



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**PERCEPÇÃO DE FONTES DE ESTRESSE OCUPACIONAL, *COPING***  
**E RESILIÊNCIA NO FISIOTERAPEUTA**

**PATRICIA LEITE ALVARES SILVA**

Goiânia, 2006.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS**  
**PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**  
**MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**PERCEPÇÃO DE FONTES DE ESTRESSE OCUPACIONAL, *COPING***  
**E RESILIÊNCIA NO FISIOTERAPEUTA**

**PATRICIA LEITE ALVARES SILVA**

**ORIENTADOR: Dr. LUC MARCEL A. VANDENBERGHE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Goiânia, 2006.

PATRICIA LEITE ALVARES SILVA

**PERCEPÇÃO DE FONTES DE ESTRESSE OCUPACIONAL, *COPING* E  
RESILIÊNCIA NO FISIOTERAPEUTA**

Dissertação defendida no Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, para obtenção do grau de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde aprovada em 21 de junho de 2006, pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

Presidente da Banca - Instituição de Origem: Universidade Católica de Goiás – Enquadramento funcional: Professor Titular da Universidade Católica de Goiás

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Regina Fernandes da Silva Marães

Instituição de Origem: Associação Educativa Evangélica (Unievangélica)– Enquadramento funcional: Coordenadora e Professora do Curso de fisioterapia da Associação Educativa Evangélica (Unievangélica)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eline Jonas

Instituição de Origem: Universidade Católica de Goiás – Enquadramento funcional: Professora Titular da Universidade Católica de Goiás

*Ao meu filho Murilo, meu maior e melhor projeto, fonte de inspiração para tudo que busco. Ao Flávio, meu amor, pelo apoio, paciência e dedicação. Aos meus pais, Zilene e Gideon, que sempre me apoiaram, incentivaram na concretização dos meus estudos e sonhos.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela força que sempre me impulsionou a seguir em frente, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe, por propiciar meu crescimento profissional, conhecimento, pela paciência, dedicação e por acreditar na realização deste trabalho.

Às professoras Dra. Cláudia Maria Rassi e Dra. Eline Jonas pelas importantes contribuições no exame de qualificação.

Ao meu filhote, Murilo, que nasceu e cresceu junto com este trabalho. Pelos infinitos momentos de alegria e amor partilhados e pela realização dos meus sonhos!!!

Ao Flávio, pelo amor, amizade e incentivo na busca dos nossos sonhos!! Eu te amo sempre!!

A minha mãe, Zilene, pelo grande amor, dedicação e pela ajuda.

Ao meu irmão, Murilo, que sempre buscou seus sonhos. Estará sempre vivo, a cada dia, em minha mente e em meu coração.

A minha amiga “irmã” Cristiane pela amizade e grandiosidade de seu coração. Sempre presente com palavras de conforto e carinho, compartilhando os momentos felizes e difíceis.

Aos amigos Eb, Maysa e João Marcos pela amizade e companheirismo presentes na minha vida. À Maysa, especialmente, pelo ombro amigo e apoio.

A Ruth, pelo carinho, amizade e sábios conselhos.

Aos meus amigos: Gutemberg, Itamar, Eliana, Renier, Bebel, Tânia Cristina, Adriana Fantinati, Gabriela e familiares: Maria Áurea, Fernanda, Paula, enfim, todos que estiveram presentes me ajudando e dando força para que conquistasse mais esta etapa em minha vida.

A todos meus colegas e amigos fisioterapeutas que se dispuseram, gentilmente, a participar deste estudo. Mesmo no anonimato, a minha eterna gratidão, amizade, respeito e carinho. O meu mais sincero reconhecimento.

## RESUMO

O trabalho é uma das fontes de sobrevivência, auto-realização e manutenção de relações interpessoais. A saúde, sendo um estado de equilíbrio dinâmico necessário ao bom funcionamento do organismo como um todo, pode ser promovida ou prejudicada pelo trabalho. Os objetivos desta pesquisa foram: verificar a percepção de estresse e suas fontes no trabalho do fisioterapeuta; e questionar *coping* (enfrentamento) e resiliência relacionados com o estresse nestes profissionais. Foi realizado um estudo qualitativo, exploratório com dezesseis fisioterapeutas (nove mulheres e sete homens) na cidade de Goiânia. A abordagem foi a “*Grounded Theory*” ou “Teoria fundamentada nos dados”, um processo indutivo de análise, organização e redução progressiva de categorias para elaborar uma teoria que explique a questão examinada. Os dados indicam que o fisioterapeuta convive com inúmeros estressores no seu contexto ocupacional. Fontes de estresse comuns são: baixos salários, sobrecarga de trabalho e desvalorização profissional. Elas estão ligadas às questões do ambiente de trabalho e não à própria execução do mesmo. A categoria profissional encontra-se subjugada e pouco valorizada por outros profissionais e pela sociedade. Os sintomas psicológicos mais frequentes do estresse ocupacional são: ansiedade, incapacidade de se desligar do trabalho e distúrbios de atenção. E os sintomas físicos mais frequentes são: dores e cansaço. Dentre as estratégias de *coping* a atividade física e o lazer foram predominantes. O apego à profissão, a gratificação em ser fisioterapeuta, a autonomia na atuação e o respeito recebido do paciente foram os fatores de *resiliência* mais importantes encontrados neste estudo. Concluímos que o ambiente de trabalho do fisioterapeuta é estressante e que medidas em termos da organização do trabalho e estruturação da categoria profissional seriam bem-vindas. Do outro lado, os profissionais lançam mão de estratégias de *coping* adequados e mostram uma *resiliência* notável, que é em parte diretamente ligada com a vocação.

Palavras-chaves: estresse ocupacional, fisioterapeuta, *coping*, resiliência

## ABSTRACT

Labor is a way of survival, of self-realisation and of social integration. It can both aid and harm the dynamic equilibrium that is needed for the functioning of the organism as a whole, which we call health. The aims of this research were: to verify the perception of stress and its causes in the labour of the physiotherapist; and to question coping and resilience in relation to stress in these professionals. A qualitative, exploratory study was done, in which participated sixteen physiotherapists (nine women and seven men) in the city of Goiânia. The study followed the injunctions of “Grounded Theory”, an inductive process of analysis, ordering and progressive reduction of categories in the elaboration of a theory that explains the researched question. The results indicate that physiotherapist face a variety of stress at work. Common causes of stress are: low salaries, work overload and professional under-valorization. All of these are part of the labor environment, and not of the work in itself. The profession sees itself subdued and under-valued by other professions and by society. Common psychological symptoms of stress are: anxiety, being unable to stop thinking of work and trouble concentrating. The most frequent physical symptoms are: pains and tiredness. Among *coping* strategies, physical activity and leisure predominate. The love for the profession, the satisfaction of being a physiotherapist, autonomy in the execution of one’s work and the perceived respect from the patient are the most important factors of resilience found in this study. We conclude that the labor environment of the physiotherapist is stressful and that measures concerning the organization of the work and the strengthening of the profession as a category are called for. On the other side, the professionals seem to use adequate coping strategies and demonstrate notable resilience, the later being in part directly related to their professional vocation.

Key-words: professional stress; physiotherapist; *coping*, resilience.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. ESTRESSE OCUPACIONAL E <i>BURNOUT</i> .....	05
3. <i>COPING</i> E RESILIÊNCIA.....	18
4. O FISIOTERAPEUTA.....	23
5. OBJETIVOS.....	28
5.1. OBJETIVO GERAL.....	28
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
6. CAMINHO METODOLÓGICO.....	29
6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	29
6.2. PROCEDIMENTOS.....	32
7. RESULTADOS .....	34
9. DISCUSSÃO.....	59
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
11. ANEXOS.....	86

## 1-INTRODUÇÃO

O trabalho é uma das fontes de realização 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 consegue se proteger destes riscos (MENDES, BORGES & FERREIRA, 2002).

Na visão marxista (MARX, 1985 apud MARX, 1867) a essência do ser humano estaria no trabalho, sendo o homem o que ele produz e faz. Desta forma, a natureza dos indivíduos depende das condições materiais que determinam sua atividade produtiva.

O trabalho em saúde, como todo trabalho humano, pressupõe a ação do homem sobre a natureza, transformando-a e transformando a si mesmo, segundo o referencial marxista (MARX, 1867 apud MARX, 1985). Em 1950, reunido em Genebra, o Comitê Misto da Organização Internacional do Trabalho e Organização Mundial de Saúde definiu Saúde Ocupacional:

*“A Saúde Ocupacional tem como objetivos: a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todas as ocupações; a prevenção entre os trabalhadores, de desvios de saúde causados pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores em seus empregos, dos riscos resultantes de fatores adversos à sua saúde; a colocação e manutenção do trabalhador adaptadas às suas aptidões fisiológicas e psicológicas, em suma: adaptação do trabalho ao homem e de cada homem a sua atividade” (OIT/OMS apud MENDES, 1980, p.18).*

Nesta definição, a saúde ocupacional está voltada basicamente para a intervenção sobre o ambiente buscando controlar os agentes nocivos à saúde dos trabalhadores. E, assim o ambiente de trabalho é visto de forma naturalizada e os agente ou riscos ocupacionais são externos ao trabalhador (SILVA, 2001). Franco (1981) refere não somente os problemas de saúde aos riscos ambientais, acidentes ou doenças ocupacionais, mas cita uma forma peculiar de exploração da força de trabalho como: sobrecarga de serviços, salários insuficientes, mecanismos formais e

informais sobre os trabalhadores. A saúde é concebida como um estado relativo e dinâmico de equilíbrio entre forças internas e externas ao indivíduo. Deve haver um equilíbrio entre homem-ambiente-agente responsável pelo estado de saúde. Dentro desta visão o agente é concebido como todos os fatores determinantes das doenças; o ambiente é considerado nos níveis físico, químico, biológico e social. Ao romper-se este equilíbrio, que ocorre no espaço interior ao indivíduo, desencadeia-se a enfermidade, que pode manifestar-se de distintas maneiras, segundo gradações e dentro de um processo (LEAVELL; CLARK, 1965 *apud* AROUCA, 1975).

Em relação às demandas de trabalho, estas referem-se à execução do trabalho em si entre os estressores presentes no desempenho da atividade, a sobrecarga de trabalho aparece freqüentemente associada ao estresse. O excesso de horas trabalhadas reduz a oportunidade de apoio ao indivíduo, causando insatisfação, tensão e outros problemas de saúde. E, isso leva a agravos à saúde como transtornos psíquicos, as enfermidades psicossomáticas e a fadiga que estão estreitamente vinculados ao trabalho e que, muitas vezes, não tem sido reconhecido em sua origem dentro do processo de trabalho (NORIEGA, 1993).

Com o passar do tempo, o profissional acentua o desgaste emocional e surge o estresse. As manifestações desse quadro são a diminuição da auto-estima, o surgimento de comportamentos inadequados frente a sua clientela (irritação, descaso, distanciamento), queda da produtividade e da realização pessoal no trabalho, a instalação de problemas psicossomáticos e o absentéismo.

De acordo com Formigheri (2002), os profissionais de saúde freqüentemente são expostos à carga física e mental expressivas durante seu trabalho. Os equipamentos, móveis e ambientes de clínicas e hospitais freqüentemente não respeitam preceitos ergonômicos. Situações de emergência impõem tarefas que sobrecarregam o indivíduo, a jornada freqüentemente é extensa, duplicada e acompanhada de plantões.

O trabalho relacionado com a doença e o sofrimento rotineiramente são causas de estresse físico e psicológico. O presente trabalho pretende explorar estas noções particularmente no que diz respeito ao fisioterapeuta. Devido às características da sua função, que inclui levantar peso, permanecer em posições

incômodas por período prolongado, o fisioterapeuta está entre os profissionais mais susceptíveis a apresentarem quadro de dor (KUMAR, 1990).

O fisioterapeuta é um profissional que atua na promoção da saúde, na prevenção, tratamento e reabilitação em nível individual e coletivo; sendo que sua atuação tem por finalidade preservar, favorecer ou restaurar a capacidade funcional do indivíduo objetivando melhorar sua qualidade de vida (SOARES; AGUIAR, 2004).

Sendo a saúde um estado que envolve um equilíbrio fisiológico, mental e social, na execução do trabalho do fisioterapeuta deve haver uma interação entre estes sistemas, levando a realização da atividade profissional de uma maneira eficaz e prazerosa.

Em contraste com a carência de pesquisas sobre sintomas mentais, existe um bom número de pesquisas referentes aos sintomas físicos decorrentes do trabalho do fisioterapeuta.

Em seu trabalho sobre estresse em professores do curso de fisioterapia, Bahia (2002) encontrou: cansaço ao levantar (80%), ansiedade (63%), sensação de fadiga, mal estar, cansaço ou fraqueza (61%), tensão muscular, dor de cabeça, mudança de humor (59%), tensão, dificuldade para relaxar, irritabilidade excessiva (53%), dificuldade de concentração (47%), apatia (45%), hiperacidez estomacal, sono agitado ou interrompido, sensação de incompetência (41%), trabalhar sem motivação (39%), sensação de moleza nas pernas (37%) nesta ordem de sintomas nestes profissionais, sendo que a média do número de empregos corresponde de 1 a 4 locais de trabalho.

Tudo isso justifica um estudo mais profundo dos processos envolvidos. Será que o fisioterapeuta apresenta esse equilíbrio na sua atividade profissional? Será que o possível desgaste que acomete o fisioterapeuta durante seu processo de trabalho diferencia-se de acordo com sua inserção no mercado de trabalho ou sua especialidade? Sobrecarga de trabalho, falta de autonomia profissional, dificuldade nas relações interpessoais, salário insatisfatório. Quais dessas inserções são mais desgastantes e estressantes segundo a percepção dos fisioterapeutas?

Partindo destas questões vivenciadas na vida profissional da autora e verificadas pela bibliografia pesquisada, o presente trabalho tem como objetivo estudar o fisioterapeuta enquanto profissional da saúde verificando sua percepção

de fontes de estresse na sua atividade laboral e de sintomas decorrentes dos mesmos, como também de elementos relevantes de *coping* e resiliência.

## 2-ESTRESSE OCUPACIONAL E *BURNOUT*

Assim como o conceito de saúde e doença, que passou e ainda passa por mudanças significativas, o conceito de estresse também tem sua história. A palavra “estresse” vem do inglês “stress”, em nosso trabalho iremos usar a palavra em português estresse.

De acordo com Lipp (1996) a palavra “stress” teve seu primeiro significado como “aflição e adversidade” (séc. XIV) e “opressão, desconforto e adversidade” (séc. XVII). Em 1936 o fisiologista canadense Hans Selye introduziu o termo “stress” no campo da saúde e após experimentações definiu o estresse como sendo “o conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a situações que exijam esforço para adaptação” (FRAGA, 2004). Segundo Selye (1956), o estresse seria a manifestação de “*uma síndrome específica, constituídas por todas as alterações inespecíficas e produzidas num sistema biológico*”. Em uma situação de estresse haveria uma dificuldade de adaptação do indivíduo frente à mesma, ficando o organismo em tensão, inquietude, mal estar e sofrimento.

Mendes (1988) refere-se ao estresse como algo que ocorre quando um indivíduo se comporta em certas situações para as quais sua maneira habitual de enfrentamento torna-se insuficiente. Várias abordagens têm sido propostas para explicitar a relação entre o trabalho e o estresse, como o “ajustamento pessoa-meio ambiente”, sendo o estresse decorrente de um desequilíbrio entre a demanda e a capacidade de resposta do indivíduo, o que explicaria situações de “sobrecarga” ou de “superestimulação”, bem como situações de “subutilização, de “carga inferior às possibilidades”. Estas situações envolvem variáveis quantificáveis, mas, principalmente, necessidades pessoais e emocionais que sejam fonte de desejo e prazer no trabalho” (MENDES, 1988).

De acordo com Selye (1956) a Síndrome Geral de Adaptação, posteriormente chamado apenas de estresse pelo próprio autor, 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 ou Alerta começa quando a pessoa se confronta inicialmente com sua fonte de estresse. Esta etapa tem dois ciclos, o primeiro

seria a fase de choque constituído pelo momento da aparição do agente sentido como nocivo ou ativador e o segundo, denominada fase de contrachoque quando o organismo põe em funcionamento suas defesas. Ou seja, corresponde ao início da mobilização das forças orgânicas de defesa contra um determinado agente. Podem ocorrer sintomas como: sudorese excessiva, taquicardia, respiração ofegante, cefaléia, irritabilidade, insônia, fadiga, tensão muscular, aumento ou queda da pressão arterial, sensação de esgotamento entre outras.

Continuando a exposição ao agente estressor, segue-se segunda fase: Resistência ou Adaptação, na qual o organismo dá seguimento ao processo de respostas de defesa. Neste momento, se gasta muita energia, e com isso, surgem sinais de desgaste como cansaço excessivo, esquecimento, medo, nervosismo ansiedade, apetite oscilante, isolamento social e dúvidas a respeito de si próprio. Segundo Mendes (2002) caracteriza-se por um aumento da resistência ao agente nocivo particular e por uma menor resistência a outros estímulos.

Quando o estressor é de longa duração ou a intensidade é alta para a pessoa, o organismo tenta restabelecer a homeostase de um modo reparador. Quando a pessoa consegue resistir através da adaptação ou eliminando os estressores, ocorre a recuperação. Se, ao contrário, o estressor exige mais esforço de adaptação do que é possível para aquela pessoa, então seu organismo enfraquece, deixando-o vulnerável a doenças.

A fase de exaustão ou esgotamento, terceira fase, é a mais perigosa e ocorre quando o pseudo-equilíbrio da fase de resistência fica perdido. As manifestações orgânicas, nessa fase, em muitos aspectos, assemelham-se com as da primeira, só que agora são agravados, havendo um maior comprometimento físico e emocional ou sintomas específicos dos órgãos afetados e da doença que nele instalar.

Lipp (1984), define o estresse como uma reação psicológica com componentes emocionais físicos, mentais e químicos a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa. A autora diferencia eustresse de distresse. O primeiro, necessário para o bom desempenho da pessoa através de respostas a pequenos estímulos estressores ou agressores, indispensáveis no desenvolvimento da integridade da função do ser. As respostas de estresse suaves e controláveis poderiam ser estimulantes e excitantes ao indivíduo, possibilitando crescimento, prazer, desenvolvimento emocional e

intelectual. No desenvolvimento do indivíduo no ambiente pessoal e social, uma crise é um catalisador, uma oportunidade que abala atitudes fixas, evocando novas respostas e provocando o próprio desenvolvimento. O segundo, denominado como mau estresse (distresse) é caracterizado quando as respostas exigidas por uma demanda de estímulos intensos e prolongados, agradáveis e desagradáveis são excessivas, ultrapassando a capacidade de resistência e adaptação do organismo como um todo.

Rodrigues (2005) apresenta uma visão bio-psico-social do estresse, considerando os estímulos estressores presentes tanto no âmbito externo (físico ou social) quanto interno (emoções, pensamentos, fantasias e sentimentos). Enfatiza, também, a participação do indivíduo na equalização do estímulo estressor. Demonstra que as crenças e compromissos são fatores individuais que norteiam o processo de avaliação.

