

**CARLOS ALEXANDRE BATISTA METZKER**

**O FISIOTERAPEUTA E O  
ESTRESSE NO TRABALHO:  
estudo de caso em um hospital filantrópico  
da cidade de Belo Horizonte-MG**

**Pedro Leopoldo  
Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo  
2011**

**CARLOS ALEXANDRE BATISTA METZKER**

**O FISIOTERAPEUTA E O  
ESTRESSE NO TRABALHO:  
estudo de caso em um hospital filantrópico  
da cidade de Belo Horizonte-MG**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Administração das Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Área de concentração: Gestão da Inovação e Competitividade.

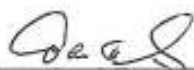
Orientador: Professor Lúcio Flávio Renault de Moraes, PhD.

**Pedro Leopoldo**  
**Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo**  
**2011**

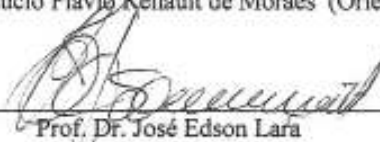
Título da Dissertação: "O FISIOTERAPEUTA E O ESTRESSE NO TRABALHO: ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DA CIDADE DE BELO HORIZONTE - MG".

Nome do aluno: CARLOS ALEXANDRE BATISTA METZKER

Dissertação de mestrado, modalidade Profissionalizante, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Administração das Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores:



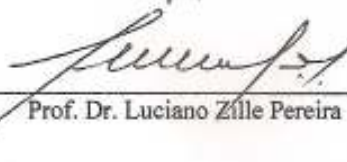
Prof. Dr. Lúcio Flávio Renault de Moraes (Orientador)



Prof. Dr. José Edson Lara



Profa. Dra. Íris Barbosa Goulart



Prof. Dr. Luciano Zille Pereira

Pedro Leopoldo (MG), 25 de março de 2011.

Aos meus queridos pais, Geraldo e Nair,  
todo o meu carinho, minha dedicação e gratidão.

Se hoje conquisto mais um sonho é porque  
sempre tive vocês do meu lado.

À minha amada esposa, Flávia,  
pela paciência nos momentos difíceis,  
pelo apoio, compreensão e amor  
dedicados a mim nessa longa trajetória.

Ao meu irmão, Geraldo Júnior,  
do qual tenho muito orgulho.  
Muito obrigado por sempre acreditar em mim.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de amor e sabedoria, pela força que sempre me impulsionou a seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao professor Lúcio Flávio Renault de Moraes, PhD, pela maneira como me apoiou nesta pesquisa. Orientação científica criteriosa, mas que permitiu o desenvolvimento pessoal do trabalho.

Ao Professor Doutor Luciano Zille Pereira, pelo apoio, ensinamentos e presteza.

À Professora Doutora Íris Barbosa Goulart, pelas valiosas sugestões que muito enriqueceram o trabalho.

Aos demais professores, funcionários e colegas do curso de Mestrado, especialmente Teresinha, Márcia, Salvador, Benjamin e Jussara que estiveram juntos nessa caminhada, possibilitando aprendizagens e convivências de inestimável valor.

Ao querido e saudoso primo-irmão Samuca (*in memóriam*), pelo exemplo de luta e perseverança. Mesmo distante, de alguma forma me auxiliou e transmitiu força para superar as adversidades.

A todos os meus familiares e amigos, que entenderam os longos períodos de ausência, fundamentais para a concretização deste trabalho.

Aos entrevistados, colegas de profissão, que contribuíram para a concretização deste estudo. Sem os mesmos, sua realização não seria possível.

“A mente que se abre a uma nova ideia  
jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal investigar os aspectos relacionados ao estresse no trabalho de fisioterapeutas atuantes em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte-MG. Para tanto, foi realizado um estudo de caso, de natureza descritiva e explicativa, com abordagem quantitativa e qualitativa, fundamentado no modelo teórico de estresse ocupacional proposto por Zille (2005). Participaram da pesquisa 38 profissionais, sendo os dados coletados em duas etapas: a primeira consistiu na aplicação de questionário (adaptado do modelo teórico para explicar o estresse em gerentes - MTEG); e a segunda compreendeu a realização de entrevistas semiestruturadas com cerca de 30% dos respondentes do questionário. Ao final do trabalho pôde-se concluir que a necessidade constante de acerto; a realização de diversas atividades simultaneamente; a divisão da autonomia com outro profissional de saúde; e a convivência com indivíduos estressados, ansiosos e/ou com dificuldades emocionais foram as principais fontes de tensão excessiva no trabalho dos fisioterapeutas estudados. Os dados também revelam que, dos 38 indivíduos pesquisados, 29 (76,3%) apresentaram quadro de estresse ocupacional, sendo 23 ou 60,5% com estresse leve a moderado e seis (15,8%) com estresse intenso. Apenas 23,7% dos participantes apresentaram ausência de estresse. Quanto aos sintomas de estresse manifestados destacaram-se: fadiga; dor nos músculos do pescoço e ombros; ansiedade; perda e/ou oscilação de humor; irritabilidade fácil; nervosismo acentuado; e insônia. No que concerne as principais estratégias utilizadas pelos profissionais como mecanismos reguladores do estresse evidenciaram-se: possibilidade de gozar férias regularmente; prática de exercícios físicos regularmente; cooperação entre colegas de trabalho; e possibilidade de questionar prioridades com superiores, quando necessário.

**Palavras Chaves:** Estresse. Estresse ocupacional. Fontes de tensão no trabalho. Fisioterapeuta.

## ABSTRACT

This study had the aim to investigate the aspects related to job stress of physical therapists working in a charity hospital in the city of Belo Horizonte-MG. For that, we conducted a case study, descriptive and explanatory, with quantitative and qualitative approach, based on the theoretical model of occupational stress proposed by Zille (2005). 38 professionals participated in the survey, with data collected in two stages: the first consisted of questionnaire (adapted from the theoretical model to explain the stress on managers - MTEG) and the second included structured interviews with approximately 30% of respondents to the questionnaire. At the end of the work it was concluded that the need for constant adjustment, the performance of several activities simultaneously, the division of autonomy with another health professional, and individuals living with stressed, anxious and/or emotional difficulties were the main sources of excessive tension at work of the physical therapists studied. The data also show that of the 38 individuals surveyed, 29 (76.3%) presented occupational stress, and 23 or 60.5% presents mild to moderate stress and six (15.8%) presented severe stress. Only 23.7% had no stress. About the symptoms of stress manifested included: fatigue, pain in the neck muscles and shoulders, anxiety, loss and / or mood swings, irritability easy; marked nervousness, and insomnia. Regarding the main strategies used by professionals as regulatory mechanisms of stress became evident: incapacity to take vacations regularly, regular physical exercising, cooperation among co-workers, and the possibility of questioning higher priorities with chiefs when necessary.

**Keywords:** Stress. Occupational Stress. Sources of stress at work. Physiotherapist.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ABF	Associação Brasileira de Fisioterapia
a.C.	Antes de Cristo
APTA	<i>American Physical Therapist Association</i>
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
INAR	Instituto Nacional de Reabilitação
ISMA	<i>International Stress Management Association</i>
MTEG	Modelo teórico para explicar o estresse ocupacional em gerentes
SINFITO	Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais
SPSS	<i>Statistical Package for the Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
UTIs	Unidades de Terapia Intensiva

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **Figuras**

FIGURA 1 O processo de estresse .....	30
FIGURA 2 Modelo teórico para explicar o estresse.....	36

### **Gráficos**

GRÁFICO 1 Distribuição da amostra segundo o gênero.....	55
GRÁFICO 2 Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	55
GRÁFICO 3 Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	56
GRÁFICO 4 Distribuição da amostra segundo o curso de especialização.....	57
GRÁFICO 5 Distribuição da amostra segundo as condições de saúde.....	60
GRÁFICO 6 Diagnóstico de estresse ocupacional para a amostra estudada..	63

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 Distribuição da amostra por tempo de trabalho na instituição.....	58
TABELA 2 Distribuição da amostra por número de horas semanais trabalhadas.....	58
TABELA 3 Distribuição amostral por trabalho nos finais de semana e feriados.....	59
TABELA 4 Distribuição da amostra por número de horas de sono/dia.....	61
TABELA 5 Interpretação dos níveis de estresse ocupacional.....	62
TABELA 6 Principais fontes de tensão excessiva no trabalho para a amostra estudada.....	65
TABELA 7 Principais fontes de tensão do indivíduo e do papel desempenhado para a amostra estudada.....	68
TABELA 8 Principais sintomas de estresse para a amostra estudada.....	70
TABELA 9 Mecanismos de regulação para a amostra estudada.....	73
TABELA 10 Impactos nos indicadores de produtividade para a amostra estudada.....	75
TABELA 11 Relação entre nível de estresse ocupacional e idade.....	77
TABELA 12 Relação entre nível de estresse ocupacional e tempo de trabalho na instituição.....	78
TABELA 13 Relação entre nível de estresse ocupacional e horas de trabalho semanais.....	79
TABELA 14 Relação entre nível de estresse ocupacional e consumo de bebida alcoólica.....	80
TABELA 15 Relação entre nível de estresse ocupacional e problemas de saúde.....	81
TABELA 16 Relação entre nível de estresse ocupacional e horas de sono/dia.....	82

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Problema e justificativa.....	15
1.2 Objetivos.....	17
1.3 Estruturação do trabalho.....	17
2. A FISIOTERAPIA.....	19
2.1 Evolução histórica da profissão.....	19
2.2 A Fisioterapia no Brasil: surgimento e legislação.....	21
2.3 O profissional fisioterapeuta.....	23
3 ESTRESSE OCUPACIONAL.....	25
3.1 O estresse: origem e evolução conceitual.....	25
3.2 Categorização do estresse.....	30
3.3 Estresse ocupacional .....	32
3.4 Modelos explicativos do estresse ocupacional .....	34
3.5 Algumas pesquisas brasileiras .....	37
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	42
4.1 Tipo e método de pesquisa.....	42
4.2 Unidade de análise e amostra.....	43
4.3 Procedimentos e Instrumentos para coleta de dados.....	44
4.4 Pré-teste e validação do conteúdo dos instrumentos utilizados.....	46
4.5 Sistematização e processamento dos dados.....	46
5 A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL E A INSTITUIÇÃO PESQUISADA .....	48
5.1 A organização hospitalar no Brasil .....	48
5.2 A instituição pesquisada: hospital Central de BH .....	50
5.3 Estrutura, princípios e missão do Hospital Central de BH .....	51

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	54
6.1 Caracterização da amostra.....	54
6.1.1 Gênero, idade e estado civil.....	54
6.1.2 Curso de especialização concluído.....	56
6.1.3 Tempo de trabalho na instituição.....	57
6.1.4 Número de horas trabalhadas e trabalho aos sábados, domingos e feriados.....	58
6.1.5 Tabagismo e hábito de consumo de bebida alcoólica.....	59
6.1.6 Condições de saúde e quantidade de horas de sono por dia.....	60
6.2 Diagnóstico de estresse.....	62
6.2.1 Fontes de tensão excessiva no trabalho.....	64
6.2.2 Fontes de tensão do indivíduo e do papel desempenhado.....	67
6.2.3 Sintomas do estresse.....	69
6.2.4 Mecanismos de regulação.....	72
6.2.5 Impactos na produtividade.....	75
6.3 Dados sociodemográficos e suas relações com o nível de estresse ocupacional.....	77
6.3.1 Nível de estresse ocupacional e fator idade.....	77
6.3.2 Nível de estresse ocupacional e fator tempo de trabalho na instituição..	78
6.3.3 Nível de estresse ocupacional e fator número de horas trabalhadas.....	79
6.3.4 Nível de estresse ocupacional e fator consumo de bebida alcoólica.....	80
6.3.5 Nível de estresse ocupacional e fator problemas de saúde.....	81
6.3.6 Nível de estresse ocupacional e fator horas de sono/dia.....	82
7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	84
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXO E APÊNDICES.....	97

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o trabalho é tido como uma das mais importantes maneiras de o homem se posicionar como indivíduo único e é algo que complementa e confere sentido à sua vida. Constitui-se na principal forma de organização da sociedade, podendo ser fonte de realização de diversas necessidades humanas, como autorrealização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência. Em contrapartida, também pode ser considerado fonte de sofrimento, insatisfação e adoecimento, quando contém riscos inerentes à saúde dos trabalhadores e os mesmos não conseguem criar mecanismos adaptativos e de enfrentamento para tais riscos (GUIDO, 2003; MENDES; BORGES; FERREIRA, 2002).

As novas formas de organização do trabalho ressaltam o desenvolvimento de um trabalhador com habilidades múltiplas, que deve ser capaz não apenas de antever problemas e desenvolver soluções alternativas, mas também de sugerir novas linhas de ação (ZILLE; BRAGA; MARQUES, 2008). Além disso, com a globalização e a evolução tecnológica se apresentando em velocidade acelerada e constante, está-se assistindo a uma importante mudança no modo de produção das organizações, em que o homem como trabalhador é exigido no extremo de suas capacidades intelectuais, físicas e psicológicas (ZILLE *et al.*, 2001; WELMOWICKI *et al.*, 1994).

Concomitantemente, a acirrada competitividade, a ameaça do não cumprimento das obrigações e as inúmeras dificuldades impostas no dia-a-dia no ambiente de trabalho fazem com que o indivíduo se torne cada vez mais sobrecarregado, ocasionando impacto direto na sua satisfação profissional e favorecendo o desencadeamento do estresse (FRANÇA; RODRIGUES, 2002). Isso pode ser observado nos mais variados ramos de atividade e, do mesmo modo, no campo da saúde.

Ao longo dos anos, a área de saúde vem sendo influenciada por fatores como crescimento demográfico exagerado da população mundial, revolução nos costumes em função da globalização, significativo avanço da tecnologia na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de doenças e o aumento da

expectativa de vida. Esses fatos justificam o crescimento substancial de algumas profissões, especialmente a Fisioterapia.

Alguns estudos atestam que o trabalho na área da Fisioterapia é uma atividade profissional associada à realização pessoal (SCHENZ; GUTHRIE; DUDGEON, 1995). A formação humanista pressupõe um profissional voltado para a busca contínua pelo bem-estar do indivíduo, utilizando o seu conhecimento para a promoção de melhores condições de vida às pessoas (SILVA; SILVEIRA, 2008). Contudo, trata-se de um trabalho árduo, desenvolvido em regime de turnos e plantões, abrindo perspectivas de duplos empregos e de jornadas de trabalho prolongadas, em meio a um cenário de constantes paradoxos: vida, morte, alegrias, dores, sofrimento e perdas (SILVA, 2006).

Essa realidade afeta, em geral, a população e, em particular, o próprio profissional. Essas condições gerais contribuem para que inúmeros indivíduos se sintam inaptos e incapazes de responder às exigências propostas nas suas atividades laborais, favorecendo o estresse ocupacional, presente em diversas organizações (CUSTÓDIO *et al.*, 2006).

### **1.1 Problema e justificativa**

Diversas profissões, pelas suas características próprias, tendem a ser mais estressantes quando comparadas a outras. Essa é uma situação preocupante, sobretudo no que tange à qualidade da atuação desses profissionais, que ao agirem de maneira inadequada podem gerar risco de morte iminente para aqueles que necessitam de seus trabalhos. Segundo Zille *et al.* (2001, p. 44), “esse é o caso de muitas entre as profissões em que os trabalhadores envolvidos estão sob contínua tensão, pois a sua própria vida e a de muitos outros estão na dependência do desempenho correto das suas atividades”.

Os profissionais de saúde, especialmente fisioterapeutas, fazem parte de um grupo de profissionais expostos a estados de tensão excessiva: frequentes situações de emergência, inúmeras condições de risco e circunstâncias que propiciam a necessidade constante do acerto são alguns dos fatores que justificam a grande probabilidade de estresse ocupacional na classe. Essa condição foi referenciada por Formighieri (2003, p. 3) ao relatar que “os

profissionais de saúde frequentemente são expostos a carga física e mental expressivas durante seu trabalho”.

A necessidade de atuar com autonomia - diversas vezes reprimida por normas organizacionais -, a cobrança por resultados e a falta de reconhecimento profissional são aspectos relevantes nesse processo, uma vez que podem ocasionar circunstâncias de desgaste, angústia e insatisfação, possíveis fontes geradoras de estresse (DONOHOE *et al.*, 1993).

Além disso, em se tratando do trabalho de Fisioterapia desempenhado especialmente no cenário hospitalar, há referência de que é diferenciado dos demais por ser contínuo, desgastante, exaustivo e desenvolvido a partir de uma relação interpessoal muito próxima com o paciente sob seus cuidados e demais profissionais de saúde (SILVA, 2006). Ao mesmo tempo, o escasso número de pessoal, a alta exposição a riscos químicos e físicos, assim como o constante contato com o sofrimento, a dor e, muitas vezes, a morte fazem com que esses profissionais se submetam a uma série de atividades que necessitam de controle mental e emocional muito maior do que em outras profissões (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Diante das questões apresentadas, configura-se a seguinte pergunta norteadora do estudo: como podem ser explicados possíveis quadros de estresse em fisioterapeutas que atuam em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte-MG?

Um estudo que aborde questões relacionadas às fontes geradoras de estresse ocupacional, no exercício da profissão de Fisioterapia, torna-se relevante à medida que se faz necessário expandir conhecimentos teóricos sobre a temática. Além disso, é evidente a escassez de trabalhos acerca do problema, o que pode ser um instrumento informativo para órgãos, instituições e profissionais da área, especialmente o grupo e a organização estudados.

Dos trabalhos que investigam o estresse ou as fontes de pressão no trabalho de fisioterapeutas, destacam-se os de Silva (2006) e Formighieri (2003). Entretanto, o presente estudo se diferencia dos demais pelos seus objetivos, que visam, além da investigação de aspectos estressantes do trabalho, identificar os sintomas, mecanismos de defesa e combate, bem como os impactos nos indicadores de produtividade no trabalho dos profissionais da área da Fisioterapia.



## 1.2 Objetivos

O objetivo geral deste estudo é investigar os aspectos relacionados ao estresse no trabalho de fisioterapeutas atuantes em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte-MG, com base no modelo teórico proposto por Zille (2005).

A partir do objetivo geral evidenciaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Realizar diagnóstico do nível de estresse na amostra pesquisada;
- Identificar as principais fontes de tensão excessiva no trabalho dos fisioterapeutas pesquisados;
- Identificar os sintomas de estresse manifestados pelos fisioterapeutas pesquisados;
- Identificar as estratégias de enfrentamento ou mecanismos reguladores do estresse utilizadas pelos profissionais estudados;
- Analisar os impactos causados nos indicadores de produtividade dos profissionais estudados;
- Realizar análise comparativa em relação ao nível de estresse e os dados sociodemográficos: idade, tempo de trabalho na instituição, número de horas trabalhadas por semana, consumo de bebida alcoólica, problemas de saúde e horas de sono por dia.

## 1.3 Estruturação do trabalho

Este trabalho está organizado em sete seções, além desta introdução em que se apresentam a contextualização do tema estudado, o problema objeto de estudo, as justificativas para sua realização e os objetivos geral e específicos.

Na segunda seção promove-se a revisão da literatura, abordando aspectos históricos para a origem da profissão Fisioterapia, sua legislação e surgimento no Brasil. Além disso, essa parte trata também de elucidar algumas questões importantes sobre o trabalho do profissional fisioterapeuta.

A terceira seção aborda o tema estresse ocupacional. Nessa parte do trabalho é resgatada a literatura acerca da temática: origem, evolução conceitual, categorização, algumas pesquisas realizadas no Brasil, principais modelos teóricos que explicam tal fenômeno e as estratégias de enfrentamento ao estado de estresse.

Na quarta seção, procede-se à apresentação dos aspectos metodológicos norteadores do estudo, descrevendo-se o tipo e o método de pesquisa, a unidade de análise e amostra, bem como o detalhamento da coleta de dados e estratégias de análise.

A descrição da organização hospitalar no Brasil, assim como a caracterização da instituição estudada, é realizada na quinta seção.

A sexta seção trata da apresentação e discussão dos resultados da pesquisa. Finalmente, a sétima seção traz as conclusões do trabalho, suas limitações e algumas recomendações para avanços de novas investigações sobre a temática estudada.

## **2 A FISIOTERAPIA**

Neste capítulo é apresentada a primeira parte do referencial teórico que sustenta o estudo. São abordados importantes aspectos da Fisioterapia, como evolução histórica da profissão, legislação e surgimento no Brasil. Em seguida, são tratadas algumas questões importantes sobre o trabalho do profissional fisioterapeuta.

### **2.1 Evolução histórica da profissão**

A princípio, qualquer atividade humana no mundo do trabalho pode ser considerada uma atividade profissional. No entanto, a Sociologia enfatiza alguns elementos que constituem uma profissão: autonomia, adesão ao ideal de serviço, forte identidade profissional traduzida pelo código de ética e a demarcação do território profissional (MACHADO, 1995).

A Fisioterapia começou a surgir no mundo de forma fragmentada, sem o preceito próprio, com o nome de Medicina Física. O primeiro relato na história apareceu em 4000 a.C., por meio da utilização de elementos físicos (sol, luz e água), com o objetivo de extinguir doenças. Surgiu de forma curativa e preventiva sendo que ao longo dos anos foi reformulando-se conforme a evolução intelectual e psíquica do homem (LUCAS, 2005).

Os filósofos trouxeram para o mundo a evolução do conhecimento em várias áreas, o que veio contribuir para novas e importantes descobertas no campo da Medicina. Hipócrates, o pai da Medicina, já adotava recursos terapêuticos como forma de fortalecer os músculos enfraquecidos. Na mesma época, a visão de que tudo acontecia de forma natural fez com que os exercícios e os meios naturais para desenvolver a saúde e/ou curar doenças fossem ressaltados (DELFINE; FELTRIN, 1986).

Na Idade Média (século IV a XV), a exaltação da fé provocou a interrupção no avanço dos estudos da área de saúde. Nesse período, em decorrência da influência religiosa, o corpo humano passou a ser considerado

“algo inferior”. Assim, o exercício estava inibido em sua forma anterior de aplicação, a curativa, passando a ser utilizado para outros fins: a nobreza e o clero o empregavam para o aumento da potência física, enquanto burgueses e lavradores usavam, unicamente, como diversão (ROSEN, 1994).

No Renascimento (séc. XV a XVI), houve a valorização da beleza física, ao mesmo tempo em que os valores rígidos e morais da Idade Média sofreram decadência. Segundo Rebelatto e Botomé (1999), o humanismo e as artes desenvolvendo-se permitiram paralelamente a retomada dos estudos relativos ao cuidado com o corpo e a revitalização do culto ao físico.

Ao final do Renascimento verificou-se avanço na utilização dos recursos físicos como meio de tratamento das doenças, com significativa influência do mundo ocidental. Daí surgiu a cinesioterapia, o tratamento pela utilização do movimento humano, um dos recursos mais utilizados na Fisioterapia atual. Nessa época há relatos de preocupações com a prevenção e manutenção da saúde (GAVA, 2004; SANCHES, 1984).

Com a industrialização, momento caracterizado pelo progresso na utilização de máquinas e transformação social determinada pela produção em larga escala, ocorreu veloz desenvolvimento das cidades, assim como surgiram condições sanitárias precárias, jornadas de trabalho estafantes e condições alimentares insatisfatórias, situações que favoreceram a proliferação de novas doenças e risco iminente de epidemias. Nesse contexto, surgiu a necessidade de avanços nos estudos da Medicina, com mais atenção ao tratamento de enfermidades, nos quais recursos elétricos, térmicos e hídricos, aliados à aplicação de exercícios físicos, sofreram evolução dirigida para o atendimento ao indivíduo doente (REBELATTO; BARTOMÉ, 1999).

Ainda no período entre os séculos XVIII e XIX, as aplicações de correntes galvanofarádicas<sup>1</sup> eram prescritas como valiosos métodos terapêuticos. Durante a Segunda Guerra Mundial, hospitais e diversos médicos americanos fizeram uso da Fisioterapia, considerada importante serviço de recuperação das tropas feridas (CURRIER; DELISA; MARTIN, 2002).

---

<sup>1</sup>Correntes galvanofarádicas: correntes elétricas contínuas e alternadas utilizadas como métodos terapêuticos em diversas afecções do sistema neuromusculoesquelético.

A partir do século XX, diversas mudanças ocorreram na área da saúde. Sanchez (1984) destaca que, devido ao aumento da complexidade em ciência e tecnologia e o crescimento do número e variedades de casos relativos às grandes guerras e a epidemias de poliomielite, o atendimento de saúde, que antes era restrito apenas aos médicos, passou a contar com outras equipes de profissionais habilitados. Desta forma, a Fisioterapia tornou-se parte integrante da chamada “área da saúde” e ganhou marcante papel no aspecto social ao atuar em todos os níveis de atenção à saúde: promoção, prevenção, cura e reabilitação (DELIBERATO, 2002).

