

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA EMÍLIA GRASSI BUSTO MIGUEL

Resiliência e qualidade de vida de docentes de enfermagem

Ribeirão Preto

2012

MARIA EMÍLIA GRASSI BUSTO MIGUEL

Resiliência e qualidade de vida de docentes de enfermagem

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: processo de cuidar do adulto com doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Prof^a Dr^a Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Miguel, Maria Emília Grassi Busto

Resiliência e qualidade de vida de docentes de enfermagem. Ribeirão Preto, 2012.

144 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Sawada, Namie Okino.

1. Docente de Enfermagem. 2. Resiliência Psicológica. 3. Qualidade de Vida. 4. Estresse Psicológico. 5. Condições de Trabalho.

MIGUEL, Maria Emília Grassi Busto

Resiliência e qualidade de vida de docentes de enfermagem

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título Doutor em
Ciências, Programa Enfermagem
Fundamental.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICO:

Aos amores da minha vida:

*Ao meu esposo, meu Bem, **José Luís**, companheiro de todas as lutas, meu maior incentivador e meu porto seguro, pelo apoio e confiança.*

*Aos meus filhos **Fábio Luís e Fabrício** pelo amor e carinho, por compreenderem a razão de minhas ausências, cansaço e impaciência ao longo desta caminhada.
Nunca desistirei de amá-los!*

*Aos meus pais, **Francisco** (in memoriam) e **Hilda** (in memoriam), pelo exemplo de dignidade, força e coragem diante das adversidades e às minhas irmãs **Cláudia, Eneida e Simone**, pelo carinho e apoio incondicional. Juntos, pudemos crescer, nos apoiar mutuamente e conhecermos o valor da família e o sentido da vida.
Permanecerão sempre vivos em minha vida, minha memória e meu coração.*

AGRADECIMENTOS

Obrigada, Senhor, por me concederes a vida e a coragem para lutar por ela. Se cremos, é a Deus que devemos dar graças por todas as nossas alegrias e conquistas e, também, pelos momentos de tristeza, angústia e incompreensão, confiando sempre em nosso Pai.

Aos meus sogros Alfredo e Emília e aos meus cunhados, sobrinhos, primos e tios pelo acolhimento, apoio, incentivo e orações, sempre.

Às minhas irmãs Cláudia, Eneida e Simone, por me escutarem nos momentos de angústia e pelo suporte em todas as minhas idas e vindas nesses últimos quatro anos.

À Shirlene e demais funcionários da Casa de Hóspedes do Campus de Ribeirão Preto – USP, pela atenção e acolhimento durante todo o período que ali precisei estar.

À Shyrlene, meu braço direito nos cuidados e afazeres de casa, particularmente durante minhas ausências.

Aos professores, coordenadores de Programas e funcionários da EERP e da Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto pelo acolhimento desde o primeiro momento dessa etapa de formação.

Aos pós-graduandos que estiveram comigo em algum momento dessa jornada pela amizade e partilha do conhecimento.

Aos companheiros da XXV Turma da EERP, que desde o início me incentivaram e disponibilizaram tempo e acolhida em seus lares.

Às companheiras de viagem Roseli, Renata, Iara pelo companheirismo e por tornar nossas longas viagens mais alegres.

Às Ir. Marina, Maria Lúcia, Márcia e demais integrantes da “Família Vitta” pela acolhida, carinho e solidariedade nessa última etapa de construção da tese.

À Edileuza de Fátima Rosina Nardi, minha grande companheira de todas as horas, com quem pude dividir alegrias, tristezas e preocupações e contar verdadeiramente nos momentos mais áridos dessa produção.

Aos diretores da FAP de Apucarana e de sua mantenedora, Livia Guimarães, Rosimeiri Darc Cardoso, Ana Paula Guimarães e Fábio Miquelin pela compreensão, paciência e confiança que sempre demonstraram.

À Rita de Cássia Rosiney Ravelli e aos demais professores do Curso de Enfermagem da FAP pela força e solidariedade nos momentos mais difíceis.

Aos coordenadores e docentes dos cursos de Enfermagem que participaram dessa pesquisa pela atenção, disponibilidade e incentivo para sua conclusão.

Ao CNPq que me concedeu a bolsa de estudos, ferramenta essencial para a viabilização dessa fase da minha formação.

Ao Dr. George Barbosa pela disponibilidade e pelas contribuições teóricas e práticas para a utilização do Quest Resiliência e para a análise dos dados específicos.

Aos demais membros da Sociedade Brasileira de Resiliência e companheiros de formação em Resiliência pelo acolhimento e suporte para a viabilização dessa pesquisa: Marco, Paula, João Marcos Varella, Vera, Wesley e Joana.

Ao professor Dr. Jair Ferreira Lício pelo carinho e pela assessoria na análise estatística dos dados.

Aos membros da minha banca no Exame de Qualificação, Dr. Manoel Antônio dos Santos e Dra Luciana Kusomota pelas valiosas contribuições para a elaboração dessa tese.

E à Dra. Namie Okino Sawada que, prontamente, aceitou meu pedido de orientação, pelo carinho, compreensão, pela troca desinteressada do conhecimento científico e por sua postura diante da vida. Receba meu carinho, minha gratidão e admiração.

“A felicidade não se resume na ausência de problemas, mas, sim na sua capacidade de lidar com eles”

Albert Einstein

“Quando a alma está feliz, a prosperidade cresce, a saúde melhora, as amizades aumentam, enfim, o mundo fica de bem com você... o mundo exterior reflete o Universo interior”

Mahatma Gandhi

RESUMO

RESUMO

MIGUEL, M. E. G. B. **Resiliência e qualidade de vida de docentes de enfermagem**. 2012. 144 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

As políticas de educação, no Brasil e no mundo, vêm sofrendo várias modificações em um curto espaço de tempo, o que tem obrigado as IES e os docentes que nelas atuam a se adequarem a essas mudanças, muitas vezes, sem tempo hábil e estrutura de apoio para tal. Essa necessidade de adaptação às novas regras e exigências gera sobrecarga no trabalho e, quase sempre, implica em sofrimento físico, psíquico e social, interferindo na qualidade de vida desses profissionais. Nesse contexto se inserem os docentes de Enfermagem e a resiliência, constructo do qual a Enfermagem tem se aproximado mais recentemente, se apresenta como estratégia segura para o enfrentamento das pressões geradas no ambiente trabalho. Com o objetivo de levantar os indicadores de resiliência e associá-los com os domínios de qualidade de vida dos docentes de Enfermagem, propôs-se a realização de estudo quantitativo, exploratório, descritivo, de corte transversal, com docentes de enfermagem das IES inseridas na área de abrangência das Subseções do Conselho Regional de Enfermagem de Londrina e Maringá (PR). Ao todo, participaram 90 enfermeiros docentes que responderam ao Quest_Resiliência (SOBRARE) e ao WHOQOL-bref, além de um questionário com dados sócio demográficos e ocupacionais. A maioria dos docentes participantes era de mulheres, com idade média de 43 anos, casadas, com renda familiar média que variou entre R\$ 4.418,00 a R\$ 12.926,00. Em relação às variáveis ocupacionais, 60 docentes trabalhavam em IES públicas e 30 em IES privadas. Estavam formados entre 20 e 29 anos atrás, vinculados a uma única IES, contratados em regime de 40 horas semanais (TIDE). A titulação mais frequente foi a de Mestre, seguida pela de Doutor, sendo esses mais frequentes nas IES públicas. Em relação à resiliência, não foram identificadas condições de vulnerabilidade ao estresse elevado e a maioria dos participantes apresentou-se em condição de excelente resiliência (equilíbrio) ou forte resiliência com tendência ao estilo comportamental de Intolerância(PC-I) de reagir às situações de estresse elevado. A QV geral e a condição de saúde foi considerada boa (64,40%), sendo mais bem avaliados os domínios físico (72,80%) e psicológico (69,35%). Houve correlação positiva entre Resiliência (MCDs) e QV (Domínios) e o MCD Sentido da Vida apresentou correlação com todos os domínios da QV. Também foram identificadas associações entre os MCDs e os domínios de QV.

Palavras-chave: Docente de Enfermagem. Resiliência Psicológica. Qualidade de Vida. Estresse Psicológico. Condições de Trabalho.

ABSTRACT

MIGUEL, M. E. G. B. **Resilience and quality of life of Nursing faculties**. 2012. 144 p. Thesis (Doctorate) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

The education politics, in Brazil and throughout the world, have suffered several changes in a short space of time, what has forced College Institutions (CIs) and faculties to adapt to those changes, most of the time, without time and support structure enough for such. The need to adapt to the new rules and demands generates overload in the work and, very often, it implicates in physical, psychological and social suffering, interfering in the quality of life of those professionals. In this context the Nursing faculty and the resilience are inserted. It comes as a safe strategy to face the pressure generated within the work environment. With the purpose of identify the resilience indicators and to associate them with the domains of quality of life of Nursing faculties, the accomplishment of a quantitative, exploratory, descriptive, cross-sectional study, with Nursing professors from the CIs inserted in the area of Sub-sections of the Regional Council of Nursing of Londrina and Maringá (PR) was proposed. Altogether, 90 nursing professors took part on the study answering the Quest Resilience (SOBRARE) and to WHOQOL-bref, as well as a questionnaire with demographic and occupational data. Most of the participant professors were female, average 43 years old, married, with family income that varied from R\$ 4,418,00 to R\$ 12,926,00. Regarding occupational variables, 60 professors worked in public CIs and 30 of them in private CIs, they graduated 20-29 years ago, worked in only one CI, and they were hired in a 40 hours/week schedule (Tenure). The most frequent title was Master, followed by Doctorate, being those more frequent in public CIs. In relation to the resilience, no conditions of vulnerability to stress were identified, and most of the participants showed excellent resilience (balance), or strong resilience with tendency to the behavior style of Intolerance (PC-I) of reacting to the situations of high stress. Their general life condition (LQ) and their health condition were considered good (64.40%), being better appraised the physical (72.80%) and psychological (69.35%) domains. There was a positive correlation among Resilience (MCDs) and LQ (Domains) and the MCD Life Sense presented correlation with all the domains of LQ. Associations between MCDs and the domains of LQ were also identified.

Key-words: Nursing Faculty. Resilience, Psychological. Quality of Life. Psychological Stress. Working Conditions.

RESUMEN

MIGUEL, M. E. G. B. **Resiliencia y calidad de vida de docentes de enfermería.** 2012. 144 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Las políticas de educación, en Brasil y en el mundo, vienen sufriendo varias modificaciones en un corto espacio de tiempo, lo que ha obligado a las IES y a los docentes que en ellas actúan a adecuarse a esos cambios, muchas veces, sin tiempo hábil y estructura de apoyo para tal. Esa necesidad de adaptación a las nuevas reglas y exigencias genera sobrecarga en el trabajo y, casi siempre, implica en sufrimiento físico, psíquico y social, interfiriendo en la calidad de vida de esos profesionales. En ese contexto se insertan los docentes de Enfermería y la resiliencia, concepto del cual la Enfermería se ha aproximado más recientemente, se presenta como estrategia segura para el enfrentamiento de las presiones generadas en el ambiente de trabajo. Con el objetivo de levantar los indicadores de resiliencia y asociarlos con los dominios de calidad de vida de los docentes de Enfermería, se propuso la realización de un estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo, de corte transversal, con docentes de enfermería de las IES insertadas en el área de alcance de las Subdivisiones del Consejo Regional de Enfermería de Londrina y Maringá (PR). Al todo, participaron 90 enfermeros docentes que respondieron al *Quest_Resiliência* (SOBRARE) y al *WHOQOL-bref*, además de un cuestionario con datos sociodemográficos y ocupacionales. La mayoría de los docentes participantes era de mujeres, con edad media de 43 años, casada, con renta familiar media que varió entre R\$ 4.418,00 a R\$ 12.926,00. Con relación a las variables ocupacionales, 60 docentes trabajaban en IES públicas y 30 en IES privadas. Estaban graduados entre 20 y 29 años atrás, vinculados a una única IES, contratados en régimen de 40 horas semanales (TIDE). La titulación más frecuente fue la de Máster, seguida por la de Doctorado, siendo esas más frecuentes en las IES públicas. Con relación a la resiliencia, no fueron identificadas condiciones de vulnerabilidad al estrés elevado y la mayoría de los participantes se presentó en condición de excelente resiliencia (equilibrio) o fuerte resiliencia con tendencia al estilo comportamental de Intolerancia (PC-I) de reaccionar a las situaciones de estrés elevado. La Calidad de Vida (CV) general y la condición de salud fue considerada buena (64,40%), siendo mejor evaluados los dominios físico (72,80%) y psicológico (69,35%). Hubo correlación positiva entre Resiliencia (MCDs) y CV (Dominios) y el MCD Sentido de la Vida presentó correlación con todos los dominios de la CV. También fueron identificadas asociaciones entre los MCDs y los dominios de CV.

Palabras clave: Docente de Enfermería. Resiliencia Psicológica. Calidad de Vida. Estrés Psicológico. Condiciones de Trabajo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Manifestações clínicas do <i>Burnout</i>	35
Quadro 2 -	Condições de Resiliência e situação dos esquemas básicos em Resiliência.....	66
Quadro 3 -	Facetas dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL - <i>bref</i>	68
Quadro 4 -	Escore médio das facetas dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem, 2012.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Medidas descritivas da idade dos docentes de enfermagem de acordo com o sexo, 2012	71
Tabela 2 -	Distribuição dos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem segundo as variáveis sociodemográficas. IES da área de abrangência das subseções do Coren – PR de Londrina e Maringá, 2012	73
Tabela 3 -	Tabela 3 – Distribuição dos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem segundo as variáveis ocupacionais. IES da área de abrangência das subseções do Coren – PR de Londrina e Maringá, 2012	74
Tabela 4 -	Distribuição dos docentes de enfermagem nos modelos de crenças determinantes (MCD) de acordo com o estilo comportamental, tipologia do índice e condição de resiliência, 2012	77
Tabela 5 -	Medidas descritivas das questões 1 e 2 do <i>WHOQOL-bref</i> dos docentes de enfermagem, 2012	78
Tabela 6 -	Número e percentagem de docentes de enfermagem segundo as questões de qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, 2012	79
Tabela 7 -	Mediana, média e desvio padrão dos escores de qualidade de vida dos docentes de enfermagem, 2012	80
Tabela 8 -	Comparações múltiplas entre os domínios de qualidade de vida do <i>Whoqol-Bref</i> e MCDs de resiliência, com seus respectivos níveis de significância.	82
Tabela 9 -	Comparações múltiplas entre os domínios de qualidade de vida do <i>Whoqol-Bref</i> e MCDs de resiliência, com seus respectivos níveis de significância Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD análise do contexto, 2012	83
Tabela 10 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD autoconfiança, 2012	83
Tabela 11 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD autocontrole, 2012	84
Tabela 12 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD conquistar e manter pessoas, 2012	84
Tabela 13 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de	85

enfermagem segundo MCD empatia, 2012

Tabela 14 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD leitura corporal, 2012	86
Tabela 15 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD otimismo, 2012	86
Tabela 16 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD sentido da vida, 2012	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
SOBRARE	Sociedade Brasileira de Resiliência
MCD	Modelo de Crenças Determinantes
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
IES	Instituição de Ensino Superior
APA	Associação Americana de Psicologia
SAG	Síndrome geral da Adaptação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
QV	Qualidade de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
IGQV	Índice Geral de Qualidade de Vida
Coren - PR	Conselho Regional de Enfermagem do Paraná

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1	Enfermagem como profissão e o ensino de enfermagem no Brasil: aspectos históricos	25
2.2	Docência e estresse ocupacional	29
2.3	O Conceito de Resiliência: origem e definições	36
2.4	Resiliência: fatores de risco e fatores de proteção	43
2.5	Resiliência e Enfermagem: pesquisa e aplicabilidade	46
2.6	Resiliência: instrumentos de mensuração	49
2.7	Resiliência e Qualidade de Vida de Docentes de Enfermagem	52
3	OBJETIVOS.....	57
3.1	Objetivo Geral.....	58
3.2	Objetivos Específicos.....	58
4	MATERIAL E MÉTODO	59
4.1	Delineamento do estudo.....	60
4.2	Local do Estudo	60
4.3	População do Estudo	61
4.4	Coleta de Dados	61
4.4.1	Instrumento para a coleta dos dados de resiliência: <i>Quest-Resiliência</i>	62
4.4.2	Instrumento para a coleta dos dados de Qualidade de Vida: WHOQOL – <i>Bref</i>	65
4.5	Análise dos Dados	67
4.6	Considerações Éticas.....	68
5	RESULTADOS	70
5.1	Caracterização dos Docentes de Enfermagem	71
5.2	Avaliação de Resiliência dos Docentes	74
5.3	Qualidade de vida dos Docentes de Enfermagem	78
6	DISCUSSÃO	88
6.1	Caracterização dos Docentes de Enfermagem	89
6.2	Avaliação de Resiliência dos Docentes	92
6.3	Qualidade de vida dos Docentes de Enfermagem	104

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	112
	APÊNDICES	125
	ANEXOS	137

1 INTRODUÇÃO

O ritmo de vida das pessoas nos dias de hoje tem se mostrado bem diferente do que foi vivido até a primeira metade do século passado. A transformação social foi acontecendo paralelamente ao desenvolvimento científico e tecnológico. Essa evolução vem transformando o modo de vida da população em nível mundial. Vive-se a chamada era da globalização.

Algumas dessas mudanças têm sido positivas como no caso da facilidade de comunicação entre as pessoas e a facilidade de acesso à informação em qualquer parte do planeta. Esse novo modo de viver e suas aparentes facilidades têm levado as pessoas a lutarem por melhores condições de moradia, de acesso às comodidades, do poder de compra, de acesso aos serviços de saúde e ao lazer, entre outras. Esse conjunto de possibilidades, entretanto, não está ao alcance de todos de forma igualitária, gerando as desigualdades sociais e uma intensa luta do ser humano para sobreviver e para conseguir vencer.

Nesse contexto, a busca por melhores condições de vida (ter e poder, mais do que ser) também pode gerar situações de estresse face às adversidades com as quais se depara nesse processo. Sabidamente, as situações de estresse, quando não contornadas ou bem enfrentadas, podem provocar prejuízos no que diz respeito às dimensões física, psíquica, social e espiritual do ser humano como no caso dos distúrbios cardiovasculares, dos quadros depressivos, do isolamento social e, em casos extremos, do suicídio.

De qualquer forma, todos enfrentam dificuldades e situações de adversidade, sob maior ou menor pressão, gerada pela competitividade em nível individual ou das organizações, cujo lema é produzir mais e mais rapidamente tendo em vista o lucro monetário e o *status* social daí advindos.

Algumas atividades profissionais, no entanto, enfrentam situações de estresse elevado, mormente aquelas que dependem das relações interpessoais para o alcance de seus objetivos e cumprimento de função social como no caso das profissões da área da saúde e da educação.

Na área da saúde, a Enfermagem tem sido considerada uma das atividades mais suscetíveis às situações de estresse elevado pela própria natureza do seu trabalho, que se depara diariamente com o sofrimento, com as situações de morte,

de perdas, das urgências, sem esquecer-se dos dilemas éticos envolvidos no atendimento à saúde nos dias atuais, da pressão para o cumprimento de metas dos programas de saúde, muitas vezes sem condições adequadas para tal. A falta de reconhecimento profissional e os baixos salários também contribuem para aumentar o estresse no dia a dia dos profissionais da área.

Na educação, a atividade docente, em qualquer nível de ensino, também tem sido submetida às adversidades decorrentes das constantes e rápidas modificações das políticas de educação. Aqui também há metas a cumprir e a pressão no ambiente de trabalho é crescente. As extensas jornadas de trabalho, a falta de tempo para o preparo das aulas e correção de trabalhos, a violência nas escolas, estrutura física inadequada, falta de material, dificuldades nas relações interpessoais no ambiente de trabalho, baixos salários e a falta de reconhecimento também constituem fatores de estresse para esse grupo profissional.

No que diz respeito ao ensino superior, além dessas dificuldades, ainda se convive com a realidade da expansão acelerada de novos cursos universitários, o que, particularmente, ocorreu com maior frequência entre as Instituições Privadas de Ensino Superior. Outro fator importante em relação à atividade docente no ensino superior é a pressão vivenciada pelos docentes para o atendimento das exigências de produtividade acadêmica, com um número maior de publicações e maior dedicação à pesquisa, bem como o atendimento dos critérios de avaliação dos cursos superiores estabelecidos pelo Ministério de Educação e Cultura. Esse movimento de expansão dos cursos universitários também exigiu a contratação de mais professores o que não significou, obrigatoriamente, melhoria da qualidade de ensino, tendo em vista o despreparo de boa parte deles para assumir as atividades de ensino.

A introdução de novas metodologias de ensino e das novas tecnologias de informação, apesar de terem como propósito a facilitação do processo ensino-aprendizagem, podem funcionar como agentes estressores, quando não totalmente dominadas pelos docentes.

A soma das situações de estresse constitui o conjunto de riscos individuais ou relacionados ao ambiente de trabalho e que impactam de modo significativo sobre a qualidade de vida das pessoas.

O constructo Qualidade de Vida está frequentemente associado à ideia de felicidade, bem-estar, satisfação e realização pessoal, tendo como características a

subjetividade a multidimensionalidade. A sua aplicabilidade na área da saúde assume um caráter interdisciplinar, tendo em vista o atendimento às diferentes necessidades de uma pessoa. Além disso, os resultados de sua avaliação têm servido como parâmetro para melhoria da assistência prestada (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; SEIDL; ZANNON, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Com o propósito de prevenir ou minimizar os efeitos negativos do impacto causado pelo estresse na qualidade de vida das pessoas, o conceito de resiliência, oriundo da física e da engenharia, vem sendo introduzido nas diferentes áreas do conhecimento, como no caso das ciências humanas e sociais e na área da saúde.

A resiliência foi assumindo conceitos diversos de acordo com a área e situação de sua aplicação. A princípio mais utilizado pela psiquiatria e pela psicologia, atualmente tem como uma das vertentes os pressupostos teóricos da Psicologia Positiva e pode ser definida como a competência que uma pessoa tem de cultivar padrões de crenças, devidamente estruturados, para lidar e superar adversidades por meio de forças e virtudes, de tal modo, que resulte em comportamentos resilientes e no amadurecimento pessoal (BARBOSA; VARELLA, 2011).

Esse conceito embasa a metodologia de mapeamento da resiliência da Sociedade Brasileira de Resiliência que pode ser utilizado para diferentes populações de adultos em nível individual/pessoal ou em ambientes de trabalho.

Na Enfermagem brasileira, a aplicabilidade do conceito de resiliência ainda se encontra numa fase inicial, fato que deve motivar a realização de novas pesquisas para avaliar as possibilidades do seu emprego nas diferentes situações de cuidado e do ensino de Enfermagem, a exemplo do que já vem ocorrendo em outros países como a Inglaterra, Estados Unidos da América, Austrália, entre outros.

A vivência profissional dos últimos trinta anos, acabou favorecendo a minha atuação concomitante nas atividades de cuidado e ensino, motivando a busca de formação na docência e o seu aprimoramento. Atualmente, exercendo a função de coordenação de um curso de Enfermagem numa Instituição Privada de Ensino

Superior, deparei-me com uma série de dificuldades referentes às questões do ensino em sala de aula, da dificuldade no manejo das novas tecnologias e metodologias de ensino-aprendizagem, da falta de motivação para o empreendimento da formação acadêmica, do descontentamento geral dos docentes da IES com a proposta salarial oferecida, da competitividade com outras instituições da região, de alguns entraves no relacionamento interpessoal, entre outras.

Todas essas questões têm sido motivo de preocupação e, muitas vezes, responsáveis pelo aumento da tensão na equipe, manifestada pelos comportamentos apresentados anteriormente e pelos relatos de sobrecarga, dupla ou tripla jornada de trabalho, dificuldades financeiras, que acabam refletindo na qualidade do ensino, das relações interpessoais e, consequentemente, na qualidade de vida desses profissionais.

A aproximação casual com o conceito de resiliência como capacidade de superação de adversidades sem absorver toda a carga negativa advinda desse processo, provocou algumas inquietações e motivou o aprofundamento desse conhecimento, na perspectiva de encontrar uma ferramenta auxiliar no exercício da coordenação de curso, na docência e no desenvolvimento pessoal dos integrantes dessa equipe de trabalho.

Tomando, então, a temática da resiliência e qualidade de vida de docentes de Enfermagem como objeto de investigação dessa pesquisa, foram formuladas as seguintes questões norteadoras: qual a associação entre qualidade de vida dos docentes de Enfermagem e o comportamento resiliente? A qualidade de vida do docente de Enfermagem pode ser influenciada pela resiliência?

Com base na contextualização do trabalho docente, formula-se a seguinte hipótese: Os docentes de Enfermagem que apresentam (ou desenvolvem) comportamento resiliente tem melhor qualidade de vida.

Para isso, buscou-se, inicialmente, a contextualização da atividade docente exercida pelo enfermeiro, partindo-se de algumas considerações sobre a evolução histórica da profissão no Brasil, contemplando as características do trabalho assistencial e do trabalho docente na Enfermagem, passando pelas características dessa atividade como um todo e sua relação com o estresse ocupacional. Mesmo não sendo o objeto de investigação dessa pesquisa, as situações de estresse e as adversidades estão relacionadas à melhor ou pior qualidade de vida e ao desenvolvimento da resiliência. Dando continuidade aos fundamentos teóricos,

empreendeu-se a explanação dos conceitos de resiliência e qualidade de vida, bem como dos instrumentos que podem ser utilizados nas respectivas avaliações. Estabelecidos os objetivos e o caminho metodológico, passou-se à apresentação dos resultados e sua discussão para que fosse possível a elaboração das conclusões dessa pesquisa, finalizando com as considerações pertinentes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Enfermagem como profissão e o ensino de enfermagem no Brasil: aspectos históricos

O exercício da Enfermagem, desde o seu surgimento, tem enfrentado o grande desafio da construção de sua identidade profissional, traduzida pelo reconhecimento e prestígio social. Enquanto profissão, a Enfermagem tem, como um de seus atributos, o domínio de conhecimentos capazes de gerar competências para o cuidado das pessoas em todas as fases do seu ciclo de vida. Esse cuidado ou processo de cuidar tem três dimensões: **cuidar; educar e pesquisar** e, ainda, a **dimensão administrativo – gerencial** (PIRES, 2009; ROESE et al., 2005; STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

A dimensão **cuidar** implica o cuidado de indivíduos e grupos e envolve todas as ações de cuidado com a vida, desde a concepção até a morte. **Educar e pesquisar** é a dimensão que contempla o desenvolvimento do conhecimento específico relacionado ao processo de cuidar; a educação permanente no trabalho; a formação de novos profissionais e a produção de novos conhecimentos que sirvam para aprimorar o processo de cuidar. **A dimensão administrativo - gerencial** refere-se às atividades de coordenação do trabalho coletivo da enfermagem, de administração do espaço assistencial, de participação no gerenciamento da assistência de saúde e no gerenciamento institucional (PIRES, 2009).

Nesse sentido percebe-se uma expansão dos campos de atuação possíveis para a enfermagem e a diversificação de suas atividades, entre elas, as atividades assistenciais e gerenciais exercidas no ambiente hospitalar, na modalidade de *home care* ou junto a clínicas particulares nas mais diferentes especialidades; junto aos serviços públicos em atividades de planejamento e organização; Estratégia Saúde da Família; serviços de auditoria e consultoria; na saúde do trabalhador e na docência, entre outras.

