

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-Graduação em Administração

Mestrado

Juliana Alves dos Reis

**MANIFESTAÇÕES DE ESTRESSE OCUPACIONAL EM MÉDICOS
RESIDENTES:** estudo em hospital público localizado na cidade de Belo
Horizonte/MG

Belo Horizonte
2020

Juliana Alves dos Reis

**MANIFESTAÇÕES DE ESTRESSE OCUPACIONAL EM MÉDICOS
RESIDENTES: estudo em hospital público localizado na cidade de Belo
Horizonte/MG**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Zille Pereira

Área de concentração: Organização e estratégia

Linha de pesquisa: Relações de poder e dinâmicas das organizações

Belo Horizonte
2020

REIS, Juliana Alves dos.

R375m

Manifestações de estresse ocupacional em médicos residentes: estudo em hospital público localizado na cidade de Belo Horizonte/MG. Belo Horizonte: Centro Universitário Unihorizontes, 2020.

142p.

Orientador: Dr. Luciano Zille Pereira

Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Administração. Centro Universitário



Instituto Novos Horizontes de Ensino Superior e Pesquisa Ltda.
Centro Universitário Unihorizontes
Mestrado Acadêmico em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado Acadêmico em Administração do(a) Senhor(a) **JULIANA ALVES DOS REIS**, REGISTRO Nº. 670. No dia 13 de fevereiro de 2020, às 15:00 horas, reuniu-se no Centro Universitário Unihorizontes, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Programa de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, para julgar o trabalho final intitulado "**MANIFESTAÇÕES DE ESTRESSE OCUPACIONAL EM MÉDICOS RESIDENTES: estudo em hospital localizado na cidade de Belo Horizonte/MG**", requisito parcial para a obtenção do **Grau de Mestre em Administração**, linha de pesquisa: **Relações de Poder e Dinâmica das Organizações**. Abrindo a sessão, o(a) Senhor(a) Presidente da Comissão, **Prof. Dr. Luciano Zille Pereira** após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares da apresentação do Trabalho Final, passou a palavra ao(à) candidato(a) para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do(a) candidato(a). Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do(a) candidato(a) e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final: **APROVADO**.

O resultado final foi comunicado publicamente ao(à) candidato(a) pelo(a) Senhor(a) Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o(a) Senhor(a) Presidente encerrou a reunião e lavrou o(a) presente ATA, que foi assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 13 de fevereiro de 2020

Prof. Dr. Luciano Zille Pereira
Centro Universitário Unihorizontes

Prof. Dr. José Edson Lara
Centro Universitário Unihorizontes

Prof. Dr. Mario Teixeira Reis Neto
FUMEC

DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE PORTUGUÊS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Declaro ter procedido à revisão da dissertação de mestrado intitulada **“MANIFESTAÇÕES DE ESTRESSE OCUPACIONAL EM MÉDICOS RESIDENTES: estudo em hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG”**, apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração do Centro Universitário Unihorizontes, de autoria de **Juliana Alves dos Reis**, sob a orientação do Professor Doutor Luciano Zille Pereira, contendo 142 páginas, assim distribuídas:

Capa: p. 1

Elementos pré-textuais: p. 2-19

Elementos textuais:

- Introdução: p. 20-26
- Referencial Teórico: p. 27-46
- Metodologia: p. 47-56
- Ambiência: 57-62
- Apresentação e Análise dos Resultados: p. 63-115
- Considerações Finais: p. 116-120

Elementos pós-textuais: p. 121-142

ITENS DA REVISÃO

- Correção gramatical
- Inteligibilidade do texto
- Adequação do vocabulário

Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2019.


Afonso Celso Gomes

Registro LP9602853/DEMEC/MG

Esta vitória, não poderia deixar de dedicá-la ao Nosso Senhor Jesus Cristo, Ele quem me sustentou a cada dia. Houve lutas, provas e vontade de desistir, mas sua mão forte e poderosa me amparou. Glória e honras a Ti por me permitir finalizar esta etapa.

AGRADECIMENTOS

O ato de agradecer não é fácil, acostumados que estamos a reclamar das diversas situações que a vida nos coloca. Mas neste momento meu reconhecimento é mais que justo.

Primeiramente, a Deus, por, a cada instante, me fortalecer, me capacitar e me dar sabedoria.

À minha mãe, Elizete, por, mesmo sem entender o que todos aqueles papéis, horas e horas na frente do computador e noites sem dormir implicariam para esta dissertação, ter permanecido ao meu lado, preocupada, torcendo por mim sempre que eu retornava de reunião de orientação, apreensiva para saber como estava indo.

Às minhas tias mais próximas, Tia Jane e Tia Bena, por sempre perguntarem como estava indo nos estudos, sorrindo, orgulhosas.

Aos meus colegas de trabalho. Todos da equipe do SCIH e HJXXIII foram mais que colegas. Foram amigos, apoiando e incentivando, sempre dispostos a ajudar e, às vezes, a aliviar a carga de trabalho, para que pudéssemos dar conta do mestrado. Tive até café da manhã especial pós-qualificação!... Como não se sentir especial e imensamente grata? Sim, Joice Damasceno, que afirma não ver sentido em ser mestre, me apoiou todos os dias, não me deixando desistir.

Aos meus amigos queridos, irmãos na fé, que estiveram ao meu lado em oração, não me deixaram fraquejar.

Ao meu noivo, Samuel. Este senhor permaneceu valente. Já conhecia a minha expressão de angústia, mas permaneceu ali, ao meu lado, lendo o que escrevia, ajudando na formatação, nas impressões, na busca bibliográfica... Como não amar?!

Ao meu pai, que não mais está conosco, mas deixou em sua despedida: “Minha filha, estude e seja o que quiser”.

Ao professor doutor Luciano Zille Pereira, pelas incontáveis horas de orientação e correção dos inúmeros esboços. Quantas mudanças foram feitas neste período! Posso dizer que foi com louvor que realizou todo o processo de orientação. Meu sincero “Muito obrigada”!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do
céu.
Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o
que se plantou;
Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar;
Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantejar, e tempo de dançar;
Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo
de afastar-se de abraçar;
Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora;
Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar;
Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.
Que proveito tem o trabalhador naquilo em que trabalha?
Tenho visto o trabalho que Deus deu aos filhos dos homens, para com ele os
exercitar.
Tudo fez formoso em seu tempo; também pôs o mundo no coração do homem,
sem que este possa descobrir a obra que Deus fez desde o princípio até ao fim.
Já tenho entendido que não há coisa melhor para eles do que alegrar-se e fazer
bem na sua vida;
E também que todo o homem coma e beba, e goze do bem de todo o seu trabalho;
isto é um dom de Deus.”

RESUMO

A vivência laboral dos médicos residentes no setor público configura-se como fonte de tensão, podendo gerar manifestações de estresse em decorrência das atividades exercidas e, assim, comprometer sua saúde física e mental. Este estudo tem por objetivo descrever as manifestações de estresse ocupacional na percepção de residentes médicos que atuam em um hospital público localizado na cidade de Belo Horizonte/MG. A pesquisa foi do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, tendo como método o estudo de caso qualitativo, contando uma população de 71 residentes médicos. A coleta de dados se deu por meio de questionário aderente ao Modelo Teórico Explicativo do Estresse Ocupacional (MTEG), desenvolvido e validado por Zille (2005), adaptado e validado para este estudo. A análise dos dados foi realizada mediante a estatística descritiva. Os resultados do estudo apontaram que 90,1% dos residentes médicos apresentaram estresse ocupacional em algum nível e 67,6% apresentaram nível de estresse variando de intenso a muito intenso. Considerando os sintomas relacionados às manifestações de estresse, os de ordem psíquica tiveram predominância em relação aos físicos. O sintoma angústia ocorreu em 68,8% dos pesquisados, seguido de nervosismo em 56,3% e ansiedade em 53,1%. A principal fonte de tensão no trabalho identificada foi executar um trabalho complexo, gerando desgaste, mencionada por 53,1% dos pesquisados, seguida de excesso de atividades administrativas, apontada por 48,4%, e excesso de carga horária, por 43,8%. Considerando as fontes de tensão do indivíduo não desligar-se do trabalho mesmo fora dele foi apontada por 64,1% dos pesquisados. Já em relação aos indicadores de impacto no trabalho, dificuldades de lembrar fatos recentes que antes eram lembrados com naturalidade foi o mais apontado, 29,7% dos residentes, seguido da desmotivação com o trabalho. O mecanismo de regulação mais citado foi gozar férias (65,6%). Analisando a correlação entre dados demográficos e estresse ocupacional, apurou-se que as mulheres apresentaram maior índice de estresse, bem como os de menor faixa etária e com menos tempo de atuação na residência. Os solteiros obtiveram médias de estresse superiores às dos casados e/ou que vivem com cônjuge. Para aqueles que exercem atividade médicas além da residência, quanto mais horas trabalhadas maior a média de estresse. Ter um *hobby* apresenta-se como um fator que diminui as médias do estresse ocupacional no grupo pesquisado. Assim confirmou-se a ocorrência de estresse ocupacional entre os residentes médicos, o que exige intervenções no processo de trabalho para minimizar ou eliminar as fontes de tensão e, conseqüentemente, o surgimento das manifestações do estresse na população estudada.

Palavras-chave: Estresse ocupacional. Residentes médicos. Hospital público.

ABSTRACT

The work experience of doctors residing in the public sector is a source of tension, which can generate manifestations of stress as a result of the activities performed and, thus, compromise their physical and mental health. This study aims to describe the manifestations of occupational stress in the perception of medical residents who work in a public hospital located in the city of Belo Horizonte / MG. The research was of the descriptive type, with a qualitative approach, using the qualitative case study method, counting a population of 71 medical residents. Data collection took place through a questionnaire adhering to the Theoretical Explanatory Model for Occupational Stress (MTEG), developed and validated by Zille (2005), adapted and validated for this study. Data analysis was performed using descriptive statistics. The results of the study showed that 90.1% of medical residents had occupational stress at some level and 67.6% had a level of stress ranging from intense to very intense. Considering the symptoms related to the manifestations of stress, the psychic ones had predominance in relation to the physical ones. The anguish symptom occurs in 68.8% of those surveyed, followed by nervousness in 56.3% and anxiety in 53.1%. The main source of tension at work identified was performing a complex job, generating wear and tear, mentioned by 53.1% of those surveyed, followed by excessive administrative activities, pointed by 48.4%, and excessive workload, by 43.8 %. Considering the sources of tension of the individual not to leave work even outside of work, it was pointed out by 64.1% of those surveyed. Regarding the impact indicators at work, difficulties to remember recent facts that were previously remembered naturally were the most pointed out, 29.7% of residents, followed by demotivation with work. The most cited regulation mechanism was taking holidays (65.6%). Analyzing the correlation between demographic data and occupational stress, it was found that women had a higher rate of stress, as well as those of a lower age group and with less time working at home. Singles had higher stress averages than those married and / or living with a spouse. For those who practice medical activities in addition to residency, the more hours worked the greater the average stress. Having a hobby presents itself as a factor that decreases the averages of occupational stress in the researched group. Thus, the occurrence of occupational stress among medical residents was confirmed, which requires interventions in the work process to minimize or eliminate sources of tension and, consequently, the appearance of stress manifestations in the studied population.

Keywords: Occupational Stress. Medical residentes. Public hospital.

RESUMEN

La experiencia laboral de los médicos que residen en el sector público es una fuente de tensión, que puede generar manifestaciones de estrés como resultado de las actividades realizadas y, por lo tanto, comprometer su salud física y mental. Este estudio tiene como objetivo describir las manifestaciones del estrés ocupacional en la percepción de los residentes médicos que trabajan en un hospital público ubicado en la ciudad de Belo Horizonte / MG. La investigación fue del tipo descriptivo, con un enfoque cualitativo, utilizando el método de estudio de casos cualitativo, contando una población de 71 residentes médicos. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario que se adhirió al Modelo Teórico Explicativo para el Estrés Ocupacional (MTEG), desarrollado y validado por Zille (2005), adaptado y validado para este estudio. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva. Los resultados del estudio mostraron que el 90.1% de los residentes médicos tenían estrés ocupacional en algún nivel y el 67.6% tenía un nivel de estrés que variaba de intenso a muy intenso. Teniendo en cuenta los síntomas relacionados con las manifestaciones del estrés, los psíquicos tenían predominio en relación con los físicos. El síntoma de angustia ocurre en el 68.8% de los encuestados, seguido de nerviosismo en el 56.3% y ansiedad en el 53.1%. La principal fuente de tensión en el trabajo identificado fue realizar un trabajo complejo, generar desgaste, mencionado por el 53.1% de los encuestados, seguido de actividades administrativas excesivas, indicadas por el 48.4%, y el exceso de carga de trabajo, por 43.8 %. Teniendo en cuenta las fuentes de tensión del individuo para no dejar el trabajo incluso fuera del trabajo, el 64,1% de los encuestados lo señaló. En cuanto a los indicadores de impacto en el trabajo, las dificultades para recordar hechos recientes que antes se recordaban de forma natural fueron las más señaladas, el 29,7% de los residentes, seguido de la desmotivación con el trabajo. El mecanismo de regulación más citado fue tomar vacaciones (65,6%). Analizando la correlación entre los datos demográficos y el estrés ocupacional, se encontró que las mujeres tenían una mayor tasa de estrés, así como las de un grupo de menor edad y con menos tiempo trabajando en casa. Los solteros tenían promedios de estrés más altos que los casados y / o que viven con un cónyuge. Para aquellos que practican actividades médicas además de la residencia, mientras más horas trabajadas, mayor es el estrés promedio. Tener un pasatiempo se presenta como un factor que disminuye los promedios del estrés ocupacional en el grupo investigado. Por lo tanto, se confirmó la aparición de estrés laboral entre los residentes médicos, lo que requiere intervenciones en el proceso de trabajo para minimizar o eliminar las fuentes de tensión y, en consecuencia, la aparición de manifestaciones de estrés en la población estudiada.

Palabras clave: Estrés laboral. Residentes médicos. Hospital publico.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional (MTEG)	45
Figura 2 – Critério utilizado para categorização das variáveis de estudo	53
Figura 3 – Critério utilizado para categorização do estresse ocupacional	85
Figura 4 – Critério utilizado para categorização das fontes de tensão no trabalho	89
Figura 5 – Critério utilizado para categorização das fontes de tensão do indivíduo	96
Figura 6 – Critério utilizado para categorização dos indicadores de impacto no trabalho	98
Figura 7 – Critério utilizado para categorização de mecanismos de regulação	101
Figura 8 – Critério utilizado para categorização de estratégias de recuperação física e mental	103
Figura 9 – Critério utilizado para categorização de estratégias de cooperação	104
Gráfico 1 - Distribuição dos pesquisados por gênero	63
Gráfico 2 - Distribuição dos pesquisados por faixa etária (em anos)	63
Gráfico 3 - Distribuição dos pesquisados por estado civil	64
Gráfico 4 - Distribuição dos pesquisados por tempo de atuação na função na Instituição (em anos)	64
Gráfico 5 - Distribuição dos pesquisados por horas semanais trabalhadas extra residência	65
Gráfico 6 - Distribuição dos pesquisados por consumo de fumo	66
Gráfico 7 - Distribuição dos pesquisados que fumam por frequência	67
Gráfico 8 - Distribuição dos pesquisados que consomem bebida alcoólica por unidades de bebida alcoólica	67
Gráfico 9 - Distribuição dos pesquisados que consomem bebida alcoólica por frequência com que têm bebido nos últimos 3 meses	68

Gráfico 10 - Distribuição dos pesquisados por ocorrência de problema de saúde	69
Gráfico 11 - Distribuição dos pesquisados por problema de saúde	69
Gráfico 12 - Distribuição dos pesquisados por uso regular de medicamento contínuo	70
Gráfico 13 - Distribuição dos pesquisados por medicamento contínuo utilizado	71
Gráfico 14 - Distribuição dos pesquisados por prática de hobby	71
Gráfico 15 - Distribuição dos pesquisados por <i>hobby</i> praticado	72
Quadro 1 - Modificações no instrumento de coleta de dados	49
Quadro 2 - Operacionalização dos construtos de pesquisa	50
Quadro 3 - Etapas, critérios, conceitos e parâmetros de adequação análise fatorial	52
Quadro 5 - Síntese da metodologia	55
Quadro 5 – Distribuição dos residentes por especialidade	61
Quadro 6 - Codificação dos indicadores utilizados no questionário de coleta de dados	74
Quadro 7 – Etapas e parâmetros de adequação da análise fatorial	75
Quadro 8 - Construtos e seus respectivos fatores e indicadores – Análise fatorial	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Pontos de corte para categorização das variáveis do estudo	54
Tabela 2 - Distribuição dos residentes por especialidades	61
Tabela 3 - Análise descritiva dos indicadores – Medidas de tendência central e de variabilidade	76
Tabela 4 - Correlação entre os indicadores por construto – Correlação de Pearson ..	78
Tabela 5 – Construtos, fatores e métricas utilizadas para avaliação da adequação da análise fatorial	80
Tabela 6 - Correlação entre escores fatoriais e escalas múltiplas dos fatores de mecanismos de regulação – Correlação de Pearson	82
Tabela 7 - Análise do estresse ocupacional por nível de intensidade	86
Tabela 8 - Frequência dos sintomas relacionados ao estresse ocupacional <i>versus</i> manifestação de estresse	87
Tabela 9 - Análise das fontes de tensão no trabalho por nível de tensão	90
Tabela 10 - Frequência dos indicadores de fontes de tensão no trabalho <i>versus</i> manifestação de estresse	91
Tabela 11 - Outras fontes de tensão no trabalho na percepção dos pesquisados	92
Tabela 12 - Itens mais importantes para redução dos níveis de tensão no trabalho na percepção dos pesquisados	93
Tabela 13 - Itens mais difíceis de serem mudados para redução do nível de tensão no trabalho na percepção dos pesquisados	94
Tabela 14 - Análise das fontes de tensão do indivíduo por nível de tensão	96
Tabela 15 - Frequência dos indicadores de fontes de tensão do indivíduo <i>versus</i> manifestação de estresse	97
Tabela 16 - Análise dos indicadores de impacto no trabalho por nível de atuação	99
Tabela 17 - Frequência dos indicadores de impacto no trabalho <i>versus</i> manifestação de estresse	99
Tabela 18 - Análise dos mecanismos de regulação (global) por nível de atuação	102
Tabela 19 - Análise das estratégias de recuperação física e mental por nível de atuação	103

