



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

Tânia Pereira dos Santos

RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE NO TRABALHO E
PERCEPÇÃO DE IMAGEM CORPORAL DE PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM

São Cristóvão, Sergipe

2025

Tânia Pereira dos Santos

**RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE NO TRABALHO E PERCEPÇÃO DE
IMAGEM CORPORAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Akutsu
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Jeane dos Santos Ferreira

São Cristóvão/Sergipe
2025

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S237r Santos, Tânia Pereira dos
Relação entre percepção de estresse no trabalho e percepção de imagem corporal de profissionais de enfermagem / Tânia Pereira dos Santos ; orientadora Rita de Cássia Akutsu. – São Cristóvão, SE, 2025.
144 f. : il.

Dissertação (mestrado em Ciências da Nutrição) – Universidade Federal de Sergipe, 2025.

1. Nutrição. 2. Saúde e trabalho. 3. Enfermagem. 4. Imagem corporal. 5. Estresse ocupacional. 6. Autopercepção. I. Akutsu, Rita de Cássia, orient. II. Título.

CDU 612.39:616-083:159.944

FICHA DE APROVAÇÃO

Tânia Pereira dos Santos

RELAÇÃO ENTRE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE NO TRABALHO E PERCEPÇÃO DE IMAGEM CORPORAL DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição.

Aprovada em 09 de dezembro de 2025

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **RITA DE CASSIA COELHO DE ALMEIDA AKUTSU**
Data: 30/12/2025 13:52:28-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a. Dr.^a Akutsu
Presidente da Banca/ Orientadora PPGCNUT/UFS

Documento assinado digitalmente
 **BERNARDO ROMAO DE LIMA**
Data: 30/12/2025 14:48:50-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Pr
1º Examinador/ Universidade do Distrito Federal de Brasília

Documento assinado digitalmente
 **CARLOS RODRIGO NASCIMENTO DE LIRA**
Data: 31/12/2025 11:34:47-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Carlos Rodrigo Nascimento de Lira
2º Examinador/ Departamento de Nutrição/Universidade Federal da Bahia

Documento assinado digitalmente
 **ERIKA BARBOSA CAMARGO**
Data: 01/01/2026 09:12:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Erika Barbosa Camargo/ Universidade de Brasília
3º Examinador/ Departamento de Nutrição/Universidade de Brasília

São Cristóvão/ Sergipe
2025

Dedico esse título de Mestre ao Mestre dos mestres, Senhor dos senhores que me ensinou a combater o bom combate, com humildade, sinceridade em meio às dificuldades intrínsecas e extrínsecas com a mão no arado em meio a terras subnutridas que muitas vezes tentaram sufocar os sonhos e projetos, em meio à abundância de conhecimento e a carência no entendimento dos fatos simples. Assim, utilizando a ferramenta crucial nessa jornada, a Fé, que aprendi a guardar com temor ao Soberano Jeová Jireh (Gênesis 22:14). Fé em Cristo, que me faz andar em lugares altos e em todas as coisas Glorificar o Santo nome, Yeshua.

AGRADECIMENTOS

Minha profunda gratidão ao meu grande amor, Deus Pai nosso, a fonte de todo sustento, que abriu portas e guiou meu caminho, e ao Mestre Jesus Cristo, minha inspiração. Agradeço também ao Espírito Santo, meu amigo e refúgio nos momentos mais desafiadores. E assim, fui agraciada com a orientação da Professora Doutora Rita Akutsu, a quem expresso minha mais sincera gratidão. Sua atenção, cuidado, paciência e incentivo foram fundamentais para a concretização deste trabalho de mestrado e assim receber a titulação de Mestres em Ciências da Nutrição. Sua sabedoria e dedicação foram, sem dúvida, essenciais. Estendo meus agradecimentos à Professora Doutora Jeane Ferreira por sua valiosa contribuição, orientação e dedicação de tempo.

Com imenso carinho e gratidão, reconheço o apoio incondicional de minhas filhas, Lorena Pereira e Letícia Pereira. Elas são fontes constantes de inspiração e motivação para que eu continue a dar grandes passos na vida, buscando ser um exemplo e incentivo para elas. Não poderia deixar de agradecer à minha mãe, Tereza, meu grande amor, a quem dedico esta conquista e sem a qual eu não estaria aqui.

Por fim, agradeço ao programa Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição (PPGCNUT), à coordenadora Raquel Simões e a toda a equipe de docentes do programa, que foram excelentes na transmissão do conhecimento.

SANTOS, T.P. Relação entre percepção de estresse no trabalho e percepção de imagem corporal de profissionais de enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal de Sergipe; São Cristóvão, 2024.

RESUMO

Os hospitais, embora sejam pilares na assistência à saúde, expõem os profissionais de enfermagem a ambientes laborais que favorecem o estresse ocupacional. Considerando que o estresse se relaciona a fatores sociais, emocionais e psicológicos, incluindo a imagem corporal e distúrbios alimentares, a presente pesquisa buscou compreender essa complexa interação. O objetivo deste estudo é analisar a relação entre percepção de estresse psicológico no trabalho e percepção de imagem corporal dos profissionais de enfermagem atuantes em hospitais públicos de Aracaju, Sergipe. Estudo transversal e exploratório, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe. Participaram 440 profissionais de enfermagem, recrutados, por conveniência, em três hospitais públicos de Aracaju. Os dados foram coletados por meio de um questionário on-line, elaborado no *Google Forms*, e foi disponibilizado via *QR Code*. O questionário incluiu 12 questões sobre perfil socioeconômico e demográfico, a Escala de Estresse Percebido (PSS-10) para avaliar o nível de estresse, e a Escala de Silhuetas para a percepção da imagem corporal. A análise dos dados foi realizada utilizando testes descritivos e inferenciais. Dentre os participantes, a amostra foi composta por 185 enfermeiros (42,0%), 168 técnicos de enfermagem (38,2%), 39 auxiliares de enfermagem (8,9%) e 48 especialistas entre enfermeiro (10,9%). O estudo apontou que 264 técnicos (60%) e 55 auxiliares de enfermagem (12,5%) apresentaram maior concentração de tensão e estresse. A faixa etária predominante na amostra foi a adulta. Os resultados revelaram uma correlação significativa entre estresse moderado e a superestimação da imagem corporal. Essa associação foi prevalente em 81,66% no gênero feminino (n= 334), na faixa etária adulta n=341 (84,7%), entre profissionais atuantes em setores de alta complexidade (81% n=17) como pediatria, 80,8% (n=21) obstetrícia e 85,7% (n=30) (UTI), e entre aqueles sem companheiro. Além disso, renda de até dois salários mínimos (R\$3.036,00) associou-se a estresse elevado e superestimação da imagem. Profissionais com mais de 10 anos de atuação também apresentaram maior prevalência de estresse moderado a elevado nas faixas de IMC: baixo peso 1,8% (8), eutrofia 12,7% (56), sobrepeso 30,7% (135), obesidade 12,3% (54) e obesidade grau I 4,1% (18). A percepção distorcida da imagem corporal foi comum em profissionais com eutrofia. O $p < 0,05$ revelou não haver diferença estatisticamente significativa no nível de estresse entre os diferentes cargos de trabalho. Assim, confirmou-se elevado estresse psicológico (moderado a elevado) e alta distorção da imagem corporal (superestimada) nos profissionais enfermagem, com correlação significativa aos fatores sociodemográficos, incluindo sexo, raça/cor, estado civil, nível de escolaridade, tempo de trabalho, renda e setor de atuação. Mulheres adultas solteiras, com baixa renda e mais de dez anos de experiência como técnicas ou auxiliares de enfermagem em setores de alta complexidade representam um grupo vulnerável à superestimação da imagem, associada ao estresse no trabalho. A persistência da distorção corporal, ocorreu em profissionais com estado nutricional de eutrofia. Desse contexto, é urgente a atenção institucional para redução do estresse ocupacional.

Palavras-chaves: Enfermagem. Estresse no trabalho. Autoimagem corporal. Percepção de imagem corporal. Trabalho e saúde.

SANTOS, T.P. Relationship between perceived work-related stress and body image perception among nursing professionals. Graduate Program in Nutritional Sciences, Federal University of Sergipe; São Cristóvão, 2024.

ABSTRACT

Hospitals, while being pillars of healthcare assistance, expose nursing professionals to work environments that favor occupational stress. Considering that stress is related to social, emotional, and psychological factors, including body image and eating disorders, this research sought to understand this complex interaction. The objective of this study is to analyze the relationship between the perception of psychological stress at work and the body image perception among nursing professionals working in public hospitals in Aracaju, Sergipe. This was a cross-sectional and exploratory study, approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Sergipe. 440 nursing professionals participated, recruited by convenience sampling in three public hospitals in Aracaju. Data were collected using an online questionnaire, created in Google Forms, and made available via QR-Code. The questionnaire included 12 questions on socioeconomic and demographic profiles, the Perceived Stress Scale (PSS-10) to assess stress levels, and the Silhouettes Scale for body image perception. Data analysis was performed using descriptive and inferential tests. Among the participants, the sample consisted of 185 nurses (42.0%), 168 nursing technicians (38.2%), 39 nursing assistants (8.9%), and 48 specialists among nurses (10.9%). The study indicated that 264 technicians (60%) and 55 nursing assistants (12.5%) showed a higher concentration of tension and stress, and also, the predominant age group in the sample was adult. The results revealed a significant correlation between moderate stress and the overestimation of body image. This association was prevalent in 81.66% in the female gender ($n=334$), in the adult age group $n=341$ (84.7%), among professionals working in high-complexity sectors, namely: (81% $n=17$) pediatrics, 80.8% ($n=21$) obstetrics, and 85.7% ($n=30$) (ICU), and among those without a partner. Furthermore, an income lower than two minimum wages (R\$3,036.00) was associated with high stress and body image overestimation. Professionals with more than 10 years of experience also showed a higher prevalence of moderate to high stress according to BMI: underweight 1.8% (8), normal weight/eutrophy 12.7% (56), overweight 30.7% (135), obesity 12.3% (54), and grade I obesity 4.1% (18). Distorted body image perception was common in professionals with normal weight (eutrophy). The $p < 0.05$, revealed no statistically significant difference in the stress level among the different job roles. Thus, we confirm high psychological stress (moderate to high) and a high distortion of body image (overestimated) among nursing professionals, with a significant correlation to sociodemographic factors, including sex, race/color, marital status, educational level, working time, income, and sector of activity. Single adult women with lower income and more than ten years of experience as nursing technicians or assistants in high-complexity sectors represent a vulnerable group for body image overestimation, associated with stress at work. The persistence of body distortion occurred in professionals with a nutritional status of normal weight (eutrophy). In this context, institutional attention is urgent to reduce occupational stress.

Keywords: Nursing. Work-related stress. Body self-image. Body image perception. Work and health.

RESUMO PARA POPULARIZAÇÃO DO CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Profissionais de enfermagem atuam em ambientes hospitalares marcados por elevada complexidade e exigências emocionais, físicas e cognitivas. Esses contextos podem favorecer o desenvolvimento do estresse ocupacional, que, por sua vez, influencia diretamente a percepção que esses profissionais têm de si mesmos e do próprio corpo. Esta pesquisa investigou 440 profissionais de enfermagem de três hospitais públicos de Aracaju (SE), buscando compreender a relação entre a percepção do estresse psicológico no trabalho e a percepção da imagem corporal. A coleta de dados foi feita por meio de um questionário online que avaliou perfil sociodemográfico, níveis de estresse (pela escala PSS-10) e percepção da silhueta corporal. Os resultados demonstraram que técnicos e auxiliares de enfermagem, principalmente mulheres adultas, solteiras, com mais de 10 anos de experiência profissional e renda de até dois salários mínimos, apresentaram maiores índices de estresse e tendência à superestimação da própria imagem corporal. Essa distorção foi identificada mesmo em profissionais com estado nutricional adequado (eutrofia), indicando que a percepção subjetiva do corpo pode ser fortemente influenciada por fatores psicossociais e condições laborais. Setores de alta complexidade, como UTI, obstetrícia e pediatria, concentraram os maiores índices de estresse. Os achados reforçam a necessidade de atenção institucional à saúde mental da equipe de enfermagem, com ênfase em estratégias de acolhimento, suporte psicossocial e melhoria das condições de trabalho. A valorização e o cuidado com esses profissionais são essenciais não apenas para o bem-estar individual, mas também para a qualidade do cuidado ofertado à população nos serviços públicos de saúde.

LISTA DE FIGURAS

1. Figura 1 - Diagrama esquemático do eixo Hipotalâmico-Pituitária - Adrenal (HPA)...40
2. Figura 2 - Fluxograma dos testes estatísticos aplicados na pesquisa.....71
3. Gráfico 1 - Categoria dos dados descritivos dos hospitais: informações de campos categóricos e identificação dos hospitais.....67
4. Quadro 1 - Demonstrativo do quantitativo dos profissionais de enfermagem por habitantes segundo Datasus, em 2024 na região nordeste, Brasil.....32
5. Quadro 2 - Número de profissionais de enfermagem em exercício de suas atividades nos hospitais públicos de Aracaju, Sergipe, 2024.....59
6. Quadro 3 - Composição da Equipe de Enfermagem Hospital 1.....63

LISTA DE TABELAS

1. Tabela 1 - Características Sociodemográficas e Profissionais dos Profissionais de Enfermagem Participantes da Pesquisa nos Hospitais Públicos de Aracaju, Sergipe (N=440), 2024.....68 -69
2. Tabela 2 - Percepção de estresse detalhada, nº total em relação ao gênero.....73-74
3. Tabela 3 - Percepção de estresse detalhada nº total em relação à faixa etária.....75
4. Tabela 4 - Estatísticas descritivas do escore total de estresse e a distribuição dos níveis de estresse (Leve, Moderado, Elevado) por cada categoria de cor autodeclarada, bem como os resultados da ANOVA.....78
5. Tabela 5 - Processamento de Casos por Estado Civil.....81
6. Tabela 6 - Percepção de estresse, nº total detalhada em relação ao estado civil.....83
7. Tabela 7 - Estatísticas descritivas da escala de estresse total e a variável religião.....84
8. Tabela 8 - Detalhe da distribuição percentual e o número absoluto (n) de profissionais em cada categoria de estresse, segmentados pela prática religiosa.....85
9. Tabela 9 - Distribuição da Classificação do IMC.....88
10. Tabela 10 - Distribuição da Classificação do IMC89 - 90
11. Tabela 11 - Níveis de Estresse Percebido por Cargo de Atuação.....96
12. Tabela 12 - Níveis de Estresse Percebido por Setor de Atuação.....97
13. Tabela 13 - Demonstrativo tempo de exercício da função e Estresse Percebido por tempo de serviço.....98

14. Tabela 14 – Demonstrativo de renda referida e Estresse Percebido	99
15. Tabela 15 - Correlação entre estresse Percebido e Percepção da Imagem corporal.....	100
16. Tabela 16 - Dados consolidados do perfil da percepção da imagem corporal	101
17. Tabela 17 - Características Profissionais e Percepção da Imagem Corporal.....	102
18. Tabela 18 - Correlação entre os estresse percebido e a imagem corporal (nas diferentes discrepâncias da escala).....	104

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 História do trabalho.....	18
2.2 Ambiente hospitalar.....	23
2.3 O trabalho da enfermagem.....	28
2.4 Definição de estresse.....	35
2.4.1 Influência do Estresse na Antropometria.....	36
2.5 Estresse no trabalho.....	42
2.6 Imagem corporal	48
2.6.1 Percepção da imagem corporal.....	51
2.6.2 Instrumentos de avaliação de imagem corporal.....	52
3. OBJETIVOS.....	54
3.1. Geral.....	54
3.2 Específicos.....	54
4. METODOLOGIA.....	55
4.2 Instrumentos de pesquisa a análise dos dados.....	56
4.2.1 Questionário sociodemográfico.....	56
4.2.2 Escala de estresse percebido (Perceived Stress Scale-10).....	56
4.2.3 Índice de Massa Corporal (IMC).....	58
4.2.4 Escala de imagem corporal.....	58
4.2.5 Caracterização dos Campos de Pesquisa.....	59
4.2.5.1 Hospital 1.....	60
4.2.5.2 Hospital 2.....	61
4.2.5.3 Hospital 3.....	61
4.2.6 Tratamento e análise dos dados.....	61
4.2.7 Análise dos Dados da Escala de Silhueta Brasileira.....	62
4.2.8 Critérios de inclusão e exclusão	64
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
5.1 Análise do perfil da amostra.....	67
5.2 Estatística Descritiva das Características hospitalares.....	67
5.3 Características Sociodemográficas dos participantes do estudo.....	68
5.3.1 Discussão das Características Sociodemográficas.....	69
5.3.2 Índice de ajuste e teste de normalidade das escalas de estresse percebido e de Imagem Corporal (PSS-10).....	72
5.3.3 Avaliação da Percepção de Estresse Psicológico no Trabalho e Variáveis Sociodemográficas: gênero, faixa etária, cor autodeclarada, estado civil e religião.....	72
5.3.4 Percepção do Estresse por Gênero e Faixa Etária.....	73
5.3.5 Percepção do estresse e cor autodeclarada.....	77

5.3.6 Percepção do Estresse por Estado Civil.....	81
5.3.7 Percepção do Estresse por Prática Religiosa.....	83
6 PERCEPÇÃO DE ESTRESSE E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)...	86
6.1. Percepção do Estresse e Avaliação da Imagem Corporal.....	89
6.2 IMC e a avaliação do estresse da imagem corporal e as variáveis sociodemográficas.....	91
6.3 Estresse Percebido e cargo de atuação.....	94
6.4 Estresse Percebido e setor de atuação.....	95
6.5 Estresse Percebido e Tempo de Exercício da Função.....	97
6.6 Estresse Percebido e Renda Referida.....	98
7 PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL.....	98
7.1 Relação entre Estresse no Trabalho e Imagem Corporal.....	100
7.2 Correlação entre Estresse Percebido e Imagem Corporal.....	102
8 - PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS.....	104
9. CONCLUSÃO.....	116
10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	117
REFERÊNCIAS.....	118
ANEXOS.....	133
ANEXO 1: Questionário da Escala de Estresse Percebido (PSS -10) validada por Reis et al. (2010).....	135
ANEXO 2: Escala de silhuetas de silhuetas feminina e masculina validada por Kakeshita et al. (2009).....	137
11. APÊNDICES.....	141
11.1 Questionários socioeconômicos do projeto de pesquisa Relação entre percepção de estresse no trabalho e percepção de imagem corporal de profissionais de enfermagem.....	141
ANEXO 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	143

1. INTRODUÇÃO

As transformações no cenário do trabalho têm sido uma constante. Essas reformulações que vêm ocorrendo no Brasil e, globalmente, mudaram as relações entre as pessoas, as corporações e as nações (Da Silva *et al.*, 2023). Nesse sentido, o trabalho é fundamental para a compreensão sistêmica da vida contemporânea, principalmente nos grandes centros urbanos (Borges, 2010). Identifica-se que 55% da população mundial mora nas áreas urbanas e, no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou, no Censo 2022, que 87,4% (177,5 milhões) da população mora nas áreas urbanas (IBGE, 2022). Essa concentração de pessoas eleva a demanda por moradia, trabalho, educação e outras necessidades básicas e, consequentemente, ocasiona mudanças no mundo do trabalho (Silvia; Machado, 2020).

Ao longo da história, o trabalho mudou de conceito, mas, principalmente de significado. Se antes já significou dor ou sofrimento (*Pónos*) ou ainda castigo (*Tripalium*), a partir da revolução industrial, o trabalho passou a ser central, é visto como valor cultural, social, psicológico e político (Bendassolli, 2012b). O trabalho e a família são estruturas que dimensionam a vida e ocupam o tempo dos indivíduos. Por outro lado, é produção de vida e saúde ou, como nas palavras de Bendassolli e Soboll (2011), o trabalho é responsável pela produção de sentidos para a vida. Também, o trabalho é causador de doenças e mal-estar (Silvia e Machado, 2020).

De acordo com Houtman *et al.* (2008), o estresse no trabalho tem se mostrado progressivo, inquietando as empresas em todo o mundo. O estresse é um estado que pode ser descrito como a reação do corpo às demandas externas, com variância na sua apresentação seja do tipo transitório ou permanente em sua progressão (Eduardo *et al.*, 2020). Fink (2010) Qualquer circunstância ou pensamento que faça um indivíduo sentir-se irritado, furioso, nervoso ou ansioso pode desencadear o estado de estresse (Fink, 2010).

Os corpos são construídos para suportar pequenas quantidades de estresse, mas são despreparados para enfrentar o alto estresse em longo prazo, sem que haja consequências negativas (Kumar; Jain, 2012). O estresse prolongado causa efeitos negativos na vida pessoal e profissional e pode ter resultados comportamentais adversos, nas emoções, sensação de bem-estar, comportamento e saúde física (Kumar; Jain, 2012). Estudos mostram que o estresse nos profissionais de saúde associa-se à função específica, ao grau de envolvimento e desempenho do trabalhador (Kumar; Jain, 2012). Semelhantemente, estudo realizado com 59 profissionais de saúde constatou que 47,5% (n=28) apresentaram risco elevado de estresse (Souza; Araújo, 2015).

Somando-se a isso, os profissionais de saúde, principalmente na enfermagem, precisam administrar o sofrimento das famílias e o próprio sentimento de fracasso em situações de óbito, o que pode ocasionar exaustão física e mental, aumentando os níveis de estresse (Pires *et al.*, 2018; Patrício *et al.*, 2021). Ademais, as condições do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), como a alta demanda, longas jornadas, falta de recursos materiais e infraestrutura precária, e carga emocional intensa, estão diretamente relacionadas ao estresse entre esses profissionais (Pires *et al.*, 2018).

Apesar do reconhecimento desses fatores, a prevalência do estresse ocupacional e da Síndrome de Burnout na enfermagem atinge taxas alarmantes: a nível mundial, dois terços, aproximadamente 66,7% dos enfermeiros de terapia intensiva estiveram em risco de Burnout durante períodos de crise sanitária (Ghassemi, 2021, citado em Abuatic; Borchardt, 2021). No Brasil, esta realidade se manifesta com alta incidência, pesquisas que identificaram 48% dos residentes multiprofissionais com níveis de estresse considerados altos (Lemos *et al.*, 2023), evidenciando que esta condição não só compromete a saúde física e mental do indivíduo, mas também impacta diretamente a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, resultando em afastamentos e perda de produtividade (Lemos *et al.*, 2023).

Devido à incerteza inerente ao trabalho da enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (2009) afirmou que o desempenho é influenciado pelas demandas, afetando a vida profissional e familiar, as atividades e as condições de trabalho. Compreender essas relações complexas é fundamental para mitigar seus efeitos (Brasil, 2009; Santos *et al.*, 2023). O SUS preconiza a universalidade e a integralidade (Brasil, 1990); entretanto, o sistema não sustenta as condições adequadas, como o dimensionamento de profissionais de enfermagem ao número de pacientes (Santos *et al.*, 2023; Borges 2010). Todos esses fatores resultam em comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis, como falta de sono, permanecer com postura em pé por longos períodos, falta de exercício físico, excesso de trabalho e comportamento alimentar desregulado (Pires *et al.*, 2018).

Entre esses fatores, destaca-se a relação entre a percepção de estresse e a imagem corporal, que afeta a saúde mental e física. A imagem corporal é descrita como a forma que a pessoa percebe o seu corpo (Da Silva *et al.*, 2023). O construto da imagem corporal é complexo e medido como multidimensional, sendo influenciado por representações comportamentais da personalidade e dos estados emocionais (Lopes, Mendes, Sousa, 2017). O estresse desenvolve dificuldades e incômodos que interferem na imagem corporal, no equilíbrio dos sentimentos, levando à indiferença e desprezo pelo autocuidado, nas demandas físicas, emocionais e cognitivas (Dragos *et al.*, 2010; Streb *et al.*, 2022). O nível

socioeconômico, as crenças, as mídias sociais, os valores, as atitudes e a cultura também têm grande relevância na criação da imagem corporal (Gomes, 2015).

Neste ponto, é imperativo questionar a prevalência da percepção da imagem corporal e da sua distorção entre os trabalhadores da enfermagem. Estudos nacionais em grupos relacionados, como residentes multiprofissionais e estudantes de enfermagem, revelam altas taxas, com, por exemplo, 63,5% dos residentes demonstrando algum nível de insatisfação corporal (Silva e Peixoto, 2023) e, em outro contexto, 89,2% das estudantes de enfermagem expressando insatisfação com a imagem corporal (Azevedo *et al.*, 2021). A prevalência da insatisfação e distorção da imagem corporal impacta na saúde (Cash; Smolak, 2012).

Diante do exposto, o estudo é relevante socialmente, uma vez que, poderá contribuir para o diagnóstico de estresse ocupacional e da percepção da imagem corporal em profissionais de enfermagem e para a formulação de estratégias internas de redução do estresse no trabalho, contribuindo com melhorias no cuidado em qualquer unidade de saúde. Almeja-se que o estudo contribua com políticas públicas voltadas ao trabalho desses profissionais e os impactos na saúde do trabalhador.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 História do trabalho

O trabalho é definido como uma atividade humana, individual ou coletiva, caracterizada por sua natureza social, complexidade, dinamismo, flexibilidade natural, consciência, moralidade, estratégia e instrumentalidade (Neves *et al.*, 2015).

De maneira objetiva, a formação conceitual do trabalho, na linha do tempo, passou por três momentos principais. No primeiro momento, da Antiguidade até o Renascimento, o trabalho humano não era valorizado da mesma forma como é hoje. Seus valores eram medidos por finalidades específicas, como cultivo da razão entre os gregos, o cuidado com a alma entre os povos medievais e a ênfase em questões estéticas e artísticas entre os renascentistas (Silva, 2019).

Nesse período, fatores relacionados à dignidade e valores não eram associados ao trabalho com esforço físico humano, atividades braçais e ou esforço animal, os servos eram considerados objetos (Albornoz, 1994). O trabalho era categorizado em dois diferentes sentidos na Grécia e em Roma: atividades intelectuais, como política e arte e atividades de cunho especulativo e influenciador, realizadas pelas elites, uma ideologia usada até os dias atuais. As atividades braçais eram desempenhadas por escravos, adquiridos ou conquistados como mercadorias. Esses eram, geralmente, guerreiros que sobreviveram aos conflitos e cuja mão de obra era reconhecida como trabalho reduzido à condição de um mero instrumento descartável (Ornellas; Monteiro, 2006).

De acordo com Borges (1999), os conceitos de trabalho estão intrinsecamente ligados aos interesses econômicos, ideológicos e políticos, que marcaram os três momentos principais da história do trabalho. Com o passar do tempo esses modelos evoluíram. A elite grega foi substituída pelos patrícios, que contribuíram para o desenvolvimento político, aperfeiçoado com a Revolução Industrial. No segundo momento entre os séculos XVI e XVII, o mundo do trabalho começou a ganhar forma e originalidade, com mudanças significativas nas atividades laborais, liberdades civis, transformações ideológicas, econômicas e sociais (Bendassolli, 2007; Bendassolli, 2012).

Considerando ainda o século XVII, a Reforma Protestante representou um dos elementos cruciais que modificaram a cultura, marcando a passagem de um modelo de trabalho que era influenciado pelo misticismo e pela escravidão para uma nova perspectiva dentro do protestantismo. Essa transformação estabeleceu, indiretamente, uma conduta ética, com engajamento profissional racional, que garantia a qualidade na vida, na produção e no trabalho humano (Oliveira, 2022; Matos, Pires, 2006).

Como apontam Bendassolli (2007) e Oliveira (2022), esse período promoveu a convergência entre o conhecimento científico e a "santificação da vida" por meio do labor. Nessa lógica, o trabalho profissional tornou-se um instrumento de gratidão e louvor, onde a gestão racional do tempo servia como um elo espiritual. Essa mentalidade facilitou a transição de uma economia agrária para uma sociedade industrial e urbana, na qual o trabalho, embora mantivesse traços braçais, passou a ser valorizado sob dimensões políticas, culturais, sociais e psicológicas (Bendassolli, 2007).

O século XVIII consolidou esse cenário de transformações econômicas com a ascensão da indústria e a reestruturação produtiva. A Revolução Industrial, expandindo-se da Europa para a América do Norte, instaurou um ambiente fabril marcado por jornadas extenuantes e condições severas (Bendassolli, 2007). Em resposta a essa exploração, emergiram regulamentações pioneiras, como as Leis de Fábricas (*Factory Acts*) na Inglaterra. Tais leis não visavam o aumento da produtividade, mas sim a imposição de limites à jornada laboral e o estabelecimento de condições mínimas de subsistência, impulsionando definitivamente a substituição do labor rural e artesanal pela atividade industrial (Ornelas; Monteiro, 2006; Bendassolli, 2012a).

Nesse contexto de transição, as novas regulamentações buscaram oferecer proteção jurídica diante da incipiente exploração industrial, assegurando garantias básicas de segurança, saúde e estabilidade contra demissões arbitrárias. Tais medidas evidenciam que as formas de adaptação ao ambiente laboral já apresentavam discrepâncias significativas em suas origens (Ornelas; Monteiro, 2006; Castillo; Esteves, 2019).

Paralelamente, a estrutura econômica global testemunhou a gradual substituição do trabalho compulsório pelo assalariado (Ornelas; Monteiro, 2006; Bendassolli, 2007). No caso brasileiro, o sistema escravocrata, que atingiu seu auge nas colônias europeias entre os séculos XVIII e XIX, foi o pilar da economia açucareira, moldando as raízes da sociedade nacional (Freyre, 1933). A persistência desse regime estendeu-se até o final do século XIX, quando a abolição foi finalmente consolidada em 1888, fruto de transformações econômicas e da crescente pressão do movimento abolicionista (Gomes, 2022; Alonso, 2015).

A exemplo das mudanças decorrentes dessa transição e da busca por regulamentação das condições de trabalho. Tem-se a Lei das Dez Horas promulgada na Inglaterra em 1847, cuja origem reside nas intensas pressões de movimentos operários e reformistas motivados pela exploração nas fábricas da Revolução Industrial e a Lei do Salário-Mínimo, estabelecida na Alemanha (Europa) em 1891 (Castillo; Esteves, 2019), que também surgiu em um contexto de crescente industrialização e demandas por melhores condições para os trabalhadores.

A Lei das dez horas, prezava pela proteção dos trabalhadores, limitando a jornada de trabalho, especialmente de mulheres e crianças. Essas leis europeias são precursoras dos Direitos do Trabalho na contemporaneidade, que incluem o individual, o coletivo e o processual, que norteiam a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) no Brasil (Castillo; Esteves, 2019). O terceiro momento, na evolução do trabalho, que chega até os dias atuais, apresenta um modelo criticado em seus pilares, profundamente marcado com estigma da história, da escravidão, levando o trabalhador a conviver com a insegurança no ambiente de trabalho (Bendassolli, 2007).

Essa insegurança, em um contexto pós-abolição, intensificou-se a partir de 13 de maio de 1888, data da promulgação da Lei da Abolição da Escravatura, Lei Áurea (Gomes, 2022, p. 16). Embora essa tenha representado um marco crucial para o fim da escravidão, que deveria beneficiar os “libertos”, não foi acompanhada por políticas públicas efetivas para a inclusão dos ex-escravizados no trabalho e na sociedade. Uma vez que, ao receberem a liberdade, mas não tinham trabalho e, conseqüentemente, meios de sobrevivência econômica (Silva; Nunes; Ottani, 2018).

Esse fato refletiu no Brasil, principalmente nos séculos XVI e XVII, época em que o trabalho braçal era priorizado (Albornoz, 1994). Era economicamente mais vantajosa e socialmente conveniente, inferiorizar e não remunerar o trabalhador livre, o país, teve sua história laboral marcada pela escravização (Bendassolli, 2007; Borges, 1999).

Nesse contexto, a partir do século XIX, o Brasil recebeu um grande fluxo de imigrantes, principalmente da Europa, que vieram em busca de oportunidades de trabalho nas fazendas de café, nas indústrias emergentes e nas cidades em crescimento (Dota e Queiroz, 2019; Regasson, 2025). Os imigrantes desempenharam um papel fundamental na reformulação da mão de obra brasileira, e é crucial ressaltar que esses imigrantes não foram submetidos à escravização (Dota e Queiroz, 2019; Leonello e Moreira, 2024).

A partir de 1930, durante o governo do presidente Getúlio Vargas, houve a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, nesse contexto, os direitos trabalhistas deram seus primeiros passos significativos (Tassari e Costa, 2017). Contudo, é importante ressaltar que antes do governo Vargas já existiam algumas iniciativas e legislações esparsas relacionadas ao mundo do trabalho no Brasil, embora não de forma sistematizada e abrangente (Bendassolli, 2012).

Esse Órgão foi fundamental para a estruturação e promulgação de diversos decretos que regulamentavam aspectos cruciais das relações laborais, abrangendo profissões específicas, trabalho feminino, a instituição do salário-mínimo e a criação da Justiça do Trabalho, entre

outros avanços normativos (Silva; Nunes; Ottani, 2018). O trabalhador brasileiro tem enfrentado vários desafios desde o período do Brasil Colonial. Atualmente na República, esses desafios se intensificam com a constante competição no mercado de trabalho, adaptação à globalização e digitalização do mundo (Rosa, 2003).

Atualmente, é possível observar uma ênfase na importância do conhecimento técnico e das habilidades psicossociais, que tornam os funcionários atrativos para as organizações contratantes (Goulart Júnior *et al.*, 2021). Em contrapartida, espera-se, por parte dos trabalhadores empregos ações como dignidade social, ética organizacional e tomada de decisão baseada em normas e valores (Rosa, 2003).

Contudo, essas ideias e influências não se manifestaram uniformemente, Borges e Yamamoto (2003) e Borges, (2010) identificaram em seus estudos, que houve disparidade de desenvolvimento entre as regiões geográficas do Brasil, no que se refere ao trabalho e ao ambiente corporativo (Borges e Yamamoto, 2003; Borges, 2010). Essa desigualdade regional implica que a efetiva aplicação e o cumprimento das leis trabalhistas podem variar consideravelmente em todo o país (Galiza, Ribeiro e Chaves, 2025).

Embora não se possa afirmar que regiões inteiras ignorem detalhes das leis, estudos apontam para maiores índices de informalidade, precarização do trabalho e menor fiscalização em algumas áreas, como em certas regiões do Norte e Nordeste. Historicamente essas regiões são marcadas por menor desenvolvimento socioeconômico, têm maiores desafios na implementação de políticas públicas e na garantia dos direitos trabalhistas (Alonso, 2015). Tal fato contribuiu para um cenário onde o atendimento às leis trabalhistas pode ser menos consistente em comparação com regiões mais desenvolvidas (Goulart Júnior *et al.*, 2021).

No ambiente corporativo o desempenho e produtividade são considerados componentes cruciais, pois impactam diretamente os resultados organizacionais (Borges, 2010). No entanto, o desempenho pode ser afetado, quando influenciado por fatores, como cansaço, desânimo, condições psicológicas e emocionais, distorção da autoimagem e do desenvolvimento cognitivo, induzindo a consequências negativas nos níveis individual e global do trabalhador, com reflexos na instituição empregadora (Bendassolli, 2012a).

O ser humano constitui o alicerce da atividade laboral, de modo que a subsistência do trabalho depende intrinsecamente de sua existência. Para além da dimensão financeira, o valor das profissões é consolidado pela especialização e experiência do profissional, sendo o indivíduo reconhecido pelas organizações como seu ativo mais relevante (Fernandes, Gedrat & Vieira, 2023; Junior et al., 2021). Sob essa ótica, o trabalho transcende a execução mecânica,

permitindo que o sujeito se relacione com valores pessoais de contribuição social inerentes à condição humana (Migliaccio, 1994; Silva, 2019).

Entretanto, o trabalhador enfrenta o desafio de estar sob constante escrutínio e, por vezes, desvalorização no cotidiano. Tal exposição impacta a produtividade e gera insegurança quanto aos resultados e objetivos laborais, sendo o indivíduo profundamente influenciado pela percepção e reconhecimento — ou pela ausência destes — por parte de pares, gestores e da sociedade (Bendassolli, 2007; Silva, 2019). Nesse sentido, persistem desafios históricos relativos à satisfação e remuneração, os quais exigem uma postura proativa das lideranças institucionais. É imperativo o desenvolvimento de políticas públicas e ferramentas educacionais que visem mitigar danos físicos, psicológicos e sociais, promovendo um conceito de trabalho pautado no bem-estar integral (Bamonde et al., 2020).

Acompanhando as transformações do século XXI, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) reconheceu a necessidade de aprimorar as abordagens gerenciais voltadas ao cuidado do trabalhador. Esse movimento culminou na aprovação da Portaria nº 1.419, de agosto de 2024, que promove uma atualização histórica na Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1). A nova redação da norma expande o escopo do gerenciamento de riscos ocupacionais, integrando, além dos fatores ergonômicos, os riscos e fatores psicossociais relacionados ao trabalho (Brasil, 2024). Com entrada em vigor prevista para 2026, essa atualização estabelece um novo paradigma para as instituições empregatícias, formalizando a proteção à saúde mental como um requisito normativo essencial (Brasil, 2024).

A principal alteração normativa observada na NR-1, reside na obrigatoriedade da avaliação dos riscos psicossociais, abrangendo elementos como níveis de estresse crônico no trabalho, assédio moral no trabalho, sobrecarga laboral, jornadas de trabalho extenuantes e ausência de suporte emocional, conforme descrito pelo MTE (2024). Ato que integra a saúde mental como um componente essencial no gerenciamento de riscos ocupacionais, em consonância com as diretrizes do MTE que preconiza pesquisas e atualizações para aprimoramento das realizações e crescimento social e dos cuidados com a saúde do trabalhador (Brasil, 2024).

Nesse contexto de crescente reconhecimento da importância dos riscos psicossociais, introduzida pela atualização da NR-1, ressalta-se a necessidade de atenção especial à saúde mental de profissionais particularmente vulneráveis ao estresse ocupacional, como os profissionais de enfermagem, onde as principais causas de afastamento por essa natureza se manifestam de forma expressiva (Brasil, 2024).

Dado esse fato de suma importância, torna-se imprescindível destacar que no Brasil, conforme dados do Censo Demográfico até o ano de 2022 e informações apresentadas no perfil da Segurança e Saúde no Trabalho, observou-se uma variação de 6,46%, totalizando 203,1 mil habitantes em uma visão geral. Alternativamente, em relação ao perfil demográfico de análise de dados por afastamento no trabalho e concessões de benefícios, foram realizados 180,3 mil benefícios, dos quais 9,8 mil foram motivados por questões de saúde mental, pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em 2024 (Brasil, 2024).

Entre as principais causas identificadas e associadas às características fundamentais do afastamento por acidente, estão a saúde mental ou física, codificada como F43.8 (outras reações ao estresse grave) (Brasil, 2024), em consonância com as Normas Regulamentadoras (NRs) de 2024 do Ministério do Trabalho e Emprego e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10 (CID-10). Essa codificação abrange situações em que o transtorno mental com origem ou agravamento pelo trabalho, indicando sequelas ou outras consequências de causas externas, incluindo casos em que o “transtorno mental é uma sequela de um evento adverso no trabalho ou uma doença ocupacional” (Brasil, 2024).

As características do trabalho, cargo, ambiente e a cronologia da exposição ao ambiente, ao transtorno ou ao estresse, frequentemente relacionado ao afastamento, também são avaliadas, conforme dados do Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho (2024). Em âmbito nacional, dados referentes ao período de 2012 a 2024, com foco nos principais motivos e na causa conforme a CID-10, apontam a prevalência de reações ao estresse grave em 28,6% (N=37.218); transtornos de ansiedade em 27,4% (N=35.672); e episódios depressivos em 25,1% (N=32.624) (Brasil, 2024).

Ao direcionar o foco para as atividades de atendimento hospitalar, observa-se uma proporção de 8,9% (N=11.480) do total de afastamentos por setor atribuídos a causas de saúde mental. Nesse contexto específico, as reações ao estresse grave e os transtornos de adaptação ocupam a terceira colocação entre as causas de afastamento por saúde mental, com uma representatividade de 15,4% (N=1.767) no cenário nacional (Brasil, 2024).

2.2 Ambiente hospitalar

O ambiente hospitalar caracteriza-se por suas especificidades e por seus objetivos voltados à restauração da saúde e da vida (Anunciada *et al.*, 2022; Pereira, 2019). Dentre os fatores que influenciam internamente esse contexto, destaca-se o aumento da demanda por serviços assistenciais, decorrente do elevado fluxo de pacientes. Tal realidade impõe exigências significativas aos profissionais de saúde, como a ampliação da carga horária de

trabalho. Ainda, associadas à sobrecarga emocional e à insuficiência de suporte institucional, essas condições comprometem a saúde mental e cognitiva tanto dos trabalhadores quanto dos pacientes (Dantas, 2021; Pereira, 2019).

Ademais, as exigências prolongadas que demandam tempo e resultam em fadiga repercutem negativamente no desempenho dos profissionais nas organizações de trabalho, afetando as tomadas de decisão e as ações administrativas, elementos essenciais para a eficácia do sistema de saúde (Dantas, 2021). Ressalta-se, ainda, que o ambiente hospitalar foi concebido para viabilizar práticas de cuidado, possuindo características estruturais apropriadas, como quartos de internação bem iluminados e ventilados, além de corredores amplos que facilitam o tráfego de equipamentos e da equipe assistencial (Almeida *et al.*, 2020).

Essa estrutura geral é composta, além de áreas específicas para diferentes tipos de tratamento, além de sala de acolhimento, consultórios clínicos, posto de preparo de medicação, expurgos, salas cirúrgicas e unidade de terapia intensiva (UTI), sistema de controle de infecções, em sua estrutura física com portas que assegurem a passagem e transporte de macas, centro de materiais esterilizados (CME), banco de sangue, e em grupo de profissionais equipe multidisciplinar qualificada (Almeida *et al.*, 2020).