Pelo surgimento da ciência moderna, a Fisioterapia alcançou voos satisfatórios. Diversas técnicas e recursos passaram a ser estudados e aplicados pelos profissionais da área. Desta maneira, a profissão foi difundida em diversos países do mundo, inclusive no Brasil.

## **2.2 A Fisioterapia no Brasil: surgimento e legislação**

No Brasil, a Fisioterapia tem breve histórico que se divide em dois momentos distintos: o primeiro refere-se à organização dos centros de reabilitação e dos cursos de formação prática (nível técnico); o segundo, ao movimento da classe em busca de aperfeiçoamento e reconhecimento profissional.

Na década de 1930, as cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo possuíam serviços de Fisioterapia idealizados por médicos que tomavam para si a terapêutica de forma integral, experimentando recursos físicos para minimizar as sequelas de seus pacientes (REBELATTO; BARTOMÉ, 1999). Tais procedimentos, segundo Sanches (1984), levaram esses médicos a serem reconhecidos e denominados de “médicos de reabilitação”.

No Rio de Janeiro, em 1954, foi criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), que deu origem ao técnico de reabilitação, profissional habilitado em curso de 2º grau de ensino, que tinha a função de auxiliar o trabalho dos médicos ou especialistas do curso universitário da área da saúde. Entre suas atribuições incluíam-se a realização de massagens, facilitação de mobilizações ativas e passivas dos pacientes, preparação de aparelhos e instrumentos e treino

de pacientes em uso de órteses e próteses ortopédicas (NASCIMENTO *et al.*, 2006; REBELATTO; BARTOMÉ, 1999).

Seguindo a forte tendência da época, novos centros de reabilitação foram criados. Em São Paulo, foi instituído o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), pertencente à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O curso de nível técnico e basicamente prático tinha duração de dois anos, formando a primeira turma de em 1959. No mesmo ano foi criada a Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF), objetivando oferecer amparo técnico-científico e sociocultural para o desenvolvimento da profissão (LUCAS, 2005).

A demanda por essa formação aumentou na década de 1960, devido ao alto índice de indivíduos portadores de sequelas motoras da poliomielite (BARROS, 2008). Além disso, a grande ocorrência de acidentes de trabalho determinava expressiva faixa populacional a ser reabilitada para reintegrar-se social e produtivamente (SANCHES; MARQUES, 1994). Dessa forma, as atividades de reabilitação transformaram-se em realidade e necessidade social.

Diante desse cenário, foi em 13 de outubro de 1969, com base no Decreto-Lei nº 938, que ocorreu a regulamentação da profissão no Brasil. A Junta Militar que governava o país naquele ano regulamentou o exercício da Fisioterapia, definindo suas áreas de atuação e formação. Assim, o exercício profissional na área tornou-se exclusividade de fisioterapeutas formados em cursos de nível superior, cabendo aos mesmos, de forma privativa, a realização de métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente (BRASIL, 1969).

Após a regulamentação da profissão e a consolidação de cursos superiores pelo Brasil, o próximo passo foi a criação dos conselhos de classe e do código de ética profissional. Em 17 de dezembro de 1975, por meio da Lei nº 6.316, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República, foram criados o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1975). Dois anos mais tarde foi aprovado e instituído o Código de Ética Profissional, contendo as normas para habilitação ao exercício profissional. O documento estabelecia os direitos e deveres do profissional, assegurando o controle da própria categoria (COFFITO, 2010).

Outro fato marcante no processo de desenvolvimento da profissão se deu com a criação do sindicato dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (SINFITO). Inicialmente funcionando como associação profissional, somente em 12 de agosto de 1980, por carta expedida pelo Ministério do Trabalho, foi reconhecido como sindicato representante da categoria que, segundo Sanches e Marques (1994), surgiu para “defender os interesses trabalhistas da classe”.

A situação atual da Fisioterapia no Brasil, portanto, é fruto de sua história, evolução e conquistas. Nesses 41 anos de reconhecimento a atividade ganhou respeito e credibilidade, de maneira que seus profissionais, cada vez mais qualificados, fossem reconhecidos e ganhassem espaço no mercado de trabalho.

### **2.3 O profissional fisioterapeuta**

Segundo a *American Physical Therapist Association* (APTA, 2001), o trabalho do fisioterapeuta constitui-se, basicamente, em avaliação fisioterápica, indicação e aplicação de terapia e reavaliação das condições clínicas do paciente/cliente. Como profissional da saúde, atua principalmente na reabilitação do indivíduo, promovendo o restabelecimento das funções sensorio-motoras afetadas por lesões e/ou doenças.

Conforme o Código de Ética Profissional, são responsabilidades fundamentais do fisioterapeuta: prestar assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde; zelar pela provisão e manutenção da adequada assistência ao cliente; responsabilizar-se por erro cometido em sua atuação profissional individual ou coletivamente, quando o erro ocorrer em equipe; responsabilizar-se pelo desempenho técnico do pessoal sob sua direção, coordenação, supervisão e orientação (CREFITO, 2009).

No mercado de trabalho, o profissional fisioterapeuta pode atuar de maneira autônoma ou assalariada em instituições públicas e privadas, exercendo suas atividades em diversos estabelecimentos como hospitais, clínicas, ambulatórios, creches, asilos, domicílios, entre outros (BRASIL, 1969).

Em se tratando do trabalho desempenhado, especialmente no cenário hospitalar, há referência de que este é diferenciado dos demais por ser contínuo, desgastante, exaustivo e desenvolvido a partir de relação interpessoal muito

próxima com o paciente sob seus cuidados, familiares e demais profissionais de saúde (SILVA, 2006). Essa interação, muitas vezes por período prolongado, pode levar à absorção do sofrimento emocional transmitido pelo próprio enfermo, que, segundo Messias (1999), pode ser somatizado em razão do número de pacientes atendidos em um dia inteiro de trabalho.

Embora a Lei Federal nº 8.856 de 1º de março de 1994 limite a jornada de trabalho do fisioterapeuta em 30 horas semanais (COFFITO, 1995), na prática, a realidade é diferente. Com o intuito de complementar sua renda mensal, o profissional costuma atuar muito além da carga horária fixada, pois o atendimento por paciente estimula o aumento do número de indivíduos atendidos em determinado espaço de tempo.

Além da terapia propriamente dita, o fisioterapeuta é levado a planejar um ambiente enriquecido tanto no âmbito físico quanto emocional, a fim de motivar o paciente e proporcionar condições satisfatórias para o processo de recuperação (FIORELLI; MARINHO, 2005). Diversas vezes, o paciente encontra-se amedrontado, ansioso, apático ou deprimido, necessitando de incentivo, confiança e estímulo para aderir ao tratamento. Jales (2000) acrescenta que a profissão de fisioterapeuta exige muita responsabilidade em virtude da necessidade que os profissionais sentem de prestar assistência com qualidade. Além disso, a atividade requer muita criatividade, improvisação e atenção na execução da tarefa e nas informações transmitidas pelos pacientes.

Partindo das questões apresentadas, entender o fenômeno estresse faz-se necessário de modo que se tornem claras as principais bases conceituais abordadas na literatura.

A seguir, aborda-se o tema central deste estudo que é o estresse ocupacional.



### **3 O ESTRESSE OCUPACIONAL**

Neste capítulo é apresentada a segunda parte do referencial teórico que sustenta o estudo. Inicialmente, são elucidadas a origem e evolução conceitual do estresse e sua categorização. Em seguida, o estresse ocupacional é abordado juntamente com os principais modelos teóricos que explicam tal fenômeno, incluindo-se o utilizado nesta pesquisa. Por fim, são apresentadas algumas pesquisas brasileiras que abordam o tema.

#### **3.1 Estresse: origem e evolução conceitual**

O fenômeno estresse tem sido alvo de diferentes estudos ao longo dos anos, essencialmente nos campos da Medicina, Psicologia e Administração, o que veio contribuir para a formação de diversas teorias e conceitos sobre a problemática.

O termo, utilizado inicialmente na Física para indicar o grau de deformidade de uma estrutura quando a mesma era submetida a esforço ou tensão (NAUJORKS, 2002), teve origem no latim *stringere*, no século VXII, passando a ser utilizado no idioma inglês para designar "opressão, desconforto e adversidade" (SPIELBERGER, 1979). Segundo Myers (1999), o interesse médico pelo estresse remonta a Hipócrates (470-377 a.C.), mas somente em 1929, após os trabalhos do fisiologista Cannon, a reação de estresse passou a ser compreendida como um fenômeno relacionado à interação corpo-mente.

Ainda que seus efeitos tenham sido relatados anteriormente, foi Selye, fisiologista austríaco, quem analisou o termo estresse à luz dos preceitos acadêmicos e científicos. Segundo ele, trata-se de um estado de alteração orgânica causador de modificações no sistema biológico, ocasionados por inúmeros agentes, que pode ser definido como:

[...] resposta inespecífica do corpo a qualquer exigência feita a ele. Em termos mais coloquiais, podemos definir estresse como o ritmo de desgaste provocado pela vida [...]. É uma sobrecarga dos recursos do corpo a fim de responder a alguma circunstância ambiental. [...] Na essência, a reação de estresse é uma mobilização das defesas do corpo, um antiquado mecanismo bioquímico de sobrevivência que foi aperfeiçoado no decurso do processo evolutivo, permitindo aos seres humanos adaptar-se a fatos hostis ou ameaçadores (SELYE, 1965, p. 33).

O mesmo autor descreve uma reação adaptativa única e geral do corpo quando submetido a agentes estressores, por ele denominada de síndrome de adaptação geral e caracterizada pela existência de três fases: a) reação de alarme, assinalada pela queda da resistência e decorrente da ativação do sistema nervoso simpático em que o corpo fica pronto para enfrentar o desafio; b) resistência, na qual o corpo se mantém ativado, ainda que em grau menos intenso, de forma a manter seus recursos disponíveis para o embate; c) considerada de exaustão, cujo corpo é exigido a manter-se ativado por período mais longo do que aquele que consegue suportar; o organismo entra em exaustão e torna-se vulnerável, há queda na capacidade de pensar, lembrar e de agir, assim como da capacidade de resposta do sistema imunológico.

Embora o trabalho de Selye tenha se destacado como um grande avanço nos estudos do estresse, algumas críticas foram levantadas à medida que sua abordagem considerava apenas a visão biológica do conceito. De acordo com Cooper, Cooper e Eaker (1988), o conceito proposto desconsiderava tanto o impacto psicológico do estresse no indivíduo quanto sua habilidade de reconhecer e agir contra o próprio estresse, na tentativa de mudar tal situação.

O estresse psicológico é a aplicação do conceito para além da dimensão biológica e é definido por Lazarus e Folkman (1984) como uma relação entre a pessoa e o ambiente, que é avaliada como prejudicial ao seu bem-estar. Os autores chamam a atenção para a importância da avaliação cognitiva da situação (o fator estressor) - que determina por que e quando essa situação é estressora - e para o esforço de enfrentamento, ou seja, a mudança cognitiva e comportamental diante do estressor.

Outro autor que apresentou discordância da definição elaborada por Selye foi Lazarus (1969), ao sugerir que o estresse depende da forma como o indivíduo avalia ou interpreta o significado de um evento novo, nocivo ou ameaçador, seja

de forma consciente ou inconscientemente. Para ele, a reação ao estresse ocorre de maneira individual, ou seja, varia de indivíduo para indivíduo.

Alguns anos mais tarde, Khorol (1975), médico soviético, abordou a questão do estresse retomando as formulações de Selye. Enfatiza que este defendia que a capacidade de adaptação é provavelmente a mais importante da vida e que, em Biologia, chama-se estresse a reação do corpo humano a qualquer modificação ou mudança relevante, seja ela agradável ou não.

Considerando a interação entre o homem e o meio, o estresse foi caracterizado como parte de um sistema complexo e dinâmico de transações entre o indivíduo e o ambiente em que está inserido. Ou seja, muito mais do que situação decorrente apenas da pressão do ambiente, o estresse pode surgir de pressões provindas tanto do ambiente quanto dos meios ou situações, evidente quando o indivíduo não consegue se adaptar às fontes de pressão (COX, 1978).

Posteriormente, o estresse foi considerado um estado em que se verifica desgaste anormal da máquina humana e/ou a diminuição da capacidade de trabalho, ocasionados basicamente pela incapacidade prolongada do indivíduo de tolerar, superar ou adaptar-se às exigências de natureza psíquica presentes no seu ambiente de vida. Caracteriza-se como o ritmo de desgaste originado pela inadequação prolongada às exigências psíquicas da vida, tendo como principais sintomas: nervosismo, ansiedade, irritabilidade, fadiga, angústia, raiva, depressão, dor no estômago, no pescoço, ombros, peito e nas costas (COUTO, 1987).

Ainda considerando a ideia de enfrentamento às exigências do ambiente, Albrecht (1988) define o estresse como um conjunto de condições bioquímicas do corpo humano, fruto da tentativa de adaptação ao meio. Portanto, não se trata de uma doença, mas do descontrole de uma função natural e normal do organismo. Nessa perspectiva, deve-se buscar equilíbrio nos níveis de estresse, a fim de que tal estado possa colaborar para o desempenho do indivíduo sem ameaçar o seu bem-estar. Esse mesmo autor salienta que o ser humano vem passando por várias mudanças, as quais têm modificado seu modo mais natural de viver: a passagem da vida rural para a vida urbana, a passagem do estacionário para o móvel, da autossuficiência para o consumo, do isolamento para a interligação e da atividade física para a vida sedentária. O acelerado ritmo dessas mudanças

afeta direta e indiretamente o homem, enfraquecendo seus níveis de capacidade física e mental.

Tal opinião já havia sido descrita por Fernandes (1996), ao ressaltar o despreparo dos indivíduos para a intensidade e o ritmo das mudanças que vêm se processando atualmente. Assim, as pessoas são submetidas a um nível de “estresse fisiológico”, o que as torna mais vulneráveis aos acontecimentos cotidianos, que se refletem no seu ambiente pessoal, familiar, social e de trabalho.

Salientando a propriedade dinâmica do estresse, Santos (1988) o considera um estágio que permeia a saúde e a doença, durante o qual o corpo combate os agentes causadores de doença. Assim, não é uma doença em si, mas pode vir a ser, caso a reação não se complete. Para ele, diferentemente de outros autores, o estresse é sempre negativo, não contribuindo para o aumento de produtividade, embora algum nível de pressão no trabalho possa implicar desafio e motivação.

Entendendo o estresse como um processo químico natural do corpo humano, fruto dos agentes estressores presentes em qualquer ambiente, Moraes *et al.* (1995) chamam a atenção para uma análise mais ampla do fenômeno, permeada pelas substanciais mudanças ocorridas na sociedade contemporânea. De acordo com os autores, o ambiente de trabalho tem relevante papel nesse processo, tendo em vista o tempo de permanência, a natureza e a intensidade de relações que o indivíduo desenvolve nesse contexto. Em contrapartida, o elevado número de agentes estressores presentes na sociedade atual exige constante adaptação do homem ao meio, causando-lhe permanente tensão, podendo ocasionar autoagressão.

Na década de 1980, surgiu o modelo quadrifásico do estresse, que se distingue pelo acréscimo de uma nova fase, complementar ao modelo sugerido por Selye (1965). Proposto por Lipp (1984), o novo modelo complementa a visão anterior do estresse como sendo caracterizado somente por três fases. A autora salienta que o indivíduo não entra subitamente na fase de exaustão, defendendo a ideia de que há sempre um estado de transição denominado fase de “quase-exaustão”, assinalada pelo enfraquecimento do indivíduo, que não mais consegue resistir ao agente estressor.

O estresse pode variar entre uma simples sensação de desconforto e a total prostração do corpo e da mente. Na mesma linha de raciocínio, Zille (2005) o considera uma condição de deterioração do organismo, acarretando inaptidão para o trabalho, provocado pela incapacidade prolongada de o indivíduo tolerar e superar as exigências psíquicas da vida ou adaptar-se a elas. E ressalta que a manifestação do estresse está relacionada ao desequilíbrio acentuado entre os níveis de tensão psíquica que o indivíduo recebe do meio e à sua capacidade psíquica de suportá-lo.

Numa visão mais atual, o estresse ainda pode ser caracterizado como uma fase que segue o esforço de adaptação, produzindo deformações na capacidade de resposta, de maneira a atingir o comportamento mental e afetivo, o estado físico e o relacionamento com as pessoas. A resposta ao estresse é ativada pelo organismo, com o objetivo de mobilizar recursos que possibilitem o enfrentamento de situações variadas e que exijam esforço (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

De acordo com as definições apresentadas, tanto os fatores do ambiente quanto as características pessoais dos indivíduos exercem importância relevante no desenvolvimento do estresse. Couto e Moraes (1991) afirmam que, como o estresse se dá em nível individual, as formas de reação também serão particulares, mesmo diante de situações de pressão semelhantes, dependendo do nível de ajustamento pessoal do indivíduo, sua maturidade e capacidade de enfrentamento e resolução de problemas.

Conforme destacam os diversos estudos e teorias apresentadas, o conceito e os efeitos do estresse, no indivíduo, foram desenvolvidos ao longo do tempo. Contudo, foram Cooper e Travers (1996) quem propuseram uma síntese em torno da questão, tomando por base o que afirma a literatura. Segundo eles, o estresse pode ser estudado à luz de três aspectos: a) como variável dependente; b) como variável independente; c) como variável interveniente.

O primeiro refere-se à resposta a um estímulo perturbador; o segundo, à resposta a um estímulo externo; e o terceiro, à abordagem interacionista, enfatizando a maneira como o indivíduo percebe e reage às situações.

Assim, conforme o ângulo focalizado, a questão terá uma maneira de ser estudada e tratada. Nesse sentido, tem-se destacado a abordagem proposta por Cooper, Cooper e Eaker (1988) ao incorporar simultaneamente fatores

ambientais, elementos do contexto do trabalho, diferenças individuais e as estratégias de combate ao estresse (FIG. 1).

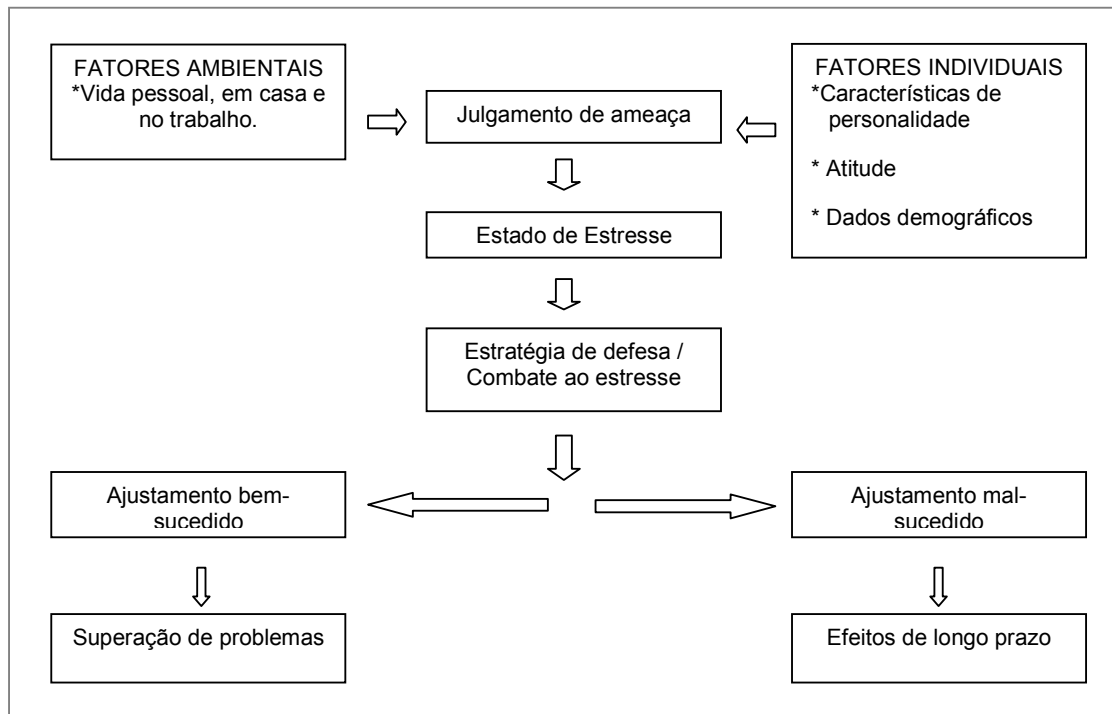


FIGURA 1 – O processo de estresse.

Fonte: Cooper, Cooper e Eaker (1988).

Para fins deste estudo, foi considerado o conceito de estresse proposto por Cooper, Sloan e Williams (1998) e sustentado por Zille (2005), que analisam o estresse como uma resposta física e/ou psíquica do corpo humano devido à ação de agentes estressores. Ou seja, visão baseada numa abordagem psicológica e interacionista, considerando a maneira pela qual o indivíduo percebe e reage às situações e acontecimentos ao seu redor.

### 3.2 Categorização do estresse

Ao longo dos anos diversos, autores vêm apresentando categorias para analisar o estresse e suas implicações no indivíduo. Selye (1965), ao apresentar as tipologias do estresse negativo e positivo, foi pioneiro na questão. De acordo

com ele, o estresse pode ser benéfico ao indivíduo, levando-o à situação de equilíbrio, ou maléfico, sendo causador de descompensação do organismo. Portanto, dependendo da circunstância em que ocorra, o estresse pode ser chamado “eustresse” ou estresse positivo; e “distresse” ou estresse negativo. O primeiro, considerado elemento motivador, capaz de acelerar, despertar e ajudar o homem a vencer obstáculos e desafios, aumentando sua capacidade de adaptação ao meio. O segundo, considerado elemento desestruturador, capaz de absorver energias e debilitar o organismo, favorecendo o desenvolvimento de inúmeras doenças (SELYE, 1965).

Albrecht (1988) qualifica o estresse a partir de três causas: físicas, sociais e emocionais. A causa física, também denominada somática, geralmente é decorrente de perturbação direta no corpo, provocada pelo ambiente; a causa social decorre de relacionamentos interpessoais desenvolvidos no ambiente de trabalho; e a emocional é oriunda de processos de pensamento, normalmente de expectativas negativas e ansiedade.

O estresse ainda pode ser caracterizado como de natureza crônica ou aguda: a forma aguda pode ser entendida como uma reação imediata do organismo diante de pressões específicas ou momentâneas. A elaboração de respostas rápidas do organismo tem como objetivo garantir sua integridade em situações emergenciais ou de perigo constante. Já o estresse crônico desenvolve-se a partir da permanência das reações de estresse no organismo por espaços mais longos de tempo, o que pode ser explicado por dois motivos básicos: a reação permanece em função da continuidade do agente agressor no meio ou o indivíduo não consegue se adaptar satisfatoriamente a alguma pressão em seu ambiente (COUTO, 1987).

Baseando-se nas variáveis de previsibilidade e controlabilidade, Humphrey e Humphrey (1986) classificam o fenômeno como estresse desejável e estresse indesejável. Quanto mais previsíveis e/ou controláveis forem os agentes estressores, mais ampla a possibilidade de resultados positivos ou desejáveis. Em contrapartida, os resultados negativos ou indesejáveis ocorrerão com mais frequência quanto menos previsíveis forem os mesmos agentes estressores.

Fundamentado na relação entre as exigências do meio sobre a estrutura psíquica das pessoas, Couto (1987) menciona outra categorização do estresse. Quando as demandas do ambiente exigem mais do que a estrutura psíquica do

indivíduo é capaz de suportar, evidencia-se o estresse de sobrecarga. Um conjunto de responsabilidades acima da capacidade intelectual, psicológica e física do indivíduo ou ambientes de trabalho permanentemente conflituosos e tensos são exemplos de situações que poderiam gerar essa tipologia de estresse. Todavia, há a possibilidade da existência de um estresse de monotonia, em que a estrutura psíquica do indivíduo é pouco estimulada pelas exigências do meio, como é o caso de trabalhos pouco desafiadores e relacionamentos interpessoais empobrecidos.

Essas diferenciações enfatizam o caráter individual do estresse. Ou seja, pessoas diferentes reagem de maneira individual em relação aos estímulos do ambiente e apresentarão reações particulares às diversas exigências de sua vida, sejam físicas ou psíquicas (COUTO; MORAES, 1991). Pode-se supor, então, que as estruturas física, psíquica e bioquímica do indivíduo, associadas aos valores, hábitos e cultura social em que se encontra inserido, influenciam, de alguma forma, na tipologia e frequência das manifestações do estresse.

Após descrever as principais abordagens conceituais do estresse e sua categorização, os próximos tópicos tratam, respectivamente, do estresse no ambiente do trabalho e dos principais modelos teóricos que explicam o fenômeno.

