

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso Enfermagem

**QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA ENTRE
ENFERMEIRAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Maria de Fátima Belancieri

BAURU - 2011



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Curso Enfermagem

QUALIDADE DE VIDA E RESILIÊNCIA ENTRE ENFERMEIRAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Maria de Fátima Belancieri

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências de Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof^a Ms. Elisabeth de Oliveira Soares e co-orientação da Prof^a Dr^a Maria Helena B. Cappo Bianco.

BAURU – 2011

Belancieri, Maria de Fátima

Qualidade de vida e Resiliência entre Enfermeiras de um Hospital Universitário / Maria de Fátima Belancieri – Bauru/SP, 2011.

61f.

Orientadoras: Profª Ms. Elisabeth de Oliveira Soares / Profª Drª Maria Helena B. Cappelletti.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Sagrado Coração – Bauru, SP

1. Enfermagem e Saúde 2. Resiliência 3. Qualidade de Vida I. Belancieri, Maria de Fátima II. Universidade Sagrado Coração III. Título.

MARIA DE FÁTIMA BELANCIERI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências de Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Profª Ms. Elisabeth de Oliveira Soares e co-orientação da Profª Drª Maria Helena B. Cappo Bianco.

Banca Examinadora:

Bauru - 2011

*Dedico este estudo ao meu marido **Paulo César**;
E aos meus sobrinhos **Brian, Bianca e Brenno**.
O amor incondicional e o carinho infinito de vocês,
tornaram-se fatores de proteção
nesta minha caminhada!*

AGRADECIMENTOS

A realização desse estudo contou com a colaboração e o estímulo de várias pessoas, as quais eu gostaria de expressar meus agradecimentos.

Em especial,

A todas as Enfermeiras que participaram como sujeito, partilhando suas histórias, idéias e crenças comigo, possibilitando a concretização deste estudo.

A todos da Divisão Técnica de Enfermagem (DTE) do Hospital Universitário, especialmente à Enfermeira **Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva**, ex-diretora da DTE, por acreditar neste projeto, autorizando o estudo com as Enfermeiras sob sua responsabilidade. E a **Mara**, secretária do DTE, sempre atenciosa, nos auxiliando e facilitando nosso acesso às Enfermeiras.

Às Prof^{as}. Ms. Elisabeth de Oliveira Soares e Dr^a Maria Helena B. Cappo Bianco, minhas orientadoras, que acreditando em minha capacidade, deram-me liberdade de escolher os caminhos... Obrigada pela confiança e estímulo!!

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia Hospitalar (GEPH-USC), pelo apoio e constante interesse em construir conhecimentos sobre o “Estresse e Resiliência em grupos de saúde”, em especial, à **Patrícia Bolfe** e **Aline T. Trecenti**, que auxiliaram na coleta dos dados.

À grande amiga e psicóloga **Verônica Lima dos Reis**, que tem me acompanhado nesta caminhada, auxiliando-me, incondicionalmente, em todos os momentos, ouvindo minhas angústias e desabafos, bem como na coleta dos dados,

À Universidade Sagrado Coração e a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade do Sagrado Coração, pela oportunidade.

Aos meus Pais, **Maria** e **Wilson**, que em sua simplicidade e mesmo sem se dar conta, proporcionaram-me uma educação, fundamentada em valores sólidos e humanos, ensinando-me a superar os obstáculos e a vencer os desafios.

As minhas irmãs, **Márcia** e **Miriam**, mesmo não tendo a oportunidade de estarmos sempre juntas, discutindo nossos projetos de vida, tenham a certeza que são fonte de inspiração para mim, que emanam da alegria, disposição e garra que conduzem suas vidas.

**"Sem trabalho, toda vida apodrece.
Mas, sob um trabalho sem alma a vida sufoca e morre".
(ALBERT CAMUS)**

BELANCIERI, Maria de Fátima. **Qualidade de Vida e Resiliência entre Enfermeiras de um Hospital Universitário**. Bauru, 2011, 61 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) Universidade Sagrado Coração, Bauru, São Paulo.

Resumo: As enfermeiras, de acordo com diversos estudos, estão submetidas no seu cotidiano de trabalho a inúmeras adversidades, constituídas a partir das condições e da organização do trabalho, podendo afetar sua saúde e qualidade de vida. Assim, este estudo tem como finalidade investigar os níveis de qualidade de vida e os fatores de Resiliência entre as Enfermeiras de um Hospital Universitário. Participaram do estudo 51 enfermeiras, sendo que na coleta de dados foram utilizadas a Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref) da OMS (WHOQOL GROUP, 1998, FLECK e Cols, 1999) e o Questionário do Coeficiente de Resiliência (RQ-Test) de Reivich & Shatté (2002), bem como da ficha de dados sócio-demográficos. Os resultados mostram que: a maioria das participantes constitui-se de adultos jovens, solteiras, sem filhos, católicas, com especialização na área, trabalhando nas enfermarias. Trabalham diurnamente, com até cinco anos de tempo de trabalho, com carga horária de até 40 horas semanais, não exercendo outra atividade remunerada e o salário concentra-se na faixa de R\$ 1.000,00 à R\$ 3.600,00. Em relação à Qualidade de Vida, o Domínio que se apresenta com média mais elevada é o da Relações Sociais (70,6%), o valor mínimo individual encontrado foi de 16,7% e o máximo de 100%. O Domínio Físico apresenta uma média de 68,2%, valor mínimo de 3,6% e máximo de 92,9%. E os domínios com menor média foram o Psicológico (62%) e o Ambiental (60%). Quanto aos fatores de Resiliência, constatou-se que a maioria, apresenta uma discrepância entre os fatores Regulação de Emoções, que encontra-se abaixo da média (56,8%) e Controle dos Impulsos, que está acima da média (83%), o que pode resultar em elevado consumo de energia, prejudicando as atividades laborais e a qualidade de vida. Nos Fatores, Otimismo (79,5%), Análise Causal (77,8%), Empatia (66,8%), Auto-eficácia (47,2%) e Exposição (51,5%), a maioria encontra-se na média. Esperamos com este estudo abrir caminhos para que novas investigações sejam realizadas, reunindo subsídios teórico-metodológicos e práticos para maior exploração do tema.

Palavras-Chave: 1. Enfermagem e saúde 2. Resiliência 3. Qualidade de Vida.

BELANCIERI, Maria de Fátima. **Quality of Life and Resilience Among Nurses of a University Hospital.** Bauru, 2011, 61 p. Work of Conclusion of Course (Nursing) of Universidade Sagrado Coração, Bauru, São Paulo.

Abstract: The nurses, according to several studies, are subject in their daily work to countless diversities, formed from the conditions and work organization which may affect their health and quality of life. This study aims to investigate the levels of quality of life and Resilience factors among Nurses in a University Hospital. The study included 51 nurses, and data collection were used for Quality of Life Scale (WHOQOL-bref) WHO (WHOQOL Group,1998, FLECK et all 1999) and the Coefficient of Resilience Questionnaire (RQ-Test) Reivich & the Shatté (2002), as well as the form of socio-demographic factors. The results show that: most of the participants consisted of young adult women, unmarried, without children, Catholic, specializing in the area, working in the wards. They work daytime, with up to five years of working time, with a workload of approximately 40 hours weekly, and they do not work in another paid activity and the payment is about R \$ 1,000.00 to \$ 3,600.00. According to the Quality of Life, the Domain presenting with highest average is of Social Relations (70.6%), the minimum individual found was 16.7% and a maximum of 100%. The physical domain has an average of 68,2%, minimum of 3.6% and maximum 92.9%. And the areas with lower average were the Psychological (62%) and the Environmental (60%). As for the factors of resilience, it was found that most, shows a discrepancy between the Regulatory factors of emotions, which is below the average (56,8%) and the impulse Control, which is above average (83%), which can result in high energy consumption, prejudicing the work activities and the quality of life. In Factors, Optimism (79.5%), Causal Analysis (77.8%), Empathy (66.8%), Self efficacy (47.2%) and Exposition (51.5%), the most of them is found on the average. We hope this study opens ways for new investigations be done, combining theoretical/methodological and practical tools for further exploration of the theme.

Keywords: 1. Nursing and Health 2. Resilience 3. Quality of Life

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1 A Enfermagem e a Qualidade de Vida	12
2.2 Resiliência: conceitos e características.....	15
3 METODOLOGIA.....	22
3.1 Participantes.....	22
3.2 Campo de estudo.....	22
3.3 Instrumento de coleta de dados.....	23
3.4 Procedimentos.....	26
3.5 Previsão de análise dos dados	27
3.6 Cuidados éticos.....	27
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma das categorias profissionais mais estudadas sob a ótica do estresse e do sofrimento psíquico, ou seja, há uma busca pelos aspectos ou fatores que possam repercutir em sua saúde de um modo geral. No entanto, observamos que a maioria das investigações dá ênfase à doença e às disfunções do sistema orgânico ou mental. Neste estudo, nossa preocupação é com a promoção da saúde e qualidade de vida desses trabalhadores, deslocando-se o foco da doença para a saúde.

Meu¹ interesse específico na saúde desses trabalhadores vem sendo construído ao longo dos últimos anos, nascendo no início da década de 1990, ao ser contratada como docente nos cursos de Psicologia e Enfermagem de uma Universidade do interior do Estado de São Paulo. A experiência nestas duas áreas possibilitou-me uma visão mais ampla de saúde, visualizando como as condições e organização do trabalho eram vivenciadas subjetivamente pela equipe de saúde e, especialmente, pela equipe de enfermagem.

Esta experiência contribuiu para alguns questionamentos e, conseqüentemente, para a busca de respostas, que foi compartilhada coletivamente, nela estão contemplados interesses e questões dos diversos grupos com os quais convivi e convivo, seja na Enfermagem ou na Psicologia.

E ao longo desses anos, pudemos identificar as reações e sentimentos do estagiário de enfermagem em relação ao sofrimento e a morte no contexto hospitalar (BELANCIERI e KOYAMA, 2001). Estudo que aguçou, ainda mais, meu interesse em compreender a dinâmica psíquica desses trabalhadores submetidos a condições de estresse e suas manifestações psicossomáticas (BELANCIERI, 2005). Neste estudo, algumas contradições foram aparecendo, como: a percepção do estresse no ambiente de trabalho e uma grande satisfação nas atividades desenvolvidas. Por quê estariam satisfeitos neste ambiente considerado por eles próprios, como estressante e responsável por algumas das manifestações de adoecimento? Essa

¹ A primeira pessoa do singular será utilizada somente para a explanação dos motivos que acenderam o interesse da pesquisadora para o tema

questão levou-me a mudar o rumo das investigações, estabelecendo como foco central, a saúde, ou seja, buscar a qualidade de vida, a resiliência, fortalecendo-se as estratégias de enfrentamento e superação das adversidades, não somente relativas ao trabalho, mas de uma forma geral (BELANCIERI, 2011; BELANCIERI, BELUCI, SILVA e GASPARELO, 2010; BELANCIERI, 2011; 2007;).

As reflexões dessa trajetória culmina, nos objetivos deste estudo, em que objetivou-se verificar os níveis de qualidade de vida e os fatores de resiliência em trabalhadoras de um hospital universitário.