Tabela 20 - Análise das estratégias de cooperação por nível de atuação	104
Tabela 21 - Frequência dos indicadores de mecanismos de regulação <i>versus</i> manifestação de estresse	105
Tabela 22 - Estratégias pessoais utilizadas para reduzir o impacto de situações tensionantes/estressantes no ambiente de trabalho	106
Tabela 23 – Média de estresse ocupacional por variáveis demográficas, ocupacionais e hábitos de vida e de saúde	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDEF	Base de dados especializada na área de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CID 10	Classificação Internacional das Doenças
CRNM	Comissão Nacional de Residência Médica
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Desvio padrão
EF	Escores fatoriais
EF1	Escore fatorial 1
EF2	Escore fatorial 2
EM	Escalas múltiplas
EM1	Escala múltipla 1
EM2	Escala múltipla 2
EUA	Estados Unidos da América
FTI	Fontes de Tensão do Indivíduo
FTI1	Levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo
FTI2	Pensar e/ou realizar frequentemente duas ou mais atividades ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las
FTI3	Não conseguir desligar-se do trabalho, mesmo fora dele
FTI4	Ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre
FTI5	Ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não tem domínio pleno
FTI6	Ter os horários de descanso (após expediente, feriados e finais de semana) tomados pelo trabalho
FTT	Fontes de Tensão no Trabalho
FTT1	Executar um trabalho complexo, gerando desgaste e cansaço
FTT2	Realização de conduta complexa sem ainda ter adquirido experiência para tal
FTT3	Executar várias atividades ao mesmo tempo, com alto grau de cobrança
FTT4	Realizar o máximo de trabalho com o mínimo de recursos
FTT5	Situações de inibição da liberdade na realização do trabalho
FTT6	Prática recorrente de isolar, perseguir pessoas que eventualmente sejam consideradas funcionalmente inadequadas
FTT7	Excessiva carga de trabalho, ultrapassando os limites pessoais
FTT8	Excesso de atividades administrativas
FTT9	Conflitos com pacientes e familiares
FTT10	Número excessivo de horas de trabalho
IBEGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IIT1	Dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados

IIT2	Fuga das responsabilidades de trabalho antes assumidas de forma natural
IIT3	Desejo de trocar de emprego com frequência
IIT4	Desmotivação importante para com o trabalho
IIT5	Perder o controle sobre os eventos da vida (trabalho, família, relacionamentos, entre outros)
IIT6	Excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais, no trabalho e/ou fora dele.
IIT7	Dificuldade de concentração no trabalho
IIT8	Diminuição da eficácia no trabalho
IIT9	Queda na produtividade
IIT10	Cometimento de erros nos processos de trabalho
IP	<i>Internet Protocol</i>
IT	Impactos no Trabalho
ITRA	Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
Lilacs	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MECREGUL	Mecanismo de Regulação
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MR	Mecanismo de regulação
MR1	Experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho
MR2	Possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana
MR3	Possibilidade de gozar as férias regularmente
MR4	Realizar programa de exercício físico planejado/orientado
MR5	Tempo para relaxar/descansar
MR6	Possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades
MR7	Cooperação entre os pares (colegas de trabalho)
MTEG	Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional
NEP	Núcleo de Ensino e Pesquisa
OCDE	Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
S1	Nervosismo
S2	Ansiedade
S3	Ímpetos de raiva
S4	Angústia
S5	Irritabilidade
S6	Períodos de depressão
S7	Dor nos músculos do pescoço e ombros
S8	Dor discreta no peito sob tensão

S9	Palpitações
S10	Indisposição gástrica ou dor no estômago, que se acentuam diante de exigências emocionais
S11	Nó na garganta
S12	Tontura, vertigem
S13	Perda e/ou oscilação do senso de humor
SAG	Síndrome de Adaptação Geral
SINTOMAS	Sintomas de Estresse
SNC	Sistema Nervoso Central
SPELL	<i>Scientific Periodicals Eletronic Library</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EU	União Europeia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFV	Universidade Federal de Viçosa
Unicamp	Universidade de Campinas
Unifal	Universidade Federal de Alfenas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	Problematização	21
1.2	Objetivos	24
1.2.1	Objetivo geral	24
1.2.2	Objetivos específicos	24
1.3	Justificativa	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1	O estresse no contexto geral	28
2.1.1	Tipologias do estresse	29
2.2	Estresse no trabalho e suas consequências	30
2.2.1	Fontes de tensão	33
2.2.2	Sintomas de estresse	35
2.2.3	Indicadores de impacto no trabalho	37
2.2.4	Estratégias de enfrentamento ao estresse	39
2.3	Estresse em médicos residentes	40
2.4	Modelo teórico de análise do estresse ocupacional	43
3	PERCURSO METODOLÓGICO	46
3.1	Tipo, abordagem e método de pesquisa	46
3.2	População pesquisada	47
3.3	Coleta de dados	47
3.4	Análise dos dados	50
3.5	Síntese metodológica	55
4	AMBIÊNCIA DO ESTUDO	56
4.1	Residência médica	56
4.2	O hospital onde os residentes atuam	58
4.2.1	Organização e serviços prestados	59
4.2.2	Distribuição dos residentes por especialidades	60
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
5.1	Dados demográficos, funcionais, hábitos de vida e saúde	62
5.2	Revalidação do instrumento de coleta de dados	73
5.3	Análise do estresse ocupacional	84
5.3.1	Sintomas de estresse	87
5.3.2	Fontes de tensão	88
5.3.2.1	Fontes de tensão no trabalho	89
5.3.2.2	Fontes de tensão do indivíduo	95
5.3.3	Indicadores de impacto no trabalho	98
5.3.4	Mecanismos de regulação	100
5.4	Relação entre estresse ocupacional e variáveis demográficas, funcionais, hábitos de vida e saúde	107
5.5	Síntese dos resultados	110

6	CONCLUSÕES	113
	REFERÊNCIAS	118
	APÊNDICES	126

1 INTRODUÇÃO

O termo *estresse* amplamente discutido, é entendido como um mecanismo de adaptação do componente psicológico do indivíduo ao seu componente fisiológico. As reações ao estresse ocorrem por meio de dois mecanismos: ativo, que luta; e passivo, que foge do agente estressor. Períodos prolongados de exposição, principalmente ao estresse crônico, podem ser causadores de algum tipo de adoecimento (SELYE, 1956, 1974; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005; LIPP, 2014).

O ser humano naturalmente persegue objetivos. Para ter êxito em suas aspirações, cria estratégias, para que, com precisão e menor tempo e gasto de energia, possa alcançá-los. Entretanto, ao sobrepor diversos objetivos, pode sofrer alterações em sua homeostase, como gatilho para problemas mentais, alterações osteomusculares, fadiga, privação do sono e, por fim, o estresse (ULLSPERGER; DANIELMEIER; JACHAM, 2014).

O estresse ocupacional decorre das relações que o sujeito estabelece com sua atividade laborativa. Torna-se foco de preocupação, na medida que é um dos mais importantes riscos ao bem-estar psicossocial do sujeito. A diversidade dos agentes estressores no trabalho e a vulnerabilidade do indivíduo determinam o surgimento do estresse ocupacional. Nesse contexto, os quadros de estresse surgem a partir da coexistência dos agentes estressores e da susceptibilidade do indivíduo (COUTO, 1987, 2014; LEVI, 2003, 2005, 2008).

Os efeitos negativos da organização do trabalho, pautada ainda nos modelos fordista e taylorista, em que a fragmentação das atividades não permite ao indivíduo conhecer totalmente o processo produtivo, levam-no a um desgaste. Em consequência, afasta-se da realidade, comprometendo sua autonomia. Tudo isso ocorre em função de um controle gerencial rígido, hierarquia inflexível e exaustivas cargas de trabalho, que, muitas vezes, geram desmotivação e adoecimento dos trabalhadores (BEZERRA *et al.*, 2012; BEZERRA *et al.*, 2016).

O estresse relacionado ao trabalho ocorre largamente no âmbito mundial, dada a carga significativa de problemas que a saúde mental representa para indivíduos, instituições, sociedades e economias. Portanto, torna-se fundamental fortalecer a saúde mental dos trabalhadores. Em 2018, a Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) iniciou um projeto ambicioso para avaliar o desempenho em saúde mental, visando estimar a perda de lucratividade decorrente dos dias perdidos no trabalho por causa de estresse ocupacional, depressão e transtornos de ansiedade (BASSOLS *et al.*, 2015; BASU *et al.*, 2016; OCDE, 2019).

Nos países membros da OCDE, as causas relacionadas ao adoecimento mental constituem a principal fonte de ausência ao trabalho. Os custos totais da saúde mental representam mais de 4% do produto interno bruto (PIB) nos países da União Europeia (UE), o que equivale a mais de 600 milhões de euros ao ano. Uma a cada seis pessoas em todos os países da UE, cerca de 17,3%, apresentaram algum problema de saúde mental em 2016, totalizando quase 84 milhões de trabalhadores. O mais comum dentre os distúrbios da saúde mental nos países da UE estão relacionados a: transtornos de ansiedade (25 milhões de pessoas atingidas), transtornos depressivos (21 milhões de pessoas) e distúrbios por ingestão de drogas e álcool (11 milhões de pessoas) (OCDE, 2019).

Em revisão sistemática de 24 estudos relacionados às manifestações do estresse, totalizando 48.650 indivíduos pesquisados, incluindo 9 nos Estados Unidos da América (EUA) e 5 na Ásia Oriental (2 em Hong Kong, 1 na China e 2 na Coreia do Sul), a depressão apresentou uma prevalência de 30,6%, sendo que metade destes estudos tratou explicitamente de estudantes de medicina. Em outro estudo epidemiológico de grande escala, também relacionado ao estresse, na China, contando 5.245 pesquisados, identificou-se que 11,7% dos estudantes universitários eram depressivos, em que 4% foram diagnosticados como portadores de transtorno depressivo, em conformidade com a Classificação Internacional das Doenças (CID 10), enquadrado na categoria F 33 e suas subcategorias, relacionadas aos transtornos depressivos (IBRAHIM *et al.*, 2013).

No Brasil, os transtornos mentais e comportamentais, entre eles o estresse, têm afastado inúmeros trabalhadores. Os episódios depressivos, por exemplo, geraram

43,3 mil auxílios-doença em 2017 – sendo a décima doença com mais afastamentos. Enfermidades classificadas como “Outros transtornos ansiosos” também apareceram entre as que mais afastaram em 2017 (15ª posição), totalizando 28,9 mil casos. O transtorno depressivo recorrente apareceu na 21ª posição entre as doenças que mais afastaram, com 20,7 mil auxílios concedidos pela Previdência Social (BRASIL, 2019).

Algumas profissões destacam-se com relatos de maior incidência dessa manifestação, incluindo professores, bombeiros, equipes de resgate, policiais, assistentes sociais, agentes penitenciários e trabalhadores da agricultura. Merecem destaque os profissionais que atuam na área da saúde, entre eles médicos e residentes médicos. Isso torna relevante a realização de estudos relacionados ao estresse ocupacional em profissionais que atuam na área da saúde e em grupos específicos, como os residentes médicos (ZILLE, 2005; ZILLE; BRAGA; ZILLE, 2011; BASU *et al.*, 2016; SANTOS; ZILLE, 2015; ZILLE *et al.*, 2018).

Quando ocorre de forma acumulativa, o estresse ocupacional pode ser relacionado a diferentes efeitos adversos à saúde, como, doenças cardiovasculares, doenças mentais, *burnout*, aposentadoria precoce, abuso de substâncias que causem dependência química e estilos de vida sedentários (BASU *et al.*, 2016; GRACE, 2018).

Estudos referentes ao estresse, em especial ao estresse ocupacional, têm despertado interesse acadêmico por conta da relevância de se investigar suas causas e de buscar estratégias para combatê-lo de forma preventiva, para assim minimizar o sofrimento de um número significativo de trabalhadores em diversas ocupações (ZILLE *et al.*, 2018).

1.1 Problematização

Em relação aos trabalhadores da área da saúde, principalmente os residentes médicos, tem-se observado que o estresse resulta na redução de sua capacidade de trabalho, no aumento do absenteísmo e no adoecimento com maior frequência. Identifica-se que a realização das tarefas do cotidiano causa excessiva tensão, gerando níveis elevados de cansaço, ansiedade, depressão, atenção dispersa, desmotivação e, como consequência, baixa realização pessoal e profissional,

ocasionando maior incidência de erros e queda na qualidade dos serviços prestados (BOLLER, 2003; FABICHAK; SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014; JOSEPH *et al.*, 2018; SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

Devido à demanda não programada no ambiente hospitalar, os profissionais de saúde, sobretudo os médicos residentes, podem ser requisitados a qualquer momento, ocasionando sobrecarga e tensão constante. Assim, os médicos residentes, mesmo em seus momentos de descanso ficam atentos à possibilidade de convocação imediata para retorno ao trabalho, por situações diversas. Estes profissionais vivem em estado de alerta e tensão constantes, e de alguma forma, levam para casa as sensações vividas no ambiente de trabalho, o que também contribui para aumentar o nível de tensão e, conseqüentemente, o estresse (ANDOLHE, 2009; SOUSA *et al.*, 2017; AZEVEDO; NERY; CARDOSO; 2017).

Frasquilho (2005), Ferreira (2014) e Ferreira *et al.* (2017) apontam como principais fatores desencadeantes de estresse entre os médicos residentes: formação acadêmica insuficiente, condições de trabalho, muitas vezes, precárias, carga física e mental elevada e organização do trabalho em desequilíbrio. Somam-se a esses fatores: baixa remuneração, insatisfação com o trabalho e seu ambiente e ainda as elevadas queixas referentes a problemas físicos e psíquicos, que potencializam o surgimento de quadros de estresse ocupacional nestes profissionais.

Essas manifestações podem refletir de modo negativo na sociedade, ocasionando queda da qualidade dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde, em que a segurança do paciente pode ser prejudicada (NASCIMENTO SOBRINHO *et al.*, 2006; VELHO *et al.*, 2012; SCHMIT *et al.*, 2016).

O estresse ocupacional é compreendido como fruto da subjetividade do indivíduo em resposta às demandas do ambiente de trabalho. Na atuação dos médicos residentes, o estresse pode estar relacionado a situações inerentes à possibilidade de lidar com situações imprevistas que geram tensão, medo e sofrimento, bem como à de vivenciar a morte em algumas situações. Tais sentimentos podem desencadear o estresse ocupacional e, conseqüentemente, as manifestações físicas e psíquicas inerentes

(COOPER; SLOAN; WILLIAMS, 1988; COOPER, 2005; BEZERRA *et al.*, 2012, BEREZZA *et al.*, 2016).

Frustração e descontentamento são sentimentos constantemente referidos pelos médicos residentes, diante das responsabilidades advindas do exercício profissional, constituindo-se em fontes desencadeadoras de transtornos físicos, psicológicos e sociais, podendo afetar a saúde destes profissionais, comprometendo seu trabalho, bem-estar e qualidade de vida, além de afetar relações de trabalho e desempenho (MATA *et al.*, 2015; JAMES *et al.*, 2017), levando a um alto grau de estresse (RIBEIRO, 2012; JOSEPH *et al.*, 2018; WEURLANDER *et al.*, 2018).

A partir dos anos 1990, em países europeus com nível socioeconômico elevado, passou a ser observado que as taxas de licença por doença devido a problemas psicológicos relacionados ao estresse ocupacional apresentavam nível crescente de ocorrências. Nos últimos vinte anos, os estudos sobre estresse agudo e variáveis mensuráveis de saúde e doença vêm abrindo caminho para o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema, uma vez que se torna iminente a necessidade de compreender e aprofundar os conhecimentos de tal fenômeno (SPILIOPOULOS, *et al.*, 2014; GOLD, *et al.*, 2015).

No caso brasileiro, Servadio (2019) observa que umas das principais fontes de tensão relatadas pelos residentes médicos é a sobrecarga de trabalho, em função do número reduzido de residentes para atender à alta demanda de pacientes. Outro aspecto que relaciona no diz respeito à cultura em relação à hierarquia na área. Segundo os residentes iniciantes, eles acumulam várias funções, inclusive aquelas dos residentes veteranos que atuam no serviço. É comum os preceptores e residentes mais antigos sobrecarregarem os novatos, situação que se repete a cada ano, fomentando esta prática na etapa da formação de especialização médica. Essa cultura, vem resultando na ocorrência de ideação suicida entre os residentes médicos (GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

O ambiente de aprendizado para a categoria de residentes médicos vem se constituindo em fonte de estresse ocupacional, implicando ideação suicida e seu desfecho. Devido às constatações, os órgãos de classe têm-se preocupado com o

ambiente de inserção do residente como um fator crítico, sendo considerado no processo de formação destes profissionais situações como: distúrbios físicos e emocionais, carga de trabalho exaustiva e frustrações, inerentes ao aprendizado (DASKIVICH *et al.*, 2015; SERVADIO, 2019).

Tendo em vista o contexto até aqui apresentado, tem-se como problema de pesquisa: Quais são as manifestações do estresse ocupacional que ocorrem com os residentes médicos?

1.2 Objetivos

Para responder ao problema de pesquisa e alcançar os resultados pretendidos com esta pesquisa, foram definidos os seguintes objetivos a seguir apresentados:

1.2.1 Objetivo geral

Descrever e analisar as manifestações de estresse ocupacional em residentes médicos que atuam em um hospital público localizado na cidade de Belo Horizonte/MG.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as ocorrências de estresse ocupacional e analisar sua intensidade;
- b) Identificar e analisar as principais fontes de tensão no trabalho a que os residentes estão expostos;
- c) Identificar os principais sintomas de estresse manifestados pelos pesquisados;
- d) Identificar e analisar os indicadores de impacto no trabalho dos pesquisados;
- e) Identificar os principais mecanismos de regulação utilizados pelos residentes médicos no enfrentamento das situações tensionantes no contexto do trabalho;

- f) Associar os níveis de estresse com as variáveis sociodemográficas, funcionais e de saúde dos residentes médicos.

1.3 Justificativa

Este estudo propiciou a possibilidade de conhecer os desafios enfrentados pelos residentes médicos de uma instituição pública, na medida em que permitiu analisar as manifestações de estresse vivenciadas por esta categoria profissional. Portanto, justifica-se por contribuir para ampliar o conhecimento sobre o tema, nos âmbitos acadêmico, institucional e social.