### **3.3 Estresse ocupacional**

O fenômeno estresse pode ser decorrente de inúmeras fontes, algumas delas pertencentes ao ambiente e condições de trabalho (COUTO, 1987). Os indivíduos estão inseridos em diversos subsistemas, nos quais estão sujeitos a ambientes e circunstâncias que podem ser considerados potenciais desencadeadores do estresse. O ambiente de trabalho representa um desses sistemas, estando permeado por pressões. Dessa maneira, os diversos conceitos e estudos relacionados ao estresse se aplicam ao estresse no ambiente de trabalho, denominado de “estresse ocupacional” (PARREIRA, 2006).

De modo geral, o estresse ocupacional sempre fora associado a uma doença reservada aos executivos da alta gerência. Somente com o desenvolvimento de pesquisas científicas o tema assumiu mais proporção e passou a ser analisado de maneira mais complexa. Atualmente, constata-se que



o problema pode estar presente em quase todas as esferas de trabalho e nos mais diversos níveis da estrutura organizacional (MORAES; KILIMNIK; LADEIRA, 1993).

Reconhecido como um problema de natureza perceptiva e resultante do desequilíbrio entre as demandas advindas do trabalho e a capacidade do indivíduo em lidar com as mesmas, Lipp (2003) salienta que o estresse ocupacional pode culminar em consequências na saúde física e mental do indivíduo. Esse fato foi também elucidado por Alves (1992) e Nacarato (1995), ao reconhecerem que o desgaste ocasionado pelo estresse crônico desempenha importante papel no início e na evolução de doenças ocupacionais.

Na visão de Ladeira (1996), o estresse ocupacional não representa um valor abstrato ou desagregado da lógica racional da eficiência empresarial. Há evidências de que existe positiva relação entre humanização no trabalho e melhora no desempenho individual e organizacional (CUSTÓDIO *et al.*, 2006; TAMAYO, 2007). Em contrapartida, a presença do estresse nesse contexto favorece a desmotivação e o absenteísmo, o que determina, segundo Zille (2005), impacto na produtividade.

Muito mais do que a simplista ideia de entendê-lo como propriedade da pessoa ou do ambiente, o estresse ocupacional se desenvolve a partir da conjunção de um tipo particular de ambiente com um tipo determinado de pessoa. Ou seja, ocorre quando o indivíduo avalia as demandas do trabalho como excessivas para os recursos de enfrentamento que possui (LAZARUS, 1995). Desta forma, a pressão de tempo aliada à sobrecarga de trabalho, a falta de autonomia e os conflitos com superiores, certamente, são estressores para elevado número de trabalhadores, mas não necessariamente para todos.

Do mesmo modo, o estresse ocupacional é um problema negativo resultante de estratégias inadequadas de combate às fontes de pressão e que traz consequências negativas para os indivíduos, tanto no âmbito mental quanto no físico (COOPER; SLOAN; WILLIAMS, 1988). Portanto, conforme salientam Moraes *et al.* (2000), trata-se de uma reação do indivíduo às circunstâncias do seu ambiente de trabalho que, de alguma forma, o atingem. Tais eventos podem ser percebidos como agentes estressores que provocam relação improdutiva entre a capacitação do indivíduo e o seu ambiente de trabalho.

Agentes estressores podem ser definidos como episódio ou situação, interno ou externo, que cria o potencial para alterações fisiológicas, emocionais, cognitivas ou comportamentais em um indivíduo (SMELTZER; BARE, 2002). Stoner e Freeman (1999) enfatizam a sobrecarga de papéis como um dos principais agentes estressores, podendo ser quantitativa, quando uma pessoa tem mais trabalho do que realmente pode realizar, ou qualitativa, quando a pessoa não tem as habilidades para realizar seu trabalho. Os mesmos autores também ressaltam a subcarga como um agente estressante, quando a pessoa não tem atividades para desempenhar e enfrenta o tédio e a monotonia. Cooper, Sloan e Williams (1988) acreditam que os agentes estressores estão presentes em todas as ocupações profissionais.

### **3.4 Modelos explicativos do estresse ocupacional**

Ao longo dos anos diversos trabalhos foram desenvolvidos com o intuito de explicar o estresse ocupacional, destacando-se o modelo desenvolvido por Cooper, Sloan e Williams (1988) que serviu de suporte teórico para inúmeras pesquisas tanto no cenário nacional quanto internacional. Trata-se do modelo dinâmico do estresse, o qual permite o diagnóstico de possíveis agentes indutores do fenômeno e suas manifestações. Segundo os autores, o estudo do estresse envolve características organizacionais e individuais, em que a vulnerabilidade individual é determinante em relação ao grau em que os indivíduos são atingidos pelos agentes estressores. Tais agentes podem ser categorizados em seis grandes escalas: fatores intrínsecos ao trabalho; papel na organização; relacionamento interpessoal; desenvolvimento na carreira; clima e estrutura organizacional; e interface casa-trabalho.

Outro modelo teórico para explicar o estresse ocupacional foi desenvolvido por Karasek e Torres (1996), denominado modelo de tensão no trabalho. De acordo com os autores, as altas demandas no trabalho aliada à baixa abrangência de tomada de decisão geram resultados negativos para a saúde física do indivíduo, podendo ter como consequências a hipertensão arterial e outras manifestações cardiovasculares. A adaptação crítica para baixos controles, como situações de reduzidas demandas vivenciadas, por exemplo, no trabalho

passivo, podem resultar em queda de habilidades para solucionar problemas e/ou efetuar mudanças. Contrariamente, quando as elevadas demandas do trabalho estão em conformidade com o grau de autoridade e as habilidades requeridas, tendo estressores controláveis ou trabalhos “ativos”, há mais “aprendizagem ativa” e maior “*locus* interno” no desenvolvimento do controle. Tal circunstância pode facilitar que os indivíduos ampliem suas capacidades de enfrentamento aos inúmeros agentes estressores presentes no ambiente de trabalho.

Para Couto (1987), o modelo básico que explica a origem do estresse é formado pelas circunstâncias do indivíduo, sua vulnerabilidade e os agentes estressantes no trabalho. Na visão do autor, quando há superposição do primeiro com o último elemento, associado à vulnerabilidade do indivíduo, o estresse pode ocorrer.

Tendo como referência diversos estudos, dentre os trabalhos de Cooper, Sloan e Williams (1988) e Karasek e Torres (1996), Zille (2005) propôs um modelo teórico para explicar o estresse ocupacional. Tal modelo foi estruturado com cinco construtos de primeira ordem: fontes de tensão no trabalho; fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial; mecanismos de regulação; sintomas de estresse; e impactos na produtividade.

As fontes de tensão no trabalho são explicadas por três construtos de segunda ordem, que são os processos de trabalho; as relações no trabalho e insegurança nas relações de trabalho; e a convivência com indivíduos de personalidade difícil. As fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial, por sua vez, são explicadas por responsabilidades acima dos limites; estilo e qualidade de vida; aspectos específicos do trabalho do gerente; e desmotivação. Já os mecanismos de regulação são explicados por interação e prazos; descanso regular; e experiência no trabalho e atividade física. Os sintomas de estresse são explicados pelos construtos de segunda ordem, sintomas de hiperexcitabilidade e senso de humor; sintomas psíquicos do sistema nervoso simpático e gástrico; e sintomas de aumento do tônus, tontura ou vertigem, falta ou excesso de apetite e relaxamento. O construto “impactos na produtividade” é explicado de forma direta pelos seus respectivos indicadores, que são em número de sete.

Neste trabalho foi utilizado o modelo teórico proposto por Zille (2005), adaptado para esta pesquisa (FIG. 2), que cobre, de maneira abrangente, as variáveis e a população a ser estudada. Além disso, o referencial teórico e

metodológico desenvolvido pelo autor tem se revelado eficaz na identificação de quadros de estresse em diversos cenários ocupacionais, apesar de ter sido estruturado, inicialmente, para gerentes.

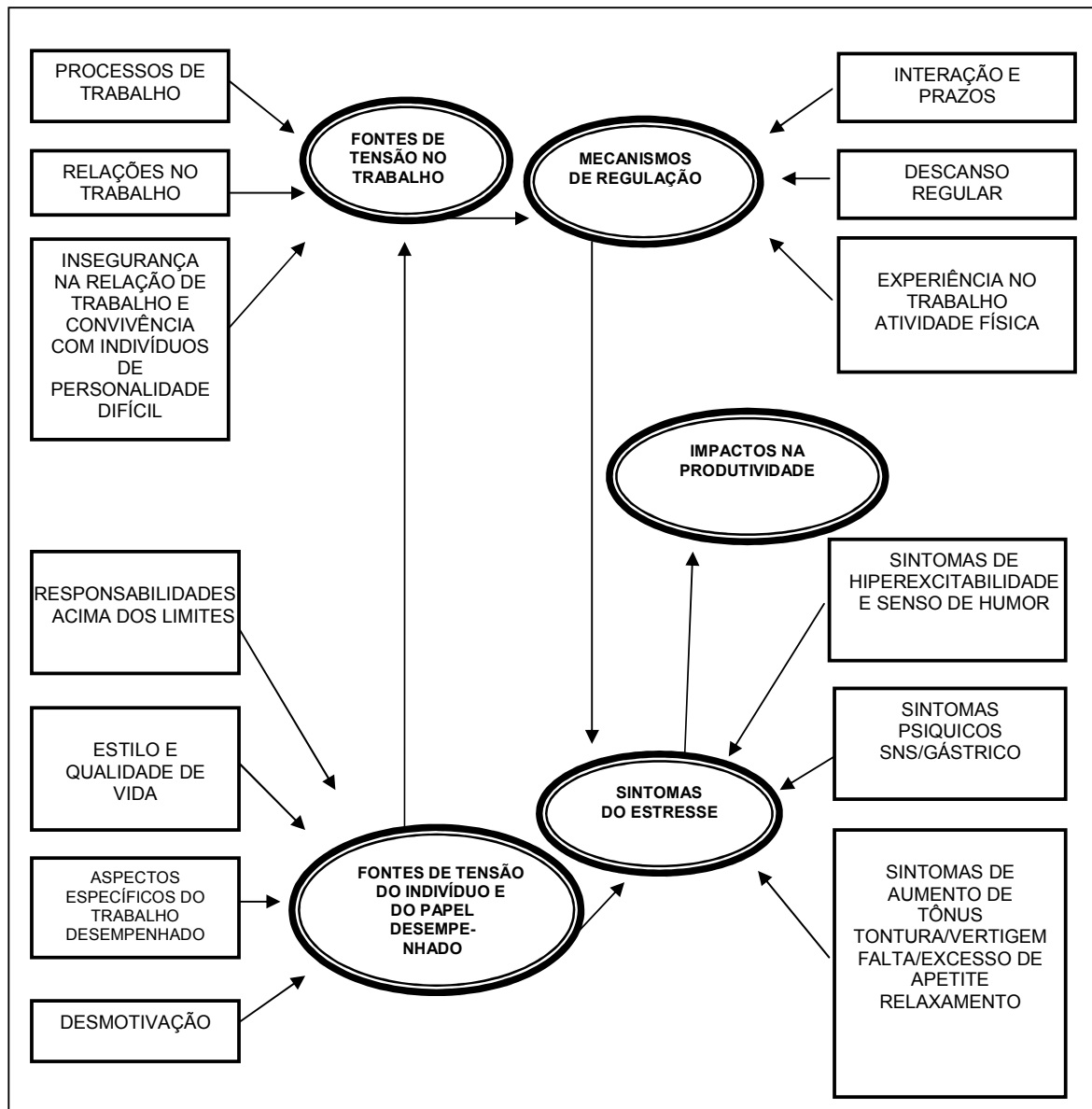


FIGURA 2 - Modelo teórico para explicar o estresse.

Fonte: Adaptado de Zille (2005, p.191).

Para fins desta pesquisa, o construto de primeira ordem “fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial” e o constructo de segunda ordem “aspectos específicos do trabalho gerencial” foram adaptados. Isso pode ser explicado pela

necessidade de avaliarem-se aspectos específicos do trabalho desempenhado, que não apresenta características de função gerencial.

Após elucidar as principais abordagens teóricas acerca do estresse ocupacional, o próximo tópico apresenta resultados de algumas pesquisas sobre o tema, no Brasil.

### **3.5 Algumas pesquisas brasileiras**

No que se refere à literatura internacional, inúmeros são os trabalhos que referenciam o estresse. No Brasil, a produção científica sobre o assunto vem crescendo substancialmente, apesar de ser considerada pequena quando comparada aos estudos dos países de primeiro mundo. A seguir, são descritas algumas pesquisas que tiveram como foco investigar os fatores estressantes comuns à realidade de executivos e diversos profissionais brasileiros.

Calais, Andrade e Lipp (2003) realizaram um estudo em adultos jovens de 15 a 28 anos, estudantes, com o propósito de investigar os sintomas de estresse, relacionando-os com o gênero e o ano escolar em curso. Os resultados demonstraram correlação significativa entre o gênero e o nível de estresse, sendo que as mulheres apresentaram nível mais alto de estresse do que os homens. Quanto ao período escolar, os estudantes do curso pré-vestibular foram os que mais apresentavam sintomas de estresse.

Outras pesquisas, como as realizadas por Moraes *et al.* (2001) e Lipp e Tanganelli (2002), confirmam a maior predisposição do sexo feminino a estados de estresse. Na primeira, realizada em policiais militares da cidade de Belo Horizonte, os autores evidenciaram que as mulheres têm mais sintomas de estresse do que os homens. Na segunda, ao realizarem estudo em juizes da comarca de São Paulo, as autoras constataram que 82% das mulheres apresentaram sintomas significativos do estresse, ao passo que somente 56% dos homens demonstraram sintomas significativos.

Couto (1987) desenvolveu duas relevantes pesquisas sobre o estresse no ambiente de trabalho. A primeira teve como objetivo detectar e confrontar a incidência de sintomas entre gerentes que apresentavam níveis elevados de estresse e um grupo de gerentes não estressados. Ele concluiu que 45% dos

estudados sofriam de alto nível de estresse, 28% eram portadores de diversos sintomas não caracterizados como de alto nível de estresse e apenas 27% não apresentavam os sintomas característicos dessa variável.

A segunda pesquisa procurou relacionar os itens considerados mais agressivos no trabalho. Os três mais citados como agressivos foram: o ambiente tenso ou de medo (24,3%), a necessidade de se fazerem coisas com as quais não se concorda por convicções próprias (23,3%) e a obrigação de se fazerem coisas das quais se discorda (21,8%).

Bueno (2000), ao estudar médicos, observou que 65% deles manifestam sintomas de estresse. Destes, 55% estavam na fase de resistência, 41% tinham sintomas psicológicos e 17% sintomas físicos. A autora ainda pôde observar que a idade dos participantes do estudo e o tempo de função não apresentavam correlação direta com o número de sintomas de estresse. Ou seja, quanto maiores a idade e o tempo na função, mais baixo o número de sintomas apresentados.

Sob a coordenação de Moraes e Kilimnik (1994), foi realizada uma pesquisa pelo grupo de estudos sobre qualidade de vida e estresse, da Universidade Federal de Minas Gerais, que objetivou relacionar os mais frequentes eventos estressantes em gerentes de empresas brasileiras. Os principais eventos foram: exigência de trabalho com acentuada sobrecarga; decisões na área de trabalho da pessoa sem a respectiva participação; grande carga de decisões; elevada carga de trabalho; atribuição de responsabilidades por objetivos não atingidos; ausência de suporte social no trabalho para decisões importantes; comentários de outras pessoas; relacionamento tenso ou ameaçador; decisões importantes tomadas de forma insegura; desenvolvimento de tarefas das quais discorda; e insegurança ou incapacidade de chefia.

Em estudo que formulou o modelo teórico de estresse ocupacional em gerentes (MTEG), Zille (2005) avaliou 550 indivíduos ocupantes de cargos de alta gerência, gerência intermediária e gerência operacional em 15 empresas nacionais de setores diversos. Os resultados assinalaram que 63% dos gerentes avaliados apresentaram quadros de estresse ocupacional, sendo 45% com estresse leve a moderado, 15% com estresse intenso e 3% com estresse muito intenso. Outro achado importante diz respeito às principais fontes geradoras de tensão excessiva no trabalho desses profissionais, destacando-se: realização de

várias atividades ao mesmo tempo, com alto grau de cobrança; filosofia de trabalho pautada pela obsessão e compulsão por resultados; conviver com prazos e cronogramas apertados; excesso de metas; sobrecarga em decorrência da tecnologia; e trabalho complexo e desgastante.

Em estudo realizado com ultrassonografistas de uma unidade da rede pública em comparação com unidades da rede privada, Oliveira e Kilimnik (2007) avaliaram os principais fatores de pressão no trabalho médico e sua relação com o estresse. Tomando por base a escala proposta por Cooper, Cooper e Eaker (1998), a pesquisa revelou que os indicadores de estresse, da amostra em questão, apresentaram-se dentro da normalidade, contrastando-se com a elevada ocorrência de sintomas físicos. Os resultados ainda sugeriram que as variáveis relacionadas à carga de trabalho, aos inter-relacionamentos, ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional, ao papel gerencial, à responsabilidade individual, à falta de possibilidade de crescimento, ao ambiente e clima organizacional revelaram-se importantes fontes de pressão no trabalho dos profissionais investigados.

Em pesquisa que objetivou estudar as relações entre qualidade de vida e estresse no trabalho e a percepção de eficácia dos programas de treinamento de longa duração, Marques e Moraes (2004) avaliaram 253 alunos de pós-graduação *lato sensu* de uma grande instituição federal de ensino superior. Os resultados referiram que os alunos com percepção de melhor qualidade de vida são também os que têm percepção de mais eficácia dos cursos que frequentam. Do mesmo modo, os que revelaram menos qualidade de vida foram os que manifestaram percepção de menos eficácia dos programas de que participam. No entanto, quando avaliada a relação entre estresse e treinamento, não se constataram diferenças significativas entre os dois grupos pesquisados.

Objetivando identificar os principais fatores geradores e diagnosticar o nível de estresse ocupacional em uma instituição financeira privada de âmbito nacional, com atuação na cidade de Belo Horizonte-MG, Zille, Braga e Marques (2008) realizaram pesquisa com 168 gerentes. Ao final do trabalho, puderam concluir que a insegurança nas relações de trabalho, as metas superdimensionadas, o nível de cobrança excessivo, a escassez no quadro de funcionários e as dificuldades nas relações pessoais foram os principais fatores de estresse na amostra estudada. E, ainda, que 89,1% dos gerentes participantes da pesquisa foram diagnosticados

com quadro de estresse, sendo que, dos mesmos, 35,21% apresentaram estresse de leve a moderado; 40,97% estresse intenso; e 12,92% estresse muito intenso.

Costa *et al.* (2007) realizaram estudo com 264 indivíduos, militares do comando de policiamento da cidade de Natal-RN, com o objetivo de diagnosticar a ocorrência e a fase de estresse, bem como determinar a prevalência de sintomatologia física e mental nos acompanhados. Detectou-se que 47,4% dos policiais analisados apresentaram algum sintoma de estresse. Destes, 3,4% encontravam-se na fase de alerta, 39,8% na fase de resistência, 3,8% na fase de quase-exaustão e 0,4% na fase de exaustão. Sintomas psicológicos foram registrados em 76,0% dos policiais com estresse e sintomas físicos em 24,0%. Das variáveis investigadas, somente o gênero apresentou relação com estresse, sendo o sexo feminino mais afetado.

A fim de verificar o nível de qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional de aeronautas brasileiros, Zille *et al.* (2001) realizaram estudo com 496 indivíduos, sendo 220 comandantes pilotos, 97 copilotos e 179 comissários de bordo. Os achados da pesquisa indicaram grande quantidade de fontes de pressão nos aeronautas avaliados. Entretanto, apenas indícios de sintomas de estresse foram evidenciados nesses profissionais. Segundo os autores, tal fato pode ser explicado pela forte afinidade entre o profissional e o seu trabalho, apresentada na pesquisa.

Guerrer (2007), em sua dissertação de mestrado pela Universidade de São Paulo (USP), realizou estudo com o objetivo de verificar o nível de estresse e identificar os agentes estressores presentes em enfermeiros de unidades de terapia intensiva (UTIs) das regiões geográficas do Brasil. Nesse trabalho, foram analisados 263 enfermeiros atuantes em diversos hospitais de alta complexidade das capitais dos estados brasileiros. Como resultado, pôde-se observar que a maioria apresentou níveis de estresse entre médio e estado de alerta. A administração de pessoal foi um agente estressor presente em todas as regiões investigadas.

Objetivando verificar a prevalência de estresse em trabalhadores da construção civil situados no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Castro (2009) procedeu a estudo quantitativo, de coorte transversal, com amostra composta de 123 participantes cujas ocupações incluíram serventes, pedreiros,



eletricistas, carpinteiros, mestres, encarregados, encanadores e engenheiros. Apuraram que 22,76% dos trabalhadores da construção civil tinham significativos sintomas de estresse. Destes, 89,29% estavam na fase de resistência, 3,57% na fase de quase-exaustão e 7,14% na fase de exaustão. Além disso, verificou-se predominância dos sintomas psicológicos (67,86%) sobre os físicos (32,14%).

Com a intenção de analisar e descrever os fatores potenciais de pressão ocupacional a que estão submetidos gerentes que atuam em uma grande siderúrgica brasileira, Costa (2009) pesquisou 73 indivíduos distribuídos em três categorias ocupacionais: gerente geral, gerente intermediário e chefe de área. Em síntese, todos os fatores de estresse ocupacional avaliados enfatizaram moderada pressão no trabalho dos pesquisados, com destaque para aqueles associados a inter-relacionamento e fatores intrínsecos ao trabalho. Quanto às estratégias de combate ao estresse, boa parte está focalizada na resolução do problema potencialmente gerador de pressão no trabalho, sobressaindo aquela que envolve conversar com amigos.

Observa-se, assim, que as pesquisas que abordam o tema estresse, no Brasil, encontram-se em fase de desenvolvimento. Desta forma, descobertas ainda surgirão à medida que novos estudos sejam desenvolvidos.

O próximo capítulo trata dos aspectos metodológicos, no qual são descritos o tipo e o método de pesquisa, a unidade de análise e amostra, bem como o detalhamento da coleta e análise dos dados.

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção são descritos os métodos e técnicas de pesquisa utilizados: a especificação do tipo e método de estudo; a unidade de análise e amostra; os procedimentos e instrumentos utilizados para a coleta de dados, bem como sua validação; e a sistematização e processamento dos dados coletados.

### 4.1 Tipo e método de pesquisa

Foi realizado um estudo de caráter descritivo, em que se procura identificar a incidência e distribuição de características da amostra, bem como estabelecer algumas correlações entre variáveis do modelo teórico da pesquisa (KERLINGER, 1980); e explicativo, que visa identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência do fenômeno estudado (GIL, 1996).

Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa foi classificada como um estudo de caso, uma vez que se pretendeu focar o trabalho de fisioterapeutas em um hospital filantrópico específico, localizado na cidade de Belo Horizonte-MG. Gil (1996) esclarece que o estudo de caso envolve a pesquisa profunda e exaustiva de um ou poucos objetos, de maneira que se permita seu amplo e detalhado conhecimento. Para Yin (2001), esse tipo de estudo tornou-se o método preferido dos pesquisadores, especialmente quando as perguntas de partida se iniciam por “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando as atenções estão voltadas para fenômenos contemporâneos, inseridos em algum contexto de vida real.

Quanto à forma de abordagem do problema, tratou-se de um estudo quantitativo, baseado em linguagem numérica, com instrumento de medida capaz de oferecer respostas diretas aos seus objetivos, e qualitativo, alicerçado em um roteiro de perguntas. Para Minayo *et al.* (1994), o conjunto de dados qualitativos e quantitativos não se opõe e sim se complementa, de maneira a abranger uma realidade dinâmica, excluindo-se qualquer dicotomia.

## 4.2 Unidade de análise e amostra

A presente pesquisa teve como unidade de análise um hospital filantrópico localizado na cidade de Belo Horizonte-MG. Trata-se de um hospital de referência tanto ambulatorial quanto na urgência, além de se destacar no campo da Fisioterapia com expressivos números de atendimentos/sessões na área. Contando com mais de 3.500 colaboradores e corpo clínico reconhecido nacional e internacionalmente, a instituição oferece atendimento médico-hospitalar de qualidade aos seus milhares de pacientes, sempre buscando aliar atendimento humanizado à mais alta tecnologia e performance técnico-científica.

A escolha dessa instituição deveu-se primeiramente ao número de profissionais fisioterapeutas contratados, já que os estudos em estresse que contemplam essa classe profissional, no Brasil, apresentam indicador amostral muito baixo. Em segundo lugar, o fato de possuir o quadro de funcionários em um mesmo nível hierárquico e com funções similares, o que possibilitou adequada avaliação dos objetivos da pesquisa.

