

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO) EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**AMBIENTE DE TRABALHO, ESTRESSE E SAÚDE EM
MÉDICOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

GUTEMBERG DA SILVA FRAGA

Goiânia - Goiás
Novembro de 2004

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO) EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**AMBIENTE DE TRABALHO, ESTRESSE E SAÚDE EM
MÉDICOS DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

GUTEMBERG DA SILVA FRAGA

Orientador: Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

Dissertação de mestrado apresentada à Pós-
Graduação da Universidade Católica de Goiás
para a obtenção do título de mestre em Ciências
Ambientais e Saúde

Goiânia - Goiás

Novembro de 2004

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luc Marcel, pela maneira competente, agradável e “sem estresse” com a qual conduziu esse trabalho.

Às Profas. Dra. Nusa de Almeida Silveira e Dra. Kátia Cristina Pellegrino pelas importantes contribuições expressas durante o exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. José Alexandre Felizola Diniz Filho, pela colaboração em estatística.

A todos os Professores e pessoas que contribuíram para que esse mestrado se tornasse uma realidade.

A todos os meus colegas, pela convivência divertida e camarada durante esse período.

Agradecimentos especiais ao Flávio, Itamar, Eliana, Zilene, Patrícia, Renier, Paulo Roberto, Lorena Dairel, Maria Wilma, Sara, Marcela, Simone e Jesilene.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	iv
Lista de Tabelas	v
Resumo	vi
1. INTRODUÇÃO	7
1.1 Objeto de Estudo	7
1.2 Abordagens de Pesquisa	11
1.3 O Estresse e Suas Consequências Para a Saúde	12
1.4 Estresse, Trabalho e Saúde	15
1.5 Estresse em Médicos	18
2. OBJETIVOS	24
3. MATERIAL E MÉTODO	25
3.1 Sujeitos	25
3.2 Instrumentos para Coleta de Dados	25
3.3 Análise Estatística	27
4. RESULTADOS	28
4.1 Características Gerais dos Médicos	28
4.2 Resultados Obtidos	31
5. DISCUSSÃO	39
7. CONCLUSÃO	45
6. REFERÊNCIAS	48
ANEXOS	55
Anexo I	56
Anexo II	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por sexo e b) por faixa etária	29
Figura 2:	Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por estado civil e b) em relação se o parceiro também trabalha	29
Figura 3:	Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por número de filhos e b) por tempo de formado.....	30
Figura 4:	Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por tempo de serviço público e b) por tipo de serviço	30
Figura 5:	Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por trabalhar fora da instituição e b) por trabalhar em consultório particular	31
Figura 6:	Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo por especialização	31
Figura 7:	Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo segundo presença de estresse	32
Figura 8:	Distribuição percentual da amostra de 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados, segundo a fase de estresse	32
Figura 9:	Distribuição percentual da amostra de 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados, segundo o predomínio de sintomas físicos ou psicológicos de estresse	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição dos sintomas físicos de estresse da fase de alerta nos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.	34
Tabela 2:	Distribuição dos sintomas psicológicos de estresse da fase de alerta nos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.	34
Tabela 3:	Distribuição dos sintomas físicos de estresse nas fases de resistência / quase exaustão nos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.	35
Tabela 4:	Distribuição dos sintomas psicológicos de estresse nas fases de resistência / quase exaustão nos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.	35
Tabela 5:	Distribuição dos sintomas físicos de estresse na fase de exaustão apresentados pelos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.	36
Tabela 6:	Distribuição dos sintomas psicológicos de estresse na fase de exaustão apresentados pelos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.	36
Tabela 7:	Em relação ao sentimento de insatisfação com o trabalho, as variáveis que atingiram níveis de significância pelo “Coeficiente de Correlação de Spearman” ($P > 0,31$).	37
Tabela 8:	Em relação a potenciais fontes de pressão no trabalho, as variáveis que atingiram níveis de significância através do “Coeficiente de Correlação de Spearman” ($P > 0,31$).	38
Tabela 9:	Mercado de trabalho dos médicos no Brasil.	41
Tabela 10:	Médicos com desgaste segundo número de atividades- Brasil, 1995.	41

FRAGA, G.S. 2004. **Ambiente de trabalho, estresse e saúde em médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**. Goiânia, 62 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Católica de Goiás.

RESUMO

Nos últimos anos centenas de trabalhos têm relacionado o estresse a uma série de doenças. O presente estudo objetivou investigar estresse em 32 médicos lotados em 3 unidades da Secretaria municipal de Saúde de Goiânia (Go), buscando verificar se há presença de estresse, em que fase se encontra, se há prevalência de sintomas físicos ou psicológicos e as possíveis relações entre o estresse e o trabalho na instituição. Para a coleta dos dados, utilizou-se o Inventário de Sintomas de Stress para Adulto de Lipp (ISSL) (LIPP & GUEVARA, 1994) e o Indicador de Estresse Ocupacional (COOPER *et al*, 1988). Os resultados obtidos mostraram que 23 médicos (72%) apresentaram estresse. Dezoito participantes (78%) encontravam-se na fase de resistência, e cinco (22%), na fase de quase exaustão. Em 43% dos médicos considerados estressados houve predomínio de sintomas psicológicos; em 35%, predomínio de sintomas físicos; e em 22%, igualmente sintomas físicos e psicológicos. As principais fontes de insatisfação com o trabalho estavam relacionadas a: “maneira como os conflitos são resolvidos na empresa”, “grau de demanda no trabalho”, “forma como a empresa está estruturada”, “comunicação e a forma como a informação é transmitida dentro da empresa”, “grau com que o profissional sente que pode desenvolver ou crescer pessoalmente no trabalho”. As principais possíveis fontes de pressão identificadas foram: “falta de consulta ou comunicação por parte dos superiores”, “participar de reuniões”, “liderança e apoio inadequados dos superiores”, “existência de fatores que estão fora do controle direto do médico”, “tomar decisões importantes”, “lidar com situações delicadas e ambíguas”. Portanto, identificou-se possíveis estressores de ordem organizacional, relacionados às demandas do trabalho e às características próprias do trabalho médico. Considerou-se a necessidade de intervenções focadas no trabalho e no indivíduo, para diminuir ou eliminar os riscos relacionados ao estresse no trabalho, e melhorar a qualidade de vida e saúde dos profissionais.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Objeto de Estudo

A palavra estresse, derivada do latim, foi empregada popularmente no século XVII significando “fadiga”, “cansaço”. Foi pela primeira vez utilizada no sentido psicológico, nesse mesmo século, para designar opressão, desconforto e adversidade segundo Spilberger (1979). O termo estresse era também usado como um conceito da física onde aparece relacionado com termos como força, esforço e tensão. (PASQUALINI, 1952). Foi introduzido na Biologia por Selye (1936). Este endocrinologista austríaco introduziu o termo estresse para designar uma síndrome produzida por vários agentes nocivos, designando um conjunto de fenômenos complexos evidenciados nos organismos biológicos que vieram, então, a ter uma conotação análoga àquela da Física. Os trabalhos clássicos de Selye (1936, 1956) foram decisivos para as primeiras explicações inerentes ao processo de estresse e seus conceitos, ainda hoje, representam apoio teórico para a maioria das pesquisas desenvolvidas nesta área.

O conceito de Síndrome Geral da Adaptação ou Síndrome de Estresse Biológico foi introduzido por Selye (1956, 1959) para denominar o “conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a situações que exijam esforço para a adaptação”. Segundo este autor, o organismo, quando exposto a um esforço desencadeado por um estímulo percebido como ameaçador à manutenção de seu estado de equilíbrio, seja ele físico, químico, biológico ou psicossocial, apresenta a tendência de responder de forma uniforme e inespecífica, anatômica e fisiologicamente. Posteriormente o termo Síndrome Geral da Adaptação foi simplificado pelo próprio pesquisador para estresse. Para ele, qualquer pressão imposta à pessoa é considerada como estresse.

Segundo Selye (1956, 1959) a Síndrome Geral de Adaptação consiste em três fases: Reação de Alarme ou Alerta, Fase de Resistência ou Adaptação, e Fase de Exaustão ou de Esgotamento.

A reação de alarme, a primeira fase da síndrome, começa quando a pessoa se confronta inicialmente com sua fonte de estresse. É o momento inicial da resposta ao agressor, ou seja, corresponde ao início da mobilização das forças orgânicas de defesa contra um determinado

agente. Podem ocorrer sensações, tais como: sudorese excessiva, taquicardia, respiração ofegante, entre outras.

Permanecendo a exposição ao agente estressor, segue-se a segunda fase, a da resistência, ou adaptação, na qual o organismo dá seguimento ao processo de respostas de defesa. Nesse momento, gasta-se muita energia, e com isso, surgem sinais de desgaste, como cansaço excessivo, esquecimento e dúvidas a respeito de si próprio. Quando o estressor é de longa duração, ou a intensidade é demasiada para a resistência da pessoa, o organismo tenta restabelecer a homeostase de um modo reparador. A energia adaptativa de reserva é utilizada na tentativa de reequilíbrio. Quando a pessoa consegue resistir através da adaptação, ou eliminando os estressores, ocorre a recuperação. Se, por outro lado, o estressor exige mais esforço de adaptação do que é possível para aquela pessoa, então seu organismo se enfraquece, tornando-se vulnerável a doenças.

A fase de exaustão, ou esgotamento, terceira fase, é a mais perigosa e ocorre quando a pessoa não consegue atingir uma harmonia interna, momento em que o pseudo-equilíbrio da fase de resistência fica perdido. Nas manifestações orgânicas, essa fase, em muitos aspectos, assemelha-se à primeira, só que agora são agravados, havendo um maior comprometimento físico e emocional.

Recentemente, após 15 anos de pesquisas no Laboratório de Stress (LEPS) da Puc-Campinas, Lipp (2000) identificou uma outra fase do estresse, designada de quase exaustão, que fica entre a resistência e exaustão. Essa fase recém identificada caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não mais está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. As doenças começam a surgir, porém, ainda não são tão graves como na fase da exaustão. Embora apresentando desgaste e outros sintomas, a pessoa ainda consegue trabalhar e “funcionar” na sociedade até certo ponto, ao contrário do que ocorre na de exaustão, quando a pessoa pára de “funcionar” adequadamente, não conseguindo, na maioria das vezes, trabalhar ou concentrar-se. Os dados mostraram que a fase de resistência, como proposta por Selye (1936) era muito extensa, apresentando dois momentos distintos caracterizados não por sintomas diferenciados, mas sim pela quantidade e intensidade dos sintomas. Desse modo, no referido instrumento, a fase de resistência refere-se à primeira parte do conceito de resistência de Selye enquanto a fase de quase-exaustão refere-se à parte final desta quando a resistência da pessoa está realmente se exaurindo. Deste modo, Lipp (2000) propôs um modelo quadrifásico para o stress que expande o modelo trifásico desenvolvido por Selye (1936).

É importante ressaltar que o estresse em si não é patológico. É uma reação natural do organismo humano quando colocado diante de alguma situação de ameaça.

Para Selye (1974), o estresse pode ser um elemento motivador, capaz de despertar, acelerar e ajudar o homem a vencer desafios, aumentando a sua capacidade e adaptabilidade ao meio, a que ele classifica como “estresse positivo”.

O estresse ainda é objeto para múltiplas explicações a partir de um conjunto de pontos de vista acadêmicos. Nos últimos anos tem havido um interesse crescente no estresse e seu potencial para afetar a saúde. Entretanto, assim como o próprio conceito de saúde, o estresse é suscetível a definições confusas e significados imprecisos. Estresse não precisa de apresentação, ele é familiar aos profissionais e aos leigos. Ele é entendido por todos, mas não é definido satisfatoriamente por ninguém. Uma grande quantidade de disciplinas – Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, Medicina, Sociologia, Ergonomia, Antropologia e Farmacologia – têm se dedicado ao estudo do estresse, cada uma com objetivo e metodologia particulares. (MULHALL, 1996).

Embora existam enormes controvérsias na definição do conceito de estresse, para Rodrigues e Gasparini (1993), esta diversidade, em si, não constitui problema. Sob uma perspectiva democrática, é algo bastante positivo e até louvável, pois estes vértices não são excludentes entre si; ao contrário, complementam-se e ajudam a construir um conjunto organizado de conhecimentos.

Sykes (1981) refere-se ao conceito de estresse como “força opressora”, “esforço e demanda sobre energia física e mental”, e “doença da tensão”.

O estresse é definido por Lazarus e Folkman (1984) como “uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada como algo que excede seus recursos e ameaça seu bem estar”.

Em um conceito amplo, Moraes *et al* (1993) caracterizam o estresse como “um fenômeno tipicamente relacional e dinâmico entre o indivíduo e as demandas do seu ambiente”.

Lipp e Rocha (1994) definem o estresse como uma reação psicológica com componentes emocionais, físicos, químicos e mentais a determinados eventos que irritam, amedrontam, excitam, confundem, ou mesmo, que façam feliz a pessoa. Na sua mais ampla concepção, “estresse compreende toda agressão ao organismo, de origem interna ou externa, que perturbe o equilíbrio homeostático”.

Molina (1996) define o estresse como “qualquer tensão aguda ou crônica que produz uma mudança no comportamento físico e no estado emocional do indivíduo; é uma resposta de adaptação psicológica que pode ser negativa ou positiva para o organismo”. Esse autor traz as classificações mais utilizadas para o estresse, que são:

- Distresse: estresse negativo que provoca dor, desconforto, tensão física e emocional. É um tipo de estresse negativo por natureza, podendo, também, ser entendido como um efeito negativo dos estressores;
- Eustresse: estresse positivo que provoca sensação de euforia, bem-estar, alegria, conforto, segurança, aumento de auto-estima, e maior secreção de endorfinas e encefalinas; sendo considerado como resultante do efeito positivo de alguns estressores;
- Estresse Temporário: situação ou estressor que se manifesta por período curto: perder o ônibus, não conseguir emprego;
- Estresse Prolongado: estressor que ocorre, ou produz mudança com efeitos mais prolongados: perder uma pessoa amada, morte de um ente querido, dificuldade permanente em conseguir emprego, doença crônica, entre outros;
- Estresse Agudo: padrão de situação estressante que produz mudanças fisiológicas rápidas no organismo, como hipertensão, alterações no trato gastrointestinal, perda de peso e dor de cabeça severa;
- Estresse Crônico: situação estressante que permanece por período de mais de dois meses;
- Estresse Adquirido: situação estressante que teve origem na infância;
- Estresse do Meio Ambiente: situações estressantes relacionadas com as cidades, ambiente de trabalho, situações do dia-a-dia.

Quando o estresse crônico se torna uma rotina na vida dos indivíduos, estes podem desenvolver um conjunto de sintomatologias e de respostas denominado síndrome de “burnout”(perda de energia) ou síndrome da fadiga (SOUZA *et al* 2001), que é caracterizada por três componentes básicos, que decorrem das respostas inadequadas do indivíduo a um estresse crônico, tendo como traços principais: exaustão emocional, despersonalização e reduzida satisfação pessoal ou sentimento de incompetência.