Atualmente, o ambiente hospitalar em relação à prática da enfermagem, é gerenciado conforme as mudanças organizacionais e hierárquicas compostas por gerentes com formação de enfermeiro com especialização em gestão hospitalar, supervisor e enfermeiro assistencial dos setores supracitados. Muito embora existam profissionais com formação em administração de empresa exercendo essa função (Medeiros, Enders, Lira, 2015; Matos e Pires, 2006).

As necessidades se caracterizam pela adequação dos recursos humanos e materiais bem como pela participação ativa na governança interna da organização em garantir a produtividade e efetividade dos serviços alinhados com os objetivos preconizados pelo sistema de saúde (Almeida *et al.*, 2020). A administração ainda é regulamentada por normas, que visam prioritariamente a saúde e segurança dos pacientes, além de “garantir” a segurança e as condições de trabalho, adequadas para os profissionais (Medeiros, Enders, Lira, 2015).

A interligação entre o ambiente de trabalho e a saúde requer atenção no cenário corporativo contemporâneo, uma vez que ambos influenciam diretamente o processo psicossocial vivenciado pelos profissionais da área da saúde (Rodrigues; Faiad e Facas, 2020). Tal relação representa um desafio significativo para a saúde psicológica, especialmente sobre os relacionamentos interpessoais no âmbito institucional (Bendassolli, 2012b; De Lira *et al.*, 2023).

Nesse contexto, é possível citar, como exemplo, os períodos de surtos, sejam de natureza endêmica, epidêmica ou pandêmica como o ocorrido em 2019 com a pandemia de COVID-19. Essa crise sanitária, caracterizada por uma síndrome respiratória viral de rápida propagação, gerou colapsos, não apenas na saúde física da população mundial, mas também afetou profundamente as estruturas organizacionais e governamentais em escala global (Dantas, 2021; De Lira *et al.*, 2023).

Diante disso, torna-se fundamental buscar o equilíbrio por meio da compreensão dos mecanismos que impactam os desdobramentos das ações de enfermagem, das práticas administrativas e dos princípios que regem os processos relacionados à saúde (Buffon *et al.*, 2023). É igualmente necessário considerar as circunstâncias que permeiam o ambiente hospitalar e os múltiplos fatores que o influenciam (Anunciada *et al.*, 2022).

Fatos que nortearam o entendimento de Florence Nightingale por volta de 1859, fundamentado na teoria ambientalista que enfatizava a importância de um ambiente limpo, ventilado e bem iluminado para recuperação dos pacientes (Santos *et al.*, 2021). Esta teoria foca no meio ambiente com todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo humano, capazes de desencadear a doença, ou contribuir para a prevenção do adoecimento (Santos *et al.*, 2021; Silva e Ferreira, 2021).

Considerando o ambiente hospitalar com base comparativa, Santos *et al.* (2021), utilizam como referencial teórico descrito por Medeiros, Enders e Lira (2015) o marco histórico, criado no tocante a restauração da saúde com critérios e metodologias que direcionam as ações realizadas pela equipe de enfermagem no cuidado com o enfermo. Tendo como exemplo e direcionamento estratégico, a natureza, a essência da organização ambiental e seus elementos como o ar puro e a luz solar, compatíveis com o processo de cura (Riegel *et al.*, 2021; Medeiros; Enders; Lira, 2015).

Essa compreensão também vai além quando reflete externamente no relacionamento humano individual, com a comunidade e a corporação, quanto aos fundamentos que alinham os aspectos biológicos, psicológicos e sociais para a saúde e a vida do ser humano (Riegel *et al.*, 2021). Os pilares da história do trabalho evidenciam as mudanças que ocorreram a partir do desenvolvimento da teoria ambiental criada por Florence Nightingale, com base nas circunstâncias vivenciadas em 1854 na Guerra da Criméia. Em sua atuação como enfermeira, Nightingale presenciou um ambiente hospitalar com superlotação, higiene inadequada, e sobrecarga de trabalho (Medeiros; Enders; Lira, 2015; Santos *et al.*, 2021).

Essa vivência proporcionou mudanças nas práticas da enfermagem e reforma na saúde, visando o controle de infecções, e o aprimoramento das técnicas do cuidar, presentes na

atualidade (Medeiros; Enders; Lira, 2015). O marco histórico do trabalho no ambiente hospitalar é fundamentado na causa relacionada ao cuidar. Esse fato se explica na ação de atenção e prevenção, pois esse é o produto oferecido ao enfermo, proporcionando bem-estar físico e emocional ao paciente por meio das técnicas de cuidados realizadas pela equipe de enfermagem em um ambiente seguro e adequado (Teodósio; Padilha, 2016; Vieira, 2018).

Com base no cuidar holístico os pilares incluem abordagem que considera a pessoa como um todo, ênfase na higiene, organização, registro de todos os aspectos físicos, mentais, emocionais e sociais, considerando não apenas os aspectos físicos da doença, mas também o processo de cura, a administração hospitalar e a formação profissional (Medeiros; Enders; Lira, 2015; Teodósio; Padilha, 2016). Comparando os ambientes de trabalho privado e público, estudos demonstram que os hospitais privados apresentam características mais favoráveis à prática profissional de enfermagem, e melhor desempenho em áreas como controle do ambiente no que se refere à gestão hospitalar de modo geral (Riegel *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2021).

Ao aplicar, na prática, os princípios desenvolvidos na teoria ambientalista, criada por Florence Nightingale, observa-se a valorização de um ambiente adequado, que proporcione conforto e atenda às necessidades de privacidade e segurança dos pacientes. Esses princípios também abrangem as relações entre a equipe multiprofissional e a equipe de enfermagem e, em alguns casos, conferem autonomia aos enfermeiros no que diz respeito ao gerenciamento de setores, como, por exemplo, o Centro de Materiais Esterilizados (Riegel *et al.*, 2021; Medeiros; Enders; Lira, 2015).

No entanto, os hospitais públicos apresentam um cenário de superlotação que, por vezes, se assemelha ao contexto de guerra relatado na história de Florence Nightingale, sendo uma realidade vivenciada atualmente (Riegel *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2021). Em setores como o de urgências e unidades de terapia intensiva (UTIs), essa situação se reflete nos corredores hospitalares, onde pacientes permanecem em macas, essa permanência se torna a própria condição de leito de internamento. Esse perfil de superlotação é uma realidade concreta e específica dos hospitais públicos, em que a quantidade de pacientes atendidos frequentemente supera a capacidade física disponível, comprometendo a qualidade do ambiente organizacional (Alcântara; Campos; Ramos, 2021).

Quando comparados, ainda que ambos os ambientes hospitalares, público e privado apresentem riscos à saúde física e mental dos trabalhadores da área da saúde (Pires *et al.*, 2018; Dimitriou *et al.*, 2023), há uma sobrecarga visivelmente mais intensa no setor público. Os profissionais enfrentam diversos riscos ocupacionais, como os biológicos, por meio do

contato com pacientes que apresentam doenças ou infecções por agentes como bactérias e vírus, a exemplo do *Coronavírus Disease* 2019 (SARS-CoV-2) (Dantas, 2021; Pirposhteh *et al.*, 2021).

Além disso, há exposição a riscos químicos, como os relacionados ao manuseio de quimioterápicos; físicos, como ruídos, exposição a baixas temperaturas; riscos ergonômicos, relacionados às lesões musculoesqueléticas decorrentes do levantamento de pacientes; e psicossociais, como estresse ocupacional, violência verbal ou física por parte de pacientes, familiares ou colegas de trabalho, e exaustão emocional devido ao contato constante com o sofrimento (Pires *et al.*, 2018). Considerando esses riscos, a avaliação dos ambientes e a adoção de medidas de prevenção e suporte adequadas tornam-se fundamentais para proteger a saúde e o bem-estar dos profissionais.

Essas diretrizes estão previstas nas normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho, especialmente a NR-32 (Brasil, 2022). Essa norma estabelece a organização e os procedimentos das atividades laborais no setor de saúde, contemplando a potencialidade de exposição, a riscos, descrição de tarefas e as funções específicas de cada local de trabalho. Adicionalmente a NR-32 propõe estratégias para minimizar e evitar riscos, por meio de medidas preventivas e acompanhamentos direcionados aos trabalhadores da área da saúde (Brasil, 2022).

Apesar da aplicação da NR-32 tanto em hospitais públicos quanto privados, inclusive aqueles que integram a rede complementar do SUS, a natureza e a intensidade da exposição aos riscos ocupacionais podem apresentar variações significativas entre esses tipos de instituições. As diferenças podem ser atribuídas a fatores como infraestrutura e recursos disponíveis, dimensionamento de equipes e carga de trabalho, tipos de atendimento e complexidade dos casos (Brasil, 2022).

Hospitais públicos, frequentemente caracterizados pela alta demanda e, por vezes, por recursos limitados, podem apresentar maior sobrecarga de trabalho e equipes insuficientes, elevando a exposição a riscos psicossociais e ergonômicos. Em contrapartida, hospitais privados, mesmo conveniados ao SUS, podem ter modelos de gestão e infraestruturas distintas, influenciando a dinâmica da exposição aos riscos (Brasil, 2022; Santos *et al.*, 2017).

A complexidade dos casos atendidos, geralmente mais diversificada em hospitais públicos, também pode impactar a exposição a riscos biológicos e a situações de maior pressão. Portanto, embora as normativas busquem uniformidade na segurança e saúde do trabalhador, as condições contextuais específicas de cada tipo de instituição podem modular a experiência de exposição aos riscos no ambiente hospitalar (Santos *et al.*, 2017). Um ambiente de trabalho saudável deve promover e incentivar a comunicação aberta, a colaboração e o reconhecimento das atividades desenvolvidas. Contudo, essa realidade ainda não é plenamente vivenciada por muitos profissionais da saúde, especialmente na rede pública (Pires *et al.*, 2018).

2.3 O trabalho da enfermagem

A enfermagem, em sua base histórica, é conceituada por Angerami e Correia (1989), como uma ação da profissão de uso específico do cuidar. Etimologicamente, o termo “enfermagem” deriva do latim “*infirmus*” (doença) e do francês “*mourrir*” (cuidar). No século XIX, ocorreram grandes mudanças e progresso na história da enfermagem. Antes disso, a profissão não era formalmente reconhecida, era vista como vocação, profissão com submissão e obediência, como prática informal, realizada por mulheres que tinham alguma experiência em lidar com enfermidades, em comunidades locais ou ambientes domésticos e associações religiosas (Teodósio; Padilha, 2016).

Na medida em que se conhece a história de uma profissão, como, a da enfermagem, se percebe quanto e como a enfermagem não é inseparável de outras atividades da vida, do mundo da saúde e seus compromissos sociais (Padilha; Borenstein, 2006). Devido ao trabalho pioneiro de Florence, no período de 1854 a 1856 na guerra da Criméia, onde desenvolveu suas habilidades percorrendo as enfermarias do hospital de campanha com sua lanterna em mãos, analisando e buscando estratégias de como exercer o cuidar, mediante o cenário de guerra em um ambiente em péssimas condições, falta de higiene e superlotação de feridos (Silva; Ferreira, 2021).

Nightingale é reconhecida como a fundadora da enfermagem moderna em virtude de sua atuação direta no cuidado aos feridos e de sua dedicação à manutenção de um ambiente físico limpo, organizado e adequado para o tratamento (Dias; Dias, 2019). Seu papel foi fundamental para a profissionalização da enfermagem, pois estabeleceu os princípios essenciais para os cuidados em saúde e sistematizou a assistência de enfermagem, criando uma base sólida para as práticas desenvolvidas na contemporaneidade. Essa contribuição é particularmente relevante em um contexto social atual que demanda profissionais qualificados e especializados, com foco na resolução eficaz dos problemas de saúde (Silva; Ferreira, 2021).

Contudo, na atualidade, a escolha pela profissão de enfermagem é permeada por origens singulares e peculiaridades, caracterizando-se como uma decisão multifacetada que delinea a trajetória profissional de um indivíduo. Esse processo envolve a identificação pessoal com a profissão, o incentivo do núcleo familiar e a inspiração advinda de outros profissionais (Teodósio; Padilha, 2016).

Ao longo da história, ainda no século XIX, em um contexto global, em meio a uma estrutura de acontecimentos e movimentos voltados à criação de associações profissionais, regulamentação de padrões de prática e estabelecimento de códigos de ética, o trabalho passou por transformações significativas quanto ao seu valor e importância política. Isso foi especialmente notável em atividades que buscavam uma relação sustentável com o meio ambiente, as quais se tornaram elementos estruturantes da identidade cultural, contribuindo para a elevação da enfermagem como uma profissão essencial para o cuidado em saúde (Lacomblez, 2023).

Na assistência à saúde, a enfermagem constitui o núcleo, desempenhando um papel central na implementação e administração de tecnologias, novos tratamentos e na aplicação de medicamentos, tanto no Brasil quanto no mundo. Na prática, a equipe de enfermagem é organizada em diferentes níveis de atuação, compostos por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, cada qual com responsabilidades específicas (Silva; Machado, 2020).

É importante ressaltar que a qualificação apresentada por cada profissional está diretamente relacionada às atividades que lhe são atribuídas. Assim, o exercício da função exige atenção às normas e rotinas institucionais, bem como à defesa de direitos que possam valorizar e qualificar a atuação desses profissionais. Um exemplo disso são os auxiliares de enfermagem, que atuam majoritariamente em hospitais públicos, prestando cuidados básicos e auxiliando nas atividades diárias, no apoio aos enfermeiros e demais profissionais da saúde, contribuindo para o funcionamento eficiente das unidades de saúde (Silva; Machado, 2020).

Destaca-se a função do enfermeiro que tem o comprometimento e o dever de coordenar a equipe de enfermagem, proporcionando apoio e educação permanente, mantendo os serviços de organização e segurança em conformidade, voltado para segurança do paciente e a prática de bem-estar da equipe (Padilha; Borenstein, 2006).

Na trajetória desses profissionais, a busca por direitos trabalhistas inclui o respeito à autonomia e condições adequadas para sua atuação como profissional, conforme a lei nº 7.498/1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil, estabelecendo as atribuições dos profissionais; a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT),

que estabelece os direitos dos trabalhadores e assegura aspectos como jornada de trabalho, remuneração, férias, segurança e saúde do trabalhador; as Normas Regulamentadoras (NRs) (Brasil, 2023).

Sendo assim, em conformidade com os regulamentos elaborados pelo Ministério do Trabalho que estabelecem requisitos e medidas de segurança e saúde no trabalho em diversos setores incluindo o da saúde. O Código de Ética dos profissionais de enfermagem estabelece princípios éticos e condutas a serem seguidas. Estas são algumas das principais normas trabalhistas que regem os profissionais de enfermagem em instituições públicas e privadas. Essas normas e condutas éticas dentro da instituição hospitalar, norteiam as ações e tarefas das mais simples às mais complexas (Brasil, 2023).

Em se tratando do trabalho da enfermagem na unidade hospitalar, estima-se que 95% da assistência ao paciente seja realizada pela equipe de enfermagem (Pires *et al.*, 2018). Segundo dados estatísticos apresentados no estudo de Oliveira *et al.* (2020), os profissionais de enfermagem somam 27,9 milhões globalmente.

Entre 2013 e 2018, houve um acréscimo de 4,7 milhões de profissionais de enfermagem em todo o mundo. No entanto, persiste uma escassez estimada de 5,9 milhões de profissionais, que atuem, em ambiente hospitalar, sendo este quantitativo registrado em 2018, devido a inexperiência nas ações do cuidar, domínio técnico e ainda, tendo como determinante a incapacidade e afastamento por condições de saúde física e mental (Oliveira *et al.*, 2020).

Portanto, segundo dados coletados no Datasus em 2024 e análise dos cálculos baseados na projeção de população residente por região e da Unidade da Federação no quantitativo de profissionais de enfermagem por regional publicado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) até janeiro de 2025 (quadro 1), na região Nordeste há, aproximadamente, 75 habitantes para cada profissional de enfermagem; inclusos técnicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Ao analisarmos o contexto da saúde no Nordeste, região onde se situa o município de Aracaju, dados sobre a distribuição de profissionais de saúde revelam disparidades significativas. Conforme levantamentos recentes, estados como Pernambuco e Sergipe apresentam uma distribuição relativamente mais homogênea, com cerca de 63 indivíduos por profissional. No entanto, o Ceará demonstra uma carência mais acentuada, com aproximadamente 84 residentes por profissional (Brasil, 2024).

A distribuição do quantitativo desigual de profissionais de enfermagem exemplificada pela região nordeste, mas que também se reflete em todo território nacional compromete a qualidade da assistência oferecida e sobrecarrega os trabalhadores da saúde, impactando seu

desempenho e bem-estar. Portanto, é crucial a implementação de métodos para otimizar a alocação de recursos humanos, garantindo um atendimento mais equitativo e eficiente (Brasil, 2024). O quadro 1 apresenta o demonstrativo do quantitativo dos profissionais, segundo os dados do Datasus, em 2024, na região nordeste do Brasil (Brasil, 2024).

Quadro 1 - Demonstrativo do quantitativo dos profissionais de enfermagem por habitante na região Nordeste Brasil, 2024.

Unidade Federativa	Período	Número de profissionais (milhares)	População aproximada em 2024 (em milhões)	Habitantes por cada profissional
Alagoas	01/2025	43,597	3,220,104	73.86
Bahia	12/2024	179,137	14,850,513	82.90
Ceará	01/2025	111,120	9,233,656	83.10
Maranhão	12/2024	90,575	7,010,960	77.41
Paraíba	01/2025	57,903.00	4,145,040.00	71.59
Pernambuco	12/2024	152,684.00	9,539,029.00	62.48
Piauí	12/2024	42,203.00	3,375,646.00	79.99
Rio Grande do Norte	12/2024	50,546.00	3,446,071.00	68.18
Sergipe	12/2024	36,554.00	2,291,077.00	62.68
Total no Nordeste	12/2024 a 01/25	764,319.00	57112096.00	74.72

Fonte: DataSUS, 2025.

Em âmbito nacional, observa-se uma desproporcionalidade na distribuição da formação profissional entre as categorias da enfermagem: 77% dos profissionais atuantes são técnicos e auxiliares, enquanto apenas 23% são enfermeiros (Coren/Se, 2024). Na região Nordeste do Brasil, considerada a terceira maior região geográfica, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, constata-se a carência desses profissionais com experiência de atuação.

Atualmente, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução nº 293/2004, regulamenta a jornada de 36 horas semanais para atividades assistenciais e de 40 horas semanais para atividades administrativas (Oliveira *et al.*, 2018). Com o crescimento social e a grande demanda por serviços de assistência à saúde em regime de 24 horas, plantões com carga horária média de 12 horas tornaram-se uma realidade para os profissionais de enfermagem, evidenciando a sobrecarga. Essa prática é comum nas instituições, especialmente nas unidades hospitalares que funcionam ininterruptamente (Oliveira *et al.*, 2018; Beebe *et al.*, 2017).

A influência da jornada de trabalho, do turno e do ambiente na prática dos profissionais de enfermagem está relacionada com a segurança e saúde do paciente. Pois nas unidades de urgência, o fluxo de atendimento é caracterizado pela priorização de situações imprevisíveis e inadiáveis, a exemplo de intercorrências emergenciais de um paciente em estado crítico. Para os pacientes que não se encontram em unidades de urgência, a situação do fluxo de atendimento seria distinta, uma vez que não envolveria a mesma natureza de imprevisibilidade e necessidade de ação imediata inerente às emergências (Dwyer; Oliveira; Seta, 2009).

Jornadas excessivas e múltiplos vínculos empregatícios podem levar à exaustão e a possíveis erros nas tomadas de decisões de cada profissional (Pires *et al.*, 2018). Estudos realizados em diferentes continentes, descrito na literatura De Lira *et al.* (2023), indicam que profissionais de saúde priorizam o trabalho em detrimento de sua própria saúde, levando às consequências prejudiciais à saúde emocional e física (De Lira *et al.*, 2023).

A qualidade na assistência está associada à segurança, que tem como interesse prestar serviço assistencial humanizado, que é fundamental no ambiente hospitalar (Alcântara; Campos; Ramos, 2021). Essa atenção aos riscos e a qualidade, considerando os aspectos relacionados à manutenção dos equipamentos, e na estrutura física, que influenciam na vida dos pacientes e dos profissionais (Alcântara; Campos; Ramos, 2021). Sempre requer avaliação com base ergonômica, comunicação efetiva, monitoramento e avaliação dos riscos no ambiente de trabalho, pois são fundamentais para que haja o equilíbrio entre assistência e fluxo de pacientes (Oliveira *et al.*, 2016).

A instituição pública se configura como um dos maiores empregadores da categoria da enfermagem, absorvendo 58,9% da equipe. Contudo, essa significativa presença no setor público contrasta com uma realidade salarial considerada precária: 62,5% dos profissionais recebem remuneração de até três mil reais e 14,4% encontram-se na condição de sub-salário (igual ou inferior ao mínimo vigente) (Silva; Machado, 2020). Essa situação paradoxal, frente à essencial atuação da enfermagem no serviço público, suscita diversos questionamentos sobre a determinação e a adequação desses valores (Silva; Machado, 2020; Silva; Nunes; Ottani, 2018).

Essa inadequação salarial inevitavelmente levanta a discussão sobre a valorização profissional da enfermagem, que certamente transcende o aspecto financeiro, mas o inclui como um componente fundamental. Em relação à distribuição salarial dentro da equipe, a distinção é clara entre os salários de técnicos e enfermeiros e a verificação de uma possível relação direta com o nível de formação, dada a maior proporção de técnicos na categoria (Silva; Machado, 2020; Silva; Ferreira, 2021).

Apesar desse cenário desafiador, Pires *et al.* (2018), sugerem que o fortalecimento da categoria e a otimização dos processos laborais representam caminhos para mitigar essas dificuldades, sem a necessidade de grandes investimentos financeiros, valorizando a capacidade individual de cada profissional em lidar com as exigências emocionais e a pressão do trabalho, atentando-se a peculiar capacidade de lidar com a gestão emocional e pressão do trabalho que cada pessoa apresenta (Pires *et al.*, 2018).

O trabalho da enfermagem envolve atributos socioemocionais, organização do serviço que pode ser compreendida a partir de duas dimensões: estrutural, que se refere ao conhecimento relacionado à profissão e ao cargo, ao apoio recebido da equipe e dos superiores, questões sociais e psicológicas, está associada às condições de trabalho que quando adequadas proporcionam motivação e satisfação profissional (Pires *et al.*, 2018). Além disso, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem por meio da Resolução Cofen nº 564/2017, estabelece:

“O profissional de enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnicos-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integridade, de acordo com os princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde (Cofen, 2017).”

Os avanços que tratam de melhores condições de trabalho têm progredido a passos curtos e firmes. A Lei nº 14.602/2023 que rege a profissão e preza por condições adequadas de repouso no ambiente de trabalho determina exclusividade de dormitórios à equipe de enfermagem com climatização ambiental e acústica que seja compatível com a demanda por turno de trabalho (Brasil, 2023).

A profissão de enfermagem é considerada mundialmente, a mais estressante entre as profissões da área da saúde (De Lira *et al.*, 2023), visto que existe, demasia associada à carga de trabalho de forma individual ou coletiva realizado por essa equipe (Silva; Machado, 2020; Silva; Ferreira 2021). Diante desse cenário, o excesso de trabalho e a escassez de pessoal são desafios enfrentados intrinsecamente ligados a construtos como elevado número de pacientes e sobrecarga física e mental que atesta categoricamente o estresse em sua forma patológica, principalmente no setor público, afetando a qualidade da assistência (Oliveira *et al.*, 2020).

A sobrecarga de trabalho, a responsabilidade de lidar com vidas e tomar decisões complexas, somadas à falta de reconhecimento e de oportunidades de crescimento profissional, representam fatores que inegavelmente repercutem na capacidade do profissional de enfermagem de exercer suas responsabilidades (Brasil, 2020). Condições de trabalho precárias,

como infraestrutura inadequada e equipamentos obsoletos, podem impor um ritmo exaustivo, comprometendo o tempo dedicado ao cuidado do paciente (Ornelas; Monteiro, 2006).

A escassez ou ausência de descanso adequado, frequentemente sacrificado em prol de emergências, agrava essa situação (Brasil, 2020). É fundamental reconhecer que essas condições de trabalho deficientes e a consequente exaustão impactam diretamente a qualidade do serviço prestado e o desenvolvimento humano dos profissionais (Cofen, 2017). Mais do que isso, elas podem erodir a capacidade de aderir plenamente aos preceitos éticos e legais da profissão (Brasil, 2020). Um profissional exausto e desvalorizado pode enfrentar dificuldades em manter a atenção, a empatia e o julgamento clínico necessários para garantir um cuidado seguro e ético (Fernandes; Gedrat; Vieira, 2023).

Portanto, a melhoria das condições de trabalho na enfermagem não é apenas uma questão de justiça e bem-estar dos profissionais, mas também um imperativo ético e legal (Brasil, 2020). Investimentos em infraestrutura adequada, equipamentos modernos, dimensionamento apropriado de equipes que permitam pausas e descanso, e políticas de reconhecimento e desenvolvimento profissional são essenciais para fortalecer a capacidade dos enfermeiros de cumprirem seus deveres com excelência, ética e em conformidade com a legislação (Ornelas; Monteiro, 2006).

Ademais, a natureza repetitiva e cíclica das atividades inerentes ao trabalho da enfermagem, caracterizada por demandas e cargas contínuas, encontra paralelo no conceito de “estresse de alta cadência” (Fernandes; Shende, 2019). Embora originário da engenharia para descrever o impacto da alta repetição em processos laborais, o termo se mostra pertinentemente aplicável à realidade da enfermagem. As ações assistenciais, frequentemente marcadas por ciclos e cargas repetitivas, tanto físicas quanto emocionais, corroboram com o desenvolvimento de estressores físicos e psicológicos na equipe (Alkhawaldeh *et al.*, 2023; Fernandes; Shende, 2019).

Em relação à investigação do estresse na enfermagem, Lira *et al.* (2023) realizaram uma análise crítica de estudos compreendidos entre 2009 e 2019. Sua principal observação reside na lacuna existente na pesquisa sobre o estresse vivenciado pelos profissionais de saúde, particularmente a equipe de enfermagem, no contexto do fluxo assistencial hospitalar. Segundo os autores, ao longo dessa década, o fator estresse não recebeu a devida atenção em sua relação com a dinâmica do trabalho hospitalar.

De maneira crucial, Lira *et al.* (2023) destacam a ausência de estudos que investigassem a correlação entre o estresse e seus específicos estressores com a percepção de distorção pessoal e corporal diante das condições prejudiciais à saúde enfrentadas por esses

profissionais. Assim, há a necessidade de pesquisas futuras que explorem essa intrínseca ligação entre o estresse ocupacional e a percepção da própria saúde no contexto da enfermagem (Lira *et al.*, 2023; Eduardo *et al.*, 2020).

Para o autor, os construtos psicológicos exercem uma influência direta e significativa sobre o comportamento e o desempenho dos indivíduos no ambiente de trabalho. Nesse contexto, a negligência em explorar como o estresse e seus estressores específicos impactam a percepção de distorção pessoal e corporal da saúde nos profissionais de enfermagem representa uma falha crítica (Eduardo *et al.*, 2020).

Afinal, como bem argumenta Bendassolli (2012), a natureza intrínseca do trabalho da enfermagem, que demanda atenção constante, cuidado empático e serviço dedicado a indivíduos em sofrimento, torna esses profissionais particularmente vulneráveis a intensas experiências emocionais. Essas vivências, quando não compreendidas em sua relação com o estresse e a autopercepção da saúde, podem levar a consequências negativas tanto para o bem-estar do profissional quanto para a qualidade do cuidado prestado, corroborando a urgência da lacuna investigativa apontada por Lira *et al.* (2023). Tal compreensão pode contribuir com a busca por meios mais adaptativos e equilibrados para o gerenciamento de prioridades necessárias à saúde do indivíduo, da sua família, da organização que o emprega e da sociedade como um todo (Googins, 1994; Hofstede; Boersma, 2019).

2.4 Definição de estresse

O conceito de estresse engloba várias condições. A forma como entendemos hoje, foi primeiramente conceituada pelo médico pesquisador canadense Hans Selye em 1959. Selye, pioneiro no estudo do estresse, definiu o estresse como uma resposta não específica do corpo a qualquer demanda excessiva que seja colocada sobre ele. Uma reação do organismo a estímulos físicos ou psicológicos que ameaçam ou perturbam o equilíbrio normal fisiológico. Ou seja, produz modificação deformando a estrutura da disposição no comportamento em geral da sua adaptação (Filgueiras; Hippert, 1999).

Quando liberado fisiologicamente em níveis normais o estresse é um mecanismo natural que atua como um estimulador motivacional, melhorando o desempenho das pessoas relativamente estáveis, não oferecendo perigo ao seu próprio físico (Rodrigues *et al.*, 2016). Segundo o dicionário Bicho Esperto da língua portuguesa (2012, p. 149), o significado de estresse é um conjunto de reações no organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras capazes de prejudicar o equilíbrio (Esperto, 2012).

Na sua etimologia o estresse provém do inglês *stress* que significa tensão, pressão ou insistência. O estresse é conceituado como mecanismo fisiológico e psicológico que é acionado através de fatores vivenciados, externamente que influenciam internamente e submete o ser humano a tomar decisões, muitas das vezes sem concordar com o que lhe foi solicitado, ou exposto, refletindo em seus pensamentos e sentimentos diariamente como um estado de alerta (Kumar, Jain, 2012; Streb *et al.*, 2022; Ferreira *et al.*, 2015).

No ponto de vista funcional, segundo Filgueiras e Hippert, (1999) os impasses do estresse e seus conceitos, afirmaram que o estresse estimula o organismo à resposta brusca de alerta, sem que haja o controle imediato da energia expressada no organismo, quando o estresse está ativo influenciando na imagem, gera impactos negativos na realização de sonhos, na família, nos engajamentos sociais, nas metas no trabalho, explosões nas tomadas de decisão (Filgueiras, Hippert, 1999; Kakemam *et al.*, 2019).

Em concordância com os autores citados acima, Eduardo et al. (2020) afirmam que o estresse é visto como uma reação complexa variada a diferentes tipos de tensões, que podem ser temporárias ou duradouras, dependendo dos eventos que a desencadeiam (Eduardo *et al.*, 2020). Além disso, de acordo com as informações estatísticas coletadas no Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador (2021), houve relato de que o estresse é um motivo específico para o afastamento do ambiente de trabalho (Fiocruz, 2022, p. 32).

Embora o estresse seja uma reação considerada necessária para dar às pessoas a capacidade de responder às demandas cotidianas, o estado crônico, inclusive no trabalho, pode causar cansaço mental, ansiedade, depressão e outros problemas psicológicos que afetam a qualidade da saúde e da vida (Kakemam *et al.*, 2019; Reis; Hino; Anez, 2010).

2.4.1 Influência do Estresse na Antropometria

Em face do desequilíbrio fisiológico provocado pelo estresse em níveis elevados, torna-se crucial analisar a influência de determinados componentes metabólicos na modulação dessa resposta e em suas consequências para o organismo, notadamente no sistema imunológico (Dragos *et al.*, 2010; Figueira e Hippert, 1999).

Dentre os mediadores metabólicos com impacto significativo na ação do estresse, destacam-se: o cortisol, hormônio glicocorticoide cuja elevação crônica pode induzir resistência à insulina, adiposidade visceral e imunossupressão; as catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), responsáveis por respostas metabólicas rápidas de mobilização energética, cuja exposição prolongada pode culminar em exaustão metabólica e disfunção cardiovascular; e a

glicose, cujo metabolismo é agudamente alterado pelo estresse para fornecer energia imediata, mas cuja elevação sustentada pode predispor a distúrbios metabólicos como o diabetes mellitus tipo 2 (Figueira e Hippert, 1999; Labanski *et al.*, 2020).

A compreensão da intrincada interação entre esses componentes metabólicos e a resposta ao estresse elevado oferece subsídios essenciais para a investigação dos mecanismos pelos quais o estresse crônico pode comprometer a saúde e o bem-estar. Evidentemente esse desequilíbrio é ocasionado por condições associadas aos estressores ambientais, que de maneira contínua afeta os mecanismos de equilíbrio da saúde no organismo humano (Ferreira, *et al.*, 2015; Labanski *et al.*, 2020).

Os impactos dos estressores manifestam-se, frequentemente, nos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho, em conflitos relacionados à conciliação entre vida profissional e familiar, nas alterações da estrutura corporal e nas inseguranças próprias da profissão (Ferreira *et al.*, 2015; Lei *et al.*, 2025). Um estudo com foco no sistema imunológico e nos componentes metabólicos demonstra que indivíduos submetidos a situações contínuas de afronta emocional ou física apresentam redução significativa da resposta imunológica (Dragos *et al.*, 2010).

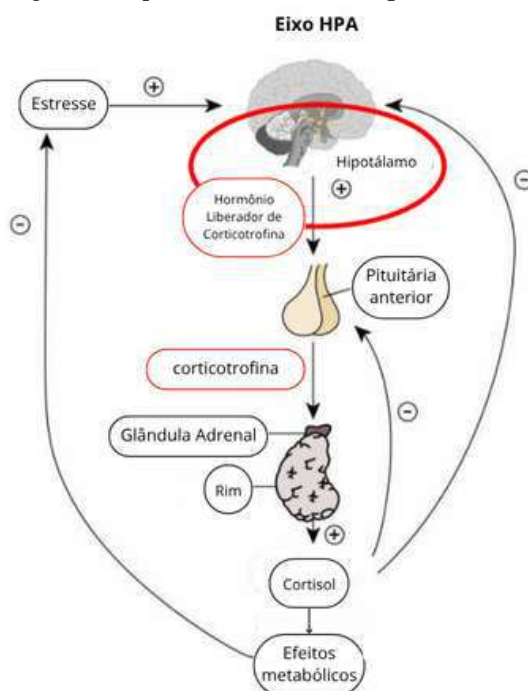
Essa constatação remete a certas práticas da saúde pública, como a redução de recursos humanos, notadamente, o enxugamento das equipes em setores essenciais, como o da assistência à saúde. Tais cortes comprometem a base que sustenta os serviços, a atuação dos profissionais que garantem a organização, a resolução de problemas e o bom funcionamento das unidades (Bendassolli, 2012). Vale ressaltar que o estresse, em sua função orgânica natural, atua na busca pelo equilíbrio dos níveis de defesa do organismo, sendo sua resposta proporcional à intensidade da condição estressante vivenciada (Dragos *et al.*, 2010; Deak e Sternberg, 2004).

Dentre os sistemas corporais mais afetados pelo estresse crônico estão o sistema imunológico e o sistema nervoso, cuja funcionalidade depende diretamente da capacidade adaptativa do organismo. A estrutura Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) representa o eixo central da resposta inicial ao estresse, fornecendo energia e mobilizando recursos para o enfrentamento da situação (Deak; Sternberg, 2004). Alterações comportamentais decorrentes desse processo podem levar à liberação de citocinas inflamatórias, que afetam o cérebro, promovendo alterações tanto no comportamento quanto na fisiologia corporal (Dragos *et al.*, 2010).

A resposta inicial ao estresse é orquestrada principalmente pelo eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA), uma complexa rede neuroendócrina essencial para a

mobilização de energia e recursos adaptativos (Deak; Sternberg, 2004). Diante de um estressor, o hipotálamo libera o hormônio liberador de corticotrofina (CRH). O CRH, por sua vez, estimula a glândula pituitária anterior a secretar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). O ACTH percorre pela corrente sanguínea até o córtex adrenal, onde induz a síntese e a liberação de glicocorticóides, principalmente o cortisol em humanos (Malek *et al* 2015; Juruena *et al.*, 2004).

Figura 1 – Diagrama esquemático do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA).



Fonte: Embryology, adaptado, 2012.

Metabolicamente, o cortisol desempenha um papel crucial ao aumentar a disponibilidade de glicose, a principal fonte de energia para o organismo em situações de estresse. Ele promove a gliconeogênese no fígado a produção de glicose a partir de fontes não carboidratos, como aminoácidos e glicerol, inibe a captação de glicose pelos tecidos periféricos, reservando-a para o cérebro e estimula a lipólise, quebra de triglicerídeos em ácidos graxos e glicerol, fornecendo substratos para a produção de energia (Malek *et al* 2015; Harno *et al.*, 2018).

As alterações comportamentais subsequentes à ativação do eixo HPA podem desencadear a liberação de citocinas inflamatórias. Esse processo inflamatório, embora inicialmente adaptativo para lidar com ameaças ou lesões, pode ter efeitos sistêmicos (Chaudhuri, 2019). A exemplo, as citocinas, como interleucinas (IL-1 β , IL-6) e o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), atuam como mensageiros químicos que comunicam o estado do sistema imunológico ao cérebro (Lei *et al.*, 2025; Malek *et al.*, 2015).

Ao atingir o sistema nervoso central, essas citocinas podem modular a neurotransmissão, influenciando o humor desencadeando fadiga, depressão, comportamento como isolamento social e sentimentos de insatisfação. Já na fisiologia corporal, ocorrem ganho de gordura ou perda muscular, alterações no sono, alterações no apetite e na temperatura corporal, impactando na percepção do próprio corpo (Jurueña *et al.*, 2004; Chaudhuri, 2019). A comunicação bidirecional entre o sistema imunológico e o cérebro, mediada pelas citocinas, ilustra a complexa interação entre a resposta ao estresse, o metabolismo energético e a regulação da função cerebral (Lei *et al.*, 2025; Jurueña *et al.*, 2004).

Nesse contexto, o sistema adrenal, responsável pela liberação de hormônios como adrenalina, noradrenalina, aldosterona e cortisol, respondem prontamente aos estressores de maneira diferente. O cortisol, principal marcador biológico do estresse, afeta múltiplos sistemas, é produzido nas glândulas suprarrenais e tende a ter sua produção aumentada diante da pressão contínua de fatores estressores psicossociais (Deak; Sternberg, 2004; Dragoș; Tănăsescu, 2010).

A exemplo na demanda de trabalho, a exposição prolongada a essas condições pode desencadear o estresse crônico, com implicações sérias para a saúde física e mental no indivíduo, como longas jornadas de trabalho, falta de controle ao sentir que não tem autonomia sobre o ambiente, preocupação constante com a estabilidade do trabalho (Deak e Sternberg, 2004; Dragoș e Tănăsescu, 2010).

Um dos reflexos desse estresse crônico atinge à antropometria, manifestando-se em alterações na composição corporal através de mecanismos interligados. A exposição prolongada ao estresse pode impactar os indicadores antropométricos ao alterar a percepção da imagem corporal e os comportamentos alimentares, levando tanto à restrição não saudável quanto à compulsão alimentar como forma de enfrentamento emocional (Ahrberg *et al.*, 2011; Brasil, 2022).

Adicionalmente, o estresse crônico está frequentemente associado ao aumento do consumo de alimentos obesogênicos, ricos em calorias e palatáveis, buscando uma recompensa neuroquímica que contribui para o ganho de peso e mudanças nas medidas corporais (Santos *et*

al., 2023; Schnettler *et al.*, 2013). Os efeitos hormonais e metabólicos diretos da ativação crônica do eixo HPA, com níveis elevados de cortisol, promovem a lipogênese, acúmulo de gordura, especialmente abdominal, resistência à insulina e potencial perda de massa muscular, refletindo-se diretamente nas avaliações antropométricas como aumento da circunferência da cintura e alteração na relação cintura-quadril (Chaudhuri, 2019; Lei *et al.*, 2025).

A antropometria é conceituada como método de medição das dimensões do corpo humano como altura, peso, circunferências, entre outros, para avaliar características físicas e biométricas de uma população ou indivíduo (Sampaio *et al.*, 2012; Tur e Bibiloni, 2019). A etimologia da palavra com prefixo “*antro*” vem de “*anthrōpos*”, que significa “ser humano”, o sufixo “*metria*” vem de “*metron*”, que significa “medida”, no antigo grego (Tur e Bibiloni, 2019). Múltiplos fatores influenciam o funcionamento e as medidas físicas e dimensionais do ser humano (Silveira *et al.*, 2005; Schnettler *et al.*, 2013).

Em síntese, a antropometria é fundamental para analisar a nutrição, pois utiliza padrões que facilitam o monitoramento dos métodos de avaliação, para identificar as necessidades nutricionais e suas dimensões (Sampaio *et al.*, 2012), mediante a correlação com fatores sistemáticos que ligam de forma a entender que “a presença de estresse não é por si só uma garantia da ocorrência de distúrbios, mas é a experiência de exposição a estressores, por um longo período que desencadeará no indivíduo a fase de exaustão associada a efeitos adversos à saúde”. Essa progressão leva ao acontecimento do principal órgão do corpo, o cérebro (Balmus, *et al.*, 2019; Lira *et al.*, 2023).

O sistema emocional-cerebral interage bidirecionalmente com o sistema digestivo, influenciando o microbioma intestinal desencadeando mecanismos hormonais e inflamatórios relacionados ao estresse (Labamski *et al.*, 2020; Chaudhuri, 2019). Sobretudo, afetando o desenvolvimento metabólico e o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), transtornos cognitivos e sociais, doenças autoimunes a exemplo do Diabetes Mellitus (DM2); dislipidemia; hipertireoidismo ou hipotireoidismo; edemas e problemas osteomusculares; condições frequentemente associadas ao estresse (Deak e Sternberg, 2004; Labanski *et al.*, 2020; Chaudhuri, 2019).