Outro fator que foi considerado importante na escolha dessa unidade de análise refere-se à facilidade de entrada na organização e disponibilidade de seus profissionais, visto que o nível de acesso tem sido fator crítico para a obtenção de dados representativos em grande parte das pesquisas empíricas.

Quanto à amostra, foram estudados 38 fisioterapeutas, todos devidamente contratados e atuantes no hospital investigado. O tipo da amostra se deu por conveniência e a seleção obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: indivíduos que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa; indivíduos que trabalhassem na instituição com carga horária acima de 15 horas/semanais; e aqueles que não estivessem em tratamento psiquiátrico ou psicológico ou fazendo uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Antiansiolíticos: medicamentos utilizados no tratamento e controle da ansiedade, devendo ser somente ingerido sob orientação e prescrição médica.

### 4.3 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

Tomando por base os objetivos do estudo, as seguintes estratégias foram utilizadas para coleta de dados: questionário padronizado e entrevista semiestruturada.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado o questionário referente ao modelo teórico para explicar o estresse ocupacional em gerentes (MTEG), desenvolvido, testado e validado por Zille (2005) e adaptado à realidade da população estudada. É um questionário estruturado fechado (ANEXO A), composto de cinco dimensões, com possibilidades de resposta, em sua maioria, conforme escala de Likert. Além disso, trata-se de um instrumento autoaplicável, não necessitando da presença de orientadores para o seu preenchimento.

De maneira geral, o instrumento de pesquisa permitiu verificar a existência e os níveis de estresse, identificar as principais fontes de tensão excessivas no trabalho e as estratégias de defesa e combate ao estado de estresse. As dimensões do instrumento podem ser assim explicadas:

- Parte A – Dados demográficos e ocupacionais: compõe-se de 19 questões que tem como finalidade obter informações sobre os dados de identificação e bibliografia dos respondentes.
- Parte B - sintomas de estresse: compõe-se de 37 questões fechadas e uma aberta, a partir das quais são investigados os principais sintomas de estresse e outros indicadores como estilo de vida, impacto na produtividade, responsabilidades assumidas e aspectos relacionados à desmotivação.
- Parte C - fontes de tensão excessiva no trabalho: compõe-se de 24 questões fechadas e três abertas, cujo objetivo é verificar os aspectos relacionados aos processos de trabalho, às relações de trabalho e à segurança no local do trabalho.
- Parte D - aspectos específicos do trabalho desempenhado: compõe-se de cinco questões fechadas que têm como objetivo identificar os aspectos específicos do trabalho desempenhado, que são causadores de tensão excessiva no ambiente ocupacional.

- Parte E - mecanismos de regulação: compõe-se de 10 questões fechadas que buscam verificar o grau de intensidade dos mecanismos de regulação, utilizados para minimizar e/ou atenuar os níveis de tensão excessivos no trabalho.
- Parte E - outras fontes de tensão excessiva: compõe-se de cinco questões, sendo quatro fechadas e uma aberta, que têm como objetivo analisar a presença de outras fontes de tensão excessivas não relacionadas ao trabalho, como as de natureza pessoal, familiar e social.

Com o intuito de enriquecer os dados sobre o trabalho dos fisioterapeutas, foram realizadas entrevistas (APÊNDICE A), com a participação de 12 profissionais selecionados (cerca de 30% dos respondentes do questionário). De acordo com Collis e Hussey (2005), para um estudo de caso faz-se necessário o perfeito entendimento da dinâmica presente no ambiente a ser pesquisado. Além disso, a entrevista permite confiança nas respostas, facilitando o entendimento das considerações não verbais dos indivíduos entrevistados.

O primeiro critério para seleção dos entrevistados foi ter respondido ao questionário – MTEG adaptado – na primeira fase da pesquisa; o segundo, foi a acessibilidade, após contato telefônico. Por esse critério, segundo Vergara (2003), selecionam-se elementos pela facilidade de acesso.

As entrevistas foram realizadas em local tranquilo, na própria instituição, de forma direta e presencialmente pelo pesquisador, obedecendo ao seguinte processo:

- a) explicação dos objetivos da pesquisa;
- b) visão geral do conteúdo do questionário;
- c) leitura, por parte do pesquisador, de cada uma das questões da entrevista, dirimindo, antes de cada resposta, as dúvidas sobre a questão a ser respondida;
- d) suporte do pesquisador durante todo o processo da entrevista, esclarecendo dúvidas eventuais.

Vale ressaltar que, antecedendo o início dos trabalhos, foi apresentado à diretoria da instituição e coordenação do setor em questão um termo de consentimento livre e esclarecido, assinado como forma de autorização prévia

para coleta de dados e execução da pesquisa (APÊNDICE B). Além disso, um termo de consentimento para participação na pesquisa foi devidamente assinado pelos profissionais avaliados (APÊNDICE C).

#### **4.4 Pré-teste e validação do conteúdo dos instrumentos utilizados**

A validação do questionário MTEG, adaptado ao público-alvo desta pesquisa, bem como do roteiro de entrevista, foi feita por um painel composto de três especialistas na área, doutores capitaneados pelo professor Lúcio Flávio Renault de Moraes, que julgou, em termos de conteúdo, as palavras escolhidas à altura do público envolvido neste trabalho de pesquisa. Além disso, o questionário adaptado foi submetido à análise do professor Luciano Zille Pereira, autor do instrumento original, que autorizou sua utilização nesta pesquisa.

Foi realizado, ainda, um pré-teste com seis fisioterapeutas, funcionários da empresa pesquisada, sendo que a avaliação dos resultados obtidos foi positiva.

#### **4.5 Sistematização e processamento dos dados**

Para registrar os dados qualitativos, obtidos na entrevista, foi utilizado um aparelho gravador. As informações contidas foram confrontadas com o referencial teórico e com os dados quantitativos, de maneira a construir uma explanação sobre o fenômeno estudado. Além disso, as falas dos entrevistados foram organizadas por siglas que representam o número do entrevistado (FISIO 01; FISIO 02, FISIO 03, etc.), mantendo-se o anonimato.

O tratamento dos dados quantitativos, após a aplicação do questionário, se deu da seguinte forma:

- Elaboração de planilha eletrônica para construção da base de dados, com a utilização do *software* Excel;
- tabulação e codificação dos dados do questionário;
- transferência dos dados para planilha eletrônica;
- realização de cálculos estatísticos a fim de apresentar o diagnóstico de estresse enquadrando os dados conforme os parâmetros: ausência de

estresse, estresse leve a moderado, estresse intenso e estresse muito intenso;

- execução de cálculos estatísticos para identificação das principais fontes de tensão excessivas no trabalho e constatação das fontes de tensão do indivíduo e papel desempenhado;
- realização de cálculos estatísticos a fim de verificarem: os principais sintomas de estresse; os mecanismos reguladores utilizados; e os possíveis impactos na produtividade;
- execução de testes estatísticos para o estudo das relações entre estresse ocupacional e as variáveis idade, tempo de trabalho na instituição, número de horas semanais trabalhadas, uso de bebida alcoólica, problemas de saúde e horas de sono por dia.

Os dados foram processados utilizando-se os *softwares* Excel e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-versão 13.0). Os mesmos forneceram as ferramentas de tratamento estatístico necessárias para a pesquisa. Ambos permitiram as análises descritivas, o teste de frequência, a análise exploratória dos dados e a estatística bivariada.

Dois testes serviram para avaliar a relação entre nível de estresse e as variáveis sociodemográficas: teste Qui-Quadrado e teste Exato de Fisher. É importante lembrar que os resultados quantitativos desta pesquisa foram considerados significativos tendo em vista valores  $p < 0,05$  (95,0% de confiança).

## **5 A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL E A INSTITUIÇÃO PESQUISADA**

Este capítulo tem por objetivo descrever a organização hospitalar no Brasil, além de caracterizar a instituição pesquisada a partir de breve revisão sobre sua história e apresentação da estrutura, princípios e missão adotados pela mesma.

Para a caracterização da empresa, as informações estão baseadas em relatórios internos dos anos 2007 e 2009. No entanto, visando assegurar a confidencialidade das informações e preservar a identidade da organização estudada, seu nome foi substituído por Hospital Central de BH, evitando-se, assim, o rompimento do sigilo assegurado.

### **5.1 A organização hospitalar no Brasil**

No Brasil, as primeiras organizações hospitalares surgiram a partir das duas grandes instituições operantes na época: a Igreja – por meio das Santas Casas – e o exército, principal representante do Estado português. No ano de 1727 começava a funcionar o primeiro serviço hospitalar militar do Rio de Janeiro, no Morro de São Bento, que daria origem ao Hospital Real Militar. No caso dos hospitais ligados à Igreja, quase sempre nasciam como instituições destinadas a apoiar ampla variedade de excluídos: órfãos, mães solteiras, velhos, pobres e indivíduos doentes (CHERUBIM, 1999).

Tal caráter polivalente aparecia também nos primeiros hospitais vinculados a comunidades estrangeiras, com destaque para as Beneficências Portuguesas. Em geral, eram entidades criadas pelas famílias mais ricas de imigrantes, como centros de apoio aos patrícios recém-chegados. O Real Hospital Português de Beneficência do Recife (PE) nasceu em 1855. Dois anos mais tarde foi criado o Hospital Português de Salvador (BA). Em 1859 surgiram, quase ao mesmo tempo, a Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro e a Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência, em São Paulo (ROSEN, 1994).



Com a Medicina científica, o crescimento tecnológico e a ampliação de infraestruturas cada vez mais sofisticadas, os hospitais deixaram de ser espaços relacionados apenas ao abrigo de pobres e doentes e passaram a proporcionar tratamentos que não tinham indicação para serem realizados no ambiente domiciliar (PEREIRA, 2000). Desta forma, evidenciou-se o seu caráter predominantemente curativo.

Atualmente, os estabelecimentos hospitalares diversificaram-se de maneira substancial. Pela ação das equipes multidisciplinares que compõem as organizações o foco passou de meramente curativo para um modelo preventivo-assistencial na promoção da saúde. Assim, a atenção passou a não se limitar apenas à doença, mas ao propósito de atendimento integral e contínuo, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (LIMA *et al.*, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1961), todo estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos com objetivos de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência, ensino e pesquisa, pode ser considerado hospital. Entretanto, outras classificações são estabelecidas pelo órgão governamental:

- Quanto ao nível de atenção à assistência: depende do nível de complexidade dos atendimentos prestados;
  - secundário: atende usuários de nível médio de complexidade;
  - terciário/quaternário: atende usuários de elevado nível de complexidade.
- Quanto ao porte: depende da quantidade de leitos disponíveis no hospital.
  - pequeno: de 25 a 49 leitos;
  - Médio: de 50 a 149 leitos;
  - grande: de 150 a 500 leitos;
  - extra ou especial: acima de 500 leitos.
- Quanto à natureza de assistência: depende da quantidade de especialidades disponíveis.
  - geral: atende usuários de várias especialidades;
  - especializado: atende usuários de especialidade específica.

- Quanto ao regime de propriedade:
  - Público: atende usuários de maneira gratuita e pertence a qualquer esfera do governo;
  - privado com fins lucrativos: atende usuários particulares e tem como objetivo o lucro;
  - filantrópico: atende determinada parcela de usuários de maneira gratuita;
  - beneficentes: é particular, mas objetiva atender determinados grupos de usuários ou comunidade.

Portanto, o termo “hospital” refere-se a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, contendo unidades de diferentes portes que podem oferecer variada gama de serviços e atividades, além de desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde. Nesse sentido, configura-se a relevância da caracterização da organização hospitalar estudada que se faz nos tópicos seguintes.

## **5.2 A instituição pesquisada: Hospital Central de BH**

A década de 1890 marcou importante tempo na vida dos mineiros. Em 1897, nascia Belo Horizonte, uma metrópole tão planejada que se tornaria a capital do estado. Dois anos mais tarde, iniciava-se a história de um dos importantes complexos hospitalares do país e hoje uma respeitável matriarca centenária que cuida de todos os que dela precisam.

Em 1898, um grupo de 46 personalidades da capital mineira, percebendo a carência de assistência médica aos menos favorecidos, em especial os indigentes, formaram a associação humanitária da cidade de Minas, o primeiro passo para a construção de um hospital que pudesse atender à população carente belo-horizontina. Com o apoio do ex-presidente do estado, Afonso Pena, em nova reunião ocorrida no ano seguinte, elaboraram-se os estatutos da sociedade. Foram abertas as inscrições para sócios fundadores e adotadas providências próprias de um empreendimento do alcance social que um hospital filantrópico poderia ter na capital recém-inaugurada. Em seguida, uma comissão

formada por médicos e engenheiros propôs e aprovou junto à prefeitura de Belo Horizonte o local mais apropriado à edificação: o quarteirão onde hoje se encontra o Hospital Central de BH.

Apesar da aprovação do projeto, uma construção em alvenaria, por menos que durasse, requeria tempo que não se podia esperar. Desempregados, mendigos e doentes espalhavam-se pelas ruas, o que fez surgir a ideia de um hospital barraca. A partir da contratação da obra de construção das instalações definitivas do hospital, foram erguidas barracas de lonas que haviam servido de enfermarias durante a construção da capital. Foi então que, em oito de setembro de 1899, inaugurou-se o que passou a se denominar hospital-barraca, que durante um ano e meio serviu de estrutura para a batalha contra diversas enfermidades que acometiam a cidade.

As dificuldades, entretanto, não se limitavam à necessidade de amenizar um quadro sanitário que se agravava e comprometia quase 15 mil habitantes espalhados por uma cidade projetada para 400 mil. Não fosse o apoio financeiro dos seus iniciadores, do empresariado, da parcela mais favorecida da população, do estado e da prefeitura, o Hospital Central de BH não teria passado de um sonho. Felizmente, prevaleceu o altruísmo, permitindo a inauguração do seu primeiro pavilhão em 1º de janeiro de 1903 e daí até 1911 seguiram-se outras obras, com as quais se concluiu o projeto original.

### **5.3 Estrutura, princípios e missão do Hospital Central de BH**

A unidade assistencial denominada Hospital Central de BH é pioneira na inclusão de serviços de atenção à saúde, destacando-se por oferecer atendimento em todas as especialidades médicas. Com atendimento predominante para pacientes oriundos do sistema único de saúde (SUS), o hospital é referência em internações e procedimentos de média e alta complexidade, atingindo em 2009 número superior a 30.500 internações, 13.000 cirurgias, 150.900 procedimentos realizados e quase 77.000 sessões de Fisioterapia.

A cada dia mais sintonizado com a tecnologia hospitalar existente e em constante processo de aperfeiçoamento físico, técnico e gerencial, o Hospital

Central de BH possui estrutura completa que compreende 922 leitos operantes, um grande centro cirúrgico com 19 salas, um centro de diagnóstico e tratamento e dois centros de terapia intensiva: adulto e infantil. Desta forma, tendo como referência a categorização proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1961), trata-se de uma instituição terciária/quaternária, de porte especial e assistência geral.

No que concerne aos colaboradores, conta com quadro de 3.649 profissionais, sendo 1.206 da área de saúde. Entre estes, destacam-se médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas.

O Hospital Central de BH também é certificado como entidade beneficente de assistência social, conforme documentos expedidos pelo Conselho Nacional de Assistência Social da Previdência Social. Assim, é considerado organização filantrópica, que tem como objetivos principais:

- I. Manter atendimento médico-hospitalar para:
  - a) os enfermos reconhecidamente carentes de recursos financeiros;
  - b) os enfermos que possam pagar diárias e taxas fixadas pela administração ou estabelecidas em convênios;
  - c) os enfermos cujo tratamento seja custeado por plano de saúde próprio;
  - d) os enfermos cujo tratamento seja custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ou entidade de administração pública que o substitua mediante convênio.
- II. Manter ambulatórios nos quais serão admitidos à consulta os irmãos associados e as pessoas reconhecidamente pobres e que se tratem em domicílio;
- III. Recolher ao próprio instituto geriátrico do hospital os irmãos inválidos e idosos que o desejarem;
- IV. Manter estabelecimento de ensino de Enfermagem;
- V. Fundar outros organismos assistenciais, educacionais ou de saúde, quando para isso possua os necessários recursos, ou quando, com fim especial, lhe sejam feitos legados ou doações.

No que tange aos princípios adotados pelo Hospital Central de BH, destacam-se a transparência, com divulgação pública de todas as suas atividades; o respeito, com a humanização dos procedimentos de trabalho e do atendimento à saúde; a excelência, com a qualificação permanente dos serviços e

profissionais; a efetividade, com crescimento sustentável; e a ética, com atitude que permeia todas as ações.

Em suma, promover o bem-estar social por meio do atendimento integral e humanizado é a principal missão da instituição, que busca cada vez mais ser reconhecida como referência nacional em gestão e prestação de serviços de saúde.

Finda a caracterização do hospital investigado, o capítulo que se segue trata da apresentação e discussão dos resultados do estudo.

## **6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No decorrer deste capítulo, fazem-se a apresentação e discussão dos resultados dos dados obtidos na pesquisa de campo, visando responder ao problema central do estudo e aos objetivos propostos. Primeiramente, a amostra estudada é caracterizada; em seguida, com base no modelo teórico utilizado nesta pesquisa, são apresentados: o diagnóstico de estresse com as principais fontes de tensão excessivas no trabalho dos profissionais estudados, as fontes de tensão do indivíduo e do papel desempenhado, os mais relevantes sintomas de estresse identificados na amostra global, os mecanismos de regulação ou de enfrentamento ao estado de estresse e os indicadores de impactos causados na produtividade. Por fim, alguns dados sociodemográficos são relacionados ao nível de estresse verificado.

### **6.1 Caracterização da amostra**

Participaram deste estudo 38 profissionais graduados em Fisioterapia, funcionários do Hospital Central de BH. A amostra foi caracterizada segundo o gênero, idade e estado civil; curso de especialização; tempo de trabalho na instituição; número de horas semanais trabalhadas e trabalho aos finais de semana e feriados; hábito de tabagismo e uso de bebidas alcoólicas; condições gerais de saúde e horas de sono por dia.

#### **6.1.1 Gênero, idade e estado civil**

Em relação ao gênero, observa-se que a atividade de Fisioterapia no hospital é realizada predominantemente por profissionais do sexo feminino (97,4%), enquanto que os profissionais do sexo masculino representam apenas 2,6% da amostra global. O GRÁF. 1 reflete o crescimento do gênero feminino no mercado de trabalho da categoria profissional estudada.

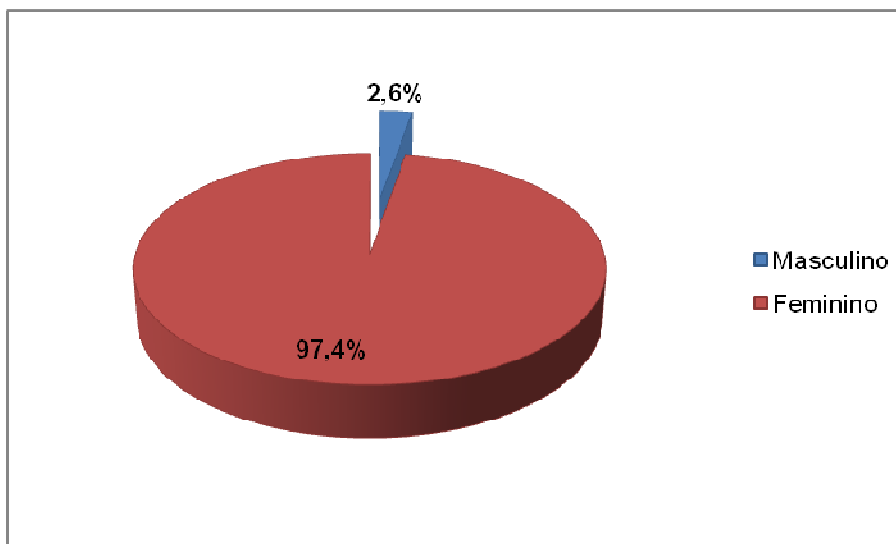


GRÁFICO 1 - Distribuição da amostra segundo o gênero.

Fonte: Dados da pesquisa (2010)

De acordo com Araujo (2004), a participação da mulher na força de trabalho brasileira vem aumentando de forma crescente e nos mais variados setores, especialmente na prestação de serviços.

No tocante à faixa etária, os fisioterapeutas com idades entre 30 e 40 anos são a maioria (52,6%), tendo os mais jovens (idade entre 20 e 30 anos) representação da ordem de 34,2% (GRÁF. 2). Tais dados, provavelmente, possam ser explicados pela experiência requerida no ambiente hospitalar.

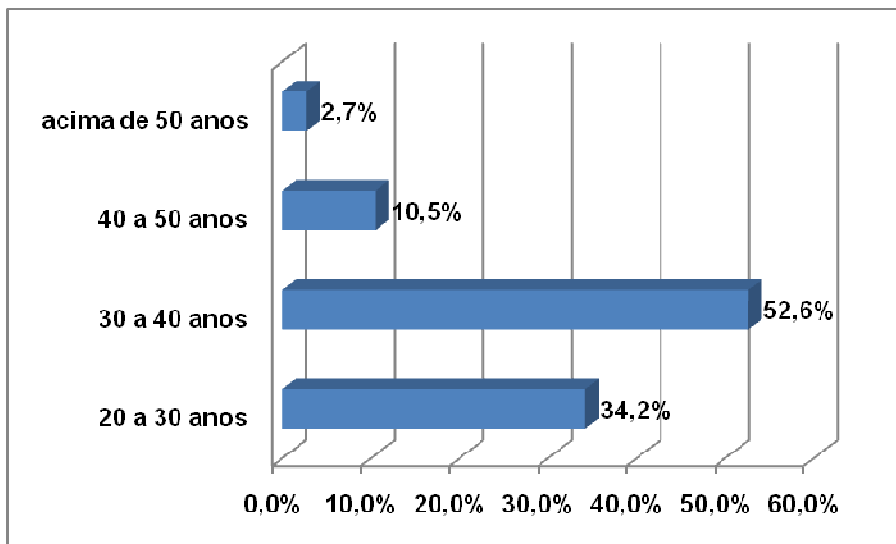


GRÁFICO 2 - Distribuição da amostra segundo a faixa etária.

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

A distribuição da amostra segundo o estado civil revela maior proporção de casados (57,9%), com menor parcela de solteiros (39,5%) e divorciados (2,6%) (GRÁF. 3).

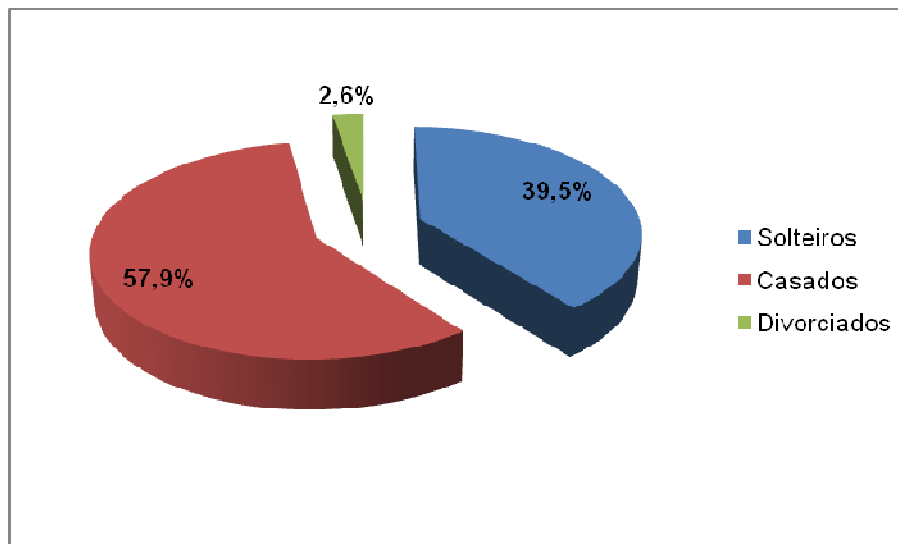


GRÁFICO 3 - Distribuição da amostra segundo o estado civil.

Fonte: Dados da pesquisa (2010)

Constatada a maioria de indivíduos casados constituintes da amostra estudada, é importante ressaltar que os mesmos estão expostos tanto à sobrecarga ocupacional quanto à necessidade constante do cumprimento de tarefas domésticas. Assim, além do trabalho propriamente dito, esses indivíduos convivem com a responsabilidade de uma constituição familiar, algo que pode influenciar na qualidade de vida e na capacidade para o trabalho. Condição elucidada na fala de um entrevistado: “temos que ser eficientes no trabalho e ainda dar conta das atividades do lar” (FISIO 09).

### 6.1.2 Curso de especialização concluído

O GRÁF. 4 mostra que todos os pesquisados atestaram ter concluído alguma especialização no campo da Fisioterapia, sendo destacada as áreas cardiorrespiratória (73,7%) e neonatal (15,8%).