No entanto, apesar do crescimento que vem apresentando, a Enfermagem enfrenta desafios frequentes para sua consolidação enquanto ciência no que diz

respeito à produção do conhecimento específico. Ao realizar uma retrospectiva histórica, no contexto da produção do conhecimento na Enfermagem, Roese et al. (2005) apresentam-na como uma profissão predominantemente feminina, que ainda sofre a influência da hegemonia médica, na maioria das vezes mal remunerada e diminuída no quesito qualificação. Essas características podem ser explicadas a partir de alguns aspectos relacionados à sua origem como a utilização dos saberes das ciências biológicas e humanas para a promoção do cuidado; o cuidado era inicialmente prestado por mulheres, religiosas ou mães e, já em sua fase pré-profissional, vivia à sombra do conhecimento dominante atribuído aos médicos que se dedicavam à cura das doenças; quando passou a ser atividade remunerada, essa remuneração era muito baixa e as mulheres que a ela se dedicavam, em geral, eram pobres e analfabetas; sua fase profissional foi marcada pelo rigor de comportamentos morais e éticos na tentativa de desmistificar o estereótipo social adquirido inicialmente, pela influência do modelo biomédico, curativista, que desvincula o saber do fazer e pela subordinação à figura médica.

Por ser uma profissão genuinamente feminina, também, quando analisada a partir da categoria Gênero, revela nuances importantes do perfil profissional encontradas até os dias de hoje como a submissão, a passividade e a subserviência da Enfermagem à hegemonia médica (ANDRADE, 2007; FAUSTINO; EGRY, 2002; PADILHA et al., 1997).

Paralelamente às questões do trabalho também se pode acompanhar a evolução do ensino de Enfermagem. No Brasil, a formação de enfermeiros iniciou-se no ano de 1890, atendendo à necessidade de formar enfermeiros para os hospícios e hospitais civis e militares da época. Outras ações para a formação de enfermeiros ocorreram com a finalidade de formar profissionais que atendessem às necessidades de cada momento político e/ou econômico, até que em 1923, foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública que, mais tarde, passou a chamar-se Escola de Enfermeiras D. Ana Néri. Idealizada dentro dos moldes nightingalianos, passou a ser considerada a primeira escola de enfermagem moderna do país (TEIXEIRA et al., 2006).

Ao longo dos anos esse modelo de ensino e formação profissional foi se moldando às novas leis relacionadas à educação nos diferentes momentos sociais, políticos e econômicos do país, às políticas de saúde sem perder, no entanto, as características da rigidez do modelo proposto por Florence Nightingale (SILVA;

SENA, 2006).

Somente a partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei 9.394 de 20/12/1996 (BRASIL, 1996) e da Resolução CNE/CES Nº 03 de 7/11/2001 (BRASIL, 2001a), que definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF) é que o ensino de Enfermagem começou a ser repensado com vistas à flexibilização dos currículos e à adequação da formação geral e específica dos egressos, ou mesmo a capacitação dos profissionais, focadas na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS). Há que se ressaltar que o planejamento de qualquer dessas ações deve ser empreendido de forma a preservar a autonomia das escolas e cursos, bem como respeitar a especificidade regional, local e institucional tendo em vista a construção coletiva de seus Projetos Pedagógicos (TEIXEIRA et al, 2006).

Pode-se dizer, então, que a formação do enfermeiro, a partir da modificação das práticas pedagógicas e de atenção à saúde, pode ser considerada estratégia fundamental para a concretização da integralidade do cuidado (SILVA; SENA, 2006).

No entanto, a implementação dessas mudanças pode esbarrar em algumas questões como o desconhecimento e/ou resistência a mudanças, quer por parte do professor, quer por parte do aluno; as dificuldades inerentes às mudanças no que diz respeito, por exemplo, à ampliação ou à incorporação de novos cenários de prática sejam elas de ordem burocrática ou política, dificultando a integração ensino-serviço; a exigência da produção de conhecimento em Enfermagem, com mais publicações e de qualidade cada vez melhor, ou seja, em periódicos com alto fator de impacto (OLIVEIRA et al., 2007; TEÓFILO; DIAS, 2009).

Outras questões relacionadas ao trabalho docente podem estar relacionadas a uma sobrecarga do trabalho mental como: ter mais de um emprego; lecionar para mais de um nível de ensino; o tamanho das turmas (maior número de alunos para atender à demanda ou, mesmo, para diminuir custos), além de fatores externos e/ou que envolvem relações interpessoais que podem impedir o cumprimento adequado das obrigações do trabalho. Também é comum se encontrar situações do trabalho docente que caracterizam carga excessiva de trabalho como o tempo cada vez mais exíguo para a realização de tarefas inerentes

à atividade docente, o conflito de papéis (educador ou transmissor do conhecimento) e a dificuldade de acompanhar as rápidas mudanças de metodologias e tecnologias de ensino (JACQUES; CODO, 2002; SORATO; MARCOMIN, 2007).

O ambiente de trabalho também pode funcionar como estressor quando se observam a falta de material humano (suporte às atividades docentes), a desagregação entre os departamentos na instituição de ensino, a falta de compromisso de alguns professores com a escola e com os discentes. Além do ambiente, pode-se acrescentar como estressores os salários defasados, o grau de responsabilidade para com as pessoas implicadas no processo ensino-aprendizagem e dificuldades de relacionamento com superiores hierárquicos (LIPP, 2002; MIRANDA; PEREIRA; PASSOS, 2009).

Complementando e corroborando essas informações acerca da atividade docente, a partir de uma crítica à mercantilização do ensino decorrente da lógica do capital, Bosi (2007) e Carvalho (2010) apresentam algumas questões decorrentes das modificações da política educacional que podem ter contribuído e/ou que ainda contribuem para a precarização do trabalho docente no Brasil nos últimos 25 anos. Entre eles estão a flexibilização dos contratos de trabalho que propicia uma contratação por horas aula e que diminui os custos com contratação, modalidade essa atrelada ao surgimento de grande número de IES na esfera privada, e o produtivismo acadêmico no qual a avaliação da qualidade de IES, nos moldes dos sistemas nacionais de avaliação do ensino superior, e do próprio docente está diretamente relacionada à produção de artigos científicos, projetos de pesquisa, inserção nos cursos de pós graduação e número de orientandos no mestrado e doutorado, entre outros.

Se, por um lado, a flexibilização dos contratos de trabalho se tornou um atrativo para o início da atividade docente, por outro acabou se transformando em motivo de insegurança na manutenção da atividade para muitos docentes, quando se trata de Instituições Particulares de Ensino Superior (IPES) (CARVALHO, 2010).

O produtivismo, por sua vez, pode surtir efeitos deletérios e levar a falsos critérios de autojulgamento, com sentimentos de desvalorização quando o docente não se adapta aos padrões de produção estabelecidos e, conseqüentemente, acarreta conseqüências comuns ao mundo do trabalho como o estresse, o cansaço permanente, podendo evoluir para quadros de depressão e até para o suicídio

(BOSI, 2007; DE MÉIS, 2003).

Além das questões mais gerais relacionadas ao trabalho docente, o ensino de Enfermagem apresenta outras que fazem parte do cotidiano dos docentes, estudantes e dos próprios profissionais como a convivência frequente com a dor, a morte/perdas, sofrimento, irritabilidade, desesperança, extremos de expressão dos sentimentos face ao processo de doença. Junte-se a isso o fato de que a atividade de ensino na enfermagem é vista como atividade intelectual que goza de certos privilégios em relação à atividade de cuidar, tendo em vista a diferenciação da jornada e horários de trabalho e os salários, condições essas consideradas como mais favoráveis pelos enfermeiros assistenciais e, em algumas situações, fator de estresse na prática docente no que tange às relações profissionais e interpessoais (ROCHA; FELLI, 2004; SILVA et al., 2011).

Por constituírem modalidades de trabalho na enfermagem, tanto as atividades assistenciais quanto as de ensino estão sujeitas à interferência de diversos fatores. Tais fatores podem ser considerados desgastantes ou potencializadores quando se tem em vista a saúde e a qualidade de vida de enfermeiros assistenciais e de docentes de enfermagem (ROCHA; FELLI, 2004).

Os aspectos da atividade docente aqui apontados, sejam eles relacionados às mudanças nas políticas educacionais, metodologias e tecnologias de ensino, falta de recursos apropriados para o exercício profissional, dificuldades de ordem pessoal e/ou interpessoal, afetivas ou emocionais, podem contribuir para o aumento do estresse no ambiente de trabalho e fora dele. Para melhor entendimento dessa dinâmica do trabalho docente e sua relação com a saúde e qualidade de vida de seus atores, considera-se pertinente uma breve explanação acerca do estresse no trabalho ou estresse ocupacional.

2.2 Docência e estresse ocupacional

Sob a perspectiva de ação social humana, o trabalho pode ser compreendido como a capacidade do ser humano de produzir o meio ou ambiente em que vive e, também, a si mesmo; e, nesse processo, tanto modifica a natureza como é modificado por ela (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Em nossa sociedade essa relação do homem com o trabalho assume papel fundamental na formação da subjetividade, no modo de viver e, conseqüentemente, na saúde das pessoas. No tocante à saúde física, o trabalho contribui para as alterações orgânicas a partir da exposição do trabalhador a agentes tóxicos e ambientes insalubres ou inseguros. Essas alterações atingem o corpo do trabalhador, mas podem, também, desencadear processos psicopatológicos, o que leva a concluir que as alterações do estado mental e do comportamento relacionadas ao trabalho não ocorrem de forma isolada e, sim, em decorrência dos contextos de trabalho em interações com o corpo e a mente desses indivíduos (BRASIL, 2001b).

O trabalho ocupa lugar de destaque na vida do ser humano e é sinônimo de garantia de subsistência e posição social e a interação do homem com o seu trabalho deve proporcionar sentimentos de prazer, bem estar e saúde, minimizando ou eliminando os riscos que podem provocar a doença (BRASIL, 2001b; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Nesse sentido, dar importância ao trabalho e exercê-lo com autonomia e segurança, dispondo de condições materiais e emocionais necessárias para tal, além do reconhecimento público pelo que se faz são itens indispensáveis para garantir a motivação, compromisso e produtividade. A motivação e o estímulo são mais intensos no desempenho de tarefas que exijam do profissional a utilização de suas habilidades mentais e a satisfação profissional se eleva quando há um retorno positivo dessa ação. Ao contrário, quando o retorno é negativo como a falta do reconhecimento pelo trabalho realizado, pode provocar sofrimento, manifestado por sentimentos de frustração, de inadequação ou incapacidade que, por sua vez, podem ultrapassar a competência individual e levar ao estresse (ALBRECHT, 1990; GRAZZIANO; FERRAZ BIANCHI, 2010).

O estresse também pode ser decorrente das condições de insegurança, subemprego e segmentação do mercado de trabalho, constatados pelo enxugamento do quadro de trabalhadores, da incorporação tecnológica e da sua repercussão sobre a saúde mental dos trabalhadores pelo modo de trabalho/produção capitalista, ou seja, pela lógica do mercado econômico mundial (BRASIL, 2001b; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Sua ocorrência pode se manifestar por sentimentos de menos valia ou inferioridade, angústia, insegurança, desânimo e desespero, caracterizando

quadros ansiosos e depressivos. Outras situações do trabalho como um acidente de trabalho, uma mudança de posição (ascensão ou queda) na hierarquia, um fracasso, frequentemente determinam quadros psicopatológicos diversos, que vão desde transtornos de ajustamento ou reações ao estresse até depressões graves e incapacitantes (BRASIL, 2001b).

A atividade de ensino, ao mesmo tempo em que é geradora de tensões, também pode funcionar como motivadora, se forem consideradas as relações emocionalmente afetivas estabelecidas com alunos, colegas e funcionários, o prazer em ensinar, a superação de dificuldades e o crescimento dos alunos (ROCHA; FELLI, 2004).

Em estudo para avaliação das condições de prazer e sofrimento entre enfermeiros docentes de IES privadas Ferreira et al. (2009) apontam como componentes positivos, geradores de prazer, as situações nas quais os mesmos sentem-se responsáveis pelo aprendizado e formação dos alunos, tendo a relação professor-aluno como um elemento revigorante do processo de trabalho, já que percebe-se um *feed back* positivo da dedicação de ambos no processo ensino-aprendizagem. Outro componente relevante foi a possibilidade de exercer a criatividade e a autonomia em situações que envolvam tarefas diversificadas, o contato com as pessoas e o processo de elaboração de aulas. Além das questões relacionadas ao saber técnico e à produção, os autores consideram o trabalho como uma oportunidade única para o aprendizado do respeito pelo outro, da confiança, da convivência, da solidariedade e de aprender a trazer uma contribuição para a construção de regras de trabalho (técnicas e sociais) que possam propiciar a experimentação do prazer na atividade laboral. O sofrimento foi referido em relação ao desinteresse dos alunos que pode fazer com que o docente sinta-se desvalorizado quanto à sua função nesse processo de formação profissional. Questões decorrentes da organização do trabalho referentes à divisão do trabalho (excesso de atividades burocráticas), ao sistema hierárquico, às relações de poder e comando (instabilidade da carga horária contratada e manutenção no emprego), aos objetivos e metas da organização (perda de autonomia e possibilidade de exercer a criatividade) e às dificuldades de relacionamento interpessoal (competitividade desleal, obstáculos à realização de algumas atividades) também foram apontadas como componentes do sofrimento.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos sobre o

tema como o de Corral-Mulato, Bueno e Franco (2010) quando investigaram a insatisfação de docentes de Enfermagem de uma universidade pública. Os momentos de insatisfação e seus respectivos indicadores foram agrupados em três categorias: a) **Insatisfação profissional relacionada à questão ética** (falta de companheirismo e colaboração, competição entre os pares, desrespeito verbal, exigências e injustiças no plano de carreira, falta de organização das atividades inerentes à função); b) **Insatisfação profissional relacionada ao excesso de trabalho** (excesso de cobrança e responsabilidade, a urgência de assuntos, a dificuldade no cumprimento do planejamento de tarefas, a crescente burocratização e o estresse cotidiano); c) **Insatisfação profissional relacionada ao reconhecimento e salário** (falta de reconhecimento, inadequação do salário e do plano de carreira e o conseqüente desrespeito das leis trabalhistas).

Em estudo documental sobre as condições de trabalho de profissionais da educação e o perfil dos afastamentos desses sujeitos por motivos de saúde, Gasparini, Barreto e Assunção (2006) ressaltam que, além das condições apresentadas anteriormente, outra fonte importante de estresse relacionada à atividade docente é a violência que existe dentro e fora dessas instituições, fazendo delas um lugar inseguro e desprotegido.

Contextualizando essas questões com o trabalho do enfermeiro em seus diferentes ambientes de atuação, pode-se perceber a estreita relação entre os argumentos teóricos apresentados e a realidade vivenciada no dia a dia, seja dos profissionais que prestam assistência direta a pacientes e comunidades ou dos que se dedicam à formação de novos profissionais. As dificuldades no desenvolvimento do trabalho profissional podem ser consideradas causas do estresse vivido no ambiente de trabalho e considera-se pertinente a explanação de alguns aspectos do estresse ocupacional.

Inicialmente utilizado pela física e pela engenharia para referir-se a uma força que produz deformação num material, o conceito de estresse foi introduzido na área da saúde pelo cientista endocrinologista Hans Selye, em 1936, ao formular o conceito de *General Adaptation Syndrome* (SAG) (BELANCIERI; CAPPO BIANCO, 2004; ZUARDI, [2012]).

Nessa ocasião, o estresse foi definido como o resultado inespecífico de qualquer demanda sobre o corpo, seja de efeito somático ou mental, e todo agente (físico, mental ou emocional) que induz à reação de estresse foi denominado

estressor. Assim, o estresse pode ser considerado um processo psicofisiológico causador de sintomas desagradáveis e prejudiciais ao organismo e à saúde do homem, particularmente àqueles cuja atividade laboral envolve riscos de diferentes magnitudes (BELANCIERI; BIANCO, 2004; SÓRIA, 2011).

Na área da Educação, os primeiros indícios do adoecimento docente, decorrente de alterações das condições de trabalho, foram divulgados na Suécia, França, Alemanha e Reino Unido, no início da década de 80. Naquela época, o estresse e a Síndrome de *burnout* eram apontados como os principais problemas entre professores e relacionados ao absenteísmo por doença e, até, pelo abandono da profissão (ESTEVE, 1987; MORAES CRUZ; LEMOS; WELTER, 2010).

Nos dias atuais, os estudos sobre a ocorrência do estresse entre professores, nos diferentes níveis educacionais, têm evidenciado aspectos e/ou características relevantes para a ocorrência do *burnout* e realizados em maior número do que em outras áreas (LIPP, 2002).

O estresse pode se manifestar de modo positivo ou negativo, de acordo com percepção das situações vivenciadas a partir da ação dos estressores. Quando essa percepção desencadeia uma resposta positiva, que conduz a pessoa à realização de uma tarefa, possibilitando desenvolvimento intelectual ou emocional, ou seja, que propicie realização pessoal, bem-estar e satisfação de necessidades, recebe o nome de “eustresse”. Sua ocorrência corresponde ao padrão agudo do estresse, caracterizada por evento de curta duração com características motivadoras. Já o desencadeamento de resposta negativa caracteriza o “distresse” e é resultante de um processo adaptativo inadequado que pode provocar alterações fisiológicas no sistema imune e tornar o sujeito vulnerável a patologias/infecções ou, ainda, provocar um desequilíbrio biopsicossocial, decorrente do excesso ou da falta de esforço, que impeça a realização pessoal. Caracterizado como evento de longa duração, com desgaste físico e mental, o “distresse” corresponde ao padrão crônico de estresse (AZEVEDO; KITAMURA, 2006; MIRANDA; PEREIRA; PASSOS, 2009; SÓRIA, 2011).

A exposição prolongada a eventos estressores pode culminar com a exaustão e o esgotamento ou *burnout*. Esse termo tem sido utilizado para designar a síndrome psicológica que ocorre em trabalhadores quando de sua exposição prolongada aos estressores emocionais e interpessoais no ambiente de trabalho. A resposta a essa exposição é caracterizada por três dimensões: cansaço emocional,

sentimentos de indiferença e distanciamento do trabalho (despersonalização), e uma sensação de ineficácia e baixa realização pessoal (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

O cansaço emocional (exaustão) refere-se à sensação de estar sobrecarregado e esgotado no que tange aos recursos emocionais e físicos. O cinismo (ou despersonalização) refere-se a uma resposta negativa, insensível, ou excessivamente indiferente a vários aspectos do trabalho. O componente de eficácia reduzida ou baixa realização pessoal representa a dimensão de auto avaliação e refere-se a sentimentos de incompetência e baixa produtividade no trabalho (LIPP, 2002; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; MIRANDA; PEREIRA; PASSOS, 2009).

O profundo sentimento de frustração e exaustão relacionado ao trabalho realizado e que caracteriza o *burnout* pode, aos poucos, estender-se para as demais áreas da vida de uma pessoa (LIPP, 2002).

As mudanças nas políticas educacionais e de saúde, a dificuldade de adaptação a essas rápidas mudanças e os sentimentos a elas relacionados podem ser apontados como agentes estressores da atividade docente, incluído os docentes de Enfermagem, quando se leva em conta os efeitos deletérios do produtivismo acadêmico.

Nessas condições, considera-se que as circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para o alcance dos objetivos da produção escolar podem suscitar um esforço exagerado e solicitação excessiva de suas funções psicofisiológicas. Sintomas clínicos prejudiciais à sua saúde e qualidade de vida podem aparecer quando não há tempo para recuperação desse esforço (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

Da mesma forma como nos estudos das condições do trabalho docente e dos fatores de insatisfação no trabalho por parte desses profissionais, Belancieri e Bianco (2004) e Tamayo (2009) encontraram fatores desencadeadores de estresse semelhantes entre trabalhadores da área de Enfermagem. O primeiro estudo também investigou manifestações psicossomáticas auto atribuídas pelos trabalhadores da área de Enfermagem, decorrentes da atividade laboral, que incluíram: cansaço, tensão muscular, nervosismo, irritabilidade, dor lombar, ansiedade, cefaléia, problemas de memória e depressão. No segundo estudo foi possível evidenciar a ocorrência de *burnout* e a capacidade de predição das fontes

de desajuste para os fatores de dessa síndrome.

As manifestações clínicas do *burnout* incluem sintomas físicos, comportamentais e cognitivos-afetivos, apresentados no Quadro 1.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO BURNOUT	
SINTOMAS FÍSICOS	
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Fadiga constante e progressiva ↳ Dores musculares ou dor na nuca, ombros, coluna cervical e dorsal ↳ Distúrbios do sono ↳ Cefaléias /enxaquecas ↳ Imunodeficiência com resfriados e gripes constantes ↳ Afecções da pele (prurido, alergias, queda de cabelos, aumento dos cabelos brancos) 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Gastrites ou úlceras ↳ Transtornos cardiovasculares (hipertensão arterial, infartos) ↳ Distúrbios do sistema respiratório (bronquite, asma, suspiros profundos) ↳ Disfunções sexuais (diminuição do desejo, dispareunia/anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou impotência nos homens; alterações menstruais)
SINTOMAS COMPORTAMENTAIS	
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Impaciência ↳ Sentimento de impotência ↳ Agressividade 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Perda de iniciativa ↳ Comportamento de alto risco e até suicídio
SINTOMAS COGNITIVOS – AFETIVOS	
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Falta de concentração ↳ Alteração da memória ↳ Lentidão dos pensamentos ↳ Sentimentos de solidão ↳ Desânimo 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Baixa autoestima ↳ Dificuldades para relaxar e aceitar mudanças

Quadro 1 – Manifestações clínicas do *burnout*. Adaptado de Sória (2011)¹

Algumas ações podem ser empreendidas para minimizar ou prevenir o estresse e o *burnout*. Partindo do princípio de que o estresse é uma resposta do organismo a situações externas de pressão, cada pessoa precisa aprender a reconhecer os seus sinais e efeitos (positivo ou negativo), a partir das reações manifestadas pelo organismo. Evitar o estresse ou minimizar os seus efeitos negativos implica evitar situações de alta demanda de tarefas e baixo controle sobre a atividade laboral e o aparecimento de doenças que mais levam à morte (como as

¹ Material de exposição teórica durante o Curso Resiliência e Enfermagem: caminhos de superação, realizado pela SOBRARE, em parceria com o LAPRENF, em São Paulo, 2011

cardiovasculares). Algumas tensões de fontes internas podem somar-se às de fontes externas como no caso das tensões advindas do ambiente de trabalho e o conhecimento dos agentes estressores presentes nesse ambiente é essencial para que se possa discutir sobre ações amenizadoras ou resolutivas. Outro fator importante relacionado ao ambiente de trabalho é a existência e manutenção de canais de comunicação que viabilizem o envolvimento de empregadores e trabalhadores na discussão e desenvolvimento de mecanismo de participação no controle das tarefas de trabalho (SÓRIA, 2011)¹.

O trabalho docente em Enfermagem, como apresentado, congrega uma série de variáveis capazes de interferir positiva ou negativamente sobre o cotidiano de seus sujeitos e na determinação de sua qualidade de vida. A noção de qualidade de vida compreende aspectos da família, do social, do ambiente, no âmbito da cultura, do conforto e do bem-estar (CONCEIÇÃO et al., 2012; MAGALHAIS; YASSAKA; SOLER, 2008; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A princípio, ter uma boa ou uma melhor qualidade de vida, é uma aspiração natural do ser humano e para alcançá-la é necessário buscar estratégias/mecanismos para enfrentar o estresse e as adversidades decorrentes das experiências ou situações vivenciadas no seu cotidiano, incluindo seu ambiente de trabalho. No entanto, nem todas as pessoas conseguem se adaptar ou enfrentar essas adversidades de modo eficaz, podendo manifestar distúrbios físicos, psicológicos e sociais que podem influenciar negativamente sua qualidade de vida.

Nesse contexto, pode ser inserido o conceito de resiliência compreendido como a capacidade que uma pessoa tem de desenvolver estratégias que possam minimizar os efeitos negativos das adversidades próprias do desempenho profissional e do ambiente de trabalho, promovendo uma adaptação que conduza a uma construção psíquica adequada à inserção social do indivíduo (LARANJEIRA, 2007).

2.3 O Conceito de Resiliência: origem e definições

O conceito de resiliência vem sendo utilizado com maior frequência, nas últimas décadas, nas diferentes áreas do conhecimento, incluindo-se a área de

saúde com destaque à Psicologia, Odontologia, Veterinária, Agronomia, Ecologia, entre outras (SÓRIA, 2006a).

Sua emergência teve origem nos países anglo-saxônicos e norte-americanos, mas conta, também, com a contribuição de investigadores francófonos, isto é, de língua francesa (LARANJEIRA, 2007).

Com a origem nas ciências exatas, mais especificamente a física, teve larga aplicação na área da engenharia. Nessa época, o termo resiliência foi empregado na área de resistência de materiais como sendo a capacidade máxima de um material para suportar tensão sem se deformar de maneira permanente, isto é, retornando ao seu estado original (BENETTI; CREPALDI, 2012).

Autores como Luthar, Cicchetti e Becker (2000a), Matos et al. (2010), McAllister e McKinnon (2008) e Windle (2011) apontam a complexidade envolvida na definição do conceito de resiliência. Mesmo considerando a sua disseminação em outras áreas do conhecimento não é possível conferir a ela um conceito único. Reiterando essa complexidade Benetti e Crepaldi (2012), Sória (2006b) e Yunes e Szymanski (2001) tecem considerações sobre a resiliência como sendo um constructo complexo, ainda em desenvolvimento, sem uma clara definição e, assim sendo, apresenta limitações, requer reflexões diversas, debates, gera controvérsias a seu respeito, tornando instigante a sua investigação.

Embora haja evidências de que o conceito de resiliência venha sendo estudado desde 1800, estudos sobre resiliência relacionados à saúde e doença começaram a surgir a partir da década de 1970 com a pesquisa do psiquiatra infantil E. J. Anthony, em 1974 (LUTHAR; CICCETTI; BECKER, 2000a; YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Sua pesquisa tinha como objetivo a investigação de crianças, filhas de pais esquizofrênicos. Esse estudo estendeu-se e deu origem a um campo de estudo conhecido como Crianças de Pais com Doença Mental. Os resultados revelaram que essas crianças vulneráveis, dependentes de seus pais para o seu bem-estar físico, social e emocional, frequentemente desenvolviam problemas sociais, de aprendizagem e de saúde mental, quando sofriam ou experimentavam alguma forma de negligência ou agressão. No entanto, algumas dessas crianças sobreviviam a essas experiências estressantes, sem desenvolver doença mental. Posteriormente outros estudos foram realizados com adultos e crianças em situação de vulnerabilidade, identificando fatores de risco e proteção para a resiliência,

primeiramente chamada de invulnerabilidade (EARVOLINO-RAMIREZ, 2007; MCALLISTER; MCKINNON, 2008; RUTTER, 1985).

Com o passar do tempo, o termo invulnerabilidade foi substituído por resiliência, dando origem a uma nova área de estudo, com desenvolvimento teórico e de pesquisa. Tal fato justifica-se a partir da diferença conceitual entre os dois termos: a invulnerabilidade refere-se a um traço intrínseco do indivíduo, enquanto a resiliência refere-se à capacidade de um indivíduo, afetado pelo estresse ou pela adversidade, de superá-los e sair fortalecido. Esse processo de superação e fortalecimento nem sempre ocorre de igual maneira entre uma pessoa ou outra pessoa, sendo possível desenvolvê-lo e promovê-lo (EARVOLINO-RAMIREZ, 2007; INFANTE, 2005; RUTTER, 1999).

Além do conceito de vulnerabilidade, o desenvolvimento de novas linhas de pesquisa sobre a temática da resiliência traz à tona outros conceitos e sua aplicabilidade nas diferentes áreas do conhecimento como é o caso dos conceitos de risco, estresse, *coping*, competência e fatores de proteção (SÓRIA, 2006b; YUNES; SZYMANSKI, 2001).