Simonton, Matheus e Greighton (1987) relacionam o estresse às condições ou estados emocionais provenientes da reação do indivíduo frente a mudanças significativas em suas vidas (sejam positivas ou negativas) que acionam mudanças de hábitos, de relação interpessoal e de concepções de sua auto – imagem com o objetivo de adaptação do indivíduo a estas mudanças. Os três autores explicitam a importância da subjetividade do indivíduo, afetando o esquema estímulo - resposta, modulando a intensidade dos agentes estressores.

A exacerbada reação orgânica ao agente estressor, por meio da liberação intensa de hormônios e neurotransmissores envolvidos no processo de estresse é considerada normal, já que se trata do organismo de defesa e adaptação. No entanto, a exposição permanente a esse agente impossibilita o restabelecimento do equilíbrio orgânico, mobilizando, constantemente, processos fisiológicos e metabólicos na tentativa de recrutar recursos energéticos para se adaptar ao estressor. Dessa forma, seu caráter prolongado leva a exaustão e colapso dos mecanismos adaptativos, manifesto clinicamente em uma condição patológica de característica física ou mental (VASCONCELOS, 1992).

As cascatas bioquímicas do estresse são variadas e envolvem muitas regiões do cérebro, com *feedbacks* que, às vezes, podem amplificar muito uma resposta.

O processo começa quando uma ameaça verdadeira ou imaginária ativa os centros sensoriais e de raciocínio superior no córtex. Este, então, envia uma

mensagem para a amígdala, principal mediador das respostas de estresse. Separadamente, um sinal pré-consciente pode precipitar a atividade da amígdala. Ela libera um hormônio corticotrópico (CRH) que estimula o tronco cerebral a ativar o sistema nervoso simpático. Em resposta, as glândulas adrenais produzem o hormônio do estresse epinefrina (MORILLO, 2000).

Simultaneamente as adrenais liberam glicocorticóides, cuja ativação se inicia numa cascata diferente. Nesta, um determinado evento estressor, através de diferentes mediadores neuroquímicos, estimula o hipotálamo a secretar CRF (fator de liberação de corticotrofina). Este, a partir do sistema hipotálamo-adenohipofisário, atinge a adeno-hipófise, exercendo ações excitatórias nas células hipofisárias, fazendo-as secretar ACTH (hormônio adrenocorticotrófico ou corticotrofina), que atua periféricamente estimulando as células corticais da glândula supra-renal. Estas, por sua vez, secretam hormônios mineralocorticóides e glicocorticóides, sendo este o mais relevante para a reação ao estresse, cujo principal tipo na espécie humana é o cortisol (MORILLO, 2000).

Tanto a epinefrina quanto o cortisol agem sobre os músculos, coração e pulmões e preparam o corpo para “lutar ou correr”. O cortisol constitui-se, ainda, fonte de energia de rápida disponibilidade, cuja utilidade permitirá reações adaptativas diante das exigências do estresse. Se o estresse se torna crônico, a amígdala produz mais hormônio corticotrópico (CRH) reativando as cascatas de estresse (MORILLO, 2000).

Todo esse processo fisiológico tem função adaptativa e na vida urbana moderna enfrentamos agentes estressores que não podemos eliminar e, por isso, as reações chegam facilmente à fase de esgotamento.

O problema do estresse é uma questão mundial, não só preocupa a comunidade científica internacional e nacional, como também líderes sindicais, órgãos governamentais e as próprias organizações, pois o nível de absenteísmo, produtividade e qualidade dos serviços prestados, as doenças psicossomáticas e o abandono comportamental ou emocional do trabalho, prejudicam a qualidade de vida do trabalhador, a organização e a comunidade em geral (MENDES, 2002).

Para Bernik (1997), o estresse atualmente é um problema de saúde pública, econômico e social, que traz como conseqüência, gastos para o indivíduo, para empresas e governos. Para este autor, fatores como as preocupações sobre o

futuro, num período marcado por instabilidade econômica e política, baixa qualidade de vida e larga margem de desemprego, contribuem para o aumento de sua incidência.

Os estressores ocupacionais estão divididos em dois grupos distintos: estressores do ambiente físico e demandas estressantes do trabalho e de seu conteúdo. Os primeiros referem-se a ruídos, vibração, qualidade de iluminação, temperatura, higiene, ventilação, adequação de espaço físico dentre outros fatores. Todos podem trazer conseqüências psicológicas e ergonômicas sobre a saúde do trabalhador. As demandas estressantes do trabalho e de seu conteúdo (execução da tarefa em si) constituem o grupo de maior interesse para essa investigação.

Mendes (2002) descreve os fatores que podem desencadear o estresse profissional como: sobrecarga de trabalho, relações interpessoais no trabalho, estágios de desenvolvimento da carreira profissional, *status* profissional e salário, novidade ou variedade das tarefas e controle de atividades.

No atual modelo de assistência à saúde, o sujeito, que é o trabalhador em saúde, executa muitos atos parcelados e repetitivos, que não estimulam a criatividade. Facchini (1994) cita o exemplo médico: neste modelo este profissional tende a não se responsabilizar pelo objetivo final de sua intervenção, que é a prevenção de agravos e doenças, a promoção da saúde, a assistência e a reabilitação, sejam a níveis individuais ou coletivos. Esta alienação no processo de trabalho em saúde ocorre no atual modelo de saúde hegemônico, caracterizado pelos modos de agir individualizados, onde a autonomia do profissional encontra-se engessada em regras e normas, agravando-se no caso do trabalho médico, quando se divide e subdivide o paciente em especialidades e sub-especialidades devidos às necessidades impostas pelos avanços no conhecimento médico, pelas inovações tecnológicas e pelas necessidades determinadas por um mercado de trabalho altamente competitivo; necessidades estas, dadas socialmente. A fisioterapia pode estar seguindo os mesmos passos.

É importante salientar que os trabalhadores, não dissociam o bem-estar psicológico da dimensão laboral, pois a qualidade de vida ocupacional extrapola os limites do trabalho e busca o bem-estar geral para o trabalhador em todos os ambientes que freqüenta (CARDOSO, 2000). Isto significa que quaisquer desequilíbrios no cotidiano de um sujeito, inclusive no âmbito do trabalho, gerarão

impactos sobre seu bem-estar psicológico.

Em relação às conseqüências do desgaste sobre morbidade dos trabalhadores de saúde, citamos a pesquisa conduzida por Pitta (1999), realizada em um hospital de grande porte na cidade de São Paulo. Esta autora observou que o sofrimento psíquico era um sentimento muito presente na vida destes trabalhadores. O desgaste do trabalho em saúde pode ser o mediador deste sofrimento.

Os resultados da pesquisa de Pitta foram: mais da metade dos entrevistados sentiam-se nervosos, tensos ou preocupados; um terço sentiam-se tristes e várias outras queixas foram relatadas: dores de cabeça, distúrbios do sono, ansiedade, problemas digestivos, dificuldade de realização satisfatória das atividades diárias; dificuldade para tomar decisões e falta de apetite.

Borges e Parizotto (2001) relatam que o tônus muscular pode ser modificado pelo estresse. Estados psíquicos anormais modificam consideravelmente o grau de estimulação nervosa destinado à musculatura esquelética, aumentando ou diminuindo o tônus muscular. Situações estressantes que envolvam o psiquismo, conflitos psicológicos, ansiedade e angústia, causarão variações do tônus muscular ou postural de ordem passageira ou permanente. O coração também pode ser vítima do estresse.

Palácios (1993) analisando os problemas de saúde em médicos encontrou que 37,3% destes afirmaram ter alguma enfermidade. Encontrou-se uma associação mais forte entre as variáveis, problema de saúde atual e sofrimento psíquico naqueles médicos que atuam fora da emergência. Com relação a fazer tratamento psicológico, 25% dos médicos informaram que fazem ou fizeram; entretanto, não se pode afirmar categoricamente que estes tenham ou tiveram uma doença mental. Entre os médicos da emergência que passaram por tratamento psicológico, 60% apresentaram sofrimento; entre aqueles que trabalham em outro setor e que passaram por tratamento psicológico observou-se 38,7% de sofrimento.

O termo *burnout* se refere a um tipo de estresse laboral e institucional gerado nos profissionais que mantém uma relação constante e direta com outras pessoas, sendo mais evidente nas profissões assistenciais (médicos, professores, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros), e sua origem tem como base o modo que estes profissionais que interpretam e manifestam seus sentimentos frente às

situações mais difíceis que possam encontrar (FREUNDENBERGER, 1974; FRANÇA, 1987; MASLACH; LEITER, 1997; MENDES, 2002; GIL-MONTE, 2002).

“*Burn-out*, ou simplesmente *Burnout*, é um termo bastante antigo. *Burnout*, no jargão popular inglês, se refere àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia. Como gíria de rua, pode aludir àquele que se acabou pelo excesso de drogas. Enfim, uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico e mental”. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 21)

A relação profissional-cliente tem sido citada por diversos autores como desencadeadores de *burnout*. Mendes (2002) relata que quanto mais próxima e intensa a relação do trabalhador com a pessoa que deve atender profissionalmente, ou em suas ocupações como no caso de pessoas com necessidades especiais (deficientes mentais, AIDS, Alzheimer) maior probabilidade de desencadear o processo de *burnout*.

O desânimo, a falta de motivação e interesse e o descaso em relação ao trabalho, foram, e ainda são tratados por muitas pessoas como “preguiça” ou “dissimulação”. Este parece ser um dos aspectos que leva o indivíduo a lutar contra *burnout* - à medida que o interpreta de forma distorcida – o que amplia seu esgotamento e seu sentimento de desistência não só do trabalho, mas também da própria vida.

Christina Maslach e Susan Jackson (1981) abandonando a perspectiva centralizada somente nas características do trabalhador como fatores determinantes de *burnout*, somam a essas, as variáveis sociais e ambientais, como elementos igualmente atuantes no desenvolvimento do fenômeno.

Assim, definem *burnout* como um fenômeno multidimensional que inclui:

**1. Exaustão emocional (EE)** – perda progressiva de energia, seguida de esgotamento físico e mental. O indivíduo já utilizou várias estratégias para lidar com os estressores, e todas falharam. O indivíduo não consegue mais despender energia, gerando conflito pessoal. Acontece, devido às excessivas demandas psicológicas e emocionais advindas do contato com pessoas que necessitam de cuidados. A necessidade de disponibilidade afetiva para a vinculação e o

conseqüente desenvolvimento do trabalho e a impossibilidade de concretizá-las, levam a um desgaste e um sentimento de exaustão emocional.

**2. Despersonalização (DE)** – o indivíduo passa a tratar as outras pessoas com extrema frieza, insensibilidade, irritabilidade, chegando ao cinismo e atitudes negativas e não se importa mais com as relações pessoais, agindo como se aquele que estão a sua volta fossem “coisas”, como um objeto e não um ser humano. Não há comprometimento com os resultados, nem com as metas. Tem a tendência de não individualizar e despersonalizar pacientes, clientes e alunos, tratando-os como se fossem objetos ou números (por exemplo, quando os médicos referem-se aos pacientes não pelos seus nomes, mas por um número: paciente do leito 13);

**3. Baixa realização pessoal (RP)** – falta de motivação e insatisfação com o trabalho, ambos ocasionados pela sensação de insuficiência. O indivíduo se julga incapaz de cumprir demandas de sua função. Torna-se presente uma sensação de menor rendimento, insatisfação com o seu desenvolvimento profissional e um sentimento de inadequação no trabalho. A auto-estima e autoconfiança desaparecem. Falta de envolvimento: observa-se um distanciamento dos médicos na relação médico-paciente, que se torna fria e impessoal; não se forma vínculo entre estes dois sujeitos (MASLACH, SCHAUFELI; LEITER 2001).

Estes três elementos podem aparecer associados, mas devem ser considerados independentes. Observa-se que esta é a concepção mais difundida entre os estudiosos, por ser o Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) o instrumento mais utilizado nas pesquisas. Constata-se também que há divergências quanto à ordem de aparecimento das dimensões, o que provoca necessidade de especificar o parâmetro utilizado para fins diagnósticos.

Segundo Maslach e Jackson (1981) o *burnout* é uma resposta principalmente emocional, e situam os fatores de trabalho e os institucionais, como condicionantes e antecedentes desta síndrome. Carlotto (2002) acrescenta que o desenvolvimento da síndrome pode estar originado nas falhas referentes à organização do trabalho que podem ser encontradas dentro das instituições.

França (1987) relata que os efeitos do *burnout* interferem negativamente tanto no nível individual (físico, mental, profissional, social) como profissional (atendimento negligente, lentidão, contato impessoal, cinismo) e organizacional (conflito com os demais membros da equipe, rotatividade, absenteísmo, diminuição da qualidade de

serviços). Os prejuízos também ultrapassam a esfera pessoal com o abandono de um posto profissional ou profissão depois de tantos anos de estudos e investimentos financeiros, afetiva, na ruptura de laços de amizade e familiares. Também como na institucional, na medida em que os efeitos se refletem na produtividade, na imagem de eficiência da organização, nos custos com os tratamentos de saúde dos funcionários, na contratação bem como o treinamento de novos profissionais. Na compreensão de De La Fuente et al. (1994) a despersonalização se refere a uma mudança relativa nas atitudes e respostas que o profissional oferece aos usuários de seu trabalho, podendo ser acompanhado de irritabilidade e de perda da motivação no próprio desempenho.

Segundo Benevides-Pereira (2002), pode-se subdividir os sintomas em físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Os sintomas físicos são:

- a) Fadiga constante e progressiva;
- b) Dores musculares ou osteomusculares;
- c) Distúrbios de sono;
- d) Cefaléias, enxaquecas;
- e) Perturbações gastrointestinais;
- f) Imunodeficiência;
- g) Transtornos cardiovasculares;
- h) Distúrbios do sistema respiratório;
- i) Disfunções sexuais;
- j) Alterações menstruais nas mulheres;

Os sintomas psíquicos são:

- a) Falta de atenção, concentração;
- b) Lentificação do pensamento;
- c) Sentimento de alienação;
- d) Sentimento de solidão;
- e) Impaciência;
- f) Sentimento de impotência;
- g) Labilidade emocional;
- h) Dificuldade de auto-aceitação, baixa auto-estima;
- i) Astenia, desânimo, disforia, depressão;
- j) Desconfiança, paranóia;

Os sintomas comportamentais são:

- a) Negligência ou escrúpulo excessivo;
- b) Irritabilidade;
- c) Incremento da agressividade;
- d) Incapacidade para relaxar;
- e) Dificuldade na aceitação de mudanças;
- f) Perda de iniciativa;
- g) Aumento do consumo de substâncias;
- h) Comportamento de alto risco;

Os sintomas defensivos são:

- a) Tendência ao isolamento;
- b) Sentimento de onipotência;
- c) Perda do interesse pelo trabalho ou lazer;
- d) Absenteísmo;
- e) Ímpetos de abandonar ao trabalho;
- f) Ironia, cinismo;

Uma pessoa com a Síndrome de *Burnout* não necessariamente deve vir a denotar todos estes sintomas. O grau, tipo e o número de manifestações apresentadas dependerá da configuração de fatores individuais, fatores ambientais e a etapa em que a pessoa se encontre no processo de desenvolvimento da síndrome. Pode-se notar que vários destes sintomas também são característicos dos estados de estresse, no entanto, os que se referem aos distúrbios defensivos são os mais freqüentes apresentados no processo de *burnout*. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

*Burnout* não deve ser confundido com estresse, pois se tratam de conceitos diferentes (Farber, 1991). Os autores que defendem a síndrome de *burnout* como algo diferente do estresse, alegam que a primeira caracteriza-se por atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, enquanto a segunda aparece como um desfalecimento pessoal que interfere na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho.

A síndrome é como a etapa final das incansáveis tentativas mal sucedidas do indivíduo de solucionar o estresse proveniente de condições negativas na execução do trabalho. Pode-se afirmar, segundo Maslach e Leiter (1997) que provavelmente

o *burnout* ocorra sempre que existir desequilíbrio entre a natureza do trabalho e a natureza da pessoa que faz o trabalho.

O estresse não leva necessariamente a *burnout*, pois existem muitas variáveis implicadas no processo: predisposição constitucional para o estresse, as condições ambientais agressoras, a personalidade e a percepção subjetiva do sujeito, além da capacidade de enfrentamento. A pessoa com fadiga acentuada por excesso de carga de trabalho, ou ao contrário, por estar envolvida com um trabalho monótono e entediante não apresenta *burnout*, pois a queda da produtividade, a indiferença em relação à clientela e o sentimento de incompetência não estão presentes (MENDES, 2002).

Maslach e Leiter (1997) descrevem que a pessoa não inicia um trabalho apresentando *burnout*, e sim, apresenta engajamento e satisfação, e gradualmente estes sentimentos vão sendo substituídos por sentimentos de aborrecimento, ansiedade e raiva, e pela falta de realização. A pessoa acredita estar vivendo uma crise que é de âmbito pessoal. Com isso parece estabelecer-se a exaustão emocional como primeiro elemento da síndrome. Como defesa à dor do querer e não conseguir despendar mais energia, o indivíduo desenvolve um afastamento psíquico e emocional da clientela e de suas relações, podendo atingir inclusive suas relações sociais. Trata-se mais especificamente do elemento despersonalização. Certo distanciamento emocional presente no sintoma de despersonalização pode ser adequado para manter a saúde do indivíduo. De acordo com vários autores, a situação se agrava quando somada ao aspecto exaustão emocional, a despersonalização leva ao comprometimento do desempenho e sensação de incompetência estabelecendo-se assim, a redução do sentimento de realização profissional ou ainda baixo envolvimento pessoal no trabalho.

Donohoe et al. (1993), realizaram um estudo para identificar os fatores associados ao *Burnout* em fisioterapeutas de hospitais de reabilitação. Os fisioterapeutas dedicavam-se em tempo integral às atividades no hospital, não acumulavam ou exerciam função administrativa nem cargo de supervisão. Os principais resultados do MBI (Maslach *Burnout* Inventory - instrumento mais empregado internacionalmente para avaliar o *Burnout*) apontavam que 46% acusaram altos escores na subescala de exaustão emocional, 20% altos escores na subescala de despersonalização e 60% relataram baixos escores na subescala de

realização pessoal. Como um todo, a população investigada apresentou um *Burnout* moderado. Três fatores: comunicação/união, realização e tempo restrito foram descritos para 69% da variável exaustão emocional e 73% da dimensão despersonalização e realização pessoal. Não foi encontrado grau significativo associado ao tempo de exercício da profissão ou ao número de pacientes atendidos.

Schenz, Guthrie e Dudgeon (1995) avaliaram 40 fisioterapeutas que trabalhavam em tempo integral com lesões neurológicas. As atividades de desenvolvimento profissional foram fortemente associadas com sentimento de realização pessoal. A exaustão emocional era relativamente alta entre estes fisioterapeutas, mas poucos sentimentos de despersonalização eram evidentes. Os autores concluíram que atividades de desenvolvimento profissional no local de trabalho podem aumentar sentimentos de realização pessoal e minimizar o *burnout*.

Niehouse e Smith (2000) estudaram 91 fisioterapeutas membros da Associação Americana de Fisioterapia utilizando o MBI e acharam baixos índices de *burnout* para despersonalização e realização pessoal e nível médio para exaustão emocional. Na análise dos resultados que demonstravam exaustão emocional encontrou-se relação positiva com as percepções do ambiente de trabalho e sugerem pesquisas para avaliar como os profissionais lidam e enfrentam esse estresse laboral. Concluíram que o reconhecimento dos fatores que contribuem para *burnout* pode ajudar a controlar níveis de estresse e mantêm um ambiente de trabalho positivo com qualidade no cuidado dos pacientes.