A justificativa acadêmica se dá pela oportunidade de ampliar os estudos com residentes médicos no que se refere às manifestações do estresse ocupacional em um hospital público da cidade de Belo Horizonte/MG. Embora pesquisas voltadas para médicos residentes tenham ganhado espaço nas últimas décadas, os estudos brasileiros sobre estresse neste grupo de profissionais ainda necessitam ser ampliados.

A pesquisa bibliográfica compreendem o período dos últimos cinco anos ou seja, de 2014 a 2019, quando foram identificadas pesquisas nacionais e internacionais relacionadas à temática. Para a busca em bancos de dados utilizaram-se as palavras-chave “estresse ocupacional” e “médicos residentes”, que são descritores em ciências da saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings (MeSH)*.

Na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), foram localizados 26 publicações, sendo 22 na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, 3 na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e 1 na Base de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem (BDENF). Na *Scientific Periodicals Eletronic Library (SPELL)*, 14 publicações.

No Portal Capes/MEC, 6 publicações. No Banco de Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), apenas 1 publicação com temática semelhante, com profissionais médicos não residentes. No Banco de Dissertações do Centro Universitário Unihorizontes, 1 dissertação. Em relação a outros bancos como

USP, UFMG, UFSC, Unifal, UFV, Universidade Católica e Unicamp, não foram localizadas dissertações que abarquem a mesma categoria profissional.

A importância de ampliar pesquisas na área, justifica-se ainda em relação à esta categoria profissional dos residentes médicos, em razão das lacunas no que diz respeito a estudos sobre as manifestações de estresse ocupacional.

No âmbito institucional, a pesquisa pode contribuir para melhorar a organização do trabalho, as relações interpessoais, os processos de trabalho e o ambiente de trabalho, regulando a demanda e responsabilidades assumidas pelos médicos residentes. Conseqüentemente, podem refletir em uma assistência à saúde de melhor qualidade à comunidade, a análise das fontes de tensão do trabalho e dos mecanismos de regulação utilizados por estes profissionais, visando minimizar as fontes de tensão no trabalho e, conseqüentemente, as manifestações de estresse.

No âmbito social, considerando que a qualidade e a segurança da assistência à saúde devem estar presentes na rotina de todos os profissionais da saúde, as metas internacionais evidenciam com clareza os cuidados que devem ser tomados, tendo como referência o protocolo nacional de segurança do paciente. Um marco na mudança de pensamento ocorreu em 1990, com a publicação do relatório: “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, que serviu de alerta para que os gestores tenham também este foco, procurando identificar as fontes desencadeantes de possíveis erros cometidos (LOBÃO; MENEZES, 2012; 2013; DIAS, 2015; BRASIL, 2018).

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos, incluindo esta Introdução. No segundo capítulo, desenvolve-se o referencial teórico. No terceiro, descreve-se o percurso metodológico. No quarto, focaliza-se a ambiência do estudo. No quinto procede-se à análise e discussão dos resultados. No sexto, formulam-se as conclusões. Seguem-se as referências e os apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, abordam-se os conteúdos que embasaram este estudo: “O estresse no contexto geral”, “Tipologias do estresse”; “Estresse no trabalho e suas consequências”; “Fontes de tensão”; “Sintomas de estresse”; “Indicadores de impacto no trabalho”; “Estratégias de enfrentamento ao estresse”; “Estresse em médicos residentes”; e por fim o “Modelo teórico de análise do estresse ocupacional”.

2.1 O estresse no contexto geral

Selye (1956, p. 64) define estresse como “a resposta inespecífica do corpo a qualquer demanda realizada sobre ele”. Tal resposta nem sempre resulta em danos, que só ocorre quando a intensidade do agente estressor, capaz de produzir estresse, ultrapassa a capacidade adaptativa do indivíduo.

A palavra estresse originária do inglês “*stress*”, utilizada desde o século XVII, inicialmente com o significado de “aflição” e “adversidade”, atualmente designa um processo no qual o corpo reage a um estado de tensão que pode resultar em problemas físicos e mentais. O estresse ocasiona alterações homeostáticas no indivíduo. A exposição prolongada a estas pode desencadear graves consequências, tais como, redução da autoestima e baixo desempenho em diversas áreas, devido à diminuição da atenção e da concentração, e perda da capacidade de decisão (BASSOLS *et al.*, 2015).

De acordo com Selye (1956, 1974), o estresse manifesta-se por meio da síndrome de adaptação geral (SAG), em que o organismo do indivíduo sofre alterações fisiológicas, liberando hormônios adrenérgicos, mediadores responsáveis pela preparação para a fuga ou enfrentamento, além de alterações do sistema imunológico, gastrointestinal, dentre outras.

A SAG foi entendida como as respostas não específicas e adaptativas do organismo ao agente agressor. O termo se aplica à forma de manifestação; ou seja, atinge toda estrutura corporal (SELYE, 1956, 1974).

A adaptação, se dá pelo fato de estimular diversas formas de defesa e adaptação do organismo, trata-se de uma síndrome decorrente da singularidade da manifestação em cada indivíduo. Esta síndrome ocorre em três fases, alarme, resistência e exaustão, uma vez que a adaptabilidade do corpo e suas fontes de energia vital são limitadas. Na fase de alarme, o corpo é capaz de se adaptar e ter resistência ao agente estressor, desde que este tenha curta durabilidade de exposição. Na fase de resistência, o indivíduo permanece exposto ao agente agressor por períodos prolongados, mas o corpo mantém sua capacidade adaptativa. Na fase de exaustão, a exposição ao agente estressor é continuada e o corpo perde a capacidade de adaptação, bem como sua energia, podendo evoluir nos casos mais graves para o óbito (SELYE, 1936, 1956).

2.1.1 Tipologias do estresse

O estresse pode se manifestar de maneiras diferentes. O estresse da realização está ligado à ativação do organismo, mediante a produção de adrenalina e outros hormônios, tornando-o capaz de produzir respostas rápidas. Denomina-se “eustresse” (SELYE, 1974; COUTO, 1987, 2014; LIPP, 2014).

“Distresse” é a terminologia utilizada quando os mecanismos de adaptação psicológicos e fisiológicos não suportam e passam a causar danos ao organismo. Além de afetar sua estrutura psíquica, causa também doenças físicas. Também chamado de “estresse da derrota”, ocasiona disfunção orgânica e/ou psicológica. Está ligado à ativação crônica do organismo para se adaptar às situações imprevistas e percebidas como estressoras e nocivas (SELYE, 1936; COUTO, 1987, 2014).

Outras tipologias são: “estresse de sobrecarga” e “estresse de monotonia”. O estresse de sobrecarga é observado quando a estrutura psíquica do indivíduo não é capaz de responder às demandas psíquicas do meio, levando ao desequilíbrio, como implicação no desempenho do trabalhador entre outras intercorrências. De outro lado, quando o indivíduo está exposto a níveis de exigência muito inferior àquele sua estrutura psíquica e intelectual suporta, ocorre o estresse de monotonia (SELYE, 1956, 1974; COUTO, 1987, 2014).

O estresse decorrente de uma reação imediata do organismo causadas por estressores breves e específicos pode ser entendido como “estresse agudo”, em que o organismo é capaz de elaborar respostas rápidas de luta ou fuga. Já na sua forma crônica, os agentes estressores perduram e, dessa maneira, o organismo não consegue se adaptar de modo satisfatório ao contexto. Daí, ocorrem as manifestações de estresse denominadas “crônicas” (COUTO, 1987, 2014).

2.2 Estresse no trabalho e suas consequências

O estresse no trabalho pode ser entendido como as manifestações relacionadas ao contexto laboral, visto que vários estressores aí localizados podem gerar um desequilíbrio psíquico no indivíduo, cujas consequências negativas de tal desequilíbrio são as manifestações de estresse, podendo acarretar em enfermidades (COOPER, 2005; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005).

Limongi-França e Rodrigues (2005, p. 36) definem o estresse ocupacional como:

[...] situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador as suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou a sua saúde física ou mental, prejudicando a interação desta com o trabalho e com o ambiente de trabalho, à medida que esse ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que não contém recursos adequados para enfrentar tais situações.

Cooper, Sloan e Willians (1988) desenvolveram um modelo de análise do estresse ocupacional que considera as seguintes variáveis: a) intrínsecas ao trabalho relacionadas ao volume de trabalho, novas tecnologias, ritmo de trabalho, natureza e conteúdo das atividades desenvolvidas; b) papel gerencial, associado à filosofia de gestão, falta de participação nas decisões, pouca autonomia e o não apoio e orientações dos que estão hierarquicamente superiores; c) inter-relacionamento falta de apoio dos pares, isolamento, pouca colaboração e conflitos de personalidade; d) desenvolvimento na carreira tem-se o sistemas de compensação, oportunidades de treinamento e desenvolvimento, valorização, possibilidade de promoção e segurança no emprego; e) estrutura e clima organizacional, vinculada às políticas e valores da instituição: comunicação ineficiente, recursos financeiros, clima organizacional e características estruturais; f) a interface casa e trabalho, em que são apontados os

eventos externos ao trabalho, apoio da família, afastamento ou aposentadoria, insegurança e instabilidade.

Considerando as fontes de estresse acima citadas, o profissional exposto a tais fontes pode vir a manifestar os sintomas do estresse ocupacional, em nível individual, com o surgimento de doenças físicas e mentais, ou, em nível organizacional, gerando disfunções organizacionais, por meio de aumento do absenteísmo, maior rotatividade, queda na produtividade e qualidade, greves e, até mesmo, sabotagens (COOPER; SLOAN; WILLIANS, 1988).

O estresse no trabalho, independente do agente estressor, produz impacto nas atividades laborais e nas demais dimensões do indivíduo, uma vez que não é possível separar totalmente as dimensões trabalho e vida pessoal (LIPP, 2014).

O fator relacionado à natureza da ocupação tem grande influência nas manifestações do estresse, visto que algumas profissões são mais vulneráveis por conta da natureza do trabalho, do envolvimento emocional e da exposição à violência. Como exemplo dessas profissões, citam-se aquelas relacionadas à saúde, como médicos, residentes médicos e pessoal da área de enfermagem (COOPER, 2005; GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

Dentre os trabalhadores com maior risco de desenvolver estresse ocupacional, apontam-se os profissionais da área da saúde, com destaque para os residentes médicos que atuam nos serviços de urgência e emergência. Alguns fatores são elencados como estressores agudos, como: violência, trauma, luto, sobrecarga de trabalho e convivência com os desafios da vida (BASU *et al.*, 2016; SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

Os avanços tecnológicos, além das condições de trabalho estressantes nos hospitais, determinadas, principalmente, pelo aumento do número de pacientes e pela maior rotatividade de profissionais, elevaram o nível de tensão e, conseqüentemente, o estresse psicossocial e suas conseqüências entre os médicos e os residentes médicos (SPILIOPOULOS, *et al.*, 2014; SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

Em estudo realizado em 2018 com profissionais da saúde, do qual participaram 111 indivíduos, trabalhadores de um hospital filantrópico, 70,3% apresentam manifestações de estresse, sendo que 7,2% destas manifestações foram categorizadas como intensas e muito intensas e 63,1% como leves a moderadas (GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

De acordo com Spiliopoulos *et al.* (2014), Servadio (2019) e Servadio e Zille (2019), em relação aos residentes médicos, cuja rotina laboral é caracterizada por longas jornadas ininterruptas, foram observados privação de sono, baixa remuneração em relação à residência, sentimentos de isolamento e desequilíbrio entre vida pessoal e profissional. Neste grupo de profissionais, as manifestações graves de estresse crônico incluíram sintomas como: depressão, ansiedade, relacionamentos familiares quebrados, indução a erros de procedimentos, pensamentos sobre desistência da profissão e, até, ideação suicida, ocasionando a despersonalização, exaustão emocional e baixa realização pessoal e manifestações da síndrome de *burnout*.

Ainda em relação aos médicos residentes da cirurgia cardíaca, os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores significativamente mais elevados em relação ao excesso de trabalho e ao estresse social do que as colegas do sexo feminino. Todas as mulheres cirurgiãs (médicas e residentes) relataram que se sentiram mais expostas ao excesso de trabalho e ao estresse social. Possivelmente, cirurgiões experientes e os residentes sofram com as incompatibilidades entre carreira profissional e família, estando, portanto mais frequentemente estressados por fatores isolados relacionados ao trabalho, como a pressão para obter sucesso e o excesso de trabalho (SPILIOPOULOS *et al.*, 2014).

Outros estudos têm demonstrado que as taxas de suicídio são significativamente mais elevadas entre profissionais médicos e residentes médicos do que em indivíduos do mesmo sexo e idade na população geral. Quando ao gênero, médicos do sexo masculino apresentam risco de 40% contra 130% do sexo feminino. Salienta-se que os próprios profissionais desta categoria profissional ignoram a necessidade do autocuidado e negligenciam seu bem-estar, ainda que a incidência de depressão entre eles seja de 22% a 35% maior que a da população em geral, além de altas taxas de *burnout* e ideação suicida (DASKIVICH *et al.*, 2015).

2.2.1 Fontes de tensão

As fontes de tensão no trabalho e do indivíduo estão relacionadas aos construtos do Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional (MTEG), desenvolvido e validado por Zille (2005). Citam-se: processos de trabalho, relações no trabalho, segurança nas relações de trabalho e convivência com indivíduos de personalidade difícil. Já as fontes de tensão do indivíduo são: responsabilidades acima dos limites, estilo e qualidade de vida e desmotivação, mais relacionadas as características pessoais dos indivíduos.

Os níveis de tensão no ambiente de trabalho decorrem de situações variadas. Diferentes fatores podem ser considerados fontes de tensão: filosofia de trabalho com obsessão por resultados, prática de várias atividades ininterruptas ao mesmo tempo seguidas de alto grau de cobrança, relacionamento com indivíduos de personalidade difícil e com algum tipo de patologia comportamental, excesso de metas a serem atingidas em curto prazo, sobrecarga em decorrência da tecnologia (*e-mails*, *softwares*, sistemas integrados de gestão, entre outros) e prazos e cronogramas apertados e trabalhos complexos e muitas vezes desgastantes (ZILLE, 2005).

A transição da vida adolescente para adulta, marcada principalmente pela inserção no meio acadêmico, é considerada um fator predisponente para o desenvolvimento do estresse, pois é aí que se inicia a tomada de decisões. O fato de lidar com as demandas acadêmicas, sociais e aquelas relacionadas à formação profissional. As altas expectativas acadêmicas são estressantes e podem representar riscos para a saúde física e mental, desencadeando problemas psiquiátricos, tais como, depressão e ansiedade, culminando em quadros de estresse. Em estudo realizado na China observou-se forte prevalência de depressão não somente entre calouros, mas também em estudantes em outros anos e no início da prática clínica ou seja, a residência médica (CHEUNG *et al.*, 2016).

Um dos maiores apontamentos em relação à identificação das fontes de tensão é a cobrança constante para produzir mais e com menos recurso, além da convivência com indivíduos com manifestações de algum desequilíbrio emocional. Conforme proposto no MTEG, as fontes de tensão são categorizadas em ausentes, moderadas

e intensas. Entre os profissionais de saúde de um hospital filantrópico, 43% se enquadraram em moderada e 5,4% como intensas (GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

Em relação aos trabalhadores da área da saúde, com destaque para os residentes médicos, tem se observado que o estresse gera: redução da capacidade de trabalho, aumento do absenteísmo e adoecimento com maior frequência. Tudo isso contribui para que a realização das tarefas do cotidiano cause excessiva tensão, gerando níveis elevados de cansaço, ansiedade, depressão, atenção dispersa, desmotivação e, como consequência, baixa realização pessoal e profissional (JOSEPH *et al.*, 2018; SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

Para reduzir as fontes de tensão, a instituição precisa realizar intervenções no ambiente laboral, de modo a minimizar ou eliminar os diversos estressores, tais como, falhas de comunicação e melhoria nos relacionamentos interpessoais. Citam-se ainda, questões pessoais, como: estilo de vida corrido, dia tomado por compromissos subsequentes, pouco tempo livre e falta de tempo para o descanso e lazer. Portanto, faz-se necessário desacelerar o ritmo de vida, separando tempo para o lazer e descanso (GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

Para Cooper (2005), o indivíduo exposto às fontes de estresse tais como: fatores intrínsecos ao trabalho, exercendo cargos de gerência e liderança, relações interpessoais conflituosas, desenvolvimento prematuro na carreira, estrutura e clima organizacional inadequado e interface casa e trabalho não dimensionadas podem contribuir para a manifestação do estresse ocupacional, as quais podem ter impactos nos âmbitos individual e organizacional, o que irá desencadear absenteísmo e rotatividade elevados, queda na produtividade, greves e, até mesmo, sabotagens no plano organizacional.

2.2.2 Sintomas de estresse

Os sintomas do estresse se tornam evidentes quando a capacidade do indivíduo em se adaptar às situações tensionantes é ultrapassada. Assim, a sua estrutura psíquica não consegue suportar as pressões do ambiente (COUTO, 1987, 2014; ZILLE, 2005; ZILLE *et al.*, 2011; SANTOS; ZILLE, 2015).

As manifestações do estresse ocupacional poderão ser psíquicas e/ou físicas. Podem gerar elevação da pressão arterial, irritabilidade, aumento da ingestão de bebidas alcoólicas, depressão, gastrite, úlceras estomacais e problemas cardíacos. Do ponto de vista fisiológico, o estresse causa alterações hormonais e liberação de mediadores químicos e neurotransmissores, no intuito de preparar o corpo para reagir e se ajustar à situação estressante. Pessoas diferentes reagem de maneira distinta aos estímulos, o que ocasiona respostas adaptativas diversas (SELYE, 1956, 1974; COOPER; SLOAN; WILLIANS, 1988; COOPER, 2005; COUTO, 2014; LIPP, 2014).

Em um contexto emocional, sintomas como apatia, irritabilidade e ansiedade são os principais apontados. No campo físico, manifestam-se por meio das doenças psíquicas e fisiológicas, nas quais o estresse entra como fator desencadeador, entre elas: hipertensão arterial, úlcera gástrica, vitiligo, retração gengival, depressão, quadros de pânico e situações de surto psicótico (LIPP, 2014).