Acreditamos que, este estudo poderá contribuir para a implementação de programas preventivos nas instituições, visando a saúde do trabalhador da área da enfermagem, sensibilizando-os para o desenvolvimento e utilização de seus recursos internos na promoção de uma existência mais saudável e com qualidade. Outra contribuição pauta-se na melhoria da qualidade do atendimento à saúde, especialmente, na relação profissional-paciente, uma vez que ao promover um estilo de vida mais saudável, consciente, comprometido com a questão do cuidado e da saúde, conseqüentemente teríamos usuários do sistema de saúde mais satisfeitos. E ainda, possibilita mudanças e transformações nas políticas e ações de saúde do trabalhador.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A ENFERMAGEM E A QUALIDADE DE VIDA

A Enfermagem caracteriza-se como uma profissão essencialmente feminina e de acordo com Cappo Bianco (2000), tem origem com as mulheres em seus próprios lares, cuidando dos doentes da família como extensão dos trabalhos domésticos. Posteriormente, a responsabilidade passou para os religiosos, filósofos, feiticeiros, mágicos e escravos.

Até o início do século XIX, esses cuidados aos doentes não exigia uma preparação específica para sua realização. Foi a partir de 1854, que a Enfermagem surge como profissão, através dos esforços pioneiros de Florence Nightingale. Após a guerra, percebendo a necessidade de uma preparação formal e sistemática dos agentes de saúde, Nightingale fundou uma escola junto ao hospital Saint Thomas (Londres), com dinheiro doado pela nação britânica, cujo objetivo primeiro não era o treinamento de enfermeiras para a prática, mas sim para o ensino, multiplicando, dessa forma, os conhecimentos específicos de Enfermagem nos hospitais (MELO, 1986; SILVA, 1986; ALMEIDA e ROCHA, 1986; ANGELO et al, 1995).

No Brasil, de acordo com Cappo Bianco (2000), a prática da Enfermagem no modelo Nightingaleano, inicia-se em 1923, através do decreto federal nº 15.799, fundando a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. Financiada pela Fundação Rockefeller e sob a orientação de enfermeiras norte-americanas, reproduziu-se, assim, o sistema americano de ensino em detrimento das características brasileiras.

Definida, de acordo com Horta (1979), como uma ciência e uma arte, a enfermagem visa à assistência a pessoa humana, no atendimento às suas necessidades básicas e que, em colaboração com outros profissionais, atua na recuperação, na manutenção e na promoção da saúde.

No entanto para a realização dessa arte de cuidar, diversos autores, ressaltam que, com o tempo, os trabalhadores da área da enfermagem entram em

sofrimento físico e mental, em razão do acúmulo de atividades na vida pessoal e profissional, comprometendo sua saúde e qualidade de vida.

O sofrimento físico e mental desses trabalhadores, de acordo com Nunes, Mauro e Cupello (2001), são decorrentes, em parte, da carga de trabalho cada vez mais elevadas a que são submetidos, ou seja, cuidam de pacientes acima do permitido para cada profissional qualificado, com escalas/turnos rotativos, a manipulação de substâncias tóxicas e presença de fatores de risco presentes no ambiente.

Belancieri (2003, 2005) complementa, classificando os fatores que contribuem para o estresse na Enfermagem, em Fatores Burocráticos, de relacionamento interprofissional, desempenho profissional e reconhecimento social e econômico.

Os Fatores Burocráticos estão relacionados às constantes interrupções das atividades, ao controle que a instituição exerce sobre o trabalho e aos conflitos entre o trabalho e as responsabilidades pessoais e familiares.

No relacionamento interprofissional, as relações interpessoais e profissionais, bem como a inobservância da ética no ambiente de trabalho apresentam-se como fatores expressivos no desencadeamento de estresse.

Em relação ao Desempenho Profissional, os fatores considerados mais estressantes referem-se às atividades repetitivas e rotineiras, ao excessivo número de pacientes e à tensão e à ansiedade ao lidar com o sofrimento e morte, além da falta de autonomia e definições claras de seu papel profissional.

O reconhecimento social e econômico relaciona-se aos salários percebidos como insuficientes, a falta de lazer e de reconhecimento da instituição e dos supervisores, bem como a dificuldades para conseguir apoio e/ou recursos para aprimoramento profissional.

Levando-se em consideração que estes aspectos podem comprometer a saúde e qualidade de vida, pretendemos avaliar, num primeiro momento, a qualidade de vida da enfermeira, não especificamente a qualidade de vida no trabalho (QVT), mas a qualidade de vida de um modo geral, o que envolve, inclusive, aspectos do trabalho na avaliação.

De acordo com Seidl e Zannon (2003), a temática Qualidade de Vida na área da saúde tem sido alvo de diversos estudos nos últimos anos, inclusive no Brasil.

Esse interesse crescente traz algumas conseqüências, como a proliferação de uma ampla gama de definições. Neste estudo assumimos a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que consiste na “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito abstrato, subjetivo e multidimensional, envolvendo vários aspectos da vida humana, tais como: relações sociais, saúde, família, trabalho, meio ambiente, dentre outros e, além disso, é dinâmico e pode ser influenciado por aspectos culturais, religiosos, éticos e valores pessoais.

Embora, o conceito de qualidade de vida, de acordo com alguns autores, seja de difícil consenso (SEIDL e ZANNON, 2003), três aspectos são fundamentais para sua compreensão: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor). O reconhecimento da multidimensionalidade do construto reflete-se na estrutura do instrumento baseada em quatro domínios: domínio físico, domínio psicológico, relação social e meio ambiente (FLECK, CHACHAMOVICH e TRENTINI, 2003).

Historicamente, o termo Qualidade de Vida foi empregado pela primeira vez em 1964, quando o presidente dos Estados Unidos (Lyndon Johnson) declarou que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (FLECK, LEAL & COLS., 1999, p. 20).

Nas práticas de saúde, avaliação da Qualidade de Vida, surge a partir de 1975, quando médicos e pesquisadores a utiliza em ensaios clínicos, visando a uma medida quantitativa (CICONELLI, 1997).

Em meados da década de 1980, surgem as primeiras definições na literatura, centrando-se na avaliação de satisfação/insatisfação com a vida (SEIDL e ZANNON, 2003).

No início dos anos 1990, o WHOQOL GROUP (1994) inicia um consenso entre os estudiosos da área quanto ao conceito e os aspectos relevantes de

qualidade de vida, ou seja, a subjetividade e a multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, considera-se a percepção da pessoa sobre o estado de saúde, ou seja, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. E na multidimensionalidade observa-se o reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões positivas e negativas, sendo que as positivas podem ser o desempenho de papéis sociais, mobilidades, autonomia entre outros e os negativos podem ser dor, fadiga, dependência. Assim, qualquer avaliação de qualidade de vida deve sempre incluir dimensões positivas e negativas, enfatizando as percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões.

É importante ressaltar que, a Qualidade de Vida relacionada à saúde, segundo PASCHOAL (2000), refere-se ao impacto de saúde sobre três funções: a mobilidade, a atividade física e a atividade social. E embora seu emprego tenha sido realizado com objetivos semelhantes à conceituação geral, implica em aspectos diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde (SILVA, 2001; REZENDE, 2005).

Neste estudo, pretendemos, além de avaliar a qualidade de vida das enfermeiras, intentamos, ainda, verificar os fatores de resiliência, comparando-os. Será que quanto maior a qualidade de vida, maior os níveis de resiliência? Há correspondência entre os domínios da qualidade de vida e os fatores de resiliência?

2.2 RESILIÊNCIA: CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS

A Resiliência, de acordo com vários autores, possui uma diversidade de definições, sendo um conceito que ainda se encontra em fase de construção. Assim, consideramos ser importante iniciar com uma discussão acerca da origem e da evolução histórica do conceito, permitindo, dessa forma, compreender as mudanças, as contradições e as transformações que foram se configurando, vislumbrando sua aplicabilidade em programas de prevenção e promoção de saúde.

Historicamente, a origem do termo Resiliência reside nos estudos da Física e da Engenharia, referindo-se a capacidade que um material tem ao absorver energia sem sofrer deformações permanentes (YUNES E SZIMANSKI, 2001). Em outras palavras, a Resiliência enquanto um fenômeno mecânico pressupõe uma resistência do material, que ao sofrer um impacto ou choque com outros materiais não perdem suas propriedades originais.

É importante esclarecer que qualquer material tido como resiliente, no sentido de ser resistente, não é absoluto. Existe um limite para a tensão, em que o material poderá ser rompido.

Das Ciências físicas, o conceito foi transportado e aplicado a outras áreas do conhecimento, como na Medicina, nas Ciências do Trabalho e nas Ciências Humanas. Nas ciências psicológicas e sociais, especialmente, observamos uma proliferação de estudos, buscando compreender a complexidade dos fenômenos humanos diante das adversidades. Para nós, a relevância de tais estudos reside na possibilidade de aplicações práticas na área da saúde, podendo estabelecer ações, visando não somente a prevenção, mas, principalmente, a promoção da saúde e qualidade de vida.

A maioria das investigações sobre Resiliência tem como foco a infância, buscando, principalmente, compreender como crianças que se desenvolveram em circunstâncias adversas, em situações de abandono e de privações conseguem tornar-se adultos saudáveis sem graves transtornos psicossociais em sua existência (MELILLO e SUÁREZ OJEDA, 2005; PINHEIRO, 2004; JOHNSON E WIECHELT, 2004; JUNQUEIRA e DESLANDES, 2003; MASTEN, 2001; YUNES, 2001; LUTHAR e CICCHETTI, 2000; CECCONELLO e KOLLER, 2000; ÁLVARES, 1999; ROBINSON, 2000; MORAES E RABINOVICH, 1996; RUTTER, 1993; GROTBORG, 1993).

No Brasil, Souza (2006), salienta que os primeiros estudos estão relacionados a crianças expostas a situações de risco, fatores de proteção e vulnerabilidade psicossocial, bem como as redes de apoio social e afetivo. E na área ocupacional, as pesquisas sobre Resiliência estão associadas ao perfil dos executivos.

Yunes (2001) credita o pioneirismo nos estudos da Resiliência à Rutter, Emily Werner, Ruth Smith, Norman Garmezy, Ann S. Masten e Suniya Luthar. Ainda hoje, observamos uma forte influência desses autores nas investigações e publicações científicas, especialmente no que se refere aos fatores de risco e de proteção, à vulnerabilidade, a estratégias de *coping*, à competência, entre outros.

Encontramos, na literatura, perspectivas distintas nos estudos sobre a Resiliência. Infante (2005) salienta que especialistas concordam na existência de duas gerações de pesquisadores: uma que a princípio foca nos atributos pessoais, mas amplia o interesse para um modelo triádico, ou seja, dando ênfase aos atributos, aos aspectos da família e ao ambiente social. E a outra geração, embora tome como referência o modelo triádico, agrega ao estudo a dinâmica e a interação entre os fatores, entendendo a Resiliência como um processo dinâmico, em que sujeito e ambiente interatuam em uma relação recíproca, permitindo a adaptação, apesar da adversidade.

Em nosso estudo, procuramos agrupar em três perspectivas, uma se referindo à Resiliência como um atributo individual, reportando-nos a traços de personalidade e outra que envolve as redes de apoio social e afetivo, como um importante aspecto no desenvolvimento humano saudável. E uma terceira perspectiva em processo de construção que se refere à possibilidade de superação no sentido dialético.