O seu rápido desenvolvimento e o crescente interesse em sua aplicabilidade suscitaram alguns questionamentos tendo em vista as ambigüidades nas definições e terminologia central; a heterogeneidade dos riscos experimentados e da competência alcançada por indivíduos vistos como resilientes; a instabilidade do fenômeno da resiliência; e, por fim, preocupações em relação à utilidade de resiliência como um constructo teórico. Tais questionamentos foram criticamente analisados, em um trabalho de revisão da literatura científica sobre resiliência, por Luthar, Cicchetti e Becker (2000a), que apontaram a importância do trabalho sobre a resiliência para aumentar o entendimento dos processos que afetam indivíduos em risco.

No entanto, os autores alertam que a compreensão do potencial representado por este constructo continuará sendo limitada, se não houver atenção científica contínua a algumas das graves armadilhas conceituais e metodológicas observadas igualmente por céticos e defensores, aspecto também ressaltado por Windle (2011).

Considera-se pertinente, então, a apresentação de alguns dos conceitos encontrados na literatura, nos diferentes contextos, nos quais a resiliência tem sido estudada e aplicada.

Na busca de seu significado em dicionários de língua portuguesa ou inglesa constata-se maior quantidade de significados no que toca à sua aplicabilidade na área das ciências exatas em detrimento das ciências humanas e áreas afins. A tradução do vocábulo *resilience/resiliência* no Dicionário Prático Michaelis (MICHAELIS, 2001; RESILIENCE, 2009; RESILIÊNCIA, 2009) indica “elasticidade”, “poder de recuperação”, “trabalho necessário para deformar um corpo até seu limite elástico” e, para o adjetivo *resilient/resiliente*, indica “o que se recupera prontamente”.

O Dicionário Aulete on line (RESILIÊNCIA, [2011]) aponta a sua origem etmológica, do latim *resilire*, *resilientia*, o seu significado nos campos da física e da ecologia e, ainda, no sentido figurado como sendo, respectivamente, a “propriedade de um material retornar à forma ou posição original depois de cessar a tensão incidente sobre o mesmo, determinada pela quantidade de energia devolvida após a deformação elástica”; “capacidade de um ecossistema retornar à condição original de equilíbrio após suportar alterações ou perturbações ambientais” e “habilidade que uma pessoa desenvolve para resistir, lidar e reagir de modo positivo em situações adversas”.

Citando os autores franceses Vanistendael e Lecomte (2000), Poletti e Dobbs (2007, p. 13) apresentam a definição utilizada pelos cientistas sociais na qual, ser resiliente é ter a “capacidade de vencer, viver, desenvolver-se positivamente, de maneira socialmente aceitável, apesar do estresse ou de uma adversidade que normalmente comportam o grave risco de uma saída negativa”.

Do ponto de vista da Psicologia do Desenvolvimento, a resiliência é definida como um “processo de”, “capacidade para” ou, como “resultado de uma adaptação bem sucedida, apesar das circunstâncias adversas”. Nessa área da Psicologia o conceito de resiliência tem sido aplicado na investigação de eventos adversos em diferentes fases do desenvolvimento humano, originando-se a partir de pesquisas na investigação dos padrões de adaptação individual da criança em relação ao ajustamento apresentado na idade adulta. A partir daí ocorre maior disseminação para outras áreas, incluindo a área da saúde (WINDLE, 2011, p. 154; YUNES; SZYMANSKI, 2001).

No campo da Psiquiatria, a resiliência é vista na perspectiva de Michel Rutter, grande estudioso do tema, como a superação do estresse ou adversidade com foco

na resistência relacionada às experiências de risco psicossocial (RUTTER, 2007; WINDLE, 2011).

Com base nas características pessoais outros autores apresentam a resiliência como sendo um atributo pessoal que permite ao indivíduo vencer diante da adversidade ou como um traço de personalidade relativamente estável caracterizada pela capacidade de “superar”, “orientar através de” e “recuar” diante das adversidades. De outro modo, pode ser vista como um fator ou traço de personalidade que protege contra as adversidades e emoções negativas da vida por meio de recursos de adaptação, flexibilidade e inventividade, visão, esta, mais presente na abordagem da resiliência em adultos do que em crianças (CONNOR; DAVIDSON, 2003; KIRKWOOD et al., 2010; ONG et al., 2006; ROTH; VON COLLANI, 2007; WINDLE, 2011).

Importante ressaltar que essa diferenciação na definição da resiliência é atribuída ao fato de haver duas gerações de pesquisadores nessa área. A primeira surgiu com o interesse de descobrir os fatores protetores que suportam ou explicam a adaptação positiva em crianças que vivem sob condições de estresse ou adversidades. Já a segunda empreendeu as pesquisas sobre resiliência considerando dois aspectos distintos: a noção de processo (dinâmica entre fatores de risco e resiliência para superação da adversidade) e a busca de modelos para a promoção efetiva da resiliência em termos de programas sociais (INFANTE, 2005).

A noção dinâmica de resiliência tem em Edith Grotberg sua pioneira ao afirmar que a resiliência requer a interação de fatores resilientes advindos de três diferentes níveis: suporte social (eu tenho), habilidades (eu posso) e força interna (eu sou e eu estou) (INFANTE, 2005).

Após uma ampla revisão da literatura sobre resiliência e utilizando uma metodologia de análise do conceito, Windle (2011) define resiliência como um processo de negociação eficaz, adaptação ou controle de fontes importantes de estresse ou trauma. Afirma que qualidades e recursos individuais, sua história de vida e seu ambiente facilitam essa capacidade de adaptação e o recomeço diante das adversidades. Nesse contexto, a experiência de resiliência irá variar ao longo do curso da vida de cada indivíduo, partindo-se do princípio de que cada fase do desenvolvimento tem suas características próprias ou eventos relacionados. A essas características somam-se as adversidades relacionadas às perdas irreversíveis,

como a morte de parentes próximos ou amigos, desemprego, problemas de saúde, divórcio, que podem ocorrer em qualquer dessas fases.

Mais recentemente, a Psicologia Positiva tem utilizado o conceito de resiliência para investigar os aspectos potencialmente sadios das pessoas por sua relação com processos que buscam a superação das adversidades. Para a Associação Americana de Psicologia (APA) a resiliência consiste no processo de adaptação diante das adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou, mesmo, de fontes significativas de estresse que podem estar relacionadas a questões familiares, relacionamentos, doenças graves, problemas no local de trabalho e situação financeira (BARBOSA; VARELLA, 2011; CALVETTI; NUNES, 2007; YUNES, 2003).

Nessa perspectiva da Psicologia Positiva e dos pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas e da Teoria da Terapia Cognitivo Comportamental o conceito de resiliência vem sendo utilizado pela Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE) em metodologia idealizada para o seu mapeamento. O conceito e a metodologia utilizados pela SOBRARE foram desenvolvidos a partir das pesquisas realizadas pelo Dr. George Barbosa, em 2006, por ocasião de seu doutoramento e de trabalhos subsequentes junto a esta sociedade.

Tomando por base os pressupostos teóricos da Teoria da Terapia Cognitivo-Comportamental e da Psicologia Positiva, pode-se dizer que, diante de situações adversas, os comportamentos de respostas não são estruturados a partir das situações reais de estresse e o impacto por ele causado, mas, sim, pela maneira como a pessoa processa o reconhecimento dessas situações, a partir de suas crenças. A partir daí organiza seu comportamento que pode ser manifestado por posições de entendimento (equilíbrio), de ataque (intolerância) ou de passividade (acatar o impacto) frente ao estresse. A interpretação de cada uma dessas vivências será configurada de acordo com as representações que anteriormente foram atribuídas a elas ou a situações similares. No contexto da Teoria Geral dos Sistemas entende-se que as atribuições de significados que se dão diante de situações adversas não ocorrem de forma isolada, mas dentro de um contexto sistêmico, ou seja, a interação concomitante de diferentes sistemas gera as condições de risco, vulnerabilidade ou segurança (BARBOSA; VARELLA, 2011).

Assim, a resiliência é entendida como a competência que uma pessoa tem de cultivar padrões de crenças, devidamente estruturados, para lidar com as

adversidades e superá-las por meio de forças e virtudes, de tal modo, que resulte em comportamentos resilientes e no amadurecimento pessoal (BARBOSA; VARELLA, 2011).

Ainda nesta perspectiva, a resiliência poderia ser entendida como o amálgama de domínios de crenças que, interconectados, promovem nas pessoas a capacidade de enfrentar as crises a partir de uma perspectiva positiva (visão); atuar com efetividade diante das situações de estresse elevado (eficácia); mediar a ansiedade e o medo para favorecer a superação (regulação); adaptar-se de modo inteligente frente às necessidades internas e externas (competência emocional); resistir às mudanças com flexibilidade; desenvolver e cultivar vínculos sociais e/ou comunitários; alimentar relações nucleares, familiares, com amigos pessoais; focar no projeto de sobreviver ao estresse e às diversidades (BARBOSA, 2012b).

Essa concepção de resiliência é concernente com o conceito apresentado por Tavares (2002) que define a resiliência como a capacidade de responder aos desafios e adversidades com flexibilidade e com capacidade de recuperação diante delas, adotando uma postura positiva e perseverante e mantendo um equilíbrio dinâmico durante e depois do enfrentamento. Acrescenta, ainda, que se trata de uma característica de personalidade que quando ativada e desenvolvida possibilita ao sujeito superar-se e às pressões do mundo, desenvolver um autoconceito realista, confiança e autoproteção sem desconsiderar a abertura ao novo, à mudança, ao outro e à realidade do seu entorno.

Levando em consideração a temática desse trabalho de pesquisa, pode-se dizer que no âmbito da Enfermagem os estudos realizados sobre a resiliência estão, em sua maioria, relacionados à avaliação da resiliência no ambiente de trabalho do enfermeiro assistencial e satisfação no trabalho (BELANCIERI et al., 2010; GILLESPI; CHABOYER; WALLIS, 2009; MATOS et al., 2010; SÓRIA, 2006a) bem como à identificação das situações geradoras da necessidade de se desenvolver resiliência, das que lhe são mais propícias e da presença de comportamentos resilientes nesses ambientes (BELANCIERI; CAPPO BIANCO, 2004; MANAGNO; LISBOA; GRIEP, 2004; SÓRIA, 2012).

No que se refere à avaliação ou aplicabilidade do conceito de resiliência na área da educação como um todo e do ensino superior em Enfermagem os estudos têm buscado relacionar as situações geradoras de estresse na atividade docente e identificar as estratégias para o desenvolvimento da resiliência (CARAN et al., 2010;

FERREIRA et al., 2009; CHRISTOPHORO; WAIDMAN, 2002; STÖBAUS; MOSQUERA; SANTOS, 2007).

Diante do exposto, pode-se perceber que em todas as definições de resiliência, bem como nas publicações relacionadas, estão sempre presentes a adversidade ou o estresse e a capacidade do indivíduo em superá-los. No entanto, existem situações que podem minar as forças ou recursos do indivíduo, dificultando ou minimizando o comportamento de superação. Para o entendimento de como a resiliência se realiza também é necessário conhecer os fatores que podem contribuir para sua manifestação. São, respectivamente, os fatores de risco e proteção, descritos a seguir.

2.4 Resiliência: fatores de risco e fatores de proteção

O conhecimento dos processos ou mecanismos de risco é essencial quando se trata, particularmente, de riscos psicossociais ou riscos socioculturais tendo em vista a determinação da dimensão da diversidade de respostas que podem ocorrer. Sobre a relação risco e resiliência, Yunes e Szymanski (2001) afirmam que o risco faz parte de um binômio que inclui também a resiliência, numa importante vinculação conceitual.

Para as autoras, a palavra resiliência agrega um sentido positivo enquanto o termo risco, por si, já agrega um sentido negativo e está diretamente relacionado aos eventos negativos de vida de qualquer natureza. Sua presença aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas físicos, sociais ou emocionais.

Pesce et al. (2004) apontam alguns exemplos de fatores de risco, agudos ou crônicos, que poderiam interferir na capacidade de resiliência de crianças e adolescentes como: condições de pobreza, ruptura na família, vivência de algum tipo de violência, experiência de doenças no próprio indivíduo e na família, além das perdas consideradas importantes. Esses eventos de risco podem ser considerados obstáculos individuais ou ambientais que aumentariam a vulnerabilidade de crianças para resultados negativos no seu desenvolvimento.

O conceito de vulnerabilidade tem relação direta com a resiliência quando se avalia a resposta de um indivíduo ao risco e, segundo Pesce et al. (2004, p. 136), a

vulnerabilidade refere-se à “predisposição individual para desenvolver variadas formas de psicopatologias ou comportamento não eficazes, ou susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento”, enquanto a resiliência se traduz em “predisposição individual para resistir às consequências negativas do risco e desenvolver-se adequadamente”.

Sobre isso, Barbosa e Varella (2011), Rutter (1987) e Sachuk e Cangussu (2008) afirmam que ser resiliente ou desenvolver resiliência não implica em eliminação do risco, mas no encorajamento do indivíduo para enfrentá-lo. De acordo com a APA, ter um comportamento resiliente não é sinônimo de ausência de sofrimento, medo ou consequências do estresse e que a trajetória da superação envolve considerável aflição emocional.

No que se refere ao campo profissional, os dias atuais têm sido marcados pelo aumento dos relatos sobre as situações de estresse no trabalho, situações essas que podem constituir-se em fatores de risco para o trabalhador. De acordo com D'Auria (2003) o estresse profissional ocorre em todos os níveis hierárquicos, intensificando-se naqueles em que as responsabilidades, cobranças, pressão laboral e competitividade são maiores, somadas às estafantes jornadas de trabalho.

Para a Enfermagem, particularmente, o ambiente de trabalho apresenta-se como fator de risco, quando se considera as situações de estresse vivenciadas no dia-a-dia.

No entanto, nem só os ambientes de assistência à saúde devem ser considerados fatores de risco para o profissional de enfermagem. A sua atuação enquanto educador também representa risco, quer exercendo a docência em cursos técnicos, no ensino superior ou, ainda, no âmbito da educação permanente em saúde. Segundo Lipp (2002), em estudo realizado com docentes do ensino superior, as condições inadequadas de trabalho, carga horária excessiva, salários defasados, quantidade de trabalho, grau de responsabilidade para com pessoas, relações difíceis com o chefe ou a chefia, colegas, subordinados, e também a relação aluno-professor foram apontados como estressores no ambiente de trabalho.

Magalhães, Yassaka e Soler (2008), em estudo para a identificação dos indicadores de qualidade de vida entre docentes de um curso de Enfermagem, apresentam como fatores desgastantes a insatisfação com a remuneração, excesso de atividades no trabalho e falhas na divisão de tarefas. Nessa população, ao contrário de outros estudos, as relações sociais no ambiente de trabalho foram

consideradas satisfatórias, apesar de a maioria considerar-se estressada e referir dor de cabeça como sintoma frequente. Conceição et al. (2012) encontraram resultados semelhantes sendo que, para os docentes da amostra, a sobrecarga de trabalho está relacionada às atividades de ensino, pesquisa, extensão e administração.

Além dessas, é preciso lembrar que muitos docentes exercem outras atividades, como estudos para qualificação profissional, atividades assistenciais, de consultoria, pesquisa e extensão que contribuem para o excesso no volume de tarefas. O acúmulo de agentes estressores pode afetar negativamente o seu desenvolvimento caso este docente sinta-se desvalorizado, sobrecarregado ou desestimulado, além de prejudicar o processo de formação dos futuros profissionais (LIPP, 2002).

A violência também pode estar presente no ambiente de trabalho, assumindo diferentes formas de manifestação e participando do complexo quadro dos riscos ocupacionais. Sob a forma de Assédio Moral no Trabalho, foi referida por docentes de uma universidade pública, sendo vivenciada por 40,7% dos docentes em questão. Os demais (59,3%) conheciam colegas que haviam sofrido Assédio Moral e 70,4% afirmaram que sua ocorrência é um problema comum na instituição. Como fatores que favorecem esse tipo de violência foram apontados a competição por cargos e a obtenção de recursos para pesquisas e publicações, o que facilita a ocorrência desse fenômeno. As individualidades devem ser superadas por valores, como equidade e solidariedade para que não aconteçam esses tipos de situações (CARAN et al., 2010).

Essa proposta de superação remete ao oposto dos fatores de risco, ou seja, os fatores de proteção, também chamados mediadores (*buffers*).

Os fatores de proteção podem ser classificados didaticamente em três tipos: (1) fatores individuais: auto-estima positiva, auto-controle, autonomia, características de temperamento afetuoso e flexível; (2) fatores familiares: coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio/suporte; (3) fatores relacionados ao apoio do meio ambiente: bom relacionamento com amigos, professores ou pessoas significativas que assumam papel de referência segura à criança e a faça sentir querida e amada (PESCE et al., 2004).

As principais funções dos fatores de proteção foram descritas por Rutter (1987) e consistem em: (1) reduzir o impacto dos riscos, alterando a exposição da

pessoa à situação estressora; (2) reduzir as reações negativas que advém da exposição do indivíduo à situação de risco; (3) estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia, através de estabelecimento de relações de apego seguras e o cumprimento de tarefas com sucesso; (4) criar oportunidades que possam reverter os efeitos do estresse.

A literatura sobre resiliência e estresse extremo aponta alguns fatores que têm sido mais comumente associados à resiliência. São eles: (1) relações próximas com adultos competentes e carinhosos na família e na comunidade; (2) habilidades para autocontrole; (3) visão positiva de si; (4) motivação para ser eficaz no ambiente; (5) relacionamentos amigáveis e amorosos com pares bem ajustados social, física e emocionalmente. Além desses, podem ser citados o otimismo, emotividade positiva, percepção de ocorrências estressantes de forma menos ameaçadora e capacidade para reformular experiências adversas de modo positivo, espiritualidade e capacidade para encontrar um significado em meio ao trauma (CICCHETTI, 2010).

Esses fatores se assemelham às cinco chaves geradoras de resiliência destacadas por Costa (1995) e que podem ser aplicadas a pessoas, grupos, comunidades e organizações: a aceitação incondicional como pessoa; a capacidade de buscar significado transcendente da vida como valor, por meio da fé religiosa (espiritualidade) ou adesão a princípios que transcendam as circunstâncias; a busca constante do autocontrole (controle sobre a própria vida); autoestima; senso de humor.

Em relação ao ambiente, o autor destaca os elementos que podem facilitar a resiliência: estruturas coerentes, mas flexíveis; humanização das relações; respeito; reconhecimento; garantia de privacidade; tolerância às mudanças; aceitação; limites de comportamento definidos e realistas; comunicação aberta; abertura para novas ideias; tolerância aos conflitos; busca de reconciliação; esperança; sentido de comunidade; valores humanos construídos; empatia.

2.5 Resiliência e Enfermagem: pesquisa e aplicabilidade

Como mencionado inicialmente, a resiliência tem sido objeto de estudo e investigação em diferentes áreas do conhecimento. Sua aplicabilidade pode ser

constatada na Odontologia, Veterinária, Agronomia, Ecologia, Psicologia, entre outras (Tavares, 2002).

A partir de levantamento bibliográfico nas bases de dados BDENF, LILACS, MEDLINE/PubMed e SciELO, Sória (2006a) aponta maior produção científica em periódicos americanos e europeus. Entre os periódicos latino-americanos destaca-se a publicação na área das Ciências sociais, com a temática relacionada à situação de pobreza na infância e à educação.

Em relação às publicações na área da Enfermagem a autora pode constatar um número maior de artigos relacionados à Administração /Gerenciamento, seguida da Assistência ao Adolescente e à Mulher em periódicos americanos e europeus. Em contraste, a produção científica sobre a temática da resiliência mostrou-se incipiente, voltada, principalmente aos adolescentes. As publicações na área da Psicologia e Ciências Sociais foram mais frequentes na base SciELO.

No período compreendido entre 2000 e 2010, a busca da produção científica sobre a temática nas bases BDENF, LILACS e SciELO, utilizando-se os descritores resiliência e enfermagem, mostrou a publicação de poucos estudos. Excluídas as teses e dissertações, foram identificados apenas oito artigos, incluindo-se dois artigos de revisão de literatura (MIGUEL; ANJOS, 2011).

Os autores puderam observar um predomínio da abordagem qualitativa nos estudos encontrados, seguindo a mesma tendência apontada por Sória (2006a), sendo que apenas um deles utilizou a escala de Wagnild e Young, validada no Brasil por Pesce em 2004 (PESCE et al., 2004).

Levando em conta a literatura sobre o significado de resiliência e promoção da saúde, Lindström (2001) aponta as três perspectivas mais frequentemente investigadas: (1) fatores relacionados com o indivíduo, que envolvem os aspectos genéticos, idade, fase do desenvolvimento, sexo, constituição, histórico e experiência de vida; (2) o contexto, aqui compreendido como as questões relacionadas ao suporte social, classe social, cultura e ambiente; (3) quantidade e qualidade do evento de vida, através da avaliação de sua magnitude, duração no tempo e eventos a longo prazo, *clusters* (grupos), se desejável ou se controlável. Uma quarta dimensão pode ser acrescentada: a que se relaciona com os fatores de proteção.

Mais recentemente, algumas investigações têm sido direcionadas para os campos da neurociência/neuroplasticidade e genética, com a realização de estudos

randomizados, desenvolvidos em vários níveis e não apenas num único, com o objetivo de estabelecer relações dessas áreas do conhecimento com o desenvolvimento da resiliência, bem como identificar possíveis promotores de resiliência. Os estudos que investigam crianças submetidas a maus tratos, situação considerada de estresse extremo, e os mecanismos do funcionamento resistente podem servir como exemplo para ilustrar a investigação na perspectiva de multiníveis. Esses incluem estudos de personalidade, neurológicos, neuroendócrinos e genético moleculares e sua relação com a promoção de adaptação resiliente. Este novo modelo de pesquisa tem sido possível graças ao avanço tecnológico em genética molecular e neuroimagem, além da mensuração de outros aspectos biológicos do comportamento (CICCHETTI, 2010; TRUFFINO, 2010).

Levando-se em conta a pequena produção científica sobre resiliência na Enfermagem, considera-se necessário o desenvolvimento de estudos e investigações nos diferentes campos de atuação profissional com o objetivo de identificar as áreas que propiciam maior risco e/ou proteção (SÓRIA, 2011).

Mesmo em face dessa lacuna na literatura é possível apontar algumas contribuições do conceito de resiliência para a Enfermagem.

Stacciarini e Trócolli (2001) referem que a Enfermagem foi classificada como a quarta profissão mais estressante, no setor público, pela *Health Education Authority* e, também, que a formação do enfermeiro tem sido bastante questionada nos dias atuais, no que se refere à qualidade do cuidado prestado nos diferentes cenários de assistência à saúde.

Neste contexto, a resiliência pode ser um conceito significativo para a Enfermagem permitindo um redimensionamento da pesquisa e contribuindo para reflexões na área do ensino, visando à formação de profissionais com competências e habilidades, que viabilizem a prevenção de agravos e a promoção da saúde desses profissionais, os quais enfrentam um mercado de trabalho repleto de incertezas e instabilidades sociais, econômicas e políticas (SÓRIA, 2011).

Além desses aspectos relacionados à formação profissional, é importante ressaltar que o ambiente de trabalho do enfermeiro também é um ambiente de adversidades associadas à carga excessiva de trabalho, falta de autonomia, *bullying*, violência e reestruturação das políticas organizacionais, fatores associados à desistência de parte dos profissionais de enfermagem do exercício da profissão. No entanto, apesar de todas as dificuldades enfrentadas, outra parte deles

permanece em seus empregos e investem no desenvolvimento da carreira profissional (JACKSON; FIRTKO; EDENBOROUGH, 2007; JACKSON et al., 2011).

Esse comportamento é atribuído à resiliência, enquanto habilidade do indivíduo para a adaptação positiva, que pode ser utilizada para o fortalecimento das potencialidades de enfermeiros por meio de estratégias voltadas para a edificação de relacionamentos profissionais amigáveis e positivos, mantendo a positividade, desenvolvendo a percepção emocional; alcançando o equilíbrio entre a vida e a espiritualidade e tornando-se mais reflexivo (JACKSON; FIRTKO; EDENBOROUGH, 2007).

Isso equivale a dizer que a resiliência pode ser desenvolvida através de relações de apoio e confiança, tendo como foco o cuidado e a valorização do indivíduo enquanto ser humano em desenvolvimento. No dia-a-dia, a partir da ação de diferentes sujeitos, quer no contexto familiar ou cultural, existe a possibilidade de se desenvolver a resiliência se as relações forem, imperiosamente, fundamentadas na confiança, no respeito e apoio (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

É fato, então, que é possível promover ou desenvolver a resiliência e, como visto anteriormente, ainda predominam as abordagens qualitativas na sua investigação. No entanto, sua presença pode ser identificada nos seres humanos pela utilização de escalas específicas que passam a ser descritas a seguir.

2.6 Resiliência: instrumentos de mensuração

Um dos instrumentos utilizados para a mensuração da resiliência é a escala desenvolvida por Wagnild e Young, em 1993. Esse instrumento foi validado no Brasil por Pesce et al. em 2004, e se propõe a medir os níveis de adaptação psicossocial positiva frente às adversidades. A mensuração é realizada por meio de 25 ítems descritos de forma positiva com resposta do tipo *Likert* que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala variam entre 25 e 175 pontos, sendo os valores altos indicativos de elevada resiliência (PESCE et al., 2004; SÓRIA, 2006a).

Em um estudo de revisão acerca de escalas de mensuração/avaliação da resiliência realizado por Windle et al. (2011) identificou 19 escalas nas bases de

dados consultadas. Após a rigorosa revisão das propriedades psicométricas, os autores apontaram a *Connor-Davidson Resilience Scale*, a *Resilience Scale for Adults* e a *Brief Resilience Scale* como as que obtiveram melhores índices psicométricos. A adequação conceitual e teórica de algumas escalas foi questionável.

Ao concluir essa revisão, os autores ressaltam que pela pouca utilização de cada uma das escalas avaliadas ou por estarem no início de seu desenvolvimento, faltam dados consistentes acerca de sua validação e adequação. Diante do crescente interesse na resiliência por parte de grandes agências internacionais, como base para decisões políticas e práticas, os pesquisadores são convidados ou incentivados a apresentar relatórios estatísticos consistentes ao utilizar os instrumentos.

Outro instrumento que pode ser utilizado para a medida de resiliência é o Questionário do Índice de Resiliência: Adultos – *Reivich-Shatté/Barbosa*. Esse instrumento recebe essa denominação depois de ter sido validado para a realidade brasileira por Barbosa (2006), denominado, originalmente, Questionário do Índice de Resiliência: Adultos – *Reivich-Shatté (Resilience Quotient Test.- RQTest)*. Esse questionário foi idealizado por Karen Reivich e Andrew Shatté, e publicado pela Broadwaybooks, em 2002. Originalmente é composto por 56 questões que compreendem sete fatores centrais, estabelecidos com base na abordagem da Teoria Cognitiva e escolhidos por se apresentarem de forma concreta, passíveis de mensuração, bem como, de ser ensinados e otimizados e incluem: (1) Administração das Emoções; (2) Controle dos Impulsos; (3) Otimismo; (4) Empatia; (5) Análise Causal; (6) Auto-Eficácia; (7) Alcance de Pessoas ou (BARBOSA, 2006).

Após o processo de adaptação, as aplicações do instrumento e as revisões realizadas deram origem ao instrumento atual, denominado Quest_Resiliência. Esse instrumento contém contribuições de abordagens como a Psicossomática, a Psicologia Positiva e a Teoria Geral dos Sistemas e está estruturado nos pressupostos teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental e é composto por oito áreas de avaliação, denominadas Modelos de Crenças Determinantes (MCDs): (1) Autocontrole, (2) Leitura Corporal, (3) Otimismo para com a vida, (4) Análise do Ambiente, (5) Empatia, (6) Autoconfiança, (7) Alcançar e manter pessoas e (8) Sentido da Vida, definidos como segue (BARBOSA, 2011; BARBOSA, 2012d; RODRIGUES, 2012):

Autocontrole: se refere à capacidade de se manter calmo e equilibrado para lidar com seus sentimentos quando enfrenta situações de pressão ou diante de imprevistos.