Pereira (2002) encontrou em 70% de estudantes do quarto ano do curso de fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sintomas de esgotamento emocional e ansiedade levando a crer que estes alunos não são preparados ao longo do curso para a complexidade das demandas profissionais.

Sendo o *burnout* característico do meio ocupacional, o ideal seria centrar a prevenção e a intervenção no contexto em que este se insere é necessário focar tanto no trabalhador como no seu ambiente de trabalho. Desde uma perspectiva ampla, os programas de prevenção e intervenção devem incluir cada um dos elementos envolvidos no processo de *burnout*. Estes são fatores antecedentes de origem laboral e organizacional, e as variáveis de personalidade (BORGES et al, 2002).

Intervenções para resolver o *burnout* e/ou preveni-lo recomendam focalizar as

soluções tanto no trabalhador quanto no local de trabalho, com a finalidade de desenvolver um processo que permita recuperar o equilíbrio entre as expectativas do indivíduo e as exigências do seu trabalho (MASLACH; LEITER, 1997).

É importante também enfatizar a promoção dos valores humanos no ambiente de trabalho ou adotar valores mais orientados para a coletividade, em oposição aos valores mais individualistas. Se as pessoas querem não somente “sobreviver” no trabalho e sim fazer da atividade laboral uma fonte de saúde e de realização cabe a própria pessoa iniciar um processo de mudança pessoal e institucional, com propostas construtivas e participativas. Para haver mudança é necessário que todas as partes envolvidas estejam engajadas no projeto.

### 3-COPING E RESILIÊNCIA

O estresse é entendido como uma reação complexa com componentes físicos e psicológicos resultantes da exposição a situações que excedem os recursos de enfrentamento (*coping*) da pessoa. É uma reação adaptativa do organismo humano ao mundo em constante mudança. Entretanto, quando suas causas se prolongam e os meios de enfrentamento (*coping*) e resiliência são escassos o estresse pode avançar para fases de maior gravidade quando o corpo se torna vulnerável a várias doenças (MURTA; TRÓCCOLI, 2004).

Segundo Dejours (1992) os indivíduos elaboram estratégias para se defender deste sofrimento e, caso estas falhem pode surgir um desequilíbrio psicossomático que se inicia por uma vivência subjetiva de insatisfação que se exprime pela fadiga e torna-se uma queixa somática, mesmo sem haver a doença.

*Coping* é o resultado do conflito entre a demanda e os esforços emitidos diante do estresse. O termo *coping* (enfrentamento) resume o conjunto de estratégias para lidar com o estresse. Considerando que o processo de *coping* ao estresse consiste em uma interação entre a pessoa e seu ambiente, é importante salientar que as estratégias variam de acordo com os contextos no qual a pessoa interage, bem como de acordo com suas características pessoais. Constituem-se em um processo flexível, intencional e orientado para o futuro, na busca do alívio do estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; PETERSON, 1989; RYAN-WENGER, 1992).

Para Lazarus e Folkman (1984), primeiros estudiosos no assunto, *coping* corresponde a um processo pelo qual o indivíduo administra as demandas da relação pessoa/ambiente, que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram. Ante uma situação considerada estressora, os indivíduos realizam uma avaliação do que está acontecendo, a fim de que o organismo possa responder adequadamente ao estressor, solucionando-o ou amenizando-o. Esses autores consideram ainda, *coping* como um fator determinante da experiência de estresse e da adaptação por ela gerada. Assim, *coping* advém da resposta aos estímulos estressantes em diferentes ambientes, como o familiar e ocupacional. O indivíduo, tendo consciência da sua realidade, busca estratégias a fim de resolver ou de adaptar-se à situação estressante.

Resumindo, Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), destacam quatro conceitos principais de *coping*:

- *Coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente;
- A função do *coping* é de administrar a situação agressora, ao invés de controle ou domínio desta;
- O processo de *coping* pressupõe a noção de avaliação, verificando como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado para o indivíduo;
- O processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, pela qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas de sua relação com o ambiente.

O *coping* pode ser compreendido a partir de dois tipos de estratégias: as estratégias focalizadas no problema e as estratégias centradas na emoção. O primeiro tipo tem como objetivo analisar e definir a situação, considerando os seus custos e benefícios, e buscando alternativas para resolvê-la. Este primeiro tipo inclui estratégias que afetam o ambiente e o sujeito. As estratégias que afetam o ambiente tentam modificar o estressor através de mudanças nas pressões externas, nos obstáculos, nos recursos, nos procedimentos etc. As estratégias que afetam o sujeito incluem mudanças nas aspirações do indivíduo, redução da participação do *Eu*, busca de canais de participação alternativos, desenvolvimento de novas pautas de conduta e a aprendizagem de novos procedimentos e recursos (LAZARUS; FOLKMAN, 1984),

O segundo tipo de estratégias, descritas por Lazarus e Folkman (1984), refere-se aos processos cognitivos responsáveis pela diminuição do transtorno emocional gerado por uma situação estressante. Estas estratégias são utilizadas pelos indivíduos quando percebem que os estressores não podem ser modificados e que é preciso continuar interagindo com eles. O propósito é manter a esperança e o otimismo, negar tanto a situação quanto as suas conseqüências, ou atuar como se não importassem as circunstâncias. Essas estratégias incluem a esquiva, a culpabilidade, o escape, o distanciamento, a atenção seletiva, as comparações positivas e a extração de aspectos positivos de acontecimentos negativos.

Gil-Monte e Peiró (1997) concluíram que o uso de estratégias de *coping* de

controle ou centradas no problema previne o desenvolvimento do *burnout*, enquanto que, a utilização de estratégias de esquivas ou centradas na emoção facilita a sua aparição. A disponibilidade de recursos de *coping* modera a dicotomia entre o *coping* centrado na emoção (escape, esquiva) e o *coping* centrado no problema (controle) e a ênfase nas avaliações cognitivas e nas ações do indivíduo para administrar a situação.

Um aspecto abordado na literatura, diz respeito à eficácia das estratégias empregadas pelos indivíduos durante os episódios de *coping*. De acordo com Beresford (1994), embora o julgamento sobre a eficácia ou adaptabilidade das estratégias de *coping* tenha se mostrado extremamente subjetivo em muitas pesquisas, *coping* deve ser visto como independente do seu resultado.

No modelo de *coping* e *stress* proposto por Lazarus e Folkman (1984), qualquer tentativa de manejar o estresse é considerado *coping*, tenha ela ou não sucesso no resultado. Desta forma, uma estratégia de *coping* não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa. Torna-se então necessário considerar a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do esforço de *coping*.

Para Compas *apud* Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998), as estratégias de *coping*, focalizada no problema e focalizada na emoção são importantes, mas a sua eficácia é caracterizada por flexibilidade e mudança. Novas demandas requerem novas formas de *coping*, pois uma estratégia não é eficaz para todos os tipos de estresse.

Tamayo e Troccoli (2002) acreditam que as pesquisas sobre *coping* poderiam reduzir os altos custos do estresse nas organizações. Para estes autores, a necessidade de desenvolver urgentemente estudos de *coping* no trabalho aparece retratada nas projeções econômicas e no crescimento contínuo de trabalhadores que devem ser compensados por queixas relacionadas ao estresse ocupacional. Este mesmo argumento pode ser usado para ressaltar a importância de pesquisas que abordem a relação entre a exaustão emocional e o *coping* no contexto ocupacional, desenvolvidas com trabalhadores brasileiros. Ainda sugerem que, a implementação de políticas de ascensão, promoção e salários dentro da organização também pode ter efeitos redutores sobre a exaustão emocional e os efeitos do estresse.

Um conceito freqüentemente usado para explicar diferenças nos efeitos que um mesmo nível de estresse tem sobre diferentes indivíduos é a resiliência. A resiliência é freqüentemente referida por processos que explicam a “superação” de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações. Ou a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade (RUTTER, 1996; TAVARES, 2001; YUNES, 2003; PINHEIRO, 2004; MELILLO; OJEDA, 2005).

Rutter (1996) afirma que resiliência não constitui uma característica ou traço individual, ou seja, a resiliência não pode ser vista como um atributo fixo do indivíduo e se as circunstâncias mudam, a resiliência se altera.

De acordo com Pinheiro (2004) o conceito de resiliência está envolto em ideologias relacionadas à noção de sucesso e de adaptação às normas sociais. No entanto, esta noção funda dois grupos: os resilientes e os não-resilientes. Yunes (2003) critica esse conceito, quando afirma que a resiliência é um fenômeno que procura explicar os processos de superação de adversidades, mas não se confunde com invulnerabilidade, porque não se trata de resistência absoluta às adversidades.

A origem etimológica vem do latim *resiliens*, significa saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher se, romper. Pela origem inglesa, *resilient* remete à idéia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação.

Yunes (2003) refere que no dicionário da língua inglesa se encontram dois raciocínios para o termo: o primeiro se refere à habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.; a segunda definição é a habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade. Esta última nos remete ao conceito original de resiliência atribuída à física, que busca estudar até que ponto um material sofre impacto e não se deforma. Nestas definições encontramos que o termo se aplica tanto a materiais quanto a pessoas.

Quanto ao significado em língua portuguesa, no dicionário de língua portuguesa Houaiss (2001), resiliência contempla tanto o sentido físico (propriedade que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica) quanto o sentido figurado, remetendo a elementos humanos (capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças).

Desta forma, a reflexão e a interpretação dos fatos tornam-se características fundamentais nas pessoas resilientes. Por um lado, a questão do individual e do singular acentua-se, pois as pessoas podem responder de maneiras diferentes diante de adversidades semelhantes (uma mesma situação de vida pode ser interpretada por alguns como perigo e para outros como desafio); porém, ao mesmo tempo faz-se necessário considerar que a resiliência não depende apenas de traços e disposições pessoais e individuais. É necessário discutir a resiliência nas famílias, nas instituições, nos grupos (PINHEIRO, 2004).

Ainda de acordo com Pinheiro (2004), a resiliência é um processo interativo entre a pessoa e seu meio, considerado como uma variação individual em resposta ao risco, sendo que os mesmos fatores causadores de estresse podem ser experienciados de formas diferentes por pessoas diferentes. Da mesma forma, Rutter (1996) diz que a resiliência ou resistência ao estresse é relativa, suas bases são tanto constitucionais como ambientais, e o grau de resistência não tem uma quantidade fixa, e sim, varia de acordo com as circunstâncias.

A cada dia, mais pessoas consideram a resiliência uma característica da saúde mental. Foi reconhecida segundo Melillo e Ojeda (2005), como aporte à promoção e à manutenção da saúde mental. O papel da resiliência é desenvolver a capacidade humana de enfrentar, vencer e sair fortalecido de situações adversas e transformado. É um processo que excede o simples “superar” essas experiências, já que permite sair fortalecido por elas, o que necessariamente afeta a saúde mental. Outro dado é que a resiliência reduz a intensidade do estresse e a diminuição de sinais emocionais negativos como a ansiedade, depressão ou raiva, ao mesmo tempo, aumenta a saúde emocional.

Yunes (2003) questiona ainda alguns estudos realizados sobre a resiliência que tendem apenas à mensuração, e interroga se a resiliência poderia ser mensurada, tal qual a inteligência, auto-estima, auto-eficácia etc. A grande maioria dos autores que vêm pesquisando o assunto, resiliência refere-se aos aspectos “positivos” do indivíduo que possibilitam que ele supere situações de crise e adversidade.

## 4-O FISIOTERAPEUTA

O fisioterapeuta é um profissional de saúde, de nível superior, que tem sua profissão reconhecida e regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, sendo atividade privativa do fisioterapeuta a execução de métodos e técnicas fisioterápicas e define sua finalidade de trabalho como a de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (COFFITO).

O Código de Ética dos fisioterapeutas amplia a atuação profissional também na área preventiva, no artigo primeiro: “O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde”. (COFFITO).

A resolução do COFFITO, de 1978, em seu artigo terceiro, determina: *“Constituem atos privativos do fisioterapeuta a prescrição, aplicação e supervisão de terapia física com o objetivo de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano”*. Constitui ainda ação característica e exclusiva do fisioterapeuta o diagnóstico cinesiológico funcional que é a designação atual do diagnóstico fisioterapêutico.

A fisioterapia busca romper com o paradigma de profissão reabilitadora e massificada, procurando assumir um espaço importante na prevenção de patologias. Rebelatto e Botomé (1999) afirmam que há unanimidade sobre a necessidade redefinição do objeto de trabalho, que hoje é centrado na doença, e conseqüentemente das responsabilidades sociais e éticas do profissional. Atualmente, as definições do campo profissional orientam-se para a patologia do movimento ou o tratamento de patologias por meio do movimento.

Para o fisioterapeuta ser habilitado e exercer suas funções no Brasil, deve diplomar-se em curso de nível superior reconhecido pelo MEC – Ministério de Educação e Cultura e ser registrado no CREFITO (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional). O órgão máximo da categoria no Brasil é o COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Os conselhos regionais, doze no total, atua como uma jurisdição regional e o conjunto compõem o Sistema COFFITO/CREFITOS.

O fisioterapeuta insere-se no mercado de trabalho exercendo suas

atividades em hospitais, clínicas, centros de reabilitação, consultórios, entidades filantrópicas, clubes, academias, universidades, instituições especializadas de cuidado a saúde e consultoria e assessoria a empresas privadas, dentre outros. Tanto o fisioterapeuta pode exercer suas atividades como profissional autônomo como possuir vínculos empregatícios regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. (COFFITO)

No Brasil, há poucos estudos que analisam a qualidade de vida do profissional fisioterapeuta. A fisioterapia em ascensão no Brasil desde a 2ª Guerra Mundial, onde teve o envolvimento direto do Brasil, com o envio de pracinhas para a frente de combate dos Aliados. Outro fato relevante para o crescimento desta profissão foi a epidemia de poliomelite na década de 50 deixando seqüelas em milhares de brasileiros. Os reflexos foram o desenvolvimento da fisioterapia enquanto prática recuperadora das seqüelas físicas de guerra e de doenças, com a modernização dos serviços de fisioterapia no Rio de Janeiro e em São Paulo e criação de novos em outras capitais do país. (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999). Em Goiás, a primeira faculdade de fisioterapia foi criada em 1994 e desde então houve uma explosão de novos cursos (apenas na cidade de Goiânia são seis).

Rotineiramente, o fisioterapeuta realiza atividades que sobrecarregam o sistema músculo-esquelético, como transferência de pacientes dependentes, assistência a pacientes durante deambulação, resistências manuais, levantamento de pesos e equipamentos (BORK et al, 1996); trabalhar em posições desconfortáveis por longo período, rodar e curvar o corpo (HOLDER et al, 1999); sentar-se ou ficar em pé prolongadamente (SCHOLEY; HAIR, 1989) e movimentos repetitivos de membros superiores quando utiliza técnicas terapêuticas manuais (CROMIE; ROBERTSON; BEST, 2000).

E, além do aspecto físico, ocorre na fisioterapia uma relação íntima da relação terapeuta-paciente. E, esse vínculo fisioterapeuta-paciente é essencial para o processo de reabilitação. O envolvimento da emoção, da história pessoal de cada indivíduo nesta relação direta com o outro, coloca este trabalho numa dimensão suscetível e delicada, que envolve investimentos e custos, incluindo as partes física, psicológica, intelectual, financeira e social.

Isso gera um confronto com o que diz Braz (2001):

*“O profissional de saúde deve educar-se para o sentimento, para conhecer-se e conhecer o paciente, sua cultura, sua história, suas angústias e seus anseios, ampliando seu olhar de fisioterapeuta não somente para o corpo, mas também para a história de vida do paciente, escrita no corpo e na alma. É importante realmente olhar, respeitar, amar e aprender com o paciente”.*  
(BRAZ, 2001, p.88)

Observa-se que os fisioterapeutas têm uma carga de trabalho exacerbada tanto do ponto de vista quantitativo (como excesso de carga horária e pacientes) como qualitativo (desgaste mental e emocional) devido à natureza do trabalho executado. Várias pesquisas demonstram que através do avanço tecnológico o ser humano está trabalhando demais. O profissional de saúde especificamente necessita atualizar e empregar tais tecnologias necessitando empregar tempo e dedicação. Os fisioterapeutas não dispõem de auxiliar de fisioterapia, sendo assim não podem delegar tarefas, acarretando assim mais trabalho a ele WISNER (2003).

Uma consequência direta desta extenuante jornada de trabalho seria a dificuldade encontrada para atividades que lhe dariam prazer que aumentariam a resistência física ou para o convívio com a família. Para Nahas (2001), a qualidade de vida de uma pessoa é uma medida da própria dignidade humana, pois pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais e entre elas está a relações familiares, lazer, prazer e até espiritualidade. A falta de tempo para a família é um fator que pode desencadear um processo de desgaste no trabalhador.

Atualmente a fisioterapia, assim como a medicina, subdivide-se em várias especialidades como: ortopedia, traumatologia, neurologia, cárdio-respiratória, reumatologia, estética, queimaduras, gerontologia, ginecologia-obstetrícia, preventiva, reeducação postural global, oncologia e etc. e isto faz com que o profissional acabe dividindo o paciente em partes e não tratando-o como um todo.

Para um conhecimento das áreas de atuação citadas neste trabalho, segue a baixo um breve comentário sobre as mesmas.

O fisioterapeuta que atua na área músculo-esquelética trabalha na investigação, prevenção e tratamento de doenças agudas e crônicas, traumáticas e cirúrgicas que envolvem: ossos, músculos, articulações, ligamentos, fásccias, bursas, nervos, tendões, etc. Pode atuar em fraturas, desequilíbrios posturais,

amputações e lesões musculares (entorses, distensões, inclusive evitando que essas ocorram), doenças reumatológicas, trabalhando de forma preventiva ou reabilitadora atuando também no pré e pós cirúrgico (GOULD, 2003).

Na ginecologia e na obstetrícia o fisioterapeuta atua preparando, educando, adaptando e conscientizando a mulher, sobre as transformações fisiológicas que ocorrem no período da gravidez, facilitando todo esse processo, atuando principalmente na melhora da postura durante e após a gestação, na melhora da circulação nos membros inferiores. Algumas doenças relacionadas ao funcionamento do períneo e aos órgãos genitais femininos podem ser tratadas através da fisioterapia, como por exemplo: incontinência urinária (em jovens, em gestantes, atletas, mulheres na menopausa, associada ao prolapso genital, pós-cirurgia genital, em idosas e devido alterações neurológicas), prolapso genital (“bexiga caída”), e vaginismo (O’CONNOR, STEPHENSON, 2003).

A fisioterapia tem uma atuação fundamental dentro da oncologia. A preocupação dela não é focal, mas sistêmica. Ou seja, não se preocupa apenas com o local afetado pelo câncer, mas com a repercussão do problema em todo o organismo da pessoa, além da sua auto-estima e qualidade de vida. A principal meta da fisioterapia oncológica é mostrar ao paciente a necessidade de retomar as atividades diárias e oferecer a ele condições para isso.