A primeira se refere a uma **perspectiva individualista**, focando a Resiliência como um conjunto de traços e disposições pessoais que protegem o sujeito das adversidades. Assim, padrões particulares de adaptação ou ajustamento às condições de adversidade estão presentes nesta perspectiva.

Nesse caso, pessoas autoconfiantes, com alto nível de inteligência, auto-conceito e auto-estima elevados seriam mais resilientes. Assim, quem possuísse esses traços era considerada uma pessoa invulnerável, capaz de permanecer saudável mesmo submetida a elevados índices de estresse.

Nesta perspectiva, que vai ao encontro da primeira geração de pesquisadores citada por Infante (2005), encontramos as publicações de Werner e Smith (1989, 1992), Anthony e Cohler (1987) e Tavares (2001).

Este último ressalta que ao ser encampada pela Psicologia, a Resiliência passa a ser entendida como uma qualidade ou uma capacidade da pessoa ou de grupos de pessoas de “*resistir*”² a situações adversas sem perderem o equilíbrio inicial, isto é, a capacidade de se acomodarem e re-equilibrarem constantemente” (p. 46).

A segunda perspectiva ressalta a **rede de apoio social**, que aparece ao lado dos traços individuais.

As redes de apoio social e afetivo são consideradas fundamentais para a promoção do desenvolvimento humano saudável, tornando-se adultos socialmente competentes.

De acordo com Hoppe (1998), o conceito de apoio social pode ser definido sob duas formas, a primeira se relaciona à forma como as situações de risco são conduzidas pelo sujeito em seu contexto e a segunda é vista como um elemento importante na constituição da personalidade evolutivamente. Sendo que o apoio social é definido pelas relações que se estabelece com outros e as transações de apoio.

A autora revela que para a criança, a família é a mais importante rede de apoio, caracterizando-se pela reciprocidade, mutualidade e diálogo, além de desenvolver um senso de permanência e estabilidade.

Além da família, Garmezy, Masten e Tellegen (1984) ressaltam que o apoio de amigos, vizinhos, professores, terapeutas, líderes religiosos entre outros recursos da comunidade também potencializam as habilidades do sujeito em responder positivamente a uma variedade de riscos na infância.

Nesta segunda perspectiva encontramos Masten e Garmezy (1985, p. 556) revelando que a Resiliência consiste “no processo de; na capacidade para; ou no resultado de uma adaptação bem sucedida a despeito de circunstâncias desafiadoras ou ameaçadoras”.

² **Grifo nosso**

Outro conceito proposto por Masten e Coatsworth (1998) considera a Resiliência como a manifestação de competência frente a um contexto de desafios significantes, visando a adaptação e o desenvolvimento.

Nessa perspectiva, ou na segunda geração de pesquisadores conforme cita Infante (2005) também está Rutter (1991), que formulou o conceito de mecanismos protetores e Grotberg, que conceitua a Resiliência como uma “capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade”. Ressalta que a Resiliência faz parte do processo evolutivo, devendo, portanto, ser promovida e fortalecida desde o nascimento. (GROTBORG, 1995; 1999; 2005).

A autora formulou o conceito que deu base ao Projeto Internacional de Resiliência, definindo os fatores de Resiliência que requer a interação de três dimensões: o suporte social (eu tenho), as habilidades (eu posso) e a força interna (eu sou e eu estou).

Em tal perspectiva, os pesquisadores revelam que o grande desafio é identificar os processos de base da adaptação resiliente, para poder avançar para além da teoria, abrindo possibilidades de criação de estratégias, visando a promoção da Resiliência e Qualidade de Vida.

Uma terceira perspectiva está em construção, mais crítica, que embora não descarte as informações anteriores, avança, constituindo a **Resiliência como uma possibilidade de superação** em um processo dialético. Assim, os problemas não são eliminados, mas enfrentados e ressignificados.

Nessa perspectiva, encontramos Junqueira e Deslandes (2003) e Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004) que consideram a Resiliência como a capacidade relativa do sujeito, em lidar com as adversidades ao longo da vida, num processo de superação, estando esta relacionada às circunstâncias contextuais e históricas em que ele se insere.

Imersa numa diversidade de conceitos, antes de nos confundir, possibilita-nos refletir sobre as diferentes concepções de homem e de mundo, de acordo com pressupostos teóricos diferentes.

Assim, a Resiliência tem sido definida como uma capacidade ou habilidade pessoal de resistir à; de enfrentar; adaptar-se ou ainda como processo de superação das adversidades no decorrer da existência.

Consideramos que ao entendermos a Resiliência como capacidade de adaptação, de resistência ou de enfrentamento somente, podemos estar contribuindo para certa conformidade diante das adversidades, promovendo uma individualização dos problemas existenciais, ou seja, o sujeito é o único a ser responsabilizado pelas adversidades de sua vida, de seu trabalho etc. Essa concepção descontextualiza o problema, que também é de responsabilidade da sociedade, das políticas públicas, das instituições de saúde, uma vez que estamos focando a saúde dos trabalhadores da área da saúde.

Entendemos, neste estudo, a Resiliência como um processo, apesar de o ser humano ter uma bagagem genética ao nascer, dando-lhe sustentação biológica, seu modo de ser será construído nas relações com outras pessoas, grupos, instituições, num determinado contexto sócio-histórico e cultural. Como ressalta Bock, Furtado e Teixeira (1999, p. 173), “as relações sociais e as atividades do homem no mundo são as responsáveis pela sua configuração como ser”.

Assim, o sujeito diante de sua realidade, deve tomar consciência de seu papel na esfera pessoal, social e política. Um papel ativo, buscando tornar-se protagonista de sua história. No que se refere às condições de trabalho e de saúde, deve conquistar as mudanças necessárias em busca de uma vida pessoal e profissional com qualidade, ou seja, exercer seu papel político, participativo na transformação de sua realidade social e de saúde.

Na Enfermagem, esse processo é possível, quando o sujeito apropria-se das determinações objetivas, sendo capaz de construir junto com seu grupo ações que permitam o enfrentamento e a superação das situações de estresse a que está submetido em seu contexto de trabalho.

Diante do exposto até o momento, cabe uma questão: O que é ser resiliente? Diversos autores buscaram sintetizar as características inerentes às pessoas classificadas como resilientes, revelando seus atributos (GROTBERG, 2005; REIVICH e SHATTÉ, 2002; NELSON, 1997; FLACH, 1997; POLK, 1997 e

WOLIN e WOLIN, 1993). Neste estudo, apresentaremos somente as características propostas por Reivich e Shatte (2002), autores do instrumento por nós utilizado. Esses autores apresentam sete fatores de resiliência: a regulação das emoções, o controle dos impulsos, o otimismo, a análise causal, a empatia, a autoeficácia e a exposição, conforme descritos na metodologia.

É interessante ressaltar que, segundo Flach (1997), a Resiliência não se constitui em um fenômeno psicológico apenas, mas também é físico. Ser resiliente demanda que os processos fisiológicos, ativados pelo estresse, funcionem efetivamente e que esse processo poderá ser desenvolvido com perseverança e prática.

De acordo com os autores pesquisados, podemos observar que embora alguns cite que a Resiliência possa ser desenvolvida no decorrer da existência humana, a maioria foca nos atributos individuais, como se fosse uma característica natural da pessoa. Reiteramos, entretanto, que de acordo com a concepção de homem, por nós assumida, o ser humano não nasce pronto, com todos os atributos necessários à sua sobrevivência, mas é um ser ativo, que se constrói como pessoa, a partir das relações que estabelece com o outro e com sua realidade social.

Assim, acreditamos que a Resiliência possa ser desenvolvida ao longo da existência, quando o sujeito apropria-se de sua realidade e a transforma, transformando a si mesmo, num movimento dialético.

Esses fatores propostos por Reivich e Shatté (2002), poderão nos auxiliar na elaboração de programas, visando a promoção do processo de Resiliência, em que os sujeitos possam se apropriar de sua condição de saúde, construindo novos sentidos e ações, buscando a superação e a transformação das condições atuais de saúde a que estão submetidos.

3 METODOLOGIA

3.1 Participantes

Participaram deste estudo Enfermeiras de todas as unidades do Hospital. A escolha de Enfermeiras para esse estudo se justifica por dois motivos: o primeiro refere-se a diversas investigações em que a categoria aparece como uma das profissões mais estressantes, com riscos de adoecimento e; o segundo se refere a necessidade de estudos visando a promoção da saúde, uma vez que, a maioria destes estão focados no adoecer.

- a) **Critérios de inclusão:** foram incluídas no estudo enfermeiras contratadas pelo Hospital das Clínicas; com mais de 2 anos de tempo de serviço em Enfermagem, independente da unidade de trabalho ou idade, presentes no período da coleta.
- b) **Critérios de exclusão:** foram excluídas deste estudo os enfermeiros do sexo masculino, por representar uma minoria, bem como as enfermeiras que atuavam em cargos administrativos, uma vez que, nosso interesse reside naquelas enfermeiras que mantenham um contato direto com a população atendida, bem como as que atuavam em plantões noturnos fixos, pois a coleta de dados foi realizada no período diurno.

3.2 Campo de estudo

Este estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, cidade localizada na região centro-oeste, distante 235 Km da capital do Estado de São Paulo. O Hospital das Clínicas de Botucatu foi fundado em 1967, com 48 leitos, sua capacidade atual é de 372 leitos, ocupando uma área equivalente a 44.794,35 m². Conta com um corpo clínico formado por médicos contratados, em múltiplas especialidades e docentes totalizando 316 membros.

O Hospital das Clínicas atende, além de Botucatu e região, outros Estados, como o norte do Paraná, Mato Grosso do Sul, região sul de Minas Gerais, entre outras regiões, através de Convênio e principalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dispõe de um moderno centro de diagnóstico por imagem, com aparelhos de ressonância magnética, radiologia digital, tomografia e ultra-som, bem como serviços de quimioterapia, hemocentro, partos de risco, endoscopia, fisiodiagnóstico, reabilitação, medicina nuclear, hemodiálise, centro cirúrgico, etc. Atende cerca de três mil pessoas por dia entre consultas, cirurgias e exames para diagnósticos.

O quadro de Enfermagem, conta com 630 funcionais entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, sendo todos admitidos através de concurso público.

A Divisão Técnica de Enfermagem é composta pelos Serviços técnicos de Unidades Especiais, Clínico-Cirúrgica e Materno Infantil, com suas respectivas seções técnicas. Hierarquicamente, a Divisão de Enfermagem encontra-se subordinada à Supervisão do Hospital das Clínicas e à Diretoria da Faculdade de Medicina.

Quanto à dinâmica do trabalho, a jornada é de 40 horas semanais, no sistema de turnos, sendo estes divididos em matutino, vespertino e noturno. Os plantões são de 12 horas para o diurno e noturno. Para cargos administrativos, o horário de trabalho é fixado em oito horas diárias (informação verbal)³.

3.3 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir de três instrumentos abaixo explicitados:

1. Questionário sobre os aspectos sócio-demográficos: visando colher dados sobre a composição familiar, dados pessoais, renda familiar, tempo de trabalho em enfermagem. (ANEXO I).

³ Informações coletadas em visita à Divisão de Enfermagem.