Otimismo para com a vida: é a capacidade de manter esperança com a convicção de que as adversidades irão mudar, pela crença de que é possível gerenciar a situação no presente, enxergando um amanhã melhor.

Análise do Ambiente: se refere à habilidade de identificar as razões dos problemas e adversidades, mapeando pistas no ambiente.

Empatia: está relacionada com a capacidade de compreender as outras pessoas, em seu estado emocional, e agir de acordo com esse entendimento.

Autoconfiança: é a habilidade de se sentir eficaz nas ações que serão realizadas. É acreditar em seus recursos e potenciais internos.

Leitura Corporal: é ter a capacidade de perceber as mudanças que acontecem em seu corpo quando enfrenta as situações de adversidades e controlar os “sintomas e efeitos do estresse” nos sistemas nervoso/muscular.

Conquistar e Manter Pessoas: está relacionado com a habilidade de construir e manter relacionamentos, formando redes de apoio e proteção.

Sentido de Vida: é ter a capacidade de entender e manter um sentido maior para a existência, trazendo valor para a vida.

Por MCDs entende-se o conjunto de crenças – o modo de acreditar como as coisas lhes acontecem – desenvolvido por todas as pessoas e que irão influenciar, decisivamente, os seus estilos comportamentais. Os estilos comportamentais traduzem o modo como as pessoas se comportam quando enfrentam e superam desafios em diferentes ambientes, ou seja, no trabalho, na família, na escola ou nas diferentes posições que assumem (BARBOSA, 2011).

Esses MCDs se formam e se desenvolvem desde a infância e vão se organizando ao longo da vida de acordo com as situações que se apresentam em cada fase do desenvolvimento. Quando se enfrenta uma situação adversa, o comportamento expresso como resposta resulta da organização das crenças existentes naquele momento relacionadas às causas e implicações dessa situação. Esses modelos comportam os pensamentos negativos (eu não posso, eu não sou capaz, eu não mereço), o desenvolvimento de um discurso interno positivo, de um *locus* de controle interno, de uma perspectiva otimista, da assertividade e de competências de resolução de problemas. Sendo assim, essas crenças podem se

apresentar de modo cristalizado como, por exemplo, quando diante de uma adversidade, se expressa uma resposta que reflete a rigidez dos padrões transgeracionais ou a recorrência de comportamentos e Modelos de crenças negativas ou exacerbadas. Ao contrário, quando uma pessoa amadurece em sua resiliência, adquire maior flexibilidade, abertura e amplitude, o que lhe permite elaborar conclusões sobre bases mais consistentes e coerentes que a capacita para enfrentar situações adversas e de estresse elevado, enxergando, compreendendo e tomando decisões que lhe permitam superar e vencer as adversidades que se apresentam nas diferentes áreas da vida (BARBOSA, 2011; 2012b).

Algumas situações que ocorrem no ambiente de trabalho podem servir para um melhor entendimento da dinâmica dos MCDs nessa área da vida das pessoas. Por exemplo, no âmbito profissional, não é incomum se encontrar pessoas que procuram encontrar culpados por aquilo que lhes acontece no dia a dia e vivem buscando justificativas que responsabilizem outros pelo comportamento ou atitudes que tomaram. Esse comportamento advém do modo de acreditar como as coisas acontecem em suas vidas (MCDs). Por outro lado, algumas pessoas se comportam de modo defensivo entre os colegas por se sentirem agredidas ou ofendidas. Outra situação refere-se às pessoas que vivem frustradas e sem realizações pessoais significativas. Essas pessoas criam ou idealizam situações para suas vidas com base em MCDs que são irreais de modo que para concretizá-las precisam travar lutas desesperadas e, quando não conseguem, vivem a frustração e o desânimo (BARBOSA, 2011).

A utilização desse instrumento requer autorização formal da Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE) que, atualmente, detém os direitos de cessão de todas as versões, utilizadas internamente como ferramenta no desenvolvimento de seus cursos ou com aqueles que estão envolvidos com pesquisas.

2.7 Qualidade de Vida: conceito e instrumentos de mensuração

O constructo qualidade de vida tem sido objeto de estudo de diferentes áreas do conhecimento e se caracteriza pela sua subjetividade, o que dificulta a elaboração de um consenso acerca de seu significado. Pode adquirir diferentes

significados para diferentes pessoas e está frequentemente associado aos conceitos de felicidade, bem-estar, satisfação e realização pessoal. Outros dois aspectos referentes ao construto são a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas (BOWLING, 2001; FLECK et al., 1999).

A multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas também estão presentes no conceito de resiliência aqui apresentado e sua frequente associação aos conceitos de felicidade, bem-estar e satisfação pessoal, que também fazem parte dos pressupostos da Psicologia Positiva.

Essa multidimensionalidade também está presente na análise do conceito de qualidade empreendida por Minayo et al. (2000, p. 10) na perspectiva da saúde coletiva. Segundo os autores, qualidade de vida pode estar relacionada a modo, condições e estilos de vida; às ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana; aos campos da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. No que se refere à saúde, “as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si.”

Ainda no que concerne à área da saúde, a utilização do constructo qualidade de vida, permeado pela interdisciplinaridade, tem sido considerado imprescindível, à medida que seus resultados contribuem para a melhoria da qualidade da assistência prestada (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; SEIDL; ZANNON, 2004).

Bem estar, felicidade, realização pessoal, entre outros sentimentos positivos estão direta ou indiretamente relacionados ao trabalho, quando visto como a principal forma de personificação humana. Sabe-se, também, que a atividade laboral consome grande parte da vida do indivíduo, impondo-se de forma estratégica na composição do *status quo* individual. A compreensão do papel do trabalhador e das condições das condições do exercício da atividade laboral impacta significativamente no conceito global de qualidade de vida. Assim, o Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde convencionou definir qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

Nesse contexto, a avaliação da qualidade de vida envolve, entre outros itens, a verificação de satisfação com o ganho monetário, da motivação e

disposição para o desempenho de atividades no dia-a-dia e da capacidade para o trabalho, bem como o comprometimento e a sobrecarga que esta atividade impõe sobre o trabalhador.

Vários instrumentos têm sido propostos para sua avaliação e mensuração, de forma genérica ou específica, podendo ser utilizados separadamente ou em associação num mesmo estudo. No entanto, os mais utilizados são o *Medical Outcomes Studies 36-item Short Form*, ou seja, a Escala de Flanagan (SF-36), o *Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers* e o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100) e sua versão abreviada, com 26 itens, WHOQOL-bref propostos pela Organização Mundial da Saúde conforme os dados dos trabalhos de revisão empreendidos por Campos e David (2007) e Dantas, Sawada e Malerbo (2003).

A atividade exercida pelos docentes tem se mostrado excessiva absorvendo, por vezes, o tempo que seria destinado ao lazer e contribuindo para o aumento de estresse.

Alguns estudos já foram realizados para avaliação do estresse em professores universitários e revelam que o estresse está presente no dia-a-dia da atividade docente e pode interferir negativamente em sua qualidade de vida quando se consideram as alterações no relacionamento familiar, problemas de saúde advindos desse estresse, além da diminuição do desempenho profissional. Sendo assim, pode-se dizer que o controle do estresse é de fundamental importância para uma vida saudável e produtiva (OLIVEIRA; CARDOSO, 2011)

Ao avaliar o estresse profissional entre docentes de enfermagem, Christophoro e Waidman (2002) constataram que alguns fatores contribuem para o aumento do estresse, citando as condições de trabalho, questões financeiras, pressões do trabalho, competitividade e conflito no relacionamento interpessoal.

Alguns desses aspectos foram explorados por Rocha e Felli (2004) que apontaram fatores desgastantes e potencializadores da qualidade de vida no trabalho (QVT) de docentes de enfermagem. Entre os fatores potencializadores foram enfocados os aspectos positivos das relações interpessoais amigáveis e respeitadas (docentes, funcionários e alunos), a competitividade institucional vista como motivadora para o crescimento profissional, a capacitação docente, a relação com o ensino prático (campos de estágio) e a remuneração. Entre os desgastantes, foram citados os desacordos com a estrutura administrativa, no que se refere ao

caráter da tomada de decisões (pessoal versus profissional), a relação teórico-prática com a dificuldade de aplicação dos ensinamentos teóricos relacionada com as condições oferecidas pelos campos de ensino, o regime de trabalho horista como um obstáculo para o desenvolvimento da pesquisa, a interferência na vida familiar (levar tarefas para casa), o descontentamento com a remuneração percebida e as relações interpessoais, levando em conta a falta de tempo para um contato mais efetivo e que favoreça o fortalecimento dos relacionamentos.

Estudos realizados em diferentes realidades, em países como Finlândia (HARRI, 1995), Noruega (STAMNES, MYKLETUN; MYKLETUN, 1998), China (GUI et al., 2011) apresentaram resultados semelhantes. A sobrecarga no trabalho, a falta de autonomia, as constantes mudanças nas políticas educacionais e as relações interpessoais foram mais frequentemente citadas nos três estudos.

Ainda sobre o trabalho do enfermeiro docente, a qualidade de vida e a satisfação no trabalho, Vasconcelos e Prado (2004) relatam algumas percepções de enfermeiros que atuam como educadores, em um curso para formação de técnicos em enfermagem, sobre o sofrimento e os desafios profissionais enfrentados por eles. Da mesma forma que nos estudos anteriores, há um relato sobre gostar do que faz, mas, que vem acompanhado de insatisfações relacionadas à questão salarial e o regime de trabalho, a falta de coerência entre o projeto pedagógico do curso e as práticas de ensino adotadas, a sobrecarga de trabalho, a falta de formação específica para lidar com as questões da prática pedagógica, o desânimo de profissionais da área pela não valorização do trabalho em enfermagem que, em muitos casos, leva a atitudes de um cuidado desumano aos que necessitam de assistência.

Fatores individuais também podem contribuir para o estresse, como mostram Jepson e Forrest (2006). Em estudo realizado com docentes universitários, os autores investigaram os diferentes comportamentos de docentes (desenvolver estresse ou não) em relação às condições ambientais e puderam concluir que os fatores pessoais e de personalidade influenciam as manifestações do estresse.

Boa parte das pesquisas realizadas nessa área apontam os aspectos positivos e negativos da atividade de enfermeiros docentes ou de outros trabalhadores sem, no entanto, a realidade do dia a dia do trabalho. Sendo assim, a resiliência, como estratégia de fortalecimento das vulnerabilidades para o enfrentamento das adversidades, pode ser útil para prevenir ou auxiliar na

diminuição dos impactos negativos do estresse, seja no ambiente de trabalho ou em nível das relações sociais. Com base na revisão da literatura referente à avaliação do estresse, da qualidade de vida e da resiliência relacionada à atividade docente exercida por enfermeiros, considera-se pertinente a realização de novos estudos sobre a temática da resiliência, considerando a necessidade de explorar a sua aplicabilidade e contribuições para o ensino e a prática de enfermagem.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Levantar os indicadores de resiliência e associá-los com os domínios de qualidade de vida dos docentes de Enfermagem.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar os docentes em relação aos aspectos sócio-demográficos;
- b) Avaliar os indicadores de resiliência em docentes de Enfermagem das IES pesquisadas, considerando o momento de realização da pesquisa;
- c) Avaliar a validade e aplicabilidade do instrumento Quest_Resiliência para mensurar o grau de resiliência em docentes de Enfermagem;
- d) Avaliar os escores da Qualidade de Vida.
- e) Associar os indicadores de resiliência com os escores de qualidade de vida

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um de estudo exploratório, descritivo, de corte transversal. A realização de pesquisas descritivas, juntamente com as exploratórias, constitui o grupo dos modelos mais utilizados pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática e têm sido, também, as mais solicitadas por organizações (GIL, 1999).

Já os estudos de corte transversal são bastante utilizados nas investigações de problemas de saúde, com o propósito de conhecer de que maneira características tanto individuais quanto coletivas se distribuem na população e se caracterizam por fornecer uma informação de determinada situação limitada no tempo (pontual), tendo seus dados coletados uma única vez e no mesmo intervalo de tempo (KLEIN; BLOCH, 2005; LUNA FILHO, 1998).

4.2 Local do Estudo

O referido estudo foi realizado junto a Instituições de Ensino Superior (IES) que oferecem o curso de Enfermagem nos municípios paranaenses localizados na área de abrangência das Subseções do Conselho Regional de Enfermagem de Londrina e Maringá. Inicialmente, foi feito contato com essas Subseções e, de acordo com as listagens recebidas, estão cadastradas, ao todo, 16 Instituições de Ensino Superior (IES), totalizando 17 cursos. Do total das IES cadastradas, quatro são Universidades Estaduais e as demais, Instituições Privadas de Ensino Superior.

Após o envio dos pedidos de autorização aos coordenadores de curso, dez deles responderam afirmativamente. Os demais não responderam à solicitação e um justificou a não participação alegando que o curso de Enfermagem, naquele momento, estaria passando por reorganização da sua estrutura, o que impediria o atendimento dos critérios de inclusão dos sujeitos. Junto com a devolutiva das autorizações, conforme solicitação do pesquisador, foram enviadas listagens

atualizadas com nomes e endereços de e-mail para que pudessem ser enviados os instrumentos de coleta de dados da pesquisa.

4.3 População do estudo

Os sujeitos dessa pesquisa foram os docentes dos cursos de Enfermagem cadastrados junto às Subseções do Conselho Regional de Enfermagem de Londrina e Maringá, no estado do Paraná, que somaram 225 docentes. Desse total, foram considerados 90 docentes que responderam aos dois instrumentos de coleta de dados e que atenderam aos critérios de inclusão propostos: estar no exercício da docência há pelo menos seis meses e possuir vínculo empregatício com a IES. A condição de exclusão dos sujeitos foi constituída pelos casos de afastamento das atividades de docência durante o período da coleta de dados e não responder por completo os dois instrumentos de coleta de dados. Os docentes contratados por mais de uma da IES do universo da pesquisa foram considerados como vinculados a apenas uma delas.

4.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada mediante a autorização institucional e anuência do docente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os links para o acesso aos instrumentos da pesquisa foram enviados, via correio eletrônico, para todos os docentes listados a partir do mês de junho de 2012, processo que se estendeu até o mês de setembro de 2012, com o reenvio das mensagens para os casos de dados incompletos ou preenchimento de apenas um dos instrumentos. Ao todo, os dois instrumentos da coleta de dados foram enviados para 225 docentes, havendo retorno de 90 questionários completos, com representatividade de 40%. Seis sujeitos foram excluídos por haverem respondido apenas um dos instrumentos, mesmo após o reenvio das mensagens eletrônicas com os esclarecimentos sobre acesso aos links e a necessidade do

preenchimento para validação dos sujeitos da pesquisa. Um deles comunicou ao pesquisador a sua desistência, mediante justificativa. Os demais não completaram sua participação e não comunicaram ou justificaram a sua desistência.

4.4.1 Instrumento para a coleta dos dados de resiliência: Quest_Resiliência

Para a obtenção das informações sobre a resiliência foi utilizado o Quest_Resiliência para o ambiente de trabalho, da Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE), que possui acesso *on line*, no endereço eletrônico www.sobrare.com.br, mediante senha e código de acesso (login) fornecidos pela própria SOBRARE. Esse instrumento tem como base a primeira versão do *RQTest* de Reivich-Shatté, validado e adaptado para a realidade brasileira por Barbosa (2006).

O instrumento é dividido em duas partes que se completam. A primeira delas refere-se ao Levantamento Sociodemográfico (APÊNDICE C) no qual há um breve mapeamento do perfil e histórico do respondente, relacionado à resiliência. A segunda parte do Quest_Resiliência traz as 72 afirmações que expressam o conteúdo de 72 crenças retiradas da literatura especializada. Para cada uma delas o respondente deve assinalar uma das alternativas que represente uma intensidade/frequência, ou seja, raras vezes, poucas vezes, algumas vezes e quase sempre. Essas afirmações compõem os oito domínios do Modelo de Crenças Determinantes: (1) Autocontrole; (2) Leitura Corporal; (3) Análise de Contexto; (4) Otimismo para com a vida; (5) Autoconfiança; (6) Conquistar e manter pessoas; (7) Empatia; (8) Sentido de vida.

De acordo com Barbosa (2011; 2012d) e Rodrigues (2012), em relação aos conteúdos, esses oito Modelos de Crenças Determinantes podem ser descritos da seguinte forma, como já abordado anteriormente:

Autocontrole: se refere às crenças do comportamento afetado e o controle dos impulsos de agir ou tomar decisões frente ao estresse.

Leitura Corporal: contempla crenças sobre identificar e reconhecer reações no corpo do outro e perceber as alterações que acontecem no próprio corpo em situação de estresse.

Otimismo para com a vida: conjunto de crenças relacionadas à confiança no próprio desempenho e olhar a vida de modo positivo frente ao estresse.

Análise do Contexto: reúne as crenças que permitem, em situação de estresse, identificar consequências nas decisões e interpretar de forma correta fatos e pistas do ambiente.

Empatia: refere-se ao conjunto de crenças relacionadas à capacidade de expressar-se de modo claro, em situações de estresse, de forma a obter reciprocidade nas interações.

Autoconfiança: refere-se ao conjunto de crenças próprias da segurança ao dividir responsabilidades e sentir-se protegido em situação de estresse.

Conquistar e Manter Pessoas: refere-se às crenças relacionadas à preservação das amizades e a competência em manter relacionamentos, propiciando a formação de redes de apoio e proteção frente ao estresse.

Sentido de Vida: conjunto de crenças relativas à razão de viver e do significado para a vida em situações de estresse.

A determinação do perfil de resiliência dos respondentes é realizada pela própria SOBRARE, que se reserva esse direito, sendo apresentada através de relatórios dos índices apresentados e a respectiva categorização dos mesmos.

É importante ressaltar que esta metodologia, quer no mapeamento ou na promoção da resiliência, não tem como objetivo medir o quanto uma pessoa é derrotada ou vitoriosa em sua vida, o que significaria trabalhar a resiliência na perspectiva da doença. O Quest_Resiliência mede a intensidade das crenças positivas e negativas de uma pessoa frente ao estresse (BARBOSA, 2012c).

O mapeamento e a promoção da resiliência são estruturados pelo esquema emocional implicado nos padrões de respostas com que reagem as pessoas submetidas a situações de estresse elevado. Esses padrões se desenvolvem ao longo da vida e podem ser caracterizados pelo Negativismo/Passividade ou pela Intolerância, isto é, extremos diferentes de respostas frente ao estresse. A resiliência ou o comportamento resiliente se caracteriza pela capacidade que uma pessoa tem de utilizar esses dois extremos de respostas de forma equilibrada (BARBOSA, 2012c)

Para facilitar e melhor compreender a interpretação do mapeamento de resiliência algumas informações adicionais são apresentadas a seguir.

A situação de “Robusta resiliência” diante das implicações do elevado estresse para a metodologia, que é a condição da flexibilidade, se refere aos índices localizados exatamente na condição de “Excelente resiliência”.

A “Consistente Segurança”, para a metodologia, se refere aos índices localizados no intervalo das condições de “Forte resiliência” do Padrão Comportamental de Passividade para o estresse e de “Forte resiliência” do Padrão Comportamental de Intolerância para o estresse.

A “situação de Segurança”, para a metodologia, se refere aos índices localizados no intervalo das condições de “Boa resiliência” e “Forte resiliência” tanto no Padrão Comportamental de Passividade para o estresse e no Padrão Comportamental de Intolerância para o estresse.

A verificação de um MCD na condição de “Fracas resiliência” tanto no padrão ou estilo Comportamental de Passividade para o estresse como no Padrão Comportamental de Intolerância para o estresse é compreendida na teoria como “Área Sensível” no respondente.

É importante ressaltar que quando um respondente obtém a categoria “Fracas” em um MCD, não se pode classificá-lo como uma pessoa “fraca” em sua personalidade. A condição de “Fracas” resiliência nessa teoria quer dizer que a intensidade que o respondente designa ao MCD é extremamente elevada e se situa em baixa segurança para o enfrentamento do estresse, resultando em maior vulnerabilidade e coloca-o em uma condição de FRACA resiliência nas crenças daquele modelo de crenças. O mesmo entendimento se aplica a todas as outras categorias atribuídas às condições de resiliência (BARBOSA, 2010)

Em relação à área de vulnerabilidade, o critério estabelecido para a interpretação dos resultados do Quest_Resiliência prevê que essa situação ocorre quando a condição de “Fracas resiliência” no padrão de resposta de um respondente ocorre em quatro ou mais MCDs (BARBOSA, 2006).

Para facilitar o entendimento das condições de resiliência mapeadas pelo Quest Resiliência, optou-se pela sua representação gráfica, que se encontra no Quadro 2.

4.4.2 Instrumento para a coleta dos dados de Qualidade de Vida: WHOQOL – *Bref*

Para a avaliação da qualidade de vida foi aplicado o questionário de avaliação subjetiva de Qualidade de Vida desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o WHOQOL – *Bref* (versão abreviada do WHOQOL – 100) (ANEXO A).

O WHOQOL *Bref* foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pode ser classificado como um instrumento genérico de avaliação subjetiva de qualidade de vida.

No Brasil, este instrumento tem sido bastante utilizado a partir do trabalho de tradução e validação desenvolvido por Fleck (2000). Resumidamente descrito, conta com 26 itens de avaliação, sendo os dois primeiros referentes a questões gerais de qualidade de vida e os restantes compõem os quatro domínios avaliados: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

As questões referentes a cada domínio, apresenta alternativas de resposta por meio de escores que variam de 1 (um) a 5 (cinco), sendo a pior condição expressa pelo escore 1 (um) e a melhor, pelo escore 5 (cinco). No que se refere aos domínios, os resultados variam entre 0 (zero) e 100 (cem), sendo que os mais próximos de 0 (zero) correspondem aos piores resultados e os mais próximos de 100 (cem) aos melhores (FLECK, 2000).

As facetas correspondentes a cada um dos domínios estão descritas no quadro 3.

Por se tratar de questionário auto aplicável, o mesmo foi enviado aos participantes via e-mail, tendo em vista a distância entre os municípios envolvidos. O seu acesso foi possível a partir do aplicativo do Google (MACHADO, 2009; VISÃO..., 2012), denominada Docs ou Disco (Drive). Esse aplicativo é um pacote de produtos que permite criar diferentes tipos de documentos, trabalhar neles em tempo real com outras pessoas e armazená-los juntamente com outros arquivos: tudo feito on-line e gratuitamente. As respostas enviadas pelos participantes geram, de imediato, o registro dos dados em uma planilha que pode ser convertida

Estilo Comportamental	PASSIVIDADE				Equilíbrio	INTOLERÂNCIA			
Condição de Resiliência	Fraca	Moderada	Boa	Forte		Fraca	Moderada	Boa	Forte
Esquema Emocional	Pessimismo (Tristeza)				Adequação				Agressividade (Raiva)
Situação no MCD	Vulnerabilidade				Segurança (Fortalezas)				Vulnerabilidade

Fonte: Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE, 2012b)

Quadro 2 – Condições de Resiliência e situação dos esquemas básicos em Resiliência

para o formato de arquivo do Microsoft Excel. Além das questões referentes à qualidade de vida, foram enviadas questões contendo informações dos aspectos sociodemográficos e da atividade docente. A classificação econômica do instrumento com as informações sociodemográficas foi estabelecida pelo Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, na versão 2012. Havendo necessidade, os instrumentos de pesquisa poderiam ser enviados pelos serviços regulares dos Correios, mas essa forma de envio não se fez necessária.

4.5 Análise dos dados

Para a análise estatística dos dados foram utilizados testes não paramétricos, já que se trata de comparar valores de escalas ordinais. Todos os testes foram realizados com probabilidade de ocorrência do erro de primeira espécie fixado em 5%.

Para comparar escores em diferentes grupos foi empregado o teste de Kruskal–Wallis (SIEGEL; CASTELLAN. 2006). Para verificar existência de correlações significativas entre os escores de escalas distintas foi empregado o coeficiente de correlação de Spearman com os respectivos testes de significância (SIEGEL; CASTELLAN. 2006). Nos resultados dos testes os valores de P observados foram corrigidos para possibilitar comparações múltiplas por meio das correções de Bonferroni (VAN BELLE et all, 2004). Desta forma, o nível de significância de 5% é extensivo às comparações das correlações como um todo, e não apenas para cada comparação individual.

Testes de associação foram realizados preferencialmente pelo Teste Exato do Fisher (SIEGEL; CASTELLAN. 2006). Quando o número de categorias de uma variável não permitiu a convergência do teste foi empregado em seu lugar o teste de associação pelo Qui Quadrado (SIEGEL; CASTELLAN. 2006).

DOMÍNIOS	FACETAS
FÍSICO	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
PSICOLÓGICO	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religião/crenças pessoais
RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais Suporte e apoio pessoal Atividade Sexual
MEIO AMBIENTE	Segurança física e proteção Ambiente do lar Recursos financeiros Cuidados de Saúde Novas informações e habilidades Recreação e lazer Ambiente físico Transporte

Quadro 3 - Facetas dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL - *bref*

4.6 Considerações éticas

Atendendo às normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos,

conforme a Resolução CNS196/96 (BRASIL, 1996), adotou-se o anonimato dos sujeitos, termo de autorização institucional (APÊNDICE A) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). O projeto de pesquisa foi cadastrado e submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Apucarana, tendo recebido parecer favorável à realização da pesquisa sob o nº 509/2011, de 09/12/2011 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Dos 225 questionários enviados aos docentes de enfermagem das IES, retornaram 96. No entanto, foram excluídos seis deles, cujos sujeitos responderam a apenas um dos instrumentos, restando 90 sujeitos que preencheram corretamente aos dois instrumentos.

Os dados referentes à resiliência serão apresentados conforme o que está estabelecido nas Diretrizes para Solicitação do Quest Resiliência e Contrato de Cessão de Códigos de Acessos, Senhas Individuais e Relatórios do *Quest_Resiliência* versão “Ambiente de Trabalho”, acordados com o pesquisador e SOBRARE.

5.1 Caracterização dos Docentes de Enfermagem

De acordo com os dados coletados, identifica-se que, dos 90 participantes, 79 docentes eram do sexo feminino e 11 docentes do sexo masculino. A idade média foi de 43 anos, com variações de 24 a 52 anos entre os homens e 26 e 58 anos entre as mulheres (TABELA 1).

Tabela 1 – Medidas descritivas da idade dos docentes de enfermagem de acordo com o sexo, 2012

SEXO	IDADE*				
	n (%)	Média n (%)	dp n (%)	Mín. n (%)	Máx. n (%)
MASCULINO	11	36	9	24	52
FEMININO	79	44	9	26	58
TOTAL	90	43	9	24	58

* Em anos de idade

Complementando esses dados, a tabela 2 refere-se às demais características sociodemográficas dos 90 docentes de enfermagem das IES participantes da pesquisa. Ainda com relação à idade, foi evidenciado que a 29 (32,2%) docentes tinham entre 40 e 49 anos, 27 (30,0%) estavam com 50 anos e mais, 24 (26,7%) tinham entre 30 e 39 anos e 10 (11,1%) tinham 29 anos ou menos.

Quanto ao estado civil, 65 (72,2%) dos docentes das IES são casados e 25 (27,8%) são solteiros/separados/viúvos. Dos 90 docentes, 70 (77,8%) se declararam católicos, 11 (12,2%) eram evangélicos, 5 (5,6%) eram espíritas e 4 (4,4%) referiram ser de outras crenças religiosas.