Nos últimos anos, houve uma significativa mudança de enfoque no tratamento de pacientes com câncer, onde os objetivos de controle e cura da doença vêm se estendendo na busca de uma boa qualidade de vida pós tratamento. Neste novo contexto, o fisioterapeuta oncológico surge como peça fundamental na equipe multidisciplinar de tratamento oncológico, tanto no processo de prevenção quanto de reabilitação. (O’CONNOR; STEPHENSON, 2003)

A fisioterapia respiratória pode atuar na prevenção e no tratamento das pneumopatias e distúrbios respiratórios utilizando-se de diversas técnicas e procedimentos terapêuticos em nível ambulatorial, hospitalar ou de terapia intensiva. Têm o objetivo de estabelecer ou restabelecer um padrão respiratório funcional no intuito de reduzir os gastos energéticos durante a respiração, capacitando o indivíduo a realizar as mais diferentes atividades de vida diária sem promover grandes transtornos e repercussões negativas em seu organismo (O’SULLIVAN; SHMITZ, 2004).

A fisioterapia neurológica é uma das tarefas mais importantes e desafiadoras no campo da reabilitação, devido à complexidade das funções que podem estar comprometidas. O tratamento fisioterapêutico pode diminuir as incapacidades geradas por diversas patologias que acometem o sistema nervoso. O paciente portador de patologia neurológica vai apresentar seqüelas referentes ao campo cerebral afetado, dependendo do grau e da extensão da lesão. De uma forma geral, a reabilitação neurológica busca a máxima independência funcional do indivíduo acometido (SHMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2003).

Atualmente, a reabilitação vestibular tem sido utilizada na terapêutica de sinais e sintomas dos distúrbios de equilíbrio (vestibulopatias). Este tipo de tratamento procura restabelecer o equilíbrio por meio de estimulação e aceleração dos mecanismos naturais de compensação, induzindo o paciente a realizar o mais perfeitamente possível os movimentos que estava acostumado a fazer antes de surgir a tontura. A escolha dos exercícios depende basicamente da configuração do quadro clínico das vestibulopatias periféricas e centrais. Pode-se afirmar que a reabilitação vestibular é eficaz no tratamento dos sintomas decorrentes de disfunções vestibulares, diminuindo a intensidade, frequência e duração destes, melhorando o bem-estar físico e psíquico do indivíduo, proporcionando então uma melhor qualidade de vida à este (HERDMAN, 2002).

Na reeducação postural global, que é na verdade é um método fisioterapêutico, o fisioterapeuta trata globalmente os problemas músculo-articulares empregando posturas de alongamento muscular baseadas na normalização da morfologia (SOUCHARD, 2004).

E finalizando, no atendimento domiciliar o fisioterapeuta realiza seu serviço na casa de seu cliente, participa do dia a dia da família e, às vezes, tem um contato mais íntimo com a família, ultrapassando muitas vezes, a relação profissional terapeuta-paciente. Assim como o profissional generalista, o fisioterapeuta domiciliar pode trabalhar com várias especialidades.

O conhecimento e crescimento científico da fisioterapia profissional está em constante desenvolvimento. Novas técnicas, métodos de tratamento, e equipamentos exige do fisioterapeuta uma busca incessante para o aprimoramento técnico e novos conhecimentos, levando também a um esforço que demanda tempo e dinheiro.

## **5–OBJETIVOS**

### **5.1-GERAL**

- Compreender a vivência do estresse ocupacional pelo fisioterapeuta.

### **5.2–ESPECÍFICOS**

- Verificar a percepção de estresse e suas fontes no trabalho do fisioterapeuta;
- Questionar possíveis variáveis de “ *coping* ” (enfrentamento) e de resiliência relacionados com os efeitos de estresse.

## 6-CAMINHO METODOLÓGICO

### 6.1-Characterização dos participantes

Os critérios de inclusão da pesquisa foram fisioterapeutas da grande Goiânia, de ambos os sexos, com no mínimo quatro anos de formação e de exercício profissional, que trabalhem no mínimo 30 semanais e sem nenhuma patologia.

A idéia de entrevistar indivíduos com mais de quatro anos de atuação teve o intuito de investigar uma possível relação da percepção do estresse com o tempo de atuação profissional. Benedetti e Gonçalves (2005) comprovaram em seu trabalho com fisioterapeutas em Goiânia-GO que os profissionais que se submetem e estão mais dispostos a enfrentar uma carga horária tão extenuante, seriam aqueles com menos tempo de profissão pois estariam ainda em fase de inserção no mercado de trabalho.

A inclusão de ambos os sexos, nove mulheres e sete homens, possibilitou a verificação de eventuais relações com o gênero, pois estudos mostram que as mulheres são mais susceptíveis ao desgaste emocional. Esta hipótese poderia se basear no fato de que, no momento, a sociedade exige das mulheres, de maneira geral, uma sobrecarga de atividades, onde a carreira (profissional ou acadêmica) é acrescida das exigências pessoais, biológicas, hormonais, sexuais e sociais (PEREIRA, 2002; LIPP; TANGANELLI, 2002; CALAIS, ANDRADE; LIPP, 2003; IWASAKI; MACKAY; RISTOCK, 2004).

Além dos profissionais que não se enquadram nos critérios de inclusão ou a sua negatividade em participar da pesquisa, não houve critérios de exclusão específicos.

Os dezesseis participantes (tabela 1) foram selecionados de acordo com os princípios da amostragem teórica de acordo a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss nos anos sessenta (Charmaz, 2003). Segundo essa autora, a saturação teórica não existe e a sua amostra é de acordo com as opções de variáveis, ou seja, o grupo estudado não é fechado, mas a sua escolha é intencional. Assim, busca através do construtivismo, buscar o conhecimento.

Procurou-se buscar profissionais nas áreas de atuação fisioterapêuticas

mais comuns (como a ortopedia, neurologia e respiratória), áreas em desenvolvimento (RPG, reabilitação vestibular e atendimento domiciliar) e um profissional que trabalha nas diversas áreas (generalista). A diversidade foi pela possibilidade de encontrar semelhanças ou diferenças entre as especialidades e consequentemente respostas aos nossos questionamentos e interrelação entre as mesmas.

Os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos e consultados quanto ao aceite em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), de acordo com as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (certificado de apresentação para apreciação ética - CAAE nº0004.0.168.000-06). Após aquiescência nesta instância o trabalho foi iniciado.

**Tabela 1:** Participantes segundo área de atuação, gênero, tempo de formação, local de trabalho e se trabalha em docência.

<b>Área</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tempo de Atuação</b>	<b>Local de trabalho</b>	<b>Docência</b>	<b>Filhos</b>	<b>Carga horária/dia</b>
<b>1. Neuropediatria 1</b>	F	7 anos	Instituição filantrópica/ atendimento domiciliar	Sim	Sim	8 horas
<b>2. Neuropediatria 2</b>	F	7 anos	Centro de reabilitação	Sim	Não	9 horas
<b>3. Neurologia Adulto</b>	M	6 anos	Centro de reabilitação/atendimento domiciliar	Sim	Não	7 horas
<b>4. Neuropediatria 3</b>	F	7 anos	Instituição filantrópica/atendimento domiciliar	Não	Não	10 horas
<b>5. Respiratória 1</b>	F	7 anos	Hospital público/Auditoria em fisioterapia	Não	Não	10 horas
<b>6. Ortopedia 1</b>	M	8 anos	Clínica particular	Não	Sim	12 horas
<b>7. Reeducação Postural Global (RPG)</b>	M	9 anos	Consultório particular	Não	Não	9 horas
<b>8. Ginecologia Obstetrícia e Oncologia</b>	F	5 anos	Hospital público/consultório particular	Sim	Não	11 horas
<b>9. Respiratória 2</b>	M	9 anos	Hospital público/consultório particular	Não	Sim	10 horas
<b>10. Ortopedia 2</b>	F	7 anos	Clínica particular	Não	Sim	7 horas
<b>11. Ortopedia 3</b>	F	8 anos	Hospital privado	Sim	Não	9 horas
<b>12. Generalista</b>	M	7 anos	Consultório particular/ centro de saúde/atendimento domiciliar	Não	Sim	12 horas
<b>13. Respiratória3</b>	F	7 anos	Hospital público/ Consultório particular	Sim	Não	10 horas
<b>14. Reabilitação Vestibular</b>	F	4 anos	Consultório particular	Sim	Não	8 horas
<b>15. Atendimento Domiciliar</b>	M	6 anos	Atendimento domiciliar	Sim	Não	12 horas
<b>16. Respiratória 4</b>	M	11 anos	Hospital público/ Consultório particular	Não	Sim	12 horas

## 6.2-Procedimentos

A seleção inicial dos fisioterapeutas foi feita a partir de um contato inicial por e-mail ou telefone. Na amostragem teórica ou proposital, a escolha de sujeitos é realizada em função da probabilidade que o material trazido por eles possa produzir emergência de categorias relevantes para o desenvolvimento do estudo pretendido e assim, possibilitar responder as questões da pesquisa (Strauss, 1987). A partir do aceite do fisioterapeuta, foi marcada: data, local e horário das entrevistas de acordo com a disponibilidade do profissional e da pesquisadora, não tendo assim, um lugar específico. Charmaz (2003) descreve a amostragem teórica como o processo de coleta de dados onde a analista decide quais dados coletar e onde encontrá-los a fim de desenvolver a teoria.

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi estruturadas (Anexo II) gravadas, transcritas e as fitas cassetes serão armazenadas até a defesa pública. O roteiro contém também dados pessoais, de formação profissional e cada indivíduo foi identificado por um número, garantindo sigilo absoluto dos dados.

As transcrições foram analisadas de acordo com a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory*), tendo natureza descritiva, com orientação qualitativa. Segundo Strauss (1987), a *Grounded Theory* têm como objetivo gerar uma teoria ou modelo conceitual que explique um fenômeno social ou psicológico através da análise de dados obtidos sistematicamente a partir de situações concretas.

De acordo com Charmaz (2003) as características da Teoria Fundamentada incluem:

1. Envolvimento simultâneo de coleta dos dados e análise da pesquisa;
2. Desenvolvimento de códigos analíticos e categorias a partir dos dados, não de hipóteses ou conceitos pré-concebidos;
3. Construção indutiva de teorias a partir de seus dados para explicar os comportamentos e processos;
4. Uso de *Memos* ou *Memorandos* que irão guardar informações relevantes na construção da teoria;
5. Comparações entre dados e dados, dados e conceitos, e conceitos e conceitos, para identificar padrões que unem os dados e diferenças que

estruturam os processos. Em conjunto, os padrões recorrentes e as diferenças que emergem dos dados, explicam os processos pesquisados.

Cabe ressaltar que a *Grounded Theory* entende a produção científica como processo de interação entre pesquisador e seu “objeto de estudo”. E sendo um tipo de pesquisa que se propõe a desenvolver uma teoria que emerge dos dados numa perspectiva do método indutivo, ao invés de testar uma hipótese previamente estabelecida, a teoria fundamentada têm se firmado como opção metodológica para produzir conhecimento científico acerca do significado ou a percepção de algum objeto ou contexto para os indivíduos que interagem com ele (CHARMAZ, 2003). Enfatiza a construção de uma teoria sobre o fenômeno estudado; construção esta fundamentada nos dados que vão sendo colhidos (STRAUSS, 1987). Por este motivo se adequou perfeitamente aos nossos objetivos.

## **7-RESULTADOS**

Para melhor entendimento, as categorias foram agrupadas em temas mais abrangentes que serão discutidos a seguir.

A partir da transcrição e da análise dos dados (entrevistas) emergiram as categorias listadas abaixo. Posteriormente discutiremos os dados encontrados na pesquisa.

### **1. Realidade Vivida**

#### **1.1-Questões financeiras**

1.1.1-Remuneração injusta

1.1.2-Falta de dinheiro como empecilho / não realizado por questões financeiras

#### **1.2-Fatores estruturais**

1.2.1-Falta de informação do público / falta de divulgação

1.2.2-Desorganização como categoria / concorrência desleal / falta de tabela de honorários

#### **1.3-Falta de tempo**

1.3.1-Para família e para atividade física

### **2. Estressores Ocupacionais**

#### **2.1 - Conteúdo do trabalho**

2.1.1-Adesão ao tratamento / assiduidade do paciente e problemas com a família

2.1.2-Cobrança do paciente por resultados satisfatórios

2.1.3.-Pacientes graves/ tipo de paciente / limitações do paciente / trabalhar com gente

2.1.4-Dificuldade financeira do paciente

2.1.5-Falta de autonomia profissional

2.1.6.-Falta de valorização profissional / falta de respeito profissional

#### **2.2-Sobrecarga de trabalho**

2.2.1-Excesso de carga horária / número grande de pacientes / qualidade de atendimento

## **2.3-Problemas interpessoais no trabalho**

2.3.1-Dificuldade em lidar com médicos

2.3.2-Dificuldade do trabalho em equipe / cobrança da equipe / trabalho com pessoas estressadas

2.3.3-Dificuldade com fisioterapeutas

2.3.4-Problemas com a chefia

## **3. Sentimentos Revelados**

### **3.1-Sintomas mentais relacionados ao trabalho**

3.1.1-Falta de concentração / falha de memória

3.1.2-Ansiedade / irritabilidade / impaciência /angústia / chateação/ revolta / indignação / desgaste emocional

3.1.4-Incapacidade de se desligar do trabalho

3.1.5-Frustração/ decepção/ desânimo/ preguiça

### **3.2-Sintomas físicos relacionados ao trabalho**

3.2.1-Dor / cefaléia / fasceíte plantar

3.2..2-Cansaço / insônia / alteração visual / cansaço vocal

## **4-Coping**

4.1-Terapia

4.2-Não tem estratégias de *coping*

4.3-Caminhada / alongamento / exercícios de voz / esportes / lazer

4.4-Qualificação

4.5-Trabalhar menos / não trabalhar em áreas que não gosta

4.6-Remédios (ansiolíticos)

4.7-Estourar em casa

## **5-Fontes de Resiliência**

5.1-Realizado profissionalmente (vocação)

5.2-Autonomia profissional

5.3-Se sente respeitado / respeitado pelo paciente

5.4-Boas condições de trabalho

5.5-Religião

## 1. Realidade Vivida

Este tema agrupou dificuldades e problemas vividos pelos fisioterapeutas no seu cotidiano.

### 1.1-Questões financeiras

#### 1.1.1-Remuneração injusta

A remuneração injusta foi amplamente citada por quinze entrevistados (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) levando a apontar a relevância salarial na vida do profissional e mostrar a insatisfação nas áreas pesquisadas.

*“Nunca... De jeito nenhum, não acho que não paga um décimo do que eu faço, do gasto que você tem né? Você tem que está sempre reciclando, tem que está sempre estudando, então, do tempo que você gasta para desempenhar este papel, não é só o tempo que você está aqui né, você tem que está sempre estudando, sempre reciclando [...]”* (neuropediatria 2)

*“Então, você ganha melhor, mas em relação aos nossos colegas de clínica, coitados, é frustrante. Tem gente aí que tá trabalhando para ganhar... É trabalho braçal... Tem secretária que ganha muito mais que um fisioterapeuta em clínica, entendeu?”* (RPG)

1.1.2-Falta de dinheiro como empecilho / Não realizado por questões financeiras

A remuneração insatisfatória leva as outras conseqüências como empecilho para a realização profissional ou realização de atividades que busquem o crescimento profissional. Quatorze entrevistados (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16) relataram a não realização de projetos ou aquisição de bens materiais ou a não realização profissional ligada diretamente a esse fator.

*“[...] você fica frustrado, aí você vê que você trabalha muito, é mal remunerado,*

*quer dizer tem nível superior, mas é tratado como nível técnico, então é complicado isso né?” (generalista)*

*“Esta é uma pergunta complicada, eu estou numa profissão que eu amo, na área que eu gosto, mais a questão financeira deixa bastante a desejar e então assim realizada 100% eu não sou não.” (r. vestibular)*

## **1.2-Fatores estruturais**

### **1.2.1-Falta de informação do público / falta de divulgação**

Aqui oito entrevistados (2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 14) relataram fatores ligados à dificuldade profissional como falta de informação ou falta de divulgação da profissão.

*“Bom... No meio onde eu trabalho eu tive que limitar a estar trabalhando com 2 médicos devido à falta de reconhecimento pelos demais médicos [...] eu acho que por uma falta de conhecimento da profissão e realmente de não quererem se abrir pra isso eles passam a não valorizar o serviço então, nesse ponto, à fisioterapia tem que crescer muito a ponto de eu me sentir completamente valorizada por aquilo que eu faço [...] os colegas de profissão, os médicos, os demais colegas também. Eu trabalho em um hospital: o enfermeiro, fonoaudiólogo, nutricionista, se não reconhecimento, um maior conhecimento do que nós fazemos, da profissão.” (r.vestibular)*

*“Pra mim é a necessidade de estar afirmando a importância da fisioterapia o tempo todo, a necessidade do profissional, a valorização da profissão isso pra mim é o mais estressante.” (respiratória 3)*

### **1.2.2-Desorganização como categoria/ concorrência desleal/ falta de tabela de honorários**

Apesar da profissão ser regulamentada, ter tabela de honorários e ter órgãos que representam a categoria um dado importante no nosso trabalho é a queixa da “não organização” da profissão levando a uma insatisfação na realização do trabalho

e concorrência desleal. Neste item 3 participantes (2, 7, 12) nos mostram isto.

*“[...] em relação a outros aspectos que eu falei que é mais a questão de classe eu não posso, eu me sinto meio impotente, incapaz, porque a nossa classe não é unida ,a classe da fisioterapia, então todo mundo reclama desde que eu me formei, mas nada foi mudado até hoje.” (neuropediatria)*

*“[...] Nós não temos apoio nenhum de conselho aqui, né? O que nós temos de conselho? Entendeu? O conselho nunca veio me perguntar se eu estou trabalhando bem, como é que eu estou trabalhando, se o pessoal tá me reconhecendo,... Se eu tô tendo apoio de convênio... Não tem informação. Nunca vi nenhuma divulgação dando uma força pro fisioterapeuta, qual era o nosso nível de atuação. Em relação ao piso salarial: nunca vi o conselho vir brigar para a gente receber o piso salarial, que é por lei que ganha. Nunca vi isso.” (RPG)*

*“[...] por conta desta desorganização, assim, a gente fica meio temeroso de perder o emprego, de perder a clientela pra um outro colega, ainda tá o desrespeito no que se diz a concorrência. É complicado, torna-se desleal e começa a ser complicado, porque aí um quer ganhar o espaço, o outro quer manter o seu espaço então quem perde é a gente mesmo porque a gente não tem, por exemplo, um valor base de atendimento, tem aquela relação de honorários, mas ninguém respeita.” (generalista)*

### **1.3-Falta de tempo**

#### **1.3.1-Para família e para atividade física**

Outro fator intimamente ligado ao trabalho e que tem conseqüências diretas na vida de dos entrevistados foi à *falta de tempo*. Como limitação para o convívio familiar para dez fisioterapeutas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 15, 16) e para a prática de atividade física, cinco participantes (1, 3, 8, 12, 13).