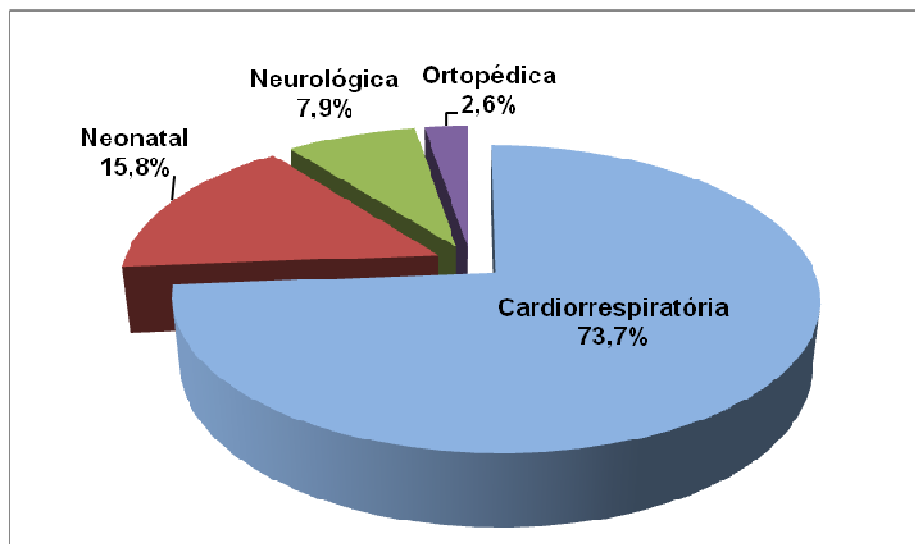


GRÁFICO 4 - Distribuição da amostra segundo o curso de especialização.

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

O alto percentual de profissionais com especialização em fisioterapia cardiopulmonar pode ser explicado pela elevada demanda de pacientes internos no hospital, que conta com expressivo número de leitos e dois centros de terapia intensiva funcionantes. De acordo com Azeredo (2002), os principais objetivos da atuação fisioterápica em um hospital são minimizar os efeitos da imobilidade no leito, prevenir e/ou tratar as complicações respiratórias e motoras e promover a integração sensório-motora e cognitiva do paciente. Desta forma, a especialização na área cardiopulmonar tem crescido substancialmente, especialmente para os profissionais que atuam nas unidades de terapia intensiva.

### 6.1.3 Tempo de trabalho na instituição

Em relação ao tempo que o profissional atua na empresa pesquisada, a amostra se distribuiu da seguinte forma: 36,9% exercem a função de quatro a seis anos; 31,6% exercem a função de um a três anos; 21,0% trabalham na instituição há mais de 6 anos; e apenas 10,5% trabalham há menos de um ano (TAB. 1). Tais dados revelam que, embora conte com alguns recém-contratados, a organização tem no seu quadro de pessoal a maioria de fisioterapeutas que desempenham suas atividades há anos na instituição.

TABELA 1

Distribuição da amostra por tempo de trabalho na instituição

<b>Tempo de atuação na instituição</b>		
<b>Tempo de Trabalho</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Menos de 1 ano	4	10,5
De 1 a 3 anos	12	31,6
De 4 a 6 anos	14	36,9
Mais de 6 anos	8	21,0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

#### 6.1.4 Número de horas trabalhadas e trabalho aos sábados, domingos e feriados

No tocante ao número de horas trabalhadas por semana, a TAB. 2 representa a distribuição da amostra estudada.

TABELA 2

Distribuição da amostra por número de horas semanais trabalhadas

<b>Número de horas Trabalhadas</b>		
<b>Horas trabalhadas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
20 horas	1	2,7
Mais de 20 a 30 horas	4	10,5
Mais de 30 a 40 horas	8	21,0
Mais de 40 horas	25	65,8
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Na instituição pesquisada, os fisioterapeutas são contratados para trabalhar 20 ou 36 horas semanais. No entanto, essa não é a realidade atestada: do total da amostra, 25 ou 65,8% relataram carga horária superior a 40 horas por semana, o que pode caracterizar sobrecarga ou excesso de horas de trabalho.

Em relação ao trabalho realizado aos sábados, domingos e feriados, a TAB. 3 representa os resultados obtidos, levando-se em conta que as horas trabalhadas nesses dias já foram consideradas no número total de horas trabalhadas.

TABELA 3

Distribuição amostral por trabalho nos finais de semana e feriados

<b>Trabalho aos sábados, domingos e feriados</b>		
<b>Frequência de trabalho</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sempre	12	31,6
Às Vezes	23	60,5
Raramente ou nunca	3	7,9
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Considerando que 31,6% da amostra sempre realizam e 60,5% realizam algum trabalho aos sábados, domingos e feriados, fica explicado o fato de 65,8% dos pesquisados afirmarem ter carga horária semanal superior a 40 horas. Vale ressaltar, porém, que na maioria dos casos o trabalho aos finais de semana faz parte do assinalado no contrato de trabalho dos profissionais estudados.

### **6.1.5 Tabagismo e hábito de consumo de bebida alcoólica**

No que diz respeito ao tabagismo, nenhum dos profissionais relatou fazer uso do fumo até a data desta pesquisa.

Quanto ao uso de bebidas alcoólicas, do total da amostra pesquisada, 32 (84,2%) afirmam consumir e apenas seis (15,8%) disseram não fazer uso. Dos que relataram fazer uso de alguma bebida alcoólica, 21 (65,6%) disseram consumir uma a cinco unidades<sup>3</sup> por semana; oito (25%), seis a 15 unidades por semana; e três (9,4%), 16 a 35 unidades por semana.

<sup>3</sup> 1 Unidade = uma taça de vinho, uma caneca de chope, uma garrafa de cerveja ou uma dose de destilados.

No que se refere à frequência com que cada indivíduo tem bebido atualmente - a maior parte faz uso de alguma bebida alcoólica - 26 (81,25%) dos respondentes têm consumido o de costume, ao passo que seis (18,75%) têm consumido mais que o de costume.

### 6.1.6 Condições de saúde e quantidade de horas de sono por dia

O GRÁF. 5 representa a distribuição da amostra no que diz respeito à presença ou não de problemas de saúde.

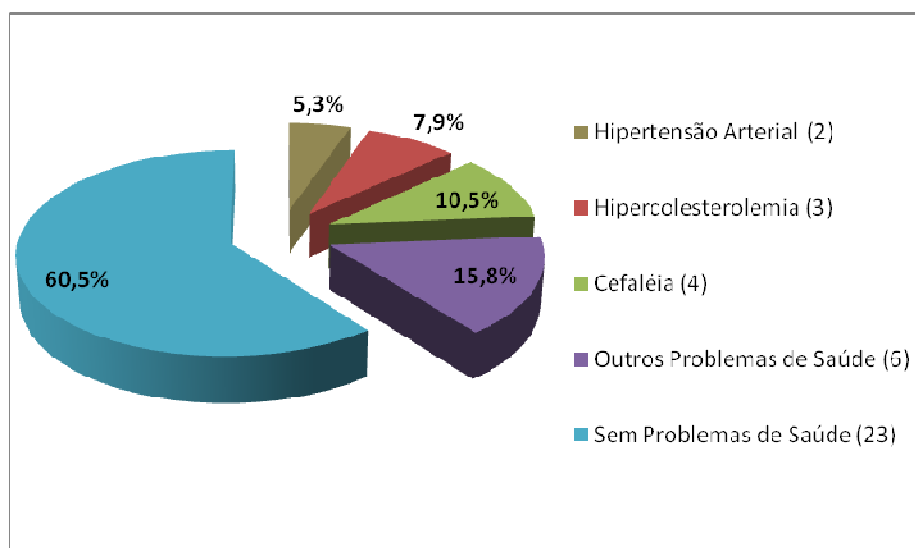


GRÁFICO 5 - Distribuição da amostra segundo as condições de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

De acordo com o GRÁF. 5, 23 (60,5%) dos profissionais avaliados não apresentam problemas de saúde, sendo que os outros 15 ou 39,5% têm algum tipo de problema de saúde, destacando-se cefaleia (10,5%), hipercolesterolemia<sup>4</sup> (7,9%) e hipertensão arterial (5,3%). Entre os seis (15,8%) com outros problemas de saúde, incluem-se: um com gastrite péptica; um com fibromialgia e quatro com insônia.

Esses dados vão ao encontro dos achados de Silva (2006), que identificou cefaleia e dores musculares em 50% dos fisioterapeutas de organizações

<sup>4</sup> Hipercolesterolemia = elevação dos níveis de colesterol no sangue.

diversas da grande Goiânia-Go. Além disso, confirmam os achados de Romani (2001), que reportou espasmo muscular doloroso como importante distúrbio em fisioterapeutas que trabalham em instituições de ensino superior, hospitais, clínicas e consultórios.

Em relação ao número de horas de sono por dia, a TAB. 4 ressalta percentual mais alto para aqueles que dormem seis a oito horas por dia (57,9%) e quatro a seis horas por dia (26,3%). Com tempo de sono inferior a quatro horas/dia aparecem quatro pesquisados ou 10,5% do total da amostra, dado que apresenta coerência com o número de profissionais que relataram insônia como um problema de saúde.

TABELA 4

Distribuição da amostra por número de horas de sono/dia

<b>Número de horas de sono/dia</b>		
<b>Horas de sono</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
até 4 horas	4	10,5
Mais de 4 até 6 horas	10	26,3
Mais de 6 a 8 horas	22	57,9
Mais de 8 horas	2	5,3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Em resumo, no que diz respeito aos principais dados sociodemográficos, tem-se que o grupo de profissionais estudados, em sua maioria, é do gênero feminino (97,4%); com idades entre 30 e 40 anos (52,6%); mais da metade casados (57,9%); 73,7% com especialização em fisioterapia cardiopulmonar; 36,9% com tempo de trabalho na instituição que varia de quatro a seis anos; 65,8% trabalham mais de 40 horas semanais e 60,5% realizam algum trabalho aos sábados, domingos e feriados.

Finda a caracterização da amostra estudada, a seguir apresentam-se o diagnóstico do estresse ocupacional.

## 6.2 Diagnóstico de estresse

Para a interpretação e análise do nível de intensidade do estresse no trabalho da amostra estudada, utilizou-se como referência a escala de estresse ocupacional proposta por Zille (2005), que segue os seguintes critérios: ausência de estresse, estresse leve a moderado, estresse intenso e estresse muito intenso.

TABELA 5

Interpretação dos níveis de estresse ocupacional

<b>Nível de estresse</b>	<b>Valores referência</b>
Ausência de estresse	< 1,75
Estresse leve/moderado	> ou = 1,75 a < 2,46
Estresse intenso	> ou = 2,46 a < 3,16
Estresse muito intenso	> ou = 3,16

Fonte: Zille (2005, p. 222-223).

A escala para os valores de referência variou de 1,00 a 5,00.

A ausência de estresse expressa uma condição de equilíbrio entre a estrutura psíquica do sujeito envolvido e as demandas psíquicas advindas do ambiente de trabalho.

O estresse leve a moderado sugere a ocorrência de manifestações de estresse, em grau compensado, podendo não gerar consequências para o trabalho do sujeito em questão. Entretanto, caso haja persistência do quadro, o agravamento se torna evidente, ocasionando impacto na estrutura psíquica do indivíduo, com comprometimento emocional e/ou orgânico - o que fatalmente levará a reflexos nas suas atividades laborais.

O nível intenso indica a ocorrência de manifestações de estresse em grau elevado, podendo gerar impactos significativos no indivíduo em questão. Nesses casos, sintomas como nervosismo acentuado, ansiedade, fadiga, insônia, palpitações, cefaleias tensionantes, entre outros, se tornam muito frequentes. As condições orgânicas e psíquicas possivelmente já apresentam alterações e em alguns casos os indivíduos necessitam de tratamento/acompanhamento clínico e/ou psicológico.

O nível muito intenso indica manifestações de estresse em grau muito elevado, determinando impactos significativos nos diversos ambientes nos quais o indivíduo opera: vida social, familiar e trabalho. Assim como no estresse intenso, nesse nível o indivíduo convive com uma série de sintomas comuns ao fenômeno, pois as condições orgânicas e psíquicas possuem alterações importantes, com iminente necessidade de tratamento clínico e/ou psicológico (ZILLE, 2005).

O GRÁF. 6 mostra o diagnóstico e o nível de estresse ocupacional para a amostra avaliada.

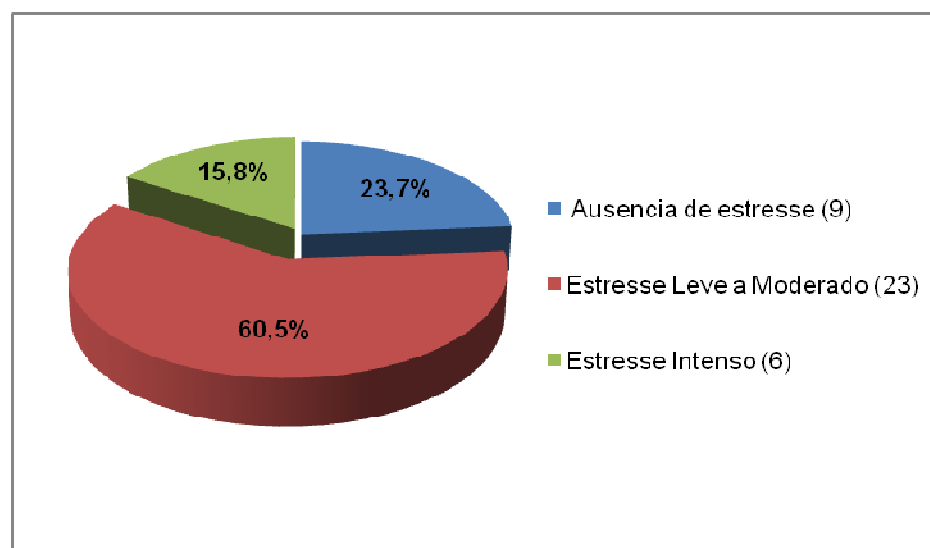


GRÁFICO 6 - Diagnóstico de estresse ocupacional para a amostra estudada.

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Conforme pode ser visto no GRÁF. 6, 76,3% dos avaliados apresentaram estresse e apenas 23,7% tiveram diagnóstico de ausência de estresse. Dos que exibiram níveis de estresse, 23 (60,5%) tiveram a forma leve a moderada e seis (15,8%) estresse intenso, o que significa predominância de profissionais com algum grau de estresse. Esse fato é elucidado na fala de dois dos entrevistados:

Essa profissão é muito estressante, pois temos que conviver com inúmeras situações no trabalho que exigem uma adaptação física e psicológica contínua (FISIO 11).

É estresse o tempo todo [...] temos que lidar com pacientes, familiares dos pacientes e ainda manter uma produtividade, sempre. Isso é algo que nos deixa muito estressados (FISIO 02).

O diagnóstico de estresse para a maioria da amostra vai ao encontro da pesquisa realizada pela *International Stress Management Association*, que informa a existência de estresse em grande parcela dos trabalhadores brasileiros de diversos setores (ISMA, 2003). Do mesmo modo, os dados obtidos corroboram os achados de Pavlakis, Raftopoulos e Theodorou (2010), que estudaram 172 fisioterapeutas de hospitais públicos e privados da ilha de Chipre e constataram que a metade dos avaliados apresentava estresse leve e moderado.

Outro estudo internacional que manifestou consonância com os resultados obtidos na amostra avaliada foi realizado por Santos, Barros e Carolino (2010). Ao analisarem amostra de 55 fisioterapeutas de três hospitais gerais de Lisboa, em Portugal, constataram que 71% apresentavam algum grau de estresse.

A seguir, os dados são apresentados de forma a acentuar as principais fontes de tensão excessiva no trabalho dos profissionais avaliados, além das fontes de tensão do indivíduo e do papel desempenhado, os principais sintomas de estresse identificados, os mecanismos reguladores e os indicadores de impactos na produtividade dos fisioterapeutas acompanhados.

Cada construto é apresentado e analisado considerando-se as diferenças evidenciadas em dois grupos: indivíduos com ausência de estresse (grupo I) e indivíduos com estresse leve a moderado e estresse intenso (grupo II).

### **6.2.1 Fontes de tensão excessiva no trabalho**

Com base no modelo teórico utilizado na pesquisa, o construto fonte de tensão excessiva no trabalho pode ser explicado pelos chamados construtos secundários: processos de trabalho; relações no trabalho; insegurança nas relações de trabalho; e convivência com indivíduos de personalidade difícil.

A TAB. 6 contém os resultados obtidos para a amostra em questão. Trata-se das principais fontes de tensão excessiva no trabalho dos fisioterapeutas analisados, em que foram considerados indicadores que correspondem a todos os construtos de segunda ordem.



TABELA 6  
Principais fontes de tensão excessiva no trabalho para a amostra estudada

Indicador	(Grupo I) Indivíduos com ausência de estresse		(Grupo II) Indivíduos com estresse leve a moderado e intenso	
	Frequência	%	Frequência	%
Necessidade constante de acerto.	04	44,4	24	82,7
Realização de diversas atividades simultaneamente.	03	33,3	19	65,5
Autonomia dividida com outro profissional de saúde.	04	44,4	17	58,6
Convivência com indivíduos estressados, ansiosos e/ou com dificuldades emocionais.	01	11,1	13	44,8
<b>Média</b>		<b>33,3</b>		<b>62,9</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Nota 1 – profissionais com ausência de estresse totalizam nove indivíduos.

Nota 2 – profissionais com estresse leve a moderado e estresse intenso totalizam 29 indivíduos.

De acordo com a TAB. 6, a principal fonte de tensão excessiva no trabalho dos fisioterapeutas investigados foi a necessidade constante de acerto, requerida para a atividade profissional. Esse indicador foi mencionado como: algumas vezes frequente, frequente ou muito frequente por 82,7% dos fisioterapeutas que apresentaram quadros de estresse e 44,4% dos profissionais com ausência de estresse, sendo reforçado nos depoimentos que se seguem:

Nossa profissão exige muita capacidade intelectual e imensa responsabilidade. Afinal de contas, juntamente com outros profissionais do hospital, estamos tratando da vida humana e nesses casos deve-se zelar a possibilidade de erros (FISIO 07).

[...] muita gente pensa que o fisioterapeuta não tem tanta responsabilidade assim. Estão muito enganados! Principalmente no ambiente hospitalar, temos que tomar cuidados especiais, pois um único erro pode ocasionar a morte de um paciente (FISIO 02).

Melo, Gomes e Cruz (1997) validam esses dados. Segundo os autores, diferentemente de outras atividades laborais, decisões erradas que possam ser

tomadas por profissionais de saúde podem piorar o quadro de um paciente, ocasionando até mesmo sua morte.

A necessidade de realização de diversas atividades simultaneamente foi avaliada como importante fonte de tensão excessiva no trabalho por 65,5% dos profissionais com diagnóstico de estresse (grupo II) e 33,3% dos indivíduos com ausência de estresse (grupo I): Isso pode ser percebido no relato a seguir: “a grande demanda de pacientes exige de nós atenção constante. Além disso, precisamos controlar as guias e solicitações e ainda preencher cada prontuário com a máxima atenção” (FISIO 01).

Outra fonte de tensão excessiva, assinalada por 58,6% dos indivíduos estressados e 44,4% dos que não tiveram diagnóstico de estresse, foi a condição de ter que dividir, com outros profissionais de saúde, grande parte das decisões relacionadas com o próprio trabalho, situação explícita na fala de dois entrevistados:

A autonomia é restrita aqui no hospital, principalmente na UTI. Os médicos fazem questão de comandarem o setor e muitas vezes querem prescrever até mesmo as condutas de outros profissionais de saúde (FISIO 05).

Inúmeras vezes vejo a necessidade de uma intervenção em determinado paciente e não posso fazê-lo; a menos que haja consenso entre os profissionais que o atendem [...] de forma geral, o médico precisa prescrever a necessidade de tratamento para que o fisioterapeuta possa atuar (FISIO 03).

Tal condição também foi descrita por Santos, Barros e Carolino (2010), ao identificarem a falta de autonomia como importante fonte de tensão no trabalho dos fisioterapeutas avaliados em Lisboa, Portugal.

Por fim, a quarta fonte de tensão excessiva destacada, considerada por 44,8% dos profissionais com estresse e 11,1% dos que tiveram ausência de estresse, foi o convívio com indivíduos estressados, ansiosos e/ou com dificuldades emocionais. Os respondentes salientaram frequência nesse tipo de convivência no ambiente de trabalho, o que pode ser observado nos seguintes relatos:

Aqui no hospital a gente tem que conviver com cada situação [...] muitas vezes somos obrigados a aguentar as crises de pacientes ansiosos e deprimidos e os conflitos com colegas estressados (FISIO 04).

O relacionamento entre os componentes de determinada equipe que atende um paciente é muitas vezes melindrosa e isso acaba tornando o trabalho com alguns problemas de convivência (FISIO 10).

Esse resultado confirma o estudo de Silva (2006), ao observar que o relacionamento com indivíduos estressados, muitas vezes, os próprios membros da equipe de saúde, é uma fonte de tensão excessiva no trabalho dos fisioterapeutas, principalmente aqueles que atuam em ambiente hospitalar.

Ainda com base na TAB. 6, analisando comparativamente os profissionais com ausência de estresse (grupo I) e os indivíduos com estresse leve a moderado e intenso (grupo II), pode-se observar que os indicadores percentuais para as fontes de tensão excessiva no trabalho foram mais elevados para os sujeitos do segundo grupo.

Outro fato a ser observado é a diferença na constatação da principal fonte de tensão excessiva no trabalho, evidenciada por cada grupo avaliado. No caso dos indivíduos com manifestações de estresse (grupo II), a principal fonte de tensão excessiva no trabalho foi a necessidade constante de acerto, referenciada por 82,7% do grupo. Em contrapartida, para os indivíduos que apresentaram ausência de estresse (grupo I), foram: autonomia dividida com outro profissional de saúde (44,4%) e a necessidade constante de acerto (44,4%).

### **6.2.2 Fontes de tensão do indivíduo e do papel desempenhado**

Considerando o modelo teórico utilizado na pesquisa, as fontes de tensão do indivíduo e do papel desempenhado podem ser explicadas pelos construtos secundários: responsabilidades acima dos limites; estilo e qualidade de vida; aspectos específicos do trabalho desempenhado; e desmotivação. Os resultados obtidos estão representados na TAB. 7.

TABELA 7  
Principais fontes de tensão do indivíduo e  
do papel desempenhado para a amostra estudada

Indicador	(Grupo I) Indivíduos com ausência de estresse		(Grupo II) Indivíduos com estresse leve a moderado e intenso	
	Frequência	%	Frequência	%
Ter horários de descanso tomados pelo trabalho.	03	33,3	18	62,0
Levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo, mesmo quando não há exigências para tal.	04	44,4	15	51,7
Conhecer o que é qualidade de vida e sua importância e não ter tempo de praticar esse conceito, devido à absorção pelo trabalho.	02	22,2	12	41,4
Conviver com situações de tensão pela gravidade dos pacientes atendidos.	01	11,1	11	37,9
<b>Média</b>		<b>27,7</b>		<b>48,2</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Nota 1 – profissionais com ausência de estresse totalizam nove indivíduos.

Nota 2 – profissionais com estresse leve a moderado e estresse intenso totalizam 29 indivíduos.

Como pode ser observado na TAB. 7, as principais fontes de tensão do indivíduo e do papel desempenhado para os indivíduos com manifestações de estresse (grupo II) foram: ter os horários de descanso tomados pelo trabalho (62,0%); levar a vida de maneira muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo, mesmo quando não há exigências para tal (51,7%); e conhecer o que é qualidade de vida e não ter tempo de praticar esse conceito, devido à absorção pelo trabalho (41,4%). Tais indicadores correspondem ao construto secundário estilo e qualidade de vida.

O relato de alguns profissionais retrata essa situação:

Trabalho demais aqui! É uma correria constante e o tempo fica curto para finalizarmos todo o trabalho do dia [...] diversas vezes, não tenho tempo nem para almoçar direito (FISIO 07).

Geralmente, tenho que atender uma ala inteira do hospital e o tempo previsto torna-se insuficiente. Assim, acabo estendendo o meu atendimento para além da carga horária prevista (FISIO 09).

Quando estou nos dias de plantão, procuro atender toda a demanda preestabelecida e ainda passar nos leitos de pacientes recém-internados. Desta maneira, consigo adiantar as avaliações que seriam realizadas por mim no dia seguinte (FISIO 03).

Em conformidade com os dados apontados, Lindsay *et al.* (2008), ao estudarem os efeitos do estresse em fisioterapeutas de hospitais públicos, encontraram a sobrecarga de trabalho constante e o elevado número de casos atendidos como as mais relevantes fontes de tensão.

