.2016.1246950>
- [46] Cope V, Jones B, Hendricks J. Why nurses chose to remain in the workforce: Portraits of resilience. *Collegian*. 2016 Jan; 23(1):87-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2014.12.001>
- [47] Mills J, Woods C, Harrison H, Chamberlain-Salaun J, Spencer B. Retention of early career registered nurses: The influence of self-concept, practice environment and resilience in the first five years postgraduation. *J Res Nurs*. 2017 Jul; 22(5):372-85. <https://doi.org/10.1177/1744987117709515>
- [48] Cusack L, Smith M, Hegney D, Rees CS, Breen LJ, Witt RR, Rogers C, Williams A, Cross W, Cheung, K. Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: constructing a unified theoretical model. *Front Psychol*. 2016 May; 7:600. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00600>
- [49] McDonald G, Jackson D, Vickers MH, Wilkes L. Surviving workplace adversity: a qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience. *J Nurs Manag*. 2016 Jan; 24(1):123-31. <https://doi.org/10.1111/jonm.12293>
- [50] Perry L, Nicholls R, Duffield C, Gallagher R. Building expert agreement on the importance and feasibility of workplace health promotion interventions for nurses and midwives: A modified Delphi consultation. *J Adv Nurs*. 2017 Nov; 73(11):2587-99. <https://doi.org/10.1111/jan.13345>
- [51] Gao F, Newcombe P, Tilse C, Wilson J, Tuckett A. Models for predicting turnover of residential aged care nurses: a structural equation modelling analysis of secondary data. *Int J Nurs Stud*. 2014 Sep; 51(9):1258-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.011>
- [52] Rose J, Glass N. Enhancing emotional well-being through self-care: the experiences of community health nurses in Australia. *Holist Nurs Pract*. 2008 Nov-Dec; 22(6):336-47. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000339345.26500.62>
- [53] Cameron F, Brownie S. Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australas J Ageing*. 2010 Jun; 29(2):66-71. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00416.x>
- [54] Yang J, Tang S, Zhou W. Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses. *Psychiatr Danub*. 2018 Jun; 30(2):189-96. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.189>

- [55] Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Working conditions and common mental disorder among primary health care workers from Botucatu, São Paulo State. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Jun; 15(Suppl. 1):1585-96. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>
- [56] Karanikola M, Giannakopoulou M, Mpouzika M, Kaite CP, Tsiaousis GZ, Papathanassoglou EDE. Dysfunctional psychological responses among Intensive Care Unit nurses: a systematic review of the literature. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Oct; 49(5):847-57. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500020>
- [57] Queiroz DL, Souza JC. Quality of life and capacity for work of nurses. *Psicol Inf* [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 Jul 11]; 16(16):103-26. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoinfo/v16n16/v16n16a05.pdf>
- [58] Santos AS, Monteiro JK, Dilélio AS, Sobrosa GMR, Borowski SBV. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. *Trab Educ Saúde*. 2017 May-Ago15(2):421-38. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00054>
- [59] Amsrud K, Lyberg A, Severinsson E. Development of resilience in nursing students: A systematic qualitative review and thematic synthesis. *Nurse Educ Pract*. 2019 Nov; 41:102621. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102621>
- [60] Rusthon CH, Caldwell M, Kurtz M. Moral distress: a catalyst in building moral resilience. *Am J Nurs*. 2016 Jul; 116(7):40-9. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000484933.40476.5b>
- [61] McAllister M, Brien DL. Resilience in nursing. In: McAllister M, Brien DL, editors. *Empowerment Strategies for Nurses: Developing Resilience in Practice*. 2nd ed. New York (NY): Springer Publishing Company; 2020. p. 1-28.
- [62] Masten A, Obradovic J. Competence and resilience in development. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Dec; 1094:13-27. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.003>