2. Instrumento de Qualidade de Vida, proposto pela Organização Mundial de Saúde, versão abreviada (WHOQOL-bref) (ANEXO II), tendo como finalidade avaliar a qualidade de vida das Enfermeiras de acordo com sua própria percepção.

O instrumento consta de 26 questões, divididas em 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), conforme quadro que se segue.

Domínios e facetas do WHOQOL-bref	
Domínio I – Físico	
01.	Dor e desconforto
02.	Energia e fadiga
03.	Sono e repouso
09.	Mobilidade
10.	Atividades de vida cotidiana
11.	Dependência de medicação ou de tratamentos
12.	Capacidade de trabalho
Domínio II – Psicológico	
04.	Sentimentos positivos
05.	Pensar, aprender, memória e concentração
06.	Auto-estima
07.	Imagem corporal e aparência
08.	Sentimentos negativos
24.	Espiritualidade e religião – crenças pessoais
Domínio III – Relações Sociais	
13.	Relações pessoais
14.	Suporte social
15.	Atividade sexual
Domínio IV – Ambiente	
16.	Segurança física e proteção
17.	Ambiente no lar
18.	Recursos financeiros
19.	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20.	Oportunidades para adquirir novas informações e habilidades
21.	Participação e oportunidades de recreação e lazer
22.	Ambiente físico: poluição, ruído, trânsito e clima
23.	Transporte

Fonte: Fleck, 2000

3. Questionário de Coeficiente de Resiliência de Reivich & Shatté (2002) (ANEXO III), visando identificar os fatores de resiliência nas Enfermeiras em investigação.

Este instrumento consta de 56 itens versando sobre possíveis características resilientes em que a participante deverá, em 10 minutos, avaliar o quanto cada item é verdadeiro para si, pontuando numa escala tipo *Likert* de 1 (nunca verdade) a 5 (sempre verdade). Os indicadores que este instrumento pretende avaliar são: a regulação das emoções, controle de impulsos, otimismo, análise causal, empatia, auto-eficácia e exposição.

Para cada fator, o questionário apresenta quatro quesitos positivos e quatro negativos, demonstrados no quadro a seguir:

Fatores	Quesitos	
	Positivas	Negativas
Regulação das emoções	<p>13. Eu posso controlar o modo como me sinto diante de situações muito difíceis.</p> <p>25. Eu sei identificar o que estou pensando e como isto influencia o meu humor.</p> <p>26. Se alguém faz algo que me deixa chateado, eu sou capaz de esperar até um momento apropriado, em que eu esteja mais calmo para discutir.</p> <p>56. Quando discuto um assunto polêmico com um colega ou membro da família, eu sou capaz de controlar minhas emoções.</p>	<p>2. Mesmo que eu me prepare antecipadamente para uma discussão com meu chefe, um colega de trabalho, meu esposo (a), ou meu filho (a), eu ainda me vejo agindo emocionalmente.</p> <p>7. Eu sou incapaz de aproveitar emoções positivas de modo que me ajudem a focar em uma tarefa.</p> <p>23. Eu sou levado pelos meus sentimentos.</p> <p>31. Minhas emoções afetam minha habilidade de focar no que precisa ser feito em casa, na escola, ou no trabalho.</p>
Controle de impulsos	<p>4. Eu sou bom em afastar qualquer coisa que me distraia da minha tarefa.</p> <p>15. Quando ocorre um problema, eu estou atento aos primeiros pensamentos que surgem na minha mente sobre ele.</p> <p>42. Se alguém está chateado comigo, eu escuto o que ele (a) tem a dizer antes de reagir.</p> <p>47. Eu acredito em velhos ditados, "melhor prevenir do que remediar".</p>	<p>11. Eu cedo ao impulso de desistir quando as coisas dão errado.</p> <p>36. Não me planejo antecipadamente para as minhas atividades: como trabalho, escola ou finanças.</p> <p>38. Eu prefiro fazer as coisas espontaneamente a planejar antes, mesmo que isto signifique não parecer o melhor.</p> <p>55. Se eu decido que quero algo, saio e compro imediatamente.</p>
Otimismo	<p>18. Eu acho melhor acreditar que os problemas são controláveis, mesmo que nem sempre isto seja verdade.</p> <p>27. Quando alguém tem uma reação exagerada a um problema, eu penso que normalmente é porque está apenas de mau humor no dia.</p> <p>32. Trabalho duro sempre compensa.</p> <p>53. Quando me deparo com uma situação difícil, eu fico confiante de que sairei bem.</p>	<p>3. Eu me preocupo com a minha saúde futura.</p> <p>33. Depois de terminar uma tarefa, eu me preocupo se ela vai ser avaliada negativamente.</p> <p>39. Eu acredito que a maioria dos problemas é causada por circunstâncias que estão além do meu controle.</p> <p>43. Quando me pedem para pensar em meu futuro, eu acho difícil me imaginar tendo sucesso.</p>
Análise causal	<p>12. Quando um problema surge, eu penso em várias soluções possíveis antes de tentar resolvê-lo.</p> <p>19. Quando surge um problema, eu penso cuidadosamente sobre o que o causou antes de tentar resolvê-lo.</p> <p>21. Eu não perco tempo pensando sobre os fatores que estão fora do meu controle.</p> <p>48. Na maioria das situações, eu acredito que sou bom em identificar a verdadeira causa dos problemas.</p>	<p>1. Quando tento resolver um problema, eu acredito nos meus instintos e escolho a primeira solução que me ocorre.</p> <p>41. Foi-me dito que eu interpreto mal eventos e situações.</p> <p>44. Disseram-me que eu pulo para as conclusões quando surgem problemas.</p> <p>52. Eu acho importante resolver problemas, o mais rápido possível, mesmo que isto signifique sacrificar o entendimento total do problema.</p>
Empatia	<p>10. Ao olhar as expressões faciais alheias, eu reconheço as emoções que as pessoas estão expressando.</p> <p>34. Se alguém está triste, zangado, ou com dificuldades, eu imagino o que ele ou ela possa estar pensando.</p> <p>37. Se um colega está chateado, eu tenho quase certeza do porquê.</p> <p>46. É fácil para mim "me perder" na leitura de um livro ou em um filme.</p>	<p>24. É difícil para mim, entender a razão dos sentimentos das pessoas.</p> <p>30. Eu me sinto perdido para entender a razão das reações das pessoas.</p> <p>50. Meus amigos mais próximos ou mais queridos me dizem que eu não os entendo.</p> <p>54. Meus colegas e amigos me dizem que eu não os escuto.</p>

Auto-eficácia	<p>5. Se a minha primeira solução não funcionar, eu sou capaz de voltar atrás e continuar tentando diferentes soluções até achar uma que funcione.</p> <p>28. Eu espero fazer bem a maioria das coisas.</p> <p>29. As pessoas freqüentemente me procuram para ajudá-las a resolver problemas.</p> <p>49. Eu acredito ter boa habilidade para enfrentar as coisas e respondo bem a maioria dos desafios.</p>	<p>9. Eu prefiro fazer algo no qual eu me sinto confiante e relaxado do que algo que é desafiador e difícil.</p> <p>17. Eu prefiro situações nas quais eu posso depender da habilidade de outra pessoa do que da minha.</p> <p>20. Eu tenho dúvidas quanto a minha habilidade em resolver problemas no trabalho ou em casa.</p> <p>22. Eu gosto de ter tarefas rotineiras, simples, que não mudam.</p>
Exposição	<p>6. Eu sou curioso.</p> <p>8. Eu sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.</p> <p>14. O que as outras pessoas pensam ao meu respeito não influi no meu comportamento.</p> <p>40. Eu vejo os desafios como uma forma de aprender e me desenvolver.</p>	<p>16. Eu me sinto mais confortável em situações nas quais eu não sou o único responsável.</p> <p>35. Eu não gosto de novos desafios.</p> <p>45. Eu me sinto desconfortável quando encontro pessoas novas.</p> <p>51. Eu fico mais confortável em minha rotina diária.</p>

Quadro 1 - Fatores constitutivos da Resiliência e seus respectivos quesitos (BELANCIERI, 2007)

3.4 Procedimentos

Tendo por finalidade a viabilização deste estudo procederemos de acordo com as seguintes etapas:

1ª etapa: Contatos iniciais e aprovação do projeto

- a) Contato inicial com a Divisão Técnica de Enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu/SP solicitando autorização para desenvolver a investigação com as Enfermeiras.
- b) Envio do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa para análise e aprovação.
- c) Aprovado o projeto, foi solicitado a Divisão de Enfermagem listagem das Enfermeiras contratadas pelo Hospital das Clínicas por unidade.
- d) Foi realizado um primeiro contato com as enfermeiras em cada unidade, convidando-as a participar do estudo, com esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos, agendando-se horário para aplicação das Escalas.

2ª etapa: Diagnóstico sobre a Qualidade de Vida e Resiliência.

- a) Em dia previamente agendado pelas Enfermeiras de cada unidade, procedeu-se a aplicação das Escalas de Qualidade de Vida e Coeficiente de Resiliência, individualmente ou em pequenos grupos.
- b) Os instrumentos foram aplicados somente após esclarecimentos dos objetivos e instruções, bem como depois da obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (MS 196/96) (ANEXO IV)

3.5 Previsão de análise dos dados

A análise dos dados seguiu uma metodologia quantitativa, a partir da estatística descritiva (números absolutos, médias e porcentagens) e apresentados em forma de tabelas e gráficos.

A avaliação e interpretação dos dados oriundos das Escalas foram realizadas por meio de procedimentos recomendados pelos autores dos instrumentos (FLECK, 2000; REIVICH e SHATTÈ, 2002).

3.6 Cuidados éticos

Nas investigações com seres humanos, deve-se ter especial atenção às questões éticas que, de acordo com Cozby (2003), envolvem seis princípios gerais: “competência, integridade, responsabilidade profissional e científica, respeito aos direitos humanos e à dignidade das pessoas, preocupação com o bem estar do próximo e responsabilidade social” (p. 65).

Salientamos que este estudo está em conformidade com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96) que dispõem sobre a realização de investigações com seres humanos. Encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Sagrado Coração, recebeu parecer favorável em 03.05.2010, sob protocolo nº 056/10. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO V) foi apresentado e discutido com as participantes, informando os objetivos e procedimentos da investigação. Ao término da investigação assumimos o compromisso de dar uma devolutiva quanto aos resultados e conclusões as Enfermeiras.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados está organizada em três partes. Na parte I, encontram-se os resultados oriundos dos dados sócio-demográficos. Na parte II e III, apresentamos os resultados que respondem aos objetivos propostos, ou seja, avaliar os níveis de qualidade de vida e a presença de possíveis fatores de resiliência entre as enfermeiras.

Parte I – Perfil sócio-demográfico das participantes (N=51)

TABELA 1 – Distribuição de frequência quanto à faixa etária das participantes

<i>Faixa etária</i>	Fa	Fr(%)
Adulto jovem (20 – 35 a)	38	74,6
Adulto (36 – 50 a)	13	25,4
Total	51	100,0

Na tabela 1 observa-se que a maioria das participantes se encontra na faixa etária jovem entre 20 e 35 anos (74,6%). De acordo com intervalos menores na faixa etária observamos que 29,4% (15) encontram-se na faixa entre 20 a 25 anos, 19,6% (10) estão entre 26 e 30 anos, 25,5% (13) entre 31 a 35 anos.