A convivência com situações de tensão pela gravidade dos pacientes atendidos é outra questão assinalada. Tal indicador, citado por 37,9% dos sujeitos com estresse, corresponde ao construto secundário denominado aspecto específico do trabalho desempenhado.

Na análise comparativa por grupos pode-se observar que, assim como no diagnóstico das fontes de tensão excessiva no trabalho, os indicadores percentuais para as principais fontes de tensão do indivíduo e papel desempenhado foram mais elevados para o grupo II (indivíduos com estresse leve a moderado e intenso) quando relacionados com o grupo I (indivíduos com ausência de estresse). Além disso, verifica-se que a principal fonte de tensão para o grupo I é levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo, mesmo quando não há exigências para tal (44,4%); já para o grupo II é ter os horários de descanso tomados pelo trabalho (62,0%).

### **6.2.3 Sintomas do estresse**

Os sintomas do estresse são explicados pelos construtos secundários: sintomas de hiperexcitabilidade e senso de humor; sintomas psíquicos, dos sistemas nervoso simpático e gástrico; e sintomas de elevação do tônus; tontura e/ou vertigens; falta ou excesso de apetite; e relaxamento.

Para a amostra avaliada, os principais sintomas de estresse são representados na TAB. 8.

TABELA 8  
Principais sintomas de estresse para a amostra estudada

Indicador	(Grupo I) Indivíduos com ausência de estresse		(Grupo II) Indivíduos com estresse leve a moderado e intenso	
	Frequência	%	Frequência	%
Fadiga (baixo nível de energia, sentir o corpo um “bagaço”, sentir-se cansado precocemente ao longo do dia, sonolência)	02	22,2	22	75,9
Dor nos músculos do pescoço e ombros	04	44,4	20	69,0
Ansiedade (sensação de vazio, lacuna, hiato entre o agora e o futuro, associado a medo/apreensão em relação ao futuro)	02	22,2	18	62,1
Perda e/ou oscilação de humor	02	22,2	15	51,7
Irritabilidade fácil	02	22,2	11	37,9
Nervosismo acentuado	01	11,1	10	34,5
Insônia	00	00,0	04	13,8
<b>Média</b>		<b>20,6</b>		<b>49,3</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Nota 1 – profissionais com ausência de estresse totalizam nove indivíduos.

Nota 2 – profissionais com manifestações de estresse totalizam 29 indivíduos.

Os principais sintomas assinalados pelos indivíduos com diagnóstico de estresse foram: fadiga (75,9%), dor nos músculos do pescoço e ombros (69,0%), ansiedade (62,1%), perda e/ou oscilação de humor (51,7%), irritabilidade fácil

(37,9%), nervosismo acentuado (34,5%) e insônia (13,8%). Algumas dessas manifestações são reconhecidas por parte dos profissionais entrevistados:

Gosto do meu trabalho, mas sinto-me muito cansada ao final de uma jornada de trabalho, que é muito longa e exaustiva. Quando chego em casa estou toda dolorida e percebo uma tensão geral, principalmente na musculatura que estabiliza a coluna lombar (FISIO 06).

Quando o hospital está lotado fico muito ansiosa e nervosa, com receio de não concluir todos os atendimentos. Isso acontece, quase sempre, porque aqui vive cheio e temos que dar conta do recado. O pior é que precisamos manter uma tranquilidade aparente, mesmo que falsa, para não transmitir ansiedade para o paciente (FISIO 12).

Um fato que me deixa extremamente irritada é a falta de compromisso de alguns profissionais aqui no hospital. Não cumprem a escala de rotatividade de leitos e isso acaba sobrecarregando o colega do próximo plantão (FISIO 10).

No que tange aos fatores com os quais cada sintoma (TAB. 8) se relaciona, verifica-se que fadiga, dor nos músculos do pescoço e ombros e insônia correspondem ao construto secundário aumento de tônus muscular, tontura e/ou vertigem, falta ou excesso de apetite e relaxamento. Os sintomas de perda e/ou oscilação de humor, irritabilidade fácil e nervosismo acentuado correspondem à hiperexcitabilidade e alterações de senso de humor; a ansiedade diz respeito ao construto sintomas psíquicos, decorrentes dos sistemas nervoso simpático e gástrico.

Os sintomas verificados no grupo com diagnóstico de estresse coincidem com os registrados na literatura especializada. Couto (1987) indica nervosismo, ansiedade, irritabilidade, fadiga, angústia, raiva, depressão, dor no pescoço e ombros e insônia como sintomas presentes em indivíduos estressados. Do mesmo modo, Cahill (1996) destaca que o estresse ocupacional tem sido considerado fator de risco para diferentes sintomas, como desordem do sono, irritabilidade e perda de concentração.

Ainda em conformidade com os dados apresentados, Moraes *et al.* (2001) assinalaram fadiga e falta de energia vital como manifestações do estresse, em estudo realizado com policiais militares do estado de Minas Gerais. Zille (2005), ao estudar 550 gerentes de empresas de setores diversos, constatou como principais sintomas: ansiedade, fadiga, dores nos músculos do pescoço e ombros e insônia. Já Formighieri (2003), com amostra de fisioterapeutas, detectou entre

os principais sintomas a ausência de sono, dores nos ombros ou na nuca e perda de senso de humor.

Na análise comparativa entre os grupos com e sem manifestações de estresse, os sintomas foram, proporcionalmente, mais expressivos nos sujeitos estressados, especialmente para os indicadores: fadiga (75,9%) ansiedade (62,1%) e nervosismo acentuado (34,5%). O sintoma insônia foi relatado apenas pelos indivíduos que receberam diagnóstico positivo de estresse.

Levando em conta apenas o grupo I (indivíduos com ausência de estresse), o principal sintoma identificado foi dor nos músculos do pescoço e ombros (44,4%), seguida por ansiedade, irritabilidade fácil e nervosismo acentuado, todos com percentual de 22,2%. Estes dados revelam a existência de tensão no trabalho, mas esses indivíduos as equilibram por meio dos mecanismos de defesa (psíquicos).

#### **6.2.4 Mecanismos de regulação**

Os mecanismos de regulação ou estratégias de enfrentamento podem ser explicados pelos seguintes construtos: interação e prazos, descanso regular e experiência no trabalho e atividade física.

Para os entrevistados, os principais mecanismos de regulação estão representados na TAB. 9.



TABELA 9  
Mecanismos de regulação para a amostra estudada

Indicador	Frequência	(Grupo I)	(Grupo II)
		Indivíduos com ausência de estresse	Indivíduos com estresse leve a moderado e intenso
		%	%
Possibilidade de gozar férias regularmente.	Sempre possível	88,9	65,5
Realização de exercício físico regular e orientado.	Na maioria das vezes é possível	77,8	58,6
Cooperação entre colegas de trabalho.	Na maioria das vezes é possível	77,8	24,1
Possibilidade de questionar prioridades com superiores, quando necessário.	Na maioria das vezes é possível	66,7	37,9
Possibilidade de descanso semanal regular.	Algumas vezes é possível	88,9	51,7
Reduzir o número de pacientes atendidos/dia.	Algumas vezes é possível	66,7	10,3
<b>Média</b>		<b>77,8</b>	<b>41,3</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Nota 1 – profissionais com ausência de estresse totalizam nove indivíduos.

Nota 2 – profissionais com manifestações de estresse totalizam 29 indivíduos.

A possibilidade de gozar férias regularmente foi citado como principal mecanismo de regulação, visto que 88,9% dos indivíduos com ausência de estresse (grupo I) e 65,5% dos sujeitos com estresse (grupo II) afirmaram ser sempre possível tal condição. Ainda representando o construto de segunda ordem, descanso regular, 88,9% do grupo I e 51,7% do grupo II declararam ser algumas vezes possível descansar regularmente nos finais de semana e feriados.

Quanto à prática de exercícios físicos de maneira regular e orientada, como mecanismos de regulação, 58,6% dos sujeitos com estresse (grupo II) declararam

ser possível na maioria das vezes. Tal indicador se refere ao construto secundário experiência no trabalho e atividade física, além de confirmar os achados de Parreira (2006) e Zonta, Robles e Grosseman (2006), que descreveram a atividade física como uma das estratégias de enfrentamento ao estado de estresse, em estudos realizados com psicólogos e estudantes de Medicina, respectivamente.

No que se refere à cooperação entre os colegas de trabalho, 77,8% dos indivíduos do grupo I (ausência de estresse) e 24,1% dos participantes do grupo II (estresse leve a moderado/estresse intenso) afirmaram que na maioria das vezes isso é possível, conforme fica evidente na fala de um entrevistado: “apesar de algumas dificuldades de relacionamento, existe certa cooperação entre os colegas. Troca de plantões é um bom exemplo disso” (FISIO 01).

Contudo, Silva (2006) detectou a falta de colaboração entre a equipe como uma fonte estressora da atividade de fisioterapeutas atuantes em diversas organizações da cidade de Goiânia-GO.

Quanto à possibilidade de questionar prioridades com superiores, quando necessário, 66,7% dos participantes do grupo com ausência de estresse (grupo I) disseram ser possível, na maioria das vezes. No entanto, quando a questão é a redução do número de pacientes por dia, como mecanismo de regulação, 66,7% dos indivíduos do mesmo grupo afirmaram ser possível somente algumas vezes. Esses indicadores correspondem ao construto de segunda ordem, interação e prazos, e podem ser observados no que disseram dois dos participantes da pesquisa:

O relacionado com a coordenadora da Fisioterapia é muito bom. Ela está sempre aberta a ideias novas e questionamentos. Além disso, nunca interferiu na conduta profissional de ninguém (FISIO 03).

[...] já cheguei a diminuir meus atendimentos para controlar o cansaço e estresse. Conversei com a coordenadora e ela permitiu isso durante uma semana. Porém, depois tive que render o dobro (FISIO 07).

Outras estratégias pessoais para enfrentamento das situações de tensão no trabalho foram relatadas pelos profissionais entrevistados: ouvir música (FISIO 01; FISIO 07; FISIO 09; FISIO 10; FISIO 11 e FISIO 12); leitura (FISIO 01; FISIO 03; FISIO 07; FISIO 10; FISIO 11); e oração (FISIO 04; FISIO 05; FISIO 06 e FISIO 07).

### 6.2.5 Impactos na produtividade

O construto primário “impactos na produtividade” é explicado pelos seguintes indicadores: dificuldades em lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho, que anteriormente eram lembrados com facilidade; dificuldades no que se refere à tomada de decisões; fuga às responsabilidades de trabalho antes assumidas de forma natural; desejo frequente de trocar de emprego; desmotivação importante para o trabalho; perda de controle em relação aos eventos da vida (trabalho, família e relacionamentos sociais); desgaste nos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho e fora dele; dificuldade de concentração no trabalho; diminuição da eficácia no trabalho; e queda da produtividade.

Para os avaliados, os principais indicadores apontados estão representados na TAB. 10:

TABELA 10  
Impactos nos indicadores de produtividade para a amostra estudada

Indicador	Indivíduos com ausência de estresse		Indivíduos com estresse leve a moderado e intenso	
	Frequência	%	Frequência	%
Excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho e fora dele	02	22,2	16	55,2
Desejo frequente de trocar de emprego	02	22,2	15	51,7
Dificuldade de concentração no trabalho	01	11,1	10	34,5
Diminuição da eficácia do trabalho	01	11,1	06	20,7
Queda da produtividade.	01	11,1	03	10,3
<b>Média</b>		<b>15,5</b>		<b>34,5</b>

Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Nota 1 – profissionais com ausência de estresse totalizam nove indivíduos.

Nota 2 – profissionais com manifestações de estresse totalizam 29 indivíduos.

Considerando o construto “impactos na produtividade”, 55,2% dos indivíduos com diagnóstico de estresse afirmam que com alguma frequência, frequentemente ou muito frequentemente, nos últimos três meses, têm vivenciado excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho e fora dele, conforme depoimento a seguir:

O relacionamento aqui dentro é tenso e chega ser desgastante. [...] do mesmo modo que há cooperação na execução de uma determinada tarefa, existe uma competição evidente [...] até parece que o profissional vai ganhar algo com esse comportamento (FISIO 11).

Outros indicadores destacados na amostra com estresse foram: desejo frequente de trocar de emprego (51,7%), dificuldade de concentração no trabalho (34,5%), diminuição da eficácia de trabalho (20,7%) e queda da produtividade (10,3%). A frequência do primeiro indicador pode ser observada na seguinte descrição:

O ambiente hospitalar é muito complicado. Além do mais, os salários nem são tão bons assim; há uma cobrança constante e a responsabilidade é enorme. Às vezes, me dá uma saudade do atendimento tranquilo quando eu trabalhava em uma clínica ou na academia [...] dá até vontade de abandonar o trabalho em hospital (FISIO 04).

No grupo de indivíduos com ausência de estresse, os mesmos construtos de indicadores de impactos na produtividade foram observados, variando somente os percentuais obtidos. Deste modo, analisando comparativamente os dois grupos pesquisados, verifica-se que os indicadores foram mais altos nos sujeitos estressados (grupo II). Esses dados confirmam o impacto do estresse no ambiente de trabalho dos fisioterapeutas pesquisados.

A exceção se faz ao indicador “queda da produtividade” que não se revelou significativo. Uma explicação para este resultado é que apesar da significância dos demais indicadores, o reflexo efetivo na produtividade ocorreu de forma leve e não discriminante nos grupos I e II.

### 6.3 Dados sociodemográficos e suas relações com o nível de estresse ocupacional

A seguir, os dados sociodemográficos idade, tempo de trabalho na instituição, quantidade de horas semanais trabalhadas, consumo de bebidas alcoólicas, problemas de saúde e horas de sono/dia são analisados tendo como referência o nível de estresse ocupacional apresentado pelos profissionais avaliados.

#### 6.3.1 Nível de estresse ocupacional e fator idade

Conforme apresentado na caracterização da amostra, a idade dos pesquisados variou em quatro faixas etárias específicas: de 20 a 30 anos, de 30 a 40 anos, de 40 a 50 anos e acima de 50 anos. A TAB. 11 demonstra a relação entre os níveis de estresse ocupacional e a idade dos indivíduos estudados.

TABELA 11  
Relação entre nível de estresse ocupacional e idade

Nível de estresse	Idade								Total	%
	20 a 30 anos		30 a 40 anos		40 a 50 anos		+ de 50 anos			
Ausência	3	23,1	5	25,0	1	25,0	0	0,0	9	23,7
Leve/moderado	8	61,5	13	65,0	1	25,0	1	100,0	23	60,5
Intenso	2	15,4	2	15,0	2	50,0	0	0,0	6	15,8
<b>Total</b>	13	100,0	20	100,0	4	100,0	1	100,0	38	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.  
Teste Qui-Quadrado:  $P > 0,05$ .

Como pode ser observado na TAB. 11, com exceção daqueles com idades superiores a 50 anos, todas as faixas etárias avaliadas apresentaram indivíduos com estresse intenso. Para o nível estresse leve a moderado, a faixa de idade mais representativa é a que variou de 30 a 40 anos, com 13 indivíduos nesse

nível de estresse, significando 34,21% da amostra total estudada. Entretanto, esse dado pode ser explicado pelo tamanho da amostra representativa dessa faixa etária.

A considerar apenas os indivíduos com ausência de estresse, há equilíbrio entre os dois primeiros níveis de faixa etária, que varia de 20 a 40 anos. Dos quatro indivíduos com idades de 40 a 50 anos, um não teve estresse.

De acordo com os testes de inferência estatística, para a amostra avaliada não houve relação de dependência direta entre o nível de estresse e idade dos fisioterapeutas acompanhados ( $P>0,05$ ).

### 6.3.2 Nível de estresse ocupacional e fator tempo de trabalho na instituição

O nível de estresse analisado de acordo o tempo de trabalho na instituição pode ser observado na TAB. 12.

TABELA 12

Relação entre nível de estresse ocupacional e tempo de trabalho na instituição

Nível de estresse	Tempo de trabalho na Instituição								Total	%
	Menos de 01 ano	%	01 a 03 anos	%	04 a 06 anos	%	Mais de 06 anos	%		
Ausência	1	25,0	3	25,0	3	21,4	2	25,0	9	23,7
Leve/moderado	3	75,0	6	50,0	8	57,2	6	75,0	23	60,5
Intenso	0	0,0	3	25,0	3	21,4	0	0,0	6	15,8
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa.  
Teste Qui-Quadrado:  $P>0,05$ .

No que se refere ao tempo de trabalho na instituição, é possível verificar que os profissionais com estresse intenso concentram-se divididos nas faixas de um a três anos (três - 50%) e quatro a seis anos de trabalho (três - 50%).

Para os profissionais que apresentaram diagnóstico de estresse leve a moderado, a amostra se distribuiu entre todas as faixas de tempo de trabalho na instituição. Contudo, houve ligeira predominância entre aqueles que trabalham quatro a seis anos.

Quanto aos indivíduos com ausência de estresse, ocorreu incidência em todas as faixas de tempo de trabalho com distribuição uniforme.

Assim, com base no teste de inferência estatística, não houve relação de dependência direta entre o tempo de trabalho na instituição e o nível de estresse ocupacional para a amostra avaliada ( $P > 0,05$ ).

### 6.3.3 Nível de estresse ocupacional e fator número de horas trabalhadas

Como pôde ser apurado na caracterização da amostra, os profissionais pesquisados foram contratados para trabalhar 20 ou 36 horas semanais. No entanto, a maioria relatou carga horária superior a 40 horas por semana (65,8%). Quando verificada a relação entre o nível de estresse e a quantidade de horas trabalhadas por semana, a amostra se distribuiu como mostra a TAB. 13.

TABELA 13

Relação entre nível de estresse ocupacional e horas de trabalho semanais

Nível de estresse	Horas de trabalho/semana								Total	%
	20 h		20 a 30 h		30 a 40 h		Mais de 40 h			
		%		%		%		%		
Ausência	1	100,0	2	50,0	2	25,0	4	34,0	9	23,7
Leve/moderado	0	0,0	2	50,0	4	50,0	17	68,0	23	60,5
Intenso	0	0,0	0	0,0	2	25,0	4	34,0	6	15,8
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa.  
Teste Qui-Quadrado:  $P < 0,05$ .

De acordo com a TAB. 13, de todos os indivíduos que apresentaram estresse intenso, 66,6% tiveram carga horária superior a 40 horas e 33,3%

trabalham de 30 a 40 horas semanais. Porém, o profissional que relatou carga horária semanal de apenas 20 horas não apresentou estresse.

A maioria dos indivíduos que obtiveram diagnóstico estresse leve a moderado (73,9%) disse trabalhar mais de 40 horas por semana. Ainda nesse nível de estresse, quatro (17,4%) realizaram carga horária de trabalho de 30 a 40 horas e dois (8,7%) afirmaram trabalhar 20 a 30 horas por semana.

Em síntese, considerando a análise pelo teste de inferência estatística, pode-se afirmar que houve relação de dependência direta entre as horas de trabalho semanais e o nível de estresse ocupacional para a amostra avaliada ( $P < 0,05$ ). Esses dados sugerem que a jornada de trabalho dos profissionais avaliados pode influenciar no estado de estresse ocupacional; ou seja, ocorreu uma relação direta entre o aumento da jornada de trabalho e a ocorrência de quadros de estresse.

#### 6.3.4 Nível de estresse ocupacional e fator consumo de bebida alcoólica

A relação entre consumo de bebida alcoólica e nível de estresse, apresentado pelos profissionais pesquisados, pode ser verificada na TAB. 14.

TABELA 14

Relação entre nível de estresse ocupacional e consumo de bebida alcoólica

Nível de estresse	Consumo de bebida alcoólica				Total	%
	Não		Sim			
	Não	%	Sim	%		
Ausência	3	50,0	6	18,8	9	23,7
Leve/moderado	2	33,3	21	65,6	23	60,5
Intenso	1	16,7	5	15,6	6	15,8
<b>Total</b>	6	100,0	32	100,0	38	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.  
Teste Qui-Quadrado e Fisher:  $P < 0,05$ .

De acordo com a TAB. 14, 83,3% do total de profissionais com diagnóstico de estresse intenso declararam consumir alguma bebida alcoólica. Apesar do



número de indivíduos que não consomem bebida alcoólica ser reduzido (apenas seis), pode-se verificar que 50% desse grupo não exibiram níveis de estresse.

Portanto, com base nos testes de inferência estatística, há relação de dependência direta entre o consumo de bebida alcoólica e nível de estresse para os profissionais avaliados ( $p < 0,05$ ).

### 6.3.5 Nível de estresse ocupacional e fator problemas de saúde

Da amostra total, 23 (60,5%) apresentaram algum problema de saúde e 15 (39,5%) disseram não ter problema de saúde evidente. A seguir, a TAB. 15 distribui a amostra conforme o nível de estresse diagnosticado e problema de saúde identificado.

TABELA 15

Relação entre nível de estresse ocupacional e problemas de saúde

Nível de estresse	Problemas de Saúde				Total	%
	Não	%	Sim	%		
Ausência	2	8,7	7	46,7	9	23,7
Leve/moderado	17	73,9	6	40,0	23	60,5
Intenso	4	17,4	2	13,3	6	15,8
<b>Total</b>	23	100,0	15	100,0	38	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.  
Teste Qui-Quadrado e Fisher:  $P > 0,05$ .

Ainda com base na TAB. 15, é possível verificar que dos seis (100%) profissionais com diagnóstico de estresse intenso, quatro (66,66%) não manifestaram problema de saúde e dois (33,34%) tiveram identificado algum problema de saúde.

Do total de indivíduos com estresse leve a moderado, a maioria (73,9%) não apresentou problemas de saúde. Em contrapartida, quando a análise se baseou nos indivíduos sem estresse, grande parte do grupo (77,7%) declarou ter algum problema de saúde.

Assim, considerando os dados apresentados e a análise pelo teste de inferência estatística, é possível afirmar que não há direta relação de dependência entre o nível de estresse apresentado pelos profissionais pesquisados e a existência de algum problema de saúde ( $P>0,05$ ). Ou seja, sugere-se que os problemas de saúde, vivenciados pelos profissionais não são decorrentes do estresse ocupacional.

### 6.3.6 Nível de estresse ocupacional e fator horas de sono/dia

Como apresentado na caracterização amostral, dos 38 profissionais estudados, quatro referiram dormir até quatro horas de sono por dia; 10 disseram ter quatro a seis horas de sono/dia; 22, seis a oito; e dois, mais de oito horas por dia.

A TAB. 16 apresenta a distribuição amostral conforme nível de estresse e horas de sono por dia.

TABELA 16

Relação entre nível de estresse ocupacional e horas de sono/dia

Nível de estresse	Horas de sono/dia								Total	%
	até 04 h	%	04 a 06 h	%	06 a 08 h	%	Mais de 8 h	%		
Ausência	1	25,0	2	20,0	6	27,3	0	0,0	9	23,7
Leve/moderado	2	50,0	5	50,0	14	63,6	2	100,0	23	60,5
Intenso	1	25,0	3	30,0	2	9,1	0	0,0	6	15,8
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa.  
Teste Qui-quadrado:  $P>0,05$ .

Considerando os profissionais que tiveram diagnóstico de estresse intenso, a amostra se distribuiu da seguinte forma: um indivíduo dormia até quatro horas/dia, três dormiam quatro a seis horas de sono/dia e duas disseram dormir seis a oito horas/dia.

Quando a análise é feita baseada nos profissionais com diagnóstico de estresse leve a moderado, com 23 indivíduos envolvidos tem-se a maioria informando dormir seis a oito horas por dia (14 indivíduos) e quatro a seis horas por dia (cinco indivíduos).

No que concerne aos profissionais com ausência de estresse (nove), 66,6% tinham seis a oito horas de sono/dia; 22,2% com quatro a seis horas de sono/dia; e 11,2% com até quatro horas de sono/dia.

Pelos dados apresentados e por meio do teste de inferência estatística, pode-se concluir que não houve relação de dependência direta entre o nível de estresse dos fisioterapeutas avaliados e a quantidade de horas de sono por dia ( $P>0,05$ ).

## 7 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo tem como objetivo apresentar os principais resultados deste trabalho, levando-se em consideração o referencial teórico adotado e os dados empíricos levantados na pesquisa. Na sequência, são apresentadas algumas recomendações para a empresa e profissionais envolvidos e as limitações do estudo.

Buscando atender ao problema de pesquisa e o objetivo geral desta investigação - investigar aspectos relacionados ao estresse no trabalho de fisioterapeutas atuantes em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte-MG -, foi realizado um estudo de caso descritivo que contou com amostra de 38 profissionais e a utilização de duas estratégias metodológicas: questionário aderente ao modelo teórico para explicar o estresse em gerentes (MTEG), proposto por Zille (2005) e adaptado para este estudo, e entrevista semiestruturada. Assim, tornou-se possível concluir os seguintes objetivos específicos: realizar diagnóstico do nível de estresse, identificar as principais fontes de tensão excessiva no trabalho, mapear os sintomas de estresse manifestados e identificar as estratégias de enfrentamento ou mecanismos reguladores do estresse para os profissionais investigados.