Ainda na tabela 2, é possível identificar a classificação econômica dos docentes, estabelecida a partir dos critérios de classificação da ABEP (2012). Considerando o total de respondentes em cada uma das classes, 34 (37,8%) docentes foram classificados em B1, 32 (35,6%) como A2, 17 (18,9%) como B2 e 2(2,2%) como C1. Entre as mulheres, 5 (5,6%) foram classificadas como A1. A partir desses dados pode-se dizer que a renda familiar média dos docentes da IES variou entre R\$ 4.418,00 a R\$ 12.926,00.

Os dados apresentados na tabela 3 referem-se às características da atividade docente, ou seja, às variáveis ocupacionais. Os dados revelam que dos 90 docentes participantes, 60 eram de IES públicas e 30 eram de IES privadas. Em relação ao tempo de formados, 29 (32,2%) docentes foram identificados no intervalo de 20 a 29 anos, 27 (30,0%) se formaram há nove anos atrás, 19 (21,1%) no intervalo de 10 a 19 anos e 15 (16,7%) se formaram há 30 anos e mais.

Quando perguntados sobre quanto tempo estão na atividade docente, 32 (35,6%) docentes informaram estar nessa atividade há 15 anos e mais, 27 (30,0%) estavam há cinco anos ou menos, 22 (24,4%) entre 5 e 10 anos e, 9 (10,0%), entre 10 e 15 anos. Também se perguntou sobre a titulação atual e constatou-se que há 35 (38,9%) docentes com mestrado, 28 (31,1%) com Doutorado e 27 (30,0%) com especialização lato sensu. Quando se considera o tipo de IES, o número de docentes doutores é maior (25) (41,7%) nas IES públicas em detrimento das IES privadas (9) (10,0%). E, por fim, foi possível observar que 53 (58,9%) docentes trabalham sob o regime de TIDE e que os 37 (41,1%) restantes são contratados como horistas.

Ainda com base nos dados coletados, evidenciou-se que 73 (81,1%) dos docentes trabalhava em apenas uma instituição, 14 (15,6%) trabalhavam em duas e

3 (3,3%) trabalhavam em três instituições. Levando em conta a proximidade dos municípios, 16 (17,8%) docentes também informaram que não residiam no mesmo município em que trabalhavam e a distância entre a casa e o trabalho variou entre 10 km e 100 km. Complementando os dados sobre a titulação, foi possível observar que 12 (13,3%) docentes estavam cursando o doutorado, 09 (10,0%) cursavam o mestrado e 06 (6,7%) cursavam uma especialização *lato senso*.

Tabela 2 – Distribuição dos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem segundo as variáveis sociodemográficas. IES da área de abrangência das subseções do Coren – PR de Londrina e Maringá, 2012

VARIÁVEIS	SEXO		
	Masculino	Feminino	TOTAL
	(n=11) f (%)	(n=79) f (%)	(n=90) f (%)
FAIXA ETÁRIA			
Até 29 anos	02 (18,2)	08 (10,1)	10 (11,1)
30 a 39 anos	07 (63,6)	17 (21,5)	24 (26,7)
40 a 49 anos	0 (00,0)	29 (36,7)	29 (32,2)
50 e + anos	02 (18,2)	25 (31,7)	27 (30,0)
ESTADO CIVIL			
Casado(a)	06 (54,5)	59 (74,7)	65 (72,2)
Solteiro(a)/separado(a)/viúvo(a)	05 (45,5)	20 (25,3)	25 (27,8)
RELIGIÃO			
Católica	09 (81,8)	61 (77,2)	70 (77,8)
Evangélica	01 (9,1)	10 (12,7)	11 (12,2)
Espirita	01 (9,1)	04 (5,1)	05 (5,6)
Outros	0 (0,00)	04 (5,1)	04 (4,4)
CLASSE ECONÔMICA (ABEP)			
A1	0 (0,00)	05 (6,3)	05 (5,6)
A2	02 (18,2)	30 (38,0)	32 (35,6)
B1	03 (27,2)	31 (39,2)	34 (37,8)
B2	05 (45,5)	12 (15,2)	17 (18,9)
C1	01 (9,1)	01 (1,3)	02 (2,2)

Tabela 3 – Distribuição dos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem segundo as variáveis ocupacionais. IES da área de abrangência das subseções do Coren – PR de Londrina e Maringá, 2012

VARIÁVEIS	SEXO		TOTAL (n=90)
	Masculino	Feminino	
	(n=11) f (%)	(n=79) n (%)	
TEMPO DE FORMADO (graduação)			
Até 9 anos	07 (63,6)	20 (25,3)	27 (30,0)
De 10 a 19 anos	02 (18,2)	17 (21,5)	19 (21,1)
De 20 a 29 anos	02 (18,2)	27 (34,2)	29 (32,2)
30 anos e +	0 (0,0)	15 (19,0)	15 (16,7)
TEMPO DE DOCÊNCIA			
Até 5 anos	05 (45,5)	22 (27,8)	27 (30,0)
De 5 a 10 anos	03 (27,2)	19 (24,1)	22 (24,4)
De 10 a 15 anos	02 (18,2)	07 (8,9)	09 (10,0)
15 e +	01 (9,1)	31 (39,2)	32 (35,6)
TITULAÇÃO ATUAL			
Especialista	05 (45,5)	22 (27,8)	27 (30,0)
Mestre	05 (45,5)	30 (38,0)	35 (38,9)
Doutor	01 (9,1)	27 (34,2)	28 (31,1)
TIDE (Tempo Integral e Dedicação Exclusiva)			
SIM	05 (45,5)	48 (60,8)	53 (58,9)
NÃO	06 (54,5)	31 (39,2)	37 (41,1)
CLASSIFICAÇÃO IES			
Pública	07 (63,6)	53 (67,1)	60 (66,7)
Privada	04 (36,4)	26 (32,9)	30 (33,3)

5.2 Avaliação de Resiliência dos Docentes

A tabela 4 apresenta a distribuição dos docentes da amostra nos oito MCDs do mapeamento de resiliência por meio do Quest_Resiliência de acordo com o estilo comportamental, tipologia do índice e condição de resiliência encontrados. Optou-se por fazer a descrição dos resultados a partir dos estilos comportamentais de Passividade (PC-P) e Intolerância (PC-I) para o estresse de cada um dos MCDs.

Análise do Contexto - Com relação ao estilo comportamental de Passividade (PC-P), nesse MCD, foi possível identificar que não houve nenhum dos docentes na condição de Fraca resiliência, o que os afasta do pessimismo e da condição de vulnerabilidade frente ao estresse. Apenas um dos sujeitos apresentou-se em condição de Moderada resiliência (1,1%). Boa condição de resiliência foi apresentada por 16 (17,8%) dos docentes e, Forte condição, por 11 (12,2%) docentes. Quanto ao estilo comportamental de Intolerância (PC-I), nesse MCD, da mesma forma como no PC-P, não houve nenhum docente em condição de Fraca resiliência e um (1,1%) na condição de Moderada Resiliência. A condição de Boa resiliência foi apresentada por 09 (10,0%) docentes e Forte condição de resiliência, por 14 (15,6%) docentes. A condição de Equilíbrio ou Excelente Resiliência foi apresentada por 38 (42,2%) docentes.

Autoconfiança – no estilo comportamental PC-P, não se identificou nenhum dos docentes em condição de Fraca resiliência e, apenas um (1,1%), em condição de Moderada resiliência. Boa condição foi apresentada por 08 (9,0%) docentes e, Forte resiliência, por 11 (12,2%) docentes. O estilo comportamental de Intolerância (PC-I), nesse MCD, também não identificou nenhum docente em condição de Fraca resiliência. No entanto, 13 (14,4%) docentes estavam em condição de Moderada Resiliência. A condição de Boa resiliência foi apresentada por 10 (11,1%) docentes e Forte condição de resiliência, por 31 (34,5%) docentes. A condição de Equilíbrio ou Excelente Resiliência foi apresentada por 24 (26,7%) docentes.

Autocontrole – no estilo comportamental PC-P, não se identificou nenhum dos docentes em condição de Fraca resiliência e, apenas um (1,1%), em condição de Moderada resiliência. Boa condição foi apresentada por 04 (4,4%) docentes e, Forte resiliência, por 02 (2,2%) docentes. O estilo comportamental de Intolerância (PC-I), nesse MCD, também não identificou nenhum docente em condição de Fraca resiliência, mas, 14 (15,5%) docentes foram identificados em condição de Moderada Resiliência. A condição de Boa resiliência foi apresentada por 11 (12,2%) docentes e Forte condição de resiliência, por 22 (24,4%) docentes. A condição de Equilíbrio ou Excelente Resiliência foi apresentada por 36 (40,0%) docentes.

Conquistar e Manter Pessoas - no estilo comportamental PC-P, foi identificado um (1,1%) docente em condição de Fraca resiliência e outro (1,1%) em condição de Moderada resiliência. Boa condição foi apresentada por 04 (4,4%) docentes e, Forte resiliência, por 06 (6,7%) docentes. O estilo comportamental de

Intolerância (PC-I), nesse MCD, também não identificou nenhum docente em condição de Fraca resiliência, mas, 10 (11,1%) docentes foram identificados em condição de Moderada Resiliência. A condição de Boa resiliência foi apresentada por 12 (13,3%) docentes e Forte condição de resiliência, por 23 (25,6%) docentes. A condição de Equilíbrio ou Excelente Resiliência foi apresentada por 33 (36,7%) docentes.

Empatia – no estilo comportamental PC-P, não se identificou nenhum dos docentes em condição de Fraca resiliência e, apenas um (1,1%), em condição de Moderada resiliência. Boa condição foi apresentada por 20 (22,2%) docentes e, Forte resiliência, por 06 (6,7%) docentes. O estilo comportamental de Intolerância (PC-I), nesse MCD, também não identificou nenhum docente em condição de Fraca resiliência. No entanto, 02 (2,2%) docentes estavam em condição de Moderada Resiliência. A condição de Boa resiliência foi apresentada por 06 (6,7%) docentes e Forte condição de resiliência, por 24 (26,7%) docentes. A condição de Equilíbrio ou Excelente Resiliência foi apresentada por 31 (34,4%) docentes.

Leitura Corporal - Com relação ao estilo comportamental de Passividade (PC-P), nesse MCD, identificou-se que 03 (3,3%) dos docentes estavam na condição de Fraca resiliência e 02 (2,2%) em condição de Moderada resiliência. Boa condição de resiliência foi apresentada por 37 (41,1%) dos docentes e, Forte condição, por 13 (14,4%) docentes. Quanto ao estilo comportamental de Intolerância (PC-I), nesse MCD, não houve nenhum docente em condição de Fraca resiliência e 03 (3,3%) foram identificados em condição de Moderada Resiliência. A condição de Boa resiliência foi apresentada por 03 (3,3%) docentes e Forte condição de resiliência, por 08 (9,0%) docentes. A condição de Equilíbrio ou Excelente Resiliência foi apresentada por 21 (23,3%) docentes.

Otimismo com a Vida - no estilo comportamental PC-P, não foi identificado nenhum docente em condição de Fraca resiliência ou em condição de Moderada resiliência. Boa condição foi apresentada por 12 (13,3%) docentes e, Forte resiliência, por 09 (10,0%) docentes. O estilo comportamental de Intolerância (PC-I), nesse MCD, também não identificou nenhum docente em condição de Fraca resiliência, mas, 15 (16,7%) docentes foram identificados em condição de Moderada Resiliência. A condição de Boa resiliência foi apresentada por 06 (6,7%) docentes e

Tabela 4 - Distribuição dos docentes de enfermagem nos modelos de crenças determinantes (MCD) de acordo com o estilo comportamental, tipologia do índice e condição de resiliência, 2012

MODELO DE CRENÇA DETERMINANTE-MCD	PASSIVIDADE (PC-P)				EQUILÍBRIO (Excelente) n (%)	INTOLERÂNCIA (PC-I)			
	FRACA	MODERADA	BOA	FORTE		FORTE	BOA	MODERADA	FRACA
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
ANALISE DO CONTEXTO	0 (0,0)	01 (1,1)	16 (17,8)	11 (12,2)	38 (42,2)	14 (15,6)	09 (10,0)	01 (1,1)	0 (0,0)
AUTOCONFIANÇA	0 (0,0)	01 (1,1)	08 (9,0)	03 (3,3)	24 (26,7)	31 (34,5)	10 (11,1)	13 (14,4)	0 (0,0)
AUTOCONTROLE	0 (0,0)	01 (1,1)	04 (4,4)	02 (2,2)	36 (40,0)	22 (24,4)	11 (12,2)	14 (15,5)	0 (0,0)
CONQUISTAR E MANTER PESSOAS	01 (1,1)	01 (1,1)	04 (4,4)	06 (6,7)	33 (36,7)	23 (25,6)	12 (13,3)	10 (11,1)	0 (0,0)
EMPATIA	0 (0,0)	01 (1,1)	20 (22,2)	06 (6,7)	31 (34,4)	24 (26,7)	06 (6,7)	02 (2,2)	0 (0,0)
LEITURA CORPORAL	03 (3,3)	02 (2,2)	37 (41,1)	13 (14,4)	21 (23,3)	08 (9,0)	03 (3,3)	03 (3,3)	0 (0,0)
OTIMISMO COM A VIDA	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (13,3)	09 (10,0)	26 (28,9)	22 (24,4)	06 (6,7)	15 (16,7)	0 (0,0)
SENTIDO DA VIDA	01 (1,1)	0 (0,0)	07 (7,8)	04 (4,4)	19 (21,1)	21 (23,3)	20 (22,2)	18 (20,0)	0 (0,0)

Fonte: Análise quantitativa de resiliência no ambiente de trabalho da Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE).

Forte condição de resiliência, por 22 (24,4%) docentes. A condição de Equilíbrio ou Excelente Resiliência foi apresentada por 26 (28,9%) docentes.

Sentido da Vida - no estilo comportamental PC-P, foi identificado um (1,1%) docente em condição de Fraca resiliência e nenhum em condição de Moderada resiliência. Boa condição foi apresentada por 07 (7,8%) docentes e, Forte resiliência, por 04 (4,4%) docentes. O estilo comportamental de Intolerância (PC-I), nesse MCD, também não identificou nenhum docente em condição de Fraca resiliência, mas, 18 (20,0%) docentes foram identificados em condição de Moderada Resiliência. A condição de Boa resiliência foi apresentada por 20 (22,2%) docentes e Forte condição de resiliência, por 21 (23,3%) docentes. A condição de Equilíbrio ou Excelente Resiliência foi apresentada por 19 (21,1%) docentes.

O *alpha de Cronbach*, para a amostra, nesse mapeamento, foi de 0,6954, que pode ter como justificativa o tamanho da amostra e a presença de itens medindo domínios diferentes. No entanto, quando calculado para os dados disponíveis na SOBRARE, sobre o mapeamento de resiliência no ambiente de trabalho, o valor alcançado foi de 0,8, indicando a sua confiabilidade.

5.3 Qualidade de vida dos Docentes de Enfermagem

A tabela 5 revela os dados referentes às duas primeiras questões do *WHOQOL-bref*, relacionadas à qualidade de vida geral. Percebe-se, na questão 1 que, quando investigados sobre a percepção de sua qualidade de vida, os docentes de enfermagem apresentaram escores médios de 75,0(d.p=17,57). No tocante à satisfação com sua saúde, conforme mostra a questão 2, os escores médios se mostraram com 66,94 (d.p=22,74). Já o Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV) mostrou-se com escore médio de 70,97(d.p=16,95).

Tabela 5 - Medidas descritivas das questões 1 e 2 do *WHOQOL-bref* dos docentes de enfermagem, 2012

QUESTÕES 1 e 2	Escore médio	dp
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	75,00	17,57
2. Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	66,94	22,74
Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV)	70,97	16,95

Na tabela 6, identificou-se a frequência de respostas das duas primeiras questões do *WHOQOL-bref*. Na avaliação subjetiva da qualidade de vida, a maioria dos docentes de enfermagem a consideram como boa (64,4%), enquanto que na satisfação com a saúde, os participantes referiram estar satisfeitos (56,7%) seguido de nem satisfeitos nem insatisfeitos (15,6%).

Tabela 6 - Número e percentagem de docentes de enfermagem segundo as questões de qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, 2012

QUESTÃO	RESPOSTA	N °	%
1. COMO VOCÊ AVALIARIA SUA QUALIDADE DE VIDA?	2 – Ruim	04	4,4
	3 - Nem ruim nem boa	10	11,1
	4 - Boa	58	64,4
	5 - Muito boa	18	20
2. QUÃO SATISFEITO VOCÊ ESTÁ COM SUA SAÚDE?	1- Muito insatisfeito	01	1,1
	2 – Insatisfeito	12	13,3
	3 - Nem satisfeito nem insatisfeito	14	15,6
	4 - Satisfeito	51	56,7
	5 - Muito satisfeito	12	13,3

A tabela 7 se refere à mediana, ao desvio padrão, bem como à média dos escores dos domínios de qualidade de vida, calculada em uma escala de 0 a 100. Percebe-se que os domínios meio ambiente (66,56) e relações sociais (67,57)

apresentaram os menores escores médios, sendo que os domínios psicológico (69,35) e físico (72,80) se apresentaram com os melhores escores médios entre os participantes.

A confiabilidade do instrumento de qualidade de vida foi avaliada pelo *alpha de Cronbach*, sendo que se apresentou com resultado de $\alpha = 0,85$, demonstrando bom índice de consistência interna para a população deste estudo.

Com o intuito de visualizar e compreender cada domínio de qualidade de vida, no quadro 4 estão relacionados os escores médios das facetas que compõem cada domínio. Desta forma, identifica-se que, no domínio físico, as facetas sono e repouso (61,94) e energia e fadiga (62,22) apresentaram os piores escores.

Tabela 7 – Mediana, média e desvio padrão dos escores de qualidade de vida dos docentes de enfermagem, 2012

	DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	IGQV
P50	75,00	70,83	70,83	65,62	75,00
Média	72,80	69,35	67,59	66,56	70,97
Desvio padrão (dp)	12,89	12,65	17,45	13,05	16,95

Para o domínio psicológico, a faceta sentimentos positivos foi a que os docentes de enfermagem referiram menores escores médios (56,39), enquanto que no domínio relações sociais, a atividade sexual foi a mais comprometida (64,17). Para o domínio meio ambiente, as facetas de recreação e lazer (50,56) e de recursos financeiros (57,50) foram as que apresentaram menores escores médios.

Quando comparados os domínios de qualidade de vida com os MCDs do mapeamento da resiliência, foi possível identificar a existência de correlação positiva entre alguns deles. Assim, o MCD Autoconfiança apresentou correlação com o domínio Psicológico de QV ($p=0,0016$); o MCD Empatia obteve correlação estatisticamente significativa com os domínios Psicológico (0,0101) e Meio Ambiente (0,0176) da QV; o MCD Otimismo com a Vida apresentou correlação com os domínios Físico (0,0026) e Meio Ambiente (0,0016), podendo ser considerada como

forte a sua correlação com o domínio Psicológico (0,0000); e, finalmente, o MCD Sentido da Vida apresentou correlação estatisticamente significativa com os domínios Físico (0,0010), Psicológico (0,0000), Relações sociais (0,0093) e Meio Ambiente (0,0001). Os demais MCDs não apresentaram correlação estatisticamente significativa com nenhum dos domínios de QV, assim como o Índice de QV geral não esteve correlacionado a nenhum dos MCDs do mapeamento de resiliência (TABELA 8).

DOMÍNIOS	FACETAS	ESCORE MÉDIO
FÍSICO	Dor e desconforto	79,17
	Energia e fadiga	62,22
	Sono e repouso	61,94
	Mobilidade	89,72
	Atividades da vida cotidiana	66,67
	Dependência de medicação ou de tratamentos	77,78
	Capacidade de trabalho	72,22
PSICOLÓGICO	Sentimentos positivos	56,39
	Pensar, aprender, memória e concentração	67,78
	Autoestima	83,61
	Imagem corporal e aparência	69,72
	Sentimentos negativos	67,50
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais	71,11
RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais	67,22
	Suporte e apoio pessoal	71,39
	Atividade Sexual	64,17
MEIO AMBIENTE	Segurança física e proteção	68,61
	Ambiente do lar	71,67
	Recursos financeiros	57,50
	Cuidados de Saúde	66,11
	Novas informações e habilidades	75,28
	Recreação e lazer	50,56
	Ambiente físico	60,83
	Transporte	81,94

Quadro 4 - Escores médios das facetas dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem, 2012

Tabela 8 – Comparações múltiplas entre os domínios de qualidade de vida do *Whoqol-Bref* e MCDs de resiliência, com seus respectivos níveis de significância.

MCD RESILIENCIA	DOMINIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Análise do contexto Valor p	0,0436 1,0000	0,1672 1,0000	0,2824 0,3499	0,1074 1,0000	0,2317 1,0000
Autoconfiança	0,1695 1,0000	0,2168 1,0000	0,4239 0,0016*	0,1211 1,0000	0,2529 0,8082
Autocontrole	0,0450 1,0000	0,1330 1,0000	0,2048 1,0000	0,0823 1,0000	0,2595 0,6751
Conquistar e manter pessoas	0,2324 1,0000	0,2841 0,3326	0,1728 1,0000	0,0778 1,0000	0,1946 1,0000
Empatia	0,0877 1,0000	0,2564 0,7354	0,3821 0,0101*	0,2872 0,3032	0,3684 0,0176*
Leitura corporal	0,1395 1,0000	0,2518 0,8323	0,1919 1,0000	0,2092 1,0000	0,1994 1,0000
Otimismo com a vida	0,2870 0,3044	0,4130 0,0026*	0,5557 0,0000*	0,1971 1,0000	0,4231 0,0016*
Sentido da vida	0,1802 1,0000	0,4322 0,0010*	0,5534 0,0000*	0,3841 0,0093*	0,4734 0,0001*

(*) Valor-p dos Coeficientes de Correlação de Spearman com correção de Bonferroni < 0,05

Para as associações com as variáveis de Modelo de Crença Determinante (MCD) de resiliência, foi utilizada neste estudo, a média dos escores de cada domínio de qualidade de vida. A tabela 9 mostra a relação dos domínios de qualidade de vida relacionada com o MCD Análise do Contexto dos docentes de enfermagem, cujos dados revelaram uma associação estatisticamente significativa para a qualidade de vida geral ($p=0,0440$).

Na tabela 10, os dados apresentados se referem à associação da média dos escores dos domínios de qualidade de vida em relação com o MCD Autoconfiança dos docentes de enfermagem, cujos dados se mostraram estatisticamente significantes em relação ao domínio Psicológico ($p=0,0014$).

Tabela 9 - Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD análise do contexto, 2012

ANALISE DO CONTEXTO	DOMINIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Boa (PC-I)	59,7	68,7	65,7	63,9	64,9
Boa (PC-P)	71,9	69,9	64,8	68,8	61,5
Excelente	71,4	73,8	71,3	68,9	66,5
Forte (PC-I)	81,3	76,8	75,3	71,4	74,3
Forte (PC-P)	62,5	70,5	63,6	62,1	64,2
Moderada (PC-I)	50,0	75,0	79,2	75,0	71,9
Moderada (PC-P)	62,5	75,0	70,8	33,3	62,5
Valor de p	0,0440*	0,0855	0,0931	0,6203	0,2009

(*) Valor-p no Teste de Kruskal-Wallis < 0,05

Tabela 10 - Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD autoconfiança, 2012

AUTOCONFIANÇA	DOMINIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Boa (PC-I)	70,0	74,3	75,0	70,8	65,9
Boa (PC-P)	65,6	64,3	55,7	66,7	57,8
Excelente	67,7	70,7	67,4	65,6	65,2
Forte (PC-I)	73,8	73,8	72,3	70,2	67,4
Forte (PC-P)	66,7	79,8	68,1	66,7	71,9
Moderada (PC-I)	75,0	76,1	74,0	67,3	72,8
Moderada (PC-P)	25,0	67,9	20,8	16,7	37,5
Valor de p	0,4982	0,3021	0,0014*	0,5182	0,1317

(*) Valor-p no Teste de Kruskal-Wallis < 0,05

A tabela 11 identifica a associação das médias dos domínios de qualidade de vida em relação ao MCD Autocontrole, referida pelos docentes de enfermagem, como sendo estatisticamente significativa para o domínio físico ($p=0,0482$).

Tabela 11 - Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD autocontrole, 2012

AUTOCONTROLE	DOMINIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Boa (PC-I)	78,4	81,5	73,5	72,7	75,0
Boa (PC-P)	65,6	61,6	65,6	77,1	71,1
Excelente	67,7	70,4	67,1	64,6	62,2
Forte (PC-I)	72,7	73,9	68,2	67,8	65,6
Forte (PC-P)	87,5	87,5	70,8	83,3	65,6
Moderada (PC-I)	67,0	70,4	74,4	68,5	71,0
Moderada (PC-P)	62,5	75,0	70,8	33,3	62,5
Valor de p	0,1946	0,0482*	0,4927	0,2437	0,1002

(*) Valor-p no Teste de Kruskal-Wallis < 0,05

A tabela 12 se refere às médias dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem em relação ao MCD Conquistar e Manter Pessoas. Os dados identificam como estatisticamente significante a sua associação à qualidade de vida geral ($p=0,0486$) e ao domínio meio ambiente ($p=0,0455$).

Tabela 12 - Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD conquistar e manter pessoas, 2012

CONQUISTAR E MANTER PESSOAS	DOMINIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Boa (PC-I)	76,0	78,0	74,3	61,8	74,0
Boa (PC-P)	56,3	69,6	66,7	56,3	61,7
Excelente	72,7	70,3	69,6	69,4	66,6
Forte (PC-I)	74,5	75,2	70,1	71,0	68,9
Forte (PC-P)	56,3	63,1	66,0	65,3	59,9
Fraca (PC-P)	25,0	67,9	20,8	16,7	37,5
Moderada (PC-I)	67,5	75,0	69,2	70,8	62,8
Moderada (PC-P)	50,0	78,6	66,7	75,0	37,5
Valor de p	0,0486*	0,2555	0,4818	0,3536	0,0455*

(*) Valor-p no Teste de Kruskal-Wallis < 0,05

Na tabela 13 são revelados os dados referentes aos escores médios dos domínios de qualidade de vida em relação ao MCD Empatia dos docentes de enfermagem. Identifica-se que uma associação estatisticamente significativa no domínio psicológico ($p=0,0068$) e no domínio meio ambiente ($p=0,0248$).

Tabela 13 - Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD empatia, 2012

EMPATIA	DOMINIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Boa (PC-I)	70,8	80,4	77,8	84,7	75,5
Boa (PC-P)	71,3	70,0	63,8	65,4	60,9
Excelente	69,0	71,4	69,6	66,7	66,3
Forte (PC-I)	75,0	74,6	73,3	68,8	70,7
Forte (PC-P)	68,8	69,6	63,9	63,9	60,4
Moderada (PC-I)	56,3	83,9	89,6	75,0	76,6
Moderada (PC-P)	25,0	67,9	20,8	16,7	37,5
Valor de p	0,4034	0,2428	0,0068*	0,1104	0,0248*

(*) Valor-p no Teste de Kruskal-Wallis < 0,05

A tabela 14 revela a relação dos domínios de qualidade de vida com o MCD leitura corporal dos docentes de enfermagem, cujos dados identificam associação estatisticamente significativa no domínio físico ($p=0,0386$).

A tabela 15 mostra a associação entre o MCD Otimismo e os domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem. Os dados revelam significância para os domínios físico ($p=0,0094$), psicológico ($p=0,0001$) e meio ambiente ($p=0,0023$).