Em um nível mais específico, o estresse crônico pode favorecer a proliferação de cepas bacterianas intestinais com alta capacidade de metabolizar carboidratos. Essa alteração na composição do microbioma intestinal pode levar a um aumento da produção de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC) específicos e a um desequilíbrio na homeostase da glicose (Li *et al.*, 2025; Harno *et al.*, 2018; Agus *et al.*, 2020).

Consequentemente, observa-se um aumento da glicemia basal e o desenvolvimento de resistência à insulina. Adicionalmente, o estresse e as alterações no microbioma podem impactar negativamente a secreção do peptídeo semelhante ao glucagon-1 (GLP-1), um hormônio incretínico fundamental para a regulação da glicemia, a saciedade e a função das células beta pancreáticas. A diminuição dos níveis de GLP-1 agrava ainda mais a resistência à insulina e contribui para a progressão do descontrole metabólico associado ao estresse crônico (Agus *et al.*, 2020; Balmus *et al.*, 2019; Tsigos *et al.*, 2020).

De acordo com o estudo realizado por Agus, Clement e Sokol (2020), as características dos distúrbios metabólicos estão funcionalmente integradas ao microbioma intestinal, o qual também se associa ao excesso de gordura corporal. Esse excesso, conhecido como obesidade, está relacionado à produção elevada de cepas da bactéria *Firmicutes sp*, presente no intestino humano (WHO, 2000). Essas bactérias são responsáveis por digerir carboidratos complexos que, normalmente, não deveriam ser absorvidos em grande quantidade. Quando o organismo se encontra em estado de inatividade, esses carboidratos são armazenados de forma excessiva e prejudicial (Agus *et al.*, 2020; Blanariu *et al.*, 2023 Labanski *et al.*, 2020).

Esse processo resulta na liberação rápida de glicose na corrente sanguínea, sobrecarregando o pâncreas, que, por sua vez, libera grandes quantidades dos hormônios insulina e glucagon, contribuindo para o desenvolvimento do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (Agus *et al.*, 2020; Blanariu *et al.*, 2023). Além disso, interações exógenas com estressores favorecem o surgimento dessas comorbidades, influenciando também a qualidade do sono e os níveis de ansiedade (Fink, 2016; Blanariu *et al.*, 2023).

Com o tempo, os estressores passam a interferir diretamente na liberação hormonal, promovendo a produção de substâncias com potencial oxidativo e inflamatório (Li *et al.*, 2025; Juruena *et al.*, 2004). Essas alterações impactam negativamente o corpo, o temperamento, o estado nutricional e a composição corporal, contribuindo para o desequilíbrio do índice de massa corporal (IMC) (Agus *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2023). Isso pode ocorrer inclusive em pessoas com IMC dentro da faixa considerada normal, devido ao acúmulo de gordura visceral, que está associado ao desenvolvimento de inflamação crônica (Shinde, 2019). O estresse também influencia a percepção da imagem corporal, podendo distorcer a forma como o indivíduo enxerga a si mesmo (Shinde, 2019; Silveira *et al.*, 2005; Schnettler *et al.*, 2013).

Rosas *et al.* (2016), conduziram um estudo no Chile com 634 universitários da área da saúde, predominantemente do sexo feminino (86,4%), este estudo transversal revelou uma significativa disparidade entre a autopercepção e o estado nutricional real dos participantes (Rosas *et al.*, 2016). Constataram que 9,7% das pessoas que demonstraram em seus parâmetros

antropométricos, uma alta valorização da imagem, tendem a apresentar um índice de massa corporal (IMC) baixo. No entanto, de acordo com a percepção que têm de si mesmos, desses indivíduos 72,1% tendem a se ver como possuindo uma imagem corporal mais elevada, refletindo em 68,7%, um IMC alto em sua autoavaliação (Rosas *et al.*, 2016).

No estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2018), em um hospital da região sul do Brasil envolvendo em sua amostra um quantitativo de 226 profissionais da equipe de enfermagem, em um período de um ano, cujo resultado apontou que 27,4% dos trabalhadores de enfermagem estavam expostos a níveis no parâmetro de intermediário a altos de estresse no trabalho. Envolvendo os principais fatores que foram identificados nos estudos, alta tensão associada à carga laboral, condições de insalubridade, a alta demanda psicológica enfrentada, muitas vezes sem autonomia para tomada de decisões que exige criatividade para o cumprimento das atividades (Ribeiro *et al.*, 2018).

Além disso, o estudo de Ribeiro *et al.* (2018) identificou que a falta de apoio social ao trabalhador e o relacionamento com a chefia influenciam significativamente na presença do estresse no ambiente de trabalho. Constatou-se que 23,2% dos participantes que são profissionais da saúde, relataram que esse tipo de relacionamento é um dos principais fatores que contribuem diretamente para o aumento do estresse. A ausência de suporte adequado e a comunicação ineficaz entre equipe e liderança foram apontadas como agravantes, sendo esta última destacada como o principal gatilho para os altos níveis de estresse no contexto laboral (Santos, *et al.*, 2023; Ribeiro *et al.*, 2018).

Diante desse cenário, é importante considerar os impactos do estresse não apenas no desempenho profissional, mas também em aspectos subjetivos, como a percepção da própria imagem corporal (Streb *et al.*, 2023; Braz e Athayde, 2023). O estresse crônico pode influenciar negativamente o comportamento, a autoestima e o estado nutricional dos indivíduos, repercutindo diretamente na forma como o corpo é percebido e cuidado (Streb *et al.*, 2023; Naves *et al.*, 2015 Nascimento *et al.*, 2022; Braz e Athayde, 2023).

2.5 Estresse no trabalho

Embora o mundo moderno valorize a saúde individual, o ser humano é frequentemente tratado como uma máquina, vulnerável no contexto capitalista, suscetível e controlável, capaz de desempenhar múltiplas funções em um ambiente que o conduz ao estresse afetando sua autopercepção social e impactando sua saúde física e emocional (Rodrigues *et al.*, 2016). Partindo do fator estresse no trabalho e na variedade de situações estressantes, como a sobrecarga de trabalho; maior contribuinte a baixa produtividade, atenção e agilidade de

pensamento, cujas condições são prejudiciais à saúde; torna o ambiente de trabalho infeliz, mórbido e patogênico (Hellebuyck, *et al.*, 2017; OMS, 2022).

O estresse é uma reação do corpo a eventos potencialmente perigosos, como dificuldade de concentração, pensamentos negativos ou imaginários, por exemplo, chegar ao trabalho imaginando prazos de tarefas a cumprir, possíveis discussões por atraso (Pires *et al.*, 2018).

A Fundação Oswaldo Cruz (2021), através de entrevistas realizadas a trabalhadores, para compor o anuário, com foco no fator estresse e afastamento do profissional do ambiente de trabalho, pontuou o aumento de dias de afastamento do ambiente de trabalho por causa do estresse. Fatores que influenciam a reação aguda ao estresse, têm o total de dias de afastamento em média de 188 dias equivalente a 47% ao ano; referente ao estresse grave e transtorno de adaptação, esse número aumenta para 528 dias, tendo a média de 48,0% em dias ao ano. Constatado formalmente e diagnosticado com os princípios da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), de licença por motivo de saúde (Fiocruz, 2022, p. 32 e 144-145).

Nesse mesmo sentido, enfatiza-se que o estresse no trabalho também é um mecanismo de alteração com oscilações emocionais e inconstâncias que afetam o funcionamento fisiológico do organismo humano (Lu *et al.*, 2021; Tsigos *et al.*, 2020). Em sua forma patológica, o estresse é considerado um trauma desenvolvido através de uma lesão psíquica (Nodari *et al.*, 2014; Nascimento *et al.*, 2022). Quando o estresse ocorre em excesso e desregula o funcionamento natural do sistema nervoso, podem surgir condições que geram tensão nos aspectos psicológicos, especialmente, no sistema nervoso autônomo parassimpático que regula funções involuntárias do corpo como a respiração, digestão e frequência cardíaca (Pirposhteh *et al.*, 2021; Reis *et al.*, 2010; Nodari *et al.*, 2014).

Esse fenômeno contribui para o desequilíbrio comportamental, insegurança, dificuldades na tomada de decisões, induz à distração, esquecimento e incertezas quanto à responsabilidade dos trabalhadores (Pirposhteh *et al.*, 2021). Nesse contexto, vivências de mudanças, desenvolvimento de temores e angústias podem funcionar como gatilhos para o estresse (Morris *et al.*, 2015). O estresse ocorre em três fases: primeira fase de alerta, o sistema nervoso simpático é ativado, os hormônios cortisol e adrenalina são liberados preparando o corpo para enfrentar a situação de estresse (Filgueiras, Hippert, 1999; Fink, 2016).

A segunda fase, com efeito de resistência, é evidenciada no estado de alerta quando persiste por longo tempo. A terceira fase é a de exaustão, que corresponde a continuidade das demandas estressantes, porém sua capacidade de lidar com o esgotamento torna-se insignificante e passa a comprometer a saúde, diminuindo a energia e a motivação (Filgueiras,

Hippert, 1999; Fink, 2016). No século XVII, o estresse relacionado ao trabalho era descrito simplesmente como adversidade ou aflição (Lu *et al.*, 2021; Fink, 2016).

No entanto, foi apenas no século XX que os pesquisadores passaram a investigar os efeitos do estresse na saúde física e emocional (Nodari *et al.*, 2014), focando sua atenção nos efeitos, pois estes apresentam-se na saúde física incluindo doenças cardiovasculares, distúrbios do sono, hipertensão arterial e distúrbios gastrointestinais. Na saúde emocional, está ligado a condições como ansiedade, depressão, transtornos alimentares e dependência de substâncias (Lu *et al.*, 2021; Fink, 2016; De Lira, 2023; Tsigos *et al.*, 2020).

De acordo com Nascimento *et al.* 2022,

“O mercado de trabalho e a economia sofrem perdas com o curto tempo de serviço de profissionais ocasionado por transtornos mentais. Logo, trabalhadores que lidam com situações de extremo estresse, como profissionais de saúde. Pois os eventos vivenciados diariamente podem ter efeitos debilitantes do ponto de vista mental e físico.”

É essencial identificar os tipos de estresse que afetam cada indivíduo, uma vez que níveis elevados podem configurar o chamado estresse ocupacional. Para compreender esse fenômeno, é necessário considerar os contextos social, histórico e psicológico envolvidos (Pirposhteh *et al.*, 2021). No cotidiano profissional, o estresse manifesta-se por meio de comportamentos observáveis, podendo ser desencadeado por fatores diversos (Yaribeygi *et al.*, 2017), relacionados à vida pessoal, social ou laboral. Nesse sentido, o estresse fisiológico (*eustress*) pode evoluir para uma condição patológica (*distress*), afetando o equilíbrio do organismo (Rodrigues *et al.*, 2016).

De modo semelhante, o estresse é compreendido como uma resposta inespecífica e multicausal do organismo, que compromete o bem-estar físico e mental (Babanataj *et al.*, 2018). A variante psicológica do estresse pode ser mensurada de forma geral ou específica, considerando a subjetividade das emoções relacionadas ao ambiente de trabalho (Andrade e Siqueira, 2014). Fatores como a autopercepção do desempenho, as condições físicas e psicossociais do local, o clima organizacional, a carga de trabalho e o volume de demandas influenciam diretamente as emoções dos trabalhadores (Pirposhteh *et al.*, 2021).

Dados recentes revelam que apenas 10% dos trabalhadores em países em desenvolvimento têm acesso a serviços adequados de saúde ocupacional (OMS, 2022). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o estresse relacionado ao trabalho é considerado uma patologia potencialmente incapacitante, capaz de desencadear transtornos mentais como estresse pós-traumático e síndrome de *Burnout* (Khamisa *et al.*, 2015). Além disso, pode afetar

funções cognitivas essenciais, como memória, concentração e raciocínio, comprometendo significativamente o desempenho profissional (OMS, 2022; Kakemam *et al.*, 2019).

Indivíduos com problemas de saúde mental como a depressão e ansiedade, são frequentemente estigmatizados e excluídos, a exemplo falta de interação entre colegas de trabalho com um colega em estado de enfrentamento de estresse crônico (Pirposhteh *et al.*, 2021). Esses fatores contribuem e podem levar à redução da produtividade, perda da mão-de-obra qualificada e ao aumento do desemprego (OMS, 2022).

Essa situação, pode desencorajar os trabalhadores que apresentam o desenvolvimento de desequilíbrios em sua saúde mental a buscarem ajuda, fatores como, possível desligamento do setor de trabalho, desânimo (Kumar e Jain, 2012), não adesão ao tratamento e exclusão social que está relacionada ao desempenho das funções cognitivas (Pirposhteh *et al.*, 2021; Houtman, 2008).

O estresse pode levar a faltas frequentes, sendo esses um dos motivos para as empresas não contratarem pessoas com problemas emocionais e mentais (OMS, 2022; Kumar e Jain, 2012). Os efeitos provenientes do estresse ocupacional trazem alterações globais significativas e representam um desafio na gestão da saúde, sendo desafiador nas instituições de saúde (Kakemam *et al.*, 2019). O estresse no trabalho tem vários determinantes, a saber, sobrecarga de trabalho e falta de apoio, que podem levar o indivíduo a negligenciar suas responsabilidades, tornando o ambiente de trabalho desagradável sobrecarregando os colegas e o setor, afetando o desempenho dos demais colaboradores e aumentando o estresse na equipe como um todo (Vieira, 2018; Ulrich-Lai *et al.*, 2015).

Zotesso (2023) destaca,

“O estresse elevado pode conduzir o indivíduo a se tornar agressivo, pouco presente, provoca alterações no sono, na alimentação e em sua vida social de forma geral. Essas situações são aversivas, em decorrência do estresse, em outros âmbitos da vida, como no ambiente familiar e nos momentos de lazer, trazendo consequências tanto para sua vida quanto para o ciclo familiar.”

Van Mol *et al.* (2015) destacam que os trabalhadores em geral, e os profissionais de saúde em particular, enfrentam dificuldades para lidar com altos níveis de estresse. Estudos indicam que até 70% dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva (UTI) e mais de 40% dos que trabalham em hospitais sofrem de fadiga relacionada ao trabalho, mesmo antes da pandemia de COVID-19 (van Mol *et al.*, 2015). Esse cenário foi agravado durante a pandemia, que intensificou o esgotamento da saúde mental e emocional, exacerbando quadros

de depressão, fadiga, letargia, além do medo da morte e da solidão provocada pelo isolamento social, vivenciado mundialmente (van Mol *et al.*, 2015).

Apesar disso, os profissionais de saúde, especialmente a equipe de enfermagem, tinham o dever de manter suas atividades laborais e comparecer ao ambiente hospitalar (Miranda *et al.*, 2023). Muitos enfrentaram o isolamento social longe de suas famílias, inseridos em um cenário de incertezas quanto à atuação do vírus, em meio a condutas variadas e estratégias de cuidado diante da superlotação hospitalar. Além disso, enfrentaram agressões e hostilidades, sendo injustamente acusados de disseminar a doença (SARS-CoV-2) (Dantas, 2021; Sousa; Araújo, 2015; Singh *et al.*, 2020).

No ambiente corporativo, um problema ainda não superado torna-se evidente, especialmente na assistência de enfermagem: as altas demandas, a ausência de suporte emocional e a falta de estratégias de autocontrole contribuem para o desgaste psicológico da equipe de saúde. Esse desgaste compromete funções fisiológicas e leva à perda gradual de habilidades técnicas e de tomada de decisão (Bendassolli, 2012; Houtman, 2008). Assim, a sensibilização precoce é fundamental para mitigar os efeitos do estresse ocupacional (Moore; Cunningham, 2012; Ramos *et al.*, 2015).

A experiência laboral, que é parte essencial da vida do indivíduo, ganhou grande destaque no contexto contemporâneo, especialmente durante a pandemia de COVID-19. Estudos demonstram que o medo pela própria vida e pela vida dos familiares, aliado à vivência intensa e frequente do luto de pacientes e seus entes queridos, expôs os profissionais de saúde inclusive os da enfermagem a níveis de estresse sem precedentes, em diversas áreas e países (Bendassolli, 2012; Robertson *et al.*, 2021).

Os pesquisadores Ferreira e Anderson, (2020), citaram que profissionais de enfermagem, ao relatar suas atividades, afirmaram que independentemente do nível de estresse, gostam de sua função devido ao senso de propósito e gratificação que proporcionam quando ajudam outras pessoas. Entretanto, esses profissionais referem baixa satisfação no trabalho devido aos fatores como: falta de reconhecimento profissional dos gestores e da própria equipe e das instituições que o emprega, falta de recursos e equipamentos adequados, dificuldade na conciliação entre vida pessoal e profissional (Ferreira, Anderson, 2020).

Os profissionais de enfermagem reconhecem a necessidade de ferramentas para lidar continuamente com suas emoções e manter sua saúde emocional, em suas funções desempenhadas diariamente, posto que os fatores mencionados podem contribuir para o estresse e sentimentos de desgastes (Ferreira; Anderson, 2020). Além disso, ferramentas para medir o nível de estresse e a adoção de possíveis intervenções eficazes exigem pesquisas

contínuas para melhorar as condições de trabalho e os cuidados com os trabalhadores, posto que ainda existe uma conscientização limitada sobre o estresse no trabalho e a escassez de recursos destinados à pesquisa (Fabri *et al.*, 2018).

É fundamental que os profissionais de enfermagem tenham acesso a estratégias de enfrentamento saudáveis e apoio emocional para lidar com o estresse de forma mais eficaz (Lira *et al.*, 2023). Ao enfrentar o sofrimento de pacientes e seus familiares a equipe de enfermagem tende a se despersonalizar como estratégia defensiva (Migliaccio, 1994; Moura *et al.*, 2019), adotando abordagens emocionalmente distintas ou desligadas como forma de proteção diante do sofrimento constante que enfrentam no ambiente de trabalho, o que pode comprometer sua saúde e intensificar o estresse ocupacional, pois podem prejudicar a qualidade do cuidado e o bem-estar emocional de ambas as partes (Fabri *et al.*, 2018; Alkhawaldeh *et al.*, 2023).

Estudo conduzido por Alkhawaldeh *et al.* (2023), concluíram que pessoas vivendo com sentimento de falta de apoio social, apresentam picos elevados de estresse, visto que profissionais que têm apoio no seu ambiente de trabalho e familiar, dispõe de menos risco ao estresse e melhor gerenciamento dos estressores. Fatos constatarem que desde a concepção e formação acadêmica dos profissionais da área da saúde, deve-se existir amplas estratégias que direcionem ao autocuidado (Alkhawaldeh *et al.*, 2023).

Em uma revisão sistemática, Lira e seus parceiros (2023), evidenciaram através dos autores Bandhan, *et al.* (2019) e Alayoubi *et al.* (2022), o estresse ocupacional manifesta-se com características distintas em diferentes continentes. Dentro da equipe de enfermagem, demonstrou-se que os enfermeiros apresentam estresses em alta intensidade. O estudo apresentou que 42 enfermeiros americanos, evidente em 93%, o grau de extremo de estresse; no continente asiático especificamente no Irã de 142 enfermeiros, 82% têm o estresse de moderado a grave e destes, 34% apresentam o estresse em seu estado crônico que é considerado patológico (Lira *et al.*, 2023; Alayoubi *et al.*, 2022).

Todas estas informações são de profissionais atuantes em um ambiente hospitalar e são elementos que independem do país de origem e nacionalidade do trabalhador, pois o grupo de trabalhadores da enfermagem possuem características diversas, como educação, cultura, etnia, idade e origens sociais que podem ser observadas e sofrem com a presença do estresse em seu estado de desequilíbrio (Lira *et al.*, 2023; Medeiros, Endres e Lira, 2015). As constantes mudanças no local de trabalho como crises ambientais e sanitárias como a COVID-19, criam ambientes de trabalho imprevisíveis, exigindo que profissionais ajustem suas práticas em ritmos acelerados de forma brusca (Dantas, 2021).

2.6 Imagem corporal

Os primeiros estudos sobre imagem corporal remontam à neuropatologia de 1920 com Head, que descreveu a imagem corporal como uma construção mental baseada em experiências passadas registrada no córtex sensorial cerebral. (King 2018; Mallaram *et al.*, 2023). A imagem corporal é complexa e multidimensional, envolvendo a percepção subjetiva do próprio corpo, independentemente de sua aparência real (Mallaram *et al.*, 2023).

Embora o corpo seja o conjunto físico, de um ser vivo humano ou animal, incluindo todas as suas partes, como órgãos, membros e tecidos, a imagem corporal se refere à percepção subjetiva que o ser tem como relação ao seu corpo. Na etiologia “corpo” vem do latim “*corpus, corporis*” que designa o corpo morto em oposição à alma, “*anima*”, no grego clássico. O termo que resulta em sólido, tangível, o que é sensível, visível e possui forma (Winograd, 2016, p. 233). A partir disso há formas de mensurar o tamanho e composição do corpo, a exemplo do índice de massa corporal (Ferriani *et al.*, 2019).

A mensuração do IMC pode ser realizada com instrumentos como a balança antropométrica e o estadiômetro ou fita métrica. No entanto, em países desenvolvidos, especialmente em estudos de campo, é comum o uso do IMC autoreferido aquele em que o próprio indivíduo informa seu peso corporal. Essa abordagem oferece vantagens logísticas, como economia de tempo e recursos, embora apresente limitações, como o risco de viés na informação fornecida (Silveira *et al.*, 2005; Ferriani *et al.*, 2019).

Tais limitações tornam-se ainda mais relevantes quando se considera que pessoas com IMC elevado podem subestimar ou omitir dados reais, impactando diretamente a confiabilidade dos resultados. Essa distorção, por sua vez, revela o quanto o estresse e fatores psicossociais podem influenciar tanto na percepção da imagem corporal quanto na construção identitária do sujeito. Nesse sentido, o corpo humano passa por uma constante metamorfose, não apenas física, mas também simbólica, sendo muitas vezes alvo de tentativas de correção e reconstrução, motivadas por ideais estéticos e pela pressão social (Barbosa *et al.*, 2011; Voelker *et al.*, 2015).

Engloba aspectos como avaliação cognitiva e emocional do tamanho e forma corporal, importância atribuída à aparência física, além de crenças e histórias associadas à cultura, pensamentos e comportamentos relacionados à própria aparência desde a infância até a fase adulta (Kling *et al.*, 2019). Barbosa *et al.* (2011) destacam que a história do corpo humano está intrinsecamente ligada à história da civilização. Cada sociedade e cultura moldam o corpo, determinando suas características especiais, enfatizam certos atributos em detrimento de outros e estabelecem seus próprios padrões (Lopes *et al.*, 2017; Laus 2012; Kravchychyn *et al.*, 2013).

A saúde e a vitalidade são elementos cruciais na composição corporal do ser humano e frequentemente são influenciados pelo ambiente e pelo estilo de vida, com efeito na alimentação, desempenhando um papel fundamental no aumento ou perda de peso (De Lira *et al.*, 2023). O ganho ou perda de peso não é apenas resultado de uma alimentação inadequada, mas também de sono insuficiente e de má qualidade, essa se refere a padrões de sono perturbados, que não proporcionam descanso adequado ao corpo e à mente. Profissionais de enfermagem frequentemente negligenciam sono, sem perceber as consequências a curto e longo prazo. Esses hábitos irregulares induzem a uma dieta desequilibrada e ao sedentarismo (Beebe *et al.*, 2017).

Os hormônios responsáveis pela indução da fome como a grelina, que atua na produção do hormônio do crescimento (GH) e no depósito de gordura, tendem a ficar mais elevados com a privação do sono. A leptina que é o hormônio circulante principalmente no tecido adiposo e atuante no hipotálamo, é responsável pela regulação da saciedade e da fome; e na privação do sono tendem a sofrer com a disfunção no organismo (Crispim *et al.*, 2007; Schnettler *et al.* 2013; Harno *et al.*, 2018).

A omissão de refeições, sedentarismo potencializam essa falha, e tendem a aumentar a quantidade de alimentos ingeridos e como consequência ocorre o excesso de peso corporal, sendo mais comum em pessoas jovens devido ao alto consumo de alimentos industrializados (Brasil, 2020). O comportamento alimentar, independentemente de como é conduzido, merece atenção cuidadosa, pois é influenciado pelas emoções e especialmente ativado por estados emocionais negativos, como frustração, raiva e ansiedade (Shinde, 2019; Lazarevich *et al.*, 2023). Pessoas sob constante pressão tendem a consumir menos alimentos processados ou minimamente processados e aumentam o consumo de alimentos ricos em gorduras *trans* e carboidratos refinados (Labamski *et al.*, 2019).

A mudança no peso corporal também é influenciada pelo estresse, que atua nas glândulas adrenais e induz alterações nas reservas de gordura corporal, quando ocorre o desequilíbrio do sistema nervoso simpático e parassimpático, involuntariamente as funções cardíaca, respiratória e digestiva falham em suas funções normais e entram em letargia orgânica estocando tecido adiposo (De Lira *et al.*, 2023; Crispim *et al.*, 2007; Moore e Cunningham, 2012).

Alguns indivíduos têm dificuldade em reconhecer sinais de fome e saciedade, confundindo necessidades emocionais com fome biológica. O estado emocional durante a alimentação atua como mediador no ganho ou perda de peso (Streb *et al.*, 2023). Um estudo realizado direcionado ao gênero masculino, na cidade do México, analisou o consumo de

alimentos, por meio de um questionário, e a relação entre estresse, emoções e alimentos. Os resultados indicaram que esse fenômeno é mais comum em mulheres do que em homens (Lazarevich *et al.*, 2023; Chaudhuri, 2019).

O desafio de se apropriar do próprio corpo é resultado de um trabalho de autopercepção com a compreensão de se permitir viver as tarefas da vida (Pepe *et al.*, 2023; Winograd, 2016). A formação da imagem corporal é influenciada por uma variedade de fatores que se desenvolvem desde o período pré-natal até a vida adulta. Modelos, como o de influência tripartite, destacam a interação entre fatores pessoais, sociais e culturais na construção da imagem corporal (Choukas *et al.*, 2022).

Durante o desenvolvimento pré-natal, os movimentos espontâneos do feto e os estímulos sensoriais têm um papel crucial nessa formação. Por meio de uma complexa interação entre fatores sensoriais que desempenha um papel importante na construção inicial da consciência corporal biológica repercutindo após o nascimento nos receptores capazes de identificar os sentidos como o toque na pele, visão e a audição (Hosseini e Pathy, 2023).

A interação com os ambientes sociais que moldam as experiências físicas a percepção com o corpo. Esse fenômeno continua no desenvolvimento pós-natal, onde experiências e interações sensoriais com figuras de referências como pais e professores contribuem fortemente para a imagem corporal. A relação dos pais com o próprio corpo serve como modelo influenciando no comportamento na aparência física e na saúde (Cash e Smolak, 2011).

A imagem corporal é influenciada por diversos fatores, incluindo as expectativas e comentários dos pais sobre a aparência física, que, quando repetidos, impactam positiva ou negativamente a autoimagem da criança, especialmente nas primeiras experiências e na internalização de padrões e expectativas (Hosseini e Pathy, 2023). Cash e Smolak (2011) destacam que a influência familiar é significativa desde a infância, com os pais desempenhando um papel central na construção da imagem corporal dos filhos.

Além do ambiente familiar, fatores sociais e culturais também são determinantes, como os padrões de beleza divulgados pela mídia, que contribuem para a complexidade do desenvolvimento da imagem corporal (Choukas *et al.*, 2022). Essa percepção é moldada por valores culturais, sociais e aspectos biológicos, como o IMC e o estado nutricional. Nesse contexto, o "círculo de descontentamento" sugere que a insatisfação com o corpo pode gerar comportamentos alimentares inadequados, alimentando um ciclo prejudicial à imagem corporal e ao bem-estar emocional (Marks, 2015; Ahadzadeh *et al.*, 2018; Hosseini e Pathy, 2023).

A insatisfação com o peso corporal pode resultar em comportamentos prejudiciais à saúde, como inatividade física e alimentação inadequada e maior tempo sedentário. Estudos que objetivaram entender as relações comportamentais juntamente com a imagem corporal indicam que uma discrepância entre a imagem corporal real e ideal está associada a maior insatisfação com a aparência física e o processo de modificação cultural que ocorre mundialmente no estilo de vida (Park *et al.*, 2022). Uma imagem corporal positiva está relacionada à melhor saúde mental e bem-estar, enquanto uma autoimagem negativa pode levar ao isolamento social e aumento do estresse percebido (Li *et al.*, 2025).

A preocupação com a imagem corporal é um importante fator de risco para sintomas depressivos e transtornos alimentares (Choukas *et al.*, 2022). Mulheres tendem a enfrentar mais desafios na regulação da alimentação e preocupações com a imagem corporal em comparação com os homens. (Robertson *et al.*, 2021). As pressões sociais que resultam em discrepância entre o peso corporal ideal, real e percebido representam um risco significativo para a saúde mental, independentemente do IMC (Ahadzadeh *et al.*, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2022), tem apresentado o estado de alerta que envolve o crescimento da obesidade a nível mundial, classificando como diagnóstico pandêmico, em um estado silencioso e a passos lentos nas formas de tratamento, retratado em estudos científicos a mais de 20 anos e que pode ser consequência dos distúrbios de imagem corporal (OMS, 2022; Pepe *et al.*, 2023).

2.6.1 Percepção da imagem corporal

A percepção da imagem corporal se configura quando o indivíduo passa a se enxergar de forma consciente, seja por um despertar interno ou influenciado por outra pessoa, dentro de um senso crítico, positivo ou negativo. Essa percepção está diretamente relacionada ao sentimento que emerge de uma consciência provocada pelas definições que o sujeito reproduz sobre si mesmo (Hosseini; Padhy, 2023). Neves *et al.*, (2015) definem a percepção da imagem corporal como algo que transita entre altos graus de inconsciência e consciência (Kravchyn *et al.*, 2013).

O interesse em entender como os indivíduos percebem seus corpos, o impacto na sua saúde física e mental é um grande desafio que incentiva a diversos pesquisadores em diversas áreas a descobrir soluções que possam nortear os cuidados da saúde. Kravchyn *et al.* (2013) constataram que existia frequentemente associação da imagem corporal com problemas de

ordem psicológicas como depressão, ansiedade e transtornos alimentares (Kravchychyn *et al.*, 2013).

Hamamoto *et al.* (2022) evidenciaram que a distorção na imagem corporal influencia no funcionamento da saúde psicológica como a realização de tarefas, memória, atenção e raciocínio de resolução de problemas levando a resultados de distorções da imagem (Hamamoto *et al.*, 2022). Em contraste, a distorção da imagem corporal impulsiona aos sentimentos psicológicos repletos de complexidade, expresso como defeito, falha, mancha e imperfeição física o tamanho ou da forma do corpo com inferioridade, desencadeando sentimentos e comportamentos danosos (Park *et al.*, 2022; Laus, 2013).

Logo a percepção da imagem corporal e a distorção da imagem têm conceitos distintos, ainda assim inter-relacionados por envolver o sentimento psicológico que gerencia o ser humano (Pinhatti *et al.*, 2018; Laus *et al.*, 2013). Visto que a percepção da imagem corporal e a distorção da imagem é dependente de múltiplos aspectos como compreensão sobre o próprio corpo e a consciência de distorção do próprio que levam a autoavaliação da imagem corporal, seja de forma positiva ou negativa. Conceituada no sentido de compor uma análise sobre si mesmo, considerando e refletindo sobre o formato do corpo, nos aspectos visuais externos, no porte físico real ou ilusório (Moraes *et al.*, 2012; Kling, *et al.*, 2019).

Dado o contexto citado acerca das influências que a percepção da imagem pode sofrer e como interfere na insatisfação especialmente com seu próprio corpo, foram criados instrumentos que ajudam na investigação e análise dos construtos como o estresse no trabalho, insatisfação com o corpo, comparação com a aparência. O instrumento de aplicabilidade simples revela sinais que amplamente podem ser tratados com ações gerenciais adotadas por profissionais das diversas áreas como psicologia e nutrição (Pinhatti *et al.*, 2018).

2.6.2 Instrumentos de avaliação de imagem corporal

Para avaliação da imagem corporal, existem ferramentas que analisam a percepção corporal e identificam os determinantes ambientais e pessoais que a influenciam. Com o intuito de melhorar e reverter o quadro de obesidade e distorção da imagem corporal, Stunkard e Schulsinger (1983) desenvolveram a escala de silhuetas (Kakeshita *et al.*, 2009). Essa escala, de padrão simples e direto, tem a finalidade de distinguir e ajudar na compreensão de como as pessoas se veem a ponto de influenciar a saúde mental e física (Kling *et al.*, 2019; Laus *et al.*, 2013).

A partir desse instrumento criado no ano de 1983, mais de 150 escalas diferentes foram desenvolvidas e utilizadas em estudos e práticas clínicas. Embora não haja um número exato de escalas para avaliar a percepção de imagem corporal, é possível supor a existência de diferentes abordagens em algumas escalas desenvolvidas e utilizadas para adultos (Kling *et al.*, 2019). Essas escalas variam em termos de abordagem metodológica, foco específico, como satisfação ou insatisfação corporal, preocupações com peso e populações-alvo. A mais comumente usada é a Escala de Satisfação com o Corpo (*Body Satisfaction Scale*), esta escala avalia o grau de satisfação ou insatisfação que uma pessoa tem com sua imagem corporal (Hirata; Pilati, 2010).

O Questionário de Insatisfação Corporal (*Body Dissatisfaction Questionnaire*) avalia vários aspectos da insatisfação corporal, incluindo percepção da própria imagem corporal, sentimento em relação ao corpo e comportamentos relacionados ao corpo. A Escala de Insatisfação Corporal *Eating Disorder Inventory (EDI) Body Dissatisfaction Scale*, que é uma subescala do *Eating Disorder Inventory* e avalia a insatisfação corporal em pessoas com distúrbios alimentares. A Escala de Percepção de Imagem Corporal de Cash (*Cash's Body Image Scale*), avalia vários aspectos da percepção da imagem corporal, incluindo a satisfação com a aparência física e a atenção dada à aparência (Kling *et al.*, 2019).

Por fim, a Escala de Figuras de Silhuetas de Stunkard, apresenta uma série de figuras de silhuetas corporais, onde os participantes escolhem qual figura melhor representa a sua própria imagem corporal. Esta última é particularmente relevante para o contexto brasileiro, sendo uma referência nacional no campo da imagem corporal (Kling *et al.*, 2019).

Esta escala foi utilizada como base para criação da “Escala de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças”, reconhecida por sua alta confiabilidade e amplamente citada em literatura acadêmica, segundo a plataforma *Dimentions*, incluindo um estudo clínico randomizado. Logo, esta escala foi considerada de alta confiabilidade para o objetivo desse estudo (Kling *et al.*, 2019; Kakeshita *et al.*, 2009).

As ideias que agrupam pontos que validam as informações apresentadas são bases determinantes nos instrumentos que serão utilizados para analisar as informações. Neves *et al.*, (2020) ressaltam que apesar do crescimento internacional, nas avaliações e pesquisas sobre a imagem corporal e a obesidade nas últimas décadas, as evidências apontam as dificuldades e as fragilidades são crescentes e constantes, dado que é necessário ter domínio e discernimento nos construtos que sejam edificantes, evidenciando sinais e sintomas produzidos pelos dados coletados (Neves *et al.*, 2015).

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar as relações entre percepção de estresse no trabalho e percepção de imagem corporal dos profissionais de enfermagem em hospitais públicos de Aracaju, Sergipe.

3.2 Específicos

1. Relacionar os fatores sociodemográfico e econômico à percepção de estresse no trabalho;
2. Correlacionar os parâmetros antropométricos e a imagem corporal referida;
3. Determinar a percepção de imagem corporal.

4. METODOLOGIA

Estudo transversal, exploratório, conduzido com profissionais de enfermagem atuantes em hospitais públicos localizados em Aracaju, Sergipe. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (parecer n.º 7.025.634).

Inicialmente, um teste piloto do formulário de pesquisa foi realizado com uma pequena amostra de dez participantes que não faziam parte do estudo principal. O objetivo desta etapa foi identificar e corrigir potenciais problemas nas questões dos instrumentos utilizados: questionário sociodemográfico, Escala de Estresse Percebido (PSS-10) de *Cohen et al.* (1983), adaptada e validada para o Brasil por Luft *et al.* (2007), e a Escala de Silhuetas Brasileira desenvolvida por Kakeshita (2011).

Após o teste piloto, o formulário foi complementado com questões relativas aos dados antropométricos (peso e altura, coletados por autorrelato). O instrumento de coleta de dados, no final foi disponibilizado em formato digital através da ferramenta *Google Forms*®, acessível por meio de um *QR Code* (Figura 2). Todas as questões eram de caráter obrigatório de resposta. A coleta de dados ocorreu em etapas.

Etapa 1 - abordagem dos profissionais: os profissionais de enfermagem foram abordados de forma coletiva ou individualmente em seus locais de trabalho (postos de enfermagem, refeitório, recepção e sala de enfermagem). Nesta etapa, foram apresentados os objetivos da pesquisa.

Etapa 2 - disponibilização do formulário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes que concordaram, receberam o formulário digital através do *QR Code* e foram convidados a assinar o TCLE (Apêndice 1); o formulário era composto por seções abordando dados pessoais e sociais, a PSS-10 e a Escala de Percepção de Imagem Corporal (Escala de Silhuetas Brasileira).

Etapa 3 - análise dos dados: Após a coleta e organização de todas as informações fornecidas pelos participantes, iniciou-se a análise dos dados, utilizando métodos estatísticos.

4.1 Determinação da amostra

A pesquisa foi conduzida em três hospitais públicos, identificados como o Hospital 1, Hospital 2 e Hospital 3, para assegurar o sigilo dos dados. Esses hospitais são administrados pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Sergipe. Cada hospital, escolhido como campo para as coletas de dados, forneceu o número de profissionais para análise e determinação do universo amostral. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado por um

universo de 3.292 profissionais de enfermagem dos três hospitais, utilizando a fórmula para população finita e proporção.

Foi considerado o intervalo de confiança de 95% ($Z=1,96$), uma proporção e nível de significância de 5% e uma margem de erro amostral de aproximadamente 3%, resultando em um tamanho de amostra calculado de ($n=725$) profissionais. A amostra foi distribuída de forma estratificada e proporcional entre os três hospitais. A coleta foi iniciada no mês de setembro sendo finalizada em novembro de 2024. No quadro 02 estão descritos os números de profissionais de enfermagem em exercício de suas atividades nos Hospitais Públicos de Aracaju, Sergipe.

Quadro 2 - Quadro do resultado do cálculo do tamanho da amostra e o número de profissionais de enfermagem no exercício de suas atividades nos hospitais públicos de Aracaju, Sergipe, 2024.

Hospitais	Total de Equipe de enfermagem	Nº da Amostra
1º	2.378	331
2º	242	149
3º	672	245
Total	3.292	725

Fonte: Secretaria Estadual de saúde de Sergipe, 2024.

4.2 Instrumentos de pesquisa a análise dos dados

4.2.1 Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico elaborado pelos autores, de acordo com os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023) e do Conselho Federal de Enfermagem (2023) que regulamenta as áreas de atuação dos profissionais de enfermagem no Brasil. Entre os itens do instrumento constam gênero autodeclarado, cor autodeclarada, idade, função, escolaridade (maior nível), total de salário mínimo recebido, com base no salário-mínimo nacional, religião praticante, setor de atuação, tempo de exercício na função de enfermagem, peso e altura referidos (Apêndice 1).

4.2.2 Escala de estresse percebido (*Perceived Stress Scale-10*)

A Escala de Estresse Percebido (PSS-10) brasileira é composta por dez itens. A versão utilizada no presente estudo foi traduzida e adaptada para o português brasileiro por Luft *et al.* (2007) a partir do instrumento proposto e validado, Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983). Essa escala permite em seu questionamento aos entrevistados avaliarem a frequência de seus sentimentos e pensamentos relacionados a eventos e situações que ocorreram no último mês anterior à coleta, ou seja, nos últimos 30 dias. O Fator 1 do instrumento possui seis itens negativos (1, 2, 3, 6, 9, 10) onde indicam um alto nível de estresse, e o Fator 2 os demais itens positivos (4, 5, 7, 8) (Anexo 2) medem a capacidade do indivíduo de lidar com o estresse. Os coeficientes alfa de *Cronbach* foram utilizados para mensurar a confiabilidade da escala,

apresentando 0,83 para o Fator 1, 0,77 para o Fator 2 e de 0,87 para o instrumento no seu total, indicando uma medição confiável do instrumento (Luft *et al.*, 2007).

Os itens foram avaliados a partir de uma escala de *Likert* de cinco pontos, categorizados em: (0) nunca; (1) raramente; (2) às vezes; (3) frequentemente e (4) muito frequentemente. O estudo realizado por Machado *et al.*, (2022), traz uma faixa de referência do estresse com pontuação total mapeada e convertida para uma escala de 0 a 100, a qual foi utilizada neste estudo (Machado *et al.*, 2022).

Para os escore, os quatro itens positivos têm sua pontuação computada de forma reversa, o que significa que as respostas que indicam menor percepção de estresse nesses itens recebem uma nota mais baixa, que corresponde 26 a 50 para o nível de estresse moderado, 51 a 75 para o nível de estresse muito alto e de 76 a 100 para o nível de estresse (elevado) (Machado *et al.*, 2014).

A pontuação de 0 a 100 foi utilizada neste estudo, com base no estudo de Machado et al (2014), Lionelli (2013) e Luft et al., (2007), que avaliaram em sua amostra, o estresse em professores e em profissionais da saúde, validou a estrutura da pontuação da escala estresse PSS10 (com pontuação de 0 a 40), com a faixa descrita nesse estudo: Uma pontuação de 26 na sua escala de 0-100 corresponde a uma pontuação de 10,4 na escala padrão e de 0-40; uma pontuação de 50 (Machado *et al.*, 2014; Luft *et al.*, 2007; Lionelli, 2013).