Em relação ao perfil da amostra, a predominância foi do gênero feminino (97,4%) e a faixa etária destacada variou dos 30 aos 40 anos (52,6%). Mais da metade era de casados (57,9%) e a maioria possuía curso de especialização concluído em fisioterapia cardiopulmonar (73,7%).

Quanto ao primeiro objetivo específico, “realizar diagnóstico do nível de estresse na amostra pesquisada”, constatou-se que, dos 38 estudados, 29 (76,3%) apresentaram quadro de estresse ocupacional. Destes, 23 (60,5%) manifestaram estresse leve a moderado e seis (15,8%) tiveram o diagnóstico de estresse intenso. Apenas 23,7% dos estudados (nove) apresentaram ausência de estresse.

No que tange ao segundo objetivo específico, “identificar as principais fontes de tensão excessiva no trabalho dos fisioterapeutas pesquisados”, constatou-se que a necessidade constante de acerto, a realização de diversas

atividades realizadas simultaneamente, bem como a divisão da autonomia com outro profissional de saúde foram as principais fontes de tensão excessiva no ambiente laboral pesquisado. A convivência com indivíduos estressados, ansiosos e/ou com dificuldades emocionais foi outra fonte de tensão excessiva destacada. Na análise comparativa entre o grupo I (indivíduos com ausência de estresse) e o grupo II (indivíduos com estresse leve a moderado e intenso), observou-se que os indicadores para as principais fontes de tensão no trabalho foram mais expressivos no segundo grupo.

Sobre o terceiro objetivo específico, “identificar os sintomas de estresse manifestados pelos fisioterapeutas pesquisados”, foi possível concluir que os sintomas identificados com mais frequência foram: fadiga, dor nos músculos do pescoço e ombros, perda e/ou oscilação de humor, irritabilidade fácil, nervosismo acentuado e insônia. Outra constatação é que os sintomas manifestados pelos profissionais com diagnóstico de estresse coincidem com os registrados na literatura especializada, especialmente nos trabalhos de Couto (1987), Moraes *et al.* (2001), Formighieri (2003), Zille (2005) e Zille; Braga e Marques (2008).

Apesar da maioria dos profissionais estudados apresentar diagnóstico positivo para estresse ocupacional, com sintomas evidenciados e constatação de diversas fontes de tensão excessiva no trabalho, a maior parcela teve identificação da forma leve/moderada. Isso pode ser justificado pela utilização de estratégias de enfrentamento ou mecanismos reguladores de estresse, pois, segundo Couto e Moraes (1991), diante das situações potencialmente estressoras os indivíduos desenvolvem mecanismos de defesa particulares que, quando eficazes, preservam a integridade física e psíquica do organismo, levando-o a homeostase.

Em se tratando do quarto objetivo específico, “identificar as estratégias de enfrentamento ou mecanismos reguladores do estresse utilizadas pelos profissionais estudados”, ao final do estudo concluiu-se que a possibilidade de gozar férias regularmente foi o principal mecanismo de regulação, visto que 88,9% dos indivíduos com ausência de estresse afirmaram ser sempre possível tal condição. A prática de exercícios físicos regularmente, a cooperação entre colegas de trabalho e a possibilidade de questionar prioridades com superiores, quando necessário, foram outras estratégias pessoais observadas como estratégias de enfrentamento ao estresse.

No que se refere ao quinto objetivo específico, “analisar os impactos causados nos indicadores de produtividade dos profissionais estudados”, apurou-se que os principais indicadores foram: excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais no ambiente de trabalho e fora dele; desejo frequente de trocar de emprego; dificuldade de concentração no trabalho; diminuição da eficácia de trabalho; e queda da produtividade. Além disso, observou-se que os mesmos indicadores, presentes em ambos os grupos pesquisados, foram mais expressivos nos indivíduos com diagnóstico de estresse.

O sexto objetivo específico é “realizar análise comparativa em relação ao nível de estresse e às variáveis sociodemográficas: idade, tempo de trabalho na instituição, número de horas trabalhadas por semana, consumo de bebida alcoólica, problemas de saúde e horas de sono por dia”.

Quanto ao tempo em que o profissional trabalha na instituição, os dados permitem entender que o estresse foi comum em todas as faixas de tempo apresentadas, não havendo relação de dependência direta entre as variáveis estresse e tempo de trabalho na empresa. Portanto, neste estudo em questão, o estresse ocupacional pode ocorrer independentemente do tempo em que os indivíduos exercem suas atividades na organização.

Considerando o número de horas trabalhadas por semana, foi possível concluir que a maioria (65,8%) trabalha com carga horária superior para a qual foi contratada, sendo frequente o trabalho aos sábados, domingos e feriados para 60,5% deles. Portanto, pela análise estatística, verificou-se relação de dependência direta entre o nível de estresse apresentado e a carga horária de trabalho dos fisioterapeutas estudados.

Sobre o uso de bebida alcoólica, dos profissionais que bebem, 81,2% tinham diagnóstico de estresse. Desta maneira, evidenciou-se relação direta de dependência entre uso de bebida alcoólica e estresse ocupacional, confirmado no teste de inferência estatística. Esse resultado permite entender que, para os fisioterapeutas estudados, quadros de estresse podem estar favorecendo o consumo de bebida alcoólica, funcionando como pseudo mecanismo de regulação.

Outra constatação do estudo foi sobre a relação entre o nível de estresse ocupacional e os problemas de saúde apresentados. Verificou-se, neste trabalho, que não ocorreu relação de dependência direta entre estresse no trabalho e a

problemas de saúde para os indivíduos pesquisados, o que foi confirmado pelo teste de inferência estatística adotado.

Outras variáveis estudadas e relacionadas ao estresse ocupacional foram idade e horas de sono por dia. No entanto, nenhuma delas apresentou relação de dependência direta com os níveis de estresse encontrados, conforme teste estatístico realizado.

Pretende-se, com este trabalho, oferecer contribuições tanto para a organização analisada quanto para os profissionais envolvidos. Assim, considerando-se os resultados obtidos e apresentados, sugere-se atenção especial no monitoramento de possíveis quadros de estresse crônico e suas consequências. Nesse sentido, algumas recomendações são apresentadas, a seguir.

Para a organização:

- Adotar políticas de gestão de pessoas que privilegiam o relacionamento e a interação entre os profissionais, objetivando manter e/ou fortalecer o espírito de equipe e a cooperação;
- Rever os processos de trabalho para que possam orientar os profissionais, propiciando a oportunidade de mais concentração no trabalho, tendo em vista que a principal fonte de tensão excessiva para o desenvolvimento de suas atividades foi a necessidade contínua de acerto;
- Desenvolver programas de treinamento para o controle e gerenciamento do estresse, com técnicas de relaxamento muscular e desenvolvimento de habilidades comportamentais que possam atenuar as fontes de tensão excessivas no trabalho, estimulando a abertura e a participação aberta nas equipes de trabalho;

Para os profissionais envolvidos:

- Desenvolver a capacidade de automonitoramento. Ou seja, aptidão para a observação e registro sobre o próprio comportamento, permitindo o conhecimento das fontes de tensão excessivas no trabalho e a potencialização da habilidade para lidar com as mesmas;
- Avaliar as demandas de trabalho, de maneira a permitir mais adequação entre a jornada de trabalho exigida e o tempo de descanso necessário.

- Dar ênfase ao trabalho em equipe e a colaboração entre os pares, pautado pela ética profissional.

Conhecendo os resultados da pesquisa, é importante destacar suas limitações. Apesar de algumas transposições poderem ser realizadas para organizações de mesmo porte, setor e localização, tratou-se aqui de um estudo de caso único, impossibilitando, assim, a extensão de suas conclusões de forma generalizada. Além disso, o trabalho assinalou determinado momento e percepção dos indivíduos na organização, podendo deixar de considerar algumas questões pontuais que possam estar ocorrendo ou que não tenham sido identificadas.

O número reduzido de indivíduos do gênero masculino (apenas um) impossibilitou qualquer intenção de avaliar as diferenças de gênero.

Nesse sentido, do ponto de vista acadêmico, sugere-se a realização de estudos futuros que englobem:

- Outras empresas do setor da saúde;
- Outras categorias profissionais no campo da saúde;
- Diferenças de gênero.

Além disso, a ampliação da presente pesquisa deve ser considerada, tendo em vista a possibilidade de investigação que envolva maior número amostral e profissionais com atuação em diversos hospitais de Belo Horizonte/MG.

Por fim, reconhece-se que este estudo não pretende esgotar os assuntos envolvidos, mas contribuir para aprofundamento da compreensão do tema “estresse ocupacional”. Além disso, que permita melhorias na organização avaliada e profissionais envolvidos, constituindo-se, assim, em contribuição efetiva no campo da Administração.



## REFERÊNCIAS

ALBRECHT, K. **O gerente e o estresse**: faça o estresse trabalhar para você. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 291 p.

ALVES, G.L.B. **Stress**: diagnóstico e tratamento. Curitiba: Relisul, 1992.

AMERICAN PHYSICAL THERAPIST ASSOCIATION. APTA. **Guide to physical therapist practice**. 2. ed. Alexandria, 2001.

ARAUJO, L.C.G. **As mulheres no controle do mundo**: elas têm influência em todas as esferas, da política à comunicação. São Paulo: Forbes Brasil, set. 2004.

AZEREDO, C. A. C. **Fisioterapia respiratória moderna**. São Paulo: Manole, 2002.

BARROS, F.B.M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3):941-954, 2008.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. *In: \_\_\_\_\_*. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 21-91, 2002.

BRASIL. Decreto-Lei nº 938. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, out. 13, 1969.

BRASIL. Lei nº 6.316. Dispõe sobre a criação dos conselhos federal e regionais de fisioterapia e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, dez. 18, 1975.

BRASIL. Portaria Ministerial nº 1/6/144. Dispõe sobre a classificação das instituições da assistência hospitalar. Brasília: **Diário Oficial da União**, ago. 18, 1961.

BUENO, R.C.M. **Incidência de stress em um grupo de profissionais da área médica**. 2000. 87f [Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2000.

CAHILL, J. Psychosocial aspects of interventions in occupational safety and health. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 29, p. 308-313, 1996.

CALAIS, S.L.; ANDRADE, L.M.B.; LIPP, M.E.N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de estresse em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16(2), 257-263, 2003.

CASTRO, E.A. **Estresse em trabalhadores da construção civil**. 2009. 108f. [Dissertação de Mestrado em Psicologia], Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2009.

CHERUBIN, N.A. **Administração hospitalar**. Fundamentos. São Paulo: Cedas. 1999.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed., Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. COFFITO. Enfim, a jornada máxima de 30 horas. **O COFFITO**. São Paulo, ano 1, n. 1, jan. 1995.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. COFFITO. Legislação/Resoluções. **O COFFITO**. Brasília, 2010. Disponível em: [<http://www.coffito.org.br/publicacoes>]. Acessado em 09/11/10.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. CREFITO. 4ª Região. Código de Ética. **CREFITO-4**. Minas Gerais. 2009 Disponível em: [<http://www.crefito4.org/fisioterapia.htm>]. Acessado em 17/11/2009.

COOPER, C.L.; COOPER, R.D.; EAKER, L.H. **Living with stress**. 2.ed., London: Pinguin Books, 1988. 250 p.

COOPER, C.L.; SLOAN, S.; WILLIAMS, S. **Occupational stress indicator management guide**. London: Thorbay Press, 1988.

COOPER, C.L.; TRAVERS, C.J. **Teachers under pressure**: stress in profession. England: Routledge, 1996.

COSTA, F.P. **Fatores de pressão no trabalho gerencial**: um estudo em uma grande usina siderúrgica brasileira. 2009. 125f. [Dissertação de Mestrado em Administração], Faculdades Novos Horizontes, Belo Horizonte-MG, 2009.

COSTA, M. *et al.* Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 4, 2007.

COUTO, H.A.; MORAES, L.F.R. Stress organizacional: o que os gerentes e os executivos brasileiros consideram mais estressante no trabalho. *In*: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 1991. Belo Horizonte, **Anais...** Salvador: ANPAD, p.187-198, 1991.

COUTO, H.A. **Stress e qualidade de vida dos executivos**. RJ: COP, 1987.

COX, T. **Stress**. London: Mcmillan, 1978. 208 p.

CURRIE, D.; DeLISA, J.; MARTIN, G. **Tratado de medicina de reabilitação**. 3. ed., Cap. 9, v. 1. Baueri-SP: Manole, 2002, p. 09-16.

CUSTÓDIO, L.C. *et al.* Avaliação do estresse ocupacional em agentes comunitários de saúde da região metropolitana de saúde de Belo Horizonte-MG. Rio de Janeiro: **Rev Bras Med Fam e Com**, v. 2, n. 7, out/dez. 2006.

DEFINE, D.V.; FELTRIN, M.I.Z. A Fisioterapia no Brasil. **Atualização Brasileira de Fisioterapia**, v. 3, n. 4, 1986.

DELIBERATO, P.C.P. **Fisioterapia preventiva**: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole, 2002.

DONOHUE, E. *et al.* Factores associated with *burnout* of physical therapists in Massachusetts Rehabilitation Hospitals. **Physical Therapy**, v. 73, p. 750-756, 1993.

FERNANDES, E.C. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FIORELLI, J.O.; MARINHO, A.P. **Psicologia na fisioterapia**. São Paulo: Atheneu, 2005. 237 p.

FORMIGHIERI, V.J. **Burnout em fisioterapeutas**: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico. 2003. 92 f. [Dissertação de Mestrado, em Engenharia da Produção], Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.L. **Estresse e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas: 2002.

GAVA, M.V. **Fisioterapia**: história, reflexões e perspectivas. São Bernardo do Campo: UMESP, 2004.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1996.

GUERRER, F.J.L. **Estresse dos enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil**. 2007. 97 f. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem], Universidade de São Paulo, 2007.

GUIDO, L.A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 180 f. [Tese de Doutorado em Enfermagem], Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.

HUMPHREY, J.N.; HUMPHREY, J.H. **Coping with stress in teaching**. London: MAS Press, 1986. (Stress Modern Society, 3).

ISMA. **International Stress Management Association**. Estocolmo. Suécia, 2003. (Bulletin).

JALES, W. **Avaliação comparativa de dois métodos que identificam fatores de risco de doenças e acidentes do trabalho**. 2000 [Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção], Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2000.

KARASEK, R ; TORRES, T. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular. **Journal of Occupational Health Psychology**. v. 1, n. 1, p. 9-26, 1996.

KERLINGER, F.N. **Metodologia da pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: EPU/ EDUSP, 1980.

KHOROL, I. S. Stress: as tensões e os desgastes da vida moderna. *In: O Correio da Unesco*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, ano 3, n. 12, dez. 1975, p. 4-9.

LADEIRA, M.B. O processo de stress ocupacional e a psicopatologia do trabalho. **Revista de Administração**, v. 31, n. 1, p. 64-74, 1996.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. N.T.: Spring Publishing Company, 1984.

\_\_\_\_\_. **Personalidade e adaptação**. 2.ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1969. 193 p.

\_\_\_\_\_. Psychological stress in the workplace. *In: CRANDALL, R.; PERREWÉ, P.L. (Orgs.). Occupational stress: a handbook* (pp. 3-14). Washington, USA: Taylor & Francis. 1995.

LIMA, S.M.L. *et al.* Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1249-1261, set/out, 2004.

LINDSAY, R *et al.* Workplace stressors experienced by physiotherapists working in regional public hospitals. **Aust J Rural Health**, v. 16, n. 4, p. 194-200, Jul. 2008.

LIPP, M.E.N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress**: teorias e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 17-21.

\_\_\_\_\_. Stress e suas implicações. Campinas: **Estudos de Psicologia**, v. 1, n. 3/4, p. 5-19, 1984.

\_\_\_\_\_; TANGANELLI, M.S. Stress ocupacional de magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, p. 537-548. 2002.

LUCAS, R.W.C. Fisioterapia: denominação inadequada para uma atuação profissional moderna. São José dos Linhares-PR: **Conhecimento Interativo**, v. 1, n. 1, p. 89-97, jul/dez, 2005.

MACHADO, M.H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. *In: \_\_\_\_\_*. **Profissões de Saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995, p. 13-33.

MARQUES, A.L.; MORAES, L.F.R. Um estudo sobre a percepção da eficácia de treinamento e suas relações com a qualidade de vida e estresse no trabalho. Blumenau: **Revista de Negócios**, v. 9, n. 3, p. 147-156, jul/set., 2004.

MELO, B.; GOMES, A.; CRUZ, J. Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. **Psicologia, teoria, investigação e prática**, v. 2, p. 53-72, 1997.

MENDES, A.M.; BORGES, L.O.; FERREIRA, M.C. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em Risco**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2002. 234 p.

MESSIAS, I.A. **O ambiente de trabalho e sintomas de um grupo de fisioterapeutas da cidade de São Paulo**. 1999 [Dissertação de Mestrado em Fisioterapia], Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MINAYO, M.C.S. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed., São Paulo: Vozes, 1994.

MORAES, L.F.R. *et al.* Implicações do gênero na qualidade de vida e estresse no trabalho da polícia militar do estado de Minas Gerais. *In*: V CONGRESSO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES DE OURO PRETO, **Anais...**, 2001.

MORAES, L.F.R. *et al.* O trabalho e saúde humana: uma reflexão sobre as abordagens do stress ocupacional e da psicopatologia do trabalho. Belo Horizonte: **Caderno de Psicologia**, v. 3, n. 4, p. 8-11, dez., 1995.

MORAES, L.F.R. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e estresse em profissões de risco: o caso dos aeronautas brasileiros. Belo Horizonte: **Revista da Angrad Região Sudeste**, v. 1, n. 1, p. 17-31, 2000.

MORAES, L.F.R.; KILIMNIK, Z. **Comprometimento organizacional, qualidade de vida e stress no trabalho: uma abordagem de diagnóstico comparativo**. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 1994. 336 p. (Relatório de Pesquisa).

MORAES, L.F.R.; KILIMNIK, Z.; LADEIRA, M.B. A problemática do estresse ocupacional: uma revisão baseada em pesquisas brasileiras. Belo Horizonte: **Análise e Conjuntura**, Fundação João Pinheiro, v. 8, n. 2/3, mai/dez., 1993.

MYERS, D. **Introdução à Psicologia Geral**. Rio de Janeiro: LTC, 1999. 533 pp.

NACARATO, A.E.C.B. **Stress no idoso: efeitos diferenciais da ocupação profissional**. Campinas, São Paulo, 1995 [Dissertação de Mestrado em Psicologia], Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1995.

NASCIMENTO, M.C. *et al.* A profissionalização da Fisioterapia em Minas Gerais. **Rev Bras Fisiot**, São Carlos, v. 10, n. 2, p. 1-14, 2006.

NAUJORKS, M.I. Stress e inclusão: indicadores de stress em professores frente à inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais. **Cadernos de Educação Especial**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Educação/Departamento de Educação Especial/Laboratório de pesquisa e documentação (Lapedoc), v. 1, n. 20, 2002.

OLIVEIRA, F.A.; KILIMNIK, Z.M. Avaliação dos fatores de pressão no trabalho médico e sua relação com o estresse: um estudo em uma unidade de ultrasonografia da rede pública em comparação com unidades da rede privada. **Revista de Administração da FEAD-Minas**. v. 4, n. 1, jun., 2007.

PARREIRA, G.S. **Psicólogos e estresse**: estudo de caso com profissionais atuantes em uma clínica credenciada pelo Detran-MG. Pedro Leopoldo-MG. 2006. [Dissertação de Mestrado Administração], Faculdades Integradas de Pedro Leopoldo, 2006.

PAVLAKIS, A.; RAFTOPOULOS, V.; THEODOROU, M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. **BMC Health Serv Res**, v. 10, p. 63, 2010.

PEREIRA, M.F. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem processual. **Revista de Administração de Empresa**, v.40, n.2, p.83-96, jul/set, 2000.

REBELATTO, J.R.; BOTOMÉ, S.P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed., São Paulo: Manole, 1999.

ROSEN, G. Uma história da saúde pública. São Paulo/Rio de Janeiro, coedição, **Hucitec/Unesp/Abrasco**, 1994.

ROMANI, J.C.P. **Distúrbios músculos esqueléticos em fisioterapeutas**: incidências, causas e alterações na rotina de trabalho. Florianópolis-SC. 2001 [Dissertação de Mestrado em Engenharia da Produção]. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

SANCHES, E. **Histórico da Fisioterapia no Brasil e no mundo**. Atualização Brasileira em Fisioterapia. São Paulo: Panamed, 1984.

SANCHES, E.; MARQUES, A. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricas e legais. **Revista Brasileira da USP**, São Paulo, v.1, jul/dez, 1994.

SANTOS, M.C.; BARROS, L.; CAROLINO, E. Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. **Physiotherapy**, v. 96, n. 4, p. 303-10, Dec. 2010.

SANTOS, O.S.A. **Ninguém morre de trabalhar**: o mito do stress. São Paulo: IBCB, 1988.

SCHENZ, K.C.; GUTHRIE, M.R.; DUDGEON, B. Burnout in occupational therapists and physical therapists working in head injury rehabilitation. **Physical Therapy**, v.49, p.986-993, 1995.

SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. 2. ed., São Paulo: IBRASA, 1965. 351 p.

SILVA, I.D.; SILVEIRA, M.F.A. A Humanização e a formação do profissional em Fisioterapia. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008. 12 p. Disponível em: [[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2438](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2438)]. Acessado em 11/11/2010.

SILVA, P.L.A. **Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta**. Goiânia, 2006. 91 p. [Dissertação de Mestrado em Fisioterapia]. Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Católica de Goiás, 2006.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 509 p.

SPIELBERGER, C. **Understanding stress and anxiety**. San Francisco: **Harper & Row Publishers**, 1979.

STONER, J.A.F.; FREEMAN, R.E. **Administração**. 5. ed., Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TAMAYO, A. Impacto dos valores da organização sobre o estresse ocupacional. **RAC- Eletrônica**, v. 1, n. 2, art. 2, p. 20-33, maio/ago. 2007. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/rac-e>. Acessado em 10/10/2008.

WELMOWICKI, M. *et al.* A Dualidade do mercado de trabalho: quantidade ou qualidade na geração de empregos? Rio de Janeiro: **Revista do BNDES**, n. 2, p. 99-114, dez.1994.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.

ZILLE, P.L.; BRAGA, C.D.; MARQUES, A.L. Estresse no trabalho: estudo de caso com gerentes que atuam em uma instituição financeira nacional de grande porte. **Revista de Ciências de Administração**, v. 10, n. 21, p. 175-196, mai./ago, 2008.

ZILLE, P.L. *et al.* Qualidade de vida e estresse ocupacional nas alturas: o caso dos aeronautas brasileiros. Viçosa: **Rev Ciências Humanas**, v. 1, n. 1, p. 43-59, fev./jul, 2001.

ZILLE, P.L. **Novas perspectivas para abordagem do estresse ocupacional em gerentes**. Belo Horizonte, 2005. [Tese de Doutorado em Administração], CEPEAD/FACE. Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

ZONTA, R.; ROBLES, A.C.C.; GROSSEMAN, S. Estratégias de enfrentamento do estresse desenvolvidas por estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Rio de Janeiro: **Rev Bras Educ Méd**, v. 30, n. 3, set/dez, 2006.



## **ANEXO E APÊNDICES**

### **ANEXO A – Questionário (adaptado do MTEG)**

#### **INFORMAÇÕES GERAIS**

Este questionário tem como objetivo obter dados para estudar o estresse ocupacional em **FISIOTERAPEUTAS**. Você **não deverá se identificar**, uma vez que o estudo levará em conta informações globais sobre a amostra pesquisada. A sua colaboração é muito importante para que se possa entender melhor o estresse no trabalho, contribuindo, assim, para a realização de estudos científicos que possam servir de referencial para aplicação nas organizações.

Fique atento ao que está sendo solicitado em cada questão e dê a sua resposta. Se assinalar uma resposta e desejar alterá-la, basta circular a resposta errada e marcar novamente a resposta correta.

Para as suas respostas, considere o que vem ocorrendo com você nos últimos três meses, exceto no caso de orientação específica em alguma questão. Marque as respostas com a máxima precisão possível.

Agradecemos a sua valiosa contribuição para a realização desta pesquisa

**Prof. Lúcio Flávio Renault de Moraes, PhD – Orientador**

Pós-Doutorado Aston University - Birmingham

Doutorado United States International University, USA.

Mestrado em Administração - UFRGS

Fundação Pedro Leopoldo-MG.