Observamos, neste estudo, um rejuvenescimento da força de trabalho na Enfermagem do Hospital Universitário. Esses dados são confirmados por Vila (2005) em estudo realizado com 143 enfermeiros da mesma região. No entanto, esses dados diferem de estudo anterior, realizado por Belancieri (2003), no mesmo campo de investigação, em que a predominância foi de adultos, na faixa etária de 36 a 45 anos.

Em estudo sobre os aspectos sociológicos das profissões de saúde no Brasil, Nogueira-Martins (2002) traz dados comparativos entre as décadas de 1980 e 1990. Ressalta que esse rejuvenescimento vem se pronunciando entre os profissionais de

nível superior, tendo aumentado de 14% para 26% os profissionais de saúde entre 20 e 29 anos neste espaço de dez anos.

Em nosso campo de estudo parece que houve uma renovação dos Enfermeiros na Instituição Hospitalar. Se relacionarmos a idade e o tempo de trabalho dos sujeitos no estudo anterior de Belancieri (2003) é possível que estes tenham se aposentado, permitindo a admissão de trabalhadores mais jovens.

De acordo com Lautert, Chaves e Moura (1999), ao atingir uma idade superior a 40 anos, o enfermeiro pode pedir demissão, uma vez que coincide com uma fase de inquietação, quando os projetos de vida são avaliados e revistos, principalmente, se já está no mesmo emprego entre cinco e sete anos. Essa inquietação pode levá-lo a mudar de emprego e até mesmo de profissão.

Por outro lado, Belancieri (2005) revela que uma possível explicação para este rejuvenescimento e renovação da força de trabalho na Enfermagem, pode estar associada ao cansaço no enfrentamento das condições adversas encontradas no contexto hospitalar, relacionados ao não reconhecimento profissional, à frustração e à insatisfação com as atividades desenvolvidas.

O trabalhador não dá conta de responder às exigências da profissão, principalmente, quando as relações de trabalho exigem profissionais mais politizados. E este, ainda continua preso às tradições históricas da profissão, assumindo uma conduta submissa às condições impostas pela sociedade e pelo sistema de saúde vigente. Diante dessas condições e da impotência sentida, os trabalhadores da rede hospitalar poderão encontrar a solução no abandono da profissão ou mesmo sendo excluído “naturalmente” por acidentes ou doenças ocupacionais (BELANCIERI, 2005).

TABELA 2 – Distribuição de freqüência quanto ao estado civil das participantes

<i>Estado civil</i>	Fa	Fr(%)
Solteira	28	54,9
Casada	20	39,2
Divorciada/Separada	3	5,9
Total	51	100,0

A Tabela 2 mostra que a maioria das participantes é solteira, perfazendo um total de 54,9%, seguidas das casadas (39,2%). Nesse aspecto, os resultados são divergentes em relação ao estudo realizado há 6 anos com a mesma população. Entre 1999 e 2003 predominava uma população de casadas, perfazendo um percentual de 58,67 (BELANCIERI, 2005). Esses dados confirmam a discussão anterior sobre a faixa etária em que discutimos o rejuvenescimento e renovação da força de trabalho em Enfermagem.

Essa renovação pode ser benéfica para área, uma vez que a população mais jovem apresenta perspectivas profissionais mais amplas, estando em busca de oportunidades e estabilidade. Assim, são mais ativos, podendo promover mudanças e transformações na área de saúde, desde que sejam criativos, críticos e politizados.

TABELA 3 – Distribuição de freqüência quanto à graduação pós-graduação

Graduação/Pós	Fa	Fr(%)
Graduação	13	25,6
Especialização	34	66,7
Mestrado	4	7,8
Total	51	100,0

De acordo com a tabela 3, a maioria cursou pós-graduação, 66,7% no nível *lato sensu* (especialização), seguidas daquelas que cursaram apenas a graduação (25,6%) e uma minoria, 7,8 % concluiu o Mestrado.

É interessante observar que a maioria cursou uma pós-graduação, somando entre especialização e mestrado 74,5%, demonstrando que há uma preocupação com a qualificação na assistência prestada.

Estes resultados podem estar associados ao campo em que foram coletados os dados (Hospital Universitário), favorecendo essa possibilidade de qualificação. Outro aspecto observado durante o processo grupal relaciona-se com o duplo vínculo de emprego, em que as enfermeiras complementam o salário com atividades docentes. E nessa atividade, é quase uma obrigação a qualificação, especialmente, no nível *stricto sensu*.

Mesmo aquelas Enfermeiras que não dividem o tempo de trabalho entre o hospital e a docência, apresentam o interesse pela carreira acadêmica, tendo, inclusive, projetos para investigação científica e participação em congressos e encontros, além de produção científica em sua área de especialidade.

TABELA 4 – Distribuição de freqüência quanto à religião

Religião	Fa	Fr(%)
Católica	38	74,5
Evangélica	7	13,7
Outras	6	11,8
Total	51	100,0

A maioria das participantes é católica, representando 74,5%, seguidas pelas evangélicas (13,7%) e na categoria outras (Espírita, mórmon, outras) somam-se 11,8%. Dados confirmados por Belancieri (2005) e Lino (2004) em relação à religião católica.

TABELA 5 – Distribuição de freqüência quanto ao número de filhos

Nº filhos	Fa	Fr(%)
Um	11	21,6
Dois	6	11,8
Três	3	5,8
Nenhum	31	60,8
Total	51	100,0

Na tabela 5 podemos observar que os dados estão em consonância com a faixa etária e estado civil, uma vez que a maioria das participantes não possui filhos (60,8 %), seguida daquelas que têm apenas um (21,6%). Uma minoria tem de 2 a 3 filhos, representando juntas 12,6%.

Observamos uma mudança significativa entre este estudo e o realizado por Belancieri (2003) entre 1999 e 2003. Naquele, havia uma predominância de sujeitos

casados e com filhos, trazendo à discussão a questão da dupla jornada de trabalho, como indicador de estresse. Esse parece não ser o caso no recente estudo. Mas traz outros aspectos que poderão ser discutidos, como o duplo vínculo de emprego e carga horária semanal de trabalho.

TABELA 6 – Distribuição de freqüência quanto ao setor de trabalho

Setor de trabalho	Fa	Fr(%)
Enfermaria	24	47,0
Ambulatório	10	19,7
UTI/CC	17	33,3
Total	51	100,0

Na Tabela acima, observamos que a maioria das participantes encontra-se nas enfermarias (47%), assim distribuídas: na neonatologia (13,7%), clínica médica (17,6%), oftalmologia (20%), supervisão (7,8%), Central de Material e Esterilização (3,9%) e Dermatologia 2,0%). Nos ambulatórios encontramos 19,7% das participantes, que é constituído pelos setores de Convênios (5,8%), Hemodiálise (9,8%), Cirurgia ambulatorial, Hospital dia, representando 2,0% cada unidade. UTI e Centro Cirúrgico, juntas, somam 33,3%.

TABELA 7 – Distribuição de freqüência quanto ao turno de trabalho

Turno de Trabalho	Fa	Fr(%)
Diurno	26	51,0
Manhã ou Tarde	18	37,2
Noturno	6	11,8
Total	51	100,0

Quanto ao turno de trabalho, a Tabela 7 demonstra que a maioria das participantes, 51%, trabalha no período diurno, 37,2% trabalham no período da manhã ou da tarde e uma minoria (11,8%) no turno noturno.

Lino (2004) confirma esses dados em seus estudos com 190 Enfermeiras de UTI, em que, 55,1% trabalham no turno diurno.

Embora a coleta tenha sido realizada no período diurno, observamos uma minoria do turno noturno durante a coleta. Segundo as próprias participantes, dobram sua carga horária, para cobrir as ausências das colegas, seja por folgas ou licenças médicas.

TABELA 8 – Distribuição de freqüência quanto ao tempo de serviço na enfermagem e no Hospital Universitário

Tempo de Serviço	Enfermagem		Hospital Universitário	
	Fa	Fr(%)	Fa	Fr(%)
Até 5 anos	28	54,9	33	64,7
6 a 10 anos	9	17,7	5	9,8
11 a 15anos	5	9,8	6	11,8
16 a 20 anos	3	5,9	6	11,8
21 a 25 anos	5	9,8	1	1,9
+ 25 anos	1	1,9	0	0
Total	51	100,0	51	100,0

De acordo com a Tabela 8, a maioria das participantes tem até cinco anos de tempo de serviço na área da Enfermagem e no Hospital Universitário, que somam, respectivamente, 54,9% e 64,7%.

A maioria das participantes não exerce outras atividades remuneradas (70,6%). No entanto, observamos que, 29,4% têm outra atividade associada à Enfermagem ou a docência, conforme discutido anteriormente.

Os dados mostram que a maioria das participantes trabalha 40 horas semanais, representando 82,4%. Observamos que embora seja uma minoria, encontramos Enfermeiras trabalhando mais de 40 horas, com uma variabilidade entre 50 a 70 horas, somando juntas 17,6%. É importante ressaltar que essa carga excessiva pode estar relacionada com os dados anteriores em que temos 29,4% exercendo outra atividade remunerada.

Lino (2004) comprova em seu estudo esses dados, ressaltando que dos 36,9% que têm outros empregos, 20,7% estão no ensino em saúde e o restante em outros hospitais ou instituições de saúde, que segundo Nogueira-Martins (2002) constitui-se numa forma de compensar as perdas salariais.

TABELA 9 – Distribuição de frequência quanto ao salário

Salário (R\$)	Fa	Fr(%)
Até 900,00	1	1,9
1000,00 a 1800,00	14	27,5
1900,00 a 2700,00	22	43,2
2800,00 a 3600,00	12	23,5
3700,00 a 4500,00	2	3,9
Total	51	100,0

Quanto ao salário, a Tabela 9 demonstra que a maioria das participantes encontra-se numa faixa salarial de R\$ 1900,00 a R\$ 2700,00 (43,2%), seguidas daquelas que estão na faixa de R\$ 1000,00 a R\$ 1800,00 (27,5%) e 23,5% de R\$ 2800,00 a R\$ 3600,00.

Se levarmos em consideração o piso salarial do enfermeiro no Estado de São Paulo, que varia entre R\$ 1.260,74 e R\$ 1.665,23⁴, observamos que a maioria dos Enfermeiros do Hospital Universitário, apresenta um salário mais elevado do que o acordado em convenção coletiva.

A título de síntese, observamos um encadeamento coerente dos dados no perfil socio-demográfico dos sujeitos em estudo, ou seja, a maioria constitui-se de adultos jovens, solteiras, sem filhos, católicas, com especialização e trabalhando nas enfermarias. A maioria trabalha diurnamente e tem até cinco anos de tempo de trabalho, seja na enfermagem ou Hospital Universitário. Trabalham até 40 horas semanais, não exercendo outra atividade remunerada e apresentam um salário concentrado na faixa de R\$ 1.000,00 à R\$ 3.600,00.

⁴ Informação colhida no site do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de São Paulo (SEEEESP) www.sindenfermeiro.org.br em 25/10/2007.