Os quadros de estresse, apresentam alterações fisiológicas, que incluem: aumento da frequência cardíaca, com a elevação da pressão arterial, aumento do fluxo sanguíneo para o cérebro e para o local do corpo estressado. Durante a exposição aos fatores estressantes, concomitante a tais alterações fisiológicas, há também uma inibição de funções neurovegetativas, causada por liberação de corticotropina, a exemplo de distúrbios alimentares, do sono e do comportamento sexual e alterações endócrinas (GOLD *et al.*, 2015).

Por meio de experiências laboratoriais, a maioria dos modelos de comportamento depressivo tem associação direta com o estresse crônico, sendo que as alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) podem tornar reversíveis os processos de adoecimento ocasionados pelo estresse crônico. Quando o SNC responde a estressores normais ou graves de uma forma adaptativa, essa resposta é o essencial para a sobrevivência, sem o surgimento de patologias. Foi observado que o sistema adaptativo, nos casos de evolução para quadros depressivos, não é eficaz ou inexistente (GOLD *et al.*, 2015).

Ainda em resposta ao estresse, ocorre resistência a insulina, associada a liberação de mediadores de estresse, como cortisol e citocinas, em que as células não são

capazes de permitir a entrada de glicose. Ocorre também o aumento dos níveis plasmáticos de glicose, favorecendo o uso desta pelas células-alvo do estresse, principalmente as células do cérebro e do sistema imunológico. Diante dos vários estressores, dentre eles o estresse emocional ou físico, o cérebro e o sistema imunológico têm acesso ao aumento de glicose necessário para iniciar e sustentar a atividade aumentada devido ao estresse celular. Tal mecanismo acionado repetidas vezes pode desencadear quadros de diabetes (GOLD *et al.*, 2015).

Além dos sintomas mencionados, ocorre uma resposta inflamatória aguda durante a exposição a estressores, preparando o sistema imunológico para uma possível lesão aguda envolvida numa situação de estresse. Da mesma forma que a resistência a insulina e estados pró-inflamatórios, a resposta ao estresse também ativa um estado pró-trombótico, desencadeando as cascatas de coagulação na prevenção de possibilidade de hemorragia durante situações ameaçadoras, sendo que o não uso destes fatores de coagulação irá aumentar o risco de trombose venosa profunda e trombo embolismo pulmonar (GOLD *et al.*, 2015).

Ao pesquisar sobre as manifestações de estresse entre os servidores do Ministério Público Federal de Minas Gerais identificou sintomas psíquicos de ansiedade e sintomas físicos, como, fadiga, dores musculares nos ombros e pescoço, problemas de memória e baixa concentração no trabalho (ZILLE; HONÓRIO; SERVADIO, 2018).

Estudo com profissionais de saúde de um hospital filantrópico encontrou que dentre aqueles que apresentaram alguma manifestação de estresse, mais da metade possuía o hábito de ingestão regular de bebidas alcoólicas, apresentavam gastrite e pressão arterial alta. O estudo sugeriu que os indivíduos com estresse intenso e muito intenso necessitam de intervenção imediata, ou seja, acompanhamento psicoterapêutico e melhorias no ambiente ocupacional. Em relação aos que apresentaram estresse leve/moderado, se não forem devidamente assistidos, poderiam desenvolver danos psíquicos e orgânicos, levando ao comprometimento da saúde e trabalho (GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

Mais de um quinto dos servidores supracitados relatou dores na musculatura do pescoço e ombros, ansiedade e episódios de dor de cabeça ocasionada por tensão e

fadiga como a sintomatologia mais frequente entre os que apresentaram algum nível de manifestação de estresse (GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

Estudo do tipo qualitativo realizado com médicos residentes em um hospital público da cidade de Belo Horizonte/MG identificou manifestações psíquicas e físicas decorrentes de estresse ocupacional. Os principais sintomas físicos identificados foram: fadiga, insônia, dores musculares, esgotamento físico e sonolência. Em relação aos sintomas psíquicos ocorreram ansiedade, angústia e irritabilidade. Dentre as manifestações orgânicas que podem estar associadas ao estresse ocupacional encontraram-se: queda de cabelo, perda de peso, problemas alérgicos, dores de cabeça constante por tensão, infecção urinária de repetição e problemas gastrointestinais (náuseas, vômitos, gastrite, úlceras e diarreia) (SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

2.2.3 Indicadores de impacto no trabalho

Grande parte dos fatores estressores relacionados ao trabalho tem relação com: estrutura física do ambiente ocupacional, organização do trabalho, relacionamentos interpessoais com colegas de trabalho e preocupações com o emprego e carreira, além do abuso físico e mental, podendo chegar, inclusive, ao assédio moral. O estresse ocupacional, na maioria das vezes contribui para o aumento do absenteísmo, como no afastamento por doenças e rotatividade de pessoal, além de conflitos interpessoais, acidentes de trabalho, dentre outras ocorrências (ZILLE, 2005; FERREIRA, 2014; BASU *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2017; GRACE, 2018).

Levi (2005, 2008) afirma que o impacto que o trabalho exerce na vida do indivíduo está relacionado a dois níveis. No primeiro, as tensões no trabalho afetam a saúde do trabalhador, No segundo, estão presentes: produtividade e as relações sociais e familiares, podendo levar a quadros de depressão e isolamento.

Mendes e Ferreira (2007) desenvolveram o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA), com o intuito de avaliar o contexto do trabalho (organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais), os danos relacionados ao trabalho (físicos, sociais e psicológicos), o sentido do trabalho (vivências de prazer

e sofrimento no trabalho) e os custos humanos do trabalho (físicos, cognitivos e afetivos). Dessa forma, categorizam o quanto a atividade laborativa pode ser danosa ao trabalhador.

Alguns comportamentos podem estar relacionados ao estresse e ter impacto direto no trabalho, como: fuga das responsabilidades relacionadas às atividades de trabalho; dificuldade nas tomadas de decisões que antes eram tomadas com naturalidade; dificuldades em lembrar fatos recentes; perda do controle relativo a eventos relacionados à vida do indivíduo; desejo frequente de trocar de emprego; dificuldade de concentração no trabalho; desgaste nos relacionamentos interpessoais; e desmotivação e diminuição na eficácia no trabalho com consequente queda na produtividade (ZILLE, 2005).

Para o empregador, as doenças resultantes do estresse ocupacional geram queda na produtividade e afetam o nível de comprometimento do empregado, ocasionando reflexos negativos no desempenho das organizações. Situações dessa natureza levam à necessidade de rever as políticas, condições e processo de trabalho. Neste contexto, as doenças ocupacionais oriundas do estresse geram custos relevantes para as organizações (ZANELLI, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2011; OCDE, 2018).

O acúmulo de funções e de tarefas atribuídas ao residente que realiza grande volume de atendimentos, muitas vezes, tende a extrapolar sua capacidade laborativa e também de conhecimento, dificultando a tomada de decisões e condutas. A delegação de maior responsabilidade aos residentes que a devida gera sobrecarga, podendo constituir fator precipitante de estresse, com reflexos no desempenho. Neste estudo, os residentes médicos foram unânimes em afirmar que tal responsabilidade gera muita tensão, pois, além do acúmulo de atividades vem o temor de cometer erros, uma vez que ainda não possuem experiência suficiente para realizar determinados procedimentos médicos (GOLD, *et al.*, 2015; SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

2.2.4 Estratégias de enfrentamento ao estresse

Saúde mental, emprego, família e questões sociais em equilíbrio são fundamentais para o indivíduo ser saudável. Este aspecto é corroborado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu *site* (<https://www.paho.org>), no qual saúde é definida não apenas como ausência de doença, e sim como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Manter tal equilíbrio diante das fontes de tensão do trabalho e individuais é um grande desafio. Frequentemente, têm-se observado conflitos no âmbito trabalho-família que podem ser entendidos como transferência de tensão do ambiente ocupacional: os envolvidos buscam desenvolver mecanismos de adaptação para enfrentar as situações adversas (AAZAMI *et al.*, 2015; OPAS/OMS, 2019; SERVADIO, 2019).

Entre os servidores do Ministério Público Federal de Minas Gerais, as estratégias de enfrentamento ao estresse mais utilizadas foram: gozo de férias regulares; apoio social no diálogo com amigos; realização de exercícios físicos regulares; planejamento das atividades relacionadas ao trabalho; e busca de soluções racionais no contexto do trabalho (ZILLE; HONÓRIO; SERVADIO, 2018).

Os mecanismos de regulação, ou estratégias, de enfrentamento ao estresse foram as formas encontradas pelos profissionais de saúde de um hospital filantrópico para amenizar as situações de tensão excessivas vividas no trabalho. Dos pesquisados, 57,7% entendem que tais mecanismos são moderadamente relevantes para o enfrentamento do estresse e 39,6% consideram os mecanismos de enfrentamentos como relevantes. Todavia estar exposto às fontes de tensão do trabalho sem mecanismos de regulação geraria aumento do estresse ocupacional e suas manifestações (GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

Em estudo com residentes médicos, o uso de medicamentos foi uma das estratégias de enfrentamento ao estresse decorrente da sobrecarga de trabalho por eles enfrentada, principalmente, para os sintomas ou doenças orgânicas surgidas em razão do alto nível de tensão vivenciado, tendo como decorrência as manifestações de estresse. Sejam esses medicamentos sintomáticos, como para aliviar dores, ou

ansiolíticos, antidepressivos e hipnóticos, eles buscam uma maneira de minimizar as tensões sofridas (SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

2.3 Estresse em residentes médicos

Estar cursando medicina é tido como um fator desencadeante de estresse, com grande impacto na vida e na saúde dos graduandos, traduzido em sintomas depressivos, lentidão de pensamento, dificuldade de concentração, indecisão e problemas com o padrão de sono e manifestações gastrointestinais (BASSOLS *et al.*, 2015).

O profissional médico, desde o início de sua formação, está exposto a diversas fontes de tensão, por exemplo, no campo intelectual, competição entre os pares e questões financeiras (BASSOLS *et al.*, 2015; ABDELAZIZ *et al.*, 2017).

Dados relativos ao predomínio de quadro depressivo e ao aumento do risco de suicídio são manifestações presentes em estudantes de medicina. Com base em uma revisão sistemática e meta-análise considerando 195 estudos e envolvendo 129 estudantes de medicina em 47 países, apurou-se que 55,9% dos pesquisados sofriam de depressão e 24,2% relataram algum episódio de ideação suicida durante o curso de medicina (ROTENSTEIN *et al.*, 2016).

O ambiente de aprendizado é fonte de estresse ocupacional em residentes médicos e vem sendo identificado como propício à ideação suicida e à efetivação do suicídio. Devido às constatações, os órgãos e entidades de classe têm-se preocupado com o ambiente de inserção do residente como um fator crítico, sendo que alguns aspectos demandam preocupações, como: desafios físicos e emocionais, carga de trabalho exaustiva e frustrações, inerentes ao aprendizado (DASKIVICH *et al.*, 2015; SERVADIO; ZILLE, 2019).

Pesquisa realizada com médicos residentes na área de cirurgia de urgência e emergência em um hospital público sobre a carga horária, todos os entrevistados relataram que atuam acima das 60 horas semanais contratadas e estabelecida pelo Ministério da Educação (MEC). Verificou-se que muitos residentes ultrapassam em

muito a carga horaria. Isso se deve à alta demanda de pacientes, associada ao número reduzido de profissionais para os atendimentos (SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

Apurou-se, também, que os relacionamentos interpessoais configuram como importante fonte de tensão, estando presentes constantes rivalidades e a interação com pessoas de difícil relacionamento, provocando discussões frequentes, o que interfere diretamente no estado emocional do médico residente no momento do atendimento aos pacientes. Outro ponto identificado foi a realização de procedimentos complexos, considerando o desafio de formação recente dos residentes e ainda não possuindo maturidade profissional para tais atos médicos (SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

Soma-se a tudo isso a questão financeira, apontada por todos os residentes pesquisados. Relataram que a bolsa que recebem do MEC é insuficiente para a manutenção das despesas básicas, tais como moradia, transporte, vestuário e demais gastos familiares. Para compensar esta baixa remuneração, aumentam ainda mais a carga horária de trabalho já exaustiva de 60 horas semanais, assumindo plantões em outras instituições nos horários de folga e férias (SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

No plano internacional, considerando o estudo realizado na Arábia Saudita, evidenciou-se a prevalência relativamente alta de estresse durante a fase de residência médica. Os níveis de estresse mais elevados estão entre os residentes da clínica médica quando comparados aos da clínica cirúrgica. Os resultados também demonstraram que as mulheres apresentaram um nível mais elevado de estresse se comparado aos homens. Dos pesquisados, 44,7% se enquadraram na categoria de estresse severo (ABDULGHANI *et al.*, 2014).

Em pesquisa com residentes da especialidade de anestesiologia, observou-se que o fato de permanecerem mais tempo da prática sozinhos, o isolamento durante o treinamento em residência anestésica e prática profissional reduzem as possibilidades de comparar e trocar experiências com os colegas, constituindo-se em fator desencadeante de sentimentos de baixa autoestima e diminuição da confiança.

Associado a esses fatores, o fácil acesso a todos os tipos de medicamentos representa um risco singular para esta categoria de residentes, favorecendo o uso e abuso de substâncias controladas, tais como medicações para dormir, antidepressivos e ansiolíticos (KUHN; FLANAGAN, 2017).

Além da ideação suicida, de acordo com estudos de Daskivich *et al.* (2015), identifica-se que a depressão e o suicídio são, de fato, riscos ocupacionais para os médicos e residentes médicos e que tais problemas começam a se manifestar na fase da residência médica, como também na vivência acadêmica. Na primeira semana de agosto de 2014, em Nova York, dois residentes cometeram suicídio, emergindo na comunidade acadêmica um sentimento de autorreflexão. Um simpósio foi promovido para discutir o tema, a fim de melhor caracterizar o problema e identificar maneiras de contribuir para o bem-estar e a resiliência dos residentes médicos.

Além dos estudos já citados, outras pesquisas apontam a prevalência de depressão entre médicos residentes: em torno de 28,8%, juntamente com 11,1% relativos à ideação suicida. Esses problemas são frequentes nesta categoria profissional, em que os sintomas depressivos e a ideação suicida afetam a saúde mental, comprometendo o desenvolvimento desses profissionais (ROTENSTEIN *et al.*, 2016).

2.4 Modelo teórico de análise do estresse ocupacional

O modelo teórico utilizado no desenvolvimento desta pesquisa foi o Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional (MTEG), que foi desenvolvido e validado por Zille (2005) e adaptado e validado para analisar o estresse ocupacional em médicos residentes que atuam em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG.

Para fins deste estudo com médicos residentes, as adaptações se deram da seguinte forma: eliminou-se a variável “papel gerencial” do construto de primeira ordem “fontes de tensão no indivíduo (FTI) e do papel gerencial” e o construto de segunda ordem “aspectos específicos do trabalho do gerente” do FTI. Este autor ainda afirma que a manifestação do estresse está relacionada ao desequilíbrio acentuado entre os níveis

de tensão que o indivíduo recebe do meio ocupacional e à sua capacidade física e psíquica de suportá-lo.

Sabendo-se que as fontes de tensão do indivíduo podem ser oriundas de responsabilidade acima dos limites, estilo e qualidade de vida e desmotivação e às fontes de tensão do trabalho, caracterizadas pelos processos de trabalho, relações de trabalho, insegurança na relação de trabalho e convivência com indivíduos de personalidade difícil, quando associadas podem desencadear o estresse ocupacional. Para que o estresse ocupacional não cause danos ao trabalhador, os mecanismos de regulação devem ser efetivos. Dentre eles, têm-se: interação, ajustes de prazos, descanso regular, experiência no trabalho e atividade física (ZILLE, 2005).

O modelo (MTEG) se estruturou em construtos de primeira ordem: “fontes de tensão no trabalho” (FTT), “fontes de tensão do indivíduo” (FTI), “mecanismo de regulação” (MECREGUL), “sintomas de estresse” (SINTOMAS), e “impactos no trabalho” (IMPACTOS) (ZILLE, 2005).

Esses construtos de primeira ordem foram explicados por construtos de segunda ordem, que, por sua vez, foram relacionados a indicadores, que compuseram um questionário aderente ao modelo de pesquisa (APÊNDICE B) proposto por Zille (2005), revalidado por Zille e Nogueira (2019) e, ainda, revalidado para este estudo.

O construto de primeira ordem “impactos no trabalho” (IT) foi explicado diretamente por seus dez indicadores: dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados; fuga das responsabilidades de trabalho antes assumidas de forma natural; desejo de trocar de trabalho/emprego com frequência; estar sentindo uma desmotivação importante para com o trabalho; perder o controle sobre os eventos da vida (trabalho, família, relacionamentos, entre outros); excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais, no trabalho e/ou fora dele; dificuldade de concentração no trabalho; diminuição da eficácia no trabalho; queda nos resultados de trabalho; e cometimento de erros nos processos de trabalho.