A exaustão emocional pode ser expressa como se os recursos emocionais do indivíduo fossem exauridos, além da sensação de que seu estado psicológico não mais voltará ao nível satisfatório, considerado o traço inicial da síndrome. A despersonalização e/ou cinismo, segunda característica, pode ser descrito pelo indivíduo que não acredita mais nas outras pessoas, na possibilidade de elas fazerem coisas boas, de poderem ser sinceras ou trabalharem por razões nobres; ou seja, o indivíduo se torna negativista em relação às pessoas de seu relacionamento. Esse tipo de avaliação cognitiva pode desencadear comportamentos e atitudes negativas em

relação aos outros. A despersonalização geralmente está acompanhada de ansiedade, aumento de irritabilidade e perda de motivação, como manifestações emocionais. A variável despersonalização pode ser considerada um elemento chave da síndrome de “burnout”, uma vez que tanto o sentimento de desgaste emocional como o de incompetência podem estar associados a outros tipos de síndrome, enquanto que a despersonalização é específica do “burnout”. Por último, a reduzida satisfação pessoal ou sentimento de incompetência do indivíduo revela uma tendência de auto-avaliação negativa e insatisfação (SOUZA *et al* 2001)

A síndrome é uma consequência de altos níveis de tensão no trabalho, frustração pessoal e inadequadas atitudes de enfrentamento das situações conflituosas, o que supõe a existência de variáveis pessoais, organizacionais e sociais.

1.2 Abordagens de Pesquisa

Mulhall (1996) cita as três principais abordagens com relação ‘a pesquisa sobre estresse, representando diferentes pontos de vista de sua definição.

a) O Modelo Baseado na Resposta

No modelo baseado na resposta, estresse é conceitualizado como uma variável dependente realizado por uma resposta pessoal a efeitos diversos. Estresse, aqui, é definido como uma resposta, a qual um indivíduo mostra quando estimulado por um estressor. Esse modelo é englobado pela Síndrome de Adaptação Geral de Selye:

- uma reação de alarme onde a resistência natural é diminuída e as defesas do corpo são mobilizadas;
- um estado de resistência que leva a aumento de resistência e adaptação;
- um estágio final onde a energia para adaptação é exaurida e o colapso se segue.

b) O Modelo Baseado no Estímulo

Estresse, neste modelo, é visto como uma variável independente, que é, em termos de um estímulo causador. É definido em termos de meio ambiente perturbador ou tensões externas, e a importante questão diz respeito a uma determinação de quais condições particulares são estressantes. Sugere-se que as pessoas podem ter uma resistência interna ao estresse, que varia entre os indivíduos, mas a qual tem um limite máximo, além do qual, um trauma psicológico e

fisiológico, resulta – “ela se rompe” –. Este é um modelo atraente tanto para os profissionais quanto para os leigos. Ele é simples. Ele associa o estresse, um conceito difícil e nebuloso, com engenharia, uma disciplina científica formulada claramente com “leis”. Estresse, nesse sentido, pode ser medido até o ponto do colapso (ruptura), registrada objetivamente.

c) O Modelo Interacional ou Transacional

Estresse, aqui, é conceitualizado como a falta de adaptação entre o meio ambiente e uma pessoa. Esse modelo final, defendido por Lazarus e Folkman (1984), define estresse como um sistema dinâmico de interação entre pessoa e meio ambiente. Cox (1992) propõe que estresse é “um fenômeno perceptivo individual, que brota do equilíbrio /ou desequilíbrio entre a demanda sobre o indivíduo e a habilidade que ele tem em lidar com isso”. Demanda surge externamente do meio ambiente e internamente a partir de necessidades psicológicas e fisiológicas inerentes. Central, aqui, é uma tese de avaliação cognitiva do homem em relação a uma situação considerada estressante, e sua capacidade em lidar com isso, tanto psicológica quanto fisiologicamente. Tal modelo transacional pode ser encaixado em quatro diferentes pontos de vista sobre o estresse: o biológico, o de desenvolvimento, o social e o fenomenológico (HOWARTH, 1978). O desequilíbrio do estresse reflete a falta de “encaixe” ocorrendo em algumas dessas áreas. Nesta abordagem, as definições de Lazarus e Folkman (1984) e de Moraes (1993), mencionadas acima, se encaixam.

As três abordagens não são só metodologicamente diferentes. Em termos da meta-epistemologia de Pepper (1942), trata-se de uma visão organicista (tendo sua metáfora-raiz na biologia), uma visão mecanicista (caracterizada por uma causalidade linear) e uma visão contextualista (enfocando a complexidade das relações bidirecionais entre eventos). Cada um explicita um paradigma científico diferente que permite fazer outros tipos de perguntas e outros métodos de pesquisa. No presente trabalho, o modelo interacional foi privilegiado.

1.3 O Estresse e Suas Consequências Para a Saúde

Segundo Areias (1999), em uma revisão da literatura a partir de 1985, relata a publicação de mais de 3.000 trabalhos científicos sobre “estresse e saúde” e as 3 formas de estressores mais investigadas na literatura são: eventos de vida, tensão crônica e imprevistos diários. Os eventos de vida são as mudanças que exigem maior reajuste de comportamento dentro de um curto

espaço de tempo (divórcio, casamento, nascimento do primogênito). A tensão crônica é decorrente da demanda persistente ou periódica que requer um reajustamento prolongado (incapacidade devido a mutilação, pobreza). Imprevistos diários são mini-eventos que requerem adaptações pequenas de comportamento durante o decorrer do dia-dia (trafegar em engarrafamentos, visitas inesperadas). A maior parte das pesquisas realizadas enfocam os efeitos dos eventos de vida e a pressão crônica na saúde física e mental.

Com o avanço técnico-científico e a organização científica do trabalho, o desgaste da força de trabalho se externa sob formas mais sutis, revelando-se através de distúrbios orgânicos, psico-orgânicos ou psíquicos que podem evoluir para doenças caracterizadas e diagnosticadas por exames médicos e biológicos, sem que se possa individualizar suas causas. Hipertensão, enfarto, doenças coronárias, gastrites, úlceras, neuroses, psicoses, asma, todas elas, de um ou outro modo tidas como doenças do “stress” ou tensão, podem ter, e certamente têm no trabalho, na forma em que o mesmo é organizado, a sua principal causa.

Alguns estudos evidenciam a presença de componentes psicológicos em alguns tipos de distúrbios cardio-vasculares, principalmente hipertensão arterial.

As estatísticas recentes demonstram que a principal causa de mortalidade na grande maioria dos países industrializados é a doença coronariana e que a hipertensão além de contribuir para o desenvolvimento das coronariopatias, aumenta também o risco de acidente vascular cerebral, doenças cerebrovasculares, insuficiência renal e problemas oculares. Pesquisas feitas por Anderson (1986), demonstram que o desenvolvimento da hipertensão arterial pode ser potencializado pelas interações sinérgicas entre eventos estressantes e dietas com alto nível de sódio.

Segundo Cabral (1991), os eventos estressantes da vida têm sido muito referidos no aparecimento de numerosas doenças somáticas, inclusive na artrite reumatóide. Entre os eventos citados destacam-se perdas por morte de pessoas importantes, separações conjugais, mudanças de estilo de vida devido a alterações na situação sócio-econômica. Como o Sistema Nervoso Central mantém íntima relação com o sistema endócrino e imunológico, qualquer alteração estressante em indivíduos mais suscetíveis e predisponentes, pode alterar os ritmos do sistema imunológico, provocando imunossupressão e danos por vezes irreparáveis.

Alguns estudos demonstram que a inabilidade das pessoas em lidar com aspectos psicológicos e sociais para responder às solicitações do meio, podem levar ao desenvolvimento de problemas cardiovasculares, hipertensão, úlceras pépticas, dores musculares, vômitos compulsivos, enxaqueca, asma e outros.

Os cardiologistas americanos Friedman e Rosenman (1974) começaram a investigar a relação entre comportamento e doenças cardíacas. Ao observarem que os níveis de colesterol no sangue de contadores elevavam na época da declaração de renda, os pesquisadores fizeram um estudo longitudinal com duração de 10 anos, abrangendo 35.000 homens entre 31 e 59 anos de idade, sem antecedentes de doenças do coração, para determinar quais as variáveis de personalidade e comportamento que mais influenciaram o desenvolvimento de problemas cardíacos. Os resultados obtidos surpreenderam os profissionais de saúde e executivos ao alertarem para os riscos do comportamento Tipo A (caracterizado pela afobação, competição intensa, tendência à hostilidade e irritabilidade e, uma preocupação constante com medidas de sucesso quantificáveis) para o “acidente cardíaco”. Cerca de 70% dos sujeitos classificados de acordo com as entrevistas e observações como do Tipo A apresentaram alterações patológicas no sistema cardiovascular, incluindo o ataque cardíaco.

Relações entre estresse e imunidade já foram estabelecidas. Herbert e Cohens (1993) evidenciaram uma relação entre estresse e a redução da capacidade funcional imunológica (relacionaram estresse ao número e percentual de leucócitos circulantes, aos níveis de imunoglobina e títulos de anticorpos para o herpes vírus).

Glacer e Kielcolt (1987, 1988) fizeram uma série de pesquisas sobre a erupção do vírus do herpes e tensão. Um desses estudos foi sobre a depressão associada à tensão na imunidade celular. Os autores, através de um estudo com alunos de medicina frente a tensão das provas, concluíram que a tensão enfraquece o sistema imunológico. Observaram que os alunos tinham menor controle sobre o vírus do herpes e declínio na capacidade das células brancas eliminarem as células infectadas. Em outra pesquisa sobre influência psicológica na imunidade, os mesmos autores concluíram que a relação entre tensão e atividade do herpes é tão forte que foi demonstrada, usando a erupção de lesões herpéticas como medida. Quanto mais ansiedade, brigas e tensão eram verbalizadas pelos pacientes, mais probabilidade eles tinham de sofrer erupções de herpes na semana seguinte; os períodos calmos em suas vidas levavam a dormência do herpes.

É importante lembrar que o estresse não se reduz às questões fisiológicas e psicológicas. A literatura sociológica, desde Durkheim (1971) em seu clássico trabalho sobre o suicídio, assume consensualmente o caráter estressante que acompanha as relações sociais, demonstrando que um fenômeno aparentemente dependente de uma decisão exclusivamente individual, também depende de fatores ambientais e sociais.

1.4 Estresse, Trabalho e Saúde

Segundo Rebouças et al (1989) as primeiras investigações sobre o estresse ocupacional foram realizadas com trabalhadores de fábrica, enfocando aspectos do ambiente físico de trabalho. Os estressores identificados apontavam, principalmente, para as consequências psicológicas e ergonômicas sobre a saúde do trabalhador.

O movimento dos trabalhadores pela preservação da saúde do trabalho tem uma trajetória comum no mundo capitalista, embora diversificada, segundo as realidades dos diferentes países. Por isso, a evolução desse movimento não é linear, mas histórica e dialética, com lutas específicas que alternam êxitos e fracassos. Avanços e retrocessos, fazem parte dessa dinâmica, totalmente inserida nas conjunturas sócio-econômicas e políticas de cada país. Nesse movimento de saúde da classe trabalhadora percebe-se uma correspondência bastante nítida e igualmente histórica de conceitos nos seus vários movimentos: a) a luta pela sobrevivência; b) a luta pela reparação dos acidentes e mutilações; c) a luta pela identificação e reparação das doenças atribuídas ao trabalho. Nas últimas décadas, principalmente a partir dos anos 60, começa, ao que parece, um quarto momento desta evolução histórica. A luta pela saúde no trabalho (REBOUÇAS *et al* 1989).

A saúde pode ser definida como “um estado de completo bem estar físico, mental e social”(Organização Mundial de Saúde). Este conceito encerra uma concepção holística, e propõe uma ligação de todos os elementos presentes no ambiente com o estado de saúde das pessoas. Dentro das discussões relativas à saúde dos trabalhadores, importa a discriminação e análise dos fatores dentro e fora do ambiente de trabalho e que repercutem no desencadeamento e manutenção dos processos de doenças.

Recentemente, tem sido dada ênfase aos chamados “Fatores Psicossociais”, que se referem “às interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais, as capacidades dos trabalhadores, suas necessidades, cultura, considerações pessoais extra profissionais, que podem, através de percepções e experiências, influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação no trabalho” (FISCHER & PARAGUAY, 1999).

As relações entre trabalho e saúde mental são analisadas por vários modelos teóricos. Alguns se situam na linha do estresse, outros procuram entender essas relações a partir dos efeitos psicológicos do trabalho e a sua psicodinâmica, que coloca no centro das discussões as relações inter-subjetivas.

Nas teorias que tornam o estresse como categoria mediadora entre o trabalho e a saúde, há uma grande preocupação com a doença cardiovascular por um lado, e por outro, com o

esgotamento, e o “burnout”. Dentre os diversos modelos teóricos que assumem esta linha interpretativa, o de Palácios (2002) centra-se no par demandas – latitude de decisão. Situações de trabalho onde exista grande demanda e estreita latitude de decisão, levam ao esgotamento dos trabalhadores. Ao contrário, condições com alto nível de demandas, porém oferecendo aos trabalhadores ampla latitude de decisão, induzem menores taxas de esgotamento. O suporte social media essa relação, por exemplo; a coesão da equipe, que representa um forte fator de proteção à saúde dos trabalhadores.

Franco (1981), em tese de doutorado, estudando as repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores de um hospital geral, concluiu que em decorrência da sobrecarga de trabalho, salários insuficientes, excessivo controle formal e informal sobre os trabalhadores e o produto de seus trabalhos, condições insatisfatórias de trabalho, e exposição a agentes físicos, químicos e biológicos a que esses profissionais eram submetidos, poderiam levar a manifestação de doenças tais como, doenças infecto-contagiosas, alergias, lombalgias e fadiga.

Com base na análise das anamneses e prontuários de trabalhadores atendidos nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador de Santo Amaro e André Gabois, no período de 1994 a 1997, Glina *et al* (2001) buscaram caracterizar as situações de trabalho, discutir o estabelecimento do diagnóstico e donexo causal com o trabalho. Condições de trabalho nocivas, problemas relacionados à organização do trabalho, gestão inadequada de pessoal e violência eram relacionadas com quadros clínicos caracterizados por medo, ansiedade, depressão, nervosismo, tensão, fadiga, mal-estar, perda de apetite, distúrbios de sono, distúrbios psicossomáticos (gastrite, crises hipertensivas), além disso, ocorrem contaminação involuntária do tempo de lazer, ou seja, os trabalhadores sonhavam com o trabalho, não conseguiam “desligar-se”. Os diagnósticos foram variados. Em três casos houve síndromes pós-traumáticas ligadas a assaltos. Dois casos referiam-se a quadros psicóticos orgânicos ligados a acidentes ou exposição a produtos químicos. Apareceram ainda síndromes neuróticas de fadiga, depressivas, paranóides, de adaptação e de reação ao estresse grave. Em todos os casos foi possível relacionar o quadro clínico com a situação de trabalho.

Barros e Nahas (2001), estudando comportamento de risco para a saúde e percepção de estresse entre trabalhadores, observaram que o fumo, independentemente de sexo, foi significativamente associado à percepção de estresse, e a proporção de sujeitos que referiam níveis elevados de estresse foi significativamente maior entre os fumantes do que entre os não fumantes.

Areia (1999), estudando uma amostra de servidores de uma universidade, observou que a saúde mental aumenta conforme se aumenta os fatores de apoio e conforme se diminui os fatores de estresse nas três dimensões pesquisadas: trabalho, social e pessoal.

Pesquisando estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital, Vieira (2001) detectou uma gama de variáveis relacionadas ao estresse ocupacional. Entre elas: variáveis sociodemográficas profissionais e pessoais, sexo, turno de trabalho, insatisfação com o trabalho, insatisfação com a organização do trabalho e tipo de personalidade. Concluindo que o padrão de comportamento Tipo A é mais susceptível ao estresse.

Lautert *et al* (1999) realizaram um trabalho para identificar as fontes geradoras de estresse na atividade gerencial de enfermeiros e as principais alterações que o estresse pode acarretar sobre a saúde desses profissionais, e concluiu que a sobrecarga de trabalho e o gerenciamento do pessoal foram as fontes que determinaram a maior estimativa de risco relativo ao estresse. Em relação aos sintomas, as alterações cardiovasculares, gastrointestinais e imunitárias foram as que tiveram maior incidência.