Parte II - A Qualidade de Vida entre as Enfermeiras

Neste bloco apresentamos os resultados referentes a Qualidade de Vida das Enfermeiras, nos quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Tabela 10 - Valores mínimos, máximos e média para os quatro domínios da Qualidade de Vida (n=51)

Domínios	Mínimo (%)	Máximo (%)	Média (%)	Desvio Padrão (%)
Físico	3,6	92,9	68,2	16,4
Psicológico	29,2	79,1	62	10,3
Relações Sociais	16,7	100	70,6	17,2
Meio Ambiente	31,2	81,2	60	10,6

Como podemos observar na tabela 10, o Domínio que se encontra com média mais elevada é o da Relações Sociais, com 70,6%, o valor mínimo individual encontrado foi de 16,7% e o máximo de 100%. Em seguida, o Domínio Físico apresenta uma média de 68,2%, valor mínimo de 3,6% e máximo de 92,9%. Os domínios com menor média foram o Psicológico e o Ambiental, com 62% e 60%, respectivamente.

É interessante, citar o estudo de Saupe, Nietche, Cestari, Giorgi e Krahl (2004) realizado com 825 estudantes de enfermagem. Neste estudo apresentam uma escala adaptada, visando uniformizar os dados e favorecer análises comparativas dos domínios estudados, conferindo maior visibilidade aos resultados. Tal escala considera os valores entre 0 (zero) e 40 (quarenta) como **Região de Fracasso**, de 41 (quarenta e um) a 70 (setenta), correspondendo a uma **Região de Indefinição**, e acima de 71 (setenta e um) como tendo atingido a **Região de Sucesso**.

Se levarmos em consideração a proposta das autoras supracitadas em nosso estudo, todos os Domínios encontram-se na Região de Indefinição, embora os domínios Relações Sociais e Físico se aproximem da Região de Sucesso, obtendo médias de 70,6% e 68,2%, respectivamente.

No entanto se tomarmos em consideração os valores mínimos e máximos (0-100) propostos por Flack (2000), a qualidade de vida das enfermeiras em estudo é relativamente baixa.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Paschoa, Zanei e Whitaker (2007) e Vila (2005), confirmando a baixa qualidade de vida dos trabalhadores da Enfermagem.

No entanto, nos estudo de Costa, Morita e Martinez (2000), os resultados diferem. Verificaram que, os trabalhadores da área da Enfermagem, apresentavam maior prejuízo na vida social, principalmente nos relacionamentos pessoais e familiares, restringindo suas atividades sociais, bem como dificultando o planejamento adequado da vida.

Martins (2002) analisou os escores dos domínios da Qualidade de Vida por turnos de trabalho. Os dados mostraram que em todos os turnos houve uma tendência para piores escores para o domínio Meio Ambiente.

Resultados semelhantes foram encontrados em nosso estudo, ou seja, a média mais baixa foi em relação ao Domínio Meio Ambiente (60%). Tal domínio está relacionado à segurança, lazer, moradia, transporte, serviços de saúde, salários, ambiente físico (FLECK, 2000). Todos esses aspectos são considerados fundamentais para uma vida com qualidade, no entanto, não dependem somente do sujeito para serem solucionados.

A maioria dos estudos sobre a Qualidade de Vida na Enfermagem traz resultados que podem diferir em relação aos escores dos domínios, sendo que, acreditamos que tais divergências referem-se ao contexto em que são realizados, se na rede hospitalar ou rede básica de atenção à saúde e mesmo quanto aos turnos de trabalho e unidades específicas, consideradas mais estressantes, como aquelas fechadas (Centro cirúrgico, Unidades de Terapia Intensiva).

Parte III – A Resiliência entre as Enfermeiras

Neste bloco apresentamos os resultados referentes aos fatores de resiliência entre as enfermeiras do hospital universitário

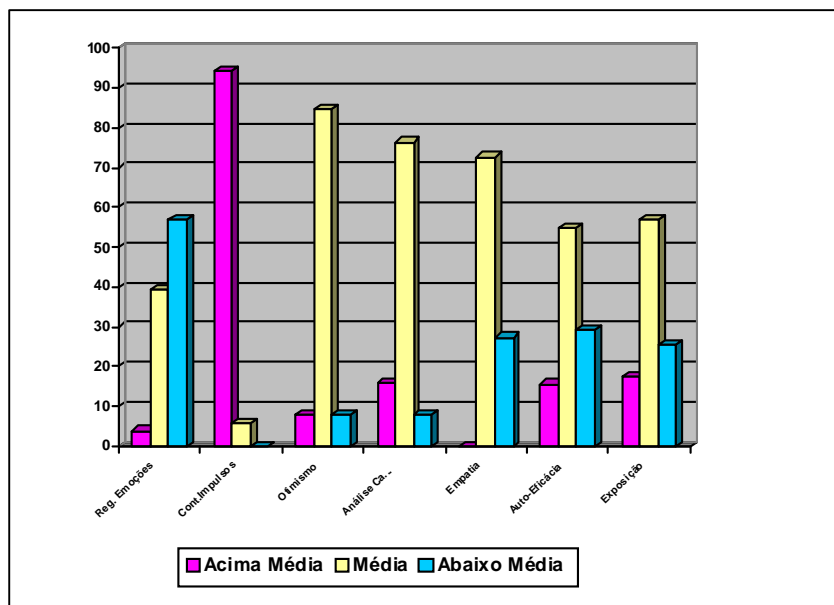


FIG. 1 – Gráfico resultado geral dos 7 fatores da Resiliência (n=51)

De acordo com a Figura 1 a maioria das participantes, em relação ao Fator Regulação de Emoções, encontra-se abaixo da média (56,9%). No Fator Controle de Impulsos, a maioria está acima da média (94,1). E nos Fatores, Otimismo (84,4%), Análise Causal (76,4%), Empatia (72,6%), Auto-eficácia (55%) e Exposição (56,9%), a maioria encontra-se dentro da média.

Como podemos observar os resultados mostram que a maioria das participantes, em relação ao Fator Regulação de Emoções, encontra-se abaixo da média (56,9%), demonstrando que a capacidade de resiliência, neste fator, encontra-se enfraquecida.

Reivich e Shatté (2002), autores do RQ-Test, utilizado nesta investigação, revelam que, sujeitos a quem falta a habilidade de regular suas emoções, apresentam dificuldades em construir e manter relacionamentos, especialmente, amizades. Existem provavelmente muitas razões para que isso ocorra. Delas, a mais básica, é a negatividade. Ninguém gosta de gastar seu tempo com quem é rude, mal humorado e ansioso. Não apenas é um desgaste, mas as emoções são contagiosas. Quanto mais se associa com a raiva, o mal humor e a ansiedade, mais raivoso, mal humorado e ansioso se torna o sujeito. Para ser resiliente, as emoções precisam ser expressas de maneira adequada, sejam elas positivas ou negativas.

O fator regulação das emoções pode estar relacionado às três categorias citadas por Trombeta e Guzzo (2002): condições do próprio indivíduo, condições familiares, e condições relacionadas ao apoio/suporte do meio ambiente. No caso das Enfermeiras, embora não descartemos as características próprias do sujeito, o ambiente de trabalho parece consistir na principal categoria relacionada ao estresse da profissão, como afirma Vila (2005).

Para Reivich e Shatté (2002), a resiliência não é apenas ultrapassar as adversidades, mas também capacitar-se a enfrentá-las e superá-las, melhorando os aspectos positivos da vida. Assim, a resiliência é a fonte para alcançar-se os objetivos propostos durante a existência.

A regulação das emoções e o controle dos impulsos estão intimamente relacionados, sendo que, sujeitos que são fortes no fator controle dos impulsos, tendem a ter alta regulação das emoções. Os autores ressaltam que, esses dois fatores estão embasados em sistemas de crenças similares. Assim, quando o controle dos impulsos se apresentar abaixo da média, o sujeito aceitará sua primeira crença impulsiva como verdadeira, e agirá de acordo com ela, produzindo, com freqüência, conseqüências negativas que bloqueiam sua resiliência.

O excessivo controle de impulsos aliado à dificuldade na administração das emoções poderá resultar em grande consumo de energia por parte do sujeito, uma vez que, essas emoções não podem ser exteriorizadas, especialmente, no ambiente de trabalho, o que poderá justificar um alto índice de estresse entre os trabalhadores da área da Saúde.

A reflexão e a interpretação dos fatos, de acordo com Pinheiro (2004), são características fundamentais em sujeitos resilientes, dando-se ênfase a singularidade, uma vez que, as pessoas podem responder de maneiras diferentes diante de adversidades semelhantes.

Diante das condições a que estão submetidas as enfermeiras em seu ambiente de trabalho, aliados a dificuldade na regulação das emoções e do excessivo controle dos impulsos, pode-se ter como resultado uma redução da capacidade resiliente.

Acreditamos que será necessário discutir a resiliência não somente sob o ponto de vista dos trabalhadores, mas também, nas instituições, nos grupos e, especialmente, nos ambientes de saúde, visando uma amplitude na atenção à saúde e condições de trabalho.

Para Reivich e Shatté (2002), os sujeitos considerados resilientes são otimistas, uma vez que, acreditam que as coisas podem melhorar sempre. Assumem o controle e a direção de suas vidas e têm esperança no futuro. Conforme centenas de estudos controlados, os otimistas são fisicamente mais saudáveis, têm menor probabilidade de sofrer de depressão e são mais produtivos no trabalho que os pessimistas.

Os autores demonstram em seus estudos, que o otimismo e a auto-eficácia, geralmente, caminham juntos, resultando na motivação para a busca de soluções às suas dificuldades. No trabalho, sujeitos otimistas, que acreditam em sua capacidade de resolver problemas emergem como líderes.

O Fator Análise Causal, segundo Reivich e Shatté (2002), refere-se à capacidade das pessoas de identificar as causas de seus problemas. Pessoas que não são capazes de avaliar as causas de seus problemas com precisão, destinam-se a repeti-los infinitamente. Os sujeitos resilientes possuem flexibilidade cognitiva e conseguem especificar todas as causas significativas de adversidades que enfrentam. São realistas e não culpam outras pessoas por seus erros, visando preservar sua auto estima, bem como não gastam suas reservas ruminando sobre eventos ou circunstâncias que estão fora de seu controle.

No fator Empatia, Reivich e Shatté (2002), se refere ao quanto uma pessoa é capaz de ler os indícios de estados emocionais de outras pessoas. Algumas pessoas apresentam maior facilidade para interpretar a linguagem não-verbal dos outros (expressões faciais, tom de voz, linguagem corporal) compreendendo seu pensamento e sentimento. Já outras pessoas não desenvolveram essas habilidades, sendo incapazes de se colocar no lugar dos outros. Essa incapacidade de ler as dicas não verbais pode dificultar as funções de gerenciamento, cujo trabalho compreende a identificação de técnicas para motivação de funcionários, bem como a valorização do outro, não se importando com emoções e desejos.

Em nosso estudo, a capacidade empática encontra-se na média, demonstrando que as Enfermeiras, são capazes de ler os indícios não verbais das outras pessoas, referentes a seus estados emocionais.

O Fator Exposição refere-se à capacidade de expor-se, explorando seus verdadeiros limites, na busca da atenção e o retorno de outras pessoas. (Reivich e Shatté, 2002). Capacidade esta, que encontra-se na média nos sujeitos em estudo.

É interessante ressaltar que resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. Embora, somente o estudo de Belancieri (2007) tenha sido realizado com Enfermeiras, consideramos importante citar também os estudos de Affonso (2007), desenvolvido com educadores e adolescentes em liberdade assistida, a investigação de Barbosa (2007) com professores do ensino fundamental e o estudo de Belancieri e Catharin (2007) realizado com idosos do programa Universidade Aberta a Terceira Idade.