*[...] “não o tempo suficiente. Minha família reclama muito em relação ao tempo isso, mas realmente é muito escasso [...] a falta de tempo realmente é o determinante*

*porque muitas vezes eu quero chegar em casa e quero dormir e pronto. Ficar quietinho por causa do meu cansaço físico mesmo, chego a ficar esgotado.” (neuro adulto)*

*“Muito menos do que eu queria. Tenho meus filhos que, às vezes, o fator trabalho, fator estudo, às vezes não tem como eu ficar mais tempo com eles. E assim, a gente vai levando.” (ortopedia 1)*

*“É ai que entra, então às vezes você tem mais tempo, porém não tem o dinheiro, ou senão você morre de trabalhar e tem um pouco mais que também não é tanto assim, só que você não tem tempo para fazer nada então, nossa situação é essa.” (neuropediatria 2)*

## 2. Estressores Ocupacionais

Em *estressores ocupacionais* reunimos categorias que foram citadas como fontes de estresse que inevitavelmente fazem parte do contexto do trabalho.

### 2.1 - Conteúdo do trabalho

2.1.1-Adesão ao tratamento / assiduidade do paciente e problemas com a família

Na categoria *adesão ao tratamento, assiduidade do paciente e problemas com a família* reunimos dados que mostram a dificuldade encontrada por quatro fisioterapeutas (1, 2, 4, 15) da área neurológica e domiciliar.

*“[...] numa situação realmente de estresse pela ansiedade das mães, da família, pela cobrança que a própria instituição impõe, a gente acaba também se deparando com algumas dificuldades como, por exemplo, as faltas que são freqüentes porque as crianças acabam adoecendo muito por terem problemas respiratórios freqüentes, dificuldades de acesso à instituição, então essas faltas acabam comprometendo muito a evolução do paciente e isso deixa o profissional um pouco frustrado o que leva também a situação de estresse freqüente.”* (neuropediatria 1)

*“A família...O que acontece, a família não faz uma parceria com a gente ela quer nos dar o paciente. Toma que o paciente é seu, resolve e depois que ele tiver bem legal você me passa o paciente. E não é assim, é muito importante a continuidade em casa e a família não consegue, às vezes porque já ta sobrecarregada, às vezes porque realmente não tem envolvimento, aí entra vários aspectos familiares.”* (neuropediatria 2)

### 2.1.2-Cobrança do Paciente (Resultados Satisfatórios)

Outro aspecto importante citado por seis fisioterapeutas (1, 4, 7, 9, 11, 14) é a *cobrança do paciente* por resultados satisfatórios levando o fisioterapeuta a um estado de tensão pela resposta satisfatória que muitas vezes, dificultam ou atrapalham a execução do trabalho que, muitas vezes, independe do fisioterapeuta e sim, pela gravidade do quadro clínico ou da patologia.

*“[...] os nossos pacientes, na neurologia esperam um milagre, aliás, todo o paciente doente quer um milagre. E não se conformam que ele vai continuar com aquilo, mas vai viver bem dentro das possibilidades, mas isso é impossível dele entender. E a questão do tempo, hoje todo mundo quer agilidade, então chega com uma dor, amanhã já quer tá curado, sem nada; quer um remédio ou sei lá uma “benzerão”, eles procuram tudo, né?”* (neuropediatria 2)

*“[...] porque muitas vezes esses pacientes são indicados porque falhou a medicação, porque falhou outro recurso da área médica então ele chega pra mim como uma última saída e aí nesse ponto às vezes eu me sinto pressionada a realmente querer ver também a eficiência o quanto antes pela própria ansiedade do paciente.”* (r. vestibular)

### 2.1.3.-Pacientes Graves/ Tipo de Paciente/ Limitações do Paciente / Trabalhar Com Gente

Esta categoria foi abordada por oito participantes (1, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 15), questões relativas à população atendida e que refletem diretamente na execução do trabalho e na resposta ao tratamento.

*“Cuidar de paciente prematuro é uma coisa assim, eles são muito imprevisíveis, na mesma hora, que eles estão ótimos, de repente, em segundos, eles pioram. Ai vem todo questionamento da mãe, mas ele estava ótimo, tava respirando sozinho, agora ele tá entubado, com este aparelho [...]”* (respiratória 1)

*“[...] no caso o contato na área que eu atendo, ele é pelo menos uma vez por semana, a intimidade no contato, onde eu acho que às vezes é o que estressa é ter que escutar muito, é ter que passar a maior parte do tempo lidando com as limitações deste paciente.” (r. vestibular)*

*“[...] no atendimento domiciliar a gente convive com diversas famílias, diversas realidades cada uma delas tem que aplicar uma linha, particularidade de cada família, orientar, buscar adesão ao tratamento.” (atendimento domiciliar)*

#### 2.1.4-Dificuldade Financeira do Paciente

Dois fisioterapeutas (7, 15) citam a dificuldade financeira como fonte de estresse.

*“[...] mas, às vezes, você vê a dificuldade do paciente e você tem acabar... aceitar o mercado para fazer um preço de convênio de saúde que não cobre. Se você por uma sessão por 80 reais, o paciente não pode pagar 10 sessões pra você, 800 reais de uma vez. Pouquíssima gente tem essa folga no salário de pagar 800 reais, então você tem que baixar, entendeu? Você cai o preço, negocia, divide, entendeu?” (RPG)*

*“[...] além da parte física têm o psicológico também, conviver com o doente o tempo todo com as limitações, dificuldades financeiras até da própria família, tomar cuidado pra não se envolver tanto, porque senão você acaba sofrendo também.” (atendimento domiciliar)*

#### 2.1.5-Falta de Autonomia Profissional / Metas Impostas

*Falta de autonomia profissional* foi citada por quatro fisioterapeutas (2, 3, 10, 11), mostrando que a dificuldade de poder controlar e decidir questões ligadas ao seu trabalho provoca insatisfação na execução do seu trabalho. Mesmo porque, o profissional é habilitado e capacitado pra tomar as decisões pertinentes ao seu paciente e a sua conduta.

*“Autonomia... É eu acredito assim, a gente não tem total autonomia pela questão de tempo de atendimento que já é pré-estabelecido né...No meu caso né...Então a gente deveria de pré-estabelecer os atendimentos, por mais que o local fale que são, vamos dizer, 1 hora, tem paciente que só rende 20 minutos [...] a criança estressou foram 15 minutos, antes 15 minutos bem feitos do que 1 hora com choro e insatisfação, mas não entendem o pessoal tem muita idéia que quanto mais...melhor. E a outra questão é que nós não trabalhamos sozinhos também. Então por não haver este respeito em relação aos outros profissionais eu vou até um ponto, mas eu preciso,...Eu não sou dona do pacientes [...].” (neuropediatria 2)*

*[...] “autonomia total a gente não tem, então o que a gente faz é.... Isso também não são com todos os médicos, como o hospital é hospital ortopédico geral, a gente trabalha com todo tipo de cirurgia, normalmente são pós-operatórios e, então alguns médicos mandam as receitinhas deles [...] incomoda receber as receitas, tipo quando eles mandam só dizendo que ele precisa de fortalecimento muscular e ganho de amplitude tranqüilo, agora quando ele precisa de laser, ultrassom, ondas curtas e tens pro mesmo paciente, às vezes eles pedem 3 calores profundo pro mesmo paciente, ondas curtas em dedo... então é meio complicado.” (ortopedia 3)*

#### 2.1.6.-Falta de valorização / respeito profissional

Oito entrevistados (2, 3, 4, 5, 6, 9, 14, 15) relataram *falta de valorização profissional ou falta de respeito profissional* na execução do seu trabalho.

*“Discutir aonde eu trabalho a gente consegue discutir bastante. O que às vezes acontece é que a gente ainda falta essa questão do respeito, às vezes a gente é um pouco limitado enquanto entre aspas” somente” um mero fisioterapeuta.” (neuro adulto)*

*“Não, não como deveria pelo grau de esforço e dedicação que eu tenho, eu não me sinto respeitada. Pela questão que eu já falei, mesmos os profissionais, mesmo os pacientes por mais que você fale, tipo: “olha você tem que fazer isso, né?”” Você explica, fundamenta, tudo...ele só vai fazer depois que ele vai num médico e ele fala, aí sim o paciente faz. Mas com você que tá lá todo dia né? Próximo, deveria ter uma*

*confiança muito maior eu vejo que não é só comigo, é com os colegas de maneira geral.”* (neuropediatria 2)

## **2.2-Sobrecarga de trabalho**

### 2.2.1-Excesso de Carga Horária /Número Grande de Pacientes/ Qualidade de Atendimento

O excesso de trabalho imposto ou voluntariamente assumido são fontes de estresse identificados por onze fisioterapeutas (1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15), disseram ter *excesso de carga horária* ou *numero grande de pacientes* e consequentemente interferindo na *qualidade de atendimento*.

*“[...] atendo hoje uma média de 120 pacientes por dia, então são pacientes e muitos diagnósticos diferentes, a responsabilidade é muito grande [...] eu atendo um volume muito grande de paciente, não dá para fazer tudo o que eu queria. Têm muitos pacientes que eu poderia dar uma atenção maior, mas não tem jeito por causa do tempo e pela quantidade, fluxo de pacientes.”* (ortopedia 1)

*“Lá eles trabalham com esquema de “qualidade total” e tratamento de volume máximo de paciente e é por meta. Então como a gente já tá atendendo bem 120 pacientes a meta é atender 150. Graças a Deus, vêm os feriados e os pacientes faltam. Marcados têm 150, mas que vão são mais ou menos 120 [...] Interfere, e aí que eles têm mais vantagens porque o paciente não vai melhorar, vai permanecer por mais tempo, vai pagar mais guias e o hospital vai ganhar mais.”* (ortopedia 3)

## **2.3-Problemas interpessoais no trabalho**

### 2.3.1-Dificuldade em lidar com médicos

Sendo o fisioterapeuta um profissional da saúde, a *dificuldade em lidar com médicos* foi relatada por dez (2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 13, 14, 16) participantes mostrando que indiferente da área de atuação há esse problema entre essas categorias, talvez

por falta de informação ou desconhecimento da função e competências do fisioterapeuta.

*[...]“ às vezes o médico chega quer mandar o protocolo que a gente tem seguir e o que tem de fazer [...].” (ortopedia 2)*

*“O médico não aceita e depois nem reconhece o que a gente falou, nem lembra. A gente é fisioterapeuta, mas eles não têm essa visão de que a gente realmente sabe. Até quando eles podem confiar na gente e não confiam.” (respiratória 1)*

*“Já tentamos e eles são intransigentes. Só aceitam conversa quando, por exemplo, vem paciente com osteosarcoma e eles pedem ondas curtas pra coluna. Aí a gente liga e fala: “olha esse paciente é contra indicado, a gente vai matar ele por sua conta”. Aí nesses casos eles liberam se não, não.” (ortopedia 3)*

*[...] “agora existem, como a gente ta falando de área da saúde médico é “Deus”, existem situações a onde a gente tem que tá o tempo inteiro reafirmando a importância do nosso trabalho, mas na maioria das vezes sim... As poucas vezes em que senti menos respeitada foi em especial com o médico.” (respiratória 3)*

2.3.2-Dificuldade do trabalho em equipe / cobrança da equipe / trabalho com pessoas estressadas

*A dificuldade do trabalho em equipe, cobrança da equipe ou trabalho com pessoas estressadas* foi um tema relatado principalmente por profissionais (5, 13, 16) que trabalham em hospitais onde existe um atendimento multiprofissional e citado por uma fisioterapeuta (2) da área de neuropediatria. Frequentemente em hospitais, dependem de outros profissionais para a execução da função tornando o ambiente de trabalho tenso e desgastante emocionalmente.

*“Bom, o trabalho na UTI é muito estressante, a responsabilidade, a cobrança da*

*equipe e também, o tipo de paciente que é recém-nascido, prematuro, criança, e, até mesmo o ambiente em si, não só atuando profissionalmente, mas até as pessoas que estão ao nosso redor. São pessoas, assim, totalmente estressadas, tem três empregos, fazem 12 por 36, às vezes ficam mais de 36 horas sem dormir, então é um desgaste da equipe também.”* (respiratória 1)

*“[...] a relação entre os componentes da equipe muitas vezes é uma relação melindrosa e acaba tornando o ambiente de trabalho não adequado pra convivência de todo mundo.”* (respiratória 3)

*“Olha com sinceridade o que me deixa nervoso é...., vou ser sincero, é isso vem lá na primeira pergunta quando eu percebo que tem profissionais de outras áreas que tem ciúmes...tipo assim quer....Não é da nossa área não, mas que quer mandar, quer impor de uma maneira....Falta de ética...falta de educação.”* (respiratória 4)

### 2.3.3-Dificuldade com fisioterapeutas

Um dos pontos relatados pelos fisioterapeutas foi um problema de categoria profissional que foi abordada por cinco participantes (2, 7, 9, 10, 12) que disseram ter tido problemas com relação à ética profissional, mostrando a necessidade em se respeitar o trabalho e o espaço do colega.

*“A Classe é horrível. A Classe não tem integração, não tem amizade. E a necessidade de outra pessoa te puxar o tapete é uma coisa incrível.”* (respiratória 2)

*“[...] eu conheço gente recém-formada que está totalmente desempregada. Tem gente atendendo pra ganhar aí mixaria por mês, entendeu? E sai falando que tem RPG... e começa a cobrar sessão muito mais barato, sabe? Então você vê uma coisa que, eu fico preocupado, não só comigo, mas com toda a classe profissional, futuramente. Tá apertado.”* (RPG)

### 2.3.4-Problemas com a chefia

Este assunto foi citado por cinco (2, 4, 7, 9, 10) fisioterapeutas.

*“[...] E a questão do respeito com as condições do trabalho a gente vê que mesmo quem é assalariado, as chefias né, elas não tem uma visão de respeito pelo fisio quer sobrecarregar, a gente começa atendendo cinco de repente quer que você comece atender 10, só quer aumentar a produtividade, você é um ser humano não dá, é impossível, começa reduzir atendimento, diminuir, então o respeito é pequeno, muitooo.”*  
(neuropediatria 2)

*“A chefia [risos]... Não a chefia total não, só a administradora nova do hospital que é essa que exige essa superprodução e com isso, por exemplo, não se tem aumento de material, não se tem aumento de pessoal na equipe, então à gente tá tendo que reduzir tempo de aparelho. Então o paciente que antes fazia, por exemplo, 20 minutos de TENS, 15 de Ondas Curtas e alguma coisa a mais, essa uma coisa a mais a gente tirou. Ela pediu pra cortar porque 20 de tens é um absurdo tinha que ser 15.”* (ortopedia 3)

### 3-Sentimentos Revelados

Neste tema surgiram relatos de sentimentos, emoções ou sofrimento físico atribuídos pelos participantes ao estresse ocupacional.

#### 3.1-Sintomas mentais relacionados ao trabalho

##### 3.1.1-Falta de concentração / falha de memória

*A falta de concentração, falha de memória ou desgaste mental* são sintomas presentes na vida de sete entrevistados (1, 2, 3, 4, 5, 9, 12).

*“Quando você está muito estressada com muita coisa, nervosa, preocupada, parece que a memória da gente falha. Você vai falar uma coisa você esquece, vai fazer alguma coisa fica andando pra lá e pra cá, não lembra o que foi fazer naquele lugar, não consegue lembrar o que você queria fazer.”* (neuropediatria 3)

*“A gente perde um pouco a memória, afeta um pouco... Quer dizer tudo meu tem ser anotado, bem detalhado.”* (generalista)

3.1.2-Ansiedade / irritabilidade / impaciência /angústia / chateação / revolta / indignação/ desgaste emocional

Os sintomas acima foram citados por nove participantes (1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12) nas diferentes áreas de atuação vendo semelhanças no serviço público e privado.

*“[...] você sente mais dor generaliza mais, é uma coisa assim que o emocional abala, você fica angustiada, chateada, vem decepção, frustração.”* (neuropediatria 1)

*“... Revolta, estresse, tudo isso. Ganhar pouco e trabalhar muito”.* (respiratória 2)

*“Em mim, com irritação em relação à própria profissão. Dor muscular eu não*

*tenho, estresse com outros profissionais não, mais dá uma indignação porque você está vendo que deveria ser contratados mais profissionais para suprir a demanda porque a qualidade com certeza é mais baixa do que deveria ser [...] Eu sei que os momentos em que eu estou lá são os que mais me irritam, mas eu não passo isso pros pacientes, nem pros outros colegas, mas é uma coisa que incomoda. É aquele ambiente que ta incomodando. Fora de lá não tem problema...” (ortopedia 3)*

### 3.1.3-Incapacidade de se desligar do trabalho

Outra forma de sofrimento emocional é a *incapacidade de se desligar do trabalho* citado por sete participantes (1, 2, 3, 4, 5, 9, 12).

*“Não, eu sonho com paciente. Aí eu chego na segunda-feira e falo “sonhei que aquele paciente morreu”, e o paciente está vivo, eu não consigo me desligar totalmente não. Eu não deixo de pensar, às vezes meu pensamento vai assim longe, mas eu não desvinculo.” (respiratória 1)*

*“[...] estudando, discutindo, montando protocolo, fazendo folder de alongamento para paciente, essas coisas.” (ortopedia 1).*

### 3.1.4-Frustração / decepção / desânimo / preguiça

Os sintomas e sentimentos de *frustração, decepção, desânimo, preguiça* foram citados por seis participantes (1, 4, 7, 9, 11, 14) com relação direta ao exercício profissional.

*“Desânimo para atender. A realidade mais é essa... Tem dia que você ta num desânimo para atender... É complicado. Dá uma preguiça de vir trabalhar, aquela coisa toda e tal. Não é um trabalho, assim, que você atenda mal, mas meio frustrado, vamos dizer a palavra certa. Sem um pouco sem perspectiva pra frente.” (RPG )*

*“Ah eu acho muito complicado..., Sinceramente, eu assim, eu me dei mais 3 anos nessa profissão, porque o que eu vejo com esse monte de faculdade, ainda mais*

*a gente que tem contato com estagiário aqui, acho que eles são muitos sem compromisso, minha esperança era assim que vindo profissionais melhores seria mais reconhecido, mas o que a gente tá vendo é o contrário é só número. Ou é um ou outro que é muito bom profissional.” (neuropediatria 3)*

*Uma das participantes (14) parecia nem ter palavras:*

*“Desânimo..... com certeza..... Desânimo....” (r. vestibular)*

### **3.2-Sintomas físicos relacionados ao trabalho**

#### **3.2.1-Dor / cefaléia / fascíte plantar**

A sobrecarga de trabalho aliada ao tipo de atividade desenvolvida traz *sintomas álgicos* para oito profissionais (1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10) como *dores e cefaléia*.