Na sua escala de 0-100 corresponde a uma pontuação de 20 na escala padrão de 0-40; uma pontuação de 75 na sua escala de 0-100 corresponde a uma pontuação de 30 na escala padrão de 0-40; e uma pontuação de 100 na sua escala de 0-100 corresponde a uma pontuação de 40 na escala padrão de 0-40 (Machado *et al.*, 2014; Luft *et al.*, 2007; Lionelli, 2013).

Enquanto as respostas que indicam maior percepção de estresse são pontuadas mais baixo, 0 a 25 para o nível de estresse baixo (leve). Em seguida, todos os itens foram somados. Na escala desenvolvida por Luft et al. (2007), a pontuação bruta resulta em uma soma de 0 (estresse muito baixo) a 40 (estresse muito alto). Mantendo assim a classificação validada nos estudos e sendo representada com nota pontuada de 0 a 100 (Machado *et al.*, 2014; Luft *et al.*, 2007; Lionelli, 2013). Uma nota mais alta indica maior nível de estresse, sendo um estado de estresse crônico com risco para a saúde (Machado *et al.*, 2014; Luft *et al.*, 2007; Lionelli, 2013).

4.2.3 Índice de Massa Corporal (IMC)

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado a partir das informações de peso e de altura autorreferidos (Silveira *et al.*, 2005; Oliveira *et al.*, 2012). O IMC foi calculado a partir da equação 1:

$$\text{Equação 1: IMC} = \text{Peso} / \text{Altura}^2$$

O estado nutricional dos profissionais de enfermagem foi classificado a partir da idade dos investigados e de acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) para adultos e idosos (OMS, 2023).

Conforme a classificação e pontos de corte para adultos: baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$); eutrofia ($\text{IMC} \geq 18,5$ a $24,99 \text{ kg/m}^2$); sobrepeso ($\text{IMC} \geq 25,0$ a $29,99 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$), já a classificação para idosos, os pontos são ajustados: baixo-peso ($\text{IMC} < 22 \text{ kg/m}^2$), peso adequado (eutrofia) ($\text{IMC} 22 \text{ kg/m}^2$ a 27 kg/m^2) e sobrepeso ($\text{IMC} > 27 \text{ kg/m}^2$) (WHO, 2000; Freire e Fisberg, 2017; OMS, 2023). (Kakeshita, 2009).

4.2.4 Escala de imagem corporal

O instrumento escala de silhuetas brasileira, utilizado neste estudo para avaliar a imagem corporal, foi desenvolvido e validado por Kakeshita et al. (2009). Essa ferramenta foi estruturada com base nas características específicas da população brasileira, e tem como objetivo analisar e avaliar a distorção corporal da própria imagem e também questões alimentares, entre outras condições voltadas à saúde mental (Kakeshita *et al.*, 2009).

É composta por imagens no formato original, que representam silhuetas de corpos que variam do muito magro ao muito obeso, organizadas em ordem crescente de volume corporal. Segundo Laus (2012) a escala original é composta de 15 figuras em cartões plastificados de 6,5 cm de largura por 12,5 cm de altura, com a figura centralizada em fundo preto, contornada por margens a 0,5 cm equidistantes das bordas da figura e do cartão, com as 15 figuras dispostas horizontalmente. Cada figura corresponde a IMC, variando de 12,5 a 47,5 kg/m^2 e com diferença constante de 2,5 kg/m^2 (Laus, 2012; Freire; Fisberg, 2017; Kakeshita *et al.*, 2009).

Para a realização deste estudo, foi dada atenção especial ao procedimento de apresentação das figuras que representam a variação da forma corporal no formulário do

Google Forms. Essa organização visual teve como objetivo principal evitar que a disposição dos estímulos influenciasse indevidamente a percepção dos participantes. Diante disso, optou-se por organizar as figuras separadamente, na forma vertical, em pares de gênero feminino e masculino, dispostos lado a lado (Kakeshita, 2009).

Esta escolha de mudar para a posição vertical visou evitar que a forma como as figuras eram apresentadas no estudo original afetasse a percepção de cada participante. A sequência de apresentação seguiu rigorosamente a ordem crescente de classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), iniciando em 12,5 kg/m² e prosseguindo até 47,5 kg/m². Esta metodologia garantiu a visibilidade de todas as imagens com distribuição equitativa e proporcional, assegurando que a percepção do observador não fosse distorcida (Kakeshita, 2009).

Cada participante tinha a possibilidade de escolher uma figura que tivesse silhueta que mais se aproximasse da imagem que julgasse que seu próprio corpo tinha no momento da análise (IMC atual) e a figura com a silhueta que gostaria de ter (IMC desejado) (Anexo 3) (Straatmann, 2010). Para a avaliação da concordância da estimativa do tamanho corporal, o IMC calculado foi colocado no intervalo das escalas e comparado à figura escolhida como “atual”. Se as figuras fossem iguais, os participantes eram classificados como tendo uma percepção acurada de seu tamanho corporal real, ou seja, a pessoa percebe-se no seu estado físico real (Kakeshita, 2009).

Mas, se a figura “atual” fosse maior que a figura real, a classificação seria de superestimação, ou seja, indicava alta insatisfação e desejo intenso de ser mais magro. Se a figura atual for menor que a figura real a classificação seria de subestimação, sendo esta uma percepção de não aceitação do seu peso real e adequado, pois a pessoa se coloca em uma categoria de IMC inferior ao real (Kakeshita, 2009).

A satisfação foi avaliada comparando-se as figuras selecionadas como “desejada” e “atual”. No caso de seleção da mesma imagem, o participante foi classificado como satisfeito com sua silhueta. Quando a figura “desejada” foi maior que a escolhida como “atual”, considerou-se que o participante deseja aumentar seu tamanho corporal e quando foi menor, havia um desejo de diminuí-lo (Kakeshita, 2009).

4.2.5 Caracterização dos Campos de Pesquisa

Para contextualizar o estudo, realizou-se uma análise das características e estrutura dos hospitais onde a coleta de dados foi efetuada, utilizando informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (2024).

4.2.5.1 Hospital 1

O Hospital 1, o maior hospital público de Sergipe, gerenciado pela Secretaria de Estado da Saúde, presta assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua caracterização envolve atividades de ensino e pesquisa como campo de atuação e desenvolvimento de profissionais. Oferece assistência ambulatorial de média e alta complexidade, incluindo consultas, exames laboratoriais e de imagens, tratamentos como fisioterapia e atendimento a casos de saúde de menor gravidade até o nível de maior complexidade.

Assim, como assistência hospitalar de média e alta complexidade, que incluem internação, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e urgência, garante tratamentos avançados, a exemplo do tratamento oncológico. Com atendimento de demanda espontânea e referenciada, contínuo de 24 horas por dia, incluindo sábados, domingos e feriados (CNES, 2024). O universo de profissionais da equipe de enfermagem no hospital estudado foi fornecido pelo setor de Recursos Humanos (RH) da própria instituição. Este contingente totalizou 2.378 trabalhadores. Este quadro apresenta a composição dos profissionais de enfermagem no hospital 1.

Quadro 3 - Composição da Equipe de Enfermagem Hospital 1.

Categoria Profissional	Número de Profissionais Atuantes
Técnicos de Enfermagem	1.475
Auxiliares de Enfermagem	578
Enfermeiros	551
Total da Equipe	2.378
Profissionais afastados ou em licença trabalhista	226

Fonte: dados do estudo, 2025.

Além das áreas de assistência direta ao paciente, a infraestrutura do hospital também incluía setores de apoio essenciais para o seu funcionamento. Estes abrangiam a Central de Material Esterilizado (CME), responsável pelo processamento e esterilização de materiais médico-hospitalares; a farmácia, que gerencia a dispensação e o controle de medicamentos; o lactário, dedicado ao preparo e distribuição de fórmulas lácteas; e o necrotério, destinado à guarda de corpos. A presença desses setores é fundamental para a retaguarda logística e operacional dos serviços de saúde oferecidos pela instituição.

4.2.5.2 Hospital 2

O Hospital 2, em sua descrição, tem atividade de atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade, sem atividades de ensino, com tipos de atendimentos voltados ao ambulatório, internamento e urgência conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e gerenciado pela Secretaria de Saúde do Estado de Sergipe.

Seu fluxo é de demanda espontânea e referenciada ao cliente. Em sua instalação física e assistencial, é composto por ambulatório e clínica especializada, descrita no quadro 6 (CNES, 2024). O número de profissionais atuantes nesse estabelecimento totaliza 242 trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem, distribuídos em: 165 técnicos de enfermagem, 16 auxiliares de enfermagem e 61 enfermeiros. Dados informados pelo setor de Recursos Humanos da instituição (CNES, 2024).

4.2.5 .3 Hospital 3

O Hospital 3 é especializado no atendimento de alta complexidade para gestantes de alto risco. Também presta cuidados com atenção ambulatorial, internamento a gestantes de média e baixa complexidade, pois seu atendimento é de 24 horas, com fluxo de demanda espontânea que realiza classificação de risco assistencial, apoio e diagnósticos. O serviço é prestado a pessoas em estado de vulnerabilidade sexual, reabilitação, serviços de atenção pré-natal, parto e nascimento, comissões e comitês de atenção à doença crônica, serviço de hemoterapia e serviço de vigilância em saúde (CNES, 2024).

É composto também por núcleo de segurança do paciente, controle de infecção hospitalar, equipe multidisciplinar e terapia nutricional. Em sua estrutura física, é composto por: 1 clínica indiferenciada, 1 centro cirúrgico, 1 sala de enfermagem, 1 sala de observação, 1 centro de material de esterilização (CME), 1 lactário, 1 farmácia e 1 refeitório. Quanto aos leitos de internamento (quadro 7).

4.2.6 Tratamento e análise dos dados

A análise das relações entre a percepção de estresse no trabalho e a percepção da imagem corporal nos profissionais de enfermagem também contribuiu para o monitoramento do nível de estresse ocupacional. A aplicação de testes de normalidade às escalas de estresse percebido e de imagem corporal teve como objetivo verificar se os dados seguiam uma distribuição normal, um requisito fundamental para a aplicação de diversos testes estatísticos paramétricos, que poderia afetar a confiabilidade dos resultados.

Para garantir a qualidade do instrumento de coleta de dados nesta dissertação, a validade dos fatores dos instrumentos foi verificada a partir de análise fatorial confirmatória por meio do teste Qui-Quadrado de discrepância mínima (χ^2), dos índices de ajuste comparativo (CFI) e da raiz quadrada média dos erros de aproximação (RMSEA) (Kline, 2010). O CFI e a RMSEA variaram entre 0 e 1 (CFI = 1 e RMSEA = 0), indicando um ajuste perfeito. O instrumento foi considerado válido quando o teste Qui-quadrado não foi significativo e/ou CFI > 0,9 e RMSEA < 0,06 (Hu; Bentler; Cutoff, 1999).

Para assegurar a confiabilidade e a precisão dos instrumentos, a consistência interna foi verificada por meio do coeficiente Alfa de *Cronbach*. Este coeficiente foi reconhecido como um indicador amplamente utilizado da fidedignidade de uma escala ou questionário, mensurando o quanto os itens de um instrumento estavam correlacionados entre si, ou seja, se eles realmente mediam o mesmo construto latente de forma consistente (Streiner, 2003; Hu, Bentler, Cutoff, 1999).

Valores de α (alfa) de *Cronbach* superiores a 0,7 foram geralmente considerados ideais, indicando uma excelente consistência interna. Contudo, em diversas pesquisas psicométricas, especialmente nas ciências sociais e da saúde, valores acima de 0,6 foram aceitos como adequados. Essa flexibilidade na aceitação do limiar refletiu a complexidade dos fenômenos humanos e a dificuldade em atingir consistência perfeita em construtos multidimensionais, conforme apontado por diversas referências na área (Cronbach; Neto; Veronese, 1996; Nunnally; Bernstein, 1994; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Streiner, 2003).

A análise dos dados compreendeu uma série de procedimentos estatísticos. Inicialmente, os escores obtidos nos instrumentos de coleta de dados foram descritos em termos de média e desvio-padrão (DP). Essa estatística descritiva foi amplamente empregada para a caracterização detalhada da análise da associação entre os escores dos instrumentos e as variáveis sociodemográficas e funcionais (Figura 2).

4.2.7 Análise dos Dados da Escala de Silhueta Brasileira

A análise dos dados obtidos por meio da aplicação da Escala de Silhueta Brasileira seguiu uma abordagem quantitativa, visando mensurar aspectos relacionados à percepção da imagem corporal entre profissionais de enfermagem, bem como suas possíveis associações com o estresse no ambiente laboral. A análise foi organizada em três eixos centrais: (i)

discrepância entre a autopercepção corporal e o ideal pessoal; (ii) influência das pressões sociais e culturais na percepção de atratividade; e (iii) distinção entre o ideal estético e o ideal de saúde.

4.2.7.1. Discrepância entre Autopercepção Corporal e Ideal Pessoal

Para mensurar a insatisfação corporal, foi calculada a discrepância entre a silhueta que os participantes identificaram como representativa de seu corpo atual (pergunta 1 do questionário) e a silhueta correspondente ao corpo que gostariam de ter (pergunta 2). A discrepância foi obtida por meio da subtração direta dos valores atribuídos às respectivas silhuetas, o que permitiu classificar os resultados em discrepâncias negativas (desejo por corpo menor), positivas (desejo por corpo maior) ou nulas (satisfação corporal). O valor absoluto dessa diferença foi considerado como medida da magnitude da insatisfação, independentemente da direção do desejo de mudança.

A distribuição dessas discrepâncias foi analisada por meio de estatísticas descritivas, como média e desvio padrão. Posteriormente, empregaram-se testes estatísticos de correlação (*Spearman*, conforme a distribuição dos dados), com o intuito de verificar a relação entre os níveis de estresse e a magnitude ou direção da discrepância corporal percebida.

4.2.7.2. Influência das Pressões Sociais e Culturais na Percepção de Atratividade

Com o intuito de investigar a influência de normas socioculturais na autopercepção corporal, analisou-se a diferença entre a silhueta percebida como atual (pergunta 1) e a silhueta julgada pelos participantes como mais atraente segundo a opinião de pessoas do mesmo sexo (pergunta 3). Essa análise permitiu observar o quanto os profissionais se percebiam distantes de um ideal social de atratividade.

Além disso, foi analisada a diferença entre a silhueta ideal pessoal (pergunta 2) e a silhueta socialmente mais atraente (pergunta 3), como forma de aferir o quanto os ideais individuais estariam influenciados por expectativas culturais ou sociais. Testes de correlação e análise de variância foram empregados para investigar a existência de associação entre tais discrepâncias e os níveis de estresse percebido no trabalho.

4.2.7.3. Distinção entre Ideal Estético e Ideal de Saúde

Por fim, buscou-se diferenciar o ideal estético pessoal do ideal de saúde percebido. Para tanto, comparou-se a silhueta desejada (pergunta 2) com a silhueta considerada pelos

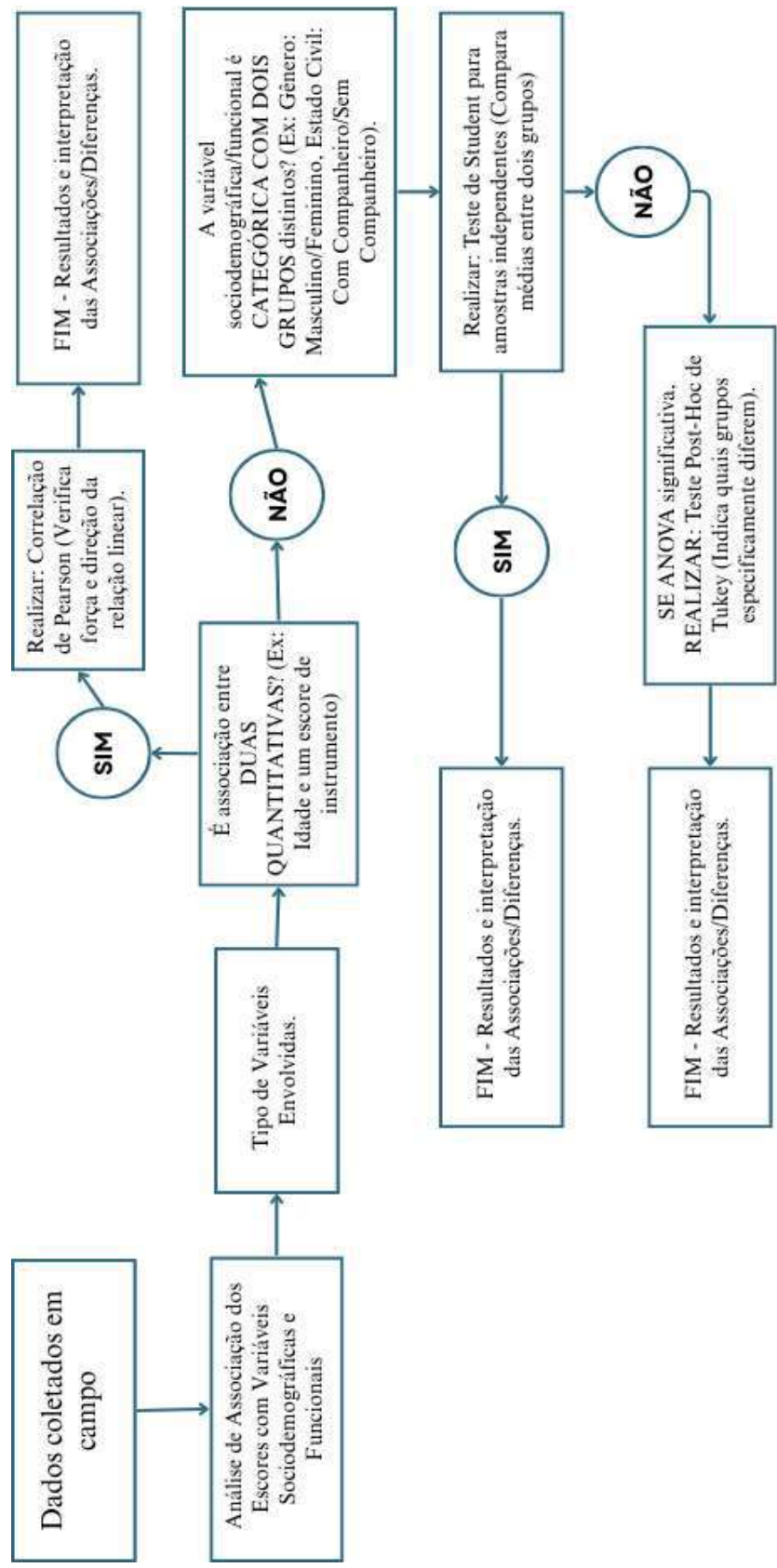
participantes como ideal para a saúde (pergunta 4). A discrepância entre essas duas percepções foi analisada com base na direção (preferência por silhuetas mais magras ou mais curvilíneas) e magnitude.

As análises estatísticas seguiram o mesmo procedimento dos eixos anteriores, sendo correlacionadas com os níveis de estresse ocupacional. Complementarmente, foi conduzida uma análise qualitativa descritiva com base em entrevistas semiestruturadas realizadas com alguns participantes, com o intuito de enriquecer a compreensão dos resultados quantitativos e contextualizar os significados atribuídos à imagem corporal em situações de alta demanda no ambiente de trabalho.

4.2.8 Critérios de inclusão e exclusão

Todos os profissionais de enfermagem foram convidados a participarem da pesquisa. Portanto, compõem o quadro de funcionários dos hospitais nos quais o estudo foi realizado e estão em pleno exercício das suas atividades. O critério de exclusão se deu para profissionais que não atuavam como técnicos de enfermagem ou enfermeiros ou que tinham alguma restrição cognitiva.

Figura 2 – Fluxograma dos testes estatísticos aplicados à pesquisa.



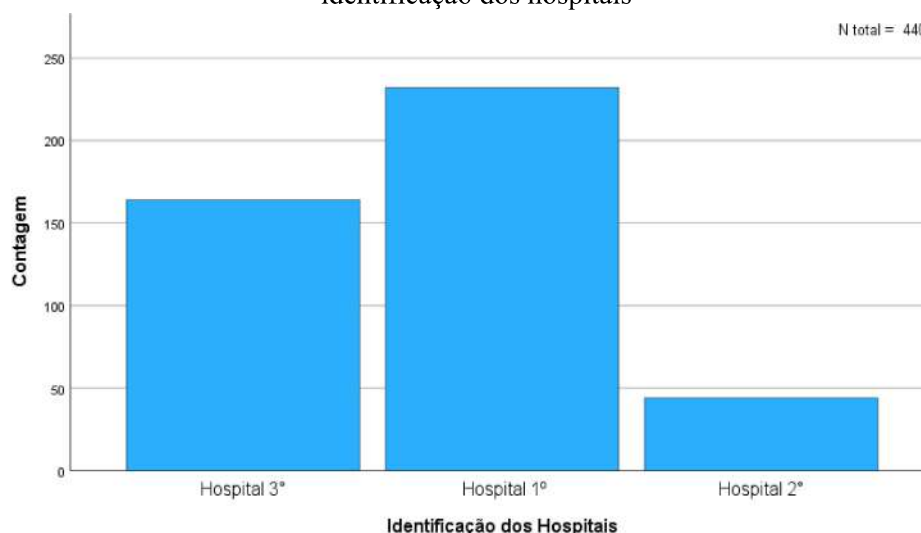
Fonte: dados do estudo, 2025..

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Análise do perfil da amostra

O perfil de distribuição dos resultados descritivos e o teste de hipótese de normalidade entre as variáveis e o índice de ajuste e a percepção de estresse teve resultado de distribuição de natureza não paramétrica dos dados.

Gráfico 1 – Categoria dos dados descritivos dos hospitais: informações de campos categóricos e identificação dos hospitais



Fonte: própria autoria, 2024

5.2 Estatística Descritiva das Características hospitalares

Participaram do estudo 440 profissionais de enfermagem, sendo 27% (n=119) enfermeiros, os outros 73% (n=321) eram exclusivamente trabalhadores que atuavam como técnicos e auxiliares de enfermagem.

As diferenças no número de participantes, entre os hospitais, refletem o tamanho distinto das instituições e as taxas de adesão específicas de cada um. Conforme detalhado na seção de cálculo amostral, a representatividade dos resultados em relação ao porte de cada unidade. A diferença observada no número de participantes da amostra, calculada para cada instituição que foram 331 no Hospital 1; 149 no Hospital 2 e 245 no Hospital 3. O total do N=725 reflete o tamanho distinto das instituições.

A variação nos números de adesão por hospital é um reflexo das taxas de adesão específicas de cada instituição, influenciadas por fatores contextuais como rotina de trabalho e carga horária. Essa variação pode ser atribuída a diferentes dinâmicas de trabalho, disponibilidade dos profissionais e percepção da pesquisa em cada local.

Embora um total de 440 profissionais seja uma amostra robusta para os testes estatísticos, essas diferentes contribuições por hospital são relevantes para a interpretação dos resultados no contexto específico de cada instituição, uma vez que cada unidade presta assistência a públicos altamente especializados: o Hospital 1 focado em urgências, emergências e diferentes níveis de complexidade, o Hospital 2 em serviços públicos pediátricos (público infantil), e o Hospital 3 em assistência a gestantes.

5.3 Características Sociodemográficas dos participantes do estudo

Tabela 1 - Características Sociodemográficas e Profissionais dos Profissionais de Enfermagem Participantes da Pesquisa nos Hospitais Públicos de Aracaju, Sergipe (N=440), 2024.

Característica	Categoria	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Gênero	Feminino	409	93
	Masculino	31	7
Faixa Etária	Adulto	426	96,8
	Idoso	14	3,2
Média de Idade (DP)	42 anos	-	-
Idade Mínima	20 anos	-	-
Idade Máxima	65 anos	-	-
Estado Civil	Com companheiro	147	33,4
	Sem companheiro	297	67,5
Religião Praticante	Católica	258	58,6
	Evangélica	106	24,1
	Espírita	31	7
	Não informado	45	10,2
Cor Autodeclarada	Preta	64	14,5
	Parda	191	43,4
	Branca	50	11,4
	Não informado	135	30,7
Formação Profissional	Graduação em Enfermagem	185	42
	Técnico de Enfermagem	168	38,2
	Auxiliar de Enfermagem	39	8,9

	Especialização	48	10,9
Cargo de Atuação	Técnico de Enfermagem	264	60
	Enfermeiro	119	27
	Auxiliar de Enfermagem	55	12,5
	Não informado	2	0,5
Setor de Atuação Principal	Internamento Adulto	81	18,4
	Internamento Obstétrico	80	18,2
	Internamento Pediátrico	46	10,5
	Centro Cirúrgico	58	13,2
	UTI Pediátrica	31	7
	UTI Adulto	21	4,8
	UTI Neonatologia	14	3,2
	Urgência Adulto	30	6,8
	Urgência Pediátrica	19	4,3
	Urgência Obstétrica	40	9,1
	CME	20	4,5
Tempo de Serviço	Mais de 10 anos	287	65,2
	Entre 5 e 10 anos	84	19,1
	Mais de 1 ano e menos de 5 anos	52	11,8
	Menos de 1 ano	17	3,9
Renda	Até um salário-mínimo	27	6,1
	Até dois salários-mínimos	168	38,2
	Até três salários-mínimos	124	28,2
	Acima de três salários-mínimos	62	14,1
	Não informado	59	13,4

Fonte: própria autoria, 2025.

5.3.1 Discussão das Características Sociodemográficas

A presença majoritária de mulheres na amostra, 93,0% (n=409) é um dado notório e amplamente consistente com o cenário da enfermagem brasileira. Essa predominância feminina reflete um histórico e culturalmente associado ao cuidado, evidenciado por estudos como o de

Oliveira *et al.* (2024), que reportaram uma representatividade de 88,00% de mulheres na categoria entre 1990 e 2019.

Em contraste, apenas 7% (N=31) dos participantes são homens, sublinhando a necessidade de se considerar as implicações dessa composição de gênero para a gestão da equipe, o desenvolvimento de políticas de saúde e as condições de trabalho. É evidente, o alto percentual de mulheres na amostra (93%), esse fato não pode ser analisado apenas como um dado descritivo. Ele reflete a internalização do papel social da mulher como cuidadora primária, tanto na esfera pública em um trabalho profissional quanto na esfera privada, o lar e a família. Essa composição de gênero é o alicerce para a dupla jornada de trabalho.

Em relação à faixa etária, a maioria da amostra é composta por adultos 96,8%, (n=426), com idade média de 42 anos (DP=8,2), variando de 20 a 65 anos. Essa predominância de profissionais em idade produtiva, associada ao alto percentual de mais de 10 anos de experiência 65,2%, (N=287), sugere uma força de trabalho com considerável conhecimento e familiaridade com os processos laborais.

Essa composição demográfica indica que o estresse percebido na amostra pode estar mais relacionado ao desgaste crônico e ao risco de Síndrome de Burnout acumulado ao longo da carreira, e menos aos estressores iniciais de adaptação. Ademais, a idade média de 42 anos, está em um ponto do ciclo de vida onde os profissionais geralmente enfrentam um maior conflito entre as demandas do trabalho e as responsabilidades familiares, intensificando o estresse da dupla jornada.

Quanto ao estado civil, 67,5% (n=297) dos profissionais não possuíam companheiro. A maior prevalência de profissionais sem um relacionamento estável, solteiros, divorciados ou viúvos deve ser considerada um fator de vulnerabilidade em relação aos níveis de estresse, notadamente pela ausência de uma rede primária de suporte social e emocional. Na literatura, a união estável frequentemente atua como um “amortecedor” contra o desgaste ocupacional, facilitando a partilha de responsabilidades e oferecendo apoio logístico e afetivo para o enfrentamento das demandas laborais intensas.

Para o profissional de enfermagem, a carência desse suporte eleva o risco de isolamento social e emocional após o turno de trabalho. Adicionalmente, no caso de chefes de família sem parceiro, a ausência de um cônjuge para dividir as demandas intensifica a concentração total da dupla jornada como o trabalho profissional e responsabilidades domésticas, o que impacta diretamente a disponibilidade de tempo e a prioridade dedicada ao autocuidado e à recuperação.

Embora ter um companheiro possa ser um fator positivo de suporte emocional, oferecendo suporte e contribuindo para a redução do estresse, conforme Waldinger (2015), a realidade da maioria aponta para desafios potenciais nesse aspecto.

A diversidade religiosa é evidente, com a maioria dos participantes se identificando como católicos 58,6% (n=258) seguidos por evangélicos 24,1% (n=106) e espíritas 7,0% (n=31). A significativa parcela que preferiu não informar a religião 10,2% (n=45) demonstra uma possível relação com receio ou privacidade. A religiosidade pode atuar como um fator de enfrentamento e influenciar a forma como os profissionais lidam com o estresse e a percepção da imagem corporal, contudo nesse estudo essa teoria não foi comprovada.

No que tange à cor autodeclarada, 43,4% (n=191) se identificaram como pardos, 14,5% (n=64) como pretos e 11,4% (n=50) como brancos. A predominância de pessoas que se autodeclararam pardas vai de encontro com os resultados do Censo Demográfico de 2022 do IBGE, segundo o qual 62% da população sergipana se identifica como parda (Observatório de Sergipe, 2022).

Em relação à formação e cargo profissional, a amostra é composta majoritariamente por participantes com graduação em Enfermagem (42,0%; n=185), seguidos por técnicos de enfermagem (38,2%; n=168). Entretanto, na análise dos cargos de atuação, os técnicos de enfermagem representam a maior parte da força de trabalho (60,0%; n=264), ratificando a prevalência dessa categoria na linha de frente da assistência, especialmente em hospitais públicos, em consonância com dados do Cofen analisados por Oliveira et al. (2024), que indicam 75,47% de técnicos na composição da equipe de enfermagem.

Em contraste com os 42% de participantes que possuem a graduação em Enfermagem, apenas 27% (n=119) atuam como enfermeiros. Essa diferença indica que, aproximadamente, 15% da amostra são profissionais com formação de nível superior que exercem a função de Técnico ou Auxiliar de Enfermagem e 12,5% (N=55) como nível médio de enfermagem.

Este desalinhamento de função representa um importante estressor psicossocial, configurando uma situação de sobrequalificação. A atuação em um cargo abaixo da qualificação formal pode gerar frustração, desmotivação e conflito de identidade profissional, sendo um fator de risco na análise e nos níveis de estresse percebido. Os principais setores de atuação revelam uma distribuição expressiva nos internamentos adulto (18,4%; n=81) e obstétrico (18,2%; n=80), (13,2% n=58) no centro cirúrgico.

Uma parcela significativa dos entrevistados (38,2%; n=168) declararam renda de até dois salários-mínimos e 28,2% (n=124) declararam renda de até três salários-mínimos (Tabela 1). A renda dos profissionais de enfermagem como um fator determinante. A necessidade de

complementar a remuneração, por vezes insuficiente para as demandas de um profissional de saúde, leva muitos trabalhadores a assumir múltiplos vínculos empregatícios. Essa estratégia, embora necessária para o sustento, intensifica o desgaste físico e emocional, sendo uma das principais causas de estresse ocupacional e *Burnout*.

A discussão sobre a remuneração em relação ao piso salarial nacional da enfermagem é fundamental. A discrepância entre o salário recebido e o estabelecido por lei pode impactar diretamente a satisfação profissional, a qualidade de vida e a retenção de talentos. Analisar se os salários atuais dos participantes estão ou não em conformidade com o piso é vital para compreender as condições de trabalho e suas implicações para os profissionais e para o sistema de saúde. A considerável parcela que optou por não informar a renda pode sugerir sensibilidade ou receio em abordar o tema.

5.3.2 Índice de ajuste e teste de normalidade das escalas de estresse percebido e de Imagem Corporal (PSS-10)

Com relação a percepção do estresse ocupacional, 11,1% (n=49) apresentavam estresse leve, moderado eram 80,2% (n=352) e elevado, 8,6% (n=38). Os testes de normalidade revelaram que os dados das escalas não apresentaram uma distribuição normal.

Tanto o teste de Kolmogorov-Smirnov quanto o de Shapiro-Wilk revelaram que os dados da escala de estresse não apresentaram uma distribuição normal ($p < 0,05$), indicando um valor de p de 0,000. Especificamente para o teste de Kolmogorov-Smirnov na escala de estresse, a estatística foi de 0,084 com 440 graus de liberdade (df). Este resultado, com um p menor que 0,001 (0,000), indica fortemente que a distribuição das respostas referentes aos níveis de estresse é assimétrica.

5.3.3 Avaliação da Percepção de Estresse Psicológico no Trabalho e Variáveis Sociodemográficas: gênero, faixa etária, cor autodeclarada, estado civil e religião

Os resultados descritivos indicam que a média de estresse percebido na amostra geral foi de 19,92 (DP = 5,23), com a mediana em 20,00. O percentil 25 foi de 17,00 e o percentil 75 de 23,00, indicando que 50% da amostra apresentou escores de estresse entre 17 e 23. O valor mínimo observado foi 4,00 e o máximo 38,00.

As consequências do estresse no trabalho, em níveis moderado e elevado, representam um estado de alerta que afeta diretamente a saúde física dos profissionais de enfermagem. Esse estresse pode contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, distúrbios

gastrointestinais, fadiga crônica e um sistema imunológico enfraquecido, conforme constatado por estudos como os de Ferreira *et al.* (2015) e Lazarevich *et al.* (2023), que abordam as consequências da sobrecarga no trabalho. O estresse psicológico, portanto, não se restringe a um impacto mental, mas se manifesta de forma somática e sistêmica no organismo (Ferreira, *et al.*, 2015; Lazarevich *et al.*, 2023).

A análise dos dados da Escala de Estresse Percebido (PSS-10) revelou que a maioria dos profissionais de enfermagem na amostra manifestaram níveis significativos de estresse. Aproximadamente 90% dos participantes demonstram estresse percebido, predominantemente nas categorias moderado e elevado. Essa condição se traduz em uma percepção constante de sobrecarga, dificuldade em lidar com situações inesperadas que exigem rápida adaptação emocional, e a pressão das exigências cotidianas, como o volume de trabalho no ambiente hospitalar (Simonetti *et al.*, 2021).

Além do impacto físico, o estresse reflete significativamente na saúde mental dos profissionais, repercutindo no aumento do risco de ansiedade, depressão, irritabilidade e dificuldade de concentração. Esse sofrimento psíquico, por sua vez, afeta diretamente o desempenho profissional, comprometendo a qualidade do cuidado ao paciente, aumentando a probabilidade de erros e contribuindo para a diminuição da produtividade, o absenteísmo e o presenteísmo, que é a condição de estar presente no trabalho, mas com baixa produtividade (Simonetti *et al.*, 2021). Tais fatos corroboram com estudos realizados por Simonetti *et al.* (2021) e Ribeiro *et al.* (2018), que destacam as profundas implicações do estresse ocupacional no bem-estar e na eficácia dos profissionais de saúde (Alayoubi *et al.*, 2022).

5.3.4 Percepção do Estresse por Gênero e Faixa Etária

Tabela 2 - Percepção de estresse detalhada, nº total em relação ao gênero.

Gênero Referido	Estresse Leve (Contagem)	Estresse Moderado (Contagem)	Estresse Elevado (Contagem)	Inferência Principal
Feminino	38 (9,29%)	334 (81,66%)	37 (9,05%)	Maior incidência do estresse Moderado/Elevado.
Masculino	11 (35,48%)	19 (61,29%)	1 (3,23%)	Maior proporção no Estresse Leve.

Fonte: própria autoria, 2024.

A distribuição do estresse por gênero evidencia uma maior ocorrência de estresse entre as mulheres. Das 409 mulheres na amostra, 81,66% (n=334) apresentaram estresse moderado, 9,29% (n=38), estresse leve e 9,05% (n=37) apresentaram estresse elevado. Entre os 31 homens, 61,29% (n=19) manifestaram estresse moderado, 35,48% (n=11) estresse leve e apenas 3,23%

(n=1) estresse elevado. Os resultados apontam que o gênero feminino apresentou um índice significativamente maior de estresse elevado 97,4% dos casos de estresse elevado, em comparação ao gênero masculino. A prevalência relativa de estresse moderado 94,6% e 77,6% de estresse leve das participantes femininas, também reforça essa tendência.

Essa diferença observada no manejo do estresse, sugere, no entanto, uma maior vulnerabilidade e ocorrência de estresse percebido entre as mulheres, um fato estatisticamente significativo e consistente com outros estudos que também reportam uma proporção maior de mulheres com níveis elevados de estresse (Rogers; Webba; Jafari, 2018). Por outro lado, em contraste os níveis de estresse são substancialmente menores entre os homens, o estresse elevado representa apenas 2,6% dos casos, o estresse moderado 5,4%, e o estresse leve 22,4% levando em consideração a amostra global.

A pontuação mediana do PSS-10 também é superior nas mulheres (20) em comparação aos homens (18), sugerindo uma maior percepção e relato de estresse relacionado ao trabalho. Em comparação aos apresentados no gênero feminino desses profissionais de enfermagem. Isso reforça a disparidade entre os gêneros e a importância de considerar as nuances na experiência de estresse no trabalho de acordo com o gênero.

Todavia, é importante observar que, na pequena amostra analisada, houve uma proporção relativa de homens com estresse classificado como leve, o que sugere menor impacto emocional, possibilidade de maior resiliência e baixos níveis de estresse elevado entre os participantes do gênero masculino. Esse resultado pode estar relacionado a fatores como menores demandas emocionais e menor sobrecarga na conciliação entre vida profissional e pessoal, aspectos que tendem a afetar mais intensamente as mulheres.

Destaca-se ainda que embora o percentual de estresse elevado tenha sido menor, ele se apresentou de forma significativa no gênero feminino, o que requer atenção. Altos níveis de estresse podem estar associados ao esgotamento emocional e refletir diretamente nas demandas profissionais e consonância com os achados de Ornelas e Monteiro (2006). Da mesma forma, em relação à faixa etária, a percepção do estresse teve um percentual muito alto de estresse moderado o que indica que jovens adultos estão sofrendo com estresse e sobrecarga mental correlacionado com a idade (mediana de 20,00 em adulto e de 17,50 nos idosos).

Isso pode indicar que a experiência profissional nos idosos, e a maior maturidade podem levar ao desenvolvimento de estratégias de “*coping*”, ou seja, de enfrentamentos mais eficazes ou a uma percepção diferente do estresse (Vasconcelos; Nascimento, 2016). Corroborando diretamente a teoria, apresentada no estudo de Bachion *et al.* (1998), é compreensível que enfermeiros com anos de experiência tendem a desenvolver estratégias mais eficazes, resultando

em maior equilíbrio e resiliência diante de níveis elevados de estresse. Especificamente, a vivência acumulada parece ser um fator protetivo, permitindo que esses profissionais mobilizem recursos internos de forma mais eficiente para manter a homeostase, mesmo em situações estressoras (Bachion *et al* 1998; Ramos *et al.*, 2015).

Tabela 3 - Percepção de estresse detalhada no nº total em relação à faixa etária.

Categoria de Faixa Etária	Estresse Leve (Contagem)	Estresse Moderado (Contagem)	Estresse Elevado (Contagem)	Inferência Principal
Idoso	2 (14,29%)	12 (85,71%)	0	Prevalência máxima de Estresse Moderado.
Adulto	47 (11,60%)	341 (84,70%)	38 (9,4%)	Concentra a totalidade dos casos de Estresse Elevado.

Fonte: própria autoria, 2025.

A mediana da escala de estresse total para o sexo feminino foi de 20,00 (P25 = 17,00; P75 = 23,00), enquanto para o sexo masculino foi de 18,00 (P25 = 12,00, P75 = 22,00). Embora não tenhamos realizado testes inferenciais de comparação entre os grupos de gênero, a diferença nas medianas e percentis pode sugerir uma tendência de maior estresse percebido entre as mulheres, o que é um achado comum na literatura, atribuído a múltiplos papéis sociais e exigências no ambiente de trabalho da enfermagem (Fernandes *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020).

A análise por categoria de faixa etária mostra que o estresse se concentra predominantemente no grupo de adultos, que constitui a vasta maioria da amostra. Entre os adultos, 84,7% (n=341) apresentaram estresse moderado, 11,6% (n=47) estresse leve e 9,4% (n=38) estresse elevado. No grupo de idosos, a prevalência foi de estresse moderado (n=12), com 2 casos de estresse leve e nenhum caso de estresse elevado. Isso indica que, embora o estresse moderado seja comum em ambas as faixas etárias, o estresse elevado parece não ser um fator predominante entre os profissionais de enfermagem na faixa etária idosa da amostra.

A avaliação do estresse por idade específica, detalhada no estudo, reforça a tendência de predominância do estresse moderado em quase todas as faixas etárias. Embora existam variações na distribuição de estresse leve e elevado, esses níveis são menos frequentes quando comparados ao estresse moderado. As ocorrências de estresse leve foram observadas em diversas idades. Notou-se uma leve tendência de incidência em idades mais jovens bem como algumas faixas etárias mais avançadas. Abrangendo profissionais entre 22 e 62 anos com uma média aproximada de 45,5 anos.

Já o estresse moderado demonstrou ser o nível mais consistente nos registros, sendo prevalente em praticamente de todas as idades, desde os 20 até os 65 anos. Com uma média aproximada de 40,5 anos, os casos de estresse moderado se destacam por sua ampla distribuição e prevalência na amostra. Na idade mais frequente: 42 anos, 25 profissionais apresentaram estresse moderado.