Belancieri e Cappo Bianco (2004), e Sória (2006), sugerem como estratégia para melhorar a capacidade resiliente dos trabalhadores da área da Enfermagem, a reflexão do processo saúde-doença desde sua formação expandindo para a especialização e aprimoramentos desenvolvendo assim, suas habilidades internas necessárias para o fortalecimento da resiliência. Bianchini e Dell'aglio (2006) defende mudanças nestas características internas e também nas externas, com o objetivo de incentivar o desenvolvimento de novas estratégias, mais eficazes, de enfrentamento, das situações adversas, através da promoção da resiliência no contexto hospitalar.

Comparando-se os resultados obtidos para Qualidade de Vida e Resiliência, observamos que há uma coerência entre os resultados.

Embora os fatores Otimismo, Análise Causal, Empatia, Auto-eficácia e Exposição encontram-se dentro da média, a discrepância entre a regulação das emoções e controle de impulsos poderá trazer prejuízos para a qualidade de vida. A necessidade de manter um alto controle diante das adversidades e dos estímulos estressores, seja na dimensão pessoal ou profissional, conflita com a incapacidade de administrar as emoções. Nesta tentativa de enfrentamento de tal contradição, vai

consumindo suas reservas de energia, ficando vulnerável à manifestações de ordem psicossomáticas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo tivemos como objetivos verificar os níveis de qualidade de vida e os fatores de resiliência em trabalhadoras de um hospital universitário, bem como levantar o perfil sócio-demográfico destas trabalhadoras.

Assim, foi possível chegar às seguintes considerações:

1. Observamos um encadeamento coerente nos dados levantados sobre o perfil socio-demográfico dos sujeitos em estudo, ou seja, constituem-se, em sua maioria, de adultos jovens, solteiras, sem filhos, católicas, com especialização e trabalhando nas enfermarias. A maioria trabalha diurnamente e tem até cinco anos de tempo de trabalho, seja na enfermagem ou Hospital Universitário. Trabalham até 40 horas semanais, não exercendo outra atividade remunerada e apresentam um salário concentrado na faixa de R\$ 1.000,00 à R\$ 3.600,00.
2. Quanto à Qualidade de Vida, observamos que o Domínio que apresenta média mais elevada é o da Relações Sociais e a média mais baixa refere-se ao Domínio Meio Ambiente, ficando no intermediário os Domínios Físico e Psicológico. Levando-se em consideração os valores mínimos e máximos (0-100) propostos por Flack (2000), a qualidade de vida das enfermeiras neste estudo apresenta-se relativamente baixa.
3. No que se refere à resiliência, os resultados mostraram uma contradição entre o fator Regulação de Emoções, que apresenta-se abaixo da média e o fator Controle dos Impulsos, que está acima da média, o que pode resultar em elevado consumo de energia, prejudicando as atividades laborais e a qualidade de Vida. Nos Fatores, Otimismo, Análise Causal, Empatia, Autoeficácia e Exposição, a maioria apresenta-se na média.

Acreditamos que este estudo aponte para algumas possibilidades de ação, visando a saúde e a qualidade de vida dos enfermeiros, como a criação de espaços

de discussão coletiva na área da saúde, desde a graduação, sobre o auto-cuidado como condição para o cuidado do outro ou a proposição de grupos educativos e/ou de apoio no próprio contexto de trabalho, visando à sensibilização/conscientização sobre o auto-cuidado.

Compreender o processo da Resiliência e como este contribui para a qualidade de vida poderá favorecer mudanças de paradigmas na formação para as áreas de saúde, uma vez que possibilita saltar de um modelo biomédico, focado no desvio e na doença para uma perspectiva de prevenção e promoção de saúde e qualidade de vida. Além de ampliar os enfoques terapêuticos individuais para possibilidades de ações coletivas.

Esperamos com este estudo abrir caminhos para que novas investigações sejam realizadas, reunindo subsídios teórico-metodológicos e práticos para maior exploração do tema.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, C. *A liberdade assistida de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e seus fatores de proteção: uma análise sob o olhar da Psicologia Sócio-Histórica*. 2007, 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. *O saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

ÁLVARES, A. M. S. *A resiliência e o morar na rua: estudo com moradores de rua crianças e adultos na cidade de São Paulo*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANGELO, M.; FORCELLA, H. T.; FUKUDA, I. M. K. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. *Rev. Escola de Enfermagem da USP*, v. 29, n. 2, p. 211-223, ago.1995.

ANTHONY, E. J.; COHLER, B. J. *The invulnerable child*. New York: The Guilford Press, 1987.

BARBOSA, G. S. *Resiliência em professores do ensino fundamental de 5ª a 8ª série: validação e aplicação do "Questionário do índice de Resiliência – adultos – Reivich-Shatté/Barbosa*. 2007, 313 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BELANCIERI, M. F.; KAHHALE, E. M. S. P. *Promoção de resiliência em enfermeiras: uma possibilidade?* Curitiba/PR: Editora CRV, 2011.

BELANCIERI, M. F. BELUCI, M. L. SILVA, D. V. R.; GASPARELO, E. A. A Resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. *Rev. Estudos de psicologia* (Campinas) v. 27 n. 2 Campinas Apr./June 2010.

BELANCIERI, M. F. *Promoção do processo de Resiliência em Enfermeiras: uma possibilidade?* São Paulo, 2007, 209 p. Tese (Psicologia Clínica – Psicossomática e Psicologia Hospitalar) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BELANCIERI, M. F.; CATHARIN, L. C. Resiliência e saúde na terceira idade. In: *Caderno de resumo do XIV Fórum de Iniciação Científica da Universidade do Sagrado Coração*. Bauru, SP: EDUSC, 2007, p. 65.

BELANCIERI, M.F.; CAPPO BIANCO, M. H. B.; Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*. v. 1, n. 13, jan-mar 2004, p. 124-131.

BELANCIERI, M. F. *Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da enfermagem de um hospital universitário*. 2003. 172 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Sagrado Coração, Bauru/SP.

BELANCIERI, M. F. *Enfermagem: Estresse e repercussões psicossomáticas*. Bauru/SP: Edusc, 2005.

BELANCIERI, M. F.; KOYAMA, R. E. *Sufrimento e Morte sob a ótica dos estagiários do curso de enfermagem da USC-Bauru*. Disponível em <<http://www.psicologiahospitalarmfb.hpg.com.br>> Acesso: 28 dez 2001.

BELANCIERI, M. F.; BELUCI, M. L.; RIBEIRO, D. V. S. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. *Rev. Estudos de Psicologia*. Campinas/SP. 2010.

BIANCHINI, D. C. S; DELL'AGLIO, D. D. Processos de Resiliência no Contexto de Hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia* (Ribeirão Preto), v. 35, p. 427-436, 2006.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia*. São Paulo: Saraiva, 1999.

CAPPO BIANCO, M. H. B. *Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano: um estudo etnográfico sob o referencial de Agnes Heller*. Bauru: EDUSC, 2000.

CECCONELLO, A. M., KOLLER, S. H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia* v. 5 n. 1 jan/jun. 2000 Natal.

CICONELLI, R. M.; *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida - medical study sf-36 item short form health survey (SF36).*

COZBY, P.C. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento.* São Paulo: Atlas, 2003.

COSTA, E. S.; MORITA, I.; MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.553-555, abr./jun. 2000.

FLACH, F. *Resiliencia: a arte de ser flexível.* São Paulo: Saraiva, 1997

FLACK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 5 n. 1. Rio de Janeiro, 2000. [sciELO]

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M.; Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2003.

GARMEZY, N.; MASTEN, A. S.; TELLEGEN, A. The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child Development*, v. 55, p. 97-111, 1984.

GROTBERG, E. H. *Promoting resilience in children. A new approach.* University of Alabama at Birmingham. Civitan Internacional Research Center, 1993.

GROTBERG, E. H. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, A.; SUÁREZ-OJEDA, E. N. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas.* Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 15-22.

GROTBERG, E. H. Countering Depression With the Five Building Blocks of Resiliency'. *Reaching Today's Youth*. v. 4, n.1, p. 66-72, 1999.

GROTBERG, E. H. *The International Resilience Project*. Promoting resilience in children. Washington D.C: Civitan International Research Center, 1995.

HOPPE, M. M. W. *Redes de apoio social e afetivo de crianças expostas a situações de risco*. 1998, 92 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia.

HORTA, W. A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

INFANTE, F. A Resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 23-38.

JOHNSON, J. L.; WIECHELT, S. A. Introduction to the special issue on Resilience. In: *Substance use & Misuse*, v. 39, n. 5, p. 657-670, 2004.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F.. Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*. R.J. 19 (1) 227-235 jan/fev, 2003.

LAUTERT, L.; CHAVES, E.H.B.; MOURA, G.M.S.S. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista Panamericana de Salud Publica* 1999; v. 6 n.6, p. 415-425.

LINO, M.M. *Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de Unidade de Terapia Intensiva*. 2004, 192 f, Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUTHAR, S. S.; CICCHETTI, D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies, In: *Development and Psychopathology*, v. 12, p. 857-885, 2000.

MARTINS, M, M. *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem nos trabalhos em turnos*. 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção - Área Ergonomia) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002.

MASTEN, A. S. Resilience processes in development. *American Psychologist*, march 2001, v. 56. N. 3 227-238. Minnesota.

MASTEN, A. S.; COATSWORTH, D. J. The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist*, v. 53, suppl. 2, p. 205-220, 1998.

MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B. (Org.) *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press, 1985, p. 1-52.

MELILLO, A. e SUÁREZ OJEDA, E. N. (Orgs.) *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MELO, C. Divisão social do trabalho em enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.

MORAES, M. C. L. e RABINOVICH, E. P. Resiliência: uma discussão introdutória. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*. São Paulo, v. 6 n. 1/2, p. 10-13, 1996.

NELSON, R. *Bounce back ! Creating resilience from adversity*. Toronto: Words Worth professional communications, 1997.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre, Artmed, 2002, p. 130-144.

NUNES, M.B.G.; MAURO, M.Y.C.; CUPELLO, A. J. Estresse nos trabalhadores de enfermagem: estudo em uma unidade de psiquiatria. In: Anais do VI Congresso Latino Americano de Ergonomia ABERGO 2001, 2 a 15 de setembro de 2001, Gramado, RS.

PASCHOAL, S. M. P. *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. São Paulo, 2000. 252p. Dissertação (mestrado)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PASCHOA, S.; ZANEI, S. S. V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*. V. 20, n. 3, São Paulo, ju/set 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso: 15 mai 2008.

PESCE, R. P et all. Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 2, p. 135-143, mai-ago 2004.

PINHEIRO, D. P. N. A Resiliencia em discussão. *Revista Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

POLK, L. V. Toward a middle-range theory of resilience. *ANS. Advances in Nursing Science*. 1997 : 19 (3), vol. 19, n. 9, março de 1997.

REIVICH, K.; SHATTÉ, A. *The Resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles* New York- USA: Broadway Books- Random House, 2002.

ROBINSON, J. L. Are there implications for prevention research from studies of resilience? *Child Development*, may/jun, 2000. V. 71 n. 3 p. 570-572.