Palácios (2002) buscou compreender a participação do trabalho na produção do sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias. A análise do processo de trabalho, com suas variabilidades e dificuldades, revelou que a “diferença de caixa” e as agressões dos clientes representam situações de sofrimento. Essas são situações favorecidas pela organização do trabalho, que obriga os caixas a evitarem as regras de segurança e imputa-lhes a culpa da diferença. Adicionalmente, ela não oferece suporte aos caixas para responder apropriadamente às demandas dos clientes. O contexto de baixos salários e grandes transformações favorece o isolamento dos trabalhadores, gera insegurança com relação ao futuro e é entendida como falta de reconhecimento.

A presença de agentes estressantes no trabalho prognosticam uma saúde danificada, absenteísmo, estresse mental que, dentre outras coisas, pode levar ao tabagismo e alcoolismo. Como se pode observar no trabalho de Tenant (2001). Este autor pesquisou desordens depressivas relacionadas a estresse e trabalho em diferentes grupos ocupacionais, e, concluiu que a depressão e ‘burnout’ estavam relacionados com variáveis tais como, falta de controle do trabalho, trabalho inconveniente, alta demanda, baixa qualidade no local de trabalho, tarefas incertas, falta de suporte social dentro e fora da organização, e características pessoais.

Guic *et al* (2002), estudando estresse laboral e saúde em executivos chilenos, observaram que a presença de estressores laborais foi associada significativamente com problemas de saúde física e mental, e com baixa satisfação com o trabalho. Todavia, o que mais se destaca no trabalho desses autores foi ter descrito que os estressores laborais e as características psicológicas das

peças predizem, de forma significativa, as manifestações do estresse na saúde e na satisfação laboral, de acordo como estas são percebidas pelos próprios indivíduos.

Os resultados se mostraram de acordo com o modelo transaccional defendido por Lazarus e Folkman (1984), segundo a qual as manifestações de estresse não se produzem somente devido a existência de estressores. O efeito desses estaria modulado, por certas características das pessoas, que as protegem ou as fazem mais vulneráveis. Conclusões semelhantes pode-se observar no trabalho de Daniel *et al* (2000).

As inovações tecnológicas, a globalização e a acirrada disputa econômica entre as organizações em diversos países provocaram reestruturações profundas nas políticas organizacionais, conseqüentemente, essas mudanças acabaram refletindo, muitas vezes, de maneira negativa na saúde do trabalhador, principalmente relacionado a questão de estresse organizacional. Problemas organizacionais relacionados à saúde do trabalhador podem ser considerados uma séria questão de saúde pública, além de trazer grandes prejuízos de ordem econômica para a Nação (SAUTER & HURRELL, 1999 apud SOUZA *et al* 2001).

1.5 Estresse em Médicos

Muita preocupação tem sido expressada sobre a relação entre as condições de trabalho e saúde dos médicos. Essa preocupação tem sido centrada não somente sobre as longas horas de trabalho que eles suportam, mas também sobre outros aspectos estressantes.

Médicos residentes estão recebendo crescente atenção e a natureza estressante do treinamento na residência médica tem sido amplamente discutida na literatura.

Aach *et al*, apud Nogueira-Martins (1998), classificaram o estresse na residência médica em três categorias:

- estresse profissional - é o estresse associado aos processos de profissionalização e desenvolvimento do papel de médico na sociedade. O estresse profissional está vinculado a: administrar o peso da responsabilidade profissional, lidar com pacientes difíceis e situações problemáticas geradas por esses pacientes, supervisionar estudantes e residentes mais jovens, gerenciar o crescente volume de conhecimentos médicos e planejar a carreira profissional;
- estresse situacional - é o estresse decorrente de certas características do treinamento, tais como privação do sono, fadiga, excessiva carga assistencial, muitos pacientes

difíceis, excesso de trabalho administrativo, corpo auxiliar insuficiente e problemas relativos à qualidade do ensino e do ambiente educacional;

- estresse pessoal- é o estresse que está vinculado a características individuais e situações pessoais, como sexo, características de personalidade, vulnerabilidades psicológicas (por exemplo, maior ou menor suscetibilidade à privação do sono, maior ou menor dificuldade em lidar com situações emergenciais e com determinados tipos de pacientes), situação socioeconômica, problemas familiares, eventos de vida, etc.

Essas três categorias de estresse se superpõem com frequência. Assim, por exemplo, o estresse associado à escolha da especialidade envolve elementos pessoais e profissionais. Por outro lado, a carga de trabalho e a pressão do tempo podem ser consideradas como estresses situacional, pessoal e profissional.

O trabalho de Baldwin *et al* (1997) mostra que situações no trabalho, como número de pacientes admitidos, número de mortes, executar tarefas que não lhes são próprias (como buscar material e medicamentos em outras alas), contribuem para a percepção dos jovens médicos de se sentirem sobrecarregados, “esmagados”. Esses fatores estão relacionados, a longo prazo, com problemas na saúde mental e física dos médicos. Longas horas trabalhadas parecem ter consequência, a curto prazo, em termos desses profissionais se sentirem mal e relatarem performance deficiente, mas não está demonstrado que a longo prazo tragam consequência para a saúde.

As causas de estresse são claramente mais complexas do que apenas o foco em número de horas trabalhadas. Pesquisas como a de Firth-Cozen (1998) têm sugerido que a perda de sono, ao invés das longas horas de trabalho, é o problema que leva a alterações no humor e performance.

Em um estudo longitudinal com estudantes de medicina e revisto posteriormente como médicos 10 anos depois, Firth-Cozen (1997) mostraram que existia uma grande correlação entre uma elevada autocrítica dos estudantes e subsequente altos níveis de estresse em médicos. Elevada autocrítica, esforço para realizações e grande medo de crítica são associados com depressão.

Bedawi *et al* (2001) em um estudo com residentes em hospital escola na Arábia Saudita, encontrou prevalência de doença psiquiátrica menor em 59% dos indivíduos pesquisados. Porcentagem considerada alta pelo autor, quando comparou esse resultado com outros estudos semelhantes, como o de Caplan (1994), feito no Reino Unido, que encontrou transtorno

psiquiátrico em 48% da amostra. Observaram também que a prevalência de doença psiquiátrica menor era variável de acordo com a especialidade do médico. Menor número encontrado foi na Pediatria, 47%; e, maior, nos residentes de Medicina Interna, 93%.

Burbeck *et al* (2002) avaliando níveis de estresse ocupacional em médicos ingleses que trabalhavam em serviço de emergência, concluíram que os níveis de angústia profissional são maiores nesses médicos quando comparados com outros grupos de médicos, e que são necessárias providências para melhorar a qualidade de vida dos mesmos, em particular, com a redução das horas trabalhadas.

Vários pesquisadores, como Caplan (1994), sugerem que os médicos têm níveis de estresse maiores do que a população geral. Entretanto, em uma pesquisa com uma amostra representativa de médicos do Reino Unido, McManus *et al* (1999) encontraram que os níveis de estresse nos médicos eram equivalentes aos da população geral. Eles argumentam que estudos anteriores podem ter sido baseados em um uso inapropriado do “Questionário de Saúde Geral”, que é o instrumento mais comumente utilizado neste tipo de pesquisa.

O estresse contínuo em médicos e residentes pode levar a sérias consequências pessoais e profissionais. Tem sido mostrado que angústia em médicos e residentes é associado com prejuízo no julgamento clínico, o que pode levar a aumento de erro ao cuidar dos pacientes.

Em um estudo feito no departamento de emergência em hospitais do Reino Unido, residentes com alto grau de angústia psicológica demonstraram baixo grau de confiança em suas atividades práticas (WILLIAN *et al* 1997).

Lewis *et al* (1993), estudando a influência do trabalho estressante na vida de médicos americanos, observaram que os médicos que relataram altos níveis de estresse no trabalho, também relataram baixos níveis de satisfação no casamento e alta prevalência de sintomas psiquiátricos.

Em um estudo longitudinal com estudantes de medicina, monitorando consumo de álcool e drogas ilícitas, durante o segundo e quinto ano do curso, e um ano após formados, Newbury-Birch *et al* (2001) observaram que houve um aumento de uso de álcool e drogas ilícitas durante o período de estudo, e que esse uso estava relacionado com sintomas de estresse e ansiedade.

Estresse e “burnout” são comumente associados aos trabalhadores da saúde. Tentando clarear suas associações causais, McManus *et al* (2002), em um estudo longitudinal, avaliaram estresse e os três componentes do “burnout” (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização), em médicos do Reino Unido e, concluíram que exaustão emocional e estresse mostravam causação recíproca: altos níveis de exaustão emocional causavam estresse, e altos

níveis de estresse causavam exaustão emocional. Altos níveis de realização pessoal aumentava os níveis de estresse, enquanto que a despersonalização abaixava os níveis de estresse, provavelmente através de um mecanismo de defesa. A despersonalização pode ser reconhecida como “adaptativa”, enquanto que o aumento da eficácia profissional pode ser “maladaptativa”, aumentando futuramente o estresse e “burnout”.

Grahamm *et al* (2002), também pesquisando estresse e “burnout”, em um estudo cross-sectional, envolvendo uma amostra significativa de médicos no Reino Unido, identificaram associações bastante diferentes de McManus *et al* (2002). Eles encontraram que trabalho estressante foi associado com exaustão emocional e morbidade psiquiátrica. Satisfação no trabalho protegia os médicos do “burnout” e, que reduzia a possibilidade da exaustão emocional se desenvolver. “Burnout” predizia morbidade psiquiátrica, cujos riscos eram aumentados pela exaustão emocional. Ao contrário de McManus *et al* (2002), esses autores acharam que o aumento das realizações pessoais protegia a saúde mental dos médicos e, que a despersonalização não tinha nenhuma relação com morbidez psiquiátrica. Também não concordam que a despersonalização seja adaptativa, uma vez que ela, provavelmente, é prejudicial ao relacionamento com os pacientes e colegas.

Guic *et al* (2002) enfatizam que o estresse laboral não só desencadeia problemas no âmbito da saúde física e mental dos indivíduos como tem também repercussões econômicas para as organizações onde eles trabalham e pode ser observado em diferentes áreas de conhecimento e ramos de atuação, e uma das áreas que mais favorece o desenvolvimento de sintomas de estresse no trabalho é a área da saúde, especificamente representada por profissionais que atuam em ambientes hospitalares e afins.

Há pesquisas empíricas sustentando esta visão dentro do emprego na área de saúde. Trucco *et al* (1999), investigando a frequência de sintomas e principais fontes de estresse ocupacional entre trabalhadores da saúde em um hospital em Santiago do Chile, encontraram um elevado nível de sintomas comumente associados ao estresse. As principais fontes de insatisfação foram: a pouca possibilidade de participação, a percepção de um trabalho pouco valorizado e as dificuldades para controlar o próprio trabalho. As causas mais frequentes de pressão foram: pressão do tempo, ter que atender um grande número de pessoas e condições físicas de trabalho inadequadas.

Silva (2001) observa que em decorrência de um trabalho fragmentado que tem prevalecido nos serviços de saúde atualmente, onde cada trabalhador dessa área executa uma parcela do trabalho, o médico acaba não reconhecendo o resultado do produto de seu trabalho, o

que faz com que o mesmo fique incompleto e sem resolutividade, perdendo-se a visão holística dos pacientes, prejudicando os processos de cura, e não se estabelecendo vínculo e responsabilização.

Também, é apontado por Silva (2001) que outro problema que se pode observar no trabalho do médico é a perda de autonomia sobre o processo de trabalho, uma vez que o profissional é submetido às regras e normas burocráticas estabelecidas pela instituição empregadora (pública ou privada), como a imposição de carga horária, protocolos rígidos, cota de exames, ou as estabelecidas pelos convênios e/ou cooperativas, que se baseiam na produtividade. Estas normas impostas definem, por exemplo, o número de pacientes a serem atendidos, as cotas de exames que podem ser solicitados ou dos procedimentos que podem ser executados, etc; o estabelecimento dessas cotas é baseado quase sempre em critérios econômicos e não técnicos, o que interfere na autonomia do médico e na resolutividade do cuidado médico.

Tenant (2001), estudando estresse e desordens depressivas, concluiu que a natureza da especialidade e a duração da experiência profissional, influenciam no risco de morbidez em médicos. Por exemplo, em médicos mais novos, a baixa autonomia prognosticou morbidez psicológica, enquanto que, em médicos mais velhos, este prognóstico estava mais relacionado com as demandas de trabalho. Nos médicos de meia idade, a alta demanda de trabalho, grande número de pacientes, falta de controle do trabalho e poucos recursos físicos foram associados com insatisfação no trabalho e desordem psicológica. Em relação às especialidades médicas: falta de clareza de seu papel e tarefas inadequadas, prognosticaram depressão em médicos residentes em emergência; em clínicos gerais, a rotina de trabalho administrativo, demanda de trabalho, a interferência familiar e as interrupções do trabalho, prognosticaram mal estar mental. Nos anestesistas, a comunicação no hospital e a percepção de controle da sobrecarga de trabalho foram significantes na determinação da satisfação trabalhista e do bem estar mental.

Escriba e Barnabe (2002), em um estudo com médicos de um hospital na Espanha, identificaram um grande número de fatores de risco psicossocial para a saúde: alguns envolvendo as características da profissão médica (como contato diário com o sofrimento e morte, sentimento de responsabilidade pela vida humana, incerteza de diagnóstico e tratamento), e outros envolvendo a organização do trabalho (como carga horária, falta de pessoal e dificuldade de relacionamento inter pessoal no trabalho).

Kluger *et al* (2003), pesquisando satisfação no emprego, estresse e “burnout” em médicos anestesistas australianos, observaram que o pouco reconhecimento e longas horas trabalhadas foram os aspectos de maior insatisfação no trabalho. Com respeito ao “burnout”, grande exaustão

emocional foi visto em 20%; altos níveis de despersonalização em 20%, e, baixo nível de realização pessoal em 36% dos pesquisados. Mulheres anestesistas demonstraram maiores níveis de estresse do que os homens. Observaram também que assistentes experientes e melhora na organização do trabalho ajudava a reduzir o estresse.

No Brasil e especificamente em Goiás a literatura relacionada ao estresse em médicos é bastante deficiente. No decorrer desta busca, quase nada foi encontrado. Merece destaque a tese de mestrado “Trabalho Médico e o Desgaste Profissional” (SILVA, 2001), que concluiu que 80,4% dos médicos no Brasil sentem-se desgastados em suas atividades médicas, sendo que o maior percentual encontrado foi na região Centro-Oeste, com 83% de desgaste (nesta região, Goiás teve um maior desgaste: 84,7%). A fonte de dados selecionada para este estudo foi o banco de dados da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde). Este banco de dados foi obtido através da pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil” (MACHADO *et al*, 1996), que teve início no ano de 1994; a mesma foi executada pela FIOCRUZ com a colaboração das entidades médicas (CFM, AMB e FENAM) e o apoio do Ministério da Saúde. A partir destes dados, que caracterizou o médico que atua no País, buscou-se caracterizar e analisar um dos aspectos levantado por aquela pesquisa e que tem chamado muito a atenção das entidades médicas, bem como dos planejadores de saúde: o desgaste profissional dos médicos, em particular dos médicos que atuam em Goiás.

2. OBJETIVOS

1) OBJETIVO GERAL

- Investigar a existência de estresse em médicos da rede Municipal de Saúde de Goiânia.

2) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a existência de estresse entre médicos da rede Municipal de Saúde de Goiânia;
- Verificar a fase em que se encontra o estresse entre os médicos comprometidos;
- Verificar se há prevalência de sintomas físicos ou psicológicos nos indivíduos pesquisados e considerados estressados;
- Mensurar os sentimentos de satisfação ou insatisfação com o trabalho dos indivíduos da amostra;
- Verificar potenciais fontes de pressão ou de insatisfação no trabalho.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Sujeitos

Esse estudo foi realizado com médicos lotados em três unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás, localizadas no Distrito Sanitário Sul: Ciams Pedro Ludovico, Centro de Saúde de Vila Redenção e Centro de Saúde Chácara do Governador.

De uma população estimada em 44 indivíduos (N=44), tomou-se como amostra aleatória 33 médicos. Um dos indivíduos foi excluído por não ter respondido completamente os questionários, restando, portanto, 32 sujeitos (72% do total). Foram excluídos também, os profissionais que se encontravam em férias ou em licença.

3.2 Instrumentos para Coleta de Dados

Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa.(Anexos I e II)

Para verificar a existência de estresse nos médicos, foi utilizado um questionário denominado Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) (AnexoI), desenvolvido por Lipp e Guevara (1994) para responder a 3 questões: 1) há presença de estresse?; 2) em que fase está? e 3) há prevalência de sintomas físicos ou psicológicos? Optou-se por utilizar o instrumento desenvolvido por esses autores pelo fato do mesmo já ter tido o seu uso consolidado em estudos, tais como os de Miranda (1998) e Camelo e Angemari (2004).

O ISSL é composto de três quadros que se referem às quatro fases do estresse, sendo o quadro 2 utilizado para avaliar as fases 2 e 3 (resistência e quase-exaustão). Os sintomas listados são os típicos de cada fase. No primeiro quadro, composto de 12 sintomas físicos e três psicológicos, o respondente assinala com F1 ou P1 os sintomas físicos ou psicológicos que tenha experimentado nas últimas 24 horas. No segundo, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, marca-se com F2 ou P2 os sintomas experimentados na última semana. Observe que a fase 3 é diagnosticada com base em uma frequência maior de sintomas listados no quadro 2 do inventário. No quadro 3, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos, assinala-

se com F3 ou P3 os sintomas experimentados no último mês. É importante observar que alguns sintomas que aparecem no quadro 1 voltam a aparecer no quadro 3, mas com intensidade diferente. Por exemplo, enquanto no quadro 1 o item 8 refere-se à “hipertensão arterial súbita e passageira”, no quadro 3 o item 4 refere-se à “hipertensão arterial continuada”. A razão dessa gradação é que a fase de exaustão, coberta no quadro 3, em geral mostra a volta de alguns sintomas da fase 1, com um maior grau de comprometimento, devido à quebra na resistência. O número de sintomas físicos é maior do que os psicológicos e varia de fase a fase porque a resposta de estresse é assim constituída e é por isso que não se pode simplesmente utilizar o número total de sintomas assinalados para fazer o seu diagnóstico, sendo necessário consultar as tabelas de avaliação. No total, o ISSL inclui 37 itens de natureza somática e 19 de psicológica, sendo os sintomas muitas vezes repetidos, diferindo somente em sua intensidade e seriedade. A fase 3 (quase-exaustão) é diagnosticada na base da frequência dos itens assinalados no quadro 2, de acordo com a tabela 1 de correção. Estudos revelaram uma correlação alta entre os sintomas componentes do ISSL indicando a existência de um constructo subjacente que é o estresse.

Como a aplicação do ISSL é prática, fácil e rápida, ela pode ser executada por indivíduos que não tenham um treinamento em Psicologia, porém sua correção e interpretação devem ser realizadas por um psicólogo de acordo com diretrizes do Conselho Federal de Psicologia quanto ao uso de testes. O fato de sua aplicação ser fácil e prática não se deve pensar que sua interpretação seja igualmente acessível; só o profissional de saúde familiarizado com os conceitos de stress e suas implicações para saúde física e mental deve interpretar os resultados do teste, principalmente no que se refere a manifestações psicossomáticas e a doença.

O outro instrumento utilizado foi o questionário denominado Indicador de Estresse Ocupacional (“Occupational Stress Indicator”- OSI-2), desenvolvido por Cooper *et al* (1988), seções 1 e 4, que atendem aos dois últimos objetivos desse estudo (Anexo II).

O OSI foi escolhido para ser utilizado nesse estudo, por ser um instrumento adequado e completo para a investigação do estresse ocupacional, preenchendo os critérios necessários quanto à padronização e validação em nosso meio.

A Seção 1: objetiva mensurar os sentimentos de satisfação ou insatisfação no trabalho e satisfação com a organização.

A Seção 4: possibilita analisar fontes de pressão ou insatisfação no trabalho: carga de trabalho, inter-relacionamento, equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, papel gerencial, responsabilidade profissional, manter-se atualizado, falta de possibilidade de crescimento, e identificar com qual intensidade as mesmas afetam o indivíduo.

A coleta dos dados foi efetuada no período de Abril a Junho de 2004.

Os questionários foram entregues individualmente a cada um dos médicos, em um primeiro momento, e recolhidos posteriormente, nas próprias unidades em que os mesmos trabalhavam.

A correção do ISSL foi realizada com a assessoria de um psicólogo, no caso, o orientador desse trabalho.

3.3 Análise Estatística

Para a apresentação dos dados foram utilizados cálculos percentuais simples.

Para os tratamentos estatísticos realizados, contou-se com a assessoria de um profissional dessa área de conhecimento, tendo sido utilizados a prova não-paramétrica do “Qui-Quadrado”, com a finalidade de testar as hipóteses estatísticas, e o Coeficiente de Correlação de Spearman, para medir o grau de associação entre as variáveis estudadas.

4. RESULTADOS

4.1 Características Gerais dos Médicos

Em relação às características gerais dos médicos, chegou-se aos resultados que se seguem.

A amostra estudada foi composta por 32 participantes, sendo que 18 deles (56%) são do sexo masculino, e 14 (44%) são do sexo feminino (Figura 1-a).

Quanto à idade, os participantes distribuem-se entre as faixas etárias de 20 a 29 anos (4 médicos, 13% do total); de 30 a 39 anos (6 médicos, 19%); de 40 a 49 anos (16 médicos, 49%); e de 50 a 59 anos (6 médicos, 19%). Observa-se portanto, um predomínio na faixa etária de 40 a 49 anos (Figura 1-b).

Quanto ao estado civil, a grande maioria dos sujeitos da amostra são casados (25 médicos, 78% do total); 5 médicos (16%) são solteiros e 2 (6%) são divorciados (Figura 2-a).

Em relação ao fato de os (as) parceiros (as) trabalharem ou não, 29 médicos (90,6%) relataram que o (a) parceiro (a) também trabalha, e apenas 3 médicos (9,4%) relataram que o parceiro (a) não trabalhava (Figura 2-b).

Sobre o número de filhos, 7 médicos (22%) disseram não ter nenhum filho; 2 médicos (6%) afirmaram ter 1 filho; 17 médicos (54%) relataram ter 2 filhos; 3 médicos (9%) tem 3 filhos, e 3 médicos (9%) tem 4 filhos (Figura 3-a).

Quanto ao tempo de formado, 6 médicos (19%) encontram-se com o curso concluído entre 0 e 9 anos; 11 médicos (34%) concluíram o curso entre 10 e 19 anos; e 15 médicos (47%) têm entre 20 e 29 anos de formados (Figura 3-b).

A distribuição por tempo de serviço público mostra que 8 médicos (25%) trabalham nesse serviço entre 0 e 9 anos; 13 médicos (41%) entre 10 e 19 anos; 10 médicos (31%) entre 20 e 29 anos; e 1 médico (3%) entre 30 e 39 anos de serviço público (Figura 4-a).

Quanto ao tipo de serviço prestado na Secretaria Municipal de Saúde, dos 32 participantes, 9 (28%) trabalham em serviço de emergência, e 23 (72%) trabalham em rotina (Figura 4-b).

Questionados se tinham emprego fora da Instituição, a grande maioria dos médicos (29 do total, perfazendo 91%) afirmaram ter emprego fora da Instituição, e apenas 3 médicos (9%) disseram não ter emprego fora (Figura 5-a).

Com relação a trabalhar em consultório particular, 21 médicos (65,6%) afirmaram que sim, e 11 médicos (34,4%) afirmaram que não (Figura 5-b).

Quanto à especialização, os médicos se distribuem: 13 (40%) são pediatras, 5 (16%) são ginecologistas, 12 (38%) são Clínicos Gerais, 1 (3%) é Médico do Trabalho, e 1 (3,1%) é Reumatologista (Figura 6).

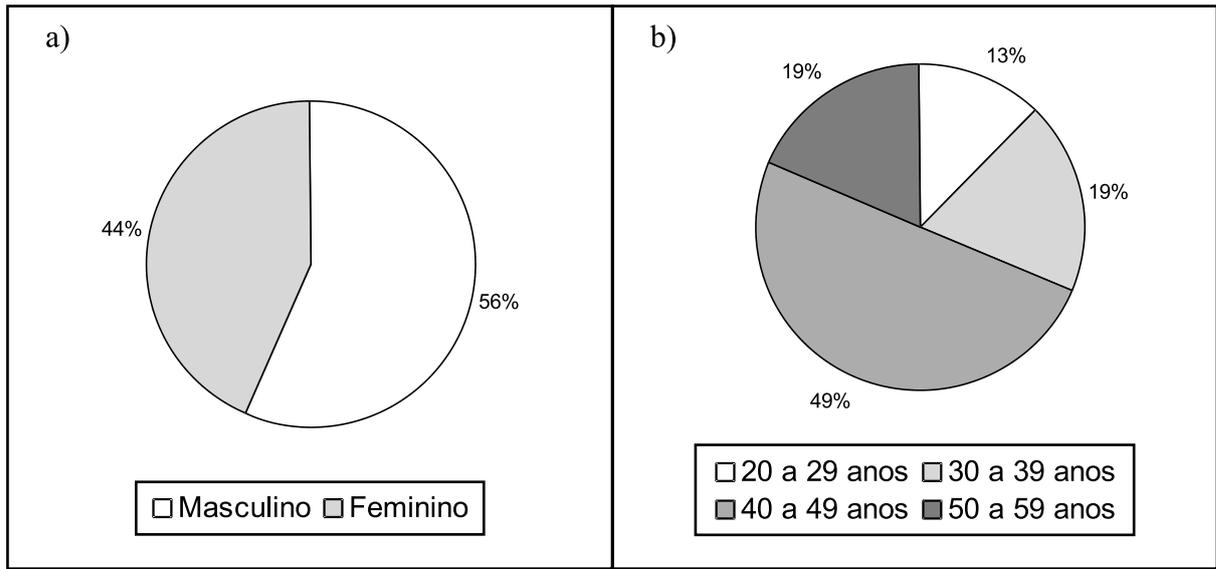


Figura 1: Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por sexo e b) por faixa etária.

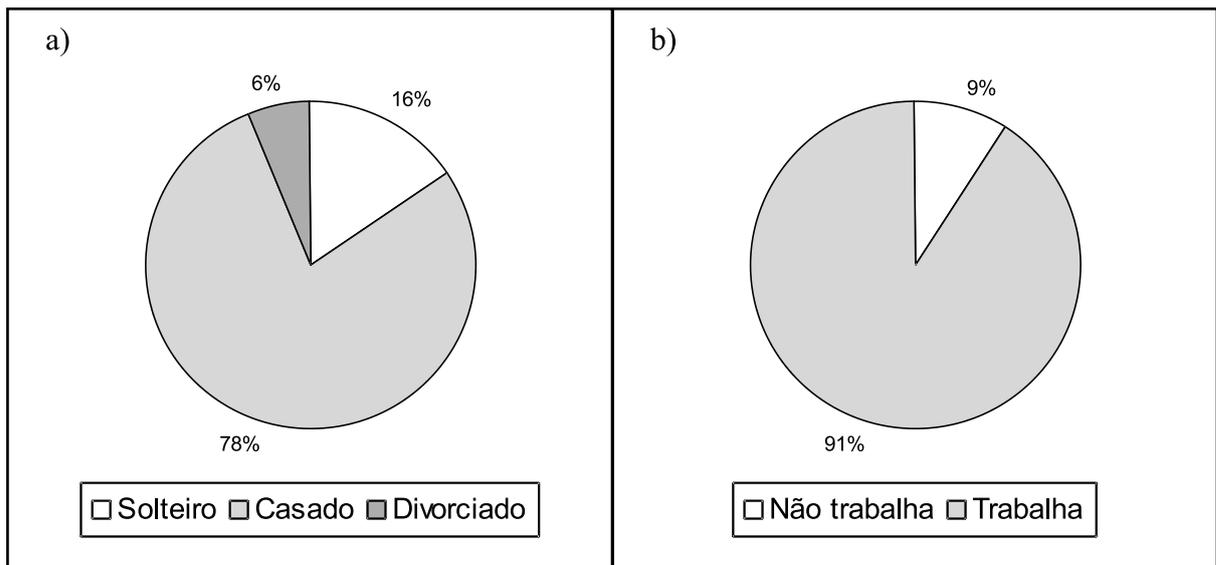


Figura 2: Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por estado civil e b) em relação se o parceiro também trabalha.

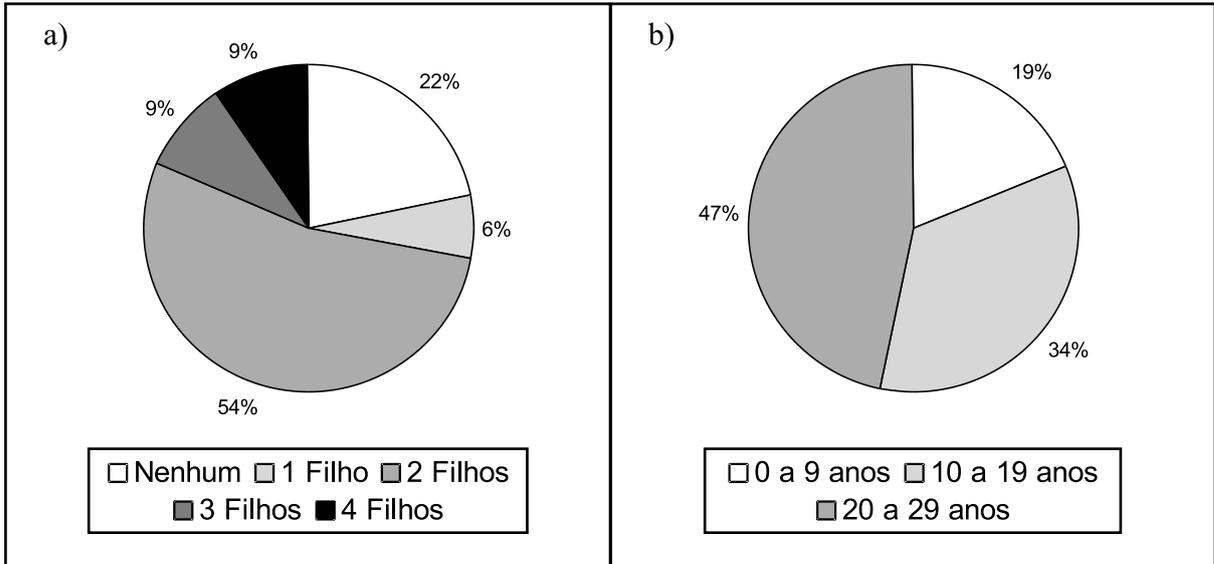


Figura 3: Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por número de filhos e b) por tempo de formado.