Os casos de estresse elevado foram mais esporádicos e aparecem em idades variadas, entre 23 e 57 anos, com uma média aproximada de 44,1 anos observados nessa faixa etária. Isto é, não há uma concentração específica de estresse elevado em uma única faixa etária, sugerindo que fatores individuais ou do ambiente de trabalho podem estar mais relacionados a esses picos do que a idade em si.

Os resultados globais desse bloco de variáveis sublinham a prevalência do estresse moderado entre os profissionais de enfermagem, com diferenças notáveis entre os gêneros e uma concentração do estresse no grupo de adultos. Isso reforça a necessidade de estratégias de gestão e mitigação do estresse adaptadas às características demográficas dessa população.

Observou-se, também, uma elevada prevalência de subestimação da imagem corporal com o aumento da carga de estresse, especialmente entre profissionais em plena idade produtiva, isto é, no auge de sua carreira profissional e com maior envolvimento nas responsabilidades de trabalho. No entanto, com uma representatividade menor, porém significativa, também é prevalente em trabalhadores idosos.

A análise estatística evidencia que, entre os casos de estresse psicológico elevado, 100% (n=38) pertencem ao sexo feminino, já no estresse moderado, as mulheres representam 94,4% (N=353) dos casos. A prevalência masculina (n=49) no estresse leve é de 26,3%. Esses dados apontam para uma vulnerabilidade de gênero que, no campo da enfermagem, historicamente revela múltiplas camadas de pressão que recaem sobre as mulheres. O cuidado com o outro, a imposição de padrões estéticos, a jornada dupla ou tripla e a escassa valorização institucional, contribuem para o estresse e a distorção da imagem corporal, pois faz com que os profissionais se sintam desmotivados (Rogers, webba e Jafari, 2018; Cofen, 2017).

Embora o estresse moderado seja prevalente em ambas as faixas, os profissionais adultos concentram a totalidade dos casos de estresse elevado 9,4%, indicando que a pressão laboral crítica recai majoritariamente sobre essa categoria.

5.3.5 Percepção do estresse e cor autodeclarada

A análise do nível de estresse entre os participantes, categorizado pela cor autodeclarada, revelou percepções importantes sobre a distribuição dessa ocorrência na amostra. Os resultados da Análise de Variância (ANOVA) indicam que, embora existam variações numéricas nas médias de estresse entre os grupos de cor, essas diferenças não atingiram significância estatística ($F(3, 436) = 2,194$; $p = 0,088$). Como esse valor é maior que o nível de significância usual de 0,05, conclui-se que não há diferença estatisticamente significativa no nível médio de estresse entre os diferentes grupos de cor autodeclarada dos participantes, não se configura como um fator preditor estatisticamente significativo para o nível médio de estresse percebido.

A tabela 4 a seguir, sintetiza as estatísticas descritivas do escore total de estresse e a distribuição dos níveis de estresse (leve, moderado, elevado) por cada categoria de cor autodeclarada, bem como os resultados da ANOVA. Observa-se que a maioria dos participantes, em todas as categorias de cor, se concentra no nível de estresse moderado. Os participantes pretos têm uma porcentagem menor de estresse moderado e uma porcentagem um pouco maior de estresse leve em comparação com os outros grupos, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa na média geral da ANOVA. O grupo que preferiu não declarar sua cor, apresenta a maior porcentagem de estresse elevado.

Tabela 4 - Estatísticas descritivas do escore total de estresse e a distribuição dos níveis de estresse (Leve, Moderado, Elevado) por cada categoria de cor autodeclarada, bem como os resultados da ANOVA.

Cor autodeclarada	N (%)	Estresse leve (N, %)	Estresse moderado (N, %)	Estresse elevado (N, %)	Média (DP)
Preto(a)	64 (14.5%)	11 (2.5%) *	50 (11.4%) *	3 (0.7%) *	18,38 (5,41)
Pardo(a)	191 (43.4%)	13 (3.0%) *	164 (37.3%) *	14 (3.2%) *	20,17 (4,37)
Branco(a)	50 (11.4%)	4 (0.9%) *	42 (9.5%) *	4 (0.9%) *	20,26 (4,85)
Prefiro não informar	135 (30.7%)	21 (4.8%) *	97 (22.0%) *	17 (3.9%) *	20,16 (6,22)
Total da amostra	440 (100.0%)	49 (11.1%) *	353 (80.2%) *	38 (8.6%) *	19,92 (5,23)
Anova					
F	2,194				
Gl	3, 436				
P	0,088				

Legenda:

N = número de participantes

% = Porcentagem total de cada grupo de cor que se encaixa na categoria em um nível de estresse em relação ao total de 440 participantes.

Média = média do escore total de estresse

DP = desvio padrão do escore total de estresse

F = estatística F da análise de variância (ANOVA)

Gl = graus de liberdade

P = p-valor (nível de significância)

*Porcentagens relativas ao total da amostra.

Fonte: própria autoria, 2025.

Cor Autodeclarada: as médias de estresse percebido são mais altas para os profissionais que se autodeclararam Brancos (20,26) e Pardos (20,17). No entanto, a maior proporção de casos de estresse elevado se encontra no grupo não informado (3,9% do total da amostra), seguido pelos pardos (3,2%), demandando mais investigação estatística para verificar a significância dessas associações.

Com as porcentagens relativas a cada grupo de cor, oferece uma visão mais detalhada da distribuição do estresse percebido. Observa-se que, para o grupo preto(a), a maior parte dos participantes 78,1%, apresentou estresse moderado, com uma parcela menor de 17,2% em níveis leves e 4,7% de nível elevado. Similarmente, 85,9% os grupos pardo(a) e 84,0% branco(a) também concentram a vasta maioria de seus participantes na categoria de estresse moderado. Convém ressaltar que, o grupo que preferiu não informar sua cor, se destaca com uma menor proporção em estresse moderado 71,9% e uma proporção relativamente maior de estresse elevado 12,6% em comparação com os outros grupos.

Esses achados de estresse elevado entre a equipe de enfermagem que se considera parda e nos participantes que preferiram não informar sua cor sugerem uma possível vulnerabilidade específica ao estresse mais intenso. Essa vulnerabilidade pode estar ligada a tendências de alguns desses profissionais em reprimir suas emoções e aos desafios adicionais que podem enfrentar em suas carreiras, como alta demanda e condições de trabalho, e pressão emocional. Tais fatores, influenciam sua percepção, cognição, autoimagem e capacidade de assimilação do estresse, em consonância com o que Zotesso (2023) descreve sobre como o estresse elevado pode levar à menor presença, alterações na vida social e aversões.

Do ponto de vista da psicologia do estresse no trabalho, essa não significância pode indicar que, para a percepção geral de estresse, estressores ocupacionais intrínsecos à profissão de enfermagem, como sobrecarga de trabalho em ambiente hospitalar, lidar com sofrimento, turnos exaustivos, podem ter uma influência mais homogênea e preponderante no que diz respeito a cor autodeclarada.

Esse resultado reflete as hipóteses que foram levantadas por Albornoz, (1994) Pires *et al* (2018) e Silva, (2019) quando em seus estudos citaram os vastos problemas que o desequilíbrio funcional podem causar. Contudo, é fundamental não desconsiderar que a cor está atrelada a experiências sociais e de discriminação que podem gerar estresse crônico e afetar o bem-estar psicológico de maneiras que escalas de estresse mais gerais podem não capturar em sua totalidade (Cofen, 2024).

Esse fato corrobora com os estudos conduzidos pela Articulação Nacional da Enfermagem Negra (ANEN) em (2024), pois reforça as preocupantes constatações sobre o impacto do racismo e do preconceito na vivência profissional e pessoal da equipe de enfermagem. Em múltiplas realidades de denúncias ao Cofen (2024), enfatiza urgência nas tomadas de decisões e ações institucionais para combater esse ato de preconceito racial (Cofen, 2024).

Apesar da ausência de significância estatística nas médias do estresse, é imperativo que a discussão se aprofunde para além dos números brutos, especialmente quando se trata de variáveis tão sensíveis como a cor autodeclarada, que revelam e funcionam como um indicador de como as estruturas racistas impactam a vida dos profissionais, principalmente os da enfermagem em um país como o Brasil (Sacramento e Nascimento, 2010; Cofen, 2024).

As manifestações e o impacto do racismo estrutural permeiam as instituições e as relações sociais, criando contextos de vulnerabilidade. Indivíduos que vivenciam o racismo desenvolvem mecanismos de enfrentamento e resiliência para lidar com essas adversidades. Tais estratégias, como a valorização da identidade racial, o apoio comunitário e a luta por direitos, podem mitigar a percepção imediata do estresse ou mesmo levar a uma subnotificação de estressores relacionados à raça em instrumentos de autorrelato. A aparente similaridade nas médias de estresse entre os grupos de cor, portanto, não deve ser interpretada como uma ausência de experiência de racismo ou de seus impactos psicossociais.

Os estressores crônicos, dentro do racismo estrutural, não se manifestam apenas em atos explícitos de discriminação, mas também através de microagressões, preconceitos implícitos e a ausência de oportunidades equitativas. Esses estressores, muitas vezes diários e sutis, podem não provocar um pico de estresse agudo que altere drasticamente a média de uma escala de estresse percebido, mas geram um estresse crônico de baixa intensidade (Bersani, 2018).

Esse tipo de estresse pode levar a um desgaste alostático, afetando a saúde mental e física a longo prazo, mesmo que a média de estresse percebido em um dado momento não seja significativamente diferente. No ambiente de trabalho no contexto da enfermagem em hospitais

públicos, profissionais negros e pardos podem enfrentar desafios adicionais relacionados à representatividade, ascensão profissional e reconhecimento (Santiago e Simões, 2023).

O ambiente hospitalar, embora essencial, é hierárquico e pode reproduzir dinâmicas sociais mais amplas. A necessidade de provar-se constantemente, a sensação de ser subestimado ou as barreiras para o avanço na carreira podem ser fontes de estresse não explicitamente mensuradas pelos escores médios, mas que contribuem para o desgaste psicológico (Bendassolli, 2023).

Dito isso, o grupo que optou por "prefiro não informar" sua cor autodeclarada apresentou uma proporção relativamente maior de estresse elevado em comparação com os outros grupos. Embora não seja possível atribuir causalidade, essa categoria pode englobar indivíduos que se sentem menos confortáveis em se identificar racialmente, o que por si só pode ser um indicador de vulnerabilidade ou experiências prévias de discriminação que os levam a evitar essa categorização, impactando potencialmente sua saúde mental.

Chama atenção o fato da omissão, pois esse ato pode refletir insegurança diante de um ambiente de trabalho percebido como hostil ou receios associados à autodeclaração racial, já que hospitais públicos apresentam menos características favoráveis à prática profissional da enfermagem, incluindo uma carência na estrutura organizacional e suporte à equipe, em comparação com hospitais privados (Pires, *et al.*, 2018).

A omissão da cor e as condições desfavoráveis em hospitais públicos descrevem elementos do racismo estrutural. O racismo estrutural se manifesta quando as instituições e sistemas, como a saúde pública perpetuam desvantagens para grupos raciais específicos, mesmo que não haja intenção individual explícita de discriminar. A falta de declaração de cor, por exemplo, pode ser um reflexo da percepção de que a identificação racial em um ambiente que se mostra "hostil" ou com menos características favoráveis pode levar a consequências negativas ou à invisibilidade.

A invisibilização identitária de grupos racializados pode intensificar o sofrimento psíquico, dificultando o reconhecimento e o enfrentamento de problemas estruturais, como a discriminação institucional, que, por sua vez, pode comprometer a autoimagem e agravar o estresse psicológico. Essa dinâmica, onde a própria estrutura do ambiente de trabalho e as normas sociais implicam em desvantagens para determinadas identidades, é um forte indicativo de racismo estrutural. (Bendassolli, 2007; Kouvonen, *et al.*, 2005).

5.3.6 Percepção do Estresse por Estado Civil

A análise da relação entre o estado civil e o nível de estresse percebido oferece uma perspectiva adicional sobre os fatores associados ao bem-estar psicológico na amostra. Os resultados a seguir detalham a distribuição dos participantes por estado civil e as características da variável de estresse percebido em cada grupo, incluindo a avaliação de sua distribuição. A análise do estresse em relação ao estado civil revelou uma diferença significativa entre os profissionais com e sem companheiro:

Tabela 5 - Processamento de Casos por Estado Civil

Estado Civil	N (Válido)	% (Válido)	N (Omisso)	% (Omisso)	Total N	Total %
Com companheiro	143	100,00%	0	0,00%	143	100,00%
Sem companheiros	295	99,30%	2	0,70%	297	100,00%
Total	438	99,50%	2	0,50%	440	100,00%

Fonte: própria autoria, 2025.

O resumo de processamento de casos na tabela acima, indica que a maior parte da amostra é composta por 67% dos participantes sem companheiros ($n = 295$) aproximadamente, enquanto 32,5% ($n=143$) participantes, aproximadamente declararam ter um companheiro. Houve apenas 0,7% ($n=2$) casos omissos na variável sem companheiros, que é uma quantidade insignificante e não afeta a robustez da análise.

O teste de normalidade descrito na tabela, Kolmogorov-Smirnov quanto o de Shapiro-Wilk indicaram um valor de “P” (Sig.) menor que 0,05 para ambos os grupos "Com companheiro" e "Sem companheiros". Um $p < 0,05$ nesses testes significa que a distribuição dos escores da escala de estresse percebido não segue uma distribuição normal para nenhum dos grupos de estado civil. A análise estatística com teste qui-quadrado revelou que o $p < 0,0001$, então a distribuição dos percentuais do estado civil nos diferentes níveis de estresse é estatisticamente significativa.

As porcentagens apresentadas na tabela 5, do total da amostra, revelou que o estresse moderado foi a categoria mais prevalente em ambos os grupos de estado civil, o que reforça a ideia de que o estresse é uma experiência comum na amostra de profissionais de enfermagem.

No entanto, uma observação descritiva crucial aponta que o grupo sem companheiros apresentou uma proporção maior de indivíduos com estresse elevado 7,0% do total da amostra

em comparação com o grupo com companheiro 1,6% do total da amostra, além de uma maior porcentagem de estresse leve 7,3% contra 3,9% com companheiro. Essa distribuição mais dispersa sugere que a ausência de um companheiro pode estar associada a uma maior variabilidade na experiência do estresse.

Analisando esse fato, psicologicamente, a presença ou ausência de um companheiro pode estar diretamente ligada à disponibilidade de suporte social, um conhecido fator de proteção contra o estresse. Profissionais de enfermagem que possuem um companheiro podem se beneficiar de um sistema de apoio emocional e prático que os auxilia no manejo das demandas do trabalho, atuando como um atenuante para o estresse percebido.

Por outro lado, aqueles sem companheiro podem enfrentar maior sobrecarga de responsabilidades individuais ou ter menos acesso a esse suporte direto, o que poderia levá-los a estados de estresse mais agudos ou, paradoxalmente, a uma maior autonomia que, para alguns, resultaria em menos estresse percebido. Sendo assim, reforça-se que a diferença estatisticamente significativa observada entre os dois grupos sugere que um relacionamento estável pode atuar como um fator protetor relevante no manejo do estresse. Essa constatação corrobora achados anteriores na literatura, como os apresentados no estudo de Waldinger (2015).

Tabela 6 - Percepção de estresse, nº total detalhada em relação ao estado civil

Estado Civil - Nível de estresse (leve, moderado, elevado) tabulação cruzada					
Estado Civil		Estresse leve	Estresse moderado	Estresse elevado	Total
Com companheiro	Contagem	17	119	7	143
	% do Total	3,90%	27,00%	1,60%	32,50%
Sem companheiros	Contagem	32	234	31	297
	% do Total	7,30%	53,20%	7,00%	67,50%
Total	Contagem	49	353	38	440
	% do Total	11,10%	80,20%	8,60%	100,00%

Fonte: Dados do estudo, 2025.

O estresse moderado é considerado um estado de alerta prolongado, com potenciais efeitos adversos como dificuldade em lembrar informações recentes e concentração reduzida. Além disso, é importante considerar que a forma como o estresse é percebido e tolerado é subjetiva e pode variar entre os profissionais, afetando sua intensidade e experiência, confirmando os estudos realizados por Rodrigues *et al.*, (2016) e Nascimento *et al.*, (2022).

Estado Civil: A distribuição do estresse elevado é marcadamente maior no grupo de profissionais sem companheiro, que concentra 7,00% dos casos de estresse crítico (31 de 38 casos), em comparação com apenas 1,60% no grupo Com Companheiro, sugerindo que o apoio social de ter um companheiro pode ser um fator protetor.

5.3.7 Percepção do Estresse por Prática Religiosa

As estatísticas descritivas fornecem um panorama inicial dos dados. A média geral da escala de estresse total para a amostra é de 19,92 (DP = 5,23), com pontuações variando de 4 a 38. Observa-se que as médias entre os diferentes grupos religiosos são bastante próximas, oscilando entre 18,84 que preferiu não informar e 20,07 evangélico. O desvio padrão é relativamente consistente entre os grupos, indicando uma variabilidade semelhante nas pontuações de estresse dentro de cada identificação religiosa.

Tabela 7– Estatísticas descritivas da escala de estresse total e a variável religião

Religião Praticante	N	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Católicos	258	1,99	0,39	1	3
Evangélicos	106	1,99	0,58	1	3
Espíritas	31	1,94	0,25	1	2
Prefiro não informar	45	1,87	0,46	1	3
Total	440	1,98	0,44	1	3

Fonte: própria autoria, 2025.

Com base nos objetivos da pesquisa, os testes inferenciais realizados foram ANOVA Unidirecional (ONEWAY) e Kruskal-Wallis, explorando a relação entre as variáveis de estresse e a variável religião. Essas análises, permitem verificar se a variável atua como um fator que influencia o estresse, o que pode ser um fator de controle ou uma descoberta lateral importante. com base nas análises executadas, não há diferença significativa nos níveis de estresse entre profissionais de enfermagem com diferentes afiliações religiosas.

Os resultados da ANOVA para escala de estresse total, com o valor de ($p=0,551$), que é significativamente maior que o nível de significância usual de 0,05, não rejeitamos a hipótese nula. Isso indica que não há diferença estatisticamente significativa na escala de estresse total entre os diferentes grupos religiosos. Os testes *post hoc* de Tukey confirmaram essa ausência de diferenças em todas as comparações pareadas, com todos os valores de “P” iguais ou próximos a 1,000 (Kline, 2016).

Similarmente, para a Avaliação do Estresse, o valor de $P = 0,330$ ($> 0,05$) leva à não rejeição da hipótese nula. Ou seja, não há diferença estatisticamente significativa na percepção de avaliação do estresse entre os diferentes grupos religiosos. Embora o Teste de Homogeneidade de Variâncias (Levene) tenha apresentado significância $p = 0,00$ indicando violação da homogeneidade das variâncias, a ANOVA é razoavelmente robusta a essa violação com tamanhos de amostra desiguais, mas grandes. Os testes *post hoc* de Tukey HSD corroboram a ausência de diferenças significativas em todas as comparações pareadas (Kline, 2015).

Os dados mostraram que a percepção de estresse psicológico, medida pela escala de estresse total e pela avaliação do estresse, entre os profissionais de enfermagem apresentou uma média geral de 19,92 para a escala de estresse total e 1,98 para a avaliação do estresse. Crucialmente, ao analisar essa percepção em relação à variável religião praticante, os resultados da ANOVA para escala de estresse total: $F(3,436) = 0,703$, $p = 0,551$; para avaliação do estresse: $F(3,436) = 1,147$, $p = 0,330$ indicam que não há diferença estatisticamente significativa na percepção de estresse entre os grupos religiosos.

A ausência de uma relação direta entre a afiliação religiosa e os níveis de estresse pode ser um achado interessante em contraste com parte da literatura que sugere que a religião pode ser um recurso importante de enfrentamento para o estresse (Thiengo, *et al.*, 2019; Koenig, 2008). No entanto, essa literatura frequentemente foca mais nas práticas religiosas, no suporte social da comunidade de fé ou no significado existencial que a religião oferece, e menos na mera associação categórica.

Os resultados sugerem que a denominação religiosa por si só pode não ser o principal preditor. É possível que a percepção de estresse no ambiente de trabalho seja mais influenciada por fatores intrínsecos à profissão, como carga horária, pressão assistencial, ambientes hostis ou falta de recursos, do que pela identidade religiosa.

Do ponto de vista prático, este achado sugere que intervenções voltadas para a redução do estresse em profissionais de enfermagem podem precisar focar em estratégias que abordem diretamente os fatores estressores do ambiente de trabalho, independentemente da afiliação religiosa dos indivíduos (Novais, *et al.*, 2023). Em relação à prática religiosa, os participantes que declararam ter uma religião apresentaram níveis de estresse relativamente altos, sendo esta intensidade dentro da categoria elevada em comparação com aqueles que preferiram não informar sua prática religiosa.

Tabela 8 - Detalhe da distribuição percentual e o número absoluto (n) de profissionais em cada categoria de estresse, segmentados pela prática religiosa

Prática Religiosa	Estresse Leve (%) (n)	Estresse Moderado (%) (n)	Estresse Elevado (%) (n)
Católicos	42,9% (21)	61,8% (218)	50,0% (19)
Evangélicos	36,7% (18)	20,1% (71)	44,7% (17)
Espíritas	4,1% (2)	8,2% (29)	0
Não Informada	16,3% (8)	9,9% (35)	5,3% (2)

Fonte: própria autoria, 2025.

Analisando a distribuição, observa-se que os católicos representam 61,8% (n=218), sendo a maior proporção de profissionais com estresse moderado. Em contrapartida, os evangélicos têm uma participação menor 20,1%, (n=71) no estresse moderado, mas uma proporção considerável de estresse elevado tem 44,7% (n=17), superando percentualmente os católicos que representam 50,0%, (n=19) nessa categoria. Embora o número absoluto de católicos ainda seja maior. Os espíritas se destacam por sua baixa representatividade em todas as categorias de estresse, 4,1% (n=2) em estresse leve e 8,2% (n=29) em estresse moderado, e notavelmente 0% (n=0) de estresse elevado.

Tal dado é significativo e merece atenção, pois o grupo que não informou religião apresenta uma distribuição menor em todas as categorias de estresse em comparação com católicos e evangélicos, com 16,3% (n=8) em estresse leve, 9,9% (n=35) em estresse moderado e apenas 5,3% (n=2) em estresse elevado. Estes achados fornecem uma camada mais rica de detalhes em comparação com as análises de médias anteriores.

A baixa prevalência de estresse elevado entre espíritas na amostra, contrastando com Católicos e Evangélicos, que mostram proporções consideráveis de estresse moderado e elevado, é um ponto chave. A literatura sobre religião e saúde mental sugere que certas práticas religiosas e sistemas de crença podem oferecer mecanismos de *coping* e resiliência que mitigam o estresse (Koenig, 2008; Tiggemann, 2019)

No espiritismo, a ênfase na compreensão do sofrimento como parte de um processo evolutivo, a crença na imortalidade da alma e a caridade podem atuar como fatores protetores contra o estresse extremo (Tiggemann, 2019). A ausência de casos de estresse elevado entre os espíritas nesta amostra é um dado que mereceria aprofundamento em estudos futuros para entender os mecanismos subjacentes.

Para os católicos, embora apresentem a maior proporção de estresse moderado, a presença significativa de estresse elevado também indica que a simples filiação não garante proteção contra os níveis mais severos. Isso pode sugerir que a prática da fé católica em si, que

envolve rituais, comunidade e crenças, talvez ofereça suporte para o estresse moderado, mas não impeça o estresse elevado.

Os evangélicos, com uma proporção menor em estresse moderado, mas uma considerável em estresse elevado, levantam questões sobre as dinâmicas de *coping* dentro desse grupo. A literatura aponta para a diversidade de abordagens religiosas ao estresse, e diferentes denominações podem ter respostas distintas (Thiengo, *et al.*, 2019; Koenig, 2008).

A presença de estresse em todos os grupos religiosos, incluindo aqueles que não informaram sua religião praticante, reforça a ideia de que o estresse no trabalho em enfermagem é um fenômeno multifacetado que transcende a dimensão religiosa. Fatores como a carga de trabalho, a exposição a situações traumáticas, a violência no ambiente hospitalar e a falta de recursos são estressores universais nessa profissão. Essa análise sugere que diferentes crenças e práticas religiosas podem influenciar a forma como os profissionais lidam com o estresse, indicando que a religiosidade, a fé e a oração podem atuar como fatores positivos para a saúde mental, conforme evidenciado por Miranda et al. (2023).

6 PERCEPÇÃO DE ESTRESSE E ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

Avaliando os níveis de estresse na tabela 9, com os dados do IMC, constatou-se que no grupo de estresse leve (N=19), a distribuição do IMC demonstra uma predominância de sobrepeso 47,4% (n=9) dentro do nível de estresse leve. Esse é um dado significativo, pois indica que quase metade dos profissionais que percebem um nível baixo de estresse já se encontram em uma categoria de peso que requer atenção. Complementarmente, as categorias de obesidade (Grau I: 10,5%, (n=2); Grau II: 5,3%, (n=1)) também estão presentes nesse grupo, somando 15,8% dos participantes com estresse leve. Apenas 26,3% (n=5) desses profissionais apresentaram eutrofia (peso adequado).

Embora considerado um nível de estresse de menor intensidade, esses achados são cruciais. Eles sugerem que mesmo o estresse de baixa intensidade pode estar correlacionado com uma proporção considerável de indivíduos com excesso de peso. Isso levanta importantes questões sobre como até mesmo um estresse sutil ou persistente, comum no ambiente de trabalho da enfermagem, pode influenciar os hábitos de vida e o estado nutricional dos profissionais. É possível que o estresse leve contribua para escolhas alimentares menos saudáveis, diminuição da atividade física ou alterações metabólicas que, a longo prazo, resultam no ganho de peso.

Para o grupo de estresse moderado, que compreende a vasta maioria dos participantes com 80,2% (N=353) indivíduos, as proporções indicativas revelam padrões importantes na

percepção da imagem corporal subestimada, acurada, superestimada e que merecem destaque. Embora a análise de variância (ANOVA) não tenha apontado diferenças estatisticamente significativas na média geral da escala de estresse entre as categorias de IMC.

A superestimação da imagem corporal foi mais frequente sob estresse moderado, 53,2% em indivíduos com sobrepeso, 46,2% obesidade Grau I, e 41,3% obesidade Grau III. A subestimação também foi notável, especialmente em 50% com baixo peso e 47,8% com obesidade Grau III. Esses achados sugerem que, para a maioria dos profissionais de enfermagem, o estresse moderado pode estar associado a uma percepção distorcida do próprio corpo.

Tabela 9 - Distribuição da Classificação do IMC por Nível de Estresse Percebido em Profissionais de Enfermagem (N=440)

Categoria do IMC	Total da Amostra (n=440)	Estresse Leve (n=19 total neste grupo)	Estresse Moderado (Prevalência dentro do grupo de estresse moderado)	Estresse Elevado (Prevalência dentro do grupo de estresse elevado)
Não informou dados de peso e/ou altura	176 (40,0%)	2 (10,5% do grupo Leve)	(Não informado para este nível de estresse)	(Não informado para este nível de estresse)
Baixo Peso	3 (0,7%)	0 (0,0% do grupo Leve)	50% (Subestimada)	(Não informado para este nível de estresse)
Eutrofia	93 (21,1%)	5 (26,3% do grupo Leve)	Acurada: 19,4%; Superestimada: 41,7%; Subestimada: 38,9%	Superestimada: 44,4%
Sobrepeso	104 (23,6%)	9 (47,4% do grupo Leve)	Superestimada: 53,2%; Acurada: 16%; Subestimada: 39,9%	Superestimada: 52,9%
Obesidade Grau I	46 (10,5%)	2 (10,5% do grupo Leve)	Superestimada: 46,2%; Acurada: 7,7%; Subestimada: 46,2%	Superestimada: 33,3%
Obesidade Grau II	10 (2,3%)	1 (5,3% do grupo Leve)	(Não informado para este nível de estresse)	(Não informado para este nível de estresse)
Obesidade Grau III	8 (1,8%)	0 (0,0% do grupo Leve)	Superestimada: 41,3%; Acurada: 10,9%; Subestimada: 47,8%	Superestimada: 50%
Total IMC Válido	264 (60,0%)	19 (100,0% do grupo Leve)	(Prevalência por categoria, sem n total)	(Prevalência por categoria, sem n total)

Fonte: própria autoria, 2025.

Por sua vez, no grupo de estresse elevado, que representa 8,6% (n=38) profissionais da amostra, a superestimação da imagem corporal persiste como uma característica proeminente. Essa distorção é particularmente evidente em 52,9% dos indivíduos com sobrepeso e em 50% dos profissionais com obesidade. Este é um achado crítico para identificar a percepção da imagem corporal, pois o estresse intenso pode levar a uma negação ainda maior da condição física real, potencialmente dificultando a busca por intervenções de saúde e bem-estar. A presença dessa distorção em quase 9% da amostra total reforça a urgência em abordar a saúde mental e a autopercepção em cenários de alto estresse na enfermagem (Ulrich-lai, et al., 2016; Kakemam, et al., 2019).

Evidências sugerem uma possível distorção da autoimagem corporal, mesmo entre indivíduos com peso corporal dentro da faixa eutrófica, o que indica a presença de fatores

subjetivos influenciando essa percepção. A discrepância entre a autopercepção e o IMC real sugere que os profissionais de enfermagem interpretam sua imagem não apenas como realidade física, mas como uma construção simbólica, moldada pelas interações sociais e pelas estruturas mediadas culturalmente. (Cash e Smolak, 2012; Ahadzadeh et al., 2018).

Importante destacar que a acurácia na percepção da imagem corporal, por si só, não se configura como fator protetivo contra o estresse. Mesmo entre aqueles cuja autopercepção corporal está alinhada ao IMC, os níveis de estresse moderado e elevado permanecem expressivos. Isso reforça a multiplicidade de fatores que influenciam o bem-estar mental dos profissionais de enfermagem, especialmente em uma faixa etária marcada por intensas pressões profissionais e sociais. (Kakemam et al., 2019; Cunningham, 2012).

Contudo, a flexibilidade da imagem corporal atua como mediadora na relação entre avaliação negativa da aparência e sofrimento psicológico, permitindo que o indivíduo lide com pensamentos autodepreciativos sem comprometer o funcionamento emocional. (Rogers, Webba e Jafari, 2018). Os resultados revelam que, em todos os níveis de estresse leve, moderado e elevado, o gênero feminino é predominante entre os profissionais com imagem corporal superestimada. A superestimação da imagem corporal, definida como a percepção de estar mais pesado(a) do que realmente está, segundo o IMC, associada aos diferentes níveis de estresse percebido no trabalho, é uma variável central desta análise. (Rogers, Webba e Jafari, 2018).

A menor representatividade do sexo masculino na amostra interfere na generalização dos resultados especificamente para os homens. No entanto, para o sexo feminino, essa predominância com 94,4% e 100% nos níveis moderado e elevado, respectivamente, reforça a significância dos achados e a relevância de se focar na experiência das mulheres profissionais de enfermagem, que constituem a maioria da força de trabalho na área.

A menor frequência de homens nesses grupos de estresse mais elevado pode indicar diferenças nas estratégias de enfrentamento, dos estressores percebidos ou até mesmo nas formas de expressar o estresse, mas não anula a validade das conclusões para o grupo feminino predominante. É importante ressaltar essa limitação na discussão, sugerindo que estudos futuros poderiam focar em amostras mais equilibradas em termos de gênero para explorar essas diferenças (Rogers, Webba e Jafari, 2018).

A relação entre estresse e estado nutricional na análise a seguir explora essa interconexão com base nos dados, descrito na tabela 10. Observa-se que 40,0% da amostra (n=176) não informou os dados de peso e/ou altura, o que constitui uma limitação importante.

Tabela 10 - Distribuição da Classificação do IMC

Categoria do IMC	Contagem (n)	Porcentagem (%)
Não informou os dados de peso e/ou altura	176	40,00%
Baixo peso	3	0,70%
Eutrofia	93	21,10%
Sobrepeso	104	23,60%
Obesidade Grau I	46	10,50%
Obesidade Grau II	10	2,30%
Obesidade Grau III	8	1,80%
Total Geral	440	100,00%

Fonte: própria autoria, 2025.

Há uma clara predominância de categorias relacionadas ao excesso de peso. As diferentes classificações de obesidade (Grau I, II e III) somam um total de 14,6% dos participantes, indica que uma parte significativa dos profissionais de enfermagem já se encontra em sobrepeso ou obesidade, um achado relevante à associação com o estresse metabólico relacionado ao estresse crônico no trabalho. A baixa ocorrência de baixo peso, sugere que questões relacionadas à desnutrição por baixo peso não são proeminentes nesta amostra, todavia, associações com o estresse, considerando que o estresse pode influenciar o comportamento em atos como na alimentação com descontrole emocional que afeta o metabolismo.

Dentro do objetivo de investigar associações entre a percepção de estresse e o IMC, a alta prevalência de sobrepeso e obesidade na amostra e sua relação com o estresse percebido, como já observado, o estresse pode influenciar o comportamento alimentar, como o consumo de alimentos ricos em calorias em resposta ao estresse emocional e as alterações metabólicas, contribuindo para o ganho ou manutenção do peso. A presença de um número considerável de indivíduos em sobrepeso e obesidade na sua amostra destaca a importância de compreender o papel do estresse como um possível contribuinte para esses desfechos nutricionais.

6.1. Percepção do Estresse e Avaliação da Imagem Corporal

A análise combinada do nível de estresse leve, moderado e elevado com a percepção da imagem corporal subestimada, acurada e superestimada e suas associações com variáveis sociodemográficas e ocupacionais, é essencial a presença de estresse leve na amostra, embora teoricamente de menor intensidade, já se correlaciona com uma distorção significativa da imagem corporal.

Para a identificação da imagem corporal, essa análise demonstra que o estresse moderado está intrinsecamente ligado a padrões específicos de distorção da autopercepção corporal. Ou seja, a percepção que a pessoa está tendo de seu próprio corpo não coincide com a sua imagem real. Aponta o sentimento de aversão intensa por partes do corpo como um todo. Isso indica que, independentemente da média geral do estresse, a percepção de estresse em nível moderado está associada a uma maior probabilidade de distorção da imagem corporal, especialmente a superestimação em casos de excesso de peso.

A análise do estresse elevado, observa-se padrões críticos que impactam diretamente a autopercepção e a saúde dos profissionais de enfermagem. No grupo de participantes com estresse elevado, a superestimação da imagem corporal emerge como uma característica proeminente preocupante. Essa distorção é particularmente evidente em 52,9% (n=9) indivíduos com sobrepeso e aqueles classificados em obesidade 50% (n=1).

Isso significa que, do total de participantes com estresse elevado, a maioria tende a se ver com um corpo menor ou mais saudável do que realmente é. Essa tendência à superestimação da imagem corporal sob condições de estresse intenso é um achado crítico. Ela pode levar a uma negação ainda maior da condição física real, o que, por sua vez, pode dificultar significativamente a busca por intervenções de saúde e bem-estar pessoal, e consequentemente a saúde no ambiente de trabalho. Profissionais que não reconhecem seu próprio excesso de peso ou obesidade são menos propensos a adotar hábitos saudáveis, como mudanças na dieta ou aumento da atividade física, ou a procurar apoio profissional para a perda de peso e cuidados com a saúde mental.

A superestimação corporal associada ao estresse leve merece atenção, pois a manutenção dessa percepção distorcida pode, ao longo do tempo, agravar o sofrimento emocional, especialmente em contextos laborais que exigem constante atenção visual e interpessoal, como é o caso da enfermagem. A subestimação da imagem também é notável, especialmente em 50% dos indivíduos com baixo peso e 47,8% com obesidade Grau III. Essa dupla ocorrência de distorção de superestimação e subestimação em extremos do IMC (baixo peso e obesidade grau III) sob estresse moderado indica a complexidade da autopercepção. Além disso, para a obesidade Grau I, 46,2% com subestimação é quase tão prevalente quanto a superestimação.

A percepção acurada da imagem corporal é menos frequente nas categorias de excesso de peso, sendo 16% com sobrepeso, 7,7% para obesidade Grau I e 10,9% para obesidade Grau III. Mesmo para eutrofia, a percepção acurada é de 19,4%, superada pela superestimação 41,7% e subestimação 38,9%.

6.2 IMC e a avaliação do estresse da imagem corporal e as variáveis sociodemográficas

Nos casos de estresse elevado associado à imagem corporal superestimada, identificou-se um quadro preocupante entre mulheres adultas inseridas em setores críticos, submetidas a longas jornadas de trabalho e baixa remuneração. Essas profissionais, apesar de estarem na linha de frente do cuidado, enfrentam intensa cobrança estética e, muitas vezes, não contam com o suporte institucional necessário para lidar com os efeitos psicossociais desse cenário. (Miranda *et al.*, 2023; De Lira *et al.*, 2023).

Observa-se uma alta prevalência de excesso de peso, para os 60% (N=264) da amostra. Ao unir as categorias, 23,6% Sobrepeso e as classes de obesidade (Grau I: 10,5%; Grau II: 2,3%; Grau III: 1,8%) somam 38,2% dos participantes. Essa prevalência é um alerta para a saúde desses profissionais e reforça a relevância de investigar fatores associados, como o estresse. Em contrapartida, 21,1% em eutrofia, 0,7% em baixo peso são menos representativos na amostra.

Além disso, a análise detalhada das categorias de obesidade também revela a persistência dessa distorção. Para a obesidade Grau III, 50% dos participantes com estresse elevado superestimaram sua imagem. Para a obesidade Grau I, 33,3% também se superestimaram. Esses números reforçam a ideia de que o estresse elevado não apenas contribui para o excesso de peso, mas também afeta a percepção do próprio corpo, criando uma barreira adicional para o autocuidado.

Outro ponto de convergência entre os níveis de estresse moderado e elevado refere-se ao estado civil. Profissionais sem companheiro(a) apresentaram maior prevalência de estresse 85% no grupo com estresse elevado e 62,8% no grupo com estresse moderado. A ausência de uma rede de apoio íntima pode aumentar a sensação de solidão e intensificar a autocrítica corporal, favorecendo o surgimento ou agravamento do sofrimento psíquico e influenciando a autopercepção corporal. Já que relacionamentos de qualidade são o fator mais importante para a felicidade e a saúde ao longo da vida (Waldinger, 2015; Cohen, Kamarck e Mermelstein, 1983).

A autopercepção pode ser negativamente alterada, levando os indivíduos a se enxergarem com um IMC menor ou maior do que o real. A distorção nesse caso, pode ser um mecanismo de negação ou uma falta de consciência sobre o próprio estado de saúde, potencialmente adiando a busca por intervenções.

No que tange à cor autodeclarada, a predominância de 36,6% pardos e 26,3% pretos entre os que apresentam estresse leve e imagem subestimada, e a alta taxa de 36,8% não declaração, mostram que fatores socioculturais e de identidade racial podem interagir com a percepção do

corpo e o estresse. A análise da imagem superestimada em relação ao estresse leve, por sua vez, revela um cenário distinto. A maioria feminina 82,6%, com 91,3% de adultos, mas com uma propensão notável 17,4% entre os homens, e a presença de 8,7% de idosos, indicam que essa distorção pode afetar diferentes características populacionais.

O fato de 52,2% dos que superestimam estarem em sobrepeso e 17,4% em obesidade é preocupante, pois esses indivíduos podem não reconhecer a necessidade de mudanças no estilo de vida, superestimando sua condição de saúde. A observação de que "o desgaste acumulado ao longo do tempo pode agravar a percepção negativa do corpo" é um ponto crítico que reforça a distorção e identificação da imagem corporal e aponta para a importância da intervenção precoce.

Para a formação profissional e cargo, a distorção da imagem é disseminada: 57,9% dos enfermeiros e 36,8% dos técnicos de enfermagem com estresse leve apresentaram imagem subestimada, e similarmente, 52,2% dos enfermeiros e 30,4% dos técnicos de enfermagem superestimam sua imagem com estresse leve. Isso indica que, independentemente da formação, a percepção corporal pode ser afetada pelo ambiente de trabalho. A prevalência de 73,7% de técnicos de enfermagem e 5,3% de auxiliares de enfermagem atuantes nesses cargos e com estresse leve e imagem subestimada ressalta a importância de considerar a sobrecarga de trabalho nesses grupos.

Ao considerar a formação e o cargo exercido, observa-se que profissionais com nível técnico e auxiliares de enfermagem concentram os maiores índices de estresse associados à imagem corporal superestimada, especialmente nos níveis moderado e elevado. Embora essenciais na assistência hospitalar, esses profissionais tendem a ter menor autonomia decisória, jornadas mais intensas e menor reconhecimento social e financeiro, fatores que favorecem o desgaste emocional e distorções na percepção corporal. (Kakemam *et al.*, 2019; kakeshita *et al.*, 2009).

Em relação aos setores de atuação, a ocorrência de estresse leve e imagem subestimada no internamento pediátrico 26,3% e urgência pediátrica 15,8% é significativa. Isso levanta questões sobre os estressores específicos desses ambientes que podem influenciar a autopercepção. Para a imagem superestimada, setores como urgência adulto com 66,7% e internamento adulto com 62,5% se destacam, sugerindo que esses ambientes, caracterizados por alta demanda, podem levar a uma desconexão entre o estresse percebido e o reconhecimento da própria condição corporal.

A maior concentração de estresse elevado entre profissionais com imagem corporal superestimada ocorre nos setores de internamento pediátrico, obstetrícia, UTIs pediátricas e

neonatais, e urgências obstétricas. Tais setores demandam alta complexidade técnica, empatia contínua e constante exposição à dor e ao sofrimento humano, o que, associado à insatisfação com a própria imagem, pode amplificar sentimentos de inadequação e ansiedade. (Howlett *et al.*, 2015; Fabri *et al.*, 2018).