Tabela 14 - Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD leitura corporal, 2012

LEITURA CORPORAL	DOMINIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Boa (PC-I)	66,7	76,2	55,6	52,8	58,3
Boa (PC-P)	72,3	71,9	69,0	66,4	67,1
Excelente	71,4	76,4	73,8	69,4	68,9
Forte (PC-I)	67,2	71,9	70,8	74,0	70,3
Forte (PC-P)	67,3	68,4	64,7	73,7	63,0
Fraca (PC-P)	54,2	69,0	72,2	61,1	56,3
Moderada (PC-I)	87,5	90,5	79,2	77,8	76,0
Moderada (PC-P)	62,5	51,8	54,2	20,8	46,9
Valor de p	0,2082	0,0386*	0,2039	0,1129	0,3179

(*) Valor-p no Teste de Kruskal-Wallis < 0,05

Tabela 15 - Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD otimismo, 2012

OTIMISMO	DOMINIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Boa (PC-I)	68,8	79,2	76,4	76,4	72,9
Boa (PC-P)	62,5	67,3	57,3	59,0	54,9
Excelente	67,8	68,7	65,2	64,7	62,6
Forte (PC-I)	75,6	75,3	74,8	69,7	70,2
Forte (PC-P)	65,3	68,7	64,4	70,4	66,3
Moderada (PC-I)	77,5	79,8	78,3	71,1	74,2
Valor de p	0,1730	0,0094*	0,0001*	0,3173	0,0023*

(*) Valor-p no Teste de Kruskal-Wallis < 0,05

Finalmente, observa-se, na tabela 16, os dados referentes à associação do MCD Sentido da Vida com os domínios de qualidade de vida, revelando uma associação estatisticamente significativa com os domínios físico ($p=0,0008$), psicológico ($p=0,0001$), relações sociais ($p=0,0040$) e meio ambiente ($p=0,0003$).

Tabela 16 - Média dos domínios de qualidade de vida dos docentes de enfermagem segundo MCD sentido da vida, 2012

SENTIDO DA VIDA	DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Geral	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Boa (PC-I)	78,1	79,3	75,6	73,8	74,4
Boa (PC-P)	75,0	71,4	59,5	59,5	56,3
Excelente	67,8	65,0	67,3	59,2	62,8
Forte (PC-I)	67,9	72,1	67,1	67,9	62,6
Forte (PC-P)	56,3	54,5	51,0	60,4	59,4
Fraca (PC-P)	25,0	67,9	20,8	16,7	37,5
Moderada (PC-I)	71,5	78,8	77,8	76,9	72,9
Valor de p	0,0855	0,0008*	0,0001*	0,0040*	0,0003*

(*) Valor-p no Teste de Kruskal-Wallis < 0,05

6 DISCUSSÃO

Esse estudo foi realizado com o objetivo de levantar os indicadores de resiliência e associá-los com os domínios de qualidade de vida dos docentes de Enfermagem. A apresentação dos resultados foi realizada a partir da caracterização sociodemográfica dos docentes participantes, seguida pelo resultado do mapeamento da resiliência, da apresentação dos escores de qualidade de vida e a associação dos seus domínios com os MCDs.

6.1 Caracterização dos Docentes de Enfermagem

Os docentes de enfermagem, em sua maioria, são mulheres, com idade média de 43 anos variando entre 26 e 58 anos. Os homens participantes, apesar de ser a minoria apresentam características semelhantes em relação à idade. A maior parte das mulheres e, também, do total de participantes, tem entre 40 e 49 anos seguida pelas que têm 50 anos e mais, pelo que se pode inferir que se trata de um grupo de docentes mais maduros. São casadas, católicas, com variação da renda familiar média entre R\$ 4.418,00 a R\$ 12.926,00. Em sua maioria, são Mestres e Doutores, formados entre 20 e 29 anos atrás e trabalham 40 horas semanais ou em regime de TIDE. A minoria trabalha em mais de uma instituição ou reside fora do município onde trabalha. Estão lotados em IES públicas e privadas e têm buscado a qualificação profissional.

Pesquisadores sobre a temática do trabalho docente em enfermagem também têm apresentado, em seus resultados, caracterização semelhante aos resultados aqui encontrados. Ao descrever o perfil de docentes de cursos de graduação em enfermagem, em Universidades Públicas e Privadas de Alfenas (MG), Terra, Secco e Robazzi (2011), também referem o predomínio de mulheres entre os docentes dos referidos cursos. Em relação à faixa etária, os seus resultados detectaram a presença de docentes mais jovens nas IES privadas (20 a 40 anos) e mais velhos (51 anos e mais) nas IES públicas e uma faixa intermediária a esses valores (31 a 40 anos), na amostra total. O mesmo ocorreu no que diz respeito à

renda familiar média, que foi maior entre os docentes da Universidade pública (acima de R\$ 8.000) e menor para os da Universidade privada (entre R\$ 4001,00 e R\$ 6.000,00) e para as demais variáveis que envolvem as características ocupacionais: o tempo de formados para docentes da Universidade pública foi maior (21 anos ou mais) que o dos docentes da Universidade privada (11 a 15 anos); o TIDE também foi maior na Universidade pública (97,4%) enquanto, na Universidade privada predominou o regime de trabalho por hora/horista (43,8%); a titulação de doutores foi maior na Universidade pública (46,2%) e, na privada, foi maior o percentual de Mestres (53,1%).

Com o objetivo de identificar e analisar os momentos de insatisfação e os indicadores desfavoráveis da profissão, bem como, a relação entre esses elementos, Corral-Mulato, Bueno e Franco (2010) também encontraram dados de caracterização semelhantes ao desta pesquisa entre docentes de um curso de graduação em Enfermagem. Os participantes do estudo constituíram um grupo composto por 13 profissionais docentes, enfermeiros e não enfermeiros, de um Curso de graduação e pós-graduação em Enfermagem, sendo que a maioria dos participantes desta pesquisa era do sexo feminino, com idade acima de 41 anos, casada, com predominância da religião católica. Quanto à carga horária desenvolvida, os participantes referiram carga horária semanal de 40 horas, em Regime de Dedicação Integral à Docência e à Pesquisa.

Rocha e Felli (2004) entrevistaram 15 docentes de enfermagem da Universidade Católica de Santos (UniSantos) com o objetivo de conhecer o significado de qualidade de vida no trabalho, captando os processos desgastantes e, também, os potencializadores da QVT, geradores de seu perfil saúde-doença. Os dados pessoais e profissionais revelaram que quanto ao sexo, treze (13) docentes são mulheres e dois (02) homens. Em relação à faixa etária, 08 docentes tinham de 33 a 40 anos, 05 tinham de 41 a 45 anos, um docente tinha 54 anos e outro docente tinha 61 anos. A experiência profissional centrada na atividade docente mostrou-se ampla, a maioria com 06 a 18 anos de vinculação acadêmica (n:14). Todos cursaram pós-graduação lato ou estrito senso, a maioria apresentava mais de uma especialização. Vivenciando uma época de investimentos no aprimoramento profissional, dois possuíam mestrado, um, doutorado e oito professores estavam regularmente inseridos no programa de mestrado. Predominou, no grupo, a

contratação por hora-aula de trabalho - regime horista (n:14), apenas um professor se encontra em regime de dedicação integral de 40 horas.

Ao investigar os aspectos da vida profissional de professores de enfermagem na China, Gui et al. (2011) também referem estas características entre os participantes, sendo que, em sua maioria, eram mulheres, casadas, com idade entre 25 e 44 anos. Quanto à titulação, 63,9% tinham mestrado, 29,2% eram graduadas e 6,64% tinham doutorado. A experiência profissional variou entre 6 meses e 34 anos.

A predominância de profissionais do sexo feminino em amostras de estudos envolvendo a profissão de enfermagem é frequente e habitual, como se nota nos que foram citados anteriormente e, também, na contextualização acerca da formação profissional e evolução do ensino de enfermagem, empreendida na revisão da literatura desse estudo. A esse respeito, a história da profissão, desde o seu início, foi marcada pela presença feminina tendo, nas mulheres, a sua força de trabalho o que, segundo Oliveira et al. (2007) e Roese et al. (2005) é uma de suas características sócio históricas e sociais.

De modo semelhante ao da enfermagem, a presença da figura feminina também é majoritária na área da educação. Ali, essa presença feminina está relacionada à inserção da mulher no mercado de trabalho, tendo sido uma das primeiras áreas profissionais a incorporar sua participação numa escala mais ampla. No Brasil, essa participação se deu de modo mais efetivo durante a segunda metade do século XX, durante o processo da expansão educacional. Uma das razões pelas quais as mulheres eram chamadas para ocupar a função de educadoras, era o fato de que, naquela época, a atividade docente era vista como própria das mulheres, já que as atividades escolares envolviam o cuidado com os outros e eram consideradas uma extensão das tarefas domésticas. (RABELO; MARTINS, 2012; SANTOS, 2008).

Em relação à titulação, o maior número de doutores nas IES públicas pode ser justificado pela existência dos planos de carreira, com a liberação de docentes para sua formação acadêmica, o que não acontece com frequência nas IES privadas. Nessas IES, os planos de carreira encontram-se em fase de elaboração e planejamento, constituindo-se em um dos obstáculos para a concretização dessa formação. A esse respeito, Morosini (2000) salienta que, apesar dos altos investimentos que as IES privadas vêm fazendo, a implantação da cultura da

pesquisa na instituição não é uma ocorrência de fácil transformação, pois implica o desenvolvimento de massa crítica, cujo período de formação é bastante longo ou a contratação de docentes com linhas de pesquisa já em desenvolvimento. Além dessas, outras ações relacionadas à adequação da estrutura física necessária para as atividades de pesquisa, começando pela implantação de bolsas até o apoio a projetos e concessão de horas na carga horária do professor para a atividade de pesquisa, entre outras.

6.2 Avaliação de Resiliência dos Docentes

Com base nos critérios apresentados na metodologia, pode-se afirmar que não há no grupo de participantes alguém na área de vulnerabilidade cognitiva, isto é, nenhum dos respondentes apresentou quatro ou mais condições de “Fracá resiliência” em quatro ou mais MCDs do seu mapeamento.

O mapeamento dos modelos de crenças dos docentes aponta que a maioria deles se encontra numa zona de segurança no que se refere às condições de resiliência em cada MCD.

Quanto ao MCD Análise do Contexto quer significar a identificação das causas, das relações e das implicações dos problemas, dos conflitos e das adversidades presentes no ambiente. Os resultados apresentados para esse MCD evidenciam dezesseis respondentes na condição de Boa resiliência no PC-P. Isso significa que os mesmos apresentam crenças que tendem a uma condição de mediana dispersão na atenção e concentração na leitura e exame de ambientes estressores. Também houve 9 respondentes na condição de Boa resiliência no PC-I, significando que apresentam crenças que tendem a uma condição de alerta e afastamento emocional em relação à atenção e concentração na leitura de ambientes estressores.

A maior frequência de sujeitos nesse MCD esteve na condição de equilíbrio, isto é, 38 sujeitos apresentam crenças que favorecem uma condição de excelência de resiliência para a análise de eventos estressores. Quando se somam os sujeitos com Boa Resiliência e Forte resiliência nos dois estilos comportamentais, observa-se que correspondem à maioria dos respondentes (55,6%) e é possível afirmar que

esses docentes possuem crenças com características de maleabilidade na passividade para o enfrentamento do estresse (PC-P) ou na intolerância para lidar com o estresse (PC-I) na análise do que ocorre no ambiente, típica de uma “situação de Segurança”. No entanto é importante ressaltar que a condição de Boa resiliência situa-se numa linha tênue quanto ao enfrentamento dos fatores de risco e de proteção no MCD.

Também foi possível identificar a ocorrência da condição de Moderada resiliência, tanto no PC-P quanto no PC-I. Apesar de se tratar de um único caso para cada um dos estilos comportamentais, por tratar-se de uma posição intermediária entre segurança e risco, há indicação de um trabalho individual no sentido de melhorar a resiliência desses sujeitos, nesse MCD.

Seligman (2011) afirma que o fracasso é um dos traumas de vida mais comuns, ainda que os modos de resposta a ele variem amplamente de uma pessoa para outra pessoa. Algumas pessoas conseguem recuperar-se depois de um breve período de tempo exposto à situação de mal-estar e outras, ao contrário, absorvem todo o impacto desta situação e evoluem para quadros de depressão e um medo paralisante do futuro.

O MCD Análise do Contexto também é útil para a prática diária da enfermagem. Recaball (2010) empreendeu um estudo sobre a importância do conceito de resiliência para a prática de enfermagem a partir de uma comparação com o modelo de assistência proposto por Dorothy Johnson que tem seu foco voltado para o modo de adaptação do paciente a uma doença e de como o estresse, real ou potencial, pode afetar a capacidade de adaptação. Nesse contexto o objetivo do profissional enfermeiro é reduzir o estresse para que o paciente possa aderir ao tratamento com maior facilidade e apressar o processo de recuperação.

Pessoas que conseguem identificar ou perceber os fatores de risco e proteção no ambiente encontram condições de se colocar em um lugar seguro e minimizar a exposição por meio da percepção de algumas pistas como: a expressão facial, movimentos corporais, cores, disposição do mobiliário, roupas, música, temperatura, silêncio. Essas pistas auxiliam as pessoas a reorientar o seu comportamento e promover sua auto regulação. Dessa forma, altos índices nesse MCD levam a pessoa a perceber as situações com excesso de detalhes e de formas demasiadamente meticulosa. O desenvolvimento dessa habilidade de percepção adequada do ambiente pode beneficiar não só a melhor adaptação dos docentes em

seu ambiente de trabalho, mas servir para as situações de ensino identificando características do ambiente e do comportamento dos alunos que possam representar risco ou ajudar na proteção contra o impacto das situações de estresse elevado, além de propiciar aos alunos o desenvolvimento de comportamento resiliente.

O MCD Autoconfiança refere-se à crença que uma pessoa tem de que possui recursos para resolver seus próprios problemas e conflitos. Para isso, vale-se de suas capacidades internas, capacitações e talentos, bem como dos recursos disponíveis no ambiente.

Quando se analisou esse MCD também não foram encontrados respondentes em condição de Fraca resiliência no PC-P ou no PC-I. A condição de Moderada resiliência, no entanto foi mais frequentemente encontrada no PC-I. O estilo comportamental de Intolerância ao estresse vivenciado no Ambiente de Trabalho é manifestado por comportamentos que vão desde a expressão de nervosismo, passando pela ansiedade, podendo chegar a sentimentos de raiva. Na prática, quanto mais distante do Equilíbrio estiver a condição de resiliência no mapeamento de crenças, maior será a rigidez do comportamento, isto é, a pessoa acredita fortemente em suas proposições. O cenário descrito sobre as condições de trabalho dos docentes, na atualidade, destacou as constantes mudanças nas políticas educacionais, de saúde e no funcionamento organizacional como uma das situações geradoras de estresse no ambiente das IES (JACQUES; CODO, 2002; OCAÑA, 2010; SORATO; MARCOMIN, 2007). Assim, pessoas na condição de Moderada resiliência costumam ter elevada resistência às mudanças e podem interferir negativamente no enfrentamento dos desafios, no alcance dos objetivos e na harmonização das relações interpessoais no ambiente de trabalho.

Os demais respondentes apresentam Boa resiliência e Forte resiliência tanto no PC-P quanto no PC-I ou, ainda, estão em Equilíbrio para o enfrentamento das adversidades ou situações de estresse elevado. Pode-se dizer que essas pessoas se encontram numa zona de segurança, lembrando que quando em condição de Boa resiliência no PC-P, apresentam crenças que tendem a uma condição de receio e desaprovação quanto à auto valorização no enfrentamento do evento estressor e quando essa condição se apresenta no PC-I suas crenças tendem para uma condição de maior dúvida quanto à coragem e autoconfiança face ao evento estressor.

O MCD Autocontrole refere-se à capacidade de organização do comportamento, de modo adequado, nos diferentes contextos de vida como, por exemplo, comportar-se com equilíbrio em situações de estresse. A análise dos resultados nesse MCD revela maior tendência dos docentes para o estilo comportamental de Intolerância na lida com o estresse (PC-I), sendo que o número de docentes (33) em situação de consistente segurança (Boa e Forte resiliência) se aproxima do número de docentes (36) em condição de equilíbrio ou excelente resiliência. Pessoas com Boa resiliência no PC-I ou PC-P apresentam crenças que tendem a uma condição de mediana intolerância ou passividade na expressão de suas emoções diante de situações de elevado estresse.

De forma sucinta, pode-se dizer que o MCD Autocontrole é o conjunto de crenças que sustenta a habilidade de balancear e gerenciar fortes sentimentos e impulsos quando se depara com os sinais de alarme emitidos pelas situações de estresse e adversidades. Assim, pessoas resilientes nesse MCD regulam suas emoções, favorecem as negociações, são receptíveis a novas pessoas e situações. O modo como se comportam favorece a promoção de um ambiente agradável e facilita os relacionamentos.

Klusman et al. (2008) trabalharam com dois aspectos-chave da pesquisa em educação: o bem-estar ocupacional de docentes, que avalia o nível de exaustão emocional e a satisfação no trabalho, e a satisfação no trabalho. Consideraram o envolvimento com o trabalho e a resiliência como duas dimensões da auto regulação relacionada ao trabalho como importantes preditoras do bem-estar ocupacional de professores. Ao realizarem a associação do tipo de auto regulação apresentado pelos professores com a sua performance no ensino em sala de aula puderam constatar que esse primeiro foi preditor da qualidade de ensino em três dos quatro tipos de auto regulação identificados. Também foi possível identificar que o tipo de auto regulação dos professores apresentou relação significativa com as diferenças na motivação dos alunos. Não foi constatada relação entre os tipos de auto regulação e o desempenho dos alunos.

Em outro estudo, Lantieri et al. (2011) partem da observação dos comportamentos apresentados por professores em sala de aula, decorrentes de exposição frequente a diferentes tipos de situações estressantes e da falta de apoio para o enfrentamento dos desafios, que incluíam manifestação emocional, psicológica e comportamental característica do estresse, criação de um clima de

estresse em suas salas de aula e que refletiam negativamente em seus alunos. Da mesma forma, os alunos também enfrentavam situações de estresse no ambiente escolar e poderiam responder de forma inadequada à necessidade de adaptação. Propuseram, então, um ensaio controlado, randomizado e, por meio de um Programa Interno de Resiliência, desenvolvido tanto com alunos como com professores, puderam constatar efeitos estatisticamente significantes. Entre eles figuraram a melhoria da atenção e da confiança nos relacionamentos dos professores, o aumento da autonomia dos alunos em sala de aula e a diminuição do sentimento de frustração, melhorando o bem-estar geral dos estudantes que foram identificados sob risco de responder de forma inadequada ao processo de adaptação.

Conquistar e Manter Pessoas é o MCD relacionado à capacidade de se estabelecer vínculos com outras pessoas, sem receios ou medo do fracasso. A partir desses vínculos, é possível favorecer a formação de fortes redes de apoio e proteção. No ambiente de trabalho, essas conexões são conhecidas como *net work*.

Na amostra estudada, mais uma vez, identifica-se a tendência das condições de resiliência dos docentes referentes ao estilo comportamental de Intolerância e que também se equipara ao número de docentes que apresentam crenças que favorecem uma condição de excelente resiliência quanto à ousadia para conquistar e manter relacionamentos em ambientes tensos. Os docentes identificados em condição de Boa resiliência no PC-P e no PC-I apresentam crenças que tendem a uma condição de mediano declínio ou mediana intolerância na ousadia face às interações tensas. Os que apresentam Moderada resiliência estão na área intermediária entre risco e proteção e necessitam ser orientados e treinados no sentido de minimizar ou eliminar os obstáculos que se contrapõem ao estabelecimento de vínculos com as pessoas que convivem no mesmo ambiente de trabalho. Apenas um docente apresentou a condição de Fraca resiliência no PC-P, o que significa que ele apresenta uma tendência de se ver com exposição pública nas interações sociais tensas.

Quando se trata da atividade docente do enfermeiro, bem como de sua prática assistencial é possível perceber a importância de se desenvolver a capacidade de conquistar e manter pessoas quando se busca as principais características e finalidades da assistência de enfermagem. Recaball (2010) ressalta a necessidade de se olhar a assistência com foco na promoção da saúde e

prevenção de agravos e, para isso, é preciso, além de identificar os recursos disponíveis, levar em conta a totalidade do ser humano numa dimensão biopsicossocial, com enfoque interdisciplinar. Nesse contexto, a promoção de resiliência implica uma aproximação dinâmica, de forma integral e participativa.

Além disso, cabe ressaltar que o trabalho em equipe é um dos mais importantes aspectos da organização do trabalho na enfermagem, tendo em vista a concretização do cuidado integral. Souza (2011) realizou trabalho de pesquisa com enfermeiros e demais profissionais de enfermagem de um hospital especializado em oncologia com o intuito de conhecer as concepções que eles têm sobre o trabalho em equipe e, também, sobre a prática do cuidado integral e da integralidade à saúde. Em resposta, a maioria dos profissionais considerou o trabalho em equipe de enfermagem como ação interdisciplinar que prescinde da comunicação, confiança, vínculo, respeito mútuo, reconhecimento do trabalho do outro e colaboração. Identificou, ainda, a presença de conflitos na equipe, particularmente, entre os profissionais de enfermagem e que podem servir como obstáculos para o alcance do cuidado integral. Esse cuidado é planejado com base na abordagem biopsicossocial e, no que diz respeito às práticas da integralidade à saúde as respostas apresentadas foram agrupadas em três categorias: a articulação entre os profissionais da equipe no atendimento do paciente, a articulação dos diferentes setores do hospital e a articulação do hospital na rede de atenção à saúde.

Em suma, a partir das questões abordadas, é possível perceber a importância do MCD Conquistar e Manter Pessoas para a assistência e para o ensino de enfermagem, levando em consideração a necessidade de continuamente renovar, restaurar e aquecer os vínculos no exercício da docência.

Preservar as amizades e desenvolver competência para manter relacionamentos, propicia a formação de redes de apoio e proteção. No entanto, para o bom relacionamento também é necessário apresentar ou desenvolver a capacidade de expressar-se de modo claro, de forma a obter reciprocidade nas interações que se estabelece no ambiente de trabalho. O conjunto de crenças relacionadas a essa capacidade formam o MCD Empatia. Os resultados dessa pesquisa revelam que 31 (34,4%) docentes apresentam condição de excelente resiliência frente ao estresse, isto é, apresentam crenças que favorecem uma condição de excelente resiliência para expressar mensagens de aproximação em interações tensas. Pessoas com um índice equilibrado neste MCD apresentam

capacidade para estabelecer fortes conexões em suas interações sociais, possibilitando que outros tenham um comportamento de reciprocidade e, até mesmo de imitação. Esse comportamento desperta e favorece a capacidade de ler e interpretar o que é manifestado por meio da comunicação verbal e não verbal (gestos e expressões faciais) no contexto e contribui para identificar e multiplicar lideranças, cujo princípio é o verdadeiro interesse e sentimento por outras pessoas, das quais se obtém reciprocidade.

Também se percebe uma tendência das condições de resiliência para o estilo comportamental de Intolerância (PC-I), considerando o número de docentes nas condições de Forte resiliência, Boa resiliência e Moderada resiliência (32) em relação ao estilo comportamental de Passividade (PC-P) para as mesmas condições de resiliência (27). Da mesma forma como nos outros MCDs, os docentes que apresentaram Moderada resiliência no PC-P ou no PC-I, encontram-se em situação de alerta, ou seja, estão na área intermediária entre risco e proteção e necessitam ser orientados e treinados no sentido de minimizar o impacto causado pela falta de habilidades sociais de entrosamento e auxiliá-lo a desenvolvê-las e a fortalecer suas interações em face de um evento crítico ou situação de estresse elevado.

Ao vivenciar uma situação de estresse elevado ou adversidade, um trabalhador pode assumir uma postura de frieza diante de seus clientes e, também, de não se deixar envolver ou não se importar com seus problemas e dificuldades, sendo comum o rompimento de relações interpessoais e a ausência de calor humano nas que, por ventura, permanecem. A irritabilidade é habitual nessa situação e interfere negativamente na atividade profissional. No caso da atividade docente, pode inviabilizar sua prática (ensino/aprendizagem), que prescinde da empatia, particularmente na ocorrência de ansiedade, melancolia, baixa auto estima, sentimento de exaustão física e emocional (JACQUES; CODO, 2002).

O MCD Leitura Corporal, ao contrário dos demais, revelou uma tendência para o estilo comportamental de Passividade (PC-P) diante de eventos estressores, com maior número de docentes na condição de Boa resiliência (37), seguido da condição de Forte resiliência (13), Fraca resiliência (03) e Moderada resiliência (02), perfazendo 60% do total de participantes. Essa condição pode ser traduzida como uma tendência dos docentes em absorver mais intensamente o impacto causado pelos efeitos negativos do estresse sobre o corpo. Chama à atenção a quantidade de docentes na condição de Boa resiliência, isto é, em situação de mediana

segurança entre condições de risco e proteção e, apesar de existir docentes em condição de Fraca resiliência, não se pode dizer que exista condição de vulnerabilidade, já que nenhum dos respondentes preencheu o critério de estabelecido para tal. Houve, também, 21 docentes em condição de Excelente resiliência e menor participação nas condições referentes ao PC-I. O mapeamento de resiliência do grupo de docentes nesse MCD indica a necessidade de intervenção no intuito de diminuir o risco por ele representado no enfrentamento de situações adversas, conflitos ou estresse elevado.

O MCD Leitura Corporal refere-se à intensidade e à direção de um impulso nervoso no corpo, com base em uma relação de causa e efeito entre os sistemas de crenças e as reações corporais. Aqui, o pressuposto é de que a resposta corporal de uma pessoa é modulada pelos esquemas de crenças, desencadeando uma reação que altera o equilíbrio de nervos e músculos. A integração mente-corpo faz com que as alterações decorrentes desse desequilíbrio sejam percebidas nos diferentes órgãos e sistemas orgânicos. Assim, a intensidade e o equilíbrio entre as reações físicas e a expressão emocional, dependerão da harmonia existente entre o sistema de crenças de uma pessoa, seus objetivos e o meio ambiente. Diante das adversidades e do estresse, o comprometimento muscular pode ocorrer em um grupo específico de músculos ou no corpo inteiro e sua visibilidade será maior, quanto maior for o conflito entre seus sistemas de crenças e seu posicionamento corporal.

Vários são os estudos que abordam a problemática dos efeitos do estresse fisiológico e do estresse ocupacional sobre o organismo e suas principais manifestações. No âmbito da atividade docente, como já apontadas anteriormente, várias são as situações que podem funcionar como agentes estressores, levando os docentes a situações de sofrimento psíquico, desgaste físico e emocional que podem apresentar manifestações psicossomáticas. Entre os agentes de riscos ocupacionais psicossociais mais frequentemente identificados estão a carga de trabalho, a sobrecarga mental, pressão psicológica, as relações interpessoais conflituosas e falta de planejamento. Em situações de exposição prolongada a esses agentes ou de estresse elevado podem surgir manifestações nos diferentes sistemas orgânicos e entre elas foram citadas: estresse/ansiedade de intensidades variadas, irritabilidade/nervosismo, insônia/dificuldades de sono, cefaleia, gastrite, lesões músculo esqueléticas como contraturas musculares, dores nas costas,

disfunção mandibular e outros como os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT); depressão, pressão alta, psoríase, vitiligo, candidíase, candidíase, infecção urinária, cansaço e fadiga (IACOVIDES ET AL 2003; BELANCIERI; BIANCO, 2004; SORATO; MARCOMIN, 2007; MAGNAGO; LISBOA; GRIEP, 2008; CRUZ ET AL., 2010; CARAN ET AL., 2010).