*“Eu sinto às vezes, dor lombar com uma certa freqüência, dor nos punhos também, a dor vem de forma repentina e desaparece depois de alguns dias da mesma forma e quando fico muito tensa eu sinto muita cefaléia então é: a dor na coluna, a dor no punho e a cefaléia.” (neuropediatria 1)*

*“Tenho dor nos dois pulsos, trabalho manual, fazer o quê.” (respiratória 2)*

*“Ah tenho dor na coluna ....Lombalgia...no dia que a gente atende mais, é mais corrido o cansaço vem com essa dorzinha também na coluna, mas nada diagnosticado só dor de cansaço mesmo....” (ortopedia 2).*

#### **3.2.2-Cansaço/ insônia / alteração visual/cansaço vocal**

*Cansaço, insônia, alteração visual ou cansaço vocal foram sintomas citados por nove (1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 13) participantes como uma constante no trabalho.*

*“... Depende, tem dia que eu saio mais tranqüila, mais depois de 8 horas de*

*trabalho às vezes, 9 horas de trabalho por dia a gente sai quase sempre muito cansada, mais depende do dia, de como que rendeu, mas quase sempre eu tô cansada porque meu trabalho é desgastante, trabalhar com neuropediatria é desgastante.” (neuropediatria 1)*

*“Um cansaço constante, físico, em termos de dor, não.....muito cansada e sem ânimo pra fazer mais nada.....” (respiratória 3)*

*“Dor muscular, cansaço vocal. Você sente doer suas cordas vocais durante o dia.” (ginecologia/obstetrícia).*

## **4-Coping**

Nesta categoria foram citados manejos de enfrentar o estresse relatado pelos participantes.

### **4.1-Terapia**

A *terapia ou psicoterapia* foi relatada por duas fisioterapeutas (2, 14).

*“Eu faço terapia. [risos] para conduzir melhor meus atendimentos, separar um pouco mais, porque a relação nossa é muito próxima do paciente e eu trabalho com neurologia é mais ainda, tem a expectativa da família, do paciente e a minha própria que às vezes, a gente quer brincar de ser Deus também; e faço ioga.”* (neuropediatria 2)

*“..... Eu procuro ouvir meu paciente, mas eu também tenho quem me ouça. Então eu procuro fazer terapia e tentar muitas vezes separar o que é a limitação do paciente, do que é minha, eu procuro fazer isso e tenho conseguido lidar bem.”* (r. vestibular)

### **4.2-Não tem estratégias de coping**

Duas fisioterapeutas (5,10) citam não ter nenhum manejo de estresse.

*“Nada. [risos]”.* (respiratória 1)

*“Ah o que eu faço.... É não faço muita coisa não... risos.... Acaba que a gente vai agüentando. Eu to até sedentária, não tenho nenhuma atividade extra [...].”* (ortopedia 2).

### **4.3-Caminhada / alongamento / exercícios de voz / esportes / lazer / yoga**

De acordo com os entrevistados, dez (2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 15) usam o

*esporte e o lazer como estratégias de combate ao estresse ocupacional. Entre as atividades citadas estão: caminhada, alongamento, exercícios de voz, aikidô, futebol, musculação, basquete.*

*“Jogo basquete na segunda e jogo futebol na quinta..... Tem uns quatro meses e eu pratiquei dois anos de tiro também. Que, aliás, ajudou desestressar do não sei o que, mas foi bom.”* (respiratória 2)

*“Vou para minhas aulas de Aikidô [RISOS]. Vou lutar e descarregar... Faço artes marciais (aikido) há um ano e meio. Quando eu não fazia a minha carga de estresse era um pouco maior e o cansaço durante o final de semana durava mais.”* (ortopedia 3)

*“Eu faço auto-alongamento, quando dá eu tento fazer uma caminhada e eu tento fazer exercícios de fonoaudiologia para melhorar a dicção, para relaxar as cordas vocais.”* (ginecologia/obstetrícia)

#### **4.4-Qualificação**

Interessante notar que uma fisioterapeuta da área de respiratória (13) usa também o aprimoramento profissional como forma de  *coping*.

*“Bom, eu procuro primeiramente.. É... ser uma profissional qualificada mostrar o meu serviço e fazer com que as pessoas que trabalham comigo confiem naquilo que estou fazendo e nas minhas condutas [...]”* (respiratória 3).

#### **4.5-Trabalhar menos / não trabalhar em áreas que não gosta**

Outra estratégia citada por dois (7, 12) profissionais foi *trabalhar menos* ou *não trabalhar em áreas que não gosta*.

*“Eu procuro não trabalhar nos finais de semana, sábado e domingo eu não trabalho justamente por isso, pra ter carga pra trabalhar durante a semana toda.”*  
(generalista)

*“[...] Eu tento, às vezes, tem dia da semana, às vezes eu dou uma, vamos dizer assim, uma doideira, eu desmarco algum período, tiro algum período para mim do dia. Tô tentando evitar não atender sábado e domingo mais. É realmente abdicar, muitas vezes eu perco dinheiro. Muitas vezes liga, igual, por exemplo, sábado passado um cliente queria marcar sábado à tarde. Eu falei: “Amigo, sinto muito”. Quer dizer, eu podia atender um paciente particular, mas sabe? Talvez você abra mão para tentar tirar um tempo para você, ir ao cinema, tentar ter um pouquinho de lazer. Não se deixar virar escravo da profissão, preocupado só em ganhar mais, entendeu? Você às vezes pegar coisas que não são muito do seu gosto. Por exemplo, atender em outra área, que não é a do seu gosto, eu sou convidado para dar aula, que não é muito meu espírito. Acho que dar aula pra ganhar um dinheirinho extra não é minha função. Porque você vai enganar os alunos.”* (RPG)

#### **4.6-Remédios (ansiolíticos)**

Duas participantes (4, 5) usam ansiolíticos como auxílio ao estresse.

*“[...] Porque eu estou fazendo tratamento pra colesterol e nesse tratamento eu estou tomando um ansiolítico, então não. Mas se você me perguntasse em janeiro eu responderia com certeza: sim.”* (neuropediatria 3)

*“Eu tento me controlar ao máximo. Eu tomo o medicamento, tomo um inteiro, e esses dias agora, eu tive até que aumentar a dose. Mas não pelo trabalho, acho que foi geral, afetou tudo e pra não prejudicar o meu trabalho, vida pessoal, financeiramente, relacionamento com a sociedade, eu tive que aumentar a dose pelo grau de ansiedade estar aumentado.”* (respiratória 1)

#### 4.7-Estourar em casa

A categoria que aborda uma forma peculiar de enfrentamento é de usar o *desabafo em casa com familiares*, onde três entrevistados (10, 11, 12) disseram usar esse tipo de manejo em casa.

*“Normalmente é mais em casa, a gente desconta em quem tá perto e que tá mais acostumado.” (ortopedia 2)*

*[...] “Fora de lá não tem problema. A não ser que aconteça uma coisa muito complicada lá dentro que eu chego em casa na hora do almoço e dou uma “estourada” e alívio. Batendo porta, atingindo gente que não tem nada a ver normalmente, minha mãe, meus irmãos e eu já explico o que aconteceu, eles já entendem e acalma e pronto.” (ortopedia 3)*

## 5-Fontes de Resiliência

Nesta categoria foi abordada a capacidade dos participantes de se protegerem das possíveis adversidades do trabalho e demonstração de competência apesar das dificuldades encontradas na profissão.

### 5.1-Realizado profissionalmente (vocação)

No tema *realização profissional* doze fisioterapeutas (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16) relataram serem realizados profissionalmente apesar das dificuldades encontradas no âmbito profissional.

*“Sou sim, muito. Por tudo que eu já consegui, por tudo que eu tenho na minha vida foi depois que eu me formei pelo meu trabalho, pelo meu esforço junto com do meu marido, então assim tudo que eu já consegui hoje, pelo respeito que eu tenho, eu sou sim.”* (neuropediatria 1)

*“Sou, sou em termos de vocação, gratificação pessoal né, em termos assim, então eu gosto muito do que eu faço.”* (neuropediatria 2)

*“Sou com certeza. Mesmo com esse estresse físico eu me considero realizado com a fisioterapia.”* (neuroadulto )

*“Sou, faço o que eu gosto, porque não tem coisa melhor, eu falo isso muito pras pessoas, pros colegas que estão formando ou que estão prestes a formar: faça o que você gosta, se você está fazendo por causa de dinheiro, você não vai ser bom profissional, qualidade não vai ter, dinheiro não é tudo”.* (respiratória 1)

### 5.2-Autonomia profissional

A *autonomia profissional* foi citada por doze participantes (1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13 14, 15, 16) mostrando que apesar da dificuldade anteriormente relatada

nas relações com outros profissionais, existe uma relevância referente à suas opiniões e decisões.

*“Tenho, nos dois locais que eu trabalho, isso nunca foi problema, eu sempre tive autonomia pra guiar a área de atuação fisioterapia dentro das duas instituições que eu trabalho e sempre fui respeitada, quanto a isso nunca tive problema.”*  
(neuropediatria 1)

*“Não, quanto a isso eu faço questão que nós tenhamos essa liberdade; pelo menos eu procuro o máximo essa liberdade e também discuto com outros profissionais da área de saúde a importância disto. Eu me esforço bastante e ainda hoje eu consigo ter essa autonomia com relação à alta e prognóstico.”* (neuroadulto)

*“[...] Hoje, o paciente é meu. Eu que evoluo com ele, eu faço da forma que eu quero com ele melhor, eu posso mudar a conduta a hora em que eu quiser.”* (RPG)

### **5.3-Se sente respeitado / respeitado pelo paciente**

O respeito profissional acontece para nove fisioterapeutas (1, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16). Eles citaram que se sentem respeitados pelo paciente ou por outros profissionais que convivem no dia a dia.

*“Em relação ao paciente, como a gente tem muito contato com o paciente, a gente cria um vínculo muito forte, então o respeito acaba acontecendo porque eles vêem o resultado à medida que vai fazendo a fisioterapia, embora seja um processo lento, mas à medida que ele vai tendo resultado ele vai respeitando a profissão [...]”.*  
(generalista)

*“Isso mesmo, já tenho respeito. Aqui no “Hospital X” foi até muito difícil começar a ginecologia-obstetrícia por incrível que pareça nós temos dois perfis de médicos: os muitos novos e os muitos velhos; é lógico com grande sabedoria. Para você mostrar para esses segundos, pra essa população, que exercícios perineais e que eletroestimulação melhoravam a incontinência urinária podendo diminuir o número*

*de cirurgias foi um pouquinho difícil. E hoje em dia, esses pacientes têm total acesso ao ambulatório.” (ginecologia/obstetrícia)*

#### **5.4-Boas condições de trabalho**

Apenas dois participantes (9, 16) relataram ter *condições adequadas* para o trabalho fisioterápico.

*“[...] aqui quase não temos contato com os familiares. É uma área fechada, o acompanhante fica fora, tem o horário de visita dele. Não tem pressão, nada disso não. E a equipe trabalha integrada, são ótimos profissionais. Tem equipamento, tem equipe e tem medicamento, tem tudo, não tenho o que reclamar. Essa é a vantagem do hospital público, o que não acontecia no hospital particular. Tanto é, que eu larguei de trabalhar em hospital particular por falta disso.” (respiratória 2)*

#### **5.5-Religião**

A religiosidade foi citada por duas entrevistadas (4, 8) como veremos nos relatos a seguir.

*“Assim eu acho que eu tenho um grupo que eu participo né, novo de uma nova religião que está tendo aí e isso me ajuda bastante.” (neuropediatria 3)*

*“[...] Deus está presente na minha vida de uma maneira muito forte. E na minha concepção quando você acredita em Deus, Ele já te encaminha você a realizar todas as coisas que Ele quer que você faça. E tive, passei dificuldades assim: saudade da família, querer voltar para casa eu acha que é normal para todo mundo. Mas, desistir não.” (ginecologia/obstetrícia)*

## 8-DISCUSSÃO

Neste estudo foi detectado uma série de fatores que constituem fontes de estresse. E a intenção desta última parte da dissertação é relacionar os achados com a literatura científica relevante.

As fontes de estresse do fisioterapeuta estão intimamente ligadas a fatores relacionados ao ambiente e a organização do trabalho como: salários, sobrecarga de atividade, falta de autonomia profissional e o próprio tipo de trabalho. Este dado está em acordo com uma pesquisa feita na Turquia que encontrou que a boa relação com a chefia, relações interpessoais, salário e crescimento profissional são os principais determinantes da satisfação profissional de fisioterapeutas (EKER et al., 2004).

Apesar da profissão ter suas próprias regulamentações, ainda há uma dificuldade nas questões de autonomia e independência profissional estando, muitas vezes o fisioterapeuta, subordinado a outros profissionais, mais especificamente a categoria médica. Junte-se a isto que é uma profissão que ainda não se uniu como categoria representativa e unida, pelo menos em Goiás, dificultando ainda mais o processo de reconhecimento profissional. Muitos colegas se submetem a um trabalho exaustivo por um baixo salário e por isso, tem que trabalhar mais que oito, dez horas por dia para poder ter uma renda razoável, apesar da Lei nº8.856 de 1º de março de 1994 determinar não mais que trinta horas semanais.

Existe uma grande insatisfação em relação aos valores pagos pelos planos de saúde. Os convênios de saúde, normalmente repassam ao profissional um valor baixo pelo tempo da sessão de fisioterapia e, muitas vezes, exigem tratamento por segmentos separadamente, não reconhecendo um tratamento global. Na nossa pesquisa, houve uma unanimidade entre os profissionais entrevistados sobre a questão salarial, onde os participantes relatam estar insatisfeitos com o salário. E como consequência têm que ter uma elevada jornada de trabalho para poder suprir suas necessidades materiais. Outro fator relevante é o grande número de faculdades de fisioterapia em Goiânia e cidades próximas trazendo uma competição elevada causando um desgaste no processo de trabalho.

Romani (2001) acredita que, atualmente há uma substituição de empregos

com remuneração fixa por empregos com remuneração por produtividade, mudando o tipo de vínculo empregatício. Se num primeiro momento essa relação sugere maior autonomia profissional, acaba por submeter os profissionais a cargas de trabalho superiores aos seus limites fisiológicos e pessoais. Essa tendência é agravada pelo grande número de clínicas especializadas que pagam baixos salários exigindo alta produtividade como foi encontrado em nosso estudo. Peiró (1992) vincula salário mais alto a maior satisfação pessoal e profissional. Se não há perspectiva dessa condição, maior a possibilidade de estresse.

Em um estudo de Souza, Fraga e Sampaio (2005) com fisioterapeutas que trabalham em hospitais da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, foram avaliadas as possíveis causas para a prevalência das desordens músculo-esqueléticas nestes profissionais e foram encontrados que 41% trabalham mais que oito horas diárias e 82% julgaram não ser bem remunerado financeiramente.

Na pesquisa de Bork et al (1996) foi identificado os fatores mais freqüentes de risco do trabalho citados por 1160 fisioterapeutas americanos e entre eles estão o número excessivos de pacientes por dia e realização de horas extras. Da mesma forma, Souza, Fraga e Sampaio (2005) investigando as sobrecargas posturais em fisioterapeutas encontrou que mais de 67% dos profissionais pesquisados tem carga de trabalho acima de 10 horas por dia refletindo como sobrecarga física e expondo o profissional a riscos de sua saúde.

Essa sobrecarga de trabalho está ligada principalmente a serviços privados onde o fisioterapeuta é assalariado ou ganha por porcentagem de atendimentos. Nota-se que na nossa pesquisa uma entrevistada da área ortopédica disse trabalhar cumprindo metas, descaracterizando o atendimento em saúde onde nos guiamos por aspectos ligados ao quadro clínico e sintomas de sua patologia. Também encontramos profissionais que trabalham até doze horas por dia e que chegam a atender 120 pacientes por dia.

Ao contrário do trabalho de Benedetti e Gonçalves (2005) citado anteriormente, que encontrou relação entre menor tempo de profissão e excesso de carga horária, em nosso trabalho, o tempo de graduação ficou entre quatro anos e onze anos de profissão e ainda assim, os profissionais pesquisados permanecem com alta sobrecarga de trabalho, provavelmente devido à baixa remuneração profissional.

Semelhante à atividade do fisioterapeuta, as fontes de estresse na atividade gerencial dos enfermeiros, a sobrecarga de trabalho é o que determinou maior estimativa de risco relativo de estresse na pesquisa de Lautert, Chaves e Moura (1999). As autoras sugerem que a sobrecarga de trabalho não gere um sentimento tão agudo quanto às situações críticas; no entanto, é a sua continuação que vai determinando o estresse do enfermeiro. A sobrecarga, tanto quantitativa como qualitativa, de trabalho, produz pelo menos oito sintomas de estresse psicológico e físico: tensão, insatisfação com o trabalho, redução da auto-estima, percepção de ameaça, ansiedade, aumento dos níveis de colesterol e do tônus cardíaco .

Anselmi, Angerami e Gomes (1991) estudaram 45 profissionais de enfermagem em relação à rotatividade no emprego, de alta ocorrência nesta área, encontrando na organização do trabalho – salários, benefícios, volume de atividades, horários e turnos – explicação para a alta rotatividade de profissionais e considerando estes fatores como indissociáveis da qualidade de vida do trabalhador.

Em seu trabalho com cirurgiões–dentistas Matias (2004) encontrou dados semelhantes aos nossos ao identificar a falta de tempo como responsável para a não realização de atividades físicas. Turnos rotativos que dificultam a convivência familiar e social, dificuldade em conciliar o trabalho com atividades extra profissionais, inclusive aperfeiçoamento e crescimento pessoal, conflito entre valores pessoais e laborais são fatores comumente associados a agentes estressores na enfermagem (PEREIRA-BENEVIDES, 2002).

Outro ponto que gera estresse nos nossos colegas fisioterapeutas é a falta de reconhecimento profissional por parte dos outros profissionais de saúde. É evidente que parte da população em geral centraliza e considera o todo conhecimento científico e técnico unicamente na categoria médica. Desta forma, resta muito pouco espaço para os restantes membros de uma equipe que deveria ser multiprofissional e interdependente.

Em nosso estudo, essa dificuldade em estabelecer autonomia profissional está interligada com questões como a não realização pessoal, a não valorização profissional e a dificuldade de relacionamento entre a categoria. A relação entre colegas de profissão é um dos pontos apontados por nossos participantes ligados aos fatores estressantes. Segundo as respostas, a falta de uma política salarial e uma organização de categoria que seja atuante e que lute pelos direitos do

fisioterapeuta são os agentes causais dessa desunião entre a categoria e a não valorização profissional. Não há dados concretos na literatura que possamos discutir ou comparar com os nossos dados.

Essas situações críticas podem levar à ansiedade e à insegurança causando desconforto e ameaça ao bem estar físico. A falta de reconhecimento profissional, falta de autonomia e autoridade para tomar decisões foram fatores encontrados no estudo de Gil-Monte (2002) com enfermeiros, levando também a uma situação de estresse ocupacional. Franco, Barros e Nogueira-Martins (2005) acharam dados semelhantes no ambiente hospitalar no trabalho de residentes em enfermagem como falta de autonomia e excesso de autoridade dos supervisores. Pereira-Benevides (2002) cita além dessas questões o relacionamento muitas vezes conflituoso com a equipe médica.

Em comparação com a área médica, Silva (2001) mostra que a constituição do mercado de trabalho tem sido uma das bases fundamentais do projeto profissional da medicina, não tendo sido por acaso que esta corporação construiu, ao longo da história, um exclusivo e complexo mercado de serviços médicos com forte credibilidade social, onde as demais profissões de saúde trabalham tendo no ato médico o centro das atividades, como se os outros profissionais fossem acessórios do trabalho em saúde. Porém, ainda segundo essa autora, a categoria médica também enfrenta condições de trabalho precárias e desumanas e a maioria convive com a insatisfação salarial. E, também, são profissionais que têm elevados níveis de estresse (NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 2000; FRAGA, 2004).