O construto de primeira ordem “fontes de tensão do indivíduo” (FTI) é explicado pelos seguintes indicadores: levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais

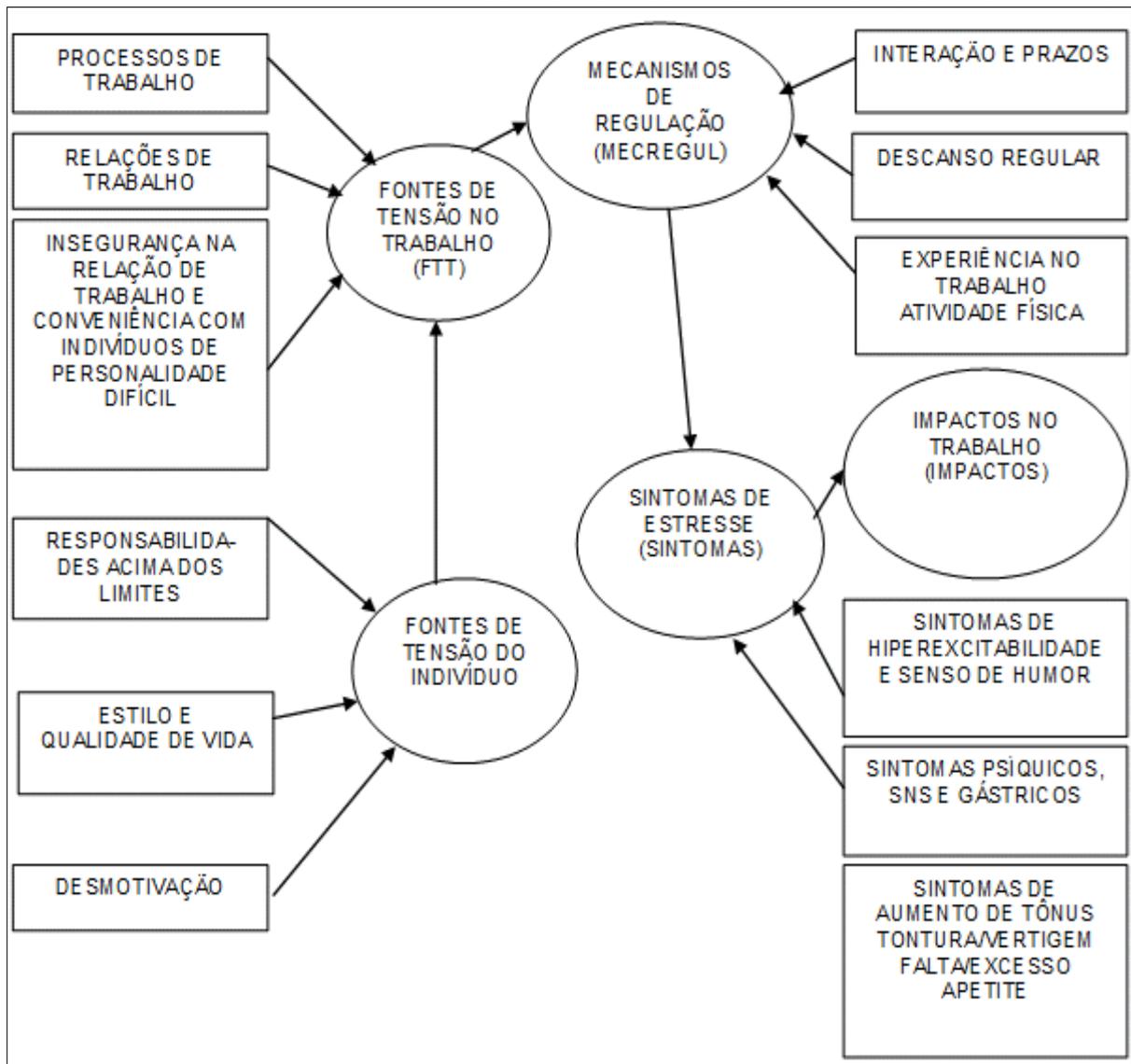
trabalho em menos tempo; pensar e/ou realizar, frequentemente, duas ou mais atividades ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las; não conseguir desligar-se do trabalho, mesmo fora dele; ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre; ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não tem domínio pleno; e ter os horários de descanso (após expediente, feriados e finais de semana) tomados pelo trabalho.

Em relação ao construto “mecanismo de regulação” (MR), os indicadores que o explicam foram: experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho; possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana; possibilidade de gozar as férias regularmente; realizar programa de exercício físico planejado/orientado; tempo para relaxar/descansar; possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades; e cooperação entre os pares (colegas de trabalho).

O construto de primeira ordem “sintomas de estresse” (S) foi explicado pelos seguintes indicadores: nervosismo; ansiedade (sensação de vazio, lacuna, hiato entre o agora e o futuro, associado a medo/apreensão em relação ao futuro); ímpetos de raiva; angústia (aflição, sensação de impotência diante de problemas que o afligem); irritabilidade (irritação sem motivos aparentes); períodos de depressão (tristeza, apatia, isolamento, falta de energia); dor nos músculos do pescoço e ombros; dor discreta no peito sobtensão; palpitações (sentir o coração bater forte em alguns momentos); indisposição gástrica ou dor no estômago, que se acentua diante de exigências emocionais; nó na garganta (sensação de sufocamento); tontura, vertigem; e perda e/ou oscilação do senso de humor.

A Figura 1 mostra o modelo teórico utilizado para esta pesquisa.

Figura 1 – Adaptação do Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional (MTEG)



Fonte: Elaborada pela autora, com base em Zille (2005, p. 191)

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, desenvolve-se o percurso metodológico desta pesquisa, considerando: tipo de pesquisa, abordagem, método e população. Também foram apresentadas as técnicas utilizadas na coleta e análise dos dados.

3.1 Tipo, abordagem e método de pesquisa

Para alcançar os objetivos do estudo, esta pesquisa se caracterizou como descritiva. Por isso, buscou descrever os fatores que contribuem para a ocorrência do estresse ocupacional em residentes médicos que atuam em um hospital público localizado na cidade de Belo Horizonte/MG.

A pesquisa caracterizada como descritiva busca o entendimento do fenômeno como um todo, em sua complexidade. Sua finalidade é descrever as características do contexto pesquisado, permitindo descrever as manifestações de estresse dos residentes médicos (GODOY, 2005; GIL, 2010).

Este estudo teve abordagem quantitativa, que se destaca pela objetividade e visa identificar relações entre variáveis, utilizando-se de critérios probabilísticos e instrumentos estruturados para a coleta de dados e de técnicas de estatística para analisá-los. Além disso, seus resultados são passíveis de generalização para a população estudada (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Marconi e Lakatos (2007) também explicam que a pesquisa quantitativa objetiva classificar e analisar as opiniões e informações, traduzindo-as em números. Richardson (1999) afirma que a pesquisa quantitativa se define pela possibilidade de quantificar seus resultados e análise dos mesmos por meio de técnicas estatísticas.

O método adotado caracterizou-se como estudo de caso quantitativo, que, de acordo com Yin (2014), considera o fenômeno atual em seus *lócus*, que, no caso desta pesquisa, foram pesquisados médicos residentes de um hospital público localizado na cidade de Belo Horizonte/MG.

Yin (2014, p. 32) considera que o estudo de caso constitui-se em “uma investigação empírica que procura estudar um fenômeno contemporâneo em seu contexto na vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”, o que fundamenta a base deste estudo.

3.2 População pesquisada

A população de um estudo consiste no universo a ser pesquisado, devendo ser definida da forma o mais precisa possível (ROSENTAL; FRÉMONTIER-MURPHY, 2002). Para Gil (2010), a população refere-se a um grupo definido de elementos que possuem determinadas características em comum a serem investigadas.

A população deste estudo foi compreendida por 71 indivíduos, residentes médicos que atuam em um hospital público de urgência e emergência localizado na cidade de Belo Horizonte/MG, os quais atualmente compõem o quadro de residentes do hospital pesquisado.

3.3 Coleta dos dados

Conforme Marconi e Lakatos (2007), nesta etapa da pesquisa são colocados em prática os instrumentos e as técnicas de coleta de dados elaborados para o estudo. O questionário é uma técnica de pesquisa que compreende um grande número de dados, tratando-se de um instrumento que proporciona grande número de dados de forma simultânea, respostas mais rápidas e maior liberdade nas respostas em razão do anonimato, e que permite maior uniformidade na avaliação, pelo caráter impessoal.

O questionário utilizado para a coleta de dados nesta pesquisa foi elaborado e validado por Zille (2005) e revalidado por Zille e Nogueira (2019), com níveis de confiabilidade que variaram de 0,500 a 0,939, sendo novamente validado para a aplicação na categoria profissional “residentes médicos”. Está dividido em quatro partes: A aborda os dados demográficos, ocupacionais e hábitos de vida e de saúde dos respondentes; B formada por três subescalas, que visaram avaliar a percepção dos pesquisados em relação aos sintomas do estresse (B1), às fontes de tensão do

indivíduo (B2) e aos indicadores de impacto no trabalho (B3); C e D verificam respectivamente, a percepção dos residentes acerca das fontes de tensão que vivenciam no trabalho e dos mecanismos de regulação que utilizam. As partes B, C e D utilizaram escala tipo *likert*, que variou de 1 a 5 (APÊNCICE B).

O questionário contou, ainda, com quatro outras questões divididas entre as partes B e C. Nelas, o respondente poderia escolher, dentre as opções fornecidas, aquelas que melhor representavam os aspectos tratados em cada pergunta. São elas:

- B4: 3 (três) principais estratégias pessoais utilizadas para reduzir as tensões no trabalho;
- C2: 3 (três) outros fatores principais causadores de tensão no trabalho;
- C3: 5 (cinco) itens mais importantes para que o ambiente de trabalho seja menos tenso;
- C4: 5 (cinco) itens mais difíceis na realidade atual da instituição que dificultam a redução dos níveis de tensão no trabalho.

A fim de trazer o instrumento de Zille e Nogueira (2019) para a realidade do hospital *lócus* desta pesquisa, alguns indicadores foram excluídos do instrumento (especificamente aqueles que extrapolavam o cotidiano de trabalho dos residentes ou que estavam em duplicidade) e outros foram acrescentados, com o intuito de retratar com maior propriedade o ambiente de trabalho dos pesquisados.

As modificações realizadas no instrumento são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Modificações no instrumento de coleta de dados de Zille e Nogueira (2019)

Parte	Questões incluídas	Questões excluídas
A – Dados demográficos, ocupacionais e hábitos de vida e de saúde	Q. 11 - Frequência de uso de medicações sintomáticas	* Regime de trabalho * Nível de atuação na instituição * Escolaridade * Acometimento por infarto
B2 - Fontes de tensão do indivíduo	Q. 5 - Ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não tem domínio pleno	--
B3 - Indicadores de impacto no trabalho	Q. 10 - Cometimento de erros nos processos de trabalho	--
C - Fontes de tensão no trabalho	Q. 2 - Realização de conduta complexa sem ainda ter adquirido experiência para tal Q. 9 - Ocorrência de conflitos com pacientes e familiares Q. 10 - Número excessivo de horas de trabalho	* Situações em que se procura manter as pessoas em um clima de insegurança e medo * Prática de humilhação explícita ou implícita * Orientações de superiores, explícitas ou implícitas, para agir fora do que considero eticamente correto * Indisciplina dos alunos * Preparação de disciplinas novas
D - Mecanismos de regulação	Q. 1 - Experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho	--

Nota 1: “Q.” refere-se à abreviação de *questão*.

Nota 2: Não houve alterações na escala de *sintomas de estresse*.

Fonte: Elaborado pela autora, com base em de Zille (2005) e Zille e Nogueira (2019), 2019.

Os construtos baseados em Zille (2005) e utilizados nesta pesquisa foram operacionalizados conforme informações constantes no Quadro 2.

O questionário foi aplicado de forma eletrônica, enviado pela plataforma *Survey Monkey®*, sem identificação dos respondentes. Estes foram codificados, após suas respostas, com seu número de *Internet Protocol* (IP). O envio foi direcionado ao contato pessoal informado pelos sujeitos pesquisados. Antes de iniciar as respostas do questionário, era obrigatória a leitura e aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que se tivesse acesso às perguntas (APÊNCIDE A).

Quadro 2 – Operacionalização dos construtos da pesquisa

Construto	Critério de interpretação	Item do questionário	
		Parte	Questão
Sintomas de estresse	Quanto maior a concordância, maior é a incidência do sintoma	B1	1 a 13
Fontes de tensão do indivíduo	Quanto maior a concordância, maior é a incidência da fonte de tensão do indivíduo	B2	1 a 6
Indicadores de impacto no trabalho	Quanto maior a concordância, maior é a ocorrência do indicador de impacto no trabalho	B3	1 a 10
Fontes de tensão no trabalho	Quanto maior a concordância, maior é a incidência da fonte de tensão no trabalho	C	1 a 10
Mecanismos de regulação ¹	Quanto maior a concordância, maior a utilização do mecanismo de regulação	D	1 a 7

Nota 1: As questões relativas aos mecanismos de regulação foram invertidas para que maiores respostas correspondessem a maior utilização do mecanismo de regulação avaliado. Esse procedimento foi mantido em todas as análises subsequentes.

Fonte: Elaborado pela autora, com base em de Zille (2005) e Zille e Nogueira (2019).

3.4 Análise dos dados

Os dados obtidos mediante a aplicação dos questionários foram exportados para uma planilha do *Excel*® 2010. Sua análise foi realizada por meio da utilização do Pacote Estatístico R versão 1.1.414.

Inicialmente, revalidou-se o instrumento utilizado para coleta de dados, procedimento que foi realizado a partir da técnica multivariada de análise fatorial (AF). A revalidação se tornou necessária com base em duas justificativas:

- 1) A retirada ou a inclusão de indicadores modificam a estrutura latente dos construtos que explicam o conjunto original das variáveis observadas, o que enseja a realização de uma nova análise fatorial para a identificação da então nova estrutura latente nos dados (HAIR JR. *et al.*, 2005).

- 2) Esse procedimento permitiu adaptar o instrumento à ambiência de trabalho dos residentes médicos e, conseqüentemente, possibilitou a coleta de informações mais fidedignas acerca das circunstâncias de trabalho da categoria profissional pesquisada.

A análise fatorial, de acordo com Field (2009, p. 554), permite identificar a estrutura de variáveis latentes, “pela redução de um conjunto de dados a partir de um grupo de variáveis inter-relacionadas em um conjunto menor”. Para sua viabilização, utilizaram-se o método de componentes principais e a rotação *varimax*.

O método de componentes principais visou identificar “o número mínimo de fatores necessários para explicar a parte máxima da variância representada no conjunto original de variáveis” (HAIR JR., *et al.*, 2005, p. 99). A rotação *varimax*, por sua vez, visou obter fatores que não estavam correlacionados entre si, além de minimizar o número de variáveis que têm altas cargas em mais de um fator (HAIR JR., *et al.*, 2005).

Para a definição do número de fatores, utilizaram-se dois procedimentos considerando que “a escolha entre um método ou outro não pode ser feita [exclusivamente] com base em um critério estatístico, mas deve resguardar as necessidades específicas do problema de pesquisa” (MESQUITA, 2010, p. 105). Para os construtos sintomas de estresse, fontes de tensão no trabalho, fontes de tensão do indivíduo e indicadores de impacto no trabalho, optou-se, *a priori*, pela retenção de apenas um fator, pois esta solução foi a que manteve um número de indicadores capazes de refletir adequadamente a natureza latente dos construtos estudados.

A análise fatorial foi realizada por meio de etapas, critérios e parâmetros (Quadro 3).

Quadro 3 – Etapas, critérios, conceitos e parâmetros de adequação - Análise fatorial

Etapa	Critério	Conceito	Parâmetro de adequação
1	Respondentes <i>versus</i> indicadores	Avalia a relação entre número de respondentes e número de indicadores de cada construto.	Mínimo de 5 respondentes para cada indicador
2	Análise descritiva dos indicadores (média, mediana e desvio padrão)	A média e a mediana são medidas de tendência central e o desvio-padrão é uma medida de variabilidade dos dados (JOHNSON; KUBY, 2013).	--
3	Coefficiente de correlação de Pearson	Avalia a relação linear entre variáveis e varia de 1 negativo a 1 positivo (o sinal indica a direção do relacionamento: positiva ou negativamente associado). Coeficientes com valores entre 0,10 e 0,29 são pequenos; 0,30 a 0,49 , médios; e 0,50 a 1,00 , grandes (COHEN, 1988).	Maioria com valor igual ou superior a 0,30
4	Carga fatorial	Representa a “correlação entre as variáveis originais e os fatores (...). As cargas fatoriais ao quadrado indicam qual percentual da variância em uma variável original é explicado pelo fator” (HAIR JR, <i>et al.</i> , 2005, p. 90).	Mínimo de 0,500
	Comunalidade	É a “quantia total de variância que uma variável original compartilha com todas as outras variáveis incluídas na análise” (HAIR JR, <i>et al.</i> , 2005, p. 98).	Mínimo de 0,500
	Kaiser Meyer Olkin (KMO)	É “uma medida para quantificar o grau de intercorrelações entre as variáveis e a adequação da análise fatorial” (HAIR JR, <i>et al.</i> , 2005, p. 98).	Mínimo de 0,500
	Porcentagem de variância explicada	“Percentual cumulativo da variância total extraída por fatores sucessivos” (HAIR JR, <i>et al.</i> , 2005, p. 102).	Mínimo de 60,0%
	Análise de confiabilidade (alfa de Cronbach)	O alfa de Cronbach é uma “medida de confiabilidade que varia de 0 a 1, sendo os valores de 0,60 a 0,70 considerados o limite inferior de aceitabilidade” (HAIR JR, <i>et al.</i> , 2005, p. 98).	Mínimo de 0,600
5	Validade convergente e discriminante	“A validação convergente busca determinar se duas medidas distintas do mesmo conceito são correlacionadas ao passo que a validade discriminante procura avaliar se medidas de conceitos distintos são pouco correlacionadas” (MESQUITA, 2010, p. 105).	Correlações de grande intensidade entre as escalas múltiplas e seus respectivos escores fatoriais; e correlações de baixa intensidade entre escalas múltiplas e os escores fatoriais de diferentes fatores
6	Validade de conteúdo	“A validade de conteúdo, ou de face, julga se a definição conceitual de um construto está adequadamente relacionada aos indicadores que o compõem” (MESQUITA, 2010, p. 105).	Avaliação por especialista
7	Avaliação da unidimensionalidade	Unidimensionalidade “significa que cada fator encontrado se refere unicamente a um conceito, ou a uma única dimensão” (MESQUITA, 2010, p. 105).	Para cada fator, realizar uma análise fatorial com extração de apenas 1 fator e com % de variância explicada acima de 60% (somente para construtos com mais de 1 fator retido)

Nota 1: Os parâmetros de adequação seguiram as indicações propostas por Hair Jr. *et al.* (2005).

Nota 2: Para análise descritiva não há indicação de parâmetros de adequação, uma vez que seu objetivo foi conhecer melhor a distribuição dos indicadores avaliados.

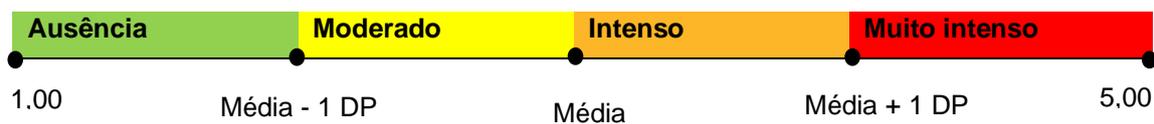
Nota 3: Sobre a porcentagem de variância explicada, Hair Jr. *et al.* (2005, p. 102) afirmam: “Em Ciências Sociais, na qual as informações geralmente são menos precisas, não é raro considerar uma solução que explique 60,0% da variância total (e em alguns casos até menos) como satisfatória”.