O MCD Otimismo com a Vida evidencia as crenças de que as coisas podem mudar para melhor. Pessoas otimistas não aquelas que vivem sorrindo, mas, sim, as que investem continuamente no entusiasmo e estão convictas de sua capacidade de controlar o destino da vida, mesmo quando o poder de decisão está fora de suas mãos. Cultivam a esperança e se mantêm motivadas mesmo diante dos percalços e dificuldades, assim como, acreditam em um sentido maior de superação para a vida, na certeza de que será capaz de mobilizar recursos mediante seus limites.

O mapeamento de resiliência dos docentes para esse MCD apresenta uma tendência ao estilo comportamental de Intolerância (PC-I) no enfrentamento do estresse, dos conflitos e adversidades, com maior frequência para a condição de Forte resiliência, isto é, apresentam crenças que tendem a uma condição de forte valorização dos fatores positivos quando diante de situações de significativa tensão. A condição de Moderada resiliência no PC-I e Boa resiliência no PC-P também apresentam frequência elevada e indicam a necessidade de intervenção para o fortalecimento da resiliência, minimizando ou evitando os efeitos negativos advindos de situações de estresse elevado. A condição de Equilíbrio ou Excelente resiliência foi identificada em 26 (28,9%) docentes, indicando que suas crenças que favorecem uma condição de equilíbrio na valorização dos fatores positivos quando diante de situações de significativa tensão.

Depressão e ansiedade têm sido citadas frequentemente como manifestações decorrentes das situações de pressão/estresse vividas na atualidade. Na perspectiva da Psicologia Positiva, o otimismo seria a palavra-chave para prevenir ou tratar esses males. Martin Seligman tem sido apontado como o “pai” da Psicologia Positiva e desenvolvido vários estudos, conduzidos de acordo com o rigor científico, e considera que pessoas otimistas enfrentam, recuperam-se e, em alguns casos, modificam seu comportamento, de forma positiva, após o enfrentamento de estresse elevado, conflitos ou contrariedades no seu cotidiano. Com base nos resultados de estudos desenvolvidos nos últimos quinze anos, acredita que otimismo e comportamento resiliente possam ser ensinados. Ao relatar sua experiência com o

programa de treinamento de resiliência desenvolvido junto às Forças Armadas dos Estados Unidos da América reforça os três modos pelos quais as pessoas, normalmente, reagem às situações extremas de adversidades ou estresse: em uma das extremidades (de uma linha imaginária) estão as pessoas que se entregam aos efeitos negativos do estresse pós traumático, entram em depressão e, até mesmo, se suicidam. No meio estão as pessoas que reagem primeiramente com sintomas de depressão e ansiedade, mas que após trinta dias, em média, por meio de avaliações física e psicológica, retornam ao que eram antes do trauma/evento estressor. A isso ele chama resiliência. Na outra extremidade estão aqueles que demonstram crescimento mesmo em face da adversidade ou trauma. Da mesma forma que os demais, eles experimentam quadros de depressão e ansiedade em decorrência do estresse pós-traumático, mas, após um ano estão melhores do que eram antes do trauma. Isso é crescimento ou fortalecimento (SELIGMAN, 2011).

Suas pesquisas com crianças e adolescentes que apresentam sintomas depressivos e/ou estão em depressão, têm demonstrado os efeitos positivos do treinamento para a promoção do bem-estar no ambiente escolar, com diminuição significativa dos sintomas depressivos e dos quadros de depressão. Esses programas incluem o treinamento de professores e supervisores e compreendem atividades que melhoram o aprendizado, ampliam a capacidade de atenção, estimulam o pensamento criativo e favorecem uma visão holística da realidade. Dessa forma, quando se tornarem adultos, estarão mais bem preparados para o enfrentamento das adversidades de um modo mais positivo e otimista (SELIGMAN ET AL, 2009).

Os resultados mais recentes das pesquisas desenvolvidas na perspectiva da Psicologia Positiva auxiliam na compreensão de alguns benefícios advindos desse modo de ver a vida. Entre eles estão: (1) pessoas otimistas são muito menos propensas a morrer de ataque cardíaco; (2) mulheres que sorriem espontaneamente para fotos em sua juventude estarão menos sujeitas ao divórcio e serão mais felizes no casamento do que aquelas que costumam sorrir forçadamente para as fotos em sua juventude; (3) fatores externos (clima, dinheiro, saúde, casamento e religião), somados, são responsáveis por menos de 15% da variação na satisfação com a vida; (4) a busca de sentido e de engajamento/envolvimento é muito mais preditiva da satisfação com a vida do que a busca pelo prazer.

Atualmente, a promoção da saúde também tem sido discutida em termos de uma prevenção sob a perspectiva de desenvolvimento ou favorecimento do desabrochar de aspectos positivos dos quais fazem parte a resiliência, o otimismo, bem-estar subjetivo, felicidade, autodeterminação, esperança, criatividade, habilidades interpessoais e fé (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007).

O MCD Sentido da Vida, por sua vez, refere-se àquelas crenças que evidenciam o modo de acreditar em um sentido maior para a vida e nos recursos transcendentais de que o ser humano dispõe face aos seus limites. Quando se tem o entendimento desse sentido maior ou propósito vital, ocorre maior valorização da vida, bem como, fortalecimento e capacitação da pessoa tendo em vista sua preservação. Preservar a vida é evitar colocar-se em situações de risco e buscar áreas onde possa se beneficiar das condições de proteção.

Esse é um dos aspectos que podem ser trabalhados com os docentes participantes dessa pesquisa, considerando-se que 42,2% deles se apresenta em condições de Boa e Moderada resiliência no PC-I. Em relação aos demais MCDs, percebe-se um número menor de sujeitos em condição de Equilíbrio ou Excelente resiliência, ou seja, apresentam crenças que favorecem uma condição de excelente resiliência para a análise dos eventos estressores. A condição de fortaleza (Forte resiliência) foi predominante para o estilo comportamental de Intolerância (PC-I), significando que esses sujeitos apresentam crenças que tendem a uma leve condição de valorizar a vida nos enfrentamentos de conflitos.

O valor que se dá à vida também está relacionado ao valor ou significado que se tem na vida de outros, de se sentir útil nas relações interpessoais. O conjunto de crenças desse MCD também favorece a elaboração de um projeto de vida e, para concretizá-lo, uma pessoa se torna destemida, cheia de coragem e investe fortemente em si, valendo-se da imaginação, da fantasia e das potencialidades de sua criatividade.

Nesse sentido, a criatividade e a resiliência tem sido apontadas como ferramentas úteis para o enfrentamento das adversidades da atividade docente nos dias de hoje. Andrade e Silva (2004) e Silva e Motta (2005), após a contextualização das condições do trabalho docente, apoiam-se no conceito de criatividade de Ostrower, com o significado de dar forma a algo novo, relacionar fenômenos de modo novo e compreendê-los em novos termos. A pessoa criativa apresenta características afetivas e emocionais bastante próximas das características de uma

pessoa resiliente como, por exemplo: intuição, percepção aguçada e sensibilidade aos problemas, tolerância para com as diferenças, espírito aventureiro e empreendedor, maior abertura em relação aos próprios sentimentos e emoções, aceitação positiva de si, autoconfiança, espontaneidade e confiança nas interações sociais, receptividade a novas ideias, autonomia e persistência. Relembra, também, que não se pode contar apenas com fatores internos para desenvolver a resiliência e aponta os fatores ambientais e o suporte das relações de apoio como essenciais para a promoção da autoestima e auto-eficácia. Nesse contexto considera a possibilidade de aliar a capacidade criativa à flexibilidade e à capacidade de tornar-se resiliente como o caminho para transformar situações e realidades.

A fé, como uma esperança, diante das dificuldades e adversidades também é contemplada nesse MCD. A pessoa resiliente manifesta fé em si mesma, nas outras pessoas, no mundo e nos recursos que transcendem aos limites da razão, o que as leva a extrair forças e recursos do mais profundo de suas capacidades. Manter o sentido da vida é essencial para a manutenção dos demais MCDs, tendo em vista o que representa: vitalidade, alegria de viver e estímulo constante à preservação da vida.

Nesse sentido a fé pode ser compreendida como espiritualidade que, segundo Fleck et al. (2003), refere-se às questões relacionadas ao significado da vida e da razão de viver, independentemente de práticas religiosas ou, ainda, como o conjunto de crenças que uma pessoa sustenta e que constituem a base do seu comportamento e estilo de vida.

A literatura apresenta um grande número de investigações que relacionam a espiritualidade ao tratamento de doenças crônicas, à recuperação de quadros clínicos graves/gravíssimos e, também, à qualidade de vida, entendida como a harmonização dos diferentes modos de viver e dos níveis físico, mental, social, cultural, ambiental e espiritual (FLECK ET AL., 2003).

Considerando esses aspectos, em conclusão à aproximação teórica sobre Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva, Calvetti, Muller e Nunes (2007) entendem a religiosidade-espiritualidade e a resiliência como aspectos protetores de saúde e de promoção da qualidade de vida.

6.3 Qualidade de vida dos Docentes de Enfermagem

A análise da qualidade de vida dos docentes da amostra foi iniciada com os dados referentes à sua percepção sobre a qualidade de vida e à satisfação com sua saúde.

A maior parte dos docentes considera como boa a sua QV e, também, que está satisfeito com sua saúde e o IGQV. A partir da média dos escores para cada domínio, foram mais mal avaliados os domínios das relações sociais e do meio ambiente, resultado que difere da avaliação de QV empreendida por D'Ávila, Casagrande e Pereira (2010), que apresentou menor pontuação para o domínio físico (77,84) e maior pontuação para o domínio psicológico (86,75) entre os docentes de uma IES privada, na cidade de Curitiba (PR), havendo maior proximidade dos valores alcançados pelos funcionários responsáveis pelas tarefas administrativas da mesma IES, que apresentaram menores escores nos domínios físico (68,90) e do meio ambiente (67,06).

Em outro estudo, que avaliou a QV na perspectiva de gênero, 19 mulheres, docentes do ensino superior, a partir de análise qualitativa, revelaram ter uma percepção ruim acerca da sua QV, sendo mais frequentemente apontados os aspectos relacionados à sobrecarga de trabalho, falta de tempo para as atividades de lazer, pressão psicológica relacionada às exigências de atualização e titulação, com aparecimento de quadros patológicos, como no caso da depressão. Os autores ressaltam a necessidade de intervenção direcionada para a melhoria da QV dessas mulheres que, apesar das obrigações domésticas e familiares, não têm sido poupadas em relação às exigências profissionais, tendo em vista a qualidade de suas relações pessoais e da sua saúde mental (OLIVEIRA et al., 2012).

Na perspectiva da psicopatologia do trabalho, o equilíbrio mental é responsável pelo direcionamento de todos os outros impulsos da vida. Quando esse equilíbrio não acontece, as pessoas se sentem pressionadas em sua vida pessoal e profissional e pode vivenciar dificuldades nos relacionamentos e doenças psíquicas relacionadas ao trabalho como: neuroses, depressões, fobias, stress e até suicídio (TOSTA, 2007).

Essas questões se mostram pertinentes quando se trata da qualidade de docentes de enfermagem, grupo de profissionais constituído, em sua maioria, por mulheres. Considerando, ainda, a necessidade de interação com o ambiente, com alunos e colegas de equipe e a necessidade de buscar o equilíbrio emocional para essas interações, os baixos escores (<70) alcançados, respectivamente, nos domínios do meio ambiente, das relações sociais e psicológico podem ser considerados pontos frágeis para a amostra estudada.

Quando se analisa os escores médios de cada uma das facetas dos domínios avaliados, percebem-se menores valores para sono e repouso, energia e fadiga e, ainda, atividades da vida cotidiana conforme descrito anteriormente, para o domínio físico, sinalizando possível evolução de quadros de desânimo e falta de motivação. Da mesma forma, percebe-se baixa pontuação para sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração no domínio psicológico e que poderia ser considerada condição de risco diante de adversidades. No entanto, a autoestima e espiritualidade/religião, crenças pessoais foram mais bem avaliadas, contrabalançando as emoções até esse momento e concordando com o que foi constatado por Oliveira et al. (2012). No domínio das relações sociais, as relações pessoais e a atividade sexual se mostram com menor pontuação e no domínio meio ambiente, recreação e lazer e recursos financeiros. Além dos dados do estudo de Oliveira et al. (2012), o estudo de Marchiori, Barros e Oliveira (2005) aponta resultados semelhantes, o que reforça a ideia de que o acúmulo de atividades formais e informais (profissionais e familiares ou domésticas) contribui para uma percepção diminuída de sua QV.

Esses aspectos podem ser considerados quando se verifica as correlações observadas entre os domínios da QV e os MCDs do mapeamento das condições de resiliência. O MCD Autoconfiança apresentou correlação com o domínio psicológico de QV (TABELA 8). Considerando que a autoconfiança, nesse contexto, refere-se à capacidade de confiar em seus recursos e habilidades para resolver os conflitos que se apresentam, o escore mais elevado da autoestima no domínio psicológico pode contribuir para o comportamento resiliente nesse MCD e vice-versa. Quando se analisou a associação das condições de resiliência desse MCD, isoladamente, com as médias dos domínios de QV, também se observou uma associação entre eles (TABELA 10).

O domínio psicológico também apresentou correlação estatisticamente significativa com os MCDs Empatia, Otimismo com a Vida e Sentido da Vida. Desenvolver habilidades de relacionamento, olhar os conflitos com os olhos dos outros ou sob a perspectiva dos outros, demonstrar solidariedade, manter uma atitude positiva e esperança diante das adversidades, cultivar a espiritualidade são condições de proteção para o seu enfrentamento. No ambiente de trabalho, seja de docentes ou de outros profissionais, a valorização da atividade desempenhada e a recompensa pelo esforço empreendido são necessárias para manter a autoestima do trabalhador, de forma a mantê-lo motivado e adaptado de forma saudável. A simples aceitação ou resignação diante de situações adversas e de estresse elevado ou, mesmo, a condições protetoras, deixando de exercer seus direitos e tendendo à despersonalização, em detrimento das condições totalmente determinadas pela organização, pode levá-lo ao sofrimento psíquico, ao desânimo e à exaustão emocional (RIBEIRO et al., 2011).

O domínio físico apresentou correlação com os MCDs Otimismo com a Vida e Sentido da Vida. A baixa pontuação para as facetas sono e repouso, energia e fadiga e atividades da vida diária pode ser reflexo das condições inadequadas do ambiente de trabalho ou da monotonia/dinâmica das atividades desenvolvidas, que podem vir a ser consideradas condições de risco ou estresse nesse ambiente, ou seja, pode se manifestar sob a forma de cansaço físico e mental, sensação de fraqueza, quase sempre acompanhados da perda de vontade ou interesse pelas tarefas do dia a dia (D'AVILA; CASAGRANDE; PEREIRA, 2010).

Também foi observada correlação do domínio das relações sociais com o MCD Sentido da Vida, que se refere à valorização da vida e, também, à noção de se sentir útil ou com significado para a vida de outras pessoas. A baixa interatividade nas relações pessoais e baixa pontuação na atividade sexual podem ser indicativas de evolução de quadro depressivo ou de exaustão emocional quando, segundo Lipp (2002), ocorrem alterações da libido, chegando ao desinteresse pela atividade sexual.

O domínio do meio ambiente, de modo semelhante, apresentou correlação com os MCDs Empatia, Otimismo com a Vida e Sentido da Vida. As facetas com menor pontuação foram Recreação e Lazer, Recursos Financeiros, Ambiente Físico, Cuidados com a Saúde, Segurança Física e Proteção. A preservação da vida e a esperança, bem como a habilidade de propiciar a proximidade e a conectividade por

meio das interações sociais podem contribuir para melhorar a QV das pessoas à medida que tais atitudes são capazes de promover o bem-estar e determinar a eficiência e o comportamento das pessoas, seja no ambiente de trabalho ou fora dele (D'AVILA; CASAGRANDE; PEREIRA, 2010).

Observou-se, também, que associações estatisticamente significantes ocorreram entre o MCD Análise do Contexto e o IGQV; Autocontrole e Domínio Físico; Conquistar e Manter pessoas e o domínio Meio Ambiente e o IGQV; Empatia e os domínios Psicológico e Meio Ambiente; Leitura Corporal e Domínio Físico; Otimismo e domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente; Sentido da Vida com os quatro domínios, excetuando-se o IGQV.

No contexto do significado do trabalho e da produtividade dele advinda para a realização do ser humano, ao traçar um paralelo entre os aspectos relacionados a cada um dos MCDs e as facetas compreendidas por cada um dos domínios da QV do WHOQOL e, ainda, levando-se em conta as correlações e associações estatisticamente significantes entre eles, percebe-se a relevância da promoção de resiliência no ambiente de trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de avaliação da resiliência e da QV dos enfermeiros docentes de Cursos de Enfermagem propiciou o levantamento de características sociodemográficas e de classificação econômica, permitindo melhor conhecimento sobre os profissionais que atuam nas IES inscritas nas subseções do Coren – PR de Londrina e Maringá. Estão em maior número nas IES públicas, são mulheres, casadas, católicas, com idade média de 43 anos, com renda familiar média que variou entre R\$ 4.418,00 a R\$ 12.926,00, formadas entre 20 e 29 anos atrás, vinculados a uma única IES, contratadas em regime de 40 horas semanais (TIDE). A titulação mais frequente foi a de Mestre, seguida pela de Doutor, sendo esses mais frequentes nas IES públicas.

O mapeamento das condições de resiliência, realizado por meio do Quest_Resiliência, instrumento estruturado nos pressupostos da Teoria Cognitivo Comportamental, apontou a inexistência de condição de vulnerabilidade ao estresse extremo ou adversidades entre os docentes participantes, com predomínio das condições de fortaleza ou excelente resiliência para o enfrentamento do estresse extremo.

A avaliação da QV foi realizada a partir da aplicação do WHOQOL –*bref*, proposto pela Organização Mundial de Saúde para este fim. Os docentes consideraram como boa a sua qualidade de vida e referem estar satisfeitos com a sua saúde. No entanto, os escores médios dos domínios de QV apresentaram resultados que indicam uma tendência para menor QV entre eles.

Também foi possível perceber correlação positiva entre os domínios de QV e os MCDs de resiliência, sugerindo que melhores condições de resiliência podem contribuir para melhores índices de QV dos docentes.

A proposta de promoção de resiliência no ambiente de trabalho vem de encontro às exigências do mercado de trabalho de um mundo globalizado, com uma dinâmica caracterizada por rápidas mudanças e exigências constantes, gerando a necessidade de respostas rápidas de adaptação. No entanto, quando não se tem suporte para tal, o resultado pode ser negativo à medida que conduz à frustração ou ao sofrimento físico e psíquico, provocando mal-estar e interferindo de forma

negativa sobre a QV desses profissionais. Ser resiliente é caminhar em direção à preservação da vida, da saúde, da esperança, buscando a felicidade e a realização no âmbito pessoal e profissional.

Além dessa dimensão a prática da docência em enfermagem não pode se pautar apenas no aspecto técnico da formação e do exercício profissional, mas deve propiciar o aprendizado para o desenvolvimento do comportamento resiliente, tendo em vista as características relacionadas à assistência, permeada diuturnamente pelo sofrimento, pela dor, pelas perdas, pela falta de valorização profissional e pelas pressões impostas pelo próprio mercado de trabalho, hoje tão incerto e desafiador.

Ensinar resiliência implica, antes de tudo, experimentá-la e colocá-la em prática diante das adversidades relacionadas à prática docente. Assim fortalecidos, enfrentarão melhor os impasses e dificuldades gerados a partir das interações pessoais e sociais e aprenderão mais facilmente a valorizar a si e aos outros, já que a autoridade opressora e ameaçadora leva ao desânimo, à sensação de incapacidade e ao sofrimento, acarretando prejuízos à sua saúde e, conseqüentemente à sua QV. Aprender ou desenvolver resiliência constitui condição de proteção contra a instalação de quadros de Burnout.

Considerou-se como limitação do estudo o número limitado de participantes, que pode ter contribuído para o baixo valor do *alpha de Cronbach*, o que não ocorreu em relação ao banco de dados acumulados junto à SOBRARE.

A resiliência, apesar de ainda não haver um consenso em relação à sua definição e aplicabilidades, tem sido apontada como ferramenta importante nas ações empreendidas para a promoção da saúde e incremento da qualidade de vida das comunidades, justificando sua investigação mais aprofundada, particularmente, no que diz respeito à prática de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Karl. **Gerente e o estresse**: faça o estresse trabalhar para você. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

ANDRADE, Andréia de Carvalho. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 96-8, jan.-fev. 2007.

ANDRADE, Márcia Siqueira de; SILVA, Nilce. Resiliência e criatividade: análise teórica da saúde dos professores do ensino fundamental no Brasil. **Revista de Pós-graduação – UNIFIEL**, v. 3, p. 141-58, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2012. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>. Acesso em: 12 out. 2012.

AZEVEDO, Valmir Antonio Zulian de; KITAMURA, Satoshi. Stress trabalho e qualidade de vida. In: VILARTA, Roberto et al. (Orgs.). **Qualidade de vida e fadiga institucional**. Campinas: IPES Editorial, 2006. p. 137-50.

BARBOSA, George Souza. **A pesquisa do risco e da vulnerabilidade cognitiva em resiliência**: aula no III Encontro de Resiliência e Enfermagem – LAPRENF, 27/09/2012. Universidade Federal do Rio de Janeiro, UNIRIO. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: http://www.sobrare.com.br/sobrare/Uploads/20120923_risco_e_vulnerabilidade_cognitiva_em_resilincia_como_conceituar_e_pesquisar_laprenf_set_2012.pdf. Acesso em: out. 2012.

BARBOSA, George Souza. **Curso de formação na metodologia de promotores de resiliência**: treinamento. São Paulo: SOBRARE, 2012b. (Caderno de conteúdo teórico de curso: 2º módulo).

BARBOSA, George Souza. **Curso de formação na metodologia de promotores de resiliência**: treinamento. São Paulo: SOBRARE, 2012c. (Caderno de conteúdo teórico de curso: 3º módulo).

BARBOSA, George Souza. **Curso de formação na metodologia de promotores de resiliência**: treinamento. São Paulo: SOBRARE, 2012d. (Caderno de conteúdo teórico de curso: 4º módulo).

BARBOSA, George Souza. **Questionário do Índice de Resiliência**: adultos Reivich - Shatté/Barbosa. São Paulo: PUC/SP, 2006.

BARBOSA, George Souza; VARELLA, João Marcos. **Estratégias para resiliência no desenvolvimento de líderes**: treinamento. São Paulo: SOBRARE, 2011. (Caderno de conteúdo teórico de curso).

BARBOSA, George Souza;. Resiliência e enfermagem: caminhos de superação para o estresse. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE RESILIÊNCIA (SOBRARE). **Resiliência e enfermagem: caminhos de superação**. São Paulo: SOBRARE, 2011. p. 36-52. (Caderno 2).

BARBOSA, George. Os pressupostos nos estilos comportamentais de se expressar resiliência. In: Kreinz G, Pavan OH, Gonçalves RM (orgs.). **Divulgação científica: enfrentamentos e indagações**. São Paulo: NJR/USP; 2010.

BELANCIERI, Maria de Fátima et al. A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 27, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2011.

BELANCIERI, Maria de Fátima; BIANCO, Maria Helena Borgato Cappo. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área de enfermagem de um hospital universitário. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 1, 2004. Disponível em: <redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71413117.pdf>. Acesso em 07.11.2011

BENETTI, Idonézia Collodel; CREPALDI, Maria Aparecida. Resiliência revisitada: uma abordagem reflexiva para principiantes no assunto. **Rev. Electrónica Investig. Docencia (REID)**, n. 7, p. 7-30, ene. 2012. Disponível em: <<http://www.revistareid.net/revista/n7/REID7art1.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2012.

BOSI, Antônio de Pádua. A precarização do trabalho docente nas instituições de ensino superior do Brasil nesses últimos 25 anos. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n. 101, p. 1503-23, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 28 out. 2011.

BOWLING, Anne. **Measuring disease**. 2nd ed. Buckingham: Open University, 2001.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez 1996. Seção 1, p. 833-41.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114).

CALVETTI, Prislá Ücker; MULLER, Marisa Campio; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 27, n. 4, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007001200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 out. 2012.

CAMPOS, Juliana Faria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 584-9, out./dez. 2007.

CARAN, Vânia Cláudia Spoti et al. Assédio moral entre docentes de instituição pública de ensino superior do Brasil. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600004&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2012.

CARVALHO, Clarice da Costa. Trabalho docente nas instituições privadas de ensino superior – expressão da precarização do trabalho assalariado. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA REDE DE PESQUISADORES SOBRE ASSOCIATIVISMO E SINDICALISMO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO, 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Associações e Sindicatos de Trabalhadores em Educação, 2010. p. 1-16

CHRISTOPHORO, Rosângela; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini Estresse e condições de trabalho: um estudo com docentes do curso de enfermagem da UEM, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 24, n. 3, p. 757-763, 2002.

CICCHETTI, Dante. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. **World Psychiatry**, Minneapolis, n. 9, p. 145-54, 2010.

CONCEIÇÃO, Maria Rodrigues da et al. Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o Whoqol-bref. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 320-25 June 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000200016>.

CONNOR, Kathryn M.; DAVIDSON, Jonathan R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depress. Anxiety**, New York, v. 18, p. 76-82, 2003.

CORRAL-MULATO, Sabrina; BUENO, Sonia Maria Villela; FRANCO, Dathiê de Mello. Docência em enfermagem: insatisfações e indicadores desfavoráveis. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2012.

COSTA, Antonio Carlos Gomes da. **A resiliência no mundo do trabalho**. Belo Horizonte: **Modus Faciendi**, 1995. (Caderno de Textos).

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; SAWADA, Namie Okino; MALERBO, Maria Bernadete. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-8, jul.-ago. 2003.

D'AURIA, Alberto. **Resiliência reduz riscos de doenças e melhora a qualidade de vida**. 2003. Disponível em: <http://carreiras.empregos.com.br/carreira/administracao/qualidade_de_vida/030203-resiliencia_alberto_dauria.shtm>. Acesso em: 28 out. 2011.

DE MEIS, Leopoldo. et al . The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 9, Sept. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2003000900001&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2003000900001>.

EARVOLINO-RAMIREZ, Marie. Resilience: a concept analysis. **Nurs. Forum**, Austin, v. 42, n. 2, p. 73-82, abr./jun. 2007.

ESTEVE, José Manuel. **El malestar docente**. Barcelona, Lara 1987-89, 3 Ed.. Paidós 94.

FAUSTINO, Regina Lúcia Herculano; EGRY, Emiko Yoshikawa. A formação da enfermeira na perspectiva da educação reflexões e desafios para o futuro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 332-7, 2002.

FERREIRA, Elaine Maria et al. Prazer e sofrimento no processo de trabalho do enfermeiro docente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, dez. 2009. Número especial 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2012.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al.. Desenvolvimento do WHOQOL módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev Saude Publica**, v. 37, n. 4, p. 446-55, 2003.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p. 33-8, 2000.

GARCÍA, Guadalupe Manzano; CALVO, Juan Carlos Ayala. Emotional exhaustion of nursing staff: influence of emotional annoyance and resilience. **International Nursing Review**, v. 59, n. 1, p. 101–107. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00927.x

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 31, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022005000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GILLESPIE, Brigid M.; CHABOYER, Wendy; WALLIS, Marianne. The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. **International Journal of Nursing Studies**. V. 46, n. 7, p. 968-76. 2009. Disponível em http://ac.els-cdn.com/S0020748907002040/1-s2.0-S0020748907002040-main.pdf?_tid=38fa2e64-33b9-11e2-ad4c-00000aab0f27&acdnat=1353488319_9c8068b22f818934e744f1d564559a49. Acesso em: 05. Nov. 2011.

GRAZZIANO, Eliane da Silva; FERRAZ BIANCHI, Estela Regina. Impacto do stress ocupacional e Burnout para enfermeiros. **Enferm. Global**, Murcia, n. 18, p. 1-20, fev. 2010.