RUTTER, M. *Resilience: some conceitual considerations*. *Journal of adolescent health*, 1993: 14, 626-631.

RUTTER, M. Services for Children with Emotional Disorders: Needs Accomplishments and Future Developments. *Young Minds Newsletter* n. 9 , p.1-5, 1991.

SAUPE R.; NIETCHE E. A.; CESTARI M. E.; GIORGI M. D. M.; KRAHL M. Qualidade de Vida dos Acadêmicos de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. V, 12 n.4 Rib. Preto jul/ago.2004.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Brasília, 20(2): 580-588 set - out., 2003.

SILVA, G. B. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

SÓRIA, D. A. C. *A resiliência dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva*. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ.

SOUZA, M. T. S. *Resiliência na terapia familiar: construindo, compartilhando e ressignificando experiências*. 2003. 250 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

TAVARES, J. *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

TROMBETA, L. H. A. P. e GUZZO, R. S. L. *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre Resiliência em adolescentes*. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2002.

VILA, S. G. *Qualidade de Vida em enfermeiros de Bauru*. 2005, Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração, Bauru, SP.

WERNER, E. E.; SMITH, R. S. *Vulnerable, but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York, NY: Adams, Bannister, Cox, 1989

WERNER, E. E.; SMITH, R. S. *Overcoming the odds: high-risk children from birth to adulthood*. Ithaca, London: Cornell University Press, 1992.

WHOQOL GROUP. Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL, 1994). Disponível em www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html. Acesso: nov 2005.

WOLIN S. J. & WOLIN, S. *The resilient self. How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard Books, 1993.

YUNES, M. A. M. e SZIMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In TAVARES, J. (org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, M. A. M. *A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda*. 2001. Tese (Doutorado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ANEXOS

Anexo I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

1. Nome: _____

2. Idade: _____ Estado Civil: _____

3. Pós-graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

4. Religião: _____

5. Nº de filhos: _____ idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

idade: _____ sexo: _____

6. Setor que trabalha: _____ Turno de Trabalho: _____

7. Tempo de serviço em enfermagem: _____

8. Tempo de serviço no Hospital das Clínicas: _____

9. Exerce outra atividade remunerada: _____

10. Carga horária semanal de trabalho: _____

11. Salário: () até 900,00 reais () de 1000,00 a 1800,00 reais

() de 1900,00 a 2700,00 reais () de 2800 a 3600,00 reais

() 3700,00 a 4500,00 reais () mais de 4600,00 reais

Anexo II - Escala de Qualidade de Vida da OMS – Versão abreviada

INSTRUÇÕES: Escala de Qualidade de Vida da OMS- Versão abreviada (WHOQOL)

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 as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenham 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 numero que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas semanas.

Portanto, você deve circular o numero 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebeu dos	1	2	3	4	5

outros o apoio de que necessita?						
---	--	--	--	--	--	--

Você deve circular o numero 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no numero 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 duas ultimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede	1	2	3	4	5

	você de fazer o que você precisa?					
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar a 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 às informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está como 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	1	2	3	4	5

	dia?					
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 a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____.

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____.

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

Anexo III – Questionário de Coeficiente de Resiliência.

INSTRUÇÕES

Este é um questionário que tem como objetivo identificar possíveis indicadores de Resiliência. Consta de 56 itens que você deverá responder em 10 minutos. Use a escala abaixo para avaliar cada item respondendo o quanto cada um deles é verdadeiro para você.

1 = nunca verdade

2 = raramente verdade

3 = poucas vezes verdade

4 = quase sempre verdade

5 = sempre verdade

[] 1. Quando tento resolver um problema, eu acredito nos meus instintos e escolho a primeira solução que me ocorre.

[] 2. Mesmo que eu me prepare antecipadamente para uma discussão com meu chefe, um colega de trabalho, meu esposo(a), ou meu filho(a), eu ainda me vejo agindo emocionalmente.

[] 3. Eu me preocupo com minha saúde futura.

[] 4. Eu sou bom em afastar qualquer coisa que me distraia da minha tarefa.

[] 5. Se a minha primeira solução não funcionar, eu sou capaz de voltar atrás e continuar tentando diferentes soluções até achar uma que funcione.

[] 6. Eu sou curioso.

[] 7. Eu sou incapaz de aproveitar emoções positivas de modo que me ajudem a focar em uma tarefa.

[] 8. Eu sou o tipo de pessoa que gosta de experimentar coisas novas.

[] 9. Eu prefiro fazer algo no qual eu me sinto confiante e relaxado do que algo que é desafiador e difícil.

[] 10. Ao olhar as expressões faciais alheias, eu reconheço as emoções que as pessoas estão expressando.

[] 11. Eu cedo ao impulso de desistir quando as coisas dão errado.

[] 12. Quando um problema surge, eu penso em várias soluções possíveis antes de tentar resolvê-lo.

- [] 13. Eu posso controlar o modo como me sinto diante de situações muito difíceis.
- [] 14. O que as outras pessoas pensam ao meu respeito não influi no meu comportamento.
- [] 15. Quando ocorre um problema, eu estou atendo aos primeiros pensamentos que surgem na minha mente sobre ele.
- [] 16. Eu me sinto mais confortável em situações nas quais eu não sou o único responsável.
- [] 17. Eu prefiro situações nas quais eu posso depender da habilidade de uma outra pessoa do que da minha.
- [] 18. Eu acho melhor acreditar que os problemas são controláveis, mesmo que nem sempre isso seja verdade.
- [] 19. Quando surge um problema, eu penso cuidadosamente sobre o que o causou antes de tentar resolvê-lo.
- [] 20. Eu tenho dúvidas quanto a minha habilidade em resolver problemas no trabalho ou em casa.
- [] 21. Eu não perco tempo pensando sobre os fatores que estão fora do meu controle.
- [] 22. Eu gosto de ter tarefas rotineiras, simples que não mudam.
- [] 23. Eu sou levado pelos meus sentimentos.
- [] 24. É difícil para mim, entender a razão dos sentimentos das pessoas.
- [] 25. Eu sei identificar o que estou pensando e como isso influencia o meu humor.
- [] 26. Se alguém faz algo que me deixa chateado, eu sou capaz de esperar até um momento apropriado, em que eu esteja mais calmo para discutir.
- [] 27. Quando alguém tem uma reação exagerada a um problema, eu penso que normalmente é porque está apenas de mau humor no dia.
- [] 28. Eu espero fazer bem a maioria das coisas.
- [] 29. As pessoas freqüentemente me procuram para ajudá-las a resolver problemas.
- [] 30. Eu me sinto perdido para entender a razão das reações das pessoas.
- [] 31. Minhas emoções afetam minha habilidade de focar no que precisa ser feito em casa, na escola ou no trabalho.
- [] 32. Trabalho duro sempre compensa.

- [] 33. Depois de terminar uma tarefa, eu me preocupo se ela vai ser avaliada negativamente.
- [] 34. Se alguém está triste, zangado ou com dificuldades, eu imagino o que ele ou ela possa estar pensando.
- [] 35. Eu não gosto de novos desafios.
- [] 36. Não me planejo antecipadamente para as minhas atividades: como trabalho, escola ou finanças.
- [] 37. Se um colega está chateado, eu tenho quase certeza do por quê.
- [] 38. Eu prefiro fazer as coisas espontaneamente a planejar antes, mesmo que isso signifique não parecer melhor.
- [] 39. Eu acredito que a maioria dos problemas é causada por circunstâncias que estão além do meu controle.
- [] 40. Eu vejo os desafios como uma forma de aprender e me desenvolver.
- [] 41. Foi-me dito que eu interpreto mal eventos e situações.
- [] 42. Se alguém está chateado comigo, eu escuto o que ele(a) tem a dizer antes de reagir.
- [] 43. Quando me pedem para pensar em meu futuro eu acho difícil me imaginar tendo sucesso.
- [] 44. Disseram-me que eu pulo para as conclusões quando surgem os problemas.
- [] 45. Eu me sinto desconfortável quando encontro pessoas novas.
- [] 46. É fácil para mim “me perder” na leitura de um livro ou em um filme.
- [] 47. Eu acredito em velhos ditados, “melhor prevenir do que remediar”.
- [] 48. Na maioria das situações eu acredito que sou bom em identificar a verdadeira causa dos problemas.
- [] 49. Eu acredito ter boa habilidade para enfrentar as coisas e respondo bem a maioria dos desafios.
- [] 50. Meu amigos mais próximos ou mais queridos me dizem que eu não os entendo.
- [] 51. Eu fico mais confortável em minha rotina diária.
- [] 52. Eu acho importante resolver problemas o mais rápido possível, mesmo que isto signifique sacrificar o entendimento total do problema.
- [] 53. Quando me deparo com uma situação difícil, eu fico confiante de que sairei bem.

- [] 54. Meus colegas e amigos me dizem que eu não os escuto.
- [] Se eu decido que quero algo, saio e compro imediatamente.
- [] 56. Quando discuto um assunto polêmico com um colega ou membro da família, eu sou capaz de controlar minhas emoções.

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

Anexo IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de Identificação da Participante:

Nome: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Termo de Esclarecimento

Você está sendo convidada a participar do estudo intitulado “**A Qualidade de Vida e a Resiliência entre Enfermeiras de um Hospital Universitário**”. Este trabalho faz parte de estudos mais amplos de um grupo de pesquisa que vem desenvolvendo programas de redução do estresse e fortalecimento da resiliência em profissionais da área saúde, visando maior qualidade de vida e a promoção da saúde. Os avanços na área da saúde ocorrem por meio de estudos como este. Assim, sua participação é extremamente importante, uma vez que, os benefícios estarão voltados, especificamente, para a promoção da saúde das Enfermeiras.

Assim, nosso objetivo é “**Verificar a qualidade de vida e os fatores de resiliência entre Enfermeiras**” e caso você participe, será necessário responder a dois questionários: um sobre Qualidade de Vida da OMS e outro sobre Fatores de Resiliência. Salientamos que não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá solicitar todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização alguma ou qualquer prejuízo à sua pessoa. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome ou quaisquer dados que possa identificá-la serão retirados do material, que vier a se tornar público.

Termo de Consentimento

Eu, _____,
li e ouvi o esclarecimento acima e compreendi quais são os objetivos do estudo e
quais os procedimentos que serei submetida. A explicação que recebi esclarece os
riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha
participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não
resultará em prejuízos a minha pessoa. Sei que meu nome não será divulgado, que
não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo.

Sendo assim, eu concordo em participar do estudo e autorizo a utilização de
todas as informações dadas por mim durante a coleta de dados individual e grupal,
como dados de pesquisa, inclusive para publicações no meio científico, desde que
seja assegurada a confidencialidade quanto a minha identidade. Estou de acordo

Botucatu, / / 2010.

Assinatura da participante _____

R.G.

Maria de Fátima Belancieri⁵ _____

Pesquisadora Responsável

Ms. Elisabeth de Oliveira Soares⁶ _____

Dr^a Maria Helena Borgato Cappo Bianco

Pesquisadoras Orientadoras

⁵ **Maria de Fátima Belancieri.** Rua Christiano Pagani, 10-49 Apto 64-B Bauru/SP Cep. 17.047.144 - Fones:
(14) 3281-3518 - Cel. (14) 9797-1377 - E-mail: mfbelancieri@hotmail.com

⁶