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Cohen (1988), Hair Jr. *et al.* (2005) e Mesquita (2010).

O segundo critério, aplicado ao construto mecanismos de regulação, foi a retenção de fatores cujo autovalor¹ alcançaram escore maior que 1 (um). Segundo Mesquita (2010, p. 103), esse critério é o mais comum, pois “caso o fator não possua uma raiz latente igual ou maior que 1 (um), não tem sentido retê-lo pois explica menos do que uma variável individualmente”.

Uma vez finalizada a análise fatorial e com o intuito de avaliar os construtos e os fatores nela identificados, calculou-se para cada um deles um indicador ancorado na média ponderada pelas respectivas cargas fatoriais. As médias foram categorizadas em quatro grupos de manifestação (ausência, moderado, intenso e muito intenso), considerando um desvio-padrão (DP) em relação ao ponto médio conforme esquema representado na FIG. 2.

Figura 2 – Critério utilizado para categorização das variáveis do estudo



Nota: A escala utilizada foi a tipo *likert* de 5 pontos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

O critério apresentado nas FIG. 1 é correlato àquele utilizado por Mendes e Ferreira (2007) para análise do risco de adoecimento. Dado que esta pesquisa e aquela realizada pelos citados autores valeram-se de escala tipo *likert* de 5 pontos e por se tratar de áreas de conhecimento afins (saúde mental), entendeu-se que a analogia em relação à definição das categorias de análise foi adequada.

¹ Autovalor é “soma em coluna de cargas fatoriais ao quadrado para um fator; também conhecido como raiz latente”. Representa a quantia de variância explicada por um fator (HAIR JR, *et al.*, 2005, p. 90). Um autovalor maior que 1 indica que o fator retido explica a variância de mais de uma variável isolada.

Considerando os valores de média e de desvio padrão de cada variável identificados nesta pesquisa, a categorização dos respondentes nos grupos de manifestação foi realizada conforme pontos de corte apontados na TAB. 1. Exceção foi aplicada a estresse ocupacional, em que os valores de corte adotados foram aqueles estabelecidos por Zille (2005).

Tabela 1 – Pontos de corte para categorização das variáveis do estudo

Categorias Variáveis	Ausência	Moderado	Intenso	Muito intenso
Estresse ocupacional	médias < 1,75	médias ≥ 1,75 e < 2,46	médias ≥ 2,46 e < 3,16	médias ≥ 3,16
Fontes de tensão no trabalho	médias < 2,13	médias ≥ 2,13 e < 2,97	médias ≥ 2,97 e < 3,81	médias ≥ 3,81
Fontes de tensão do indivíduo	médias < 2,91	médias ≥ 2,91 e < 3,70	médias ≥ 3,70 e < 4,49	médias ≥ 4,49
Indicadores de impacto no trabalho	médias < 1,79	médias ≥ 1,79 e < 2,73	médias ≥ 2,73 e < 3,67	médias ≥ 3,67
Mecanismos de regulação (global)	médias < 2,49	médias ≥ 2,49 e < 3,15	médias ≥ 3,15 e < 3,81	médias ≥ 3,81
Mecanismos de regulação: Estratégias de recuperação física e mental	médias < 2,39	médias ≥ 2,39 e < 3,16	médias ≥ 3,16 e < 3,93	médias ≥ 3,93
Mecanismos de regulação: Estratégias de cooperação	médias < 2,27	médias ≥ 2,27 e < 3,14	médias ≥ 3,14 e < 4,01	médias ≥ 4,01

Nota 1: Para estresse ocupacional utilizou-se critério de categorização estabelecido por Zille (2005). Para as demais variáveis, a computação dos pontos de corte se deu com base nas médias e nos desvios-padrão identificados nesta pesquisa, tendo como referência os dados da FIG. 2.

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Para análise do estresse ocupacional, os pesquisados foram novamente reagrupados. Aqueles classificados em ausência de estresse foram mantidos neste grupo e aqueles categorizados em estresse moderado, intenso ou muito intenso foram reagrupados na categoria “algum nível de estresse”. Posteriormente, foram destacados os indivíduos que obtiverem marcação frequente e muito frequente em cada indicador. Mesma análise foi realizada para fontes de tensão no trabalho, fontes de tensão do indivíduo, mecanismos de regulação e indicadores de impacto no trabalho.

A análise de dados prosseguiu com a verificação da existência de diferenças no estresse ocupacional em relação às variáveis demográficas, ocupacionais e hábitos

de vida e saúde. Para tal fim, avaliaram-se as médias de estresse ocupacional em cada grupo de comparação.

3.5 Síntese da metodologia

Para melhor compreensão do percurso metodológico desenvolvido para realização do estudo, apresenta-se no Quadro 4 a síntese da metodologia utilizada.

Quadro 4 – Síntese da metodologia

Elementos da metodologia	Descrição	Autores
Tipo de pesquisa	Descritiva	Godoy (2005); Gil (2010).
Abordagem	Quantitativa	Collis; Hussey (2005); Marconi e Lakatos (2007)
Método	Estudo de Caso	Yin (2014).
População	71 Residentes médicos	Rosental; Frémontier-Murphy, (2002); Gil (2010);
Coleta de dados	Questionário	Pestana; Gagueiro (2000); Zille (2005); Hair Jr. <i>et al.</i> (2005); Marconi; Lakatos (2007); Zille e Nogueira (2019)
Análise dos dados	Análise estatística bivariada e multivariada.	Cohen (1988); Hair Jr. <i>et al.</i> (2005), Marconi; Lakatos (2007); Field (2009); Mesquita (2010); Johnson; Kuby (2013).

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

4 AMBIÊNCIA DO ESTUDO

Neste capítulo, focaliza-se a ambiência do estudo desenvolvido, sendo que os residentes médicos são o ponto focal. Para tanto, descreveram-se: residência médica, o hospital onde os residentes atuam, organização dos serviços prestados e distribuição dos residentes médicos por especialidade.

4.1 Residência médica

A residência médica é a modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização em serviço. Foi criada pelo Decreto 80.281, de 5 de setembro de 1977. Para fazer parte do programa do Ministério da Educação (MEC), as instituições de saúde necessitam realizar credenciamento do serviço e dos profissionais que nela irão atuar, sendo que médicos em especialização ficam sob a orientação de profissionais médicos preceptores de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 2019).

A Comissão Nacional de Residência Médica (CRNM), vinculada ao MEC, é responsável por fiscalizar, legislar e direcionar esta modalidade de ensino, além de zelar pelas diretrizes e legislações que determinam as matrizes curriculares mínimas a serem seguidas pelos programas de residência médica para as especialidades aprovadas por esta comissão (BRASIL, 2019).

A Portaria Interministerial 3, de 16 de março de 2016, fixou o valor da bolsa concedida a todos os residentes em âmbito nacional. Ou seja, todo médico que, aprovado em uma prova de seleção para um programa de residência médica, irá receber uma bolsa para custeio básico no período em que estiver no programa, que atualmente está no valor de R\$ 3.330,43 (três mil trezentos e trinta reais e quarenta e três centavos) (BRASIL, 2019).

Ao finalizar o programa de residência médica, cumpridas as cargas horárias e os critérios avaliativos, será conferido título de especialista na área de concentração que o residente atuou. O uso da expressão “residência médica” somente poderá ser

utilizada para instituições cujo programas sejam credenciados pela CRNM (BRASIL, 2019).

O MEC (2019), por meio da CNRM, define as áreas a seguir como passíveis de especialização médica na modalidade de residência: alergia e imunologia, anestesiologia, cirurgia cardiovascular, cirurgia da mão, cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, cirurgia oncológica, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, genética médica, ginecologia e obstetrícia, hepatologia, medicina do trabalho, medicina nuclear, neurocirurgia, oncologia clínica, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, patologia, pneumologia e urologia. Tais áreas de atuação podem se subdividir em campos de atuação mais específicos, conforme a vocação da instituição em que irão se especializar os residentes médicos.

Segundo o MEC (2019), em dados divulgados pela CNRM em 2018, em todo território nacional foram distribuídas 26.094 vagas para os programas de residência médicas, sendo 2.765 ofertadas no estado de Minas Gerais.

O hospital foco desta pesquisa, credenciado como instituição de ensino perante o MEC e a CNRM, anualmente publica edital para seleção dos residentes. Esta seleção ocorre mediante prova específica para obtenção de vaga de acordo com a especialidade médica que desejam se especializar. No edital de 2019, foram abertas 21 (vinte e uma) vagas para clínica médica, 2 (duas) vagas para medicina intensiva, 1 (uma) vaga para cirurgia cardiovascular, 2 (duas) vagas para cirurgia plástica, 2 (duas) para neurocirurgia, 10 (dez) para cirurgia geral, 10 (dez) vagas para cirurgia do trauma e 1 (uma) para toxicologia, totalizando a entrada de 49 (quarenta e nove) residentes em 2019 (FHEMIG, 2019).

O número de residentes circulando na unidade hospitalar, muitas vezes, mais que dobra, visto que minimamente o programa tem duração de dois anos. Para o MEC (2019), definido pela CNRM, a metodologia para capacitar estes profissionais é o ensino em serviço, em que eles observam, acompanham e realizam procedimentos sob a supervisão direta do preceptor e, ainda, dedicam semanalmente parte da carga horária para os estudos.

4.2 O hospital onde os residentes atuam

Trata-se de um hospital público, o qual faz parte de uma fundação com atuação no âmbito do estado de Minas Gerais, cuja Missão é: “Prestar assistência hospitalar de complexidade secundária e terciária, com importância estratégica regional e estadual [...]”.

Sua Visão é: “Ser modelo de excelência para a promoção da assistência e qualificação hospitalar, com foco no usuário”. Tem como Valores “Compromisso, ética, excelência, formação de mão de obra para o Sistema Único de Saúde (SUS), humanização, qualidade, responsabilidade” (FHEMIG, 2017).

O foco do estudo se deu em um dos hospitais desta fundação, que se destina, prioritariamente, ao atendimento de emergências e urgências às vítimas de trauma, independentemente de sua origem. Para atingir os objetivos propostos neste estudo, foram pesquisados os médicos residentes que atuam neste hospital.

As informações contidas nesta seção relativas à fundação e ao hospital foram extraídas do *site* institucional.

O hospital estudado está situado na cidade de Belo Horizonte/MG, tendo sua fundação ocorrida em 1973. Destina-se a atender à demanda da Capital na época, quando não havia um serviço de saúde de pronto atendimento médico.

Atualmente, possui 409 leitos. Em casos de catástrofe, é acionado um plano emergencial para o atendimento às vítimas, em que são abertos mais 50 leitos. Destes leitos, 109 são cadastrados como “leitos de terapia intensiva”, preparados para atendimento a pacientes gravemente enfermos. Conta com 2.800 (dois mil e oitocentos) servidores próprios, além dos serviços de nutrição e dietética, hotelaria e limpeza ambiental, prestados por empresas terceirizadas.

Está vinculado a esta instituição o programa de residência médica e multiprofissional, com publicação anual de editais de admissão, que, ao final do período de residência,

confere o título de “Especialista”, com o valor de pós-graduação *latu-sensu*, nas respectivas áreas de atuação.

O hospital é um centro de referência e excelência nos atendimentos a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de alto risco e complexidade.

Sua missão é:

“Atuar como centro de excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismo, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco iminente à vida, garantindo uma assistência digna de qualidade, com ética, respeito e qualidade à clientela atendida no hospital”.

Sua visão do Hospital é: “Manter-se em constante aprimoramento como centro estadual de referência no atendimento hospitalar às urgências e emergências, sob os aspectos de assistência, gestão, ensino e pesquisa”.

Tem como Valores: “Qualidade, ética, respeito, honestidade, competência, dedicação, solidez, confiabilidade, atuação em equipe e satisfação do usuário”.

4.2.1 Organização e serviços prestados

Em termos de organização, o hospital, conta com uma estrutura verticalizada, sendo o diretor geral o principal gestor. Em seguida, têm-se o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) e a Coordenação de Gestão Estratégica. Mais adiante, situam-se as gerências. Vinculada à Gerência Assistencial, têm-se a Gerência de Enfermagem e Coordenações das Clínicas (especialidades médicas). Vinculado às Coordenações Clínicas e ao NEP, tem o Programa de Residência Médica, que é organizado por especialidades.

Além dos ambulatórios, o hospital encontra-se estruturado em dez andares, sendo que no térreo têm-se os ambulatórios de especialidades, urgência e emergência, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adulto e o bloco cirúrgico. No primeiro andar, situam, os serviços administrativos e de apoio, tais como, diretoria, auditório, gestão

de pessoas, núcleo de risco, escritório da qualidade, serviço de arquivo, setores financeiro e de compras, informática, bem com laboratório de análises clínicas e microbiológicas, banco de sangue, serviço de controle de infecção, saúde do trabalhador e MG transplantes.

Já no segundo andar, encontra-se o setor de pediatria, com enfermarias e UTI pediátrica. No terceiro andar, localiza-se a unidade de cuidados progressivos. No quarto andar, ficam os pacientes internados pela cirurgia geral. No quinto andar, os pacientes da neurologia. No sexto andar, os da clínica médica. No sétimo andar, os pacientes da cirurgia cardiovascular e bucomaxilofacial. No oitavo e no nono andares, situa-se a unidade de tratamento de queimados, No nono andar, localiza-se o setor responsável pelos grandes queimados de maior complexidade. Finalmente, no décimo andar, fica o NEP, Protocolos Clínicos e Rede Sentinela, que “funciona como observatório no âmbito dos serviços para o gerenciamento de riscos à saúde, em atuação conjunta e efetiva com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária” (ANVISA, 2019).

Em todos os locais onde se encontram pacientes internados e/ou em observação, há também a figura do residente médico. Em seu período de especialização em serviço e conforme escala, estão presentes no hospital nas 24 horas diárias e em todos os dias da semana.

4.2.2 Distribuição dos residentes por especialidade

A TAB. 6 mostra o quantitativo de residentes em cada especialidade ofertada pelo hospital *lócus* da pesquisa, sendo que nesta instituição os residentes não são alocados por setor, e sim por especialidade. Dentro da estrutura organizacional, estes atuam nos diversos setores conforme a necessidade assistencial para atendimento aos pacientes.

Tabela 2 - Distribuição dos residentes por especialidade

Especialidades	Quantitativo
Clínica médica	21
Medicina intensiva	4
Cirurgia cardiovascular	3
Cirurgia plástica	5
Neurocirurgia	5
Cirurgia geral	10
Cirurgia do trauma	20
Toxicologia	3
Total	71

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Devido ao perfil dos atendimentos realizados pelo hospital em que atuam os residentes, a maior demanda é para residentes da clínica médica, seguindo-se cirurgia do trauma e cirurgia geral.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

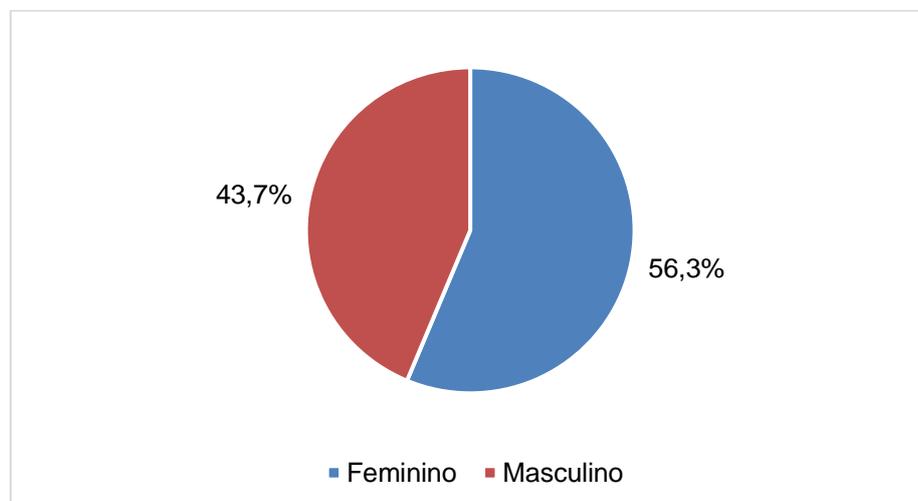
Este capítulo tem por objetivo apresentar e analisar os resultados auferidos por esta pesquisa, obtidos por meio da aplicação de questionário embasado no modelo MTEG (ZILLE, 2005), validado e adaptado por Zille e Nogueira (2019), em que foi novamente adaptado e validado para a categoria profissional pesquisada: os residentes médicos. A estrutura do capítulo em termos de apresentação foi desenvolvida em cinco seções:

- a) Dados demográficos e funcionais e hábitos de vida e saúde;
- b) Revalidação do instrumento de coleta de dados;
- c) Análise do estresse ocupacional;
- d) Relação entre estresse ocupacional e variáveis demográficas e funcionais e hábitos de vida e de saúde;
- e) Síntese dos resultados.

5.1 Dados demográficos, funcionais e de hábitos de vida e de saúde

Pautados nos dados extraídos dos questionários desta pesquisa, em relação aos dados demográficos, funcionais e hábitos de vida e de saúde, que serão apresentados no transcorrer desta seção, primeiramente, observa-se que na população de 71 residentes médicos pesquisados houve predomínio do gênero feminino 56,3% (40) contra 43,7% (31) do gênero masculino (Gráfico 1).

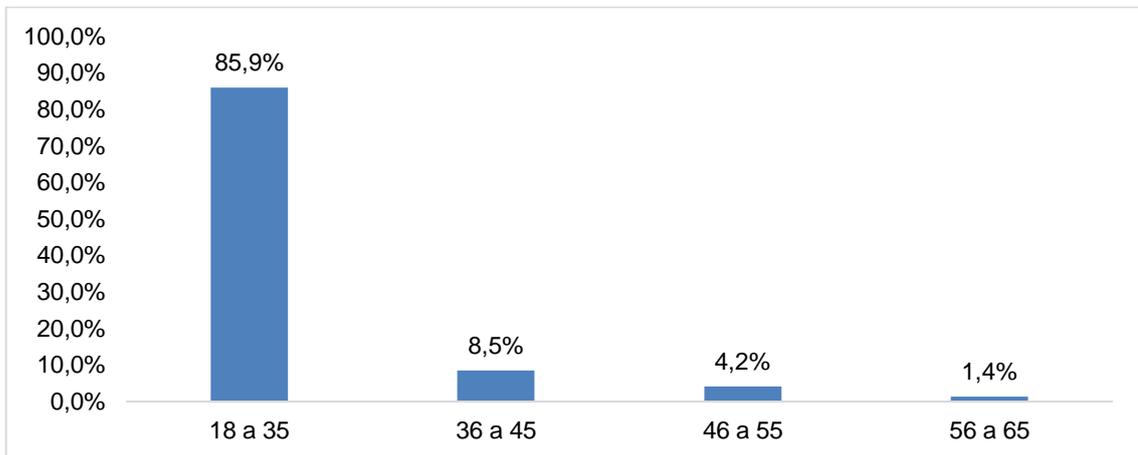
Gráfico 1 - Distribuição dos pesquisados por gênero



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação à idade dos pesquisados, 85,9% (61) situam-se na faixa etária de 18 a 35 anos, seguindo-se a faixa de 36 a 45 anos, com 8,5% (6), de 46 a 55 anos, com 4,2% (3) e a de 56 e 65 anos, com apenas 1,4% (1) (Gráfico 2).