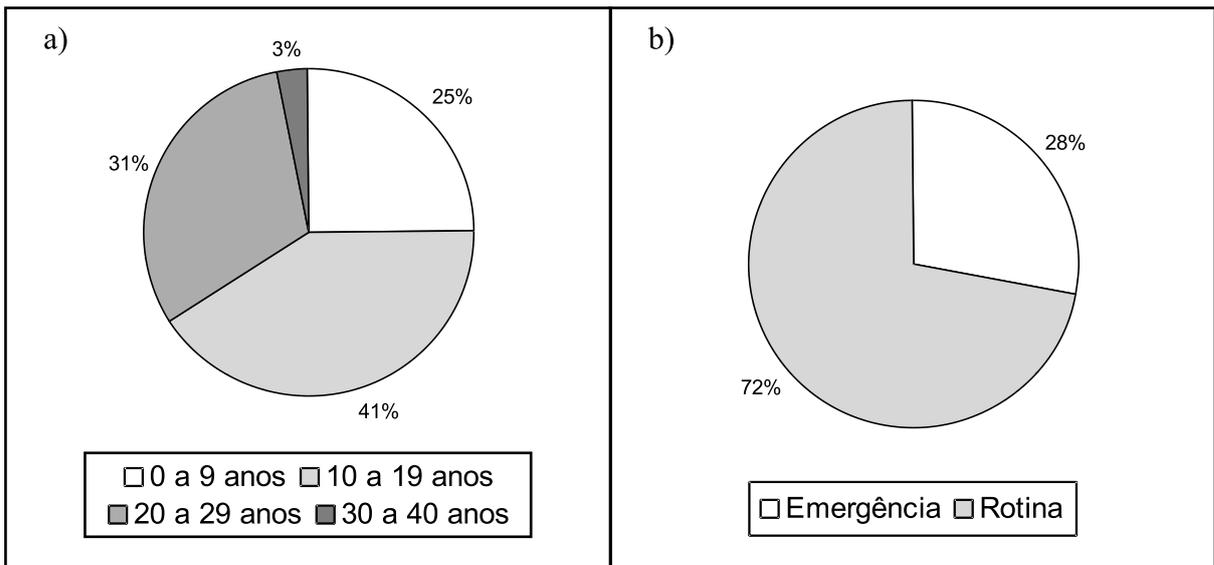


Figura 4: Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por tempo de serviço público e b) por tipo de serviço.

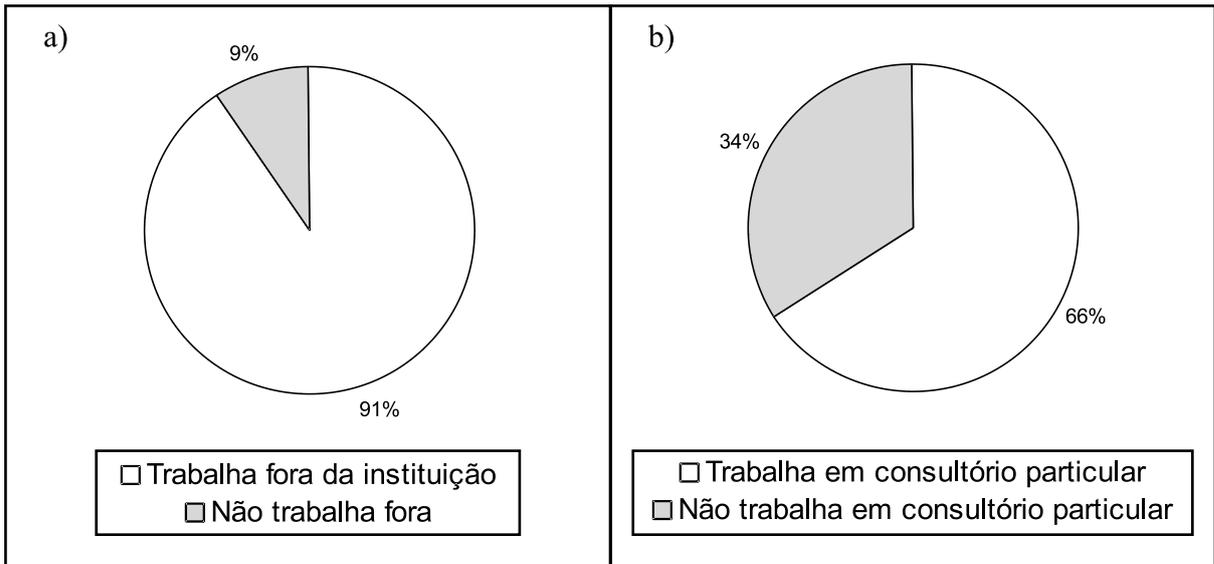


Figura 5: Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo: a) por trabalhar fora da instituição e b) por trabalhar em consultório particular.

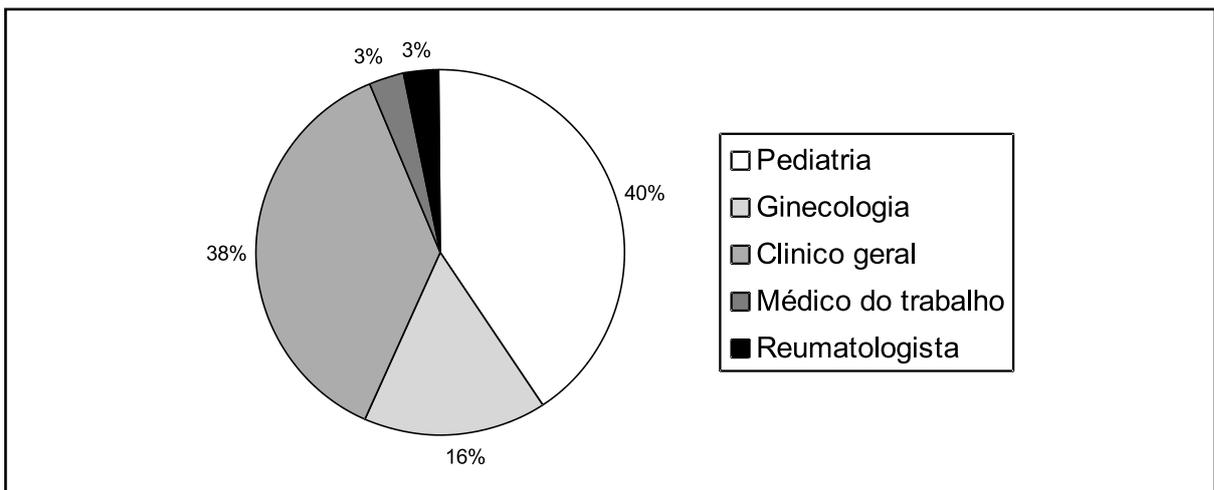


Figura 6: Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo por especialização.

4.2 Resultados Obtidos

Em relação ao objetivo proposto por este estudo de verificar a existência de estresse entre médicos da rede Municipal de Saúde de Goiânia, após aplicação e análise do instrumento Inventário de Sintomas de Stress (ISSL, Anexo I), os resultados obtidos mostraram que 23 médicos (72%) apresentaram estresse, isto é, foi observado um número elevado de sintomas físicos e psicológicos constantes no ISSL que os classificam como estressados, concluindo-se que os

mesmos apresentam desgaste de energia maior do que a reposição e o organismo devem estar em desequilíbrio. Os demais participantes (9 médicos, 28%) encontraram-se sem estresse, ou estão conseguindo repor as suas energias. (Figura 7).

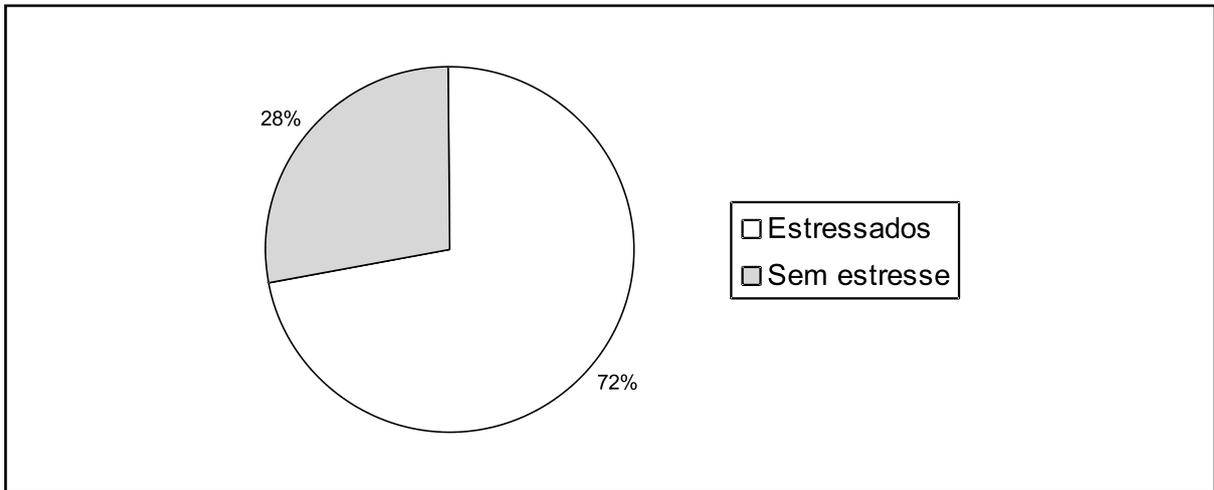


Figura 7: Distribuição percentual da amostra de 32 médicos analisados no presente estudo segundo presença de estresse.

Quanto ao objetivo de verificar a fase de estresse em que se encontravam os médicos comprometidos, os resultados do presente estudo revelaram que 18 indivíduos (78%) se encontravam na fase de resistência e 5 participantes (22%) se encontravam na fase de quase exaustão (Figura 8). Não se observou nenhum profissional nas fases de alarme e de exaustão.

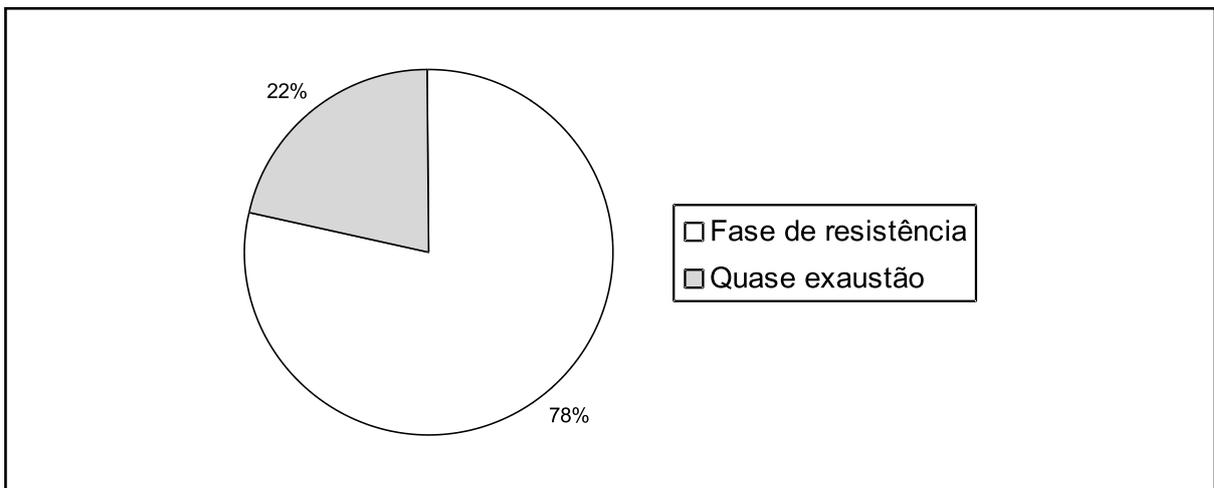


Figura 8: Distribuição percentual da amostra de 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados, segundo a fase de estresse.

A respeito do terceiro objetivo proposto, que é o de verificar se há prevalência de sintomas físicos ou psicológicos nos indivíduos pesquisados e considerados estressados, observou-se o predomínio de sintomas físicos em 8 médicos (34,8%), predomínio de sintomas psicológicos em 10 médicos (43,5%), e igualmente, sintomas físicos e psicológicos em 5 médicos (21,7%) (Figura 9).

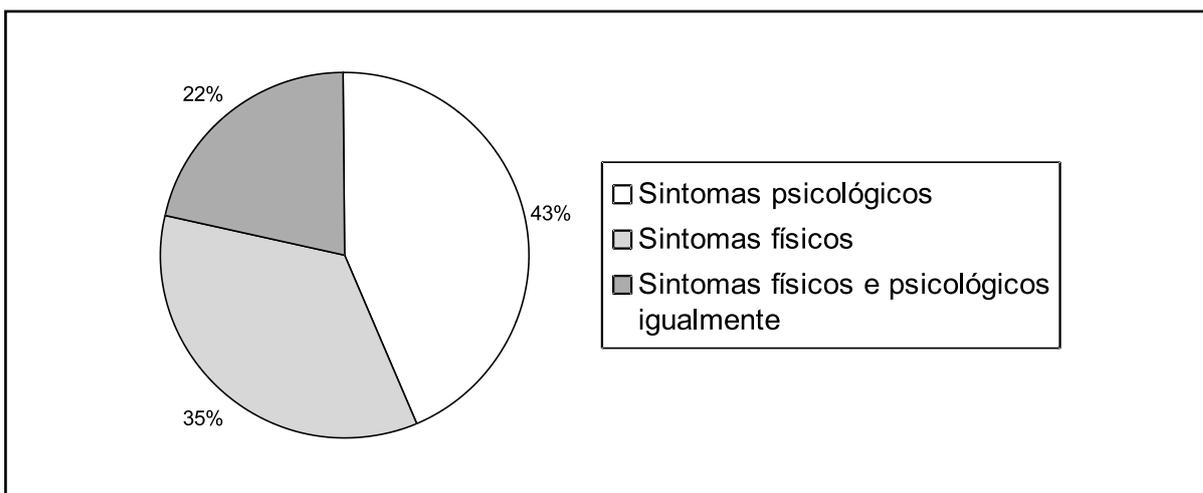


Figura 9: Distribuição percentual da amostra de 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados, segundo o predomínio de sintomas físicos ou psicológicos de estresse.

As respostas referentes aos sintomas foram agrupadas de acordo com as fases do estresse e são apresentadas a seguir.

FASE DE ALERTA

Os sintomas físicos do estresse apresentados pelos médicos nessa fase foram, principalmente: tensão muscular (87%), insônia (52%), aumento de sudorese (34,8%), diarreia passageira (34,8%), nó no estômago (30,4%), boca seca (26%), aperto da mandíbula/ranger de dentes (26%), taquicardia (26%), mudança de apetite (26%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos sintomas físicos de estresse da fase de alerta nos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.

Sintomas físicos	Nº	%
1. Mãos e pés frios	5	21,7
2. Boca seca	6	26,0
3. Nó no estômago	7	30,4
4. Aumento de sudorese	8	34,8
5. Tensão muscular	20	87,0
6. Aperto de mandíbula/ranger de dentes	6	26,0
7. Diarréia passageira	8	34,8
8. Insônia	12	52,0
9. Taquicardia	6	26,0
10. Hiperventilação	1	4,3
11. Hipertensão arterial súbita e passageira	5	21,7
12. Mudança de apetite	6	26,0

Quanto aos sintomas psicológicos dessa fase, os resultados foram: entusiasmo súbito (17,4%), vontade súbita de iniciar novos projetos (17,4%) e aumento súbito de motivação (13%) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos sintomas psicológicos de estresse da fase de alerta nos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.