**Carlos Alexandre Batista Metzker - Pesquisador**

Fisioterapeuta – Especialista em Fisioterapia Traumato-ortopédica

Mestrando em Administração, FCHPL

Fundação Pedro Leopoldo/MG.

## QUESTIONÁRIO<sup>5</sup>

### PARTE A

**Marque com "X" de acordo com cada situação específica e nas demais questões complete conforme solicitado:**

**1. Sexo:** 1.1 ( ) Masculino ; 1.2 ( ) Feminino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**3. Estado civil:** 3.1 ( ) Casado/Vive Cônjuge; ( ) 3.2 Solteiro; ( ) 3.3 Viúvo; ( ) 3.4 Outros

**4. Nacionalidade:** 4.1 ( ) Brasileira; 4.2 ( ) Outra: Qual? \_\_\_\_\_

**5. Data de resposta do questionário:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**6. Há quanto tempo você atua nesta função na empresa em que trabalha atualmente?**

6.1 ( ) Menos de 1 ano.

6.2 ( ) De 1 a 3 anos.

6.3 ( ) De 4 a 6 anos.

6.4 ( ) Mais de 6 anos.

**7. Você foi contratado pela empresa para trabalhar quantas horas por semana?** (Conforme definido no contrato de trabalho). \_\_\_\_\_ horas semanais.

**8. Atualmente você trabalha quantas horas por semana na empresa em que está contratado?** (Considere o tempo de trabalho na empresa além do horário normal: hora extra, plantões extras e trajeto casa-trabalho etc.) \_\_\_\_\_ horas semanais.

**9. Com que frequência você tem trabalhado aos sábados, domingos e feriados?** (Se esses dias da semana fazem parte da sua jornada de trabalho, não responda esta questão),

9.1 ( ) Sempre.

9.2 ( ) Algumas vezes.

9.3 ( ) Raramente ou nunca.

**10. Esta questão refere-se à Pós-Graduação (MBA/Especialização; Mestrado; Doutorado) Assinalar todos os cursos realizados e suas respectivas áreas** (caso o espaço seja insuficiente, use o verso)

10.1 ( ) MBA/Especialização incompleto - Área: \_\_\_\_\_

10.2 ( ) MBA/Especialização completo - Área: \_\_\_\_\_

---

<sup>5</sup> Adaptado de Zille, L.P. **Novas perspectivas para abordagem do estresse ocupacional em gerentes:** estudo em organizações brasileiras de setores diversos. Belo Horizonte: CEPEAD/UFMG, 2005.

- 10.3 ( ) Mestrado incompleto - Área: -----  
 10.4 ( ) Mestrado completo - Área: -----  
 10.5 ( ) Doutorado/PhD incompleto - Área: -----  
 10.6 ( ) Doutorado/PhD completo - Área: -----

**11. Você fuma?** 11.1 ( ) Sim; 11.2 ( ) Não

**12. Se sim, com que frequência tem fumado?**

- 12.1 ( ) Mais que de costume.  
 12.2 ( ) O mesmo que de costume.  
 12.3 ( ) Menos que de costume.

**13. Você faz uso de alguma bebida alcoólica?** 13.1 ( ) Sim; 13.2 ( ) Não

**Se sim, quantas unidades você toma por semana, em média?**

(1 unidade = uma taça de vinho, uma caneca de chope, uma garrafa de cerveja ou uma dose de destilados)

- 13.3 ( ) 1 a 5 unidades.  
 13.4 ( ) 6 a 15 unidades.  
 13.5 ( ) 16 a 35 unidades.  
 13.6 ( ) Mais de 35 unidades.

**14. Nos últimos três meses, com que frequência você tem bebido? (Só responder esta questão se você marcou "sim" na questão 13).**

- 14.1 ( ) Mais que de costume.  
 14.2 ( ) O mesmo que de costume.  
 14.3 ( ) Menos que de costume.

**15. Você tem algum problema relacionado à sua saúde?** (hipertensão, doenças cardíacas, diabetes, úlcera, gastrite, colite, outros).

- 15.1 ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_ Desde quando? (mês/ano) \_\_\_\_/\_\_\_\_ .  
 15.2 ( ) Não.

**16. Você faz uso de algum medicamento ansiolítico e/ou antidepressivo?**

- 16.1 ( ) Sim. Qual(is)? \_\_\_\_\_ Desde quando? (mês/ano) \_\_\_\_/\_\_\_\_ .  
 16.2 ( ) Não.

**17. Você já foi acometido por infarto cardíaco?** (Se sim, informar da forma mais precisa possível a sua ocorrência).

- 17.1 ( ) Sim.  
 17.2 Com que idade? \_\_\_\_\_ anos;  
 17.3 Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses.  
 17.4 ( ) Não.

**18. Você dorme quantas horas por dia?**

- 18.1 ( ) até 4 horas  
 18.2 ( ) mais de 4 até 6 horas.  
 18.3 ( ) mais de 6 até 8 horas  
 18.4 ( ) mais de 8 horas

**19. Você tem algum *hobbie*?**

19.1 ( ) Sim. Qual(is)? -----

19.2 ( ) Não

**PARTE B**

Favor responder a esta parte do questionário assinalando com um “X” o número correspondente, de acordo com as alternativas constantes do quadro à direita, tendo como referência o que você efetivamente vem sentindo nos últimos três meses.

Como estou me sentindo nos últimos três meses?	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequente	Muito Frequente
<b>B1</b>					
1. Nervosismo acentuado.	1	2	3	4	5
2. Ansiedade (sensação de vazio, lacuna, hiato entre o agora e o futuro, associado a medo/apreensão em relação ao futuro).	1	2	3	4	5
3. Ímpetos de raiva.	1	2	3	4	5
4. Angústia (aflição, sensação de impotência diante de problemas que o afligem – problemas de qualquer natureza).	1	2	3	4	5
5. Fadiga (baixo nível de energia, sentir o corpo um “bagaço”, sentir-se cansado precocemente ao longo do dia, sonolência).	1	2	3	4	5
6. Irritabilidade fácil (irritação sem motivos aparentes).	1	2	3	4	5
7. Períodos de depressão (tristeza, apatia, isolamento, falta de energia).	1	2	3	4	5
8. Dor de cabeça por tensão.	1	2	3	4	5
9. Insônia (dificuldade de conseguir dormir, sono entrecortado, acordar de madrugada e ter dificuldades em dormir de novo).	1	2	3	4	5
10. Dor nos músculos do pescoço e ombros.	1	2	3	4	5
11. Dor discreta no peito, sob tensão.	1	2	3	4	5
12. Palpitações (sentir o coração <u>bater forte</u> em alguns momentos).	1	2	3	4	5
13. Indisposição gástrica ou dor no estômago, que se acentuam diante de exigências emocionais.	1	2	3	4	5
14. Nó na garganta (sensação de sufocamento).	1	2	3	4	5
15. Tontura, vertigem.	1	2	3	4	5
16. Falta ou excesso de apetite.	1	2	3	4	5
17. Perda e/ou oscilação do senso de humor.	1	2	3	4	5
18. Uso de cigarros para aliviar a tensão.	1	2	3	4	5
19. Uso de bebidas alcoólicas para aliviar a tensão.	1	2	3	4	5
20. Pânico - sensação de estar fora de si e/ou do mundo; medo de perder o controle das situações, podendo acarretar <u>alguns dos seguintes sintomas</u> : palpitação, sensação de falta de ar e de sufocação, dor no peito, náuseas, tontura, sensação de desmaio, formigamento nos dedos, ondas de frio ou calor, boca seca.	1	2	3	4	5
<b>B2</b>					
1. Levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo, mesmo quando não há exigências para tal.	1	2	3	4	5
2. Pensar e/ou realizar frequentemente duas ou mais coisas ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las, mesmo quando não há exigências para tal.	1	2	3	4	5
3. Não conseguir desligar-se do trabalho, mesmo quando está em casa.	1	2	3	4	5
4. Assumir, no contexto do trabalho, compromissos muito desafiadores, além dos limites.	1	2	3	4	5
5. Ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades das quais ainda não tem domínio pleno.	1	2	3	4	5

Como estou me sentindo nos últimos três meses?	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequente	Muito Frequente
6. Ter a necessidade de manter-se em processo de educação continuada com uma série de compromissos assumidos, além do trabalho propriamente dito.	1	2	3	4	5
7. Ter os horários de descanso (após expediente, durante horário de almoço, feriados e finais de semana) tomados pelo trabalho.	1	2	3	4	5
<b>B3</b>					
1. Dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados.	1	2	3	4	5
2. Dificuldade na tomada de decisões anteriormente fáceis de serem tomadas.	1	2	3	4	5
3. Fuga das responsabilidades de trabalho antes assumidas de forma natural.	1	2	3	4	5
4. Desejo de trocar de emprego com frequência.	1	2	3	4	5
5. Estar sentindo desmotivação importante com o trabalho.	1	2	3	4	5
6. Perder o controle sobre os eventos da vida (trabalho, família, relacionamentos, entre outros).	1	2	3	4	5
7. Excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais, no trabalho ou fora dele.	1	2	3	4	5
8. Dificuldade de concentração no trabalho.	1	2	3	4	5
9. Diminuição da eficácia no trabalho.	1	2	3	4	5
10. Queda na produtividade.	1	2	3	4	5

**B4. Cite até três estratégias pessoais que você utiliza para reduzir o impacto de situações tensionantes/ estressantes no seu ambiente de trabalho. Responda de forma objetiva e utilize tão somente os espaços a seguir para relatá-las.**

B4-1.

B4-2.

B4-3.

**PARTE C**

**Favor responder a esta parte do questionário assinalando com um “X” o número correspondente, de acordo com as alternativas constantes no quadro a seguir, tendo como referência o que você efetivamente sente em relação ao seu contexto de trabalho nos últimos três meses.**

Aspectos relacionados ao meu trabalho	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequente	Muito Frequente
1. Executo um trabalho complexo e árduo e o mesmo me deixa desgastado/muito cansado.	1	2	3	4	5
2. O trabalho que executo exige a realização de diversas atividades simultaneamente, o que gera em mim tensão excessiva.	1	2	3	4	5
3. O meu trabalho é caracterizado por excesso de cobranças por resultados, especialmente pelos familiares de pacientes. O que não deixa de ser uma fonte de tensão excessiva para mim.	1	2	3	4	5
4. O meu trabalho é pautado pela necessidade constante de acerto, o que tem sido uma fonte de tensão excessiva para mim.	1	2	3	4	5
5. Percebo que a filosofia desta organização é pautada pela obsessão e compulsão por resultados, causando-me tensão excessiva.	1	2	3	4	5
6. É normal que as organizações queiram fazer mais com o mínimo, porém nesta organização essa situação é muito exagerada (paranoia).	1	2	3	4	5
7. A organização administra utilizando princípios de racionalidade (aproveitamento máximo de tempo e recursos), o que gera em mim tensão excessiva.	1	2	3	4	5
8. Esta organização estabelece metas de trabalho em excesso, o que é fonte geradora de tensão excessiva para mim.	1	2	3	4	5
9. Grande parte das decisões relacionadas ao meu trabalho é tomada com a participação de outro profissional da saúde, o que causa em mim desgaste excessivo.	1	2	3	4	5
10. Conviver com “espalha-brasas” (indivíduo estressado, ansioso, com dificuldades emocionais) é significativa fonte de tensão no meu ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
11. No desenvolvimento do meu trabalho, sofro pressão excessiva em seus diversos aspectos.	1	2	3	4	5
12. Já presenciei nesta organização a ocorrência de alto impacto emocional, como acidente grave, assalto e outras de mesma natureza.	1	2	3	4	5
13. Tenho experimentado nesta organização situações de inibição de autenticidade e coerência no exercício das minhas atividades.	1	2	3	4	5
14. Tenho experimentado nesta organização situações de inibição da liberdade no exercício das minhas atividades.	1	2	3	4	5
15. Nesta organização existe prática recorrente de isolar, perseguir pessoas que eventualmente sejam consideradas funcionalmente inadequadas (assédio moral).	1	2	3	4	5
16. Nesta organização há situações em que se procura manter as pessoas num clima de insegurança e medo.	1	2	3	4	5
17. Nesta organização há decisões tomadas por pessoas "mentalmente desequilibradas" (perversas e/ou neuróticas).	1	2	3	4	5
18. Há situações de prática de humilhação, explícita ou implícita, nesta organização.	1	2	3	4	5
19. Há situações de desrespeito humano nesta organização.	1	2	3	4	5
20. Eu sinto que a minha relação de emprego nesta organização é insegura/instável.	1	2	3	4	5
21. Para atingir os resultados que a organização exige, muitas vezes, defronto com situações em que há orientações superiores, explícitas ou implícitas, para agir fora do que considero eticamente correto.	1	2	3	4	5

Aspectos relacionados ao meu trabalho	Nunca	Raramente	Algumas Veze	Frequente	Muito Frequente
22. A excessiva demanda de pacientes é rotina no meu trabalho, acarretando-me grande incômodo e tensão excessiva.	1	2	3	4	5
23. O número excessivo de horas de trabalho é considerado por mim como uma importante fonte de tensão e/ou sensação de desgaste.	1	2	3	4	5
24. As minhas atividades nesta organização geram excessiva carga de trabalho, o que, de certa forma, está ultrapassando os meus limites e gerando significativa fonte de tensão para mim.	1	2	3	4	5

**25. Você considera existir no seu ambiente de trabalho outros fatores causadores de tensão excessiva que não tenham sido considerados nas questões anteriores? Caso existam, descreva-os, de forma objetiva exclusivamente nos espaços a seguir e aponte o grau de acordo com a escala anterior (Se 1, 2, 3, 4, ou 5).**

25.1

25.2

25.3

**26. O que você considera como os três itens mais importantes para que o ambiente na organização na qual você trabalha seja menos tenso e estressante para os seus empregados? (Responda de forma objetiva, exclusivamente nos espaços a seguir.)**

26.1

26.2

26.3

**27. O que você considera como os três itens mais difíceis na realidade atual da organização que trabalha para reduzir o nível de tensão?**

27.1

27.2

27.3



**PARTE D**

Favor responder a esta parte do questionário assinalando com um “X” o número correspondente, de acordo com as alternativas constantes no quadro a seguir, tendo como referência o que você efetivamente sente em relação ao seu contexto de trabalho nos últimos três meses.

Aspectos relacionados ao meu trabalho	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequente	Muito Frequente
1. Conhecer o que é qualidade de vida e sua importância e não ter tempo de praticar esses conceitos, devido à absorção pelo trabalho.	1	2	3	4	5
2. Ter dificuldades de compatibilizar os compromissos de trabalho com os compromissos de família, sociais, entre outros.	1	2	3	4	5
3. Vivenciar conflitos por ter que, ao mesmo tempo, ser inovador e dotado de autonomia e estar sujeito às normas da organização.	1	2	3	4	5
4. Vivenciar conflitos por perceber-se em sobrecarga e não ter como questionar.	1	2	3	4	5
5. Conviver com situações de tensão excessiva inerentes às relações humanas no trabalho.	1	2	3	4	5

## **PARTE E**

**Favor responder a esta parte do questionário assinalando com um “X” no espaço correspondente de acordo com as alternativas constantes em cada questão, tendo como referência a sua realidade atual do trabalho.**

**1. Como você considera a sua experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho, como redutor do seu nível de tensão excessiva?**

- 1.1 ( ) Muito relevante.
- 1.2 ( ) Relevante
- 1.3 ( ) Alguma relevância
- 1.4 ( ) Pouco relevante.
- 1.5 ( ) Muito irrelevante

**2. Como você avalia a possibilidade de atender a um número reduzido de pacientes como redutor de tensão excessiva no seu ambiente de trabalho?**

- 2.1 ( ) É sempre possível.
- 2.2 ( ) Na maioria das vezes é possível.
- 2.3 ( ) Algumas vezes é possível.
- 2.4 ( ) Raramente é possível.
- 2.5 ( ) Nunca é possível.

**3. Como você avalia a possibilidade de questionar prioridades com os seus superiores, quando necessário, visando reduzir o nível de tensão excessiva no seu ambiente de trabalho?**

- 3.1 ( ) É sempre possível.
- 3.2 ( ) Na maioria das vezes é possível.
- 3.3 ( ) Algumas vezes é possível.
- 3.4 ( ) Raramente é possível.
- 3.5 ( ) Nunca é possível.

**4. Como você avalia a possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana?**

- 4.1 ( ) É sempre possível.
- 4.2 ( ) Na maioria das vezes é possível.
- 4.3 ( ) Algumas vezes é possível.
- 4.4 ( ) Raramente é possível.
- 4.5 ( ) Nunca é possível.

**5. Como você avalia a possibilidade de gozar as suas férias regularmente?**

- 5.1 ( ) É sempre possível.
- 5.2 ( ) Na maioria das vezes é possível.
- 5.3 ( ) Algumas vezes é possível.
- 5.4 ( ) Raramente é possível.
- 5.5 ( ) Nunca é possível.

**6. Você realiza programa de exercício físico planejado/orientado (pelo menos 30 a 40 minutos de exercícios, corrida, caminhada, etc., três ou mais vezes por semana)?**

- 6.1 ( ) Sempre.
- 6.2 ( ) Na maioria das vezes.
- 6.3 ( ) Algumas vezes.
- 6.4 ( ) Raramente.
- 6.5 ( ) Nunca.

**7. Você encontra tempo para relaxar/descansar?**

- 7.1 ( ) Sempre.
- 7.2 ( ) Na maioria das vezes.
- 7.3 ( ) Algumas vezes.
- 7.4 ( ) Raramente.
- 7.5 ( ) Nunca.

**8. Como você avalia a possibilidade de canal aberto na organização para discussão das situações de dificuldades e tensão?**

- 8.1 ( ) É sempre possível.
- 8.2 ( ) Na maioria das vezes é possível.
- 8.3 ( ) Algumas vezes é possível.
- 8.4 ( ) Raramente é possível.
- 8.5 ( ) Nunca é possível.

**9. Como você avalia a periodicidade de cobranças na organização e a sua consequente geração de tensão excessiva?**

- 9.1 ( ) Muito adequada – é possível preparar-se para as mesmas sem tensão excessiva.
- 9.2 ( ) Adequada – na maioria das vezes é possível preparar-se para as mesmas sem tensão excessiva.
- 9.3 ( ) Algumas vezes é adequada – nem sempre é possível preparar-se para as mesmas sem tensão excessiva.
- 9.4 ( ) Pouco adequada – não é possível preparar-se para as mesmas sem tensão excessiva. As cobranças ocorrem em curta periodicidade.
- 9.5 ( ) Muito inadequada – além de não ser possível preparar-se para as cobranças, elas ocorrem em periodicidades muito curta e geram nível de tensão extremamente alta.

**10. Como você avalia a cooperação entre os colegas de trabalho?**

- 10.1 ( ) É sempre possível.
- 10.2 ( ) Na maioria das vezes é possível.
- 10.3 ( ) Algumas vezes é possível.
- 10.4 ( ) Raramente é possível.
- 10.5 ( ) Nunca é possível.

## **PARTE F**

Favor responder esta parte do questionário assinalando com um “X” o número correspondente, de acordo com as alternativas constantes no quadro a seguir, tendo como referência o que você efetivamente sente em relação aos contextos pesquisados nos últimos três meses.

<b>Aspectos relacionados a outros contextos da vida</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas Veze</b>	<b>Frequente</b>	<b>Muito Frequente</b>
1. Com que frequência você se sente <u>tensionado excessivamente</u> por fatores de <u>natureza familiar</u> , como: conflitos com cônjuge, conflitos na relação com ex-cônjuge, com filhos, familiares em geral, questões relacionadas à herança, pensão alimentícia e outras de mesma natureza?	1	2	3	4	5
2. Com que frequência você se sente <u>tensionado excessivamente</u> por fatores de <u>natureza social</u> , como: viver na cidade grande com todas as suas consequências, trânsito, violência, insegurança, coisas que não funcionam como deveriam, relacionamentos sociais e outros nessa esfera.	1	2	3	4	5
3. Com que frequência você se sente <u>tensionado excessivamente</u> por fatores relacionados à <u>sua saúde e/ou de familiares</u> , como: estar doente, conviver com doença na família, não possuir meios de atendimento seguro caso necessário, entre outros de mesma natureza.	1	2	3	4	5
4. Com que frequência você se sente pressionado por <u>questões próprias</u> , por exemplo, suas características pessoais, de formação, de rigor excessivo, conflitos consigo mesmo e outras de mesma natureza?	1	2	3	4	5
5. Se houver, aponte no espaço a seguir <u>outras questões importantes</u> que você considera <u>fontes de tensão excessiva</u> às quais está submetido (assinalar na escala à direita, a frequência da ocorrência)	1	2	3	4	5
a)	1	2	3	4	5
b)	1	2	3	4	5
c)	1	2	3	4	5

(\*) Questionário adaptado da tese de doutorado do Prof. Dr. Luciano Zille Pereira: “Novas perspectivas para a abordagem do estresse ocupacional em gerentes: estudo em organizações brasileiras de setores diversos”, com autorização do autor. Belo Horizonte, dezembro de 2010.

Agradecemos sua colaboração.  
**Carlos Alexandre Batista Metzker**  
 Mestrado profissional em Administração  
 FACULDADES INTEGRADAS DE PEDRO LEOPOLDO

## **APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

- 1 - Você se considera satisfeito em relação ao seu trabalho?
- 2 - Você considera saudável o ambiente onde trabalha? Fale sobre seu relacionamento com os colegas de trabalho.
- 3 - Como você se sente em relação à sua realização profissional?
- 4 - Acredita ter possibilidade de crescimento e desenvolvimento de carreira? Quais são suas perspectivas?
- 5 - O seu trabalho tem impacto relevante no seu relacionamento com a família? De que forma?
- 6 - A supervisão ou coordenação do seu trabalho, por parte de superiores, representa uma fonte de tensão para você?
- 7 - Você tem autonomia suficiente para executar o seu trabalho?
- 8 - O convívio contínuo com pacientes crônicos representa fonte de tensão para você?
- 9 - Para você, seu trabalho é motivante? Como?
- 10 - A comunicação dentro da empresa é eficiente? Você se considera incluído em processos decisórios?
- 11 - Considera-se uma pessoa preocupada, perfeccionista ou ansiosa no seu dia-a-dia? E no trabalho?
- 12 - De maneira geral, como se sente em relação ao seu trabalho? O que ele significa para você?

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO DA EMPRESA**

RAZÃO SOCIAL -----CNPJ -----

INSCRIÇÃO MUNICIPAL -----IINSCRIÇÃO ESTADUAL -----

ENDEREÇO -----

Sr. Diretor -----,  
 estou iniciando a execução de um projeto de pesquisa cujo tema é **“O FISIOTERAPEUTA E O ESTRESSE NO TRABALHO: estudo de caso em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte-MG”** e venho solicitar autorização prévia para iniciar as atividades de pesquisa e coleta de dados na empresa supracitada.

O propósito desta pesquisa é identificar os aspectos relacionados ao estresse no trabalho de fisioterapeutas atuantes em um hospital filantrópico, localizado na cidade de Belo Horizonte-MG.

Belo Horizonte, -----/-----/-----

-----  
DIRETOR-----  
COORDENADOR(A)

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Sr (a). Participante -----, requisito a sua participação como VOLUNTÁRIO(a) em um projeto de pesquisa intitulado “**O FISIOTERAPEUTA E O ESTRESSE NO TRABALHO: estudo de caso em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte-MG**”. O propósito desta pesquisa é identificar os aspectos relacionados ao estresse no trabalho de fisioterapeutas atuantes em um hospital filantrópico da cidade de Belo Horizonte-MG.

Para tanto, serão realizados os seguintes procedimentos:

- Aplicação de um questionário de identificação e dados pessoais contendo informações sobre a idade, sexo, estado civil, seu trabalho e estado geral de saúde.
- Aplicação do MTEG (adaptado): questionário estruturado fechado e autoaplicável, devidamente validado e que tem como finalidade avaliar sua percepção quanto ao grau de estresse na profissão.
- Entrevista para a investigação e o conhecimento de questões relacionadas ao trabalho exercido.

É necessário que não esteja em tratamento psicológico ou psiquiátrico, além de não estar em uso de medicamento antidepressivo ou antiansiolítico.

Não consideramos que sua participação neste experimento possa resultar em algum risco pessoal. Entretanto, a escolha é unicamente sua: você tem a liberdade de não participar, de não responder a alguma pergunta e de encerrar sua participação a qualquer momento. Você não receberá punição alguma por isso.

**DECLARO TER LIDO E COMPREENDIDO CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES ACIMA E CONCORDO EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO. DECLARO, AINDA, QUE RECEBI UMA CÓPIA DESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO.**

Belo Horizonte \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

-----  
VOLUNTÁRIO(A)

-----  
ASSINATURA

-----  
AVALIADOR

-----  
ASSINATURA