Entre os profissionais com imagem corporal superestimada e estresse elevado, 75% atuam há mais de 10 anos na profissão. O acúmulo de anos em ambientes estressantes, sem estratégias institucionais eficazes de cuidado e apoio psicológico, tende a provocar esgotamento e desconexão com o próprio corpo, muitas vezes associado ao desgaste físico, alterações de peso e envelhecimento. Esse padrão também é observado no grupo com estresse moderado, em que 66,1% têm mais de uma década de atuação (Kumar e Jain, 2012; Chesak *et al.*, 2019).

Concluindo que, sobre tempo de serviço e renda, a prevalência de estresse leve e imagem subestimada em profissionais com mais de 10 anos de experiência 68,4% têm renda de até dois salários-mínimos 47,4% destaca a persistência do estresse e a vulnerabilidade socioeconômica. Na imagem superestimada, também se observa a predominância de mais de 10 anos de serviço 73,9% e a associação com faixas de renda, incluindo as mais baixas, o que sugere que baixa renda e insatisfação corporal podem ser intensificadas por barreiras no acesso a cuidados com a saúde. Esses dados fornecem uma base sólida indicando que mesmo o estresse leve pode ter implicações significativas na autoimagem e, conseqüentemente, na saúde geral do profissional de enfermagem.

A condição econômica também se revelou um marcador claro de vulnerabilidade. A maioria dos profissionais com imagem corporal superestimada e estresse elevado pertence a faixas de baixa renda. O mesmo padrão se observa no grupo com estresse moderado. A precarização financeira compromete o acesso a recursos de autocuidado, como alimentação adequada, vestuário que favorece a autoestima, acesso a academias e apoio psicológico, o que contribui para sentimentos de insatisfação corporal, exclusão social e sofrimento emocional (Kouvonen *et al.*, 2005; Carneiro e Bastos, 2020b).

Outro achado relevante é a baixa ou inexistente presença de profissionais com especialização, o que pode sinalizar uma lacuna na formação continuada, possivelmente associada à sobrecarga de trabalho, à escassez de tempo ou ao desinteresse institucional em fomentar o desenvolvimento profissional. Essa carência pode contribuir para a baixa autoestima e a insatisfação com a imagem corporal. Observou-se, ainda, sobreposição de registros de identificação racial, sugerindo inconsistência nas respostas em um contexto de fragilidade institucional (Anunciada, oliveira, Gaspar e Lucas, 2022; Almeida *et al.*, 2020).

Da mesma forma, a omissão do cargo por parte de mais da metade dos respondentes pode indicar receio de exposição ou desconfiança em relação à gestão institucional, refletindo falhas na construção de vínculos de confiança e cobranças não direcionadas aos profissionais responsáveis nos ambientes hospitalares. Os profissionais com percepção corporal acurada apresentaram perfil semelhante, mas com distribuição mais equilibrada nas variáveis sociodemográficas e laborais. Isso reforça a hipótese de que o estresse psicológico no trabalho está relacionado não apenas às condições objetivas de atuação, mas também à forma como os profissionais vivenciam seu corpo no contexto laboral. (Cofen, 2009; Brasil, 1990).

A análise evidencia que, apesar de predominar os níveis leves de estresse entre profissionais com imagem corporal superestimada, essa condição não deve ser desconsiderada. O fato de muitos profissionais com IMC normal ou abaixo do peso se perceberem acima do peso indica uma pressão estética internalizada, influenciada por padrões sociais e culturais que comprometem a autoestima e o equilíbrio psíquico. (Jerónimo e Carraça, 2022; Damiano, Hart e Paxton, 2015).

6.3 Estresse Percebido e cargo de atuação

Na análise quantitativa, o teste de Kruskal-Wallis para a variável cargo de atuação na Instituição pública, auxiliar de enfermagem, enfermeiro(a) e técnico(a) de Enfermagem revelou uma não significância estatística (Sig. = 0,884). Isso indica que, para a amostra, não há diferenças substanciais na percepção global de estresse entre os profissionais, independentemente de seu cargo hierárquico.

As médias de estresse percebido para cada categoria de cargo demonstram essa homogeneidade. Auxiliares de enfermagem apresentaram uma média de 20,29, enfermeiros(as) média de 20,16 e técnicos(as) de enfermagem média de 19,73. Ao analisar os níveis de estresse, observa-se que o estresse moderado é o mais prevalente em todas as categorias, representando 80,0% dos auxiliares, 84,0% dos enfermeiros(as) e 78,4% dos técnicos(as) de enfermagem. O estresse elevado afetou 9,1% dos auxiliares, 8,4% dos enfermeiros(as) e 8,7% dos técnicos(as). O estresse leve foi menos comum, variando de 7,6% a 12,9% entre os grupos.

Tabela 11 - Níveis de Estresse Percebido por Cargo de Atuação

Cargo de Atuação	Média de Estresse Percebido	Contagem (N)	Estresse Leve (N)	Estresse Leve (%)	Estresse Moderado (N)	Estresse Moderado (%)	Estresse Elevado (N)	Estresse Elevado (%)
Auxiliar de Enfermagem	20.29	55	6	0.9	44	80.0	5	9.1

Enfermeiro (a)	20.16	119	9	7.6	100	84.0	10	8.4
Técnico(a) de Enfermagem	19.73	264	34	12.9	207	78.4	23	8.7
Preferiu não informar	20.00	2	0	0.0	2	100.0	0	0.0

Fonte: própria autoria, 2025.

Cargo de Atuação: profissionais em cargos de auxiliar de enfermagem apresentaram a maior média de estresse percebido (20,29) e a maior prevalência de estresse elevado (9,1%). Já os técnicos de enfermagem registraram a menor média (19,73). A ausência de diferença estatística por cargo é um achado notável. Observando a distribuição dos níveis de estresse, nota-se que a maioria esmagadora dos profissionais em todos os cargos entre 78,4% e 100% apresentam estresse moderado.

O estresse elevado oscila em torno de 8% a 9% para auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as) e técnicos(as), indicando que, independentemente da função, uma parcela significativa da equipe atinge níveis preocupantes de estresse. Isso sugere que o estresse na enfermagem é uma experiência transversal, permeando todas as camadas profissionais. As complexidades e demandas inerentes ao cuidado direto ao paciente, como a exposição a situações de sofrimento, a sobrecarga de trabalho e a responsabilidade pela vida humana, podem atuar como estressores universais que eclipsam as distinções de cargo.

Qualitativamente, isso implica que as intervenções para manejo do estresse devem considerar estratégias abrangentes que contemplem toda a equipe de enfermagem, reconhecendo a similaridade de suas vivências estressoras. Estudos futuros poderiam aprofundar, por meio de entrevistas, as narrativas de estresse específicas de cada cargo, identificando micro-estressores que, embora não alterem o nível geral, possam impactar a qualidade da experiência laboral.

6.4 Estresse Percebido e setor de atuação

Na análise quantitativa a variável setor de atuação, em contraste com o cargo de atuação, o Teste de Kruskal-Wallis demonstrou uma diferença estatisticamente significativa (Sig. = 0,004) na percepção de estresse. Isso evidencia que o ambiente específico de trabalho é um fator crucial na modulação do estresse percebido. As médias de estresse por setor revelam essa variabilidade, com alguns setores apresentando médias nitidamente mais elevadas.

Tabela 12 - Níveis de Estresse Percebido por Setor de Atuação

Setor de Atuação	Média de Estresse Percebido	Contagem (N)	Estresse Leve (N)	Estresse Leve (%)	Estresse Moderado (N)	Estresse Moderado (%)	Estresse Elevado (N)	Estresse Elevado (%)
Internamento adulto	2.01	156	19	2.2	126	80.8	11	7.1
Internamento pediátrico	1.88	14	2	14.3	10	71.4	2	14.3
Internamento obstétrico	2.12	18	0	0.0	16	88.9	2	11.1
Urgência adulto	1.90	75	9	12.0	62	82.7	4	5.3
Urgência pediátrica	1.72	11	2	18.2	9	81.8	0	0.0
Urgência obstétrica	2.11	26	2	7.7	21	80.8	3	11.5
Centro cirúrgico	1.92	44	7	15.9	35	79.5	2	4.5
Administrativo/ Gestão	.	2	0	0.0	2	100.0	0	0.0
CME- Centro de Material e Esterilização	1.79	16	2	12.5	14	87.5	0	0.0
UTI - adulto	1.99	35	2	5.7	30	85.7	3	8.6
UTI- Pediátrica	2.18	21	1	4.8	17	81.0	3	14.3
UTI - Neonatologia	1.94	22	1	4.5	19	86.4	2	9.1

Fonte: própria autoria, 2025.

Este achado é fundamental, pois ressalta a influência do contexto laboral na experiência do estresse. Setores como a UTI-pediátrica com média 2,18, internamento obstétrico apresentou média 2,12 e urgência obstétrica com média 2,11, foram associados a níveis mais elevados de estresse percebido. Ao detalhar os níveis, observamos que, embora o estresse moderado seja predominante na maioria dos setores, UTI - pediátrica e internamento pediátrico apresentam percentuais de estresse elevado de 14,3%, e internamento obstétrico e urgência obstétrica com 11,1% e 11,5% respectivamente.

Em contraste, setores como urgência pediátrica e CME não registraram casos de estresse elevado na amostra. Qualitativamente, isso pode ser atribuído à intensidade das demandas, à gravidade dos casos, à alta responsabilidade e à pressão emocional inerente a esses ambientes. Programas de intervenção e suporte psicológico para profissionais de enfermagem deveriam, portanto, ser setor-específicos, abordando os estressores contextuais e as dinâmicas de equipe particulares de cada unidade.

6.5 Estresse Percebido e Tempo de Exercício da Função

O Teste de Kruskal-Wallis para tempo de serviço, na análise quantitativa, não demonstrou significância estatística (Sig. = 0,425). Isso sugere que o tempo de experiência profissional não é um fator preditor significativo da percepção de estresse na amostra.

Tabela 13 – Demonstrativo tempo de exercício da função e estresse percebido por tempo de serviço

Tempo de Serviço	Estresse Leve (N)	Estresse Leve (%)	Estresse Moderado (N)	Estresse Moderado (%)	Estresse Elevado (N)	Estresse Elevado (%)	N Total
Menos que 1 ano	3	17.6	13	76.5	1	5.9	17
Mais que 1 ano, menos que 5 anos	8	15.4	41	78.8	3	5.8	52
Mais que 5 anos, menos que 10 anos	6	7.1	73	86.9	5	6.0	84
Mais que 10 anos	32	11.1	226	78.7	29	10.1	287

Fonte: própria autoria, 2025.

Tempo de Serviço: A maior prevalência de estresse moderado (86,9%) ocorre no grupo com 5 a 10 anos de serviço. Por outro lado, o maior índice de estresse elevado (10,1%) concentra-se nos profissionais com mais de 10 anos de experiência, sugerindo que o acúmulo de tempo de serviço pode levar a um maior desgaste e risco de estresse crítico.

Embora a experiência possa conferir maior resiliência e aprimorar estratégias de enfrentamento, ela também pode levar a uma exposição prolongada a estressores crônicos, resultando em um patamar de estresse que não diminui significativamente ao longo da carreira. A análise dos níveis de estresse mostra que, em todas as faixas de tempo de serviço, a maioria dos 76,5% a 86,9% experimenta estresse moderado. O percentual de estresse elevado é maior na faixa mais que 10 anos 10,1%, em comparação com as faixas de menor experiência 5,8% a 6,0%.

Isso pode sugerir que, embora a experiência traga expertise, ela não necessariamente blinda o profissional contra o estresse crônico ou mesmo agrava-o em longo prazo, possivelmente devido ao acúmulo de demandas e ao esgotamento. Enquanto os iniciantes podem sofrer com a inexperiência e a adaptação, os mais experientes podem enfrentar o esgotamento a exemplo o burnout ou a fadiga por compaixão.

6.6 Estresse Percebido e Renda Referida

A análise pelo teste de *Kruskal-Wallis* em relação à renda referida, também não mostrou diferença estatisticamente significativa (Sig. = 0,648) na percepção de estresse. A irrelevância estatística da renda na percepção do estresse sugere que os principais estressores na enfermagem são de natureza intrínseca ao trabalho, como a intensidade da jornada, as condições de trabalho, a pressão emocional e o relacionamento com a equipe e pacientes, superando o impacto direto do fator financeiro

Tabela 14 – Demonstrativo de renda referida e estresse percebido

Renda Referida	Estress e Leve (N)	Estresse Leve (%)	Estresse Moderado (N)	Estresse Moderado (%)	Estresse Elevado (N)	Estresse Elevado (%)	N Total
Até 1 salário-mínimo	6	22.2	20	74.1	1	3.7	27
Até 2 salários-mínimo	18	10.7	132	78.6	18	10.7	168
Até 3 salários-mínimo	11	8.9	104	83.9	9	7.3	124
Acima de três salários-mínimo	7	11.3	50	80.6	5	8.1	62
Prefiro não informar	7	11.9	47	79.7	5	8.5	59

Fonte: Dados do estudo, 2025.

Os dados por nível de estresse mostram que o estresse moderado é prevalente em todas as faixas de renda de 74,1% a 83,9%. O percentual de estresse elevado é relativamente consistente, variando de 3,7% a 10,7%, sem um padrão claro relacionado à renda. Isso pode indicar que, para esses profissionais, a satisfação com o salário, embora importante, não se traduz automaticamente em menor estresse laboral. Pesquisas qualitativas seriam valiosas para compreender o valor que os profissionais atribuem a diferentes aspectos do trabalho: segurança, reconhecimento, autonomia e como esses aspectos podem mitigar ou exacerbar o estresse, independentemente da faixa salarial.

7 PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Percepção da imagem corporal pode refletir não apenas as pressões estéticas, mas o impacto do envelhecimento e do autocuidado negligenciado sobre o corpo que precisa suportar mais de uma década de demandas laborais intensas. A percepção da imagem corporal foi explorada por meio de sua correlação com a Escala de Estresse Percebido, utilizando coeficientes de correlação não paramétricos *Kendall's tau-b* e *Spearman's rho*.

Na análise quantitativa, as correlações entre a Escala de Estresse Percebido e as variáveis de percepção da imagem corporal. Na magnitude da discrepância autopercebida e idealizada, magnitude da discrepância autopercebida e seu gênero, magnitude da discrepância autopercebida e sexo oposto. Foram consistentemente muito baixas e não significativas Sig. > 0,05 em todos os casos para ambos os coeficientes. Isso indica uma ausência de associação linear entre o nível de estresse no trabalho e as percepções de imagem corporal.

Tabela 15 - Correlações entre Estresse Percebido e Percepção da Imagem Corporal

Variáveis Correlacionadas	Coeficiente de Correlação (Kendall's tau-b)	Sig. (2 extremidades)	Coeficiente de Correlação (Spearman's rho)	Sig. (2 extremidades)
Estresse Percebido vs. Discrepância Idealizada	-16	648	-22	651
Estresse Percebido vs. Discrepância Próprio Gênero	-13	715	-17	723
Estresse Percebido vs. Discrepância Sexo Oposto	-8	810	-13	793

Fonte: própria autoria, 2025.

A ausência de correlação estatística é um achado crucial que desafia a intuição de que o estresse poderia impactar a percepção da imagem corporal. Qualitativamente, os resultados apresentaram isolamento mental, os profissionais de enfermagem podem desenvolver uma capacidade de separação e falta de conexão às preocupações com sua imagem. As demandas intensas do trabalho exigem foco e prioridade, relegando preocupações com a imagem corporal a um segundo plano durante o expediente ou mesmo na vida pessoal, em função da exaustão profissional.

Os estressores não-relacionados ao trabalho ao passo que a percepção da imagem corporal pode ser mais influenciada por fatores externos ao ambiente de trabalho, como padrões de beleza sociais, relações pessoais, histórico de vida, ou condições de saúde não diretamente ligadas ao estresse ocupacional. O Impacto do uso padronizado de uniformes e ambiente profissional, na enfermagem podem reduzir a ênfase na individualidade estética no ambiente de trabalho, deslocando o foco da aparência pessoal para a identidade profissional.

Isso pode, paradoxalmente, diminuir a pressão para a autoavaliação da imagem corporal durante o trabalho, dissociando-a do estresse laboral. Os estressores do trabalho em enfermagem são predominantemente psicossociais e emocionais, como a sobrecarga, a responsabilidade e o contato com o sofrimento. Eles podem gerar respostas de estresse como ansiedade e

esgotamento, mas não necessariamente alterações na autoavaliação da imagem corporal, que estaria mais ligada a outros tipos de pressão ou problemas de caráter pessoal.

7.1 Relação entre Estresse no Trabalho e Imagem Corporal

A síntese dos resultados revela um cenário matizado sobre a saúde e o bem-estar dos profissionais de enfermagem nos hospitais públicos de Aracaju, destacando a complexidade das interações entre fatores laborais e pessoais. Predominância dos fatores contextuais no estresse, ou seja, condições de trabalho que podem divergir dos princípios do SUS, contribuindo para o estresse, esse fato corrobora com os estudos de Kakemam (2019).

Tabela 16 -Dados consolidado do perfil da percepção da imagem corporal

Grupo de IMC Consolidado	Imagem Subestimada (n/%)	Percepção Acurada (n/%)	Imagem Superestimada (n/%)	Total Válido (N=256)
Peso Adequado (n=55)	16 (29,1%)	14 (25,5%)	25 (45,5%)	100%
Sobrepeso (n=131)	27 (20,6%)	25 (19,1%)	79 (60,3%)	100%
Obesidade Total (n=70)	11 (15,7%)	7 (10,0%)	52 (74,3%)	100%
Total Geral (N=256)	54 (21,1%)	46 (18,0%)	156 (60,9%)	100%

Fonte: própria autoria, 2025.

O estudo identificou uma alta prevalência de distorção na percepção da imagem corporal (IC) na amostra 82,0% dos 256 profissionais que informaram dados de IMC. O fenômeno mais comum foi a superestimação da IC (ver-se maior do que realmente é), observada em 60,9% dos casos válidos. Notavelmente, a superestimação foi o padrão de distorção mais frequente em todos os grupos de IMC, inclusive naqueles com peso adequado 45,5% e alcançando o pico na obesidade total 74,3%.

Este dado aponta para um componente psicossocial na insatisfação corporal que transcende o estado nutricional objetivo. Um padrão crítico de falha na percepção do peso real também foi observado em profissionais com baixo peso 50,0% de subestimação e Obesidade Grau III 47,8% de subestimação. Os dados indicam claramente que o estresse percebido é predominantemente influenciado pelo contexto de atuação no setor, e não por características

individuais ou de cargo. Isso enfatiza a necessidade de intervenções direcionadas à gestão do ambiente de trabalho, como a otimização de fluxos, a adequação do dimensionamento de pessoal e o suporte psicossocial específico para setores de alta demanda e estresse (ex: UTIs e urgências).

A alta prevalência de estresse moderado em todas as categorias e o aumento de estresse elevado em setores específicos ou em profissionais com mais tempo de casa, sugerem que a gestão do estresse na enfermagem é um desafio contínuo e multifacetado ver a tabela 17.

Tabela 17 - Características Profissionais e Percepção da Imagem Corporal

Grupo de IMC	Cargo	Percepção Acurada (%)	Distorção Total (%)	Padrão de Distorção Mais Alto (%)
Peso Adequado	Enfermeiro(a)	25,00%	75,00%	Superestimação (50,0%)
Sobrepeso	Auxiliar	33,30%	66,70%	Superestimação (44,4%)
	Auxiliar	11,80%	88,20%	Superestimação (64,7%)
	Enfermeiro(a)	23,70%	76,30%	Superestimação (55,3%)
Obesidade Total	Enfermeiro(a)	5,60%	94,40%	Superestimação (88,9%)
	Técnico(a)	11,40%	88,60%	Superestimação (72,7%)

Fonte: própria autoria, 2025.

A análise de associação entre o Grupo de IMC consolidado e o cargo de atuação, é apresentada abaixo, focando na distorção de subestimação mais superestimação em comparação com a percepção acurada. A análise revela que a precisão na percepção da imagem corporal varia significativamente por cargo e estado nutricional. Para os profissionais com obesidade, o grupo de enfermeiros(as) com obesidade apresentou a maior taxa de distorção total 94,4% e a maior taxa isolada de superestimação 88,9%.

Profissionais com sobrepeso, os auxiliares de enfermagem com sobrepeso demonstraram a menor precisão na percepção, apenas 11,8% de percepção acurada, resultando em 88,2% de distorção total. Esses achados sugerem que, especialmente nos estados de maior IMC (sobrepeso e obesidade), as distorções perceptivas são extremamente elevadas, com os enfermeiros e

auxiliares de enfermagem apresentando maior dificuldade em ter uma percepção acurada da imagem corporal, o que pode ter implicações na saúde e na prática profissional.

A dissociação estatística de estresse laboral e imagem corporal, é o achado mais intrigante, pois a independência estatística entre a percepção de estresse no trabalho e a imagem corporal, ao contrário de outras profissões ou populações onde o estresse pode levar a comportamentos ou sentimentos que afetam a autoimagem, como alimentação desregulada ou falta de autocuidado, este estudo sugere que, para a amostra de profissionais de enfermagem, o estresse derivado do ambiente de trabalho não se traduz diretamente em preocupações com a imagem corporal.

Os resultados indicam que o estresse percebido pode atuar como um fator que predispõe ou mantém as dificuldades na percepção da imagem corporal e o desequilíbrio nutricional, ambiente laboral estressante, confirmado pela maior vulnerabilidade em mulheres, profissionais com mais de 10 anos de serviço e sem apoio conjugal, frequentemente leva a mecanismos de *coping* desadaptativos. Estes incluem o consumo alimentar emocional, a negligência da prática de exercícios físicos e a privação do sono, fatores que contribuem diretamente para o ganho de peso.

7.2 Correlação entre Estresse Percebido e Imagem Corporal

Na Tabela 18, os resultados das correlações de Spearman demonstram que não houve associação estatisticamente significativa entre o estresse percebido e as magnitudes das discrepâncias de imagem corporal – seja em relação ao ideal ($r = -0,022$; $p = 0,651$), ao gênero ($r = -0,017$; $p = 0,723$), ou ao sexo oposto ($r = -0,013$; $p = 0,793$).

Por outro lado, as correlações entre as três formas de discrepância de imagem corporal foram positivas e significativas ($p < 0,001$), indicando que indivíduos que percebem discrepância em um domínio tendem a apresentar discrepância nos demais. Essa convergência está alinhada com os estudos de Cash e Pruzinsky (2002), que sugerem que a insatisfação corporal pode se manifestar de maneira global, afetando múltiplas dimensões da autoimagem.

A ausência de correlação significativa entre estresse percebido e insatisfação corporal nesta amostra específica pode ser atribuída ao contexto ocupacional dos participantes, que pode mediar ou atenuar a influência da imagem corporal sobre o estresse. Estudos apontam que, em ambientes hospitalares, o estresse está mais diretamente associado a fatores organizacionais e de sobrecarga de trabalho (Silva *et al.*, 2019), o que pode explicar a dissociação observada entre essas variáveis.

A insatisfação corporal crônica, manifestada pela superestimação da IC 45,5% mesmo em peso adequado, atua como um estressor psicossocial secundário. Este peso emocional adicional pode exaurir os recursos adaptativos do profissional, contribuindo para a manutenção ou agravamento dos escores de estresse moderado e elevado.

Tabela 18 - Correlação entre os estresse percebido e a imagem corporal (nas diferentes discrepâncias da escala)

			Escala de estresse percebido	Magnitude da discrepância auto percebida e idealizada	Magnitude da discrepância auto percebida e seu gênero	Magnitude da discrepância auto percebida e sexo oposto
Rho de Spearman (ρ)	Escala de estresse percebido	Coefficiente de Correlação	1,000	-,022	-,017	-,013
		Sig. (2 extremidades)	.	,651	,723	,793
		N	440	440	440	440
	Magnitude da discrepância auto percebida e idealizada	Coefficiente de Correlação	-,022	1,000	,573**	,485**
		Sig. (2 extremidades)	,651	.	<,001	<,001
		N	440	440	440	440
	Magnitude da discrepância auto percebida e seu gênero	Coefficiente de Correlação	-,017	,573**	1,000	,457**
		Sig. (2 extremidades)	,723	<,001	.	<,001
		N	440	440	440	440
	Magnitude da discrepância auto percebida e sexo oposto	Coefficiente de Correlação	-,013	,485**	,457**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,793	<,001	<,001	.
		N	440	440	440	440

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: própria autoria, 2025

8 - PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS



Article

Demographic Profile and Work Stress of Nursing Professionals in Public Hospitals in Aracaju, Sergipe

Tânia Pereira dos Santos ¹, Jeane dos Santos Ferreira ², Calliandra Maria de Souza Silva ³,
Izabel Cristina Rodrigues da Silva ^{3,*} and Rita de Cássia Coelho Almeida Akutsu ¹

- ¹ Postgraduate Program in Nutrition Sciences (PPGCNUT), Federal University of Sergipe, São Cristóvão 49107-230, SE, Brazil; fxtania@yahoo.com.br (T.P.d.S.); rita.akutsu@gmail.com (R.d.C.C.A.A.)
² Nutrition Department, Federal University of Sergipe, São Cristóvão 49107-230, SE, Brazil; jeane.nut@hotmail.com
³ Postgraduate Program in Health Science and Technology, University of Brasília (UnB), Brasília 70910-900, DF, Brazil; cdssilva@gmail.com
 * Correspondence: belbiomedica@gmail.com

Abstract

Background: Occupational or work-related stress remains a persistent challenge in nursing, often intensified by sociodemographic factors. In Brazil's Northeast, particularly in Aracaju, Sergipe, public hospital nurses face unique stressors shaped by regional socioeconomic conditions. **Objective:** This cross-sectional exploratory study aimed to examine the relationship between perceived work-related stress and the sociodemographic profiles of nursing professionals in three public hospitals in Aracaju. **Methods:** Data were collected via an online questionnaire incorporating the Perceived Stress Scale (PSS-10) and sociodemographic items. **Results:** Among 440 participants—comprising nurses (42%), nursing technicians (38.2%), nursing assistants (8.9%), and specialists (10.9%)—moderate to high stress levels were most prevalent among nursing technicians and assistants. Elevated stress was notably associated with adult women working in high-complexity sectors (e.g., pediatrics, obstetrics, ICU), particularly those without partners, earning low incomes, and with over ten years of professional experience. **Conclusions:** The findings highlight a vulnerable subgroup within the nursing workforce and underscore the need for targeted interventions to mitigate occupational stress in public healthcare settings. This study contributes region-specific insights into the intersection of stress and sociodemographic factors, offering a foundation for future policy and support strategies.

Keywords: health profile; occupational stress; nursing; healthcare workforce; Perceived Stress Scale (PSS-10); Brazilian Unified Public Health System (SUS)



Academic Editors: Ken Inoue and Manoj Sharma

Received: 30 June 2025

Revised: 10 September 2025

Accepted: 12 September 2025

Published: 18 September 2025

Citation: Pereira dos Santos, T.; dos Santos Ferreira, J.; de Souza Silva, C.M.; Rodrigues da Silva, I.C.; de Cássia Coelho Almeida Akutsu, R. Demographic Profile and Work Stress of Nursing Professionals in Public Hospitals in Aracaju, Sergipe. *Healthcare* **2025**, *13*, 2347.

<https://doi.org/10.3390/healthcare13182347>

Copyright: © 2025 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

The contemporary work scenario, characterized by constant economic and social transformations at both global and national levels, has redefined the relationships among individuals, organizations, and nations [1]. In the context of growing urbanization, where population concentration in large centers increases social demands [2,3], work emerges as a central theme for understanding the dynamics of contemporary life [4].

Historically, the concept of work has evolved from a connotation of suffering and punishment [3,5] to a fundamental cultural, social, psychological, and political value in post-industrial revolution society [6]. Work, alongside family, constitutes one of the most demanding dimensions of life for individuals, serving as both a source of production and

meaning [7] and a potential source of discomfort [3]. Crucially, beyond its symbolic and existential dimensions, work remains a primary means of securing income, an essential factor for survival, autonomy, and social inclusion. The economic imperative to earn a living often shapes individuals' choices and experiences in the workplace, especially in contexts marked by inequality and limited opportunities.

Nursing practice, while universal in its commitment to humanized care, manifests through distinct structural models across nations. In Brazil, the nursing workforce is organized into three regulated categories: nursing assistants, nursing technicians, and registered nurses [8–11]. These differences extend beyond nomenclature to encompass variations in training, scope of practice, and professional autonomy (Table 1). Despite the academic rigor required for Brazilian nurses, their professional autonomy is often constrained by a physician-centered model of care [8–11]. Understanding these distinctions is crucial for accurately interpreting the roles and responsibilities of Brazilian nursing professionals within the context of this study.

Table 1. Structure of the Brazilian Nursing Workforce [8–11].

Category	Education Level	Scope of Practice	Regulatory Body
Nursing Assistant	Secondary-level vocational training	Provides basic patient care under supervision; assists with hygiene, feeding, mobility	Brazilian Federal Nursing Council (COFEN)
Nursing Technician	Post-secondary technical education	Performs more complex procedures; administers medications; supports clinical routines	COFEN and Regional Councils (CORENs)
Registered Nurse (RN)	University-level degree (Bachelor's in Nursing)	Leads care planning; supervises assistants/technicians; engages in clinical decision-making	COFEN and CORENs

The World Health Organization (WHO) recognizes occupational stress as a growing global concern [12], defining it as the body's response to external demands that require physical, mental, or emotional adjustments [13,14]. In the workplace, stress can be triggered by real or anticipated events, resulting in complex physiological reactions [12,15]. Prolonged exposure to chronic stress can have deleterious effects on the physical and mental health [16] of professionals, including health professionals.

Building on the WHO's recognition of occupational stress, it is essential to contextualize the Brazilian experience within a broader global framework. This issue extends beyond nursing, affecting the entire healthcare sector. Doctors, physical therapists, technicians, and other professionals in the field also face a high risk of occupational stress. Its severity and impact are recognized worldwide and manifest in various forms, including professional absence and compromised quality of care. Although the data cited by Fiocruz (2021), which indicates a 47% rate of absences due to severe stress among Brazilian professionals in various healthcare fields, is relevant and alarming, it reflects a trend observed in other countries [17]. For example, studies conducted in nations such as Spain, the United Kingdom, and the United States also document high rates of stress among recent nursing graduates [18,19], and burnout, mental health problems and gastrointestinal disorders among nurses [20]. This global evidence supports the notion that stress is an inherent concern of the profession [21], driven by prolonged work hours, patient overload, and exposure to emotionally charged situations [20].

While occupational stress affects all healthcare professionals, nurses are particularly vulnerable due to the emotionally intense and physically demanding nature of their work.

Recent studies confirm that burnout among nurses is not only widespread but escalating [22–26]. A 2025 umbrella review found that emotional exhaustion affects over 33% of nurses globally, with rates rising to 39% during the COVID-19 pandemic [24]. Sullivan et al. (2022) emphasize that burnout is a chronic stressor with profound consequences for mental and physical health, including increased risk of cardiovascular disease, sleep disturbances, and immune dysfunction [23]. These stressors—ranging from role conflict and moral distress to workplace violence and lack of team support—impact not only the well-being of professionals but also patient safety, job satisfaction, and retention. Addressing occupational stress in nursing is, therefore, a global imperative that requires systemic interventions, organizational accountability, and resilience-building strategies.

In Brazil, this issue is particularly pronounced within the Brazilian Unified Public Health System (Sistema Único de Saúde—SUS), one of the largest public health systems in the world [3,15,27]. Established by the 1988 Federal Constitution and guided by principles of universality, equity, and integrality, SUS provides free healthcare to over 75% of the Brazilian population, performing more than 11 million procedures daily [3]. It spans all 27 states and 5570 municipalities, encompassing primary care units, emergency services, hospitals, and specialized programs [3]. Nurses form the backbone of this system, representing over half of the health workforce and operating in every corner of the country—from urban centers to remote rural areas.

Despite its scale and achievements, SUS faces chronic underfunding, infrastructure gaps, and workforce shortages [3,15,27,28]. Occupational stress among Brazilian healthcare workers ranges from 27% to 87.4%, driven by factors such as work overload, limited resources, and poor management [28], with 65.9% of nursing professionals reporting occupational exhaustion [3], and over 56% required medical attention in the past year due to work-related health issues [3]. These stressors are compounded by low wages, precarious employment conditions, and exposure to workplace violence, which exacerbate stress levels [3,15]. While these challenges are present nationwide, regional disparities make certain areas particularly vulnerable to them. In Aracaju, Sergipe (in the Brazilian Northeast Region), these challenges are intensified by regional disparities in resource allocation and professional distribution, making it a critical site for examining the intersection of stress, socioeconomic factors, and professional well-being.

Given this backdrop, both globally and within the Brazilian SUS, the present study analyzes the relationships between socioeconomic and demographic characteristics and the perception of occupational stress among nursing professionals in public hospitals in Aracaju, Sergipe. By identifying the social and economic factors that exacerbate psychological stress, the study supports the development of targeted interventions and health policies that promote nurses' physical and mental well-being, contributing to the valorization of the profession and the improvement of working conditions within the universal healthcare system.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design and Setting

This cross-sectional, exploratory study was conducted with nursing professionals working in three public hospitals located in Aracaju, Sergipe, Brazil. These hospitals are administered by Sergipe's State Health Department and are referred to as Hospital 1, Hospital 2, and Hospital 3 to maintain confidentiality for both the institutions and the participants. Data collection occurred between September and December 2024 and was carried out in sequential stages.

the past month, using a five-point Likert scale ranging from 0 (never) to 4 (very often). Total scores range from 0 to 100 and are categorized as follows: 0–25 (low or mild stress), 26–50 (moderate stress), 51–75 (high stress), and 76–100 (very high stress). Scores equal to or greater than 40 are considered indicative of chronic stress and elevated health risk [30,31].

The Sociodemographic Questionnaire, developed by the authors, collected data on self-declared gender, age, educational level, family income, religion, sector of activity (specialty), job tenure, and professional function. In this study, “function” refers to the professional practice and duties assigned according to hierarchical position (Table 1).

2.6. Statistical Analysis

Data analysis was performed using SPSS® version 29.0. Descriptive statistics were used to characterize the sample, with categorical variables presented as absolute and relative frequencies, and continuous variables summarized using means and standard deviations or medians and percentiles when data were not normally distributed. Associations between stress levels and sociodemographic or functional variables were analyzed using the ANOVA with Tukey’s post hoc test (parametric test) or Mann–Whitney U test, Spearman’s correlation, and the chi-square test (for data were not normally distributed). All statistical tests adopted a significance level of $\alpha = 0.05$ (two-tailed) and a 95% confidence interval [32].

3. Results

3.1. Sociodemographic and Economic Characteristics

Table 2 presents the sociodemographic and professional characteristics of the 440 nursing professionals who participated in the study. Participants were recruited from three public hospitals in Aracaju and included both nurses and nursing technicians or assistants. The table summarizes key variables such as gender, age, race, marital status, religion, income, professional training, and years of experience.

Table 2. Participants’ Sociodemographic and Professional Characteristics.

Variable	Category	N (Total = 440)	%
Hospital	Hospital #1	232	52.7%
	Hospital #2	44	10.0%
	Hospital #3	164	37.3%
Professional Role	Nurse	119	27.0%
	Technician/ Assistant	321	73.0%
Professional Training	Nurse	185	42.0%
	Nursing Technician	168	38.2%
	Nursing Assistant	39	8.9%
	Specialization	48	10.9%
Gender	Female	409	93.0%
	Male/Other	31	7.0%
Age	Adults	426	96.8%
	Mean Age (SD)	—	42 (± 8.2) years
Race	Mixed Race	191	43.4%
	Black	64	14.5%
	White	50	11.4%
	Not Reported	135	30.7%

Table 2. Cont.

Variable	Category	N (Total = 440)	%
Marital Status	Not in a Relationship	297	67.5%
	In a Relationship	143	32.5%
Religion	Catholic	258	58.6%
	Evangelical	106	24.1%
	Spiritualist	31	7.0%
	Not Specified	45	10.2%
Income	Up to 1 Minimum Wage ^{\$}	27	6.1%
	Up to 2 Minimum Wages	168	38.2%
	Up to 3 Minimum Wages	124	28.2%
	More than 3 Minimum Wages	62	14.1%
	Not Disclosed	59	13.4%
Experience	>10 Years	287	65.2%
	≤10 Years	153	34.8%

Source: Study data, 2024. Note: ^{\$} Brazilian Minimum Wage is R\$1518.00 (~USD\$280).

3.2. Perceived Work-Related Stress

3.2.1. Self-Declared Gender and Stress Levels

Among women, 81.66% (n = 334) reported moderate stress, 9.29% (n = 38) mild stress, and 9.05% (n = 37) high stress. Among men, 61.29% (n = 19) reported moderate stress, 35.48% (n = 11) mild stress, and 3.23% (n = 1) high stress. The median stress score for females was 20.00 (P25 = 17.00; P75 = 23.00), and for males, 18.00 (P25 = 12.00; P75 = 22.00). Although no inferential tests were applied, the difference in medians suggests a potential trend toward higher stress among women. A chi-square test of independence was conducted to examine the association between sex and stress level categories (mild, moderate, and high). The results revealed a statistically significant association, $\chi^2 (2, N = 440) = 20.37$, $p < 0.001$, indicating that the distribution of stress levels differed between women and men. Specifically, women reported a higher proportion of moderate and high stress compared to men, who more frequently reported mild stress. The effect size, measured by Cramér's V (0.215), suggested a small-to-moderate strength of association.

3.2.2. Age and Stress Levels

Among the adults evaluated, 77.5% (n = 341) reported moderate levels of stress, 10.7% (n = 47) reported mild stress, and 8.6% (n = 38) reported high stress. In contrast, within the subgroup of older adults (aged over 60 years), 2.7% (n = 12) reported moderate stress, 0.45% (n = 2) reported mild stress, and no cases of high stress were observed. These findings indicate that moderate stress is prevalent across different age groups, whereas high stress appears to be less frequent among older professionals. Otherwise, the relationship between age (considered in single-year intervals) and categorical stress levels (mild, moderate, high) was examined through a contingency table analysis. The Pearson chi-square test was applied to determine the presence of an association between these variables. The test returned a chi-square statistic of $\chi^2 = 59.332$ with 58 degrees of freedom and a corresponding significance value of $p = 0.427$, indicating the absence of a statistically significant association.

On the other hand, to evaluate the relationship between age and mean stress level, Spearman's rank-order correlation was employed (the analysis yielded a correlation coefficient of Spearman = -0.033 , with a two-tailed significance level of $= 0.862$). This result indicates no statistically significant correlation between age and mean stress level, suggesting that variations in age do not have a substantial impact on the perceived level of stress among participants.

3.2.3. Self-Declared Race and Stress Levels

Although differences in average stress levels were observed among racial groups, these did not reach statistical significance (ANOVA: $F(3, 436) = 2.194, p = 0.088$). Thus, self-declared race was not a significant predictor of perceived work-related stress.

3.2.4. Marital Status and Stress Levels

Regarding marital status, 67.0% ($n = 295$) reported not having a partner, 32.5% ($n = 143$) had a partner, and 0.7% ($n = 2$) did not report. Statistical analysis using the chi-squared test revealed that $p < 0.0001$, so the distribution of marital status percentages in the different stress levels was statistically significant.

3.2.5. Religion and Stress Levels

The overall mean stress score was 19.92 ($SD = 5.23$; scores ranging from 4 to 38), with subgroup means ranging from 18.84 (for those who did not report a religion) to 20.07 (for evangelicals). Tukey's post hoc test revealed no statistically significant differences between groups. ANOVA results for religious affiliation also indicated no significant associations with perceived stress (total stress: $F(3, 436) = 0.703, p = 0.551$; stress assessment: $F(3, 436) = 1.147, p = 0.330$).

3.2.6. Professional Role and Stress Levels

Using the Chi-square, no significant differences were found in stress levels among nurses, nursing technicians, and assistants ($p = 0.884$). This non-significance suggests a homogenous perception of stress across different roles or functions. Table 3 summarizes stress levels by professional role.

Table 3. The relationship between function and work-related stress perceived by nursing professionals in public hospitals in Aracaju, Sergipe (2024).

Function	Mean Perceived Stress	Count (N)	Mild Stress % (n)	Moderate Stress % (n)	High Stress % (n)
Nursing Assistant	20.29	12.5% (55)	10.9% (6)	80% (44)	9.1% (5)
Nurse	20.16	27.0% (119)	7.6% (9)	84% (100)	8.4% (10)
Nursing Technician	19.73	60% (264)	12.9% (34)	78.4% (207)	8.7% (23)
Preferred not to inform	20.00	0.45 (2)	0.0%	100.0% (2)	0.0%

Source: Study data, 2024.

3.2.7. Work Sector and Stress Levels

A statistically significant difference was found in perceived stress across hospital sectors (Chi-square test, $p = 0.004$). Higher stress levels were observed in professionals working in the Pediatric ICU, obstetric emergency, and obstetric hospitalization sectors. Table 4 presents the stress levels by sector.

Table 4. Perceived work-related stress levels among nursing professionals in public hospitals in Aracaju, Sergipe, according to their activity sector.