Sintomas psicológicos	Nº	%
13. Aumento súbito de motivação	3	13,0
14. Entusiasmo súbito	4	17,4
15. Vontade súbita de iniciar novos projetos	4	17,4

FASE DE RESISTÊNCIA / QUASE EXAUSTÃO

Os sintomas físicos mais marcantes, apresentados pelos médicos com estresse, nessas fases foram: sensação de desgaste constante (91,3%), problemas com a memória (78,3%), cansaço constante (69,5%), mal-estar generalizado sem causa específica (60,1%), formigamento das extremidades (39,1%), hipertensão arterial (34,8%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos sintomas físicos de estresse nas fases de resistência / quase exaustão nos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.

Sintomas físicos	Nº	%
1. Problemas com a memória	18	78,3
2. Mal-estar generalizado, sem causa específica	14	60,1
3. Formigamento das extremidades	9	39,1
4. Sensação de desgaste constante	21	91,3
5. Mudança de apetite	5	21,7
6. Aparecimento de problemas dermatológicos	7	30,4
7. Hipertensão arterial	8	34,8
8. Cansaço constante	16	69,5
9. Gastrite, úlcera ou indisposição estomacal muito prolongada	6	26,0
10. Tontura ou sensação de estar flutuando	6	26,0

Os sintomas psicológicos mais marcantes apresentados pelos médicos com estresse nas fases de resistência / quase exaustão foram: irritabilidade excessiva (82,6%), diminuição da libido (52,2%), sensibilidade emotiva excessiva (52,2%), pensar constantemente em um só assunto (47,8%), dúvida quanto a si próprio (30,4%) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos sintomas psicológicos de estresse nas fases de resistência / quase exaustão nos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.

Sintomas psicológicos	Nº	%
11. Sensibilidade emotiva excessiva	12	52,2
12. Dúvida quanto a si próprio	7	30,4
13. Pensar constantemente em um só assunto	11	47,8
14. Irritabilidade excessiva	19	82,6
15. Diminuição da libido	12	52,2

FASE DE EXAUSTÃO

Os sintomas físicos da fase de exaustão mais significativos apresentados pelos médicos foram: insônia (73,9%), excesso de gases (60,9%), tontura frequente (43,5%), tiques (26%), dificuldades sexuais (21,7%), úlcera, colite ou outro problema digestivo sério(21,7%) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos sintomas físicos de estresse na fase de exaustão apresentados pelos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.

Sintomas físicos	Nº	%
1. Diarréia frequente	3	13,0
2. Dificuldades sexuais	5	21,7
3. Insônia	17	73,9
4. Náuseas	3	13,0
5. Tiques	6	26,0
6. Hipertensão arterial contínua	4	17,5
7. Problemas dermatológicos prolongados	2	8,7
8. Mudança extrema de apetite	0	0
9. Excesso de gases	14	60,9
10. Tontura frequente	10	43,5
11. Úlcera, colite ou outro problema digestivo sério	5	21,7
12. Enfarte	0	0

Em relação aos sintomas psicológicos da fase de exaustão apresentados pelos médicos, os mais importantes foram: cansaço constante e excessivo (87%), irritabilidade frequente sem causa aparente (78,3%), perda do senso de humor (65,2%), vontade de fugir de tudo (56,5%), apatia, depressão ou raiva prolongada (52,2%), angústia, ansiedade, medo diariamente (47,8%), hipersensibilidade emotiva (39,1%), pesadelos frequentes (26%) (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos sintomas psicológicos de estresse na fase de exaustão apresentados pelos 23 médicos analisados no presente estudo e considerados estressados.

Sintomas psicológicos	Nº	%
13. Impossibilidade de trabalhar	4	4,3
14. Pesadelos frequentes	6	26,0
15. Sensação de incompetência em todas as áreas	3	13,0
16. Vontade de fugir de tudo	13	56,5
17. Apatia, depressão ou raiva prolongada	12	52,2
18. Cansaço constante e excessivo	20	87,0
19. Pensar e falar constantemente em um só assunto	6	26,0
20. Irritabilidade frequente sem causa aparente	18	78,3
21. Angústia, ansiedade, medo diariamente	11	47,8
22. Hipersensibilidade emotiva	9	39,1
23. Perda do senso de humor	15	65,2

Para se verificar a relação do estresse nos médicos e as variáveis consideradas (sexo, idade, estado civil, se o (a) parceiro (a) também trabalha, número de filhos, tempo de formado, tempo de serviço público, especialização, tabalhar em rotina ou emergência, emprego fora da instituição, trabalhar em consultório particular), aplicou-se a prova não-paramétrica do “Qui-Quadrado”.

Como resultados, observou-se que ter emprego fora da instituição contribui nitidamente para o nível de estresse dos participantes. Especificamente, a contribuição dessa variável para a geração de sintomas psicológicos de estresse se mostrou importante.

Outro achado bastante significativo do presente estudo foi que trabalhar em consultório particular aumenta extremamente as chances de sintomatologia física de estresse.

Participantes cujos parceiros (as) também trabalhavam relataram significativamente mais sintomas físicos do que os outros cujos parceiros (as) não trabalhavam.

Esse estudo mostrou que há uma tendência clara para mais sintomas físicos do estresse emergirem com o avanço da idade.

Ao se realizar o tratamento estatístico com o objetivo de se verificar correlação entre a pontuação obtida pelos médicos considerados estressados com níveis de satisfação ou insatisfação com o trabalho e possíveis fontes de pressão, foi aplicada a prova não paramétrica do “Coeficiente de Correlação de Spearman”, com o nível de significância estabelecido em 0,31 de acordo com a tabela dos valores críticos desse coeficiente de correlação.

Dentre as variáveis pesquisadas, visando mensurar o sentimento de satisfação ou insatisfação com o trabalho, atingiram níveis de significância, mostrando grande insatisfação por parte dos participantes, as variáveis que se referem “a maneira como os conflitos são resolvidos na empresa”; “a forma como a empresa está estruturada”; e o grau de demanda no trabalho”. Em níveis um pouco menores, mas também significativos, foram apontadas como fontes de insatisfação, “a comunicação e a forma como a informação é transmitida dentro da empresa” e o grau com que os participantes sentem que podem desenvolver ou crescer pessoalmente no trabalho (Tabela 7).

Tabela 7: Em relação ao sentimento de insatisfação com o trabalho, as variáveis que atingiram níveis de significância pelo “Coeficiente de Correlação de Spearman” ($P > 0,31$).

Variável	P
1. A maneira como os conflitos são resolvidos na empresa	-0,427
2. O grau de demanda no trabalho	-0,383
3. A forma como a empresa está estruturada	-0,378
4. A comunicação e a forma como a informação é transmitida dentro da empresa	-0,305
5. O grau em que o profissional sente que pode desenvolver ou crescer pessoalmente no trabalho	-0,300

As potenciais fontes de pressão que mostraram correlação positiva com o estresse foram: “liderança e apoio inadequados dos superiores”, “características da estrutura da empresa”,

“participar de reuniões”, “existência de fatores que estão fora do controle do médico”, “lidar com situações delicadas ou ambíguas” e “tomar decisões importantes”.

Paradoxalmente, observou-se correlação negativa com o estresse: “instabilidade na vida familiar” e “investir numa carreira em detrimento da vida familiar” (Tabela 8).

Tabela 8: Em relação a potenciais fontes de pressão no trabalho, as variáveis que atingiram níveis de significância através do “Coeficiente de Correlação de Spearman” ($P > 0,31$).

Variável	P
1. Falta de consulta ou comunicação por parte dos superiores	0,511
2. Participar de reuniões	0,470
3. Liderança e apoio inadequados dos superiores	0,382
4. Existência de fatores que estão fora do controle direto do médico	0,360
5. Tomar decisões importantes	0,323
6. Lidar com situações delicadas ou ambíguas	0,315
7. Instabilidade na vida familiar	-0,485
8. Investir em uma carreira em detrimento da vida familiar	-0,368

“Sentimento de isolamento” e “a ausência de perspectiva de crescimento na carreira” mostraram correlação positiva com o desenvolvimento de sintomas psicológicos relacionados ao estresse.

Correlação positiva com o desenvolvimento de sintomas físicos de estresse foi verificada com “o grau com que os participantes se sentem motivados com o trabalho”, “discriminação e favoritismo camuflados na empresa”, viagens de negócio e ter que viver em hotéis”, e “simplesmente estar visível ou disponível”.

Portanto, foram identificados possíveis estressores de ordem organizacional, relacionados às demandas do trabalho e às características próprias do trabalho médico.

5. DISCUSSÃO

Machado et al (1996), através da pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, encontraram que 80,4% dos médicos brasileiros sentem-se desgastados em suas atividades médicas, sendo que o maior percentual encontrado foi na Região Centro-Oeste, com 83% de desgaste e, nesta região, Goiás apresentou 84,7% dos médicos desgastados. Esses dados podem ser relacionados com os resultados obtidos pelo presente estudo que observou que 72% dos médicos da amostra analisada se mostraram estressados, encontrando-se nas fases de resistência (78%) e exaustão (22%).

Utilizando o mesmo instrumento de nossa pesquisa para verificar estresse em enfermeiros de um hospital, Miranda (1998) constatou que 59,4% dos sujeitos apresentavam-se estressados, sendo que 5,3% deles se encontravam na fase de alerta e 94,7% na fase de resistência. Camelo e Angemari (2004), verificando estresse em profissionais de cinco núcleos de Programa de Saúde da Família (PSF) em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, observou que 62% dos trabalhadores encontravam-se em situação de estresse, sendo que 83%, na fase de resistência, 17%, na fase de quase exaustão, e nenhum trabalhador foi encontrado nas fases de alerta e de exaustão.

Vale lembrar que o modelo teórico do estresse passou a ser quadrifásico com a adição da fase de quase exaustão recentemente descoberta por Lipp (2000).

FASE DO ALERTA - é a fase positiva do estresse, quando o ser humano automaticamente se prepara para a ação. É caracterizada pela produção e ação da adrenalina que torna a pessoa mais atenta, mais forte e mais motivada.

FASE DE RESISTÊNCIA - se a fase de alerta é mantida por períodos muito prolongados ou se novos estressores se acumulam, o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia, entrando na fase de resistência, quando se resiste aos estressores e se tenta, inconscientemente, restabelecer o equilíbrio interior (chamado de homeostase) que foi quebrado na fase de Alerta. A produtividade cai dramaticamente. Caracteriza-se pela produção de cortisol. A vulnerabilidade da pessoa a vírus e bactérias se acentua.

FASE DE QUASE EXAUSTÃO - quando a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a se quebrar. Ainda há momentos em que a pessoa consegue pensar lucidamente, tomar decisões, rir de piadas e trabalhar, porém tudo isto é feito com esforço

e estes momentos de funcionamento normal se intercalam com momentos de total desconforto. O cortisol é produzido em maior quantidade e começa a ter o efeito negativo de destruir as defesas imunológicas. Doenças começam a surgir.

FASE DE EXAUSTÃO - é a fase mais negativa do estresse, a patológica. É o momento em que um desequilíbrio interior muito grande ocorre. A pessoa entra em depressão, não consegue concentrar ou trabalhar. Suas decisões muitas vezes são impensadas. Doenças graves podem ocorrer, como úlceras, pressão alta, psoríase, vitiligo.

No estudo realizado por Catão et al (1996) apud Miranda (1998), mediu-se o nível de estresse em pessoas com dupla jornada (trabalho e estudo); os autores concluíram que essas pessoas estão propensas a desenvolver sintomas de estresse. Apesar desse estudo não ser específico com o profissional médico, pode-se inferir que o grande número de atividades exercidas por esses profissionais predispõe-os a desenvolver sintomatologia relacionadas ao estresse.

A burocratização e racionalização de procedimentos têm consequências sobre o ato médico que, em princípio, deveria estar livre dos constrangimentos burocráticos típicos dos ambientes empresariais. Na dimensão coletiva da profissão, controles desse tipo levam à erosão da autonomia profissional e à perda dos preceitos éticos que a medicina estabelece como ideal de trabalho. Mesmo estando em seu consultório particular, o médico terá que atender a várias exigências burocráticas – preenchimento de papeletas, formulários, guias especiais – e obedecer ‘as normas e códigos organizacionais de cada convênio (MACHADO *et al*,1996).

A Medicina é uma das mais tradicionais das profissões. Há muito tempo que ser médico significa prestígio, “status” e destaque social. Todavia, devido às características mercadológicas atuais, na tentativa de manter o “status” peculiar da profissão, cobrado pelos próprios profissionais e também pela sociedade, os médicos se vêem obrigados a conviver com o chamado “multi-emprego”, normalmente divididos nos setores público, privado e consultório particular, resultando em acúmulo de atividades, predispondo-os ao desgaste físico e mental.

De acordo com o trabalho realizado por Machado *et al* (1996) a maioria dos médicos brasileiros indicou exercer a medicina no consultório (74,7%), no setor público (69,7%) e no setor privado (59,3%). Comparativamente, em um estudo recente coordenado por Carneiro e Gouveia (2004), observou-se uma redução no número de médicos que atendem no consultório (67%) e no setor privado (53,8%), porém segue inalterada a porcentagem dos que exercem sua profissão no setor público (69,7%). Considerou-se também o exercício da Medicina nos setores filantrópico (20,3%) e como docente (18,9%), o que sugere a diversidade de campos de atuação do médico. A este respeito foi criado um índice do número de atividades exercidas pelos médicos

(Tabela 9). Dentre os participantes 17,5% relataram exercer apenas uma atividade; 27,1% relataram 2 atividades; 27,2% com 3 atividades; 16,7% com 4 atividades; 6,1% com 5 atividades e, finalmente, 4,1% mencionaram 6 ou mais atividades (CARNEIRO & GOUVEIA, 2004).

Tabela 9: Mercado de trabalho dos médicos no Brasil.

Variável	Níveis	%
Onde exerce a profissão	consultório	67,0
	setor público	67,7
	setor privado	53,8
	setor filantrópico	20,3
	docência	18,9
Número de atividades em medicina	1 atividade	17,5
	2 atividades	27,1
	3 atividades	27,2
	4 atividades	16,7
	5 atividades	6,1
	6 ou mais atividades	4,1

Fonte: O Médico e seu Trabalho. Aspectos Metodológicos e Resultados do Brasil (CARNEIRO & GOUVEIA, 2004).

Silva (2001), estudando o desgaste profissional entre os médicos brasileiros, observa que o desgaste é maior quanto maior o número de atividades exercidas por estes profissionais (Tabela 10).

Tabela 10: Médicos com desgaste segundo número de atividades- Brasil, 1995.

Desgaste profissional e número de atividades	Brasil (%)
1 atividade	64,9
2 atividades	77,9
3 atividades	83,5
4 atividades	88,1
5 ou mais atividades	90,0

Fonte: Pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”- Fiocruz/CFM

Como foi mostrado nos resultados desse trabalho, os participantes cujos parceiros (as) também trabalhavam relataram maior sintomatologia física relacionadas ao estresse do que os outros cujos parceiros (as) não trabalhavam. Esse fato pode estar ligado às mudanças ocorridas na sociedade moderna que rompeu com o padrão tradicional, em que normalmente, o marido trabalhava enquanto a esposa cuidava das atividades domésticas. Hoje, os dois saem para trabalhar fora e, portanto, cabe a ambos a divisão dos serviços domésticos.

O presente estudo mostrou que “instabilidade na vida familiar” e “investir numa carreira em detrimento da vida familiar” mostraram correlação negativa com o estresse. Estes dados

contra-intuitivos podem ser relacionados com achados na literatura. Schulz *et al* (2004), por exemplo, descobriram, num estudo com 42 casais, que satisfação com o casamento estava relacionado com expressão de agressividade entre o casal, decorrente de estresse profissional (no caso da mulher) e isolamento da esposa (no caso do homem). Assim, parece que comportamentos turbulentos ou afastar-se da interação conjugal são estratégias de lidar com o estresse ocupacional que ocorre com casais que tem uma base de relacionamento firme

Observamos também, que há uma tendência clara para mais sintomas físicos do estresse emergirem com o avanço da idade. De acordo com o estudo de Tenant (2001), em médicos mais velhos, desordens depressivas foram relacionadas com altas demandas de trabalho enquanto que em médicos mais novos, a baixa autonomia prognosticou morbidez psicológica.