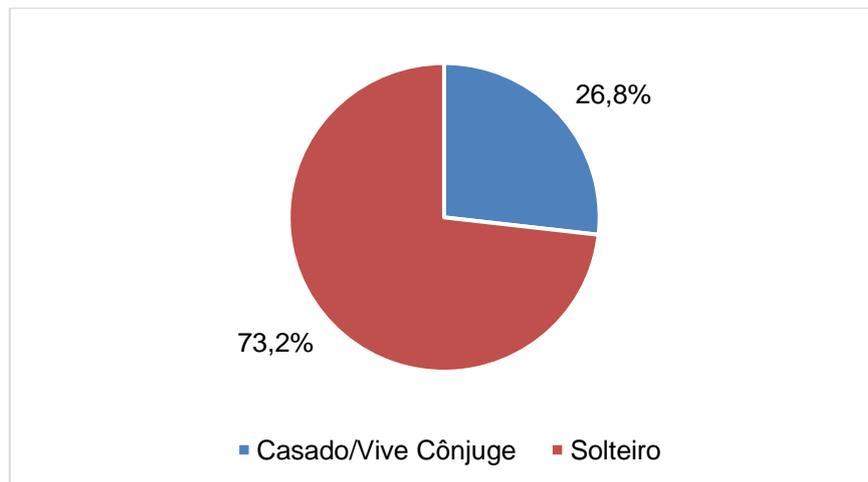
Gráfico 2 - Distribuição dos pesquisados por faixa etária (em anos)



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao estado civil declarado pelos pesquisados, 73,2% (52) são solteiros e 26,8% (19) são casados ou vivem com o cônjuge (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos pesquisados por estado civil



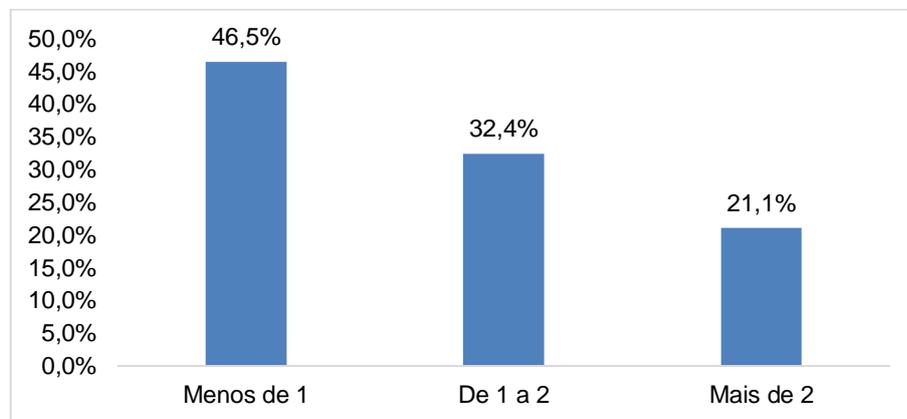
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O resultado encontrado diverge daquele obtido pelo levantamento censitário realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por exemplo, em relação ao estado civil, constatou-se que 57,1% dos brasileiros com mais de 15 anos (ou seja, em

torno de 85,5 milhões de pessoas) vivem em algum tipo de união conjugal (BRASIL, 2019).

Ao considerar o tempo em que os pesquisados estão inseridos no programa de residência no hospital público *locus* da pesquisa, esta pesquisa encontrou que 46,5% (33) destes estão há menos de um ano, seguidos de 32,4% (23) que já estão no programa de residência entre 1 e 2 anos e de 21,1% (15) com mais de dois anos (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos pesquisados por tempo de atuação na função na Instituição (em anos)

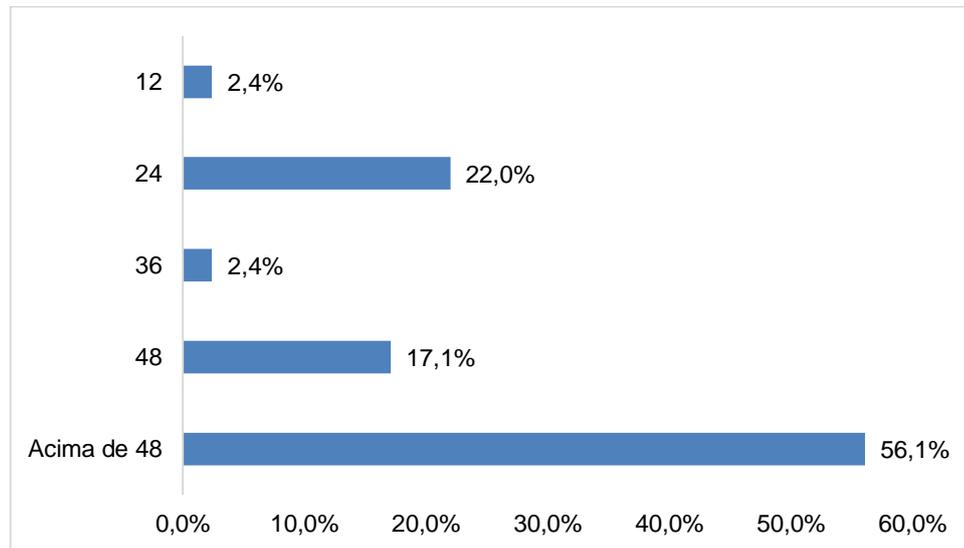


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Conforme apontado por Servadio (2019), de acordo com o ano em que estão na residência ou seja, quanto mais tempo inseridos no programa, mais informal é o nível de hierarquia entre os pares, sendo que os residentes médicos mais antigos delegam parte de suas tarefas àqueles com menos tempo na instituição.

Quando se leva em consideração a questão se exercem atividade laborativa em outro local além das 60 horas semanais obrigatórias da residência médica, 57,7% (41) entrevistados afirmaram que sim. Destes, 56,1% (23) ainda afirmaram que trabalham mais que 48 horas a mais em outros vínculos. Ainda em relação àqueles que afirmaram trabalhar em outras instituições, 2,4% (1) excedem em 12 horas, 22% (9) por até 24 horas, 2,4% (1) por até 36 horas e 17,1% (7) por mais até 48 horas. Portanto, a carga horária de 60 horas semanais na residência, é acrescida de 12 até mais de 48 horas, perfazendo uma carga horária semanal que varia de 72 horas a 108 horas de trabalho na semana (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição dos pesquisados por horas semanais trabalhadas extra residência



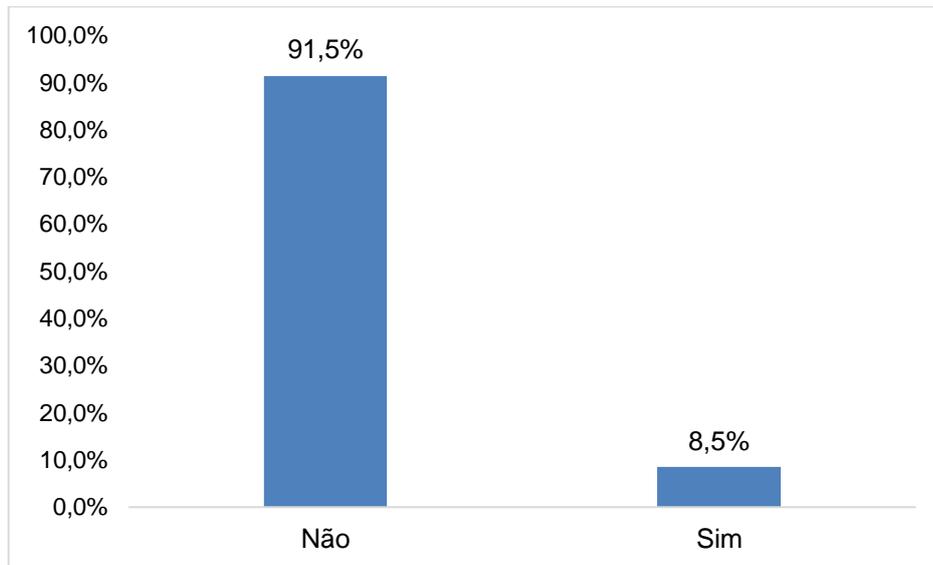
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O observado no Gráfico 5, vai ao encontro dos estudos de Fabichak, Silva-Junior e Morrone (2014), que afirmam que o valor da bolsa de estudo recebida pelos residentes médicos seria um dos motivos que levam estes profissionais a buscarem outras atividades remuneradas, gerando sobrecarrega e, conseqüentemente, comprometendo a qualidade do serviço prestado aos usuários dos serviços de saúde. O estudo desenvolvido pelos autores citados constatou que a média semanal da carga horária extra foi de 16,2 horas.

Em estudo de abordagem qualitativa, realizado por Servadio (2019) com 9 residentes médicos, todos afirmaram trabalhar mais que as 60 horas semanais estipuladas pelo programa da residência, o que é apontado como uma fonte de tensão relevante entre esta categoria, em alguns casos ultrapassando 36 horas além da carga horária imposta pela residência, de 60 horas semanais.

Em relação aos hábitos de consumo do tabaco, 91,5% (65) negam ser fumantes e 8,5% (6) afirmaram ter o hábito de fumar (Gráfico 6).

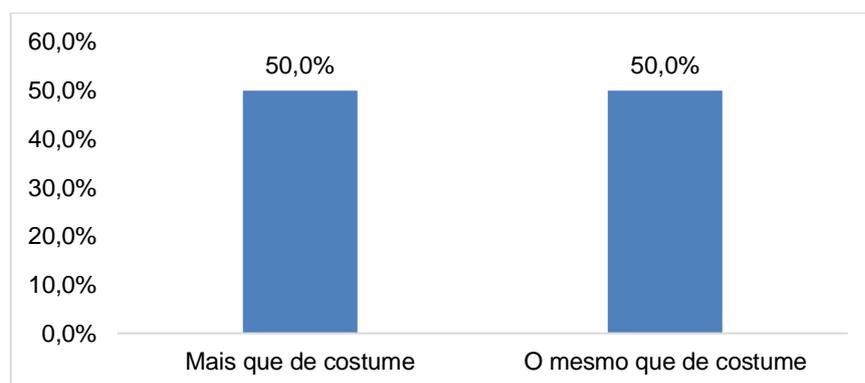
Gráfico 6 - Distribuição dos pesquisados por consumo de fumo



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Dos pesquisados que afirmaram fumar 8,5% (6), 50% (3) alegaram que tem fumado mais que de costume nos últimos três meses e a outra metade não alterou o quantitativo de consumo do fumo, conforme demonstra o Gráfico 7.

Gráfico 7 - Distribuição dos pesquisados que fumam por frequência

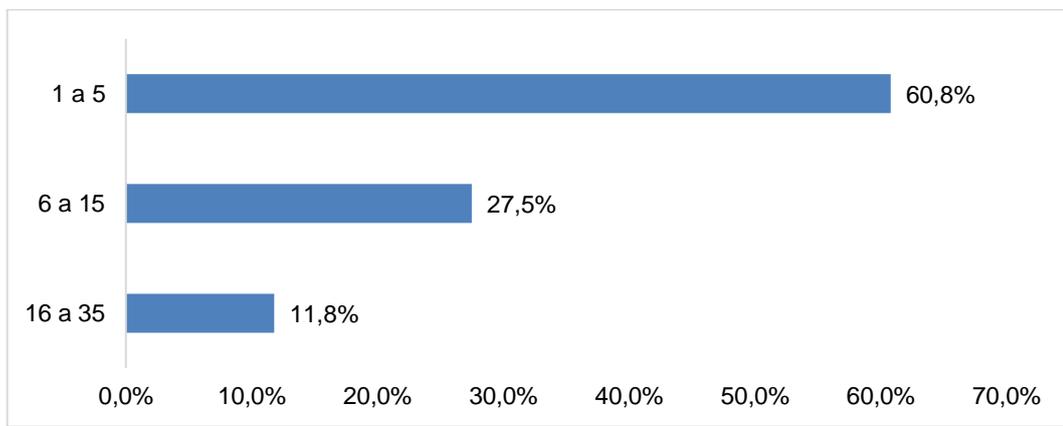


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Pesquisa realizada pelo periódico *The Lancet* revela que o Brasil ocupa o oitavo lugar no *ranking* de número absoluto de fumantes. Nos últimos 25 anos, levantamentos acusam uma queda considerável no consumo do cigarro. Entre 1990 a 2015, a porcentagem de fumantes diários no País caiu de 29% para 12% entre os homens e de 19% para 8% entre as mulheres (PORTAL BRASIL, 2017).

Dos pesquisado 21,2% (20) negaram a ingestão regular de bebida alcoólica e dos 78,8% (51) que afirmaram consumir bebidas alcoólicas, 60,8% (31) fizeram ingestão semanal de 1 a 5 unidades (considerando uma unidade = uma taça de vinho, uma caneca de chope, uma garrafa de cerveja ou uma dose de destilados), 27,5% (14) de 6 a 15 unidades e 11,8% (6) de 16 a 35 unidades (Gráfico 8).

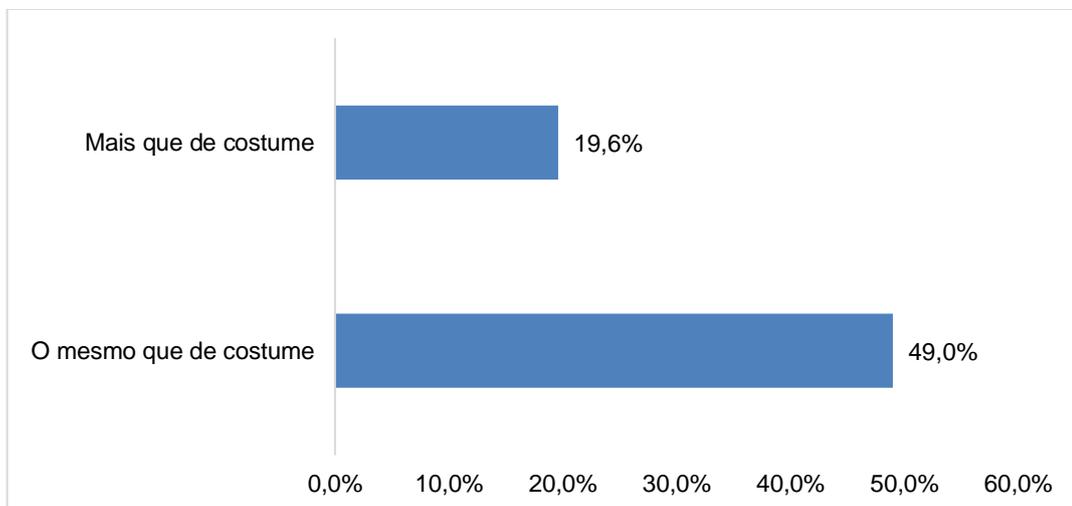
Gráfico 8 - Distribuição dos pesquisados que consomem bebida alcoólica por unidades de bebida alcoólica consumida semanalmente em média



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação à frequência de ingestão de bebidas alcoólicas nos últimos três meses, 49% (25) afirmaram que bebem o mesmo de costume e 19,6% (10) que bebem mais que o de costume (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Distribuição dos pesquisados que consomem bebida alcoólica por frequência com que têm bebido nos últimos 3 meses



Nota: As porcentagens apresentadas no gráfico não somam 100,0%, pois nem todos responderam a essa pergunta.

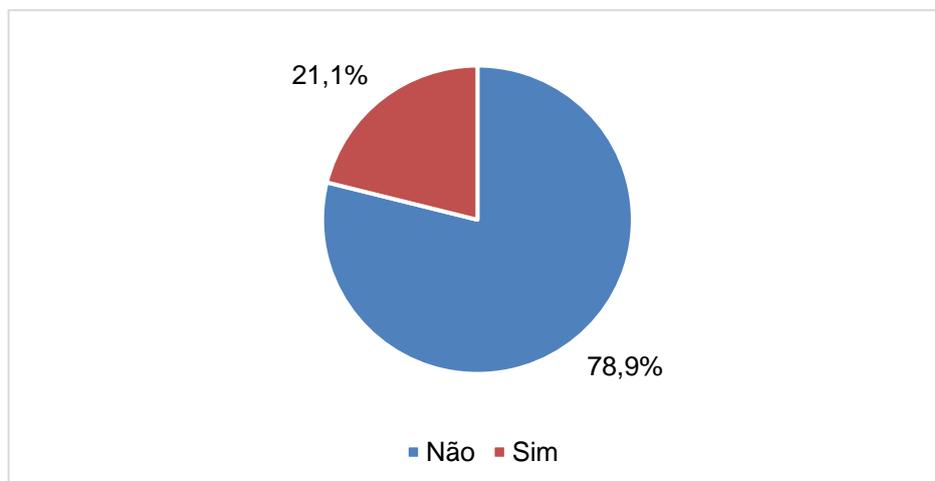
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O consumo frequente de bebidas alcoólicas constitui um sério problema de saúde pública, podendo ser observado um aumento progressivo, facilitado pelo preço e pelo fácil acesso, estimulado, muitas vezes, pela aceitação social (MONTEIRO *et al.*, 2011).

De encontro ao exposto pelo autor supracitado, as estatísticas apontam um aumento do consumo nocivo do álcool ao longo dos últimos anos. Os dados obtidos do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) revelam que houve um discreto aumento da proporção de pessoas que declaram consumir álcool entre 2006 e 2012, passando de 48% para 50% (LARANJEIRA *et al.*, 2014).