GUI, Li et al . Nurse teachers' working lives: a questionnaire survey of nursing schools in Mainland China. **International Nursing Review**, v. 58, n. 4, p. 505–511, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00902.x/pdf>>. Acesso 04.10.2012

HARRI, Marja. Assessing the quality of working life of nurse educators in Finland: perceptions of nurse educators and their spouses. **Journal of Advanced Nursing**, 1995 Feb; 21 (2): 378-86. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/results?sid=0beb4f7f-fd55-48f1-9bba-525b656489f9%40sessionmgr11&vid=1&hid=21&bquery=faculty+nursing+AND+quality+%22of%22+working+life&bdata=JmRiPWM4aCZsYW5nPXBOlWJyJnR5cGU9MCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d>>. Acesso 04.10.2012

IACOVIDES, Apostolos et al. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. **Journal of Affective Disorders** 75 (2003) 209–221

INFANTE, Francisca. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. (Eds.). **Resiliência**: descobrindo as próprias fortalezas. São Paulo: Artmed, 2005. p. 22-38.

JACKSON, Debra et al. Struggling for legitimacy: nursing students' stories of organisational aggression, resilience and resistance. **Nurs. Inquiry**, United Kingdom, v. 18, n. 2, p. 102-10, 2011.

JACKSON, Debra.; FIRTKO, Angela; EDENBOROUGH, Michel. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 60, n. 1, p. 1-9, 2007.

JACQUES, Maria da Graça(ORG.); CODO, Wanderley(ORG.). **Saúde mental e trabalho**: leituras. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2002

JEPSON, Emma, FORREST, Sarah. Individual contributory factors in teacher stress: The role of achievement striving and occupational commitment. Nottingham Trent University, UK .**British Journal of Educational Psychology** (2006), 76, 183–197.

Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/000709905X37299/pdf>>. Acesso 05.10.2012

JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva; DESLANDES, Suely Ferreira. Resiliência e maus tratos à criança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-35, jan./fev. 2003.

KIRKWOOD, Tom et al. **Foresight mental capital and wellbeing project**. Mental capital through life: future challenges. London: The Government Office for Science, 2010. Disponível em: <http://www.foresight.gov.uk/Mental%20Capital/Mental_capital_through_life.pdf>. Acesso em: 24 set. 2012.

KLEIN, Carlos Henrique; BLOCH, Kátia Vergetti. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 125-50.

KLUSMANN, Uta et al. Teachers' Occupational Well-Being and Quality of Instruction: The Important Role of Self-Regulatory Patterns. **Journal of Educational Psychology**. v. 100, n. 3, p. 702-715, 2008.

LANTIERI, Linda et al. Building inner resilience in teachers and students. In: Reevy, Gretchen M. (Ed); Frydenberg, Erica (Ed). **Personality, stress, and coping: Implications for education.**, (pp. 267-292). Charlotte, NC, US: IAP Information Age Publishing, xiv, 2011, 323 pp.

LARANJEIRA, Carlos Antônio Sampaio de Jesus. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 327-32, jul./set. 2007.

LINDSTRÖM, Bengt. O significado de resiliência. **Adolesc. Latinoam.**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 133-7, abr. 2001.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **O stress do professor**. Campinas: Papirus, 2002.

LUNA FILHO, Bráulio. Seqüência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 6, dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998001200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2011.

LUTHAR, Suniya S.; CICCHETTI, Dante; BECKER, Bronwyn. Research on resilience: response to commentaries. **Child Dev.**, v. 71, n. 3, p. 573-5, 2000a. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8624.00168/pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

LUTHAR, Suniya S.; CICCHETTI, Dante; BECKER, Bronwyn. **The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work**. **Child Dev.**, v. 71, n. 3, p. 543-62, 2000b. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=76bf8bdc-cbef-4dcc-ab33-3a39de372ed3%40sessionmgr14&vid=2&hid=21>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

MACHADO, Ana Claudia Teixeira. A ferramenta Google Docs: construção do conhecimento através da interação e colaboração. **Paidéi@**, v. 2, n. 1, jun. 2009. Disponível em: <[http://revistapaideia.unimesvirtual.com.br/index.php?journal=paideia&page=article&op=view&path\[\]=73&path\[\]=51](http://revistapaideia.unimesvirtual.com.br/index.php?journal=paideia&page=article&op=view&path[]=73&path[]=51)>. Acesso em: 25 out. 2012.

MAGALHAIS, Lilian C.B.; YASSAKA, Marcela C.B.; SOLER, Zaida A.S.G. Indicadores da qualidade de vida no trabalho entre docentes decurso de graduação em enfermagem. **Arq Ciênc Saúde.**, São José do Rio Preto, v. 15, n. 3, p. 117-24, jul-set . 2008. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN276.pdf. Acesso em 19. out. 2012.

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza; LISBOA, Marcia Tereza Luz; GRIEP, Rosane Harter. Estresse, aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2010, v. 17, n.1, p.p.118-23

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. Job burnout. **Annu. Rev. Psychol.**, Palo Alto, v. 52, p. 397-422, 2001.

MATOS, Patricia S. et al. An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. **Int. J. Mental Health Nurs.**, New York, v. 19, n. 5, p. 307-12, 2010.

MCALLISTER, Margaret; MCKINNON, Jessica. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. **Nurs. Educ. Today**, Queensland, n. 29, p. 371-9, 2009.

MICHAELIS: dicionário prático inglês. São Paulo: Melhoramentos, 2001.

MIGUEL, Maria Emília Grassi Busto Miguel; ANJOS, Maria Lúcia Reis dos. Resiliência aplicada à enfermagem. **Revista FAP**, Apucarana, n. 3, p. 21, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

MIRANDA, Livia Ceschia dos Santos; PEREIRA, Caroline de Aquino; PASSOS, Joanir Pereira. O estresse nos docentes de enfermagem de uma universidade pública. **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 335-44, set.-dez. 2009.

MORAES CRUZ, Roberto; LEMOS, Jadir Camargo; WELTER, Marisete M. Saúde docente, condições e carga de trabalho. **Rev. Electrónica Investig. Docencia (REID)**, n. 4, p. 147-60, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.revistareid.net/revista/n4/REID4art8.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

MOROSINI, Marília Costa (Org.). **Professor do ensino superior**: identidade, docência e formação. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000. 80 p. Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/D_professor_ensino_superior.pdf>. Acesso em 02.11.2012

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2012.

OCAÑA, Maria Jesús Rojas; RODRÍGUEZ, Juan Bautista Rodríguez. Factores de riesgo psicosociales en el profesorado De enfermería geriátrica de universidades españolas (1ª parte). **GEROKOMOS**, v. 21, n. 4, p. 158-166, 2010.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos et al. Desafios da formação em enfermagem no Brasil: proposta curricular da EEUSP para o bacharelado em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, p. 820-5, 2007. Número especial.

OLIVEIRA, Maria das Graças Marrocos de; CARDOSO, Cármen Lúcia. Stress e trabalho docente na área da saúde. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 135-41, abr./jun. 2011.

ONG, Anthony D. et al. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. **J. Pers. Soc. Psychol.**, Washington, v. 91, p. 730-49, 2006.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza et al. Enfermeira: a construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 out. 2012.

PESCE, Renata P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 135-43, maio/ago. 2004.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, out. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000500015>.

POLETTI, Rosette; DOBBS, Bárbara. **A resiliência**: a arte de dar a volta por cima. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

RABELO, Amanda Oliveira; MARTINS, António Maria. **A mulher no magistério brasileiro**: um histórico sobre a feminização do magistério. Disponível em:

<<http://www.faced.ufu.br/colubhe06/anais/arquivos/556AmandaO.Rabelo.pdf>>.
Acesso em 02.11.2012.

RECABALL, Juana Elena Cortes. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 16, n. 3, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Oct. 2012. doi: 10.4067/S0717-95532010000300004.

RESILIENCE. In: MICHAELIS: dicionário prático inglês. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/ingles/index.php?lingua=ingles-portugues&palavra=resilience>>. Acesso em: 17 nov. 2011.

RESILIÊNCIA. In: **DICIONÁRIO Aulete**. Rio de Janeiro: Lexicon, [2011]. Disponível em: <<http://aulete.uol.com.br/resiliencia>>. Acesso em: 01 dez. 2011.

RESILIÊNCIA. In: MICHAELIS: dicionário prático português. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=resili%EAncia>>. Acesso em: 17 nov. 2011.

ROCHA, Sandra de Souza Lima; FELLI, Vanda Elisa Andres. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2012.

RODRIGUES, Rosana Trindade Santos. **Resiliência e características de personalidade de médicos residentes como proteção para o Burnout e qualidade de vida**. 2012. 116 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo.

ROESE, Adriana et al. A produção do conhecimento na enfermagem: desafios na busca de reconhecimento no campo interdisciplinar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 302-7, dez. 2005.

ROTH, Marcus; VON COLLANI, Gernot. A head-to-head comparison of big-five types and traits in the prediction of social attitudes: Further evidence for a five-cluster typology. **J. Individ. Differ.**, Gottingen, v. 28, p. 138-49, 2007.

RUTTER, Michael. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **Am. J. Orthopsychiatry**, Menasha, v. 57, n. 3, p. 316-31, 1987.

RUTTER, Michael. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **J. Fam. Ther.**, London, v. 21, n. 2, p. 119-44, 1999.

RUTTER, Michael. Resilience in face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 147, p. 598-611, 1985.

RUTTER, Michael. Resilience, competence, and coping. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 31, n. 3, p. 201-322, Mar. 2007.

SACHUK, Maria Iolanda; CANGUSSU, Ewerton Taveira. Apontamentos iniciais sobre o conceito de resiliência. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 11, n. 1, jul./dez. 2008.

SANTOS, Ângela Elizabeth dos. Profissão docente: uma questão de gênero? In: **FAZENDO GÊNERO 8 – CORPO, VIOLÊNCIA E PODER**. Florianópolis, 25 a 28 de agosto de 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST8/Elizabeth_Angela_dos_Santos_08.pdf>. Acesso em 02.11.2012.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-88, 2004.

SELIGMAN, Martin E. P.. Positive education: positive psychology and classroom interventions. **Oxford Review of Education** v. 35, n. 3, p. 293–31, June 2009.

SELIGMAN, Martin. Recovering from failure building resilience. **Harvard Business Review**, v. 89, n. 4, p. 100-06, April, 2011.

SIEGEL, Sidney; CASTELLAN, N. John. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 488-91, jul./ago. 2006.

SILVA, Larissa Cristina Jacovenco Rosa da et al. Estresse ocupacional na equipe de enfermagem descrito por área de atuação: estudo de revisão bibliográfica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM – CBCENF, 14., 2011, Curitiba. **Anais...** Disponível em: <<http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I29139.E9.T5388.D5AP.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

SILVA, Nilce; MOTTA, Dalva Van Berghem. A criatividade como fator de resiliência na ação docente do professor de ensino superior. *Revista da UFG, Goiânia*, v. 7, n. 2, dez. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE RESILIÊNCIA (SOBRARE). **História do Quest_Resiliência©**. 2012. Disponível em: <<http://www.sobrare.com.br/sobrare/quest.php?sectionId=4>>. Acesso em: set. 2012.

SORATO, Maria Tereza; MARCOMIN, Fátima Elizabeth. A percepção do professor universitário acerca do stress. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 9, n. 21, p. 33-9, 2007. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude21art05.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2011.

SÓRIA, Denise de Assis Corrêa et al. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. **Esc. Anna Nery**, v. 10, n. 3, p. 547-51, 2006a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300026&lng=en>. Acesso em: 30 nov. 2011.

SÓRIA, Denise de Assis Corrêa. **A resiliência dos profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. 2006b. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006b.

SÓRIA, Denise de Assis Corrêa. Resiliência como estratégia de enfrentamento do trabalhador de enfermagem ao estresse. In: **I Seminário Nacional sobre Estresse, Saúde e Trabalho**: magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Pró-reitoria de Extensão, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Universidade Federal Fluminense. 2012. Disponível em: <<http://www.senesat.uff.br/soria.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

SÓRIA, Denise de Assis Corrêa. Resiliência e enfermagem: caminhos de superação para o estresse. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE RESILIÊNCIA (SOBRARE). **Resiliência e enfermagem**: caminhos de superação. São Paulo: SOBRARE, 2011. p. 6-34. (Caderno 1).

STACCIARINI, Jeanne Marie R.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 out. 2011.

STAMNES JH ; MYKLETUN A ; MYKLETUN R. Norwegian nursing teachers subjective experience of work overload. A follow-up study. **Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies** / Vård i Norden (VARD I NORDEN),v. 18, n. 1, p. 4-10, 16, 1998.

STOBÄUS, Claus Dieter; MOSQUERA, Juan José Mouriño; SANTOS, Bettina Steren dos. Grupo de pesquisa mal-estar e bem-estar na docência. **Educação**, Porto Alegre, ano XXX, n. especial, p. 259-272, out. 2007.

TAMAYO, Mauricio Robayo. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 22, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000300019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2012.

TAVARES, José. A resiliência na sociedade emergente. In: TAVARES, José (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 43-75.

TEIXEIRA, Elizabeth et al . Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no **Brasil**. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, ago. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672006000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 nov. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400002>.

TEÓFILO, Tiago José Silveira; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Concepções de docentes e discentes acerca de metodologias de ensino-aprendizagem: análise do caso do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral - Ceará. **Interface: Comum. Saúde Educ.**, v. 13, n. 30, p. 137-51, jul./set. 2009.

TERRA, Fábio de Souza; SECCO, Iara Aparecida de Oliveira; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Perfil dos docentes de cursos de graduação em Enfermagem de universidades públicas e privadas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 26-33, jan/mar; 2011.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.

TRUFFINO, Javier Cabanyes. Resiliencia: una aproximación al concepto. **Rev. Psiquiatr. Salud Mental**, Barcelona, v. 3, n. 4, p. 145-51, nov. 2010.

VAN-BELLE G; FISHER; LD; HEAGERTY PJ; LUMLEY TS. **Biostatistics: a methodology for the health sciences**. (2nd Ed.) New York: Wiley, 2004
 VANISTENDAEL, Stefan; LECOMTE, Jaques. **Le bonheur est toujours possible**. Paris: Bayard, 2000.

VASCONCELOS, Claudinete Maria da Conceição Bezerra; PRADO; Marta Lenise - Vivendo o sofrimento e os desafios no trabalho: expressões autocríticas de um grupo de enfermeiros educadores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, p.47-58, 2004. Disponível em <www.fen.ufg.br>

VISÃO geral do Google Docs. 2012. Disponível em:
 <<https://support.google.com/drive/bin/answer.py?hl=pt-BR&answer=49008>>. Acesso em: 29 set. 2012.

WINDLE, Gill. What is resilience? A review and concept analysis. **Rev. Clin. Gerontol.**, Cambridge, v. 21, p. 152-69, 2011.

YUNES, Maria Angela Mattar. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 8, p. 75-84, 2003. Número especial.

YUNES, Maria Angela Mattar; SZYMANSKI, Heloísa. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 13-42.

ZUARDI, Antonio Waldo. **Fisiologia do estresse e sua influência na saúde**. [2012]. Disponível em:
 <<http://rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20estresse.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA
(MODELO)

Universidade _____

À Chefia do Departamento de Enfermagem

Sra. _____

Eu, Maria Emília Grassi Busto Miguel (COREn – PR 21433), aluna do curso de Doutorado em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP (EERP), solicito autorização desta IES para a realização de pesquisa para minha tese.

Sob o título “Resiliência e qualidade de vida de docentes de enfermagem” e orientação da Dr^a Namie Okino Sawada, também da EERP, a pesquisa tem como objetivo avaliar a resiliência e sua relação com a qualidade de vida de docentes de enfermagem. Os dados serão coletados através de questionários já validados, observando-se os aspectos éticos de acordo com a resolução CNS 196/96 que rege a pesquisa envolvendo seres humanos.

Ribeirão Preto, 19 de abril de 2012.



Namie Okino Sawada

Orientadora/professora EERP-USP



Maria Emília Grassi Busto Miguel

Doutoranda EERP-USP

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MODELO)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Maria Emília Grassi Busto Miguel, doutoranda do programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP), matriculada sob o nº 1342118 e tendo como orientadora a Dr^a Namie Okino Sawada, venho através deste solicitar sua participação na pesquisa científica que tem como tema: **Resiliência e Qualidade de Vida de Docentes de Enfermagem do Paraná**. E como objetivo: levantar os indicadores de resiliência e relacioná-los com os domínios de qualidade de vida de docentes de Enfermagem.

Para a obtenção dos dados serão utilizados dois questionários (Quest – Resiliência e WHOQOL-bref) e solicito que as respostas sejam de acordo com sua realidade.

A autonomia do sujeito de pesquisa será assegurada, podendo o participante desistir ou interromper a sua participação nessa pesquisa, no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, podendo ser utilizados, sem identificação dos sujeitos, para divulgação em publicações científicas.

Os participantes não obterão nenhum privilégio ou terão despesas, gastos ou danos pela participação nesta pesquisa e, caso haja, serão ressarcidos.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a esse estudo com a aluna pesquisadora **CONCORDO, VOLUNTARIAMENTE**, em participar do estudo.

_____ Data: ____/____/____

Assinatura (do pesquisado)



Maria Emília Grassi Busto Miguel

R. Horeslau Saviski, 568
Apucarana – PR
Tel. (43) 3422-8138



Drª Namie Okino Sawada

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Av. Bandeirantes, 3900
Tel. (16) 3602-3438

APÊNDICE C - LEVANTAMENTO SOCIODEMOGRÁFICO

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Antes de responder ao questionário sobre Qualidade de Vida, solicitamos que preencha corretamente os ítems a seguir, lembrando que esses dados são sigilosos e que têm como único objetivo a caracterização dos entrevistados para a viabilização da análise dos dados da pesquisa.

*Obrigatório

CODIGO DE ACESSO * POR FAVOR, COLOQUE AQUI SEU CODIGO DE ACESSO (mesmo nº fornecido pela Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE) para acesso ao Quest-Resiliência)

HORÁRIO DE INÍCIO *

HORÁRIO DE TÉRMINO *

Dados individuais: coloque na caixa de texto, abaixo, o seu NOME COMPLETO *

Dados individuais: agora, coloque seu ENDEREÇO *

Dados individuais: Sua DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA) é : *

Dados individuais: você é do SEXO: *

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

Dados individuais: de acordo com sua percepção, sua COR DE PELE é *

- ☐ Branca
- ☐ Preta

- ☐ Parda
- ☐ Outra

Dados individuais: Qual sua SITUAÇÃO CONJUGAL atual? *

- ☐ Casada (o) ou com companheiro (a)
- ☐ Solteira (o) ou sem companheiro (a)
- ☐ Separada (o)
- ☐ Viúva (o)

Dados individuais: Qual a sua RELIGIÃO? *

- ☐ Católico
- ☐ Evangélico
- ☐ Espírita
- ☐ Outros

Dados individuais: você reside no mesmo município em que trabalha? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

Dados individuais: SE NÃO RESIDE NO MESMO MUNICÍPIO, ESPECIFIQUE A DISTÂNCIA (KM) DE SUA RESIDÊNCIA ATÉ O LOCAL DE TRABALHO

Dados individuais: E quanto tempo (em minutos) você leva para fazer esse percurso?

Agora eu gostaria de saber algumas informações sobre sua formação profissional:
GRADUAÇÃO: *

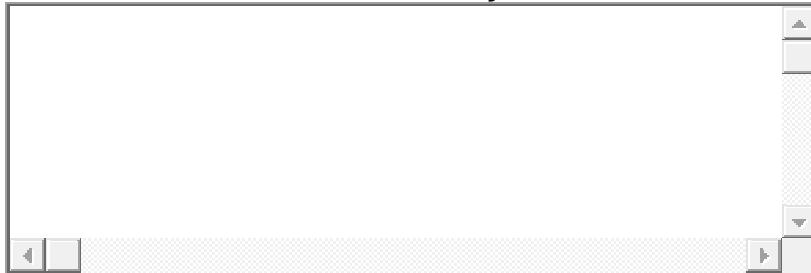
- ☐ Bacharelado em Enfermagem
- ☐ Licenciatura em Enfermagem

ANO DE CONCLUSÃO da graduação *

A INSTITUIÇÃO DE ENSINO onde você concluiu a Graduação é *

- ☐ Pública (Federal)
- ☐ Pública (Estadual)
- ☐ Pública (Municipal)
- ☐ Particular

Qual a sua ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO? *

A rectangular text input field with a light gray border and a small vertical scrollbar on the right side. The field is currently empty.

Curso de Especialização em andamento? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

Curso de Mestrado em andamento? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

Curso de Doutorado em andamento? *

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

Qual sua titulação atual? *

- ☐ Especialista
- ☐ Mestre
- ☐ Doutor
- ☐ Pós Doutor

Agora eu gostaria de saber algumas informações sobre sua ATIVIDADE DOCENTE: Em que mês e ano o começou a ministrar aula no ensino superior? (MM/AAAA) *

O(a) Sr(a) trabalha em quantas instituições? *

Qual é a sua carga horária total (em horas/aula)? *

O(a) Sr(a) trabalha em regime de dedicação exclusiva? *

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

O(a) Sr(a) ministra aula em sala de aula? *

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

O(a) Sr(a) faz acompanhamento de estágio? *

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

O(a) Sr(a) tem PROJETO DE PESQUISA em desenvolvimento? *

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

O(a) Sr(a) tem PROJETO DE EXTENSÃO em desenvolvimento? *

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

O(a) Sr(a) participa de colegiados? *

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

O(a) Sr(a) tem orientação de Trabalho de Conclusão de Curso? *

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

Se sim, quantos alunos o(a) Sr(a) orienta?

Quantas TELEVISÕES A CORES há na sua casa * Agora queremos avaliar a sua classe econômica adequadamente e para isso usamos uma escala já bem estudada e aplicada (ABEP), baseada na estimativa do poder de compra:

- ☐ (0)
- ☐ (1)
- ☐ (2)
- ☐ (3)
- ☐ (4 ou mais)

Quantos RÁDIOS há na sua casa? *

- ☐ (0)
- ☐ (1)
- ☐ (2)
- ☐ (3)
- ☐ (4 ou mais)

Quantos BANHEIROS há na sua casa? *

- ☐ (0)
- ☐ (1)
- ☐ (2)
- ☐ (3)
- ☐ (4 ou mais)

Quantos AUTOMÓVEIS sua família tem? *

- ☐ (0)
- ☐ (1)
- ☐ (2)
- ☐ (3)
- ☐ (4 ou mais)

Na sua casa trabalha EMPREGADA MENSALISTA? *

- ☐ (0)
- ☐ (1)
- ☐ (2)
- ☐ (3)
- ☐ (4 ou mais)

Quantas MÁQUINAS DE LAVAR há na sua casa? *

- ☐ (0)
- ☐ (1)
- ☐ (2)
- ☐ (3)
- ☐ (4 ou mais)

Quantos VÍDEOSCASSETE E/OU DVD há na sua casa? *

- ☐ (0)
- ☐ (1)
- ☐ (2)
- ☐ (3)
- ☐ (4 ou mais)

Quantas GELADEIRAS há na sua casa? *

- ☐ (0)
- ☐ (1)
- ☐ (2)
- ☐ (3)
- ☐ (4 ou mais)

Na sua casa há FREZEER (aparelho independente da geladeira)? *

- ☐ (0)
- ☐ (1)

- ☐ (2)
- ☐ (3)
- ☐ (4 ou mais)

Até que série o(a) chefe da sua família estudou? * Responder em anos completos de estudo

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Tecnologia [Google Docs](#)

ANEXO A - WHOQOL – *Bref* (versão abreviada do WHOQOL – 100)

WHOQOL - ABREVIADO (bref) Versão em Português

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? * AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA QUALIDADE DE VIDA. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e clique no círculo à frente do número que lhe parece a melhor resposta.

- ☐ 1 Muito ruim
- ☐ 2 Ruim
- ☐ 3 Nem ruim nem boa
- ☐ 4 Boa
- ☐ 5 Muito boa

2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? *

- ☐ 1 Muito insatisfeito
- ☐ 2 Insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

* As questões seguintes (3 a 9) são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 mais ou menos
- ☐ 4 bastante
- ☐ 5 extremamente

4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 mais ou menos
- ☐ 4 bastante
- ☐ 5 extremamente

5. O quanto você aproveita a vida? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 mais ou menos
- ☐ 4 bastante
- ☐ 5 extremamente

6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 mais ou menos
- ☐ 4 bastante
- ☐ 5 extremamente

7. O quanto você consegue se concentrar? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 mais ou menos
- ☐ 4 bastante
- ☐ 5 extremamente

8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 mais ou menos
- ☐ 4 bastante
- ☐ 5 extremamente

9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco

- ☐ 3 mais ou menos
- ☐ 4 bastante
- ☐ 5 extremamente

10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? * As questões seguintes (10 a 14) perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 médio
- ☐ 4 muito
- ☐ 5 completamente

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 médio
- ☐ 4 muito
- ☐ 5 completamente

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 médio
- ☐ 4 muito
- ☐ 5 completamente

13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 médio
- ☐ 4 muito

- ☐ 5 completamente

14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? *

- ☐ 1 nada
- ☐ 2 muito pouco
- ☐ 3 médio
- ☐ 4 muito
- ☐ 5 completamente

15. Quão bem você é capaz de se locomover? *

- ☐ 1 muito ruim
- ☐ 2 ruim
- ☐ 3 nem ruim nem bom
- ☐ 4 bom
- ☐ 5 muito bom

16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito

- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? *

- ☐ 1 muito insatisfeito
- ☐ 2 insatisfeito
- ☐ 3 nem satisfeito nem insatisfeito
- ☐ 4 satisfeito
- ☐ 5 muito satisfeito

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? * Essa questão refere-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

- ☐ 1 nunca
- ☐ 2 Algumas vezes
- ☐ 3 frequentemente
- ☐ 4 muito frequentemente
- ☐ 5 sempre

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FAP



Protocolo CETi-FAP

Parecer nº 509/2011

Título: Resiliência e qualidade de vida de docentes de enfermagem de instituições de ensino superior do Paraná

Pesquisador(a) Responsável: Professor(a) Mestre Maria Emília Grassi Busto Miguel

Orientador(a): Professor(a) Doutor(a) Namie Okino Sawada

Relatório final apreciado: APROVADO

Situação do Projeto: Em andamento

Considerações e Parecer:

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde (CNS/MS) e complementares e, ainda o Regulamento do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Apucarana (FAP), este projeto foi apreciado pelos membros do CETi - FAP, e obteve parecer **APROVADO**, ou seja, considerado como **aceitável** para o desenvolvimento da pesquisa proposta.

A realização do referido estudo se dará em Instituições de Ensino Superior (IES) que oferecem o curso de enfermagem nos municípios paranaenses compreendidos pelas Subseções do Conselho Regional de Enfermagem de Londrina e Maringá. Ao todo, somam 16 IES, totalizando 17 cursos, sendo 04 delas Universidades Estaduais e as demais, instituições privadas. Nesse projeto constam apenas 04 autorizações de IES, e, as demais solicitam o parecer deste comitê para emissão de autorização em definitivo, via e-mail.

Aguardamos a apresentação dos **Termos de Autorização das Instituições de Ensino Superior (IES)** faltantes em **RELATÓRIO PARCIAL** e ao término o **RELATÓRIO FINAL**, acrescido dos **TERMOS DE CONSENTIMENTOS LIVRE E ESCLARECIDO** dos sujeitos de pesquisa, devidamente preenchidos e assinados.

É o parecer

Apucarana 09 de Dezembro de 2011.


Professora Enfermeira Marineusa Fernandes
Presidente CETi-FAP

Parecer emitido na 57ª Reunião Ordinária