Hospital Sector	Mean Perceived Stress	Count (N)	Mild Stress % (n)	Moderate Stress % (n)	High Stress % (n)
Adult hospitalization	2.01	156	12.2% (19)	80.8% (126)	7.1% (11)
Pediatric hospitalization	1.88	14	14.3% (2)	71.4% (10)	14.3% (2)
Obstetric hospitalization	2.12	18	0.0% (0)	88.9% (16)	11.1% (2)
Adult emergency	1.90	75	12.0% (9)	82.7% (62)	5.3% (4)
Pediatric emergency	1.72	11	18.2% (2)	81.8% (9)	0.0% (0)
Obstetric emergency	2.11	26	7.7% (2)	80.8% (21)	11.5% (3)
Surgical center	1.92	44	15.9% (7)	79.5% (35)	4.5% (2)
Administrative/Management SMC—	—	2	0.0% (0)	100.0% (2)	0.0% (0)
Sterilization Material Center	1.79	16	12.5% (2)	87.5% (14)	0.0% (0)
ICU—Adult	1.99	35	5.7% (2)	85.7% (30)	8.6% (3)
ICU—Pediatric	2.18	21	4.8% (1)	81.0% (17)	14.3% (3)
ICU—Neonatal	1.94	22	4.5% (1)	86.4% (19)	9.1% (3)

Source: Study data, 2024.

3.2.8. Experience, Salary, and Stress Levels

No statistically significant associations were found between stress and time in the role/job tenure ($p = 0.425$) or salary level ($p = 0.648$), indicating that neither variable predicted stress in the studied sample.

3.3. Summary of Perceived Work-Related Stress Levels

The average perceived stress score was 19.92 (SD = 5.23), with a median of 20.00. The interquartile range (P25 = 17.00; P75 = 23.00) indicates that half of the sample scored within this range. Scores varied from a minimum of 4.00 to a maximum of 40.00.

4. Discussion

The study examined the relationship between the sociodemographic and economic characteristics of nursing professionals and their levels of perceived workplace stress. The findings reaffirm that stress in nursing is a multifactorial phenomenon, shaped not only by financial conditions but also by gender, race, professional role, and work environment.

A higher incidence of perceived stress was observed among women, corroborating findings from other studies [33]. This gender vulnerability is compounded by societal expectations, such as aesthetic standards, double or triple work shifts, and the burden of unpaid care work (caring for others and fulfilling domestic responsibilities), and institutional devaluation contributes to demotivation and stress [33,34]. These findings are consistent with international literature, which shows that female healthcare workers report significantly higher levels of emotional exhaustion and anxiety than their male counterparts due to gendered labor divisions and systemic undervaluation of care work [35,36].

In contrast, male professionals presented substantially lower levels of stress [2,37], reinforcing the gender gap in emotional burden within nursing. Regarding age, young adults were more susceptible to moderate stress and mental overload, while older professionals demonstrated greater resilience. However, prolonged exposure to stressors may lead to chronic stress, a pattern observed in international studies on ICU nurses, where burnout prevalence ranges from 25% to 45% [38–40].

The predominance of professionals who self-identified as mixed race reflects the demographic composition of Sergipe [41,42]. Although the study did not identify race as a predictor of stress, the choice of some professionals not to declare their color may reflect structural racism, indicating insecurity in work environments perceived as hostile or of racial ambiguity that masks inequalities. This aligns with national studies that highlight racial ambiguity and institutional silence around race as mechanisms that mask

inequalities in Brazilian healthcare settings [11]. Internationally, Tembo et al. (2025) [43] and Hamed et al. (2022) [44] show that racialized nurses often experience marginalization, invisibility, and hyper-surveillance in clinical environments, contributing to stress and professional dissatisfaction.

The presence of a partner was shown to be a protective factor against perceived stress, highlighting the importance of social support in managing work demands. Professionals with a partner may benefit from emotional and practical support, while those without such support may face a greater overload of responsibilities. This is supported by the COVID-19 Health CaRe WorkErs Study (HEROES), which found that healthcare workers with stronger social networks reported lower psychological distress during the COVID-19 pandemic, which found that healthcare workers with stronger social networks reported lower psychological distress during the COVID-19 pandemic [45].

Religiosity was not a major predictor of stress in this study. However, certain practices and belief systems may provide coping mechanisms, such as managing and resilience, suggesting that the way faith is experienced may act as a protective factor. Sullivan et al. (2022) found that spiritual well-being reduced emotional exhaustion and depersonalization among nurses, reinforcing the potential role of spirituality in stress mitigation [22,23].

The study confirmed that moderate stress is a prolonged state of alert with potential adverse effects, and its perception is subjective, varying among professionals [46,47]. The analysis of the function and job tenure did not identify a statistical difference in the perception of stress, suggesting that stress in nursing is a transversal experience related to multiple areas beyond direct care.

The nursing professional's area of activity (specialty) was shown to be the primary determinant of the perception of work-related stress. Environments such as intensive care units (ICUs) and obstetrics and pediatrics sectors presented the highest levels of stress, attributed to the high complexity, severity of cases and intense emotional demand. These findings are consistent with international evidence that ICU and pediatric nurses face elevated moral distress, emotional trauma, and burnout [48,49]. In contrast, sectors such as pediatric emergency and central sterile material (CME) presented lower averages. These findings underscore the importance of stress management and mitigation strategies tailored to the unique characteristics of each environment.

The hospital environment can reproduce broader social dynamics. The need to constantly prove oneself, the feeling of being underestimated, or barriers to career advancement can be sources of stress that are not explicitly measured by average scores but contribute to psychological exhaustion, as evidenced by Silva and Bendassoli [50]. These dynamics are echoed in global studies that highlight how institutional cultures and leadership structures can perpetuate stress through lack of recognition and limited career mobility [35].

The consequences of stress go beyond the psychological aspect, manifesting themselves in both a somatic and systemic way, contributing to cardiovascular diseases, gastrointestinal disorders, fatigue and weakening of the immune system [51]. In addition to the physical impact, stress affects mental health, increasing the risk of anxiety, depression and irritability, which compromises professional performance and quality of care and contributes to absenteeism and presenteeism (low work efficiency) [51]. Sullivan et al. (2022) emphasize that burnout disrupts immune and neuroendocrine function, increasing vulnerability to illness and emotional instability [22,23].

Interestingly, income was unassociated with perceived stress in this study. This lack of association suggests that the main stressors in nursing are intrinsic to the work, such as the intensity of the workday, working conditions, emotional pressure, and relationships with staff and patients, outweighing the direct impact of the financial factor. For these professionals, salary satisfaction, although important, does not automatically translate

into less work stress. Similar findings were reported in the *Frontiers in Global Women's Health* review, which identified systemic stress triggers beyond salary, including lack of recognition and high emotional labor [35].

5. Study Limitations and Contextual Contributions

The methodology adopted for this study proved adequate for data collection; however, some contextual and relational limitations emerged and deserve consideration. The main one lies in the resistance of some professionals to participate, which, although it may have generated selection bias, constituted a significant contribution to the research. This resistance manifested itself not only due to time constraints, but also through explicit objections from participants.

The dialogue established with the professionals, which clarified the purpose of the research and the dynamics of accessing the form, revealed a deep sense of distrust. Some verbally expressed the belief that such research did not translate into tangible improvements for the nursing team, but rather solely benefited the administrative agenda. Additionally, the fear that exposing issues related to institutional stress could result in a negative perception of their professional image within the institution demonstrates their vulnerability and fear of retaliation.

Thus, the appropriate methodology allowed the context itself and the dialogue established with participants to become valuable sources of information. The refusal to fill out online forms and the comments expressed about distrust of research are, in themselves, qualitative data that reveal an immeasurable level of stress and a complex reality that cannot be captured at that time solely through questionnaires. These factors highlight the importance of an ethical and careful approach to research in healthcare settings.

Another important limitation is that the research was conducted in only three public hospitals in Aracaju. The lack of private institutions or hospitals in other locations in the country limits the ability to generalize the findings to all nursing professionals in Brazil. Therefore, the results obtained are specific to the context analyzed and may not reflect the reality of other work environments with different management profiles, workloads, and resources.

6. Conclusions

This study identified key sociodemographic and economic factors—such as professional role, income level, marital status, and years of experience—that significantly influence psychological work-related stress among nursing professionals in public hospitals in Aracaju, Sergipe. While variables like race and religious affiliation showed limited predictive value, the presence of a partner and working in less complex sectors appeared to mitigate stress levels.

The findings confirm that nursing technicians and assistants, particularly adult single women with low income and long job tenure in high-complexity units, represent a vulnerable group. These insights directly support the study's objective by providing evidence for targeted interventions and informing health policies aimed at promoting mental well-being and improving working conditions.

To address these challenges, the Brazilian Unified Health System (SUS) needs to prioritize psychosocial support, ensure equitable access to mental health resources, and tailor stress prevention strategies to the diverse needs of nursing professionals. These measures will contribute to the valorization of the nursing workforce and enhance the sustainability of care within the universal healthcare system.

Author Contributions: Conceptualization, T.P.d.S., J.d.S.F. and R.d.C.C.A.A.; methodology, T.P.d.S., J.d.S.F. and R.d.C.C.A.A.; software, I.C.R.d.S.; formal analysis, I.C.R.d.S.; investigation, T.P.d.S. and J.d.S.F.; data curation, T.P.d.S. and I.C.R.d.S.; writing—original draft preparation, T.P.d.S., J.d.S.F., I.C.R.d.S. and R.d.C.C.A.A.; writing—review and editing, J.d.S.F. and C.M.d.S.S.; supervision, R.d.C.C.A.A.; project administration, R.d.C.C.A.A.; funding acquisition, R.d.C.C.A.A. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This study was funded by the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) of the Brazilian Ministry of Education—Finance Code: 001 (students' scholarships)—and the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) with the Ministério da Saúde/Departamento de Ciência e Tecnologia (MS/Decit), Finance Code: 444755/2023-3, Brazil. The funder had no role in the study design, data collection and analysis, publication decision, or manuscript preparation.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the Federal University of Sergipe (opinion no. 80679524.0.0000.5546 from 25 August 2024).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Data is contained within the article.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

- Da Silva, V.G.F.; da Silva, B.N.; Pinto, É.S.G.; de Menezes, R.M.P. The Nurse's Work in the Context of COVID-19 Pandemic. *Rev. Bras. Enferm.* **2021**, *74*, e20200594. [CrossRef]
- IBGE—Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Censo Brasileiro de 2022: Brasil, 2023. Available online: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/06/censo-2022-indica-que-o-brasil-totaliza-203-milhoes-de-habitantes> (accessed on 23 August 2025).
- Da Silva, M.C.N.; Machado, M.H. Sistema de Saúde e Trabalho: Desafios Para a Enfermagem No Brasil. *Cien. Saude Colet* **2020**, *25*, 7–13. [CrossRef]
- Borges, L.d.O. A Psicologia Do Trabalho e Das Organizações No Brasil Floresce? *Estud. Psicol.* **2010**, *15*, 277–279. [CrossRef]
- Albornoz, S. *O Que é Trabalho Primeiros Passos*, 3rd ed.; Brasiliense: São Paulo, Brazil, 2017; ISBN 9788511351163.
- Bendassolli, P.F. Work and Culture: Approaching Cultural and Work Psychology. *Cult. Psychol.* **2017**, *23*, 372–390. [CrossRef]
- Bendassolli, P.F.; Soboll, L.A.P. Clínicas Do Trabalho: Filiações, Premissas e Desafios. *Cad. Psicol. Soc. Trab.* **2011**, *14*, 59. [CrossRef]
- Machado, M.H.; Filho, W.A.; Lacerda, W.F.d.; Oliveira, E.; Lemos, W.; Wermelinger, M.; Vieira, M.; Santos, M.R.d.; de Souza Junior, P.B.; Justino, E.; et al. Características Gerais Da Enfermagem: O Perfil Sociodemográfico. *Enferm. Em Foco* **2016**, *7*, 9–14. [CrossRef]
- Flinkman, M.; Isopahkala-Bouret, U.; Salanterä, S. Young Registered Nurses' Intention to Leave the Profession and Professional Turnover in Early Career: A Qualitative Case Study. *ISRN Nurs.* **2013**, *2013*, 916061. [CrossRef]
- Barbosa, L.R.; Pereira, L.L. Nursing Education in a Curriculum Oriented of Competence: A Systematic Review. *Creat. Educ.* **2015**, *6*, 1860–1866. [CrossRef]
- Cesário, J.M.d.S.; Flauzino, V.H.d.P.; Hernandez, L.d.O.; Gomes, D.M.; Vitorino, P.G.d.S. Prática Clínica Do Enfermeiro: Diferenças Entre Brasil E Estados Unidos Da América. *Rev. Científica Multidiscip. Núcleo Conhecimento* **2021**, *15*, 40–55. [CrossRef]
- Houtman, I.; Jettinghoff, K.; Cedillo, L. Raising Awareness of Stress at Work in Developing Countries: A Modern Hazard in a Traditional Working Environment: Advice to Employers and Worker Representatives. *WHO Libr. Cat. Publ. Data Prot. Work. Health Ser.* **2007**, *6*, 1–41.
- Fink, G. Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2016; pp. 3–11.
- Eduardo, L.d.S.; Gurgel, P.C.; Da Silva, B.N.; Do Nascimento, P.F.D.; Lameira, A.P.d.N.; Flavio, F.F. Análise Do Estresse Ocupacional Em Técnicos de Enfermagem: Correlação Entre Medidas Psicológica e Fisiológica. *Enferm. Bras.* **2020**, *19*, 42–48. [CrossRef]
- Pires, B.S.M.; de Oliveira, L.Z.F.; Siqueira, C.L.; Feldman, L.B.; Oliveira, R.A.; Gasparino, R.C. Nurse Work Environment: Comparison between Private and Public Hospitals. *Einstein* **2018**, *16*, eAO4322. [CrossRef]
- Kumar, S.; Jain, A.K. Essence and Consequences of Stress in the Workplace. *J. Organ. Hum. Behav.* **2012**, *1*, 3.
- Fundação Oswaldo Cruz. *Ministério da Saúde Anuário Estatístico de Saúde Do Trabalhador Fiocruz 2021*; Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, Brazil, 2022.

18. Merino-Godoy, M.-Á.; Aceijas, Z.M.; Martín, M.C.; Gago-Valiente, F.-J.; Abengozar, A.V.; Padilla, J.M.P.; da Costa, E.T. Navigating Perceived Stress: Experiences of Nursing Students Completing Internships during the COVID-19 Pandemic in Spain. *J. Clin. Med.* **2024**, *13*, 4943. [CrossRef] [PubMed]
19. Meneguín, S.; Pollo, C.F.; Segalla, A.V.Z.; Generoso, F.J.F.; de Leo, A.; de Oliveira, C. Stress and Occupational Coping among Brazilian Nurses in Critical Care Units during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare* **2024**, *12*, 613. [CrossRef]
20. Roman, P.; Perez-Cayuela, I.; Gil-Hernández, E.; Rodríguez-Arrastia, M.; Aparicio-Mota, A.; Ropero-Padilla, C.; Rueda-Ruzafa, L. Influence of Shift Work on The Health of Nursing Professionals. *J. Pers. Med.* **2023**, *13*, 627. [CrossRef]
21. Schneider-Matyka, D.; Świątoniowska-Lonc, N.; Polański, J.; Szkup, M.; Grochans, E.; Jankowska-Polańska, B. Assessment of The Effect of Stress, Sociodemographic Variables and Work-Related Factors on Rationing of Nursing Care. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2023**, *20*, 2414. [CrossRef]
22. Sullivan, V.; Hughes, V.; Wilson, D.R. Nursing Burnout and Its Impact on Health. *Nurs. Clin. N. Am.* **2022**, *57*, 153–169. [CrossRef]
23. Sullivan, D.; White, K.M.; Frazer, C. Factors Associated with Burnout in the United States Versus International Nurses. *Nurs. Clin. N. Am.* **2022**, *57*, 29–51. [CrossRef] [PubMed]
24. Getie, A.; Ayenew, T.; Amlak, B.T.; Gedfew, M.; Edmealem, A.; Kebede, W.M. Global Prevalence and Contributing Factors of Nurse Burnout: An Umbrella Review of Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Nurs.* **2025**, *24*, 596. [CrossRef]
25. Jun, J.; Ojemeni, M.M.; Kalamani, R.; Tong, J.; Crecelius, M.L. Relationship between Nurse Burnout, Patient and Organizational Outcomes: Systematic Review. *Int. J. Nurs. Stud.* **2021**, *119*, 103933. [CrossRef]
26. Okuhara, M.; Sato, K.; Kodama, Y. The Nurses' Occupational Stress Components and Outcomes, Findings from an Integrative Review. *Nurs. Open.* **2021**, *8*, 2153–2174. [CrossRef] [PubMed]
27. Patrício, D.F.; Barbosa, S.d.C.; da Silva, R.P.; da Silva, R.F. Dimensões de Burnout Como Predictoras Da Tensão Emocional e Depressão Em Profissionais de Enfermagem Em Um Contexto Hospitalar. *Cad. Saúde Coletiva* **2022**, *29*. [CrossRef]
28. Lorenz, V.R.; Sabino, M.O.; Corrêa Filho, H.R. Professional Exhaustion, Quality and Intentions among Family Health Nurses. *Rev. Bras. Enferm.* **2018**, *71*, 2295–2301. [CrossRef]
29. COFEN—Conselho Federal de Enfermagem Quantitativo de Profissionais Por Regional 2025. Available online: https://descentralizacao.cofen.gov.br/sistema_SC/grid_resumo_quantitativo_profissional_externo/ (accessed on 23 August 2025).
30. Luft, C.D.B.; Sanches, S.d.O.; Mazo, G.Z.; Andrade, A. Versão Brasileira Da Escala de Estresse Percebido: Tradução e Validação Para Idosos. *Rev. Saude Publica* **2007**, *41*, 606–615. [CrossRef]
31. Cohen, S.; Kamarck, T.; Mermelstein, R. A Global Measure of Perceived Stress. *J. Health Soc. Behav.* **1983**, *24*, 385. [CrossRef]
32. Mishra, P.; Singh, U.; Pandey, C.M.; Mishra, P.; Pandey, G. Application of Student's t-Test, Analysis of Variance, and Covariance. *Ann. Card. Anaesth.* **2019**, *22*, 407–411. [CrossRef] [PubMed]
33. Rogers, C.B.; Webb, J.B.; Jafari, N. A Systematic Review of the Roles of Body Image Flexibility as Correlate, Moderator, Mediator, and in Intervention Science (2011–2018). *Body Image* **2018**, *27*, 43–60. [CrossRef]
34. COFEN—Conselho Federal de Enfermagem RESOLUÇÃO COFEN No 564/2017—Código de Ética Dos Profissionais de Enfermagem. Available online: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/> (accessed on 23 August 2025).
35. Sriharan, A.; Ratnapalan, S.; Tricco, A.C.; Lupea, D.; Ayala, A.P.; Pang, H.; Lee, D.D. Occupational Stress, Burnout, and Depression in Women in Healthcare During COVID-19 Pandemic: Rapid Scoping Review. *Front. Glob. Womens Health* **2020**, *1*, 596690. [CrossRef] [PubMed]
36. World Health Organization (WHO). Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce. *Hum. Resour. Health Obs. Ser.* **2019**, *24*, 1–72.
37. Shinde, V.V. Relationship of Body Mass Index to Job Stress and Eating Behaviour in Health Care Professionals-an Observational Study. *Obes. Med.* **2019**, *14*, 100070. [CrossRef]
38. Olaleye, T.T.; Christianson, T.M.; Hoot, T.J. Nurse Burnout and Resiliency in Critical Care Nurses: A Scoping Review. *Int. J. Afr. Nurs. Sci.* **2022**, *17*, 100461. [CrossRef]
39. Han, P.; Duan, X.; Wang, L.; Zhu, X.; Jiang, J. Stress and Coping Experience in Nurse Residency Programs for New Graduate Nurses: A Qualitative Meta-Synthesis. *Front. Public Health* **2022**, *10*, 979626. [CrossRef]
40. Babbkair, L.A.; Alaamri, M.; Tunsai, A.; Alhofaian, A.; Alsulami, N.M.; Hakami, M.Y.; Alshehri, N.A.; Alsulami, W.M. Stress Level and Coping Strategies among Intensive Care Nurses: A Cross-Sectional Study. *J. Educ. Health Promot.* **2024**, *13*, 446. [CrossRef]
41. Observatório de Sergipe Censo 2022: 62% Da População Sergipana Se Identifica Como Parda. Available online: <https://observatorio.se.gov.br/censo-2022-62-da-populacao-sergipana-se-identifica-como-parda/> (accessed on 23 August 2025).
42. Santos, M.E.R.d.; Sousa, A.L.N.d. Narrativas Escrevintes de Enfermeiras Negras No Enfrentamento Ao Racismo e Sexismo. *Saúde E Soc.* **2025**, *34*, e240662pt. [CrossRef]
43. Tembo, A.C.; Moorley, C. Reckoning With Racism in Nursing: Towards Structural Transformation and Epistemic Justice. *J. Adv. Nurs.* **2025**, in press. [CrossRef] [PubMed]
44. Hamed, S.; Bradby, H.; Ahlberg, B.M.; Thapar-Björkert, S. Racism in Healthcare: A Scoping Review. *BMC Public Health* **2022**, *22*, 988. [CrossRef] [PubMed]

45. Pan American Health Organization. *The COVID-19 Health CaRe WorkErs Study (HEROES): Regional Report from the Americas*; PAHO: Washington, DC, USA, 2022.
46. Rodrigues, C.C.F.M.; Santos, V.E.P.; Tourinho, F. Estresse—Normal Ou Patológico? *Saúde Transform. Soc. Health Soc. Change* **2016**, *7*, 1–8.
47. Nascimento, J.C.P.; Costa, T.M.d.S.; Sarmento, S.D.G.; Santos, K.V.G.d.; Dantas, J.K.d.S.; Queiroz, C.G.; Dantas, D.V.; Dantas, R.A.N. Análise Do Transtorno Do Estresse Pós-Traumático Em Profissionais Emergencistas. *Acta Paul. Enferm.* **2022**, *35*, eAPE03232. [[CrossRef](#)]
48. Zhou, H.; Liao, H.; Huang, Y.; Lin, Q.; Wang, X.; Li, H.; Wu, F.; Yang, S. Moral Distress in Pediatric Nurses: A Scoping Review Protocol. *PLoS ONE* **2024**, *19*, e0312808. [[CrossRef](#)]
49. Bruyneel, A.; Dello, S.; Dauvergne, J.E.; Kohnen, D.; Sermeus, W. Prevalence and Risk Factors for Burnout, Missed Nursing Care, and Intention-to-Leave the Job among Intensive Care Unit and General Ward Nurses: A Cross-Sectional Study across Six European Countries in the COVID-19 Era. *Intensive Crit. Care Nurs.* **2025**, *86*, 103885. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
50. Silva, A.K.L.d.; Bendassolli, P.F. Coletivos de Trabalho e a Produção de Saúde Dos Ofícios. *Psicol. Estud.* **2019**, *24*, e40528.
51. Yariibeygi, H.; Panahi, Y.; Sahraei, H.; Johnston, T.P.; Sahebkar, A. The Impact of Stress on Body Function: A Review. *EXCLI J.* **2017**, *16*, 1057–1072. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

9. CONCLUSÃO

A análise dos dados confirma os objetivos desta pesquisa ao demonstrar que os profissionais de enfermagem apresentam estresse psicológico moderado e elevado, sobretudo aqueles que atuam em setores hospitalares de maior exigência. Entre os fatores que corroboraram para esses resultados, destacam-se a carga de trabalho intensa e a complexidade dos setores de atuação, como pediatria, obstetrícia, Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e urgências.

Nesse cenário, a avaliação da imagem corporal assume uma importância central, visto que profissionais de enfermagem com estresse psicológico moderado apresentaram uma distorção elevada da imagem corporal, especialmente na forma de superestimação. Tal distorção foi significativamente influenciada por fatores como a predominância do sexo feminino, o tempo de atuação, tanto para aqueles que atuam há mais de 10 anos quanto para os recém-contratados e os setores de trabalho de internamento pediátrico, obstetrícia, UTIs e urgências.

Além disso, características sociodemográficas como cor autodeclarada, religião e estado civil também exerceram influência considerável nessa percepção. A pesquisa aponta que o perfil dos grupos mais vulneráveis à superestimação da imagem corporal associada ao estresse no trabalho é composto majoritariamente por mulheres adultas, sem companheiro, com baixa renda (até dois salários-mínimos) e que geralmente possuem atuação superior a 10 anos na profissão.

Ocupando cargos de técnico ou auxiliar de enfermagem, essas profissionais apresentam uma percepção distorcida e discrepância do próprio corpo em relação ao seu Índice de Massa Corporal (IMC) real, inclusive entre aquelas classificadas como eutróficas. A relevância de investigar esses aspectos é reforçada pelo fato de que o ambiente de trabalho pode ser o local propício para comparações sociais, frequentemente relacionadas à aparência.

Os achados deste estudo trouxeram evidências pertinentes sobre como o estresse ocupacional pode exacerbar esses processos de distorção da própria imagem corporal e os níveis gerais de estresse vivenciados pelos profissionais. Visando uma abordagem mais abrangente e humanizada do cuidado, sugere-se a criação de programas intersetoriais de acompanhamento psicológico, rodas de escuta ativa, práticas corporais e ações de enfrentamento ao estigma corporal no ambiente de trabalho. Tais iniciativas concretizam a verdadeira essência da arte de cuidar e alinham-se ao princípio ético e espiritual de “amor ao próximo como a si mesmo” (Bíblia, NVI, Mc 12:31), promovendo, nesse sentido, o bem-estar integral desses profissionais.

10. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A natureza transversal do estudo impõe limitações inerentes à metodologia. A coleta de dados baseou-se no relato dos participantes, o que torna as respostas suscetíveis a vieses de recordação.

No entanto, os resultados obtidos ainda oferecem *insights* valiosos sobre a temática investigada no contexto específico das instituições públicas participantes e podem corroborar para outros estudos.

REFERÊNCIAS

- AGUS A, CLÉMENT K, SOKOL H. Gut microbiota-derived metabolites as central regulators in metabolic disorders. **BMJ**; v. 70 p. 1174–1182. 2021. DOI:10.1136/gutjnl-2020-32307 <http://gut.bmj.com/> Gut.
- ALAYOUBI, M. M.; AREKAT, Z.; AL SHOBAKI, M. J.; ABU-NASER, S. S. The Impact of Work Stress on Job Performance Among Nursing Staff in Al-Awda Hospital. **Foundations of Management**, v.14, n.1, 2022, p.89-110. <https://doi.org/10.2478/fman-2022-0006>.
- ALCÂNTARA, T. R; CAMPOS, B.L.A; RAMOS, M. V. J. As causas locais de superlotação em um serviço hospitalar de emergência de Sergipe. **Research, Society and Development**, v.10, n.15, e 17101522936, 2012 (CC BY4.0) | ISSN2525-3409 DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22936>.
- AHADZADEH, A. S. et al. Relationship between body mass index, body image, and fear of negative evaluation: Moderating role of self-esteem. **Health psychology open**, v. 5, n. 1, 2018. DOI: 10.1177/2055102918774251
- ALBORNOS, S. G. O que é trabalho e.3. São Paulo: **Editora brasiliense**, 1994. Disponível em: https://www.academia.edu/4378534/texto_1_ALBORNOS. Acesso em 20 de nov. de 2023
- ALMEIDA, S; NASCIMENTO A, LUCAS P; JESUS E, ARAÚJO B. RNACAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. **Aquichan**. 2020;20(3):e 2038. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.8>.
- ALKHAWALDEH et al. Stress Factors, Stress Levels, and Coping Mechanisms among University Students. **Hindawi e Scientific World Journal** v. 2023, Article ID 2026971, 9 pages <https://doi.org/10.1155/2023/2026971>.
- ALONSO, Angela. Flores, votos e balas: o movimento abolicionista brasileiro (1868-1888). São Paulo: **Companhia das Letras**, 2015. Almanack. Guarulhos, n.13, p. 205-209. **Alain El Youssef** Departamento de História da Universidade de São Paulo – USP São Paulo, SP, Brasil alaisyoussef@yahoo.com.br. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/2236-463320161310>.
- ANDRADE, M. C. M. SIQUEIRA JÚNIOR, A. C. Estresse ocupacional no serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**. p. 376–383, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-727275>. Acesso em: 24 de jun. de 2025
- ANUNCIADA, S.; OLIVEIRA, P.; GASPAR, F.; LUCAS, P. Validação das propriedades psicométricas do Índice de Trabalho de Enfermagem - Escala Revisada em Portugal. **Int. J. Environ. Res. Saúde Pública** 2022, 19, 4933. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph190949>.
- BABANATAJ, R. et al. Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. **International journal of nursing practice**, v. 25, n. 1, 2019.12697. DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12697>.
- BACHION et al. Estresse, Ansiedade e Coping: uma Revisão dos Conceitos, Medidas e Estratégias de Intervenção Voltadas para a Prática de Enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, 2(1):33-9,

jan./jun., 1998. Disponível em:

<https://repositorio.bc.ufg.br/bitstreams/0e7ff3db-0189-401b-afe6-13a75f68fe0e/download>.

Acesso em 24 de junho de 2025.

BARBOSA, M. R., MATOS, P. M. Costa, M. E. “Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje.

Psicologia & Sociedade; v. 23 (1): 24-34, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/WstTrSKFNy7tzvSyMpqrWjz/?format=pdf>; mar, 2024. Acesso

em 24 de mar. de 2024.

BALMUS, I. Perceived stress and gastrointestinal habits in college students. **Acta**

Endocrinológica (Bucharest), v. 15, n. 2, p. 274–275, 2019. DOI: 10.4183/aeb.2019.274.

BEEBE, D. et al. Diet quality and sleep quality among day and night shift nurses. **Journal of**

nursing management, v. 25, n. 7, p. 549–557, 2017. DOI: 10.1111/jonm.12492.

BENDASSOLLI. Trabalho e Identidade Em Tempos Sombrios: Insegurança Ontológica na Experiência Atual Com o Trabalho - **IDEIAS & LETRAS**. Softcover, 2007. 312 p. Disponível em:

<<https://www.abebooks.com/9788598239811/Trabalho-Identidade-Tempos-Sombrios-Inseguranca-859823981X/plp>>. Acesso em: 16 nov. 2023.

BENDASSOLLI, P. F. Desempenho no trabalho: Revisão da literatura. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 68, 2012a. Disponível em:

<https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/20471/19729>; fev. 2023. Acesso em 15 de fev. 2023

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas.

Psicologia em Estudo, v. 17, p. 37–46, mar. 2012b. Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/pe/a/yPXV5GCcFNTfX7sMRNTMBXh/?format=pdf>. Acesso em 15 de fev. 2023

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios.

Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 14, n. 1, p. 59-72, 2011. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172011000100006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-3717. Acesso em: 25 de jun. 2025

BÍBLIA, Nova Versão Internacional, 2018, Marcos 12:31, p. 958. **Internacional Bible Society**

Disponível em: https://monergismo.com/textos/livros/biblia_pdf_nvi.htm. Acesso em: 25 de jun. 2025.

BLANARIU, G. et al. C. The Intertwining Roads between Psychological Distress and Gut Microbiota in Inflammatory Bowel Disease. **Microorganisms MPI**. 2023, 11, 2268. DOI:

<https://doi.org/10.3390/microorganisms11092268>.

BORGES, O. L. As concepções do trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois

periódicos de circulação nacional. **Revista de Administração Contemporânea**, v 3, n 3, p.

81-107, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rac/a/cpQKTgFDHjshGRNzszNH7df/>>.

Acesso em: 25 de jun. 2025

BORGES O.L. A Psicologia do Trabalho e das Organizações no Brasil floresce? **SciELO - Brasil** 15(3), v. 15, n. 3, p. 277–279, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/gPWRJLHsqRHxhDSJjTzN7mv/>>. Acesso em: 14 nov. 2023.

BORGES, L. DE O.; YAMAMOTO, O. H. O mundo do trabalho construção histórica e desafios contemporâneos. **Psicologia Organizacional e do Trabalho**, v. 1, p. 25–72, 2017. Disponível em: <https://www.academia.edu/33391280/Texto_1_BORGES_E_YAMAMOTO_O_mundo_do_trabalho_constru%C3%A7%C3%A3o_hist%C3%B3rica_e_desafios_contempor%C3%A2neos>. Acesso em: 24 nov. 2023

BRASIL, A Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o regulamento do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 39, p. 1–1, set. 1986. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986/>> Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL, **Ministério do Trabalho e Emprego**. Norma Regulamentadora (NR32)- Segurança da Saúde do Trabalho. Portaria MTP nº 485, de 11 de novembro de 2005. Atualizada - Portaria MTP nº 4.219, de 20 de dezembro de 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-s-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-32-nr-32>> Acesso em: 24 jan. 2025

BRASIL. RESOLUÇÃO COFEN-358/2009. **Cofen**, 2009. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009/>>. Acesso em: 19 nov. 2023

BRASIL. Fascículo 5: protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2022. v. 26 . Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo1.pdf> Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. LEI Nº 8.778/46. **Presidência da República** - Casa Civil: Rio de Janeiro, 1946. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/2689749147/decreto-lei-no-8778-46>>. Acesso em: 19 nov. 2023.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde e norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional - SISVAN; Ed. Ministério da Saúde: Brasília, 2011; ISBN 978-85-334-1813-4. Ds*

BRASIL. **Presidência da República**. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < L8080 (planalto.gov.br)>. Acesso em: 17 de março de 2024.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego**. Norma Regulamentadora No. 6 (NR-6). Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-6-nr-6>>. Acesso em: 24 nov. 2023.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego**. Norma Regulamentadora No. 9 (NR-9). Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-9-nr-9>> Acesso em: 24 nov. 2023

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Rotina saudável: conheça algumas estratégias para cuidar do peso durante a pandemia 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-ter-peso-saudavel/noticias/2021/rotina-saudavel-conheca-algumas-estrategias-para-cuidar-do-peso-durante-a-pandemia>>. Acesso em: 9 maio 2025

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Brasil registra maioria dos acidentes de trabalho com afastamentos curtos**. Portal Gov.br, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/noticias-e-conteudo/2025/abril/brasil-registra-maioria-dos-acidentes-de-trabalho-com-afastamentos-curtos>. Acesso em: 9 maio 2025.

BUFFON et al. Prevalência Da Síndrome De Burnout Em Profissionais De Saúde Durante A Pandemia De Covid-19. 2023-05-16 (versão 1) **SciELO Preprints**. DOI:<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6079>.

CARNEIRO, L. L. BASTOS, A. V. B. Bem-estar relacionado ao trabalho: análise de conceitos e medidas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 72, n. 2, p. 121–140, ago. 2020. DOI: 10.36482/1809-5267.ARB2020v72i1p.121-140.

CASH, T. F.; SMOLAK, L. (EDS.). Body image, second edition: A handbook of science, practice, and prevention. 2. ed. New York, NY: **Guilford Publications**, 2012. Disponível em: <https://archive.org/details/bodyimagehandboo0000thom>. Acesso em 24 de junho. 2025

CHAUDHURI, A. Pathophysiology of Stress: A Review. **International Journal of Research & Review**, v. 6, n. 5, May 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/333446271_Pathophysiology_of_Stress_A_Review. Acesso em: 24 de junho. 2025

CHESAK, S. S. et al. Stress management interventions for nurses: Critical literature review. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, v. 37, n. 3, p. 288–295, 2019. DOI: 10.1177/0898010119842693.

CHOUKAS-BRADLEY, S. et al. The perfect storm: A developmental–sociocultural framework for the role of social media in adolescent girls' body image concerns and mental health. **Clinical child and family psychology review**, v. 25, n. 4, p. 681–701, 2022. DOI: 10.1007/s10567-022-00404-5.

COHEN, S., KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of health and social behavior**, v 24, n°4, p 384.1983. Disponível em: <https://psgcnet.apa.org/record/1984-24885-001>. Acesso em: 06 dez 2023

COFEN resolução n. 564/2017. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, 2017. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>> Acesso em: 23 fev 2024

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/> > **Cofen**. Acesso em: 17 de março de 2024.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Nota oficial: A enfermagem tem cor, cara, coragem e posição firme contra os crimes de racismo e injúria racial no Brasil. **Brasília: Cofen, 2024**. Disponível em <https://www.cofen.gov.br/a-enfermagem-tem-cor-cara-coragem-e-posicao-firme-contr-os-crim-es-de-racismo-e-injuria-racial-no-brasil>>. Acesso em 28 maio.2025.

COREN - SE. Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe. **Enfermagem em Dados**. Atualização em 05 de março de 2024. Disponível em: <https://se.corens.portalcofen.gov.br/>. Acesso em: 06 dez 2024

CUNNINGHAM, S. A. Social Position, Psychological Stress, and Obesity: A Systematic Review. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 112, n. 4, p. 518–526, 1 abr. 2012. DOI: 10.1016/j.jand.2011.12.001.

CRISPIM, A. C. ZALCMAN, I. DÁTILIO, M. PADILHA, G. H. TUFIK, S. MELLO, T. M. Relação entre sono e obesidade: uma revisão de literatura. **Arq. Bras Endocrinol Metab**. 2007; 51/7 p 1045. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/GQQ8CpsS5gdGW5yzzRTHz8Yt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em : 24 de junho. 2025

DAMIANO, S. R.; HART, L. M.; PAXTON, S. J. Development and validation of parenting measures for body image and eating patterns in childhood. **Journal of eating disorders**, v. 3, n. 1, 2015. DOI: 10.1186/s40337-015-0043-5

DANTAS, O. S. E. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. 2021. **Interface** (Botucatu).2021; 25(Supl. 1): e 200203. DOI: <http://doi.org/10.1590/Interface.200203>.

DE LIRA, C. R. N. et al. Dietary Patterns, Occupational Stressors and Body Composition of Hospital Workers: A Longitudinal Study Comparing before and during the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 3, p. 2166. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36767533/> jan. 2023. Acesso em 24 de jun. 2025.

DA SILVA, et al., dissatisfaction in resistance training practitioners: A critical review of the literature of Brazilian studies and assessment tools used Abstract **Journal of Health Psychology** 2024, Vol. 29(2) 156–169. © The Author(s) 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/13591053231183593> .

DRAGOS, D.; TANASESCU, D. M.; DAVILA, C. The effect of stress on the defense systems 2010, **Jornal of Medicine and life**. vol. 3 n.1, pp.10-18. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20302192/>. Acesso em: 24 de junho. 2025.

DEAK, M. A., STERNBERG, E. Psiconeuroimunologia – A relação entre o sistema nervoso central e o sistema imunológico. 2004. National Institute of Mental Health. **Rev Bras Psiquiatr** 2004;26(3):143-4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/mfx5RTLNd8j66vP3TXxPFhC/?format=pdf&lang=en>; acesso em: 24 de jun. 2025.

DWYER, O. G. OLIVEIRA P. S.; SETA, H. M. Evaluation of emergency services of the hospitals from the Quali SUS program. **Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Ciência & Saúde Coletiva**, 14(5):1881-1890, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500030>.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO. **Etimologia e ordem das palavras**. 2008-2024. Disponível em: <https://www.dicionario-etimologico.com.br>. Acesso em 24 de junho. 2025.

DIMITRIOU et al. Estresse e prevalência de distúrbios musculoesqueléticos entre o pessoal de enfermagem de uma unidade hospitalar terciária na Grécia: um estudo transversal. **Curr Saúde Sci J**. 2023 Jan-Mar; 49(1):45-53. DOI: 10.12865/CHSJ.49.01.45.

DIAS, LP; DIAS, MP. [Florence Nightingale e a História da Enfermagem]. **Hist enferm Rev eletrônica** [Internet]. 2019; 10(2):47-63. Disponível em: <https://here.abennacional.org.br/here/v10/n2/a4.pdf>. Acesso em 24 de junho. 2025.

DOTA, M. E., QUEIROZ, N.S. Migração interna em tempos de crise no Brasil. **Rev. BRas. estud. uRBanos Reg.**, São Paulo, v.21, n.2, p.415-430, Maio-ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.22296/2317-1529.2019v21n2p415>

EDUARDO. S. L. GURGEL, C.P. et al. Análise do estresse ocupacional em técnicas de enfermagem: correlação entre medidas psicológicas e fisiológicas. **Enfermagem Brasil** v.19, n.1, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i1.2093>.

EMBRYOLOGY. **HPA axis**: Embriology, 2012. Disponível em: https://www.embriologia.com/ficheiro/HPA_axis.jpg. Acesso em: 21 jun. 2025

FABRI JMG, NORONHA IR, OLIVEIRA EB, KESTENBERG CCF, HARBACHE LMA, NORONHA IR. Estresse ocupacional em enfermeiros da pediatria: manifestações físicas e psicológicas. **Rev baiana enferm**. 2018;32:e25070. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324880006_ESTRESSE_OCUPACIONAL_EM_ENFERMEIROS_DA_PEDIATRIA_MANIFESTACOES_FISICAS_E_PSICOLOGICAS. Acesso em: 24 de jun. 2025.

FERREIRA, M. S. G.; ANDERSON, M. I. P. Sobrecarga de trabalho e estresse: Relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2188, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2188>. Acesso em: 24 nov. 2023

FERREIRA, M. C. MILFONT, T. L. CORRÊA e SILVA, A. P. FERNANDES, H. A. ALMEIDA, S. P. & MENDONÇA, H. 2015. Escala para avaliação de estressores psicossociais no contexto laboral: construção e evidências de validade. ISSN 1678-7153. **Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica**, 28(2), 340-349. Doi: 10.1590/1678-7153.201528214

FERRIANI, O. L. et al. Validade de medidas auto relatadas de peso corporal e estrutura em participantes do estudo São Paulo Megacity. **Cad. Saúde Coletiva**, 2019, Rio de Janeiro, 27 (2): 225-233. DOI: 10.1590/1414-462x201900020242.