Dos residentes médicos integrantes desta pesquisa, 78,9% (56), negaram a ocorrência de algum problema de saúde, enquanto 21,1% (15) admitiram algum agravo à saúde (Gráfico 10).

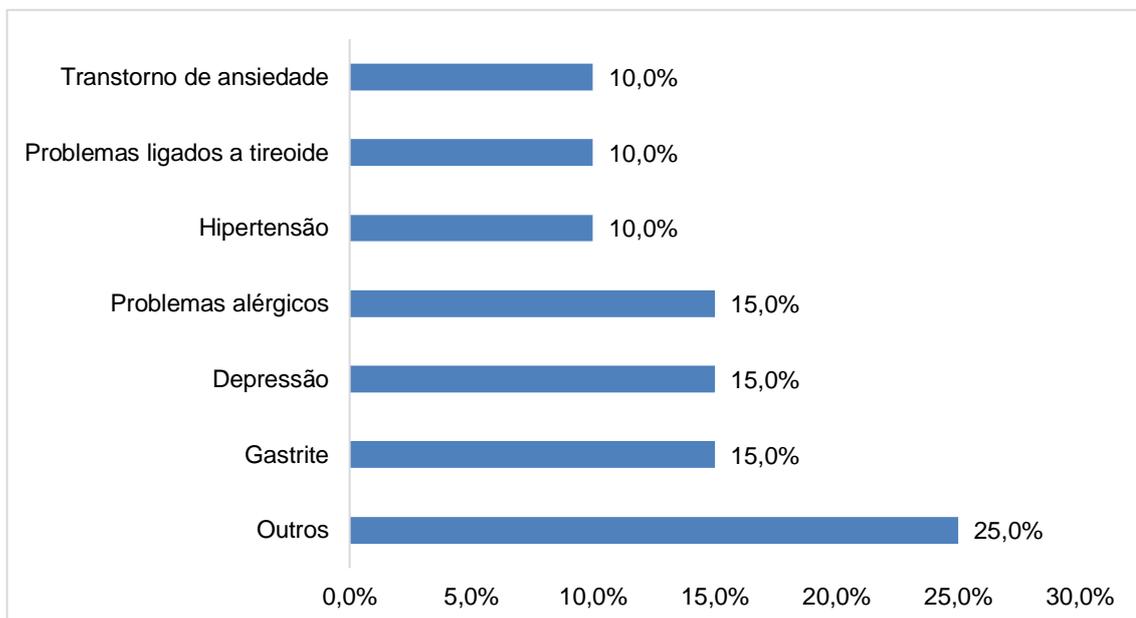
Gráfico 10 - Distribuição dos pesquisados por ocorrência de problema de saúde



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Os respondentes ficaram igualmente distribuídos em três categorias. Em cada uma, as ocorrências foram de: gastrite, depressão e problemas alérgicos, com 15% (3). Em cada citação, têm-se: hipertensão arterial, problemas ligados a tireoide e transtornos de ansiedade, 10% (2). As manifestações mencionados apenas uma vez totalizam 25% (5) outras ocorrências foram: colite, anemia, síndrome do intestino irritável, talassemia e insônia primária idiopática, conforme apresentado no Gráfico 11.

Gráfico 11 - Distribuição dos pesquisados por problema de saúde



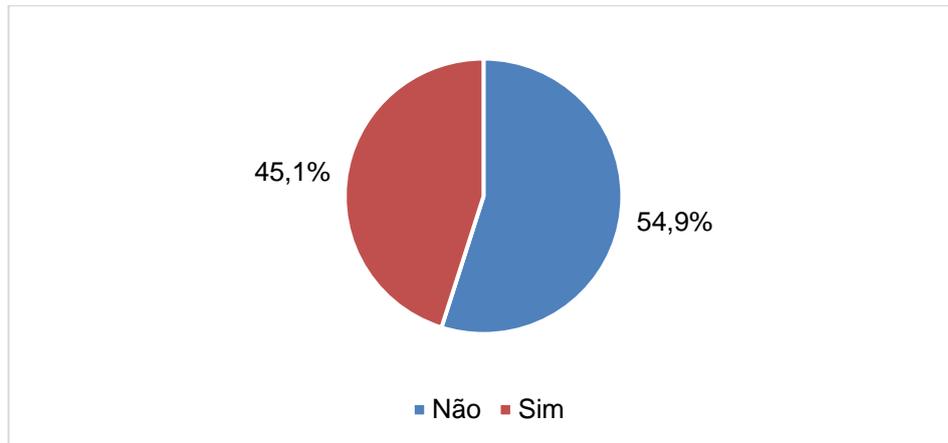
Nota 2: Outros referem-se às doenças com N = 1. São elas: colite, anemia, síndrome do intestino irritável, talassemia e insônia primária idiopática.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em diversos estudos, hipertensão arterial, gastrite, depressão, ansiedade, esofagite e cefaleia tensional, dentre outras, foram apontadas como resposta fisiológica ao estresse ocupacional (COUTO,1987; 2014; COOPER; SLOAN; WILLIANS,1988; LEVI, 2008).

Dos pesquisados, 45,1% (32) afirmaram usar regularmente algum tipo de medicamento, ao passo que 54,9% (39) negaram tal necessidade (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Distribuição dos pesquisados por uso regular de medicamento contínuo

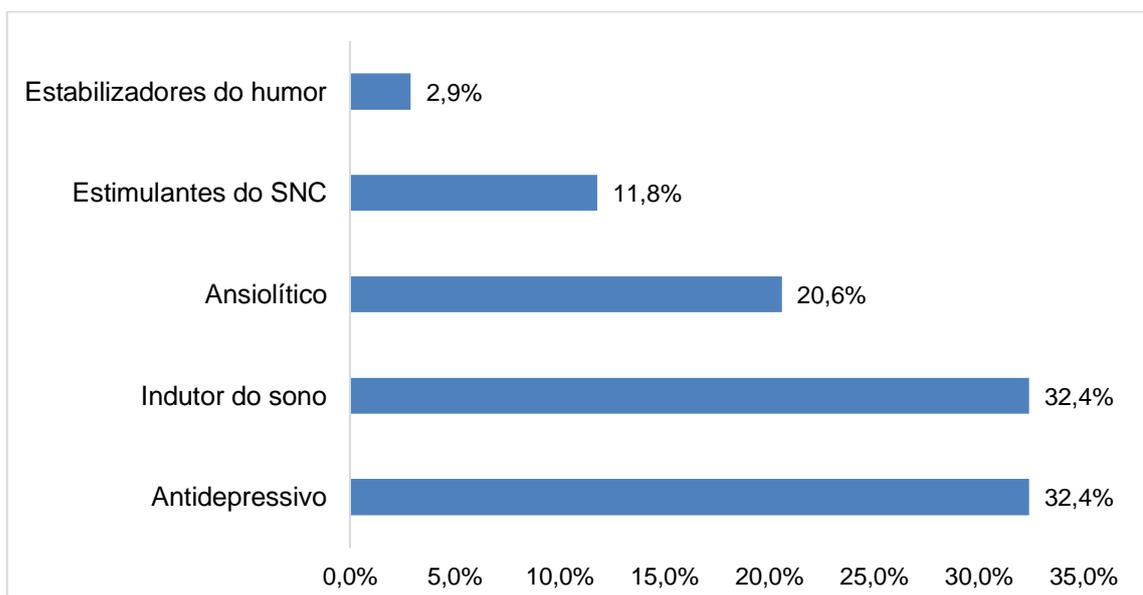


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Estudo realizado por Servadio (2019) revelou que os residentes médicos buscaram encontrar maneiras para aliviar as tensões causadas pelo estresse, principalmente, quando necessitam diminuir as dores e controlar a insônia e a sonolência. Constatou-se que o uso de medicação é considerado constante entre esta categoria profissional.

Em relação à classe de medicamento utilizada, os antidepressivos e os indutores do sono perfazem 32,4% (11) cada um, seguidos de ansiolíticos com 20,6% (7), estimuladores do sistema nervoso central (SNC) com 11,8% (4) e 2,9% (1) de usuários de estabilizadores do humor. Todas estas medicações não são de venda livre e, portanto, necessitam de retenção de receita (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Distribuição dos pesquisados por medicamento contínuo utilizado

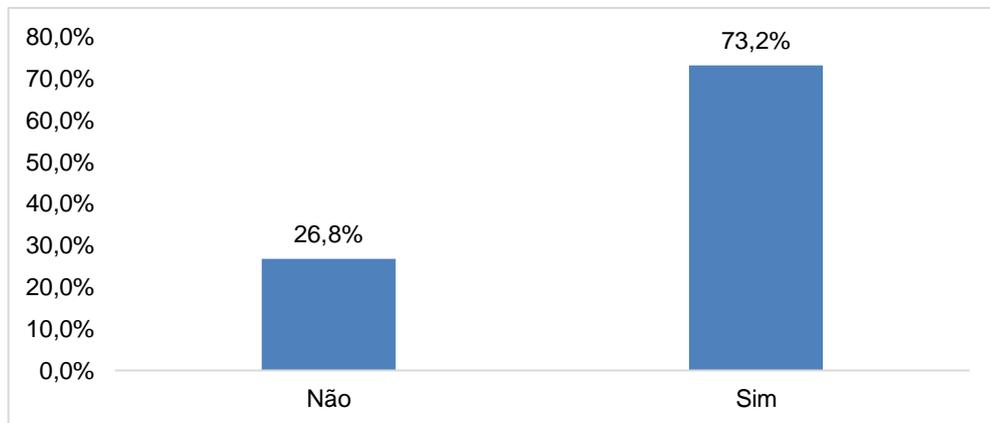


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Santos *et al.* (2017) concluíram que o uso de medicamentos como antidepressivos e ansiolíticos hipnóticos está associado ao alto nível de estresse entre os residentes médicos. Para Hochberg, *et al.* (2014), o uso constante de substâncias medicamentosas em residente médicos é um mecanismo usado para amenizar os sintomas do estresse.

Questionados sobre *hobbies*, 73,2% (52) afirmaram possuir algum tipo, e 26,8% (19) negaram a prática de *hobbies* conforme pode ser observado no Gráfico 14.

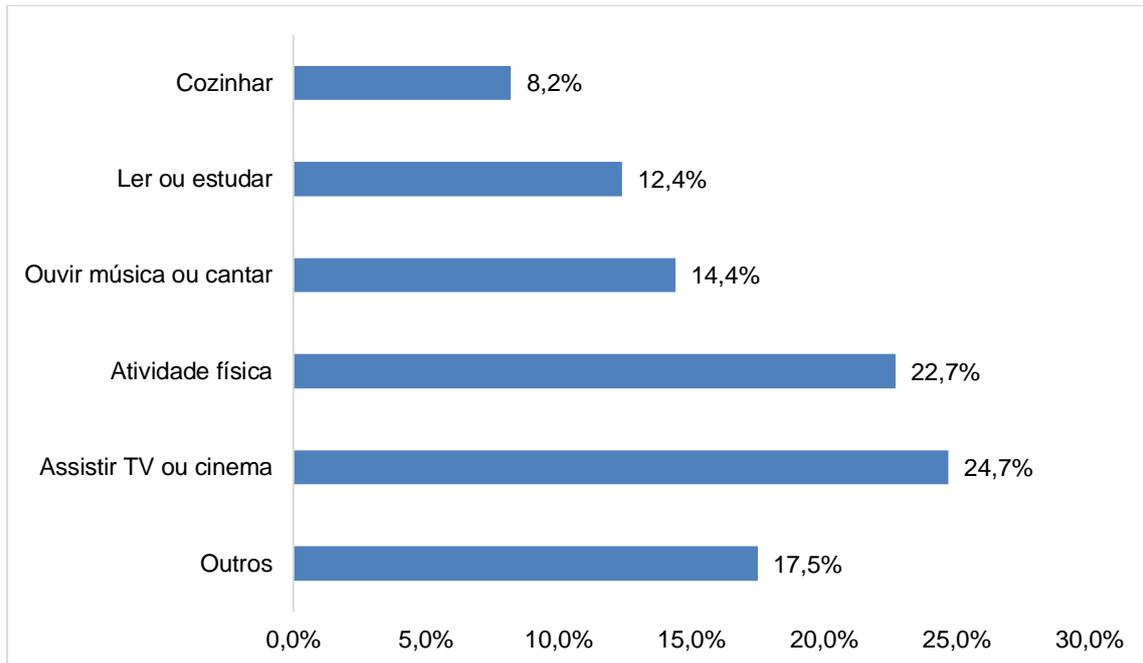
Gráfico 14 - Distribuição dos pesquisados por prática de *hobby*



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Maffia (2013) constatou em seu estudo que os pesquisados que realizavam algum *hobby* apresentaram maiores proporções de ausência de estresse e nível de estresse leve/moderado. Já aqueles que não utilizavam de *hobbys* como estratégia de destensionamento apresentaram maiores ocorrências de estresse em nível intenso e muito intenso.

Dentre os que possuem um *hobby*, os mais citados foram: assistir TV ou ir ao cinema com 24,7% (24) cada um; atividade física com, 22,7% (22); ouvir música ou cantar, com 14,4% (14); ler ou estudar, com 12,4% (12); e cozinhar, com 8,2% (8). Citaram outras atividades como *hobby* 17,5% (17) (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Distribuição dos pesquisados por *hobby* praticado

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O hábito de praticar exercícios físicos regularmente vem sendo apontado como uma opção acessível e eficaz como mecanismo de controle do estresse ocupacional (SB *et al.*, 2012). Em estudos com trabalhadores de indústrias, aqueles que praticam maior nível de atividade física apresentam também menor percepção negativa de estresse. Ou seja, apresentam menor sintomatologia associada ao estresse no trabalho (FARAH, 2013).

5.2 Revalidação do instrumento de coleta de dados

Esta seção apresenta os resultados relativos à revalidação do instrumento de coleta de dados, por meio de análise fatorial, tendo em vista a necessidade de adaptação, com base no modelo teórico MTEG (ZILLE, 2005) para a categoria profissional pesquisada, dos residentes médicos.

O banco de dados não apresentou nenhum dado ausente em relação aos indicadores de *estresse*, *fontes de tensão no trabalho*, *fontes de tensão do indivíduo*, *indicadores de impacto no trabalho* e *mecanismos de regulação*, o que trouxe maior garantia de

que os resultados da análise de tendência central e de variabilidade não foram distorcidos (PESTANA; GAGUEIRO, 2000).

A primeira etapa da análise fatorial consistiu em avaliar a relação entre o número de respondentes e o número de indicadores constantes no instrumento de coleta de dados. Conforme apresentado na Metodologia, o questionário utilizado nesta pesquisa é composto por cinco subescalas. A maior delas (*sintomas de estresse*) possui 13 indicadores, o que demandou o mínimo de 65 respondentes. Esse quantitativo foi superado, uma vez que a presente pesquisa contou 71 residentes pesquisados.

As demais subescalas são: fontes de tensão no trabalho com 10 indicadores e fontes de tensão do indivíduo com 6 indicadores. Os indicadores de impacto no trabalho contaram 10 indicadores e os mecanismos de regulação com 7 (sete) indicadores.

Os indicadores contidos no questionário foram codificados conforme o disposto no Quadro 6.

Quadro 6 - Codificação dos indicadores utilizados no questionário de coleta de dados

Construto - Sintomas de estresse	
S1	Nervosismo
S2	Ansiedade
S3	Ímpetos de raiva
S4	Angústia
S5	Irritabilidade
S6	Períodos de depressão
S7	Dor nos músculos do pescoço e ombros
S8	Dor discreta no peito sob tensão
S9	Palpitações
S10	Indisposição gástrica ou dor no estômago, que se acentuam diante de exigências emocionais
S11	Nó na garganta
S12	Tontura, vertigem
S13	Perda e/ou oscilação do senso de humor
Construto - Fontes de tensão no trabalho	
FTT1	Executar um trabalho complexo, gerando desgaste e cansaço
FTT2	Realização de conduta complexa sem ainda ter adquirido experiência para tal
FTT3	Executar várias atividades ao mesmo tempo, com alto grau de cobrança
FTT4	Realizar o máximo de trabalho com o mínimo de recursos
FTT5	Situações de inibição da liberdade na realização do trabalho
FTT6	Prática recorrente de isolar, perseguir pessoas que sejam consideradas inadequadas
FTT7	Excessiva carga de trabalho, ultrapassando os limites pessoais
FTT8	Excesso de atividades administrativas
FTT9	Conflitos com pacientes e familiares
FTT10	Número excessivo de horas de trabalho
Construto - Fontes de tensão do indivíduo	
FTI1	Levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo
FTI2	Pensar e/ou realizar frequentemente duas ou mais atividades ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las
FTI3	Não conseguir desligar-se do trabalho, mesmo fora dele
FTI4	Ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre
FTI5	Ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não tem domínio pleno
FTI6	Ter os horários de descanso (após expediente, feriados e finais de semana) tomados pelo trabalho
Construto - Indicadores de impacto no trabalho	
IIT1	Dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados
IIT2	Fuga das responsabilidades de trabalho antes assumidas de forma natural
IIT3	Desejo de trocar de emprego com frequência
IIT4	Desmotivação importante para com o trabalho
IIT5	Perder o controle sobre os eventos da vida (trabalho, família, relacionamentos, entre outros)
IIT6	Excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais, no trabalho e/ou fora dele.
IIT7	Dificuldade de concentração no trabalho
IIT8	Diminuição da eficácia no trabalho
IIT9	Queda na produtividade
IIT10	Cometimento de erros nos processos de trabalho
Construto - Mecanismos de regulação	
MR1	Experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho
MR2	Possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana
MR3	Possibilidade de gozar as férias regularmente
MR4	Realizar programa de exercício físico planejado/orientado
MR5	Tempo para relaxar/descansar
MR6	Possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades
MR7	Cooperação entre os pares (colegas de trabalho)

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Zille (2005) e Zille e Nogueira (2019).

A análise fatorial foi conduzida a partir das etapas e dos parâmetros de adequação apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 – Etapas e parâmetros de adequação da análise fatorial (Quadro resumo)

Etapa	Parâmetro de adequação
1 Respondentes versus indicadores	Mínimo de 5 respondentes para cada indicador
2 Análise descritiva dos indicadores	--
3 Coeficiente de correlação de Pearson	Maioria com valor igual ou superior a 0,30
4.1 Carga fatorial