Analisando dados do nosso trabalho, encontramos certa dificuldade e limitação dos entrevistados em lidar com situações que envolvem problemas com o paciente. Fisioterapeutas que trabalham com neurologia tem o resultado do desempenho profissional vinculado às questões fora do alcance do consultório como frequência nas sessões fisioterapêuticas, patologias associadas, participação da família no tratamento para execução de tarefas e cuidados domiciliares, pois muitos deles pela própria incapacidade da patologia são dependentes para as atividades de vida diária.

Em um artigo japonês, verificou-se o alto nível de *burnout* em professoras de crianças com retardo mental, concluindo que os fatores ocupacionais principalmente relacionados à responsabilidade das tarefas com esse tipo de população foi

determinante para o resultado. (TAKEDA et al., 2001). Matias (2004) cita no seu trabalho com odontólogos aspectos como: a interferência, falta de colaboração da família, conhecimento da realidade familiar como possíveis fontes de estresse nestes profissionais.

Os trabalhadores da área da saúde deparam-se, muitas vezes, com dificuldades inerentes à própria subjetividade e ao processo de trabalho. O trabalho da equipe de saúde pode estar permeado por várias situações geradores de crises, como a cobrança e exigência da cura e as angústias de pacientes e seus familiares (BRAZ, 2001). Segundo Gil-Monte (2002) o relacionamento com pacientes e familiares problemáticos tem como consequência a queda da qualidade dos atendimentos e absenteísmo em profissionais da enfermagem.

Outra categoria importante que emergiu dos dados coletados foi *problemas interpessoais no trabalho* onde a se discutiu a relação com colegas e outros trabalhadores que afeta o relacionamento profissional. Nossa pesquisa detectou que a convivência com pessoas estressadas também levam o fisioterapeuta a um estado de tensão.

Bakker, Le Blanc e Schaufeli (2005) identificaram em enfermeiras européias trabalham em unidades de terapia intensiva uma disseminação de sintomas de *burnout* entre colegas de trabalho, sugerindo que sintomas de exaustão emocional, fadiga e despersonalização sejam repassados aos colegas automaticamente contaminando o ambiente de trabalho e os profissionais inconscientemente pelas próprias emoções negativas. Lipp e Tanganelli (2002) também citam o contágio do “vírus do estresse” uma vez que o estresse de uma pessoa pode criar níveis elevados de estresse nas outras com quem convive. Peiró (1992) mostra a qualidade das relações interpessoais como potencial estressor. A falta de coesão e divergência do grupo é uma das características que pode facilmente causar estresse. Da mesma forma que a equipe de trabalho pode buscar soluções, a não resolução de um problema entre uma equipe de trabalho gera frustrações, insatisfações e doenças somáticas.

O trabalho na área hospitalar é realizado por trabalhadores com diferentes formações e qualificações profissionais e é sem dúvida um ambiente altamente estressor. Assim, o trabalho em equipe deve ser integrado para uma resposta satisfatória. Os fisioterapeutas estudados, principalmente da área respiratória que

trabalham em ambiente hospitalar relatam a dificuldade do trabalho em equipe e a responsabilidade em lidar com pacientes graves.

As relações interpessoais no ambiente hospitalar foram descritas por Franco, Barros e Nogueira-Martins (2005) como desencadeadoras do comprometimento de aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental. A presença de estresse em profissionais da área de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros tem sido relatada com frequência e vem acompanhado de esforço em gerenciar as conseqüências deste para o retorno a um nível estável (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

O ambiente de trabalho hospitalar parece ser o local de atuação onde as cargas de trabalho apresentam-se mais intensamente, propiciando maior agressão ao profissional de saúde. Holder, Clark e DiBiasio (1999) detectaram que o maior número de fisioterapeutas afetados por distúrbios músculo esqueléticos desempenhavam suas funções em hospitais, locais onde se faz presente cargas físicas e psíquicas severas.

Um fato peculiar em nossa pesquisa é que um profissional da área da fisioterapia respiratória hospitalar diz que trabalha em excelentes condições e sente muito satisfeito com sua atividade laboral. Interessante notar que este fisioterapeuta é funcionário público e como tal, presta serviços em um hospital de grande porte. Notoriamente sabemos que o atendimento à saúde em instituições públicas apresenta déficits de profissionais, equipamentos, materiais, excesso de pacientes e escassez de espaço físico, sendo essa citação no mínimo, surpreendente. Podemos supor que nosso colega conseguiu através do processo de resiliência desenvolver uma resposta satisfatória ao agente estressor. E, outra hipótese é que, sendo funcionário público não vivencia, a princípio, risco uma demissão podendo executar sua atividade sem cobranças por produtividade, como o que acontece em ambientes privados.

A literatura é rica em questões relativas confirmando a variedades de sintomas de estresse em profissionais de saúde. Em relação aos efeitos do estresse foram encontrados diferentes sintomas mentais em nossos colegas: *ansiedade, irritabilidade, impaciência, angústia, chateação, revolta, indignação, desgaste emocional, incapacidade de se desligar do trabalho, frustração, decepção, desânimo, preguiça, estourar em casa*. E os sintomas físicos citados foram: *dor, cefaléia,*

*fasceíte plantar, cansaço, insônia, alteração visual, cansaço vocal.* Vale lembrar que estes sintomas são conseqüências da atividade laboral.

Segundo Cahill (1996) o estresse ocupacional tem sido considerado fator de risco para diferentes sintomas como cefaléia:, problemas gástricos, desordens do sono, irritabilidade e perda da concentração. Nogueira-Martins (2002) relatou nos profissionais de saúde que atuam em hospitais são observados altos níveis de tensão, angústia e ansiedade. Provavelmente por estarem constantemente em contato com sofrimento e morte ou sentimentos relacionados à fragilidade humana, o que se assemelha aos relatos da nossa amostra.

Glina et al. (2001) através da análise das anamneses e prontuários de trabalhadores atendidos de 1994 a 1997 nos *Centros de referência em saúde do trabalhador das cidades de Santo Amaro e André Gabois* descobriram que condições de trabalho nocivas, problemas relacionados à organização do trabalho, eram relacionados com quadros clínicos caracterizados por medo, ansiedade, depressão, nervosismo, tensão fadiga, mal-estar, perda de apetite, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos (gastrite, crises hipertensivas), além disso, ocorre contaminação involuntária do tempo de lazer, ou seja, os trabalhadores sonhavam com o trabalho, não conseguiam desligar-se, como relatado por sete dos nossos participantes.

Para Cruz (2001) nos indivíduos cansados, as capacidades de memorização são baixas, intensificando o esforço cognitivo para a realização da tarefa, interferindo no período de repouso, produzindo dificuldades no sono também. Em um estudo feito na Universidade Federal de São Paulo de Fagnani Neto et al (2004) com profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, biomédicos e outros profissionais) que estavam fazendo residência ou pós-graduação, identificaram alto nível de sintomas emocionais: distúrbios do sono, uso de álcool, e sintomas depressivo-ansioso refletindo transtornos de adaptação destes profissionais, inclusive com grande número de casos em que tendências suicidas foram referidas. Os autores enfatizam a necessidade e a importância de se criar serviços formais, estruturados e confidenciais de assistência à saúde mental para médicos residentes e pós-graduandos da área da saúde. Fraga (2004) cita a irritabilidade excessiva como o sintoma psicológico mais marcante apresentado por médicos com estresse na fase de resistência/ exaustão.

Metade da nossa amostra tem a docência também como atividade ocupacional, e somente um citou a docência como fonte de estresse contrariando a bibliografia existente que citam altos níveis de estresse nestes profissionais (BAHIA, 2002; MENDES, 2002). O exercício do papel de fisioterapeuta e o dia a dia lidando com pessoas enfermas e as situações relacionadas ao trabalho parecem ser mais estressantes para esses profissionais.

Molumphy et al (1985) no primeiro trabalho publicado em periódico indexado sobre DORT em fisioterapeutas identificaram em profissionais norte-americanos 29% de incidência de lombalgia relacionadas ao trabalho, acometendo principalmente indivíduos entre 21 e 30 anos. Esses mesmos autores estudaram 344 indivíduos, detectando que 18% dos profissionais pesquisados mudaram de área de atuação devido a esta afecção relacionada ao trabalho.

Em relação à quantidade de empregos, Souza, Fraga e Sampaio (2005), relatam que entre os fisioterapeutas pesquisados 72% tem outro emprego ou ocupação e, além disso, 71% relataram experimentado algum tipo de dor de origem músculo esquelética constante ou intermitente por mais de 3 dias após o início da atividade profissional. E os locais de dor mais comum foram: coluna lombar, coluna cervical; ombro e coluna dorsal. Entre os fatores de risco associados a dor estavam: trabalhar em posições encurvadas, tratar grande número de pacientes por dia, levantar/transferir pacientes. Ainda segundo os autores o estresse emocional é um fator relacionado à queixa de dor cervical.

Wanderley e colaboradores (2002) em um estudo com 128 fisioterapeutas de Recife, encontraram que 75% tinham dor na coluna e desses 27,1% a localização era lombar; 75,6% trabalhavam mais que 8 horas diárias. Podemos sugerir então, que o excesso de carga horária é uma realidade nacional.

O espasmo muscular doloroso e a tendinite são os principais distúrbios relatados por Romani (2001) em fisioterapeutas que trabalham em instituições de ensino superior, hospitais, atendimento domiciliar, consultório e clínica. Em nossa amostra encontramos queixas de quadro algícos em locais diferentes e somente uma patologia específica (fascíte plantar).

Queixas de sintomas psicossomáticos (dor lombar, tensão, fadiga, problemas para dormir, fadiga crônica, problemas estomacais, diarreia e taquicardia) foram encontrados em um estudo de Piko (2005) sobre *burnout* com enfermeiras húngaras

onde obtiveram altos índices de exaustão profissional e despersonalização. A autora ainda relacionou *burnout* e a satisfação no ambiente de trabalho.

Na aplicação do Inventário de sintomas de estresse, Formighieri (2003) encontrou os principais sintomas físicos relatados pelos fisioterapeutas: alteração do sono, dores nos ombros ou na nuca, sentimentos de cansaço mental, dificuldades sexuais, problemas respiratórios e gastrointestinais. E os principais sintomas psíquicos relatados pelos fisioterapeutas estão relacionados a sentimentos de baixa auto-estima, perda do senso de humor e, principalmente dificuldade de memorização e concentração.

Enfocando as estratégias de *coping* em nossos colegas, destacam-se a atividade física e o lazer. Porém, os participantes também mencionam outras formas de manejo. Eles abrangem tanto o *coping* focalizado nas emoções quanto *coping* focalizado no problema.

As estratégias de *coping* focada na emoção citadas foram: atividades físicas e lazer, usadas por dez fisioterapeutas sugerindo o cuidar de si próprio e não a mudança a realização do seu trabalho, o uso de remédios ansiolíticos por duas participantes e estourar em casa citado por três entrevistados. O *coping* focado no problema relatado por três entrevistados foram a qualificação profissional citado por uma fisioterapeuta, trabalhar menos ou trabalhar em áreas que não gosta relatado por dois entrevistados. Teve ainda duas participantes que disseram não usar estratégias de manejo. A variedade das estratégias de *coping* mencionadas se mostra adequada e corresponde aos achados na literatura.

Plante, Coscarelli e Ford (2001) descobriram na prática de atividades físicas uma redução do estresse, onde os participantes citaram a calma, diminuição da tensão, aumento da energia, melhora do sono, e efeitos psicológicos positivos para enfrentar as dificuldades no trabalho após a realização de uma atividade regular.

Em um outro estudo, Hirokawa, Yagi e Miyata (2002) fizeram com universitários japoneses um programa de percepção e estratégias de enfrentamento do estresse com: treino muscular, relaxamento (respiração e meditação), alongamento e terapia. Ao final os participantes relataram diminuição do sintomas de estresse, principalmente a ansiedade (LATAACK, 1986; DOMAR, DREHER, 1997; GOLEMAN, GURIN, 1998; MACTAVISH, IWASAKI, 2005).

Lipp (1996) através do *Treino de Controle do Stress* cita a eficácia do

fortalecimento físico, relaxamento, alimentação e uma visão mais positiva da vida, com eliminação, se possível, dos estressores presentes ou reestruturação cognitiva dos estressores impossíveis de eliminação. Aldebrecht (1988) enfatiza também a necessidade, no ambiente laboral, projetos em se maximize o envolvimento psicológico e um senso de satisfação.

Em uma pesquisa envolvendo 177 trabalhadores de um hospital psiquiátrico (enfermeiras, assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos, recreadores, terapeutas ocupacionais) evidenciaram que um índice menor de exaustão emocional estava associado a utilização de estratégias de controle. Também foi verificado que uso de estratégias de escape e negação aumenta a exaustão emocional, tornando este tipo de estratégias num meio particularmente ineficaz para evitar o *burnout* (MASLACH; LEITER, 1997).

A meditação também pode ser utilizada como uma ferramenta para a saúde. Goleman e Gurin (1998) definem meditação como o esforço para reexercitar a atenção, aumentando a concentração e a capacidade de relacionar-se com empatia. Pode ser utilizada como uma técnica de relaxamento, tendo a propriedade de realizar alterações neuroendócrinas e imunológicas benéficas ao organismo. Folkman e Moskowitz (2000) citam a procura de emoções positivas (pensamentos positivos) como *coping* do estresse.

O importante é que os indivíduos identifiquem os agentes estressores e encontrem meios de combatê-los, interferindo o mínimo na sua qualidade de vida. No nosso caso apenas duas participantes negam ter estratégias de manejo de estresse devido à falta de tempo. É bom salientar, que os nossos entrevistados conseguem perceber as fontes de estresse e as enfrentam de maneira positiva evitando assim, complicações como a Síndrome de *burnout*. Os resultados do estudo de Matheny et al. (2002) discorrem sobre a importância da percepção do estresse e a usam como forma de *coping*.

Pinheiro, Troccoli, e Tamayo (2003) fornecem sustentação à hipótese de que indivíduos que adotam estratégia de controle estão menos propensos a relatar ansiedade relacionada ao trabalho, enquanto aqueles que utilizam preferencialmente estratégias de esquiva ou de manejo de sintomas sejam mais propensos a relatar queixas psicossomáticas.

Concordamos com Seidl, Troccoli, e Zannon (2001) que defendem a

concepção de enfrentamento no modelo interativo do estresse, enfatizando os resultados adaptativos e não os aspectos psicopatológicos de possíveis respostas de enfrentamento, valorizando as diferenças individuais, tanto na avaliação quanto na utilização das estratégias de enfrentamento.

Para Faria e Seidl (2005) a religiosidade parece fornecer padrões comparativos para a auto-avaliação e o autoconceito, de forma a valorizar a percepção que as pessoas têm de si mesmas. Pode desempenhar ainda papel importante no modo como as pessoas percebem os eventos, seja de forma otimista, seja de forma pessimista, através da mediação no processo de avaliação deles sendo assim importantes para o enfrentamento do estresse.

Práticas religiosas como estratégia de enfrentamento, Panzini e Bandeira (2005) definem como *coping* religioso-espiritual (CRE), que descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse, tem se mostrado associado com melhores índices de qualidade de vida e saúde física e mental (HARRISON et al., 2001). Duas fisioterapeutas, em nossa amostra, usam a religiosidade como fonte de resiliência, pois a religião, nestas profissionais, torna-as pessoas mais fortes.

As fontes de resiliência encontradas em nosso trabalho, indica que apesar das adversidades encontradas na atividade laboral, a maior parte dos fisioterapeutas citam serem realizados e respeitados minimizando de certa forma os entraves do cotidiano. Confirmamos esta questão citando novamente o trabalho de Souza, Fraga e Sampaio (2005) onde os fisioterapeutas relatam sobrecarga de trabalho, má remuneração, distúrbios álgicos, entretanto, 98% sentiam prazer ao realizar o trabalho na maior parte do tempo. Dados semelhantes foram encontrados na amostra estudada.

## 9-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, pudemos avaliar que os fisioterapeutas estudados conseguem perceber as fontes de estresse ocupacional na sua vida profissional. Destacamos o ambiente de trabalho estressante, as diferentes estratégias de *coping* e os bons fatores de resiliência.

A metodologia qualitativa mostrou-se eficaz para o conhecimento útil. As queixas encontradas estão principalmente ligadas a questões externas e não pela dificuldade em aplicação de uma técnica ou sentimento de incapacidade ou incompetência.

Podemos afirmar que as fontes de estresse existem em todas as especialidades pesquisadas, sendo que algumas são comuns e outras são peculiares de algumas especialidades. Os fisioterapeutas que trabalham com neurologia adulta e infantil encontram dificuldades com as limitações da população atendida; os que trabalham com respiratória, consideram o trabalho em equipe um fator de desgaste profissional.

Mesmos os fisioterapeutas que trabalham em áreas mais conhecidas encontram dificuldade em reconhecimento profissional por parte da população e outros profissionais, quanto em áreas mais novas como a reabilitação vestibular. Não podemos então, afirmar que uma especialidade é mais estressante que outra.

Salientamos a relevância da questão salarial para o profissional onde todos acham o salário insatisfatório ou já abdicaram de algo devido à falta de dinheiro ou de tempo, que um fator ligado à remuneração. Todos os fisioterapeutas entrevistados têm mais de um emprego. Em algum momento todos relataram a dificuldade na valorização profissional vinculada principalmente a relações com médicos ou desinformação geral.

As queixas de sintomas físicos e mentais foram citadas pelos entrevistados como relacionados à organização do trabalho e, não como resultantes de dificuldades pessoais.

Foi encontrado variações entre gênero nesta população sugerindo, assim como na literatura pesquisada, que as mulheres são mais susceptíveis ao estresse. Entretanto, são necessários maiores estudos para uma melhor discussão sobre o

assunto. Não houve diferenças significativas entre os fisioterapeutas que trabalham com docência ou que tenham filhos. A diversidade de tempo de atuação profissional também foi um dado que não trouxe diferenças significativas.

Não foi encontrado *burnout* em nossos colegas. Consideramos que os fisioterapeutas pesquisados dispõem de estratégias de *coping* variados e possuem fatores de resiliência importantes. A escolha do manejo do estresse seguiu características individuais e a atividade física e o lazer (provavelmente incluindo a busca de emoções positivas) foram as preferidas.

A maioria referiu ser importante o amor, a competência e a dedicação à profissão que escolheram trilhar. A vocação profissional e a gratificação em ser fisioterapeuta foram fatores predominantes de satisfação relatada.

O estresse decorrente da organização do trabalho é um indicador de que a categoria profissional encontra-se subjugada e não age de forma eficaz para tornar a fisioterapia uma profissão mais valorizada, respeitada diante da sociedade e entre os profissionais de saúde, obrigando o cumprimento de leis referentes à execução do trabalho.

A relevância do tema para a saúde pública para o profissional fisioterapeuta, os resultados encontrados nesta pesquisa, a escassez de publicações nesta área no Brasil, mostra que são necessárias novas pesquisas sobre o assunto.

## 10-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, K. *O gerente e o estresse*. 2º ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 292 p.

ANSEMI, M. L.; ANGERAMI, E. S.; GOMES, E. R. Rotatividade e condições de trabalho em enfermagem nos hospitais municipais do município de Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 23, n. 85/86, p. 31-41, 1991.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n. 1, p. 287-312, 2000.