No desenvolvimento da carreira, existem diferentes estressores relacionados a cada etapa. Na fase inicial, pode haver discrepâncias entre as expectativas do indivíduo e a realidade. Na fase de consolidação, pode ocorrer um desequilíbrio entre a carreira, as demandas do trabalho e as demandas familiares; e, na etapa de manutenção, há estresse quando existe um descompasso entre o êxito na carreira e o fracasso pessoal (PEIRÓ, 1993).

O trabalho é uma das fontes de satisfação de diversas necessidades humanas, como auto-realização, manutenção de relações interpessoais e sobrevivência. Por outro lado, também pode ser fonte de adoecimento quando contém fatores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger destes riscos. Segundo a Associação Brasileira para a Prevenção de Acidentes, a segunda causa de afastamento do trabalho, no Brasil, é uma doença ocupacional. As doenças ocupacionais têm tido alta incidência e levado à diminuição de produtividade, ao aumento de indenizações e demandas judiciais contra empregadores, além de prejuízos para a qualidade de vida do trabalhador. Múltiplos fatores de risco podem causar doenças ocupacionais, sejam físicos (por exemplo, excesso de ruídos), químicos (por exemplo, gases poluentes), biológicos (por exemplo, vírus), ergonômicos (por exemplo, postura inadequada) ou psicossociais (por exemplo, falta de suporte de supervisores (DURÃO, 1987).

O presente trabalho identificou possíveis estressores de ordem organizacional, relacionados às demandas do trabalho e às características da profissão médica.

Lautert (1999) enumera e classifica os estressores, organizando-os em categorias que permitem análises sistemáticas. Agrupa os potenciais estressores ocupacionais em dois grupos: os relacionados ao ambiente e os relacionados às demandas do trabalho.

Embora apresentem alta prevalência entre a população trabalhadora, os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho frequentemente deixam de ser reconhecidos como tais no

momento da avaliação clínica. Contribuem para tal fato, entre outros motivos, as próprias características dos distúrbios psíquicos, regularmente mascarados por sintomas físicos, bem como a complexidade inerente à tarefa de definir-se claramente a associação entre tais distúrbios e o trabalho desenvolvido pelo paciente.

Dentre os modelos de explicação das relações entre saúde mental e trabalho, podemos definir duas principais correntes: a psicopatologia do trabalho – denominada psicodinâmica do trabalho a partir dos estudos efetuados por Dejours – e os estudos que tratam da relação entre estresse e trabalho (GLINA, 2001).

A psicodinâmica do trabalho enfatiza a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos dessa atividade que podem favorecer a saúde ou a doença. Ao analisar a inter-relação entre saúde mental e trabalho, Dejours (1994) acentua o papel da organização do trabalho no que tange aos efeitos negativos ou positivos que aquela possa exercer sobre o funcionamento psíquico e à vida mental do trabalhador. Para ele, o sofrimento mental pode resultar da organização do trabalho. Este autor conceitua organização do trabalho como a divisão das tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas engloba o conteúdo das tarefas, o modo operatório e tudo que é prescrito pela organização do trabalho. A divisão dos homens compreende a forma pela qual as pessoas são divididas em uma empresa e as relações humanas que aí se estabelecem.

A delimitação das relações humanas é um aspecto determinado pela organização do trabalho. Não tanto por motivos técnicos, mas antes por motivos políticos (controle), a escala hierárquica é estruturada de tal forma que promove o aparecimento de conflitos interpessoais. A gerência delega ao encarregado ou supervisor a tarefa de disciplinar os trabalhadores que são seus subalternos.

Estressores ocupacionais estão frequentemente ligados à organização do trabalho, como pressão para produtividade, retaliação, condições desfavoráveis à segurança do trabalho, indisponibilidade de treinamento e orientação, relação abusiva entre supervisores e subordinados, falta de controle sobre a tarefa, e ciclos trabalho-descanso incoerentes com limites biológicos (CARAYON *et al.*, 1999)

Os conflitos interpessoais, bem como o controle exercido através das relações humanas no trabalho se constituem em importantes fontes de tensão e desgaste emocional, originando e desencadeando formas mais graves de sofrimento mental (REBOUÇAS, 1989).

Fornés (1994) e Peiró (1992) mostraram que a qualidade das relações interpessoais é um fator importante na hora de determinar o potencial estressor. A falta de coesão do grupo é

uma das características que pode facilmente causar estresse. O conflito no grupo de trabalho cumpre funções positivas quando estimula a busca de solução; no entanto, caso a situação de conflito seja contínua, a mesma poderá gerar frustrações, insatisfação e moléstias somáticas, por exemplo.

Os resultados obtidos no presente estudo, relacionando o grau de demanda no trabalho, a existência de fatores que estão fora do controle direto do médico, lidar com situações ambíguas e tomar decisões importantes, como possíveis fontes de pressão e desencadeantes de sintomatologia relacionadas ao estresse, corroboram as conclusões de Tenant (2001) que encontrou maior índice de morbidez psicológica em médicos com alta demanda no trabalho, grande número de paciente e falta de controle do trabalho. Cahill *et al* (1996) mostram que, quanto maior a demanda e menor o controle, mais provável será a ocorrência de estresse e prejuízos para a saúde do trabalhador.

Escriba e Bernabe (2002), apontam um grande número de fatores de risco psicossocial para a saúde dos médicos. Alguns envolvendo as características da própria profissão (como contato diário com o sofrimento e a morte, sentimento de responsabilidade pela vida humana, incerteza de diagnóstico e tratamento); e outras envolvendo a organização do trabalho (como carga horária, falta de pessoal e dificuldade de relacionamento interpessoal no trabalho).

Devemos lembrar, como enfoca Silva (2001), que o

“burnout”, uma forma de reação ao estresse crônico proveniente da organização do trabalho, também tem produzido um impacto na saúde do profissional médico e, conseqüentemente, no atendimento e tratamento do paciente, na medida em que a relação médico-paciente fica comprometida. Os médicos afetados por este problema fazem consultas rápidas e evitam até mesmo o contato visual com os pacientes. Há uma despersonalização do paciente e não se estabelece vínculo entre médico e paciente. Isto tem acarretado sentimentos de raiva, impotência, depressão, sofrimento e o surgimento do alcoolismo, de sintomas psicossomáticos, distúrbios mentais, além de alterações no perfil de morbidade e de mortalidade destes trabalhadores, como a detecção das doenças relacionadas ao trabalho. Também tem trazido conseqüências diretas na relação médico-paciente, que se encontra degradada, focalizada em sintomas e com pouca resolutividade. Acentua ainda que “um novo olhar e uma nova maneira de agir em saúde também devem ser buscados pelos gestores de saúde, quando da elaboração de políticas de saúde, bem como pelos planejadores e gerenciadores de instituições de saúde públicas e/ou privadas, pois estas questões têm sido um dos nós críticos, entre vários, da relação trabalhador de saúde-usuário (médico-paciente); as conseqüências dos “ruídos” que se dão na intimidade desta relação refletem no sistema de saúde de uma maneira geral, bem como no estado de saúde dos dois agentes envolvidos nesta relação”.

7. CONCLUSÃO

A população desse estudo foi composta por 32 médicos, e dentre estes, 9 participantes (28%) não apresentaram estresse, enquanto que 23 indivíduos (72%) foram considerados com estresse, com predominância de sintomas psicológicos em 43,5%, de sintomas físicos em 34,8% e igualmente sintomas físicos e psicológicos em 21,7%. Foi mostrada, portanto, uma maior vulnerabilidade na área psicológica.

Dos 23 médicos com estresse, 18 (78%) se encontravam na fase de resistência e 5 (22%) na fase de quase exaustão. O sintoma físico mais relatado pelos participantes foi sensação de desgaste constante, estando presente em 91,3% dos sujeitos. O sintoma psicológico mais apontado foi irritabilidade excessiva, observado em 82,6% dos participantes.

Após tratamento estatístico, pode-se verificar significativa relação de estresse com o fato de os médicos trabalharem em outros locais fora da instituição pesquisada como, por exemplo, em consultório particular. 90,6% relataram ter emprego fora da instituição e 65,6% relataram trabalhar em consultório particular, evidenciando que a situação de “multi-emprego” vivenciada pelos médicos constitui uma importante fonte geradora de estresse.

Houve uma certa tendência dos sintomas de estresse aparecerem mais intensamente na faixa etária de 20 a 29 anos (com 75% estressados), provavelmente relacionados com a incerteza da profissão, baixa autonomia no trabalho e lidar com situações conflitantes.; e na faixa etária de 40 a 49 anos (com 75% estressados), provavelmente relacionados com alta demanda e insatisfação com o trabalho.

Com relação às variáveis sexo, número de filhos, trabalhar em rotina ou emergência não se verificou diferença estatisticamente significantes em relação aos níveis de estresse.

Através do “Índice de Correlação de Spearman” identificaram-se possíveis fontes de pressão. As principais apontadas pelos médicos foram: “a maneira como os conflitos são resolvidas na empresa”, “a forma como a empresa está estruturada”, “liderança e apoio inadequados dos superiores”, “falta de consulta ou comunicação por parte dos superiores”, “participar de reuniões”, “alta demanda de trabalho”, “existência de fatores que estão fora do controle direto do profissional”, “lidar com situações delicadas ou ambíguas”, e “tomar decisões importantes”.

Portanto, foram identificados possíveis estressores de ordem organizacional, relacionados às demandas do trabalho, e às próprias características da profissão médica.

Podemos concluir que o trabalho médico, como vem sendo exercido, tem constituído fonte de estresse para os profissionais, quer seja nas atividades públicas e privadas, como nas atividades de consultórios particulares.

Dadas as perdas humanas e econômicas associadas ao estresse ocupacional, tornam-se necessárias intervenções para sua prevenção ou controle. Programas de manejo de estresse ocupacional podem ser focados na organização do trabalho e/ou no trabalhador. (CARAYON et al.;1999). Intervenções focadas na organização são voltadas para as modificações de estressores do ambiente de trabalho, podendo incluir mudança na estrutura organizacional, condições de trabalho, treinamento e desenvolvimento, participação e autonomia no trabalho e relações interpessoais no trabalho. Intervenções focadas no indivíduo almejam reduzir o impacto de riscos já existentes, através do desenvolvimento de um adequado repertório de estratégias de enfrentamento individuais (IVANCEVICH et al, 1990).

Em relação aos aspectos organizacionais podemos propor que a Secretaria Municipal de Saúde, através de reestruturações gerenciais, possa melhorar as condições do trabalho médico, o que poderá refletir beneficemente tanto na saúde do médico como no da população geral. Sugerimos, por exemplo, que na escolha dos gestores, pese mais o aspecto técnico do que o aspecto político.

Concordamos com Machado (1997) quando afirma que

“a adesão dos trabalhadores da saúde, principalmente dos médicos, é uma questão fundamental para que as instituições de saúde possam adequar-se ao modelo de atenção integral proposta pelo SUS. O papel diretivo desempenhado pelo médico o torna um elemento organizacional de suma importância nessa nova ordem. Sua alienação ou seu engajamento na estrutura das instituições de saúde representa a possibilidade ou não de viabilizar esse projeto integrador. O fato é que não há notícias de se ter inventado, no mundo ocidental, um sistema de saúde, um hospital, um pronto-socorro ou um ambulatório sem a presença de médicos. Eles são, por natureza e serviços, essenciais à sociedade. Entretanto, a falta de investimentos das instituições públicas direcionados às atividades de informação e desenvolvimento de recursos humanos tem permitido que os profissionais direcionem seus interesses em sentido oposto ao preconizado pelo SUS. Sem exageros, podemos afirmar que a maior adesão dos médicos a tais objetivos resultaria em um impacto positivo nos padrões de eficácia dos serviços prestados por eles e em aumento de integração do profissional com a equipe de saúde, diminuindo, assim, seu distanciamento do trabalho coletivo, bem como ampliando o grau de satisfação dos usuários”.

Esperamos que nosso trabalho possa contribuir para que os médicos tenham percepção da situação perigosa em que vivem e que medidas de manejo de estresse sejam tomadas; e que a

Secretaria Municipal de Saúde conscientize-se de que, se verdadeiramente preocupa com os serviços prestados à população, deve também se preocupar com a saúde de seus profissionais médicos, e dar suporte aos trabalhadores para que o estresse seja melhor gerenciado, o que poderá trazer benefícios tanto para os médicos quanto para a comunidade assistida por eles.

6. REFERÊNCIAS

ANDERSON, D. E. 1986. Operant conditioning, sodium loading, and experimental hypertension. **Journal of Cardiovascular Pharmacology**, v. 8, n. 5.

AREIAS, M. E. Q. 1999. **Saúde mental, estresse e trabalho dos servidores de uma universidade**. Tese – Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: 187 p.

BALDWIN, P. J.; DODD, M.; WRATE, R. W. 1997. Young doctors health – How do Working conditions affect attitudes, health and performance? **Soc. Sci. Med.** vol. 45 No 1. pp. 35-40 Great Britain.

BEDAIWI, W.; DRIVER, B.; ASLTON, C. 2001. Recognizing stress in postgraduate medical trainees. **Annals of Saudi Medicine**, vol. 21 nos 1-2.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. 2001. Comportamento de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista Saúde Pública**. vol. 35 no 6 São Paulo. Dec.

BURBECK, R.; COOMBER, S.; ROBSON, S. M. Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: a national survey of levels of stress at work. **Emerg Med J** 2002 U K May 19 (3): 234-8.

CABRAL, M. 1991. Aspectos psicológicos da artrite reumatóide. In: M. KNOBEL. **Psicossomática**. Campinas, NEP – Unicamp.

CAMELO, S. H. H.; ANGEMARI, E. L. S. 2004. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-am Enfermagem** Janeiro-Feveireiro; 12 (1): 14-21.

CAPLAN, R. P. 1994. Stress, anxiety and depression in hospital consultant, general practitioners, and senior health service managers. **BMJ**. 309: 1261- 63.

COOMBERS, S.; TODD, C.; PARK, G.; BAXTER, P.; FIRTH-COZENS, J.; SHORE, S. 2002. Stress in UK intensive care unit doctors. **British Journal of Anaesthesia** 89. (6) 873-81.

COOPER, C. L.; SLOAN, S.; WILLIAMS, S. 1988. **Occupational stress indicator: test sources of pressure in job**. England. Windsor.

COX, T. 1992. **Stress**. 11 th Edn. Macmilliam, London.

DANIEL, P. C.; NORIEGA, E. C.; ROSA, R. F.; RODRIGUES, P.; SMITH, S. 2000. Personalidad y estrés en el personal sometido a um trabalho de tensiõn e riesgo. **Rev.Cubana Med Milit** 29 (2): 79-83.

DEJOURS, C. 1994. **A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5ª edição. São Paulo, Cortez/Oboré. 168 p.

DURKHEIM, E. 1971. **El suicidio**. Versão do francês de Lucila Gibaja, Uruguai-Buenos Aires, Scapire Editor.

ESCRIBA, A. V.; BERNABE, M. Y. 2002. Job stress perceid by hospital medical staff.**Gac Sanit**. Nov-Dec; 16 (6): 487-96.

FIRTH-COZENS, J. 1997. Predicting stress in general practitioners: 10 – years follow-up postal survey. **BMJ**; 315: 34-5.

_____. 1998. Hours, sleep, teamwork and stress. **BMJ**; 317: 1335-6.

FISCHER, M. F.; PARAGUAY, I. B. B. 1999. A ergometria como instrumento de Pesquisa e melhora das condições de vida e trabalho. **Tópicos de Saúde do Trabalhador**. Ed. Hucitec. São Paulo, SP.

FORNÉS, J. 1994. Respuesta emocional al estrés laboral. **Rol de Enfermería**; 186: 31-39.

FRANCO, A. R. 1981. **Estudos preliminares das repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores em um hospital geral**. Ribeirão Preto. Tese de Doutorado (Medicina), USP.

FRIDMAN, M.; ROSENMAN, R. 1974. **Type A-Behavior and your heart**. New York, Knopf.

GLACER, R.; KIECOLT, J. 1987. **Stress-associated depression in celular immunity. Brain, Behavior and Immunity**. n. 1 p. 7-20.

GLACER, R.; KIECOLT, J. 1988. Psychological influences on immunity. **American Psychologist**, n. 43.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E.; BATISTA, M. L.; MENDONÇA, M. G. V. 2001. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, Base na prática. **Cad. Saúde Pública** vol. 17 n. 3. Rio de Janeiro May/June.

GRAHAM, J.; POTTS, H. W.; RAMIREZ, J. 2002. Stress and “burnout” in doctors. **The Lancet**. vol. 360. December 14.

GUIC, E.; BILBAO, M.; BERTIN, C. 2002. Estrés laboral y salud en una muestra de ejecutivos chilenos. **Rev. Méd. Chile** vol. 10 Santiago Oct.

HERBERT, T. B.; COHENS, S. 1993. Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. **Psychosomatic Medicine**, n. 55.

HOWART, C. I. 1978. Environmental stress. In. **The uses of psychology** (Howarth, C. I. end Gillham, W. C., Eds). Allen and Unwin, London.

KLUGER, M. T.; TOWNEND, K.; LAIDLAW, T. 2003. Job satisfaction, stress and burnout” in austrlian specialist anaesthetists. **Anaesthesia** Apr; 58.(4): 339-45.

LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. 1999. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Rev. Panam Salud Publica** vol. 6 n. 6. Washington Dec.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. 1984. Coping and adaptation. In Gentry Wid. Handbook of behavioral medicine. New York: **The Guilford Press**. p. 282-325.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, J. H. 1994. Validação empírica do inventário de sintomas de estresse (ISS). **Estudos de Psicopatologia**. PUC – Campinas: 43-49.

LIPP, M. E. N.; ROCHA, J. C. 1994. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. 1 ed. Papirus. São Paulo, SP: 130 pp.

LIPP, M. N. 2000. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)** / Marilda Novaes Lipp, - São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LEWIS, J. M.; BARNHART, F. D.; HOWARD, B. L.; CARSON, D. I.; NACE, E. P. 1993. **Work stress in the lifes of physicians**. Tex Med. Feb; 89 (2): 62-27;

MACHADO, M. H.; ÁVILA, C.; BRAGA, M.; CAMPOS, M.; LOZANA, J.; OLIVEIRA, E.; PEREIRA, S.; PINTP, L. F.; REGO, S.; SERTÃ, F.; TEIXEIRA, M.; VIEIRA, M. 1996. **Perfil dos médicos no Brasil – relatório final: Médicos em números**. Vol. I e XII. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz..

MACHADO, M. H. 1997. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade**. / coordenado por maria Helena Machado. – Rio de janeiro: Fiocruz, 1997. 244 p.

McMANUS, I. C.; WINDER, B. C.; GORDON, D. 1999. Are U K doctors particulary Stressed? **The Lancet**. Vol. 354. October.

MIRANDA, A. F. 1998. **Estresse ocupacional: inimigo invisível do enfermeiro?** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP: 157 pp.

MORAES, L. F. R.; SWAN, J. A.; COOPER, C. L. 1993. A study os occupational stress among goverment white-collor workers in Brasil using the occupational stress indicator. **Stress Medicine**, 9:91-104.

MULHALL, A. 1996. Cultural discourse and the myth of stress in nursing and medicine. **Int. J. Nurs. Stud.** Vol. 33 n. 5. pp. 455-468.

NEWBURY-BIRCH, D.; WALSHAW, D.; KAMALI, F. 2001. Drink and drugs: from medical studants to doctors. **Drug and Alcohol Dependence** 64. 265-270.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; JORGE, M. R. 1998. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. **Rev. Assoc. Med. Bras.** Vol. 44 n. 1. São Paulo, SP: Jan/Mar.

PALÁCIOS, M., DUARTE, F.; CAMARA, V. M. 2002. Trabalho e sofrimento Psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública.** Vol. 18 n. 3 Rio de Janeiro: May/June.

PASQUALINI, R. Q. 1952. **Stress - enfermedades de adaptacion - ACTH y cortisona.** El Ateneo. Buenos Aires, p. 1-26.

PEIRÓ, J. M. 1993. **Desencadeantes del estrés laboral.** Madrid: Eudema; 1993.

_____. 1992. **Psicologia de la organizacion.** Madrid: **Universidad Nacional de Educación a Distância.** Vol. 1 e 2.

PEPPER, S. C. 1942. **World hypothesis.** Berkeley. University of California Press.

REBOUÇAS, J. A., BERNARDO, K.; FÁTIMA, C. C.; GRACILIANO, T. 1989. **Insalubridade: Morte lenta no Trabalho.** Oboré Editorial. São Paulo, SP.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. C. L. F. 1993. Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho. In: Mello Filho, J., **Psicossomática Hoje.**

SCHULZ, M. S.; COWAN, P. A.; COWAN, C. P. 2004. Coming home upset: gender, marital satisfaction, and the daily spilloner of workday experience into comple internactions. **Journal os Family Psychology**. March, vol. 18, number 1.

SELYE, H. A. 1936. A syndrome produced by noxious agents. **Nature** 138, 32.

_____. 1956. **The stress of life**. McGraw-Hill, New York.

_____. 1959. **Stress a tensão na vida**. Ibrasa. São Paulo, SP.

_____. 1974. **Stress Without distress**. Filadélfia. Lippincott.

SILVA, M. M. A. 2001. **Trabalho médico e o desgaste profissional**. Dissertação de Mestrado em Medicina Preventiva e Social. Faculdade Estadual de Campinas, SP.

SOUZA, F. G. F.; BAPTISTA, M. N.; XIDIH, G. F. 2001. “Burnout”: definição e características. **Infanto – Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.** 9(3): 100-102.

SPIILBERGER, C. 1981. The police stress survey. Sources of stress in law enforcement. Human Resouces Institute. In: **College of Social and Behaviral Sciences** vol 3. no 6.

SYKES, J. B. 1981. **The Boncise Oxford Dictionary**. Clarendon Press, Oxford.

TENNANT, C. 2001. Work-related stress and depressive disorders. **Journal of Psychosomatic Research** 51, 697-704.

TRUCCO, B.; VALENZUELA, A.; TRUCCO, H. 1999. Estrés ocupacional em personal de la salud. **Rev. Med. Chile.** vol 127 no 12 Santiago Dec.

VIEIRA, L. C. 2001. **Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário da cidade de Campinas**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, SP: 267 pp.

WEINBERG, A.; CREED, F. 2000. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. **The Lancet**. Vol. 355. February 12.

WILLIAMS, S.; DALE, J.; GLUCKSMAN, E.; WELLESLEY, A. 1997. Senior house officers related stressors, psychological distress, and confidence in performing clinical tasks in accident and emergency, a questionnaire study. **BMJ**, 314:713.

ANEXOS

Anexo I**Inventário de Sintomas de Stress**

Marilda N. Lipp

QUADRO 1

a) Marque com F1 os sintomas que tem experimentado na últimas 24 horas.

- 1. Mãos ou pés frios
- 2. Boca seca
- 3. Nó no estômago
- 4. Aumento de sudorese
- 5. Tensão muscular
- 6. Aperto da mandíbula
- 7. Diarréia passageira
- 8. Insônia
- 9. Taquicardia
- 10. Hiperventilação
- 11. Hipertensão arterial súbita e passageira
- 12. Mudança de apetite

Some 1 ponto para F1 que assinalou: F1 =

b) Marque com P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas

- 13. Aumento súbito de motivação
- 14. Entusiasmo súbito
- 15. Vontade súbita de iniciar novos projetos

Some 1 ponto para cada P1 que assinalou: P1 =

QUADRO 2

a) Marque com F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 1. Problemas com a memória
- 2. Mal – estar generalizado, sem causa específica
- 3. Formigamento das extremidades
- 4. Sensação de desgaste físico constante
- 5. Mudança de apetite
- 6. Aparecimento de problemas dermatológicos
- 7. Hipertensão arterial
- 8. Cansaço constante
- 9. Gastrite, úlcera ou indisposição estomacal prolongada
- 10. Tontura ou sensação de estar flutuando

Some 1 ponto para cada F2 que assinalou: F2 =.....

b) Marque com P2 os sintomas que tem experimentado na última semana

- 11. Sensibilidade emotiva excessiva
- 12. Dúvida quanto a si próprio
- 13. Pensar constantemente em um só assunto
- 14. Irritabilidade excessiva
- 15. Diminuição da libido

Some 1 ponto para cada P2 que assinalou: P2 =.....

QUADRO 3

a) Marque com F3 os sintomas que tem experimentado no último mês

- 1. Diarréia freqüente
- 2. Dificuldades sexuais
- 3. Insônia
- 4. Náusea
- 5. Tiques
- 6. Hipertensão arterial continuada
- 7. Problemas dermatológicos prolongados
- 8. Mudança extrema de apetite
- 9. Excesso de gases
- 10. Tontura freqüente
- 11. Úlcera, colite ou outro problema digestivo sério
- 12. Enfarte

Some 1 ponto para cada F3 que assinalou: F3 =.....

b) Marque com P3 os sintomas que tem experimentado no último mês

- 13. Impossibilidade de trabalhar
- 14. Pesadelos freqüentes
- 15. Sensação de incompetência em todas as áreas
- 16. Vontade de fugir de tudo
- 17. Apatia, depressão ou raiva prolongada
- 18. Cansaço constante e excessivo
- 19. Pensar e fala constantemente em um só assunto
- 20. Irritabilidade freqüente sem causa aparente
- 21. Angústia, ansiedade, medo diariamente
- 22. Hipersensibilidade emotiva
- 23. Perda do senso de humor

Some 1 ponto para cada P3 que assinalou: P3 =.....

AVALIAÇÃO

Total Horizontal

A) F1 () P1 ()

B) F2 () P2 ()

C) F3 () P3 ()

Total Vertical F3 () P3 ()

Linha A. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de alerta

Linha B. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de resistência

Linha C. Sintomas F (físicos) e P (psicológicos) da fase de exaustão

Anexo II

Indicador de Estresse Ocupacional - OSI-2

Estresse no Trabalho: Seção 1

Esta parte do questionário visa mensurar seus sentimentos de satisfação ou insatisfação com seu trabalho. Use a escala abaixo para responder cada questão circulando o número correspondente à resposta.

Número	Nível de satisfação
1	Extremamente insatisfeito
2	Muito insatisfeito
3	Alguma insatisfação
4	Alguma satisfação
5	Muito satisfeito
6	Extremamente satisfeito

- 1- A comunicação e a forma como a informação é transmitida dentro da empresa.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 2- O meu trabalho em si
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 3- O grau em que eu me sinto “motivado” com meu trabalho
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 4- O estilo de supervisão de meus superiores
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 5- A forma como mudanças e inovações são implantadas
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 6- O tipo de trabalho ou tarefa para que sou designado.
1) 2) 3) 4) 5) 6)

- 7- O grau em que sinto que posso desenvolver ou crescer pessoalmente em meu trabalho.
 1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 8- A maneira como os conflitos são resolvidos em minha empresa
 1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 9- O grau em que meu trabalho permite que eu utilize plenamente minhas habilidades
 1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 10- O clima e o ambiente de trabalho que predominam na minha empresa
 1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 11- A forma como a minha empresa está estruturada
 1) 2) 3) 4) 5) 6)

Estresse no Trabalho: Seção 4

Quase tudo pode ser fonte de pressão para alguém em um determinado tempo, e indivíduos percebem, de forma diferente, potenciais fontes de pressão. Quando alguém diz que eles estão “sob extrema pressão no trabalho no momento” geralmente quer expressar que eles têm muito trabalho para fazer. Entretanto, isto é uma meia verdade. Os itens abaixo relacionados são todos potenciais fontes de pressão ou de insatisfação no trabalho. Nesta parte do questionário, sua função é analisar cada fator e identificar com qual intensidade ele o (a) afeta.

Número	Nível de pressão/insatisfação
1	Absolutamente não é fonte de pressão/insatisfação
2	Não é fonte de pressão/insatisfação
3	Geralmente não é fonte de pressão/insatisfação
4	Geralmente é fonte de pressão/insatisfação
5	É fonte de pressão/insatisfação
6	Absolutamente é fonte de pressão/insatisfação

- 1- Gerenciar ou supervisionar o trabalho de outras pessoas.
 1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 2- Levar serviço para casa.
 1) 2) 3) 4) 5) 6)

- 3- Trabalhar em tarefas as quais considero abaixo do meu nível de habilidade
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 4- Liderança e apoio inadequados dos superiores
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 5- Falta de consulta ou comunicação por parte do superior.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 6- Não ser capaz de se desligar do trabalho em casa.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 7- Manter-se atualizado em novas técnicas, idéias, tecnologia, inovação ou novos desafios.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 8- Treinamento ou desenvolvimento gerencial inadequado ou de pouca qualidade.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 9- Participar de reuniões.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 10- Falta de apoio social por parte das pessoas no trabalho
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 11- A atitude do (a) esposo (a) em relação à minha carreira.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 12- Ter que trabalhar por muitas horas
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 13- Tarefas conflitantes e demandas do papel profissional que devo realizar.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 14- Discriminação e favoritismo camuflados.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 15- Sentimento de isolamento.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 16- Falta de incentivo por parte dos superiores.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 17- Exigências que o trabalho faz sobre meu relacionamento com meu cônjuge e meus filhos.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 18- Ser subvalorizado.
1) 2) 3) 4) 5) 6)

- 19- Ter que assumir riscos.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 20- Feedback inadequado sobre meu desempenho.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 21- Viagens de negócio e ter que viver em hotéis.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 22- Ser visto unicamente como um “chefe”.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 23- Perspectivas de promoção obscuras.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 24- Ausência de apoio emocional de outras pessoas fora do trabalho.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 25- Demandas que o trabalho faz sobre minha vida particular/social.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 26- Mudanças na forma como devo realizar meu trabalho
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 27- Simplesmente estar “visível” ou “disponível”.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 28- Falta de apoio prático de outras pessoas fora do trabalho.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 29- Existência de fatores que estão fora do meu controle direto.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 30- Ter uma vida familiar com um(a) parceiro(a) que também está investindo numa carreira.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 31- Lidar com situações delicadas ou ambíguas.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 32- Ter que exercer um papel negativo (como demitir alguém).
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 33- A ausência de perspectivas de crescimento na carreira.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 34- Clima organizacional.
1) 2) 3) 4) 5) 6)

- 35- Tomar decisões importantes.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 36- Consequências dos erros cometidos por mim.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 37- Oportunidades de desenvolvimento pessoal.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 38- Instabilidade na vida familiar.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 39- Investir numa carreira em detrimento da vida familiar.
1) 2) 3) 4) 5) 6)
- 40- Características da estrutura da empresa.
1) 2) 3) 4) 5) 6)