FERNANDES, J.; SHINDE, V. V. Relationship of body mass index to job stress and eating behaviour in health care professionals-an observational study. **Obesity medicine**, v. 14, n. 100070, p. 100070, 2018 Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2451847618300708?via%3Dihub>> Acesso em: 24 nov. 2023

FERNANDES, F. R.;GEDRAT, D. C.; VIEIRA, A. G.. O significado do trabalho: um olhar contemporâneo. **Cadernos da FUCAMP**, v. 22, n. 56, p. 99-106, 2023. Disponível em:<https://www.revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/3072/1874>; Acesso em: 9 maio 2025.

FREIRE, C. S.; FRISBERG, M.Adaptação da Escala de Silhuetas Brasileiras para uso digital. **J Bras Psiquiatr.** 2017;66(4):211-5. DOI: 10.1590/0047-2085000000173

FINK, George. Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined. In: FINK, George (org.).**Elsevier Melbourne**: Elsevier Ltd., 2009. p. 549-555. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/301701244_Fink_G_Stress_Definitions_Mechanisms_and_Effects_Outlined_Lessons_from_Anxiety_In_Fink_G_ed_Stress_Concepts_Cognition_Emotion_and_Behavior_Volume_1_of_the_Handbook_of_Stress_Series_San_Diego_Elsevier_. Acesso em 24 de jun. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. 2022. Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador Fiocruz 2021. **Fiocruz** Ministério da Saúde. Anuário Estatístico de Saúde do Trabalhador - Fiocruz. Disponível em: https://fiocruz.br/sites/fiocruz.br/files/documentos_2/anuario_estatistico_de_saude_do_trabalhador_2021_versao_final_2.pdf. Acesso em 24 de junho. 2025.

GALIZA, N. P. de; RIBEIRO, W. MCHAVES, A. S..Da Psicologia Sócio-Histórica a Psicologia Comunitária: Aproximações pelo viés da Transformação Social.Id on Line **Rev.Psic.**, fevereiro/2025, vol.19, n.75, p.73-83,ISSN: 1981-1179.Recebido: 04/02/2024; Aceito 14/01/2025; Publicado em: 28/02/2025.

GOOGINS, B. K. Review of Work, Families, and Organizations. **Industrial and Labor Relations Review**, v. 47, n. 2, p. 345–346, 1994. disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2524414>. Acesso em: 24 jun. 2025

GOMES, T. L. M. (2015). Percepção da autoimagem em escolares do ensino médio na rede federal de educação e tecnologia, São Luís- MA. **Dissertação de Mestrado**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_95f71d8e851c51f39fc9278cdb6d139f. Acesso em: 24 jun. 2025.

GOULART JÚNIOR, E., CARDOSO, H. F., ALVES, T. A., & SILVEIRA, A. M.Habilidades Sociais Profissionais e Indicadores de Ansiedade e Depressão em Gestores **Psicologia: Ciência e Profissão** 2021 v. 41, e 221850, 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221850>.

HARNO, E.; RAMAMOORTHY, T.G.; COLL, A. P.; WHITE, A. Pomc: The Physiological Power Ofhormone Processing. **Physiol Rev** v. 98: p. 2381–2430, 2018 Published August 29, 2018. DOI: doi:10.1152/physrev.00024.201723810031-9333/18.

HELLEBUYCK, M. NGUYEN, T. HALPHERN, M. FRITZE, D.; KENNEDY, J. Mind the Workplace. **Mental Health America**. VA 22314-1520. Disponível : <https://archive.hshsl.umaryland.edu/bitstreams/4a85c83a-5f87-43ee-9b23-1ae0b8522e34/download>. Acesso em 24 de junho. 2024.

HOSSEINI, S. A.; PADHY, R. K. Body Image Distortion. NCBI Bookshelf. **StatPearls Publishing LLC**.2023. ID: NBK546582 PMID: 31536191. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546582/?report=printable#article-18424.r7>> acesso em 20 de fev. 2024.

HOUTMAN, I. Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo: un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. 2008. **Catalogación por la biblioteca de la OMS**. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/924159165X>>. Acesso em: 13 nov. 2023.

HOWLETT M.; DOODY K.; MURRAY J et al. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey. **Emergency Medicine Journal**, v. 32, p.722-727.2015. DOI: <https://doi.org/10.1136/emmermed-2014-203750>.
HOFSTEDE, GEERT H & BOERSMA, JAAP. ed.(2019). Futures for work : a book of original readings / by Jaap Boersma [et al.] ; edited and introduced by Geert Hofstede. **The Hague; Boston : Martinus Nijhoff**. Versão original © 1979. ISBN-10 : 9401716463
HU, L.T; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal**, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo brasileiro de 2022: Brasil, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/06/censo-2022-indica-que-o-brasil-totaliza-203-milhoes-de-habitantes;>> acesso em 10 de dez. 2023

International Labour Organization. Full report. World Employment and Social Outlook: Trends 2016. Disponível em:<https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40dgreports/%40inst/documents/publication/wcms_908142.pdf> Acesso em: 17 de março de 2024.

JERÓNIMO, F.; CARRAÇA, E. V. Effects of fitspiration content on body image: a systematic review. **Eating and weight disorders: EWD**, v. 27, n. 8, p. 3017–3035, 2022. DOI: 10.1007/s40519-022-01505-4.

JURUENA, M. F.; CLEAREA, A. J.; PARIANTEA, M. C. O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, a função dos receptores de glicocorticóides e sua importância na depressão. **Rev Bras Psiquiatr** 2004;26(3):189-201. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000300009>

KARLBERG I. Is occupational health part of public health? **Scandinavian Journal of Public Health**, v.44, n.4, p.333-334. 2016. DOI: 10.1177/1403494816645010.

KAKEMAM, E. et al. Occupational stress and associated risk factors among nurses: a cross-sectional study. **Contemporary Nurse**, v. 55, n. 2–3, p. 237–249, 4 maio 2019. DOI: 10.1080/10376178.2019.1647791

KAKESHITA, I. S. et al. Construção e Fidedignidade Teste-Reteste de Escalas de Silhuetas Brasileiras para Adultos e Crianças. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, n. 2, p. 263–270, Apr. 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ptp/a/VLk9HGLRfqHkBSsfynBrbzD/?format=pdf>; > acesso em 20 de janeiro. 2024.

KHAMISA, N. et al. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International journal of environmental research and public health*, v. 12, n. 1, p. 652–666, 2015. DOI: 10.3390/ijerph120100652.

KLINE, R. B. (2016). Princípios e Prática de Modelagem de Equações Estruturais (4^a ed.) *Revista Psicologia*. Guilford Publications, 3 de nov. de 2015 - 534 páginas. Disponível em: <<https://dl.icdst.org/pdfs/files4/befc0f8521c770249dd18726a917cf90.pdf>; >acesso em 20 de fev 2023.

KING, I. C. C. Body image in pediatric burns: a review. *Burns & trauma*, v. 6, 2018. DOI: 10.1186/s41038-018-0114-3.

KLING, J. et al. Systematic review of body image measures. *Body image*, v. 30, p. 170–211, 2019. DOI: 10.1016/j.bodyim.2019.06.006.

KOUVONEN, A. et al. Relationship between work stress and body mass index among 45,810 female and male employees. *Psychosomatic medicine*, v. 67, n. 4, p. 577–583, 2005. DOI: 10.1097/01.psy.0000170330.08704.62

KOENIG, H. G. (2008). Concerns About Measuring “Spirituality” in Research. *The journal of Nervous e Mental Disease* • Vol. 196, Number 5, DOI 10.1097/NMD.0b013e31816ff796.

KUMAR, S. JAIN, A. K. V. Essence and Consequences of Stress in the Workplace. *Journal of Organisation & Human Behaviour* Volume 1 Issue 3 July 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/251572164_Essence_and_consequences_of_stress_in_the_work_place?enrichId=rgreq-b96a26f839958a323292366e020f5c5d-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI1MTU3MjE2NDtBUzoxMDc1NTk3NTUxOTAyNzJAMTQwMjY1NTY1MjIxNA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf; > acesso em 15 de ago. 2024.

KRAVCHYCHYN, P. P.A., SILVA, F. D. MACHADO A. F. Relação entre estado nutricional, adiposidade corporal, percepção de autoimagem corporal e risco para transtornos alimentares em atletas de modalidades coletivas do gênero feminino. *Rev Bras Educ Fís Esporte*, (São Paulo) 2013 Jul-Set; 27(3):459-66. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbefe/a/Vd5QV95GsTtnXDw3L3qTKHK/?format=pdf&lang=pt>> acesso em 21 de set. 2024.

LABANSKI, A. et al. Stress and the brain-gut axis in functional and chronic-inflammatory gastrointestinal diseases: A transdisciplinary challenge. *Psychoneuroendocrinology*, v. 111, n. 104501, p. 104501, 2020 DOI: 10.1016/j.psyneuen.2019.104501.

LACOMBLEZ, M. Por que querer (re)descobrir a psicologia do trabalho no Brasil? *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 26. Disponível em:

<<https://revistas.usp.br/cpst/article/view/210332/196674>> acesso em 11 de jul. 2024.

LAUS, M. F. Influência do padrão de beleza veiculado pela mídia na satisfação corporal e escolha alimentar de adultos. Ribeirão Preto, 2012. **Tese de Doutorado**. Faculdade de Filosofia,

Ciências e Letras de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo. Disponível em:
<<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59134/tde-26032013-100917/publico/TESE.ppdf>
> acesso em. 11 de jul. 2024.

LAUS, et al. Estudo de Validação e Fidedignidade de Escalas de Silhuetas Brasileiras em Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Out-Dez 2013, Vol. 29 n. 4, pp.

403-409. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/PBKZ665TMFQ8xZqwGvWFjBk/?format=pdf&lang=pt> > acesso em 7 de jul. 2024.

LAZAREVICH, I. et al. Depression symptoms and sweet foods consumption in Mexican college men: the role of emotional eating. **Nutricion Hospitalaria**, v. 40, n. 4, p. 784–791, 28 ago. 2023. PMID: 37409724. DOI: 10.20960/nh.04493

LEI, A.A.; PHANG, V.W.X.; LEE, Y.Z.; KOW, A.S.F.; THAM, C.L.; HO, Y.-C.; LEE, M.T. Chronic Stress Associated Depressive Disorders: The Impact Of HPA Axis Dysregulation and Neuroinflammation on the Hippocampus A Mini Review. **Int. J. Academic Editor: Fabrizio Michetti** Mol. Sci. 2025, 26, 2940. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms26072940>.

LEONELLO, G., MOREIRA K.F. Fluxos migratórios Venezuela-Brasil: medidas político-jurídicas brasileiras (2014-2021). **Rev. Direito Gv** | São Paulo | V. 21 | e2506 | 2025. Aprovado: 08.10.2024 DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202506>.

LIMA, J. C. F. Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 951–953, 2017. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/tes/a/cxy4x5HGN54zqyMTKXK4Z6m/?lang=pt>> Acesso em: 27 nov 2023

LIRA, C. R. N. et al. Influence of Occupational Stress on the Body Mass Index of Hospital Workers: A Systematic Review. **Nutrients**, v. 15, n. 18, p. 3944, 12 set. 2023. PMCID: PMC10536357. DOI: 10.3390/nu15183944.

LOPES, M. S. MENDES, R. C. P. R.; SOUSA, S. M. N. (2017). Ser mulher: Uma análise da imagem corporal entre adolescentes. **Revista Espacios**, v.38, n.29, Disponível em:
<https://www.revistaespacios.com/a17v38n29/a17v38n29p03.pdf>. Acesso em: 17 de março de 2024.

LU, S.; WEI, F.; LI, G. The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. **Cell stress**, v. 5, n. 6, p. 76–85, 2021. DOI: 10.15698/cst2021.06.250

LUFT, C. D. B. SANCHES, S. O., MAZO, G. Z., & ANDRADE, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, 41(4), 606-615. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400015>

MALLARAM, G. K. et al. Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem and quality of life: a cross-sectional study among female medical students. **Journal of eating disorders**, v. 11, n. 1, 2023. DOI: 10.1186/s40337-023-00945-2.

MALEK, H.; EBADZADEH, M. M.; SAFABAKHSH, R.; RAZAVI, A.; ZARINGHALAM, J. Dynamics of the HPA axis and inflammatory cytokines: Insights from mathematical modeling.

Computers in Biology and Medicine. Volume 67, 1 December 2015, Pages 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2015.09.018>;

MARKS, D. F. Homeostatic theory of obesity. **Health psychology open**, v. 2, n. 1, p. 205510291559069, 2015. DOI:10.1177/2055102915590692.

MEDEIROS, A. B. DE A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. D. C. The Florence nightingale's environmental theory: A critical analysis. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, 2015. DOI:10.5935/1414-8145.20150069

MATOS, E. PÍRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. 2006 jul-set; **Texto Contexto Enferm**, 15(3): 508-14. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017>.

MIGLIACCIO FILHO, R. Reflexões sobre o homem e o trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, v. 34, p. 18–32, abr. 1994. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901994000200004>.

MIRANDA, K. S. DE et al. Impacto do perfil ocupacional, saúde mental e religiosidade sobre depressão, ansiedade e estresse de profissionais de saúde na pandemia de COVID-19. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 72, n. 4, p. 239–246, DOI: 2023.<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000433>

MOORE, C. J.; CUNNINGHAM, S. A. Social Position, Psychological Stress, and Obesity: A Systematic Review. **Jornal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 112, n. 4, p. 518 – 526, 1 abr. 2012. DOI: 10.1016/j.jand.2011.12.001

MORRIS MJ, BEILHARZ JE, MANIAM J, REICHELT AC, Westbrook RF Why is obesity such a problem in the 21st century? The intersection of palatable food, cues and reward pathways, stress, and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Proceedings of the 2014 annual meeting of the **International Behavioral Neuroscience Society**. v. 58, p. 36–45, 1 nov. 2015. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2014.12.002

MOURA R.S., SARAIVA F.J.C., SANTOS R.M. Níveis De Estresse Da Enfermagem Nas Unidades De Terapia Intensiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 13(3):569-77, mar., 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236549>> acesso em 25 de jun. 2025

NASCIMENTO JC, COSTA TM, SARMENTO SD, SANTOS KV, DANTAS JK, QUEIROZ CG, et al. Análise do transtorno do estresse pós-traumático em profissionais emergencistas. **Acta Paul Enferm.** 2022;35:e APE 03232. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO03232>.

NEVES, et al. Burnout Syndrome on Teachers and its Relation to Nutrition: An Integ. **Current Psychiatry Research and Reviews**, 2020, 31-41. Vol. 16, No. DOI: 10.2174/1573400515666191202113523.

NEVES, N. A.; MORGADO, R. F.F.; TAVARES F.C.G.C.M. Avaliação da Imagem Corporal: Notas Essenciais para uma Boa Prática de Pesquisa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** Jul-Set 2015, Vol. 31, n. 3, pp. 375-380 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015031945375380>;

NODARI, N. L, FLOR SRA, RIBEIRO AS, CARVALHO GJR. Estresse, conceitos, manifestações e avaliação em saúde: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano** 2014 maio 30; 2(1): 61-74. Acesso em: 13 de ago. 2024. DOI:10.18316/1543

NOVAIS BRAZ, Dayana Ferreira; ATHAYDE, André Luiz Mendes. Os valores pessoais exercem alguma influência na satisfação no trabalho? *Administração de Empresas em Revista*, v. 2, n. 32, p. 417-444, abr./jun. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/77520/2/Os%20valores%20pessoais%20exercem%20alguma%20influ%C3%Aancia%20na%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20no%20trabalho.pdf>> Acesso em: 9 de maio 2025.

OMS. SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: Resumo Político 2. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**, 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/201450-oms-e-oit-publicam-novas-diretrizes-sobre-sa%C3%Bade-mental-no-trabalho>> Acesso em: 11 nov. 2023.

OLIVEIRA et al. Comparison between the accredited and nonaccredited public hospital working environm. **Acta Paul Enferm.** 2016; 29(1):53-9. 1 de Fevereiro de 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600008>;

OLIVEIRA, C. C. J. A ética protestante e o reencantamento do mudo na sociedade do trabalho: notas a partir de Max Weber. **Unisinos Journal of Philosophy** ISS 1984-8234. 23(2): 1-12, 2022. E23023- DOI: 10.4013/fsu2022.232.03.

ORNELAS, F. C. T., MONTEIRO, I. M. Historical, cultural and social aspects of labor. **Rev. Bras Enferm** 2006 jul-ago; 59(4): 552-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400015>

PARK, C. et al. The effects of acculturation and environment on lifestyle behaviors in Korean immigrants: the mediating role of acculturative stress and body image discrepancy. **Ethnicity & health**, v. 27, n. 1, p. 157–173, 2022. DOI: 10.1080/13557858.2019.1658182.

PADILHA, S. C.I.M. BORENSTEIN, S. M. História a enfermagem: ensino, pesquisa interdisciplinaria. **Esc. Anna Nery R Enferm** 2006; 10(3): 532-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/pNmDZmnPBQG8CwTDwhsnckk/?format=pdf>> acesso em 25 de jun. 2025.

PATRÍCIO, D. F. et al. Dimensões de *burnout* como preditoras da tensão emocional e depressão em profissionais de enfermagem em um contexto hospitalar. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. 575–584, out. 2021.DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040441>

PEPE, R. B. et al. Position statement on nutrition therapy for overweight and obesity: nutrition department of the Brazilian association for the study of obesity and metabolic syndrome (ABESO—2022). **Diabetology & metabolic syndrome**, v. 15, n. 1, 2023. DOI: 10.1186/s13098-023-01037-6.

PEREIRA et al. Psychosocial risk factors at work: limitations for a comprehensive approach to work-related mental health. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** 2020; 45: e18. ISSN: 2317-6369 (online) DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000035118>.

PIRES, B. S. M. et al. Nurse work environment: comparison between private and public hospitals. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 4, p. e AO4322, 2018. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018AO4322

PIRPOSHTEH, E. et al. Prevalence of musculoskeletal disorders and occupational stress among workers of an engineering company in Iran during the COVID-19 pandemic, 2021 **A cross-sectional study journal of occupational health and epidemiology**, v10, n°3, p183-192, 2021. Disponível em: <https://johe.rums.ac.ir/article-1-445-en.html>. Acesso em: 06 dez 2023

RAMOS, P. F., ENUMO, F. P. R. S., PAULA, P. M. K. Teoria Motivacional do Coping: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. **Estudos de Psicologia I Campinas I** 32(2) I 269-279 I abril - junho 2015.DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200011>.

REIS, S. R.; FERREIRA HINO, A. A.; AÑEZ, R. R. C. Perceived Stress Scale. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n.1, p. 107-14, 2010. DOI: 10.1177/1359105309346343.

REGASSON, Bruno Veçozzi. A república no império: mapeando o discurso republicano no Brasil dos Oitocentos (1822-1870). **Rev. Inst. Estud. Bras.** (São Paulo), n. 90, 2025. DOI : 10.11606/2316901X.n90.2025.e10736e10736

RIEGEL, F. CROSSETTI, M.G.O. MARTINI, J.G. NES, A.A.G. Florence Nightingale's Theory and Her contributions to holistic critical thinking in nursing. **Re. Bras Enferm.** 2021; 74(2): e20200139. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>.

ROBERTSON, M. et al. Exploring changes in body image, eating and exercise during the COVID-19 lockdown: A UK survey. **Appetite**, v. 159, n. 105062, p. 105062, 2021. DOI: 10.1016/j.appet.2020.105062

RODRIGUES C.C.F.M, SANTOS V.E.P, TOURINHO F. Estresse: normal ou patológico? 2016. **Atena Editora** Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2653/265346076002.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2023.

RODRIGUES L. M. C., FAIAD C., FACAS E. P. Fatores de Risco e Riscos Psicossociais no Trabalho: Definição e Implicações. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, 2020, v. 36, e 36nspe19 DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe19>.

ROGERS, C. B.; WEBB, J. B.; JAFARI, N. A systematic review of the roles of body image flexibility as correlate, moderator, mediator, and in intervention science (2011-2018). **Body image**, v. 27, p. 43–60, 2018. DOI: 10.1016/j.bodyim.2018.08.003

ROSA, I. L. I. O homem e o trabalho administrativo. Caderno de pesquisa em administração. São Paulo, v. 10, n°4, p. 1-7, outubro/dezembro de 2003.DDisponível em:< <https://arquivos.regeusp.com.br/arquivos/v10n4art1.pdf>> acesso em 25 de jun. 2025

ROSAS P, DELGADO-S. C, FUENTES- F. J, HIDALGO-F. A, QUINTANA-M. C, YUNGE H. W, FERNÁNDEZ-G. E, DURÁN-A. S. Associação entre autopercepção da imagem corporal e alimentação padrão em estudantes de Nutrição e Dietética. **Nutr Hosp** 2016; DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.274>.

SACRAMENTO, N. A; NASCIMENTO, R. E. Racismo e saúde: representações sociais de mulheres e profissionais sobre o quesito cor/raça. **Rev Esc Enferm USP** 2011; 45(5):1142-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500016>

SAMPAIO, L. R., et al. Técnicas de medidas antropométricas. In: SAMPAIO, L.R., org. **Avaliação nutricional [online]**. Salvador: EDUFBA, 2012, pp. 89-101. Sala de aula collection. ISBN: 978-85-232-1874-4. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788523218744.0007>.

SANTIAGO, S. E; SIMÕES, S. C. S. Impactos do racismo estrutural sobre a saúde de pessoas negras. **Revista São Luis Orione, Araguaína -TO**, v. 10, n. 2, p. 54-76, jul./dez. 2023. (ISSN: 2446-5062). Disponível em: <https://seer.catolicaorione.edu.br/index.php/revistaorione/article/view/302/226> acesso em 25 de jun. 2025.

SANTOS, L. C. et al. Liderança e comportamento empoderador: compreensões de enfermeiros-gerentes na Atenção Primária à Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. e APE 00051, 6 fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00051>

SANTOS, C. E., FARO, A., LISBOA, W., FERREIRA, D., & DELABRIDA, Z. Emotional Regulation And Distress During The Social Isolation Of The Covid-19 In Brazil. **Revista Psicologia, Saúde & Doenças**, Vol. 24, Nº. 1, 69-79, 2023 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. ISSN 2182-8407. DOI: <https://doi.org/10.15309/23psd240106>;

SANTOS, P. et al. Movimentos de profissionalização histórica: a relação entre as catástrofes sociais e a enfermagem moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, v. V Série, n. No 7, p. e 20140, 30 jul. 2021. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20140>

SANTOS, S. A. et al. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, maio/ago. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00054>;

SCHNETTLER, B. et al. Hábitos alimentarios y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios del sur de Chile. **Nutrición Hospitalaria**, v. 28, n. 6, p. 2221–2228, dez. 2013a. DOI: <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.6.6751>

SELYE, H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. **The journal of clinical endocrinology and metabolism**, v. 6, n. 2, p. 117–230, 1946. DOI: 10.1210/jcem-6-2-117

SILVA, A. K. L. DA; BENDASSOLLI, P. F. Coletivos de trabalho e a produção de saúde dos ofícios. **Psicologia em Estudo**, v. 24, p. e40528, 5 dez. 2019. Doi: 10.4025/psicol estud.v24i0.40528

SILVA, E. I. C. O Conceito do Trabalho: da antiguidade ao século XVI. **Sociedade Brasileira de Sociologia**. 2019. Disponível em: <https://philpapers.org/archive/DASOCD.pdf> acesso em 25 de jun. 2025.

SILVA R.N. , FERREIRA M.A . Nursing and society: Evolution of Nursing and of capitalism in the 200 years of Florence Nightingale. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2021;29:e 3425. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4482.3425>.

SILVA, A.; NUNES, A.S; OTTANI, A. P. **Origem E Evolução Das Relações De Trabalho No Brasil**. Ribeirão Preto: UNIESP – Faculdade de Ribeirão Preto e Centro Universitário Moura Lacerda (CUML), 8 Jun. 2018.

SILVEIRA, E. A. DA et al. Validação do peso e altura referidos para o diagnóstico do estado nutricional em uma população de adultos no Sul do Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, n. 1, p. 235–245, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2005.v21n1/235-245/>> acesso em 25 de jun. 2025

SILVIA, N.C.N; MACHADO H.M. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. 1 Conselho Federal de Enfermagem. Quadra CLN 304 Bloco E, Asa Norte. 70736-550 Brasília DF Brasil. nericoren@gmail.com 2 Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(1):7-13, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27572019

SINGH, C. et al. Occupational stress facing nurse academics-A mixed-methods systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 5–6, p. 720–735, mar. 2020. DOI: 10.1111/jocn.15150

SOUSA, M. B. C. DE SILVA, H. P. A.; GALVÃO-COELHO, N. L. Resposta ao estresse: I. Homeostase e teoria da alostase. **Estudos de psicologia**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2015. DOI: 10.5935/1678-4669.20150002

SOUSA, S. F. ARAÚJO, F. C.C. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2015. 35(3). 900-915. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-370300452014>.

STRAATMANN, GISELE Estresse, estratégia de enfrentamento e a percepção da imagem corporal em adolescentes: relação com o estado nutricional. Ribeirão Preto, 2010. **USP**. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59134/tde-03052011-155201/publico/giselestraatmann.pdf>> acesso em 25 de jun. 2025

STREB, A.R. VIEIRA C. G. SILVA C. S. BERTUOL, C. VARGAS, P. DEL, DUCA G. F. Fatores associados à percepção da silhueta atual e insatisfação com a imagem corporal em adultos com obesidade. **Re Nutr**. 2023; 36:220116. DOI: <http://doi.org/10.1590/1678-9865202336e220116>.

TASSARI, A.C., COSTA, Z.C.J. Ação estatal, negócios e migração inter-regional no Brasil (1935-1951)*. *Economia e Sociedade*, Campinas, Unicamp. IE., v. 28, n. 2 (66), p. 513-540, maio-agosto 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3533.2019v28n2art09>.

TEODÓSIO, S. S.-C.; PADILHA, M. I. “Ser enfermeiro”: escolha profissional e a construção dos processos identitários (anos 1970). **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 428–434, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690303i>.

THIENGO PCS, GOMES AMT, MERCÊS MC, COUTO PLS, FRANÇA LCM, SILVA AB. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare enferm.** . 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692.1>

TSIGOS, C. et al. Stress: Endocrine Physiology and Pathophysiology. In: FEINGOLD KR, ANAWALT B, BLACKMAN MR, ET AL (Ed.) 2020. **A service of the National Library of Medicine**, National Institutes of Health. PMID: 25905226. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25905226/>> acesso em 25 de jun. 2025

TUR, Josep A.; BIBILONI, Maria del Mar. Anthropometry, body composition and resting energy expenditure in human. **Nutrients**, Palma de Mallorca, v. 11, n. 8, 1891, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu11081891>.

ULRICH-LAI, Y. M. et al. Stress exposure, food intake and emotional state. **Stress. Author manuscript**; (Amsterdam, Netherlands), v. 18, n. 4, p. 381–399, 2015. DOI: 10.3109/10253890.2015.1062981

VIEIRA, M. M. W. Estresse ocupacional em trabalhadores que atuam no serviço de hemodinâmica: um estudo à luz da ergonomia organizacional. **UFP**, Recife, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/30573/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Waldelourdes%20de%20Melo%20Souto%20Maior%20Vieira.pdf> acesso em 25 de jun. 2025

VASCONCELOS, G. A., NASCIMENTO, E. Teoria Motivacional do Coping: um modelo hierárquico e desenvolvimental. **Avaliação Psicológica**, 2016, 15(n. esp), pp. 77-87. DOI: 10.15689/ap.2016.15ee.08.

VOELKER, D. K.; REEL, J. J.; GREENLEAF, C. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. **Adolescent health, medicine and therapeutics**, v. 6, p. 149–158, 2015. DOI: 10.2147/AHMT.S68344

WALDINGER, R. **What makes a good life lessons from the longest study on happiness** - TED Talks, 2015. Disponível em: https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness acesso em 06 de maio 2025

WINOGRAD, M. C. Corpo: natureza e expressão. In: NOVAES, J. V.; VILHENA, J. (org.). Que corpo é este que anda sempre comigo: corpo, imagem e sofrimento. Curitiba, **Appris**, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782004000300009>

WHO- **World Health Organization**. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 253 p. (WHO Obesity Technical Report Series, n. 894). Disponível em: . Acesso em: 06 dez 2023. PMID: 11234459. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459/> acesso em 25 de jun. 2025

YARIBEYGI, H. et al. The impact of stress on body function: a review. IfADo - **Leibniz Research Centre for Working Environment and Human Factors**, Dortmund, , 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17179/EXCLI2017-480>

ZOTESSO, M. C. Saúde ocupacional dos trabalhadores no contexto das organizações: estresse percebido e estresse avaliado. Revista Psicologia, **Diversidade e Saúde**, v. 11, p. e 4593–e 4593, 21 out. 2022. DOI:10.17267/2317-3394rps.2022.e4593

ANEXOS

ANEXO 1: Questionário da Escala de Estresse Percebido (PSS -10) validada por Reis et al. (2010)

O preenchimento deste formulário será feito mediante instrução de um aplicador e sob a condição de aceite do termo de consentimento livre e esclarecido de participação no estudo. As questões desta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas, de acordo com a escala: 0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre.

Escala de Estresse Percebido (PSS - 10)	MARQUE UM ITEM				
	0	1	2	3	4
1 No último mês, com que frequência você ficou aborrecido com algo inesperado?					
2 No último mês, com que frequência você se sentiu incapaz de controlar coisas importantes na vida?					
3 No último mês, com que frequência você se sentiu nervoso e estressado?					
4 No último mês, com que frequência você se sentiu confiante em lidar com problemas pessoais?					
5 No último mês, com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram como esperado?					
6 No último mês, com que frequência você percebeu que não conseguiria lidar com todos os afazeres?					
7 No último mês, com que frequência você conseguiu controlar irritações na sua vida?					
8 No último mês, com que frequência você percebeu todos os aspectos da vida sob controle?					
9 No último mês, com que frequência você ficou bravo devido a coisas fora de seu controle?					
10 No último mês, com que frequência você sentiu os problemas se acumularem a ponto de não conseguir resolvê-los?					

ANEXO 2: Escala de silhuetas de silhuetas feminina e masculina validada por Kakeshita et al. (2009).

O preenchimento deste formulário será feito mediante instrução de um aplicador e sob a condição de aceite do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de participação no estudo.

Durante todo estudo é mantido o direito do participante de não responder a qualquer questão, sem necessidade de prestar justificativas ou explicações. Caso tenha dúvidas sobre as perguntas ou preenchimento do formulário, sinta-se livre para perguntar ao pesquisador.

A partir da observação das imagens que lhe serão apresentadas, para cada pergunta, indique a que mais está alinhada à sua percepção pessoal.

- 1 Indique o número da figura que melhor reflete como você vê sua imagem atualmente.
- 2 Indique o número da figura que reflete o corpo que gostaria de ter.

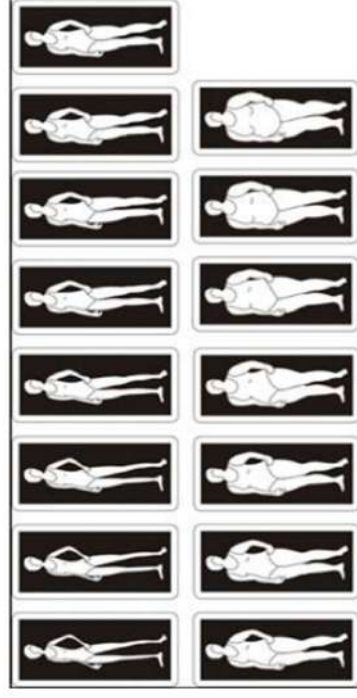


Figura 1: escala de silhuetas femininas. (Kakeshita et al., 2009)

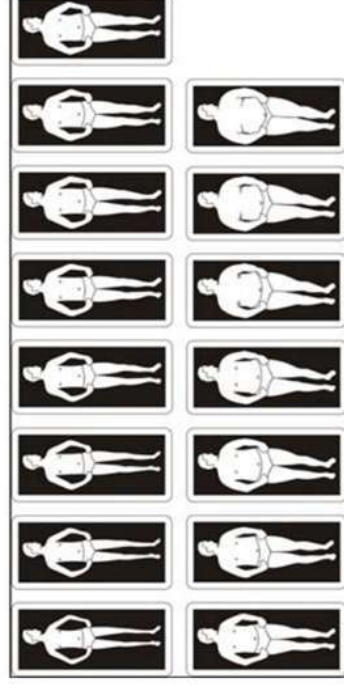


Figura 2: escala de silhuetas masculinas. (Kakeshita et al., 2009)

ANEXO 3 - Quadros de Detalhamento Físico das Instalações Hospitalares.

Quadro 4: Detalhamento da Instalação Física do Hospital 1.

Área de Assistência / Setor	Item da Instalação Física	Quantidade
Assistência Ambulatorial	Consultórios não médicos	4
	Sala de cirurgia ambulatorial	1
	Sala de serviços de enfermagem	1
	Sala de imunização	1
	Sala de pequenas cirurgias	1
	Salas de cirurgias	7
Assistência Hospitalar	Salas de cirurgias ambulatorial	2
	Salas de recuperação (com 16 leitos cada)	6
	Consultórios médicos	7
	Consultórios odontológicos	2
	Sala de atendimento feminino	1
	Sala de atendimento indiferenciado	1
Urgência e Emergência	Sala de atendimento masculino	1
	Sala de atendimento pediátrico	1
	Sala de curativo	1
	Sala de gesso	1
	Sala de higienização	1
	Sala de pequena cirurgia	1
	Sala de observação feminina	1
	Sala de observação indiferenciado	1
	Sala de observação masculino	1
	Salas de observação pediátrica	2
	Salas de atendimento a pacientes críticos de estabilização	15

Fonte: CNES, 2025.

Quadro 5 – Descrição do número de leitos no Hospital 1.

Descrição hospitalar	Leitos Existentes	Leitos SUS
Complementar		
Unidade de cuidados intermediários adulto	4	4
Uti adulto - tipo II	65	65
Uti pediátrica - tipo II	10	10
Espec - cirúrgico		
02 - Cardiologia	2	2
03 - Cirurgia geral	84	84
05 - Gastroenterologia	14	14
09 - Neurocirurgia	21	21
12 - Oncologia	10	10
13 - Ortopedia traumatologia	48	48
15 - Plástica	40	40
90 - Queimado adulto	10	10
91 - Queimado pediátrico	4	4
Espec - clínico		
31 - Aids	16	16
32 - Cardiologia	2	2
33 - Clínica geral	204	204
40 - Nefrologia	16	16

44 - Oncologia	43	43
46 - Pneumologia	10	10
Pediátrico		
68 - Pediatria cirúrgica	2	2 continua
45 - Pediatria clínica	61	61
Nº total= 579	666	666

Fonte: (CNES) – última atualização 25 de março de 2025. <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/>

Quadro 6 – Descrição do número de leitos, Hospital 2.

Descrição hospitalar	Leitos existentes	Leitos SUS
Complementar		
66 - Unidade isolamento	2	2
Pediátrico		
68 - Pediatria cirúrgica	6	6
45 - Pediatria clínica	16	16
Nº total = 165	24	24

Quadro 7 - Descrição do número de leitos H 3

Descrição hospitalar	Leitos Existentes	Leitos SUS
Complementar		
93 - Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru	27	27
92-Unidades de cuidados intermediários neonatal convencional	25	25
82 - UTI neonatal - tipo III	34	34
Espec - cirúrgico		
03 - Cirurgia geral	1	1

Obstétrico			
10 - Obstetrícia cirúrgica	27	27	27
43 - Obstetrícia clínica	45	45	45
Pediátrico			
68 - Pediatria cirúrgica	4	4	4
45 - Pediatria clínica	20	20	20
Nº total = 436	183	183	183

Fonte: CNES, 2025

11. APÊNDICES

11.1 Questionários socioeconômicos do projeto de pesquisa Relação entre percepção de estresse no trabalho e percepção de imagem corporal de profissionais de enfermagem.

Código de identificação do sujeito:	Sexo (☐ Masculino (☐ Feminino	Idade
Cor (☐ Branca (☐ Preta (☐ Parda (☐ Indígena (☐ Prefiro no informar		
Escolaridade/ titulação (☐ Graduação (☐ Especialização (☐ Mestrado acadêmico ou profissional (☐ Curso Técnico		

Estado civil () Solteiro (a) () Casado (a) ou união estável () Divorciado () Viúvo () Prefiro não informar
Religião praticante () Católico () Evangélico () Espírita () Religião de Matriz Africana ou Indígena () Prefiro não informar:
Tempo de exercício na função de profissional de enfermagem: () < 1 ano () Entre 1 e 5 anos () > 5 e <10 anos () ≥ 10 anos
Sector de atuação hospital: Ambulatorial () Unidade de Terapia Intensiva () Enfermaria , Gestão() Supervisão () Centro cirúrgico () Obstetrícia () Central de Material e Esterilização ()Emergência, Outros()
Salário/ Renda: () 1 salário-mínimo () Entre 1 e 3 salários mínimos () > 3 salários-mínimos () Não quero informar
Qual seu peso atual? _____ Qual a sua altura? _____
Cargo de atuação: () Auxiliar de enfermagem ()Técnico de enfermagem () Enfermeiro (a) .

TERMO

ANEXO 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO – PPGCNUT****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Relação entre percepção de estresse no trabalho e percepção de imagem corporal de profissionais de enfermagem nos Hospitais em Aracaju, Sergipe” dos pesquisadores Profa. Dra. Rita de Cássia Coelho de Almeida Akutsu, Tânia Pereira dos Santos e a Profa. Dra. Jeane dos Santos Ferreira, que se propõe a analisar a relação entre percepção de estresse no trabalho e percepção de imagem corporal de profissionais de enfermagem de Aracaju, Sergipe.

Esta pesquisa será realizada nos hospitais públicos de Aracaju e Grande Aracaju administrados diretamente pela Secretaria de Saúde do Estado e os profissionais de enfermagem possuem vínculo com a Unidade Hospitalar, sem discriminação de idade, gênero e função. Você não será identificado. Para evitar que a SES e os pesquisadores saibam suas respostas, o seu nome não será colocado nos formulários de pesquisa e cada formulário será identificado por números. Os resultados a serem divulgados não mostrarão informações individuais que poderiam te identificar. Sua participação ocorrerá nas seguintes etapas: (1) responder a um questionário semiestruturado, através da Plataforma *Google Forms*, sobre seus dados socioeconômicos, sua percepção sobre o estresse no trabalho e a percepção da sua imagem corporal.

Para participar da pesquisa você responderá perguntas simples sobre as rotinas pessoais e de trabalho. Você não precisará pagar para participar da pesquisa. Você tem o direito de não participar da pesquisa ou desistir da participação, sem nenhum prejuízo para sua função ou para seu trabalho no Hospital. Você não precisará explicar o motivo.

Assim, o estudo contribuirá para o monitoramento do estresse ocupacional na equipe de enfermagem e identificar se existe uma relação deste com a imagem corporal. O estudo tem

benefícios para você, os pacientes e a Secretaria de Saúde, pois identificará os fatores que interferem no seu trabalho e na sua imagem corporal. Os dados coletados não permitirão a sua identificação. Ao questionário preenchido por você será atribuído um código numérico.

Os possíveis riscos de participação nesse estudo será a interferência na rotina de trabalho ou desconforto em responder algum questionamento e/ou constrangimento em responder às perguntas dos instrumentos e ao fornecimento de seus dados de idade, função, peso, altura, imagem e satisfação corporal e tempo de atuação na área. Neste sentido, a equipe de pesquisadores utilizará questionários com linguagem inclusiva, validados em outros estudos, e de modo a evitar situações desconfortáveis devido ao preenchimento do mesmo.

Somando-se as informações acima, a equipe de pesquisadores adotará as seguintes medidas: comunicar ao profissional de enfermagem sobre a pesquisa, disponibilizar acesso ao questionário via Qr Code e link, evitar comentários e perguntas quando você estiver realizando suas atividades no ambiente hospitalar e, sempre, pedirá sua autorização para se aproximar. Antes das suas atividades, os pesquisadores darão orientações sobre as etapas da pesquisa com o propósito de esclarecer dúvidas dos profissionais de enfermagem.

A sua participação será voluntária, e não terá remuneração. O projeto de pesquisa terá início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP/UFS). Os dados serão coletados no seu ambiente de trabalho, no turno e horário que os gestores e você considerarem conveniente. Nesse estudo é garantido ao participante acerca da assistência gratuita, bem como os pesquisadores e a Secretaria de Saúde responsabilizarão pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa, o acesso a ressarcimento e a indenização caso haja algum prejuízo decorrente da sua participação. O manipulador será informado (a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a coorientadora do estudo: Prof^ª. Dr^ª. Jeane Ferreira, que pode ser localizada no Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Sergipe (Campus São Cristóvão), no telefone (79) 3194-6592 ou pelo e-mail ferreira.jeane@academico.ufs.br ou com a pesquisadora Sra. Tânia Pereira dos Santos pelo cel. (79) 98874-9274 (ligações a cobrar) das 8 às 17h ou e-mail: fxtania@yahoo.com.br. Caso não se sinta esclarecido(a) sobre a pesquisa ou tenha qualquer reclamação sobre a mesma, você poderá contatar o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe), localizado na Rua Cláudio Batista s/nº Bairro: Sanatório— Aracaju CEP: 49.060-110, SE ou realizar contato por e-mail:

cep@academico.ufs.br e/ou Telefone e horários para contato: (79) 3194-7208, de Segunda a Sexta-feira das 07 às 12h. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todas as informações da pesquisa, assinado e datado por um dos pesquisadores.

Eu, _____ tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios da minha participação, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

São Cristóvão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante de pesquisa Rubricar as demais páginas)	Nome e Assinatura do Pesquisador (Rubricar as demais páginas)
--	--