AROUCA, A. S. S. *O Dilema Preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. 1975. 261 f. Dissertação de doutorado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas UNICAMP, Campinas, 1975.

BAHIA, P. H. N. *O estresse como indicador de qualidade de vida em professores do curso de fisioterapia*. 2002. 104 f. Dissertação de Mestrado de Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BAKKER, A. B.; LE BLANC, P. M.; SCHAUFELI, W. B. *Burnout contagion among intensive care nurses*. *Journal of advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltda, v. 51, n. 3, p. 276-287, 2005.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T (Org.). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 282 p.

BENEDETTI, M. Z.; GONÇALVES, T. C. *Prevalência das desordens músculo-esqueléticas em fisioterapeutas*. 2005. 26 f. Artigo de conclusão de curso. Departamento de Fisioterapia, Universidade Católica de Goiás, 2005.

BERESFORD, B. A. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 35, p. p171-209, 1994.

BERNIK, V. Stress: the silent killer. *Revista Eletrônica Cérebro e Mente*, n. 3, set/nov., 1997, 39 p. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n03/doencas/stress.htm>>. Acesso em: 06 fev.2006

BORGES, L. O. et al. A síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BORGES, R. M.; PARIZOTTO, N. A. Análise dos efeitos fisiológicos em pacientes com estresse submetidos à técnica Watsu. *Revista Fisioterapia Brasil*, v. 2, n. 1, p. 33-40, 2001.

BORK, B. E. et al. Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists. *Physical Therapy*, v. 8, n.76, p. 827-835, 1996.

BRAZ, M. M. *Aprendendo com o câncer de mama: percepções e emoções de pacientes e profissionais de fisioterapia*. 2001. 112 f. Dissertação de Mestrado de Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

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

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. *Psicol. Reflex. Crit.*,v.16, n. 2, p. 257-263, 2003.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuante em cinco núcleos de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*,

v.12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L. A. M. et al. *Serie saúde mental e trabalho*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000. 225 p.

CARLOTTO, M. S. A síndrome de *burnout* e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002.

CHARMAZ, K. Grounded Theory. In: SMITH, J. A. (org). *Qualitative Psychology: a practical guide to research methods*. London: Sage publications, 2003, p.51-110.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Decreto Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969. DOU nº.197 de 14/10/69 - retificado em 16-10-1969. Leis e atos normativos das profissões do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional. Brasília,1969. p 3.658. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>>. Acesso em: 15/01/2006.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº. 08, de 20 de fevereiro de 1978. Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Brasília, 1978. p. 6.322-6322. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>>. Acesso em: 15/01/2006.

CROMIE, J. E.; ROBERTSON V. J.; BEST M. O. Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: prevalence, severity, risks and responses. *Physical Therapy*, v. 80, n. 4, p.336-351, 2000.

CRUZ, R. M. Ergonomia e Psicologia do Trabalho. 2001. 105 f. Dissertação de Mestrado de Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

DE LA FUENTE et al. Salud Laboral: Evaluación del Burnout en profesionales

sanitarios. *R. H. Jacn. III*, p. 93-104, 1994.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5 ed. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992. 168 p.

DIERENDONCK, D. V., SCHAUFELI, W. B.; BUUNK, B. P. The evaluation of an individual burnout intervention program: the role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*, v. 83, p. 392-407, 1998.

DOMAR, A. D.; DREHER, H. *Equilíbrio mente/corpo na mulher-uma abordagem holística para administrar o estresse e assumir o controle de sua vida*. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 85p

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

EKER, L. et al. Predictores of job satisfaction among physiotherapists in Turkey. *J. Occup Health*, v. 46, p. 500-505, 2004.

FACCHINI, L. A. – Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Orgs.). *Isto é Trabalho de Gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Petrópolis-Vozes, 1994. p. 33-55.

FAGNANI NETO, R. et al. Perfil clínico e demográfico dos usuários de um serviço de saúde mental para médicos residentes e outros profissionais da saúde em treinamento na Universidade Federal de São Paulo. *Sao Paulo Med. J.*, v. 122, n. 4, p. 152-157, 2004.

FARBER, B. A. *Crisis in education. Stress and burnout in the American teacher*. São Francisco: Jossey – Bass, 1991.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 18, n. 3, 2005, p. 381-389.

FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J. T. Positive affect and the other side of *coping*. *American psychologist*. v. 55, n. 6, p. 647-654, 2000.

FONSECA e SOUSA, J. P. O impacto do stress ocupacional no bem estar físico e emocional dos fisioterapeutas. *Fisionet Jornal*. Disponível em: <<http://www.indexpub.htmindexpub.htm>>. Acesso em: 07 setembro 2005.

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

FRAGA, G. S. *Ambiente de trabalho, estresse e saúde em médicos da rede municipal de saúde de Goiânia*. 2004. 64 f. Dissertação de mestrado - Pro-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde-Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

FRANÇA, H. H. A Síndrome de "Burnout". *Revista Brasileira de Medicina*, v. 44, p. 197-199, 1987.

FRANCO, A. R. *Estudo preliminar das repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores de um Hospital Geral*. Ribeirão Preto, 1981. 214 f. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), Ribeirão Preto, 1981.

FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Rev. Latino Am. Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 139-144, 2005.

FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, v. 30, n.1, p. 159–163, 1974.

GIL-MONTE, P. R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, v. 7, n. 1, p. 3-10, 2002.

GIL-MONTE, P.; PEIRÓ, J. M.. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis, 1997.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, base na prática. *Rev. Saúde Pública*, v.17, n.3, p. 40-48, 2001.

GOLEMAN, D.; GURIN, J. *Equilíbrio mente corpo: como usar sua mente para uma saúde melhor*. Rio de Janeiro: Campus, 1998. 155p.

GOULD, J. A. *Fisioterapia na ortopedia e medicina do esporte*. São Paulo: Manole, 1993. 693p

HARRISON, M. O. et al. The epidemiology of religious *coping*: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, v. 13, p. 86-93, 2001.

HERDMAN, S. *Reabilitação Vestibular*. São Paulo: Manole, 2002. 621p

HIROKAWA, K.; YAGI, A.; MIYATA, Y. An examination of the effects of stress management training for Japanese college students of social work. *International Journal of Stress Management*. v.9, n.2, p. 113-123, 2002.

HOLDER, N. L et al. Cause, prevalence and response to occupational musculoskeletal injuries by physical therapists and physical therapists assistants. *Physical Therapy*, v.79, n.7, p.642-652, 1999.

HOUAISS, A., VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 3008p

IWASAKI, Y.; MACKAY, K. J.; RISTOCK, J. Gender-Based analyses of stress among professional managers: an exploratory qualitative study. *International Journal of Stress Management*. v.11, n.1, p. 56-79, 2004.

KUMAR, S. Cumulative load as a risk factor for back pain. *Spine*, v.15, p. 1311-1316, 1990 apud SHEHAB, D., Al-Jarallah K., Moussa M., Adham N. *Prevalence of low back pain among physical therapists in Kuwait*. *Med. Princ. Pract.*, v. 12, p. 224-230, 2003.

LATAACK, J. C. *Coping* with job stress: measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, v. 71, n. 3, p. 377-385, 1986.

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

LAZARUS, R. S; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984. 360p

LIPP, M. E. N. Stress e suas implicações *Estudos de psicologia*. Campinas, v. 1, n. 3/4, p. 5-19, 1984.

\_\_\_\_\_, M. E. N. (Org.) *O stress no Brasil: pesquisas avançadas*. Campinas: Papyrus, 1996. 224 p

LIPP, M. E. N.; TANGANELLI, M. Sacramento. Stress e qualidade de vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicol. Reflex. Crit.*, v.15, n. 3, p.537-548, 2002.

MATHENY, K. B. et al. *Coping* resources, perceived stress, and life satisfaction

among Turkish and American university students. *International Journal of Stress Management*. v.9, n.2, p. 81-97, 2001.

MATIAS, K. K. *Ambiente profissional e percepção do estresse pelo cirurgião-dentista*. 2004. 64f. Dissertação de mestrado - Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde- Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

MARX, K. *O Capital – Crítica da Economia Política*. Volume I. São Paulo, Ed. Abril S.A. / Nova Cultural, 1985. 301 p.

MASLACH, C., JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, v. 2, p. 99 – 113, 1981.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. *The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey–Bass, 1997. 288p

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, v. 52, p.397-422, 2001.

MACTAVISH, J.; IWASAKI, Y. Exploring perspectives of individuals with disabilities on stress-coping. *Journal of Rehabilitation*, v. 71, n. 1, p. 20-31, 2005.

MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. e cols. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. São Paulo: Artmed, 2005. 160p

MENDES , F. M. P. *Incidência de burnout em professores universitários*. 2002. 182 f Dissertação de Mestrado de Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

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

MENDES, R. *Medicina do Trabalho/Doenças Profissionais*. São Paulo: Sarvier,

1980. 3-43.

\_\_\_\_\_, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores: I. Morbidade. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 311-326, 1988.

MOLUMPBY, M. et al. Incidence of work-related low back pain in physical therapists. *Physical Therapy*, v. 65, n.4, p.482-486, 1985.

MOREIRA, M. S. A Síndrome do "Estresse". *Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 48, n. 4, p. 19-32, 1985.

MORILLO, L. S. *Fatores moduladores de estresse em idosos*. 2000. 107 f. Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo- USP, São Paulo, 2000.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n 1, p. 39-47, 2004.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 2 ed. Londrina: Midiograf, 2001. 238p

NIEHOUSE, J. L.; SMITH, B. S. *Burnout* among physical therapists assistants in the United States. *Physical Therapy*, v. 80, n. 51, p. 235-246, 2000.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N.J.(org). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: ARTMED, 2002. p. 130-144.

NOGUEIRA - MARTINS, L. A.; JORGE, M. R. Natureza e magnitude do estresse na residência médica. *Rev Ass Med Brasil*, v. 44, n. 1, p. 28-34, 1988.

NORIEGA, M. Organización laboral, exigencias y enfermedad. In: *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Organización Panamericana de

la Salud, 1993. p.167-187.

O'SULLIVAN, S.; SHMITZ, T. J. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 4 ed. São Paulo: Manole, 2003. 1200p

O'CONNOR, L. J.; STEPHENSON, R. G. *Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2003. 544 p

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Pública*, v. 13, n. 4, 1997.

PALÁCIOS, M. *Trabalho hospitalar e saúde mental – o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro*. 1993. 111 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva do Centro Biomédico do Instituto de Medicina Social/UERJ. Rio de Janeiro, 1993.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R Escala de *coping* religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol. estud.*, v.10, n. 3, p. 507-516, 2005.

PERES, C. P. A. *Estudo das sobrecargas posturais em fisioterapeutas: uma abordagem biomecânica ocupacional*. 2002. 128 f. Dissertação de Mestrado de Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, 2002.

PEIRÓ, J. M. *Psicología de la organizacion*. Universidad Nacional de Educación a Distancia: Madrid, 1992.

PETERSON, L. *Coping* by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 57, p. 380-387, 1989.

PIKO, B. F. *Burnout*, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal of nursing studies*. Disponível em: <<http://www.elsevier.com/locate/inurst>>.

Acessado em: 20/01/2006

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. *Psicol. estud.*, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

PINHEIRO, F. A.; TROCCOLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 19, n. 2, p.153-158, 2003.

PITTA, A. *Hospital – dor e morte como ofício*. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 198 p.

PLANTE, T. G.; COSCARELLI, L.; FORD, M. Does exercising with another enhance the stress-reducing benefits of exercise? *International Journal of Stress Management*. v.8, n.3, p. 201-213, 2001.

PROOST, K.; DE WITTE, K.; EVERS, G. Burnout among nurses: extending the job demand-control-support model with work-home interference. *Psychologica Bélgica*, v. 44, n. 4, p. 269-288, 2004.

REBELATTO, J. R.; BOTOME, S P. *Fisioterapia no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Manole 1999. 309p

RODRIGUES, A. L. Stress, trabalho e doenças de adaptação. In: FRANÇA, A C. L.; RODRIGUES, A. L. *Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2005. 192 p.

ROMANI, J.C.P. *Distúrbios músculos esqueléticos em fisioterapeutas: incidências, causas e alterações na rotina do trabalho*. 2001. 90 f. Dissertação de Mestrado de Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

RUTTER, M. Stress research: Accomplishments and tasks ahead. In: R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Orgs.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press. p. 354-387, 1996.

RYAN-WENGER, N. A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 62, p. 256-263, 1992.

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

SCHOLEY, M.; HAIR, M. Back pain in physiotherapists involved in back care education. *Ergonomics*, v.32, n.2, p.179-190, 1989.

SEIDL, E. M. F., TROCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C.. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v.17, n. 3, p.225-234, 2001.

SELYE, H. A. A syndrome produced by noxious agents. *Nature*. 1956. 138p.

SHMWAY-COOK, WOOLLACOTT, M. H. *Controle Motor: teoria e aplicações práticas*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2003. 610 p

SILVA, M. M. A. *Trabalho médico e o desgaste profissional pensando um método de investigação*. 2001.186 f. Dissertação de mestrado da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Campinas, 2001.

SIMONTON, C., MATTHEWS, S., GREIGHTON, J. L. *Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer*. São Paulo: Summus, 1987. 240 p

SOARES, L. M.; AGUIAR, P. A. C. *Qualidade de vida do fisioterapeuta que atua em neurologia em Goiânia: avaliação através do SF-36*. 2004. 14 f. Artigo de Pós-Graduação CEAFF/ UCG, Goiânia, 2004.

SOUCHARD, P. E. *Reeducação Postural Global: método do campo fechado*. 5 ed. São Paulo: Ícone, 2004. 104 p

SOUZA D'AVILA, L. FRAGA, G. A; SAMPAIO, R. F. Prevalência de desordens músculoesqueléticas relacionadas ao trabalho em fisioterapeutas da rede SUS-BH. *Rev. Bras.Fisioterapia*. v. 9,n. 2, p. 219-225, 2005.

STRAUSS, A. L. *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press, 1987. 319p

TAKEDA F. et al. Relationship between *burnout* and occupational factors in staff of facilities for mentally retarded children. *J Occup Health*, v. 43, p. 173-179, 2001.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia*, v. 7, n. 1, p.37-46, 2002.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação*. Cortez. São Paulo, 2001. p. 43-76.

VASCONCELOS, E. G. O modelo neuropsicoendócrino de stress. IN: SEGER, L. *Psicologia e odontologia-uma abordagem integradora*. 2 ed. São Paulo Santos,1992. p. 25-35

WANDERLEY, R. B. et al. Prevalência da dor na coluna vertebral em profissionais fisioterapeutas que atuam em serviços públicos e privados na cidade do Recife. *Fisioterapia em movimento*, Champagnat, v. 14, n. 2, p. 59-66, 2001/2002.

WISNER, A. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*. São Paulo: Fundacentro, 2003. 191 p

YUNES, M. A. M. Psicologia Positiva e Resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, v. 8, n. esp., p. 75-84, 2003.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO

O senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a) em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a), no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. O Sr. (a) terá a garantia que guardaremos segredo das informações a seu respeito; e também poderá deixar de participar da pesquisa quando quiser, sem nenhum problema.

Em caso de dúvida o Sr. (a) pode procurar a Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Católica de Goiás pelo telefone 227 1071.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: **“Percepção de fontes de estresse ocupacional, *coping* e resiliência no fisioterapeuta”**.

Pesquisador responsável: Patrícia Leite Álvares Silva.

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (0XX62) 281 9838 ou 8114 3856

Pesquisador participante: Orientador da pesquisa Prof. Dr. Luc Marcel A. Vandenberghe

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

O intuito deste trabalho é investigar como o fisioterapeuta percebe o estresse relacionado à sua profissão e qual a influência do mesmo na sua qualidade de vida profissional. O objetivo é compreender a vivência do estresse ocupacional pelo

fisioterapeuta. Mais especificamente os objetivos são: Verificar a percepção de estresse e suas fontes no trabalho do fisioterapeuta; questionar possíveis variáveis de “*coping*” (enfrentamento) e de resiliência relacionados com os efeitos de estresse.

Será realizada uma entrevista com data, hora e local a ser definidos. A entrevista será gravada e transcrita e após a análise dos dados as entrevistas serão apagadas. O questionário contém também dados pessoais, de formação profissional e cada indivíduo será identificado por um número garantindo sigilo absoluto dos dados.

Fica claro que o Sr. (a) não terá nenhum prejuízo em participar da pesquisa e sua participação contribuirá para a compreensão da atuação profissional do fisioterapeuta em Goiânia atualmente.

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/  
CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo  
**“Percepção de fontes de estresse ocupacional,  *coping*  e resiliência no  
fisioterapeuta”**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela  
pesquisadora Patrícia Leite Álvares Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela  
envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha  
participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer  
momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e  
aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO

#### 1) Identificação – número: \_\_\_\_\_

1.1) Idade: \_\_\_\_\_

1.2) Sexo: ( ) 1. Masculino ( ) 2. Feminino

1.3) Estado civil: ( ) 1. Solteiro ( ) 2. Casado ( ) 3. Viúvo ( ) 4. Separado, divorciado, desquitado

1.4) Filhos: ( ) sim ( ) não Quantos: \_\_\_\_\_

1.5) Naturalidade: \_\_\_\_\_

1.6) Religião: \_\_\_\_\_

#### 2) Formação Profissional:

2.1) Há quanto tempo formou-se? \_\_\_\_\_ (anos/meses)

2.2) Possui alguma especialidade? ( ) 1. sim ( ) 2. não

2.2.1) Qual a principal especialidade e/ou área de atuação? \_\_\_\_\_

2.2.2) Cite outra (s) especialidade (s) área (s) de atuação? \_\_\_\_\_

2.2.3) Possui outras atividades de trabalho (excetuando a fisioterapia)?

( ) 1. Sim ( ) 2. Não Qual: \_\_\_\_\_

2.3) Trabalha no setor: ( ) 1. Público ( ) 2. Privado ( ) 3. Ambos

2.4) Trabalha como profissional: ( ) 1. Assalariado ( ) 2. Proprietário/empresário

( ) 3. Autônomo ( ) 4. Liberal ( ) 4. Misto

2.5) Em que tipo de unidade trabalha? Explicitar:

( ) 1. Hospital ( ) 2. Clínica ( ) 3. Centro de saúde ( ) 4. Outros

1. \_\_\_\_\_ carga horária: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ carga horária: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ carga horária: \_\_\_\_\_

Se marcou "outro", especificar: \_\_\_\_\_

## **ANEXO III**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

- O exercício da sua profissão é estressante? Por quê?
- O que mais lhe causa estresse no exercício da sua profissão?
- O que você faz para lidar com as causas do estresse no trabalho?
- O que você faz para lidar com os efeitos do estresse no trabalho?

### **OUTRAS QUESTÕES**

- Em relação a sua profissão, você se sente respeitado?
- Você acha que há sobrecarga de trabalho?
- Você é realizado profissionalmente?
- Você acha que seu salário é satisfatório com seu trabalho? Deixa de fazer alguma coisa importante para você por falta de tempo ou dinheiro?
- Faz alguma atividade física? Quantas vezes por semana? Se não, por que e há quanto tempo não faz?
- Tem tempo para você e para as pessoas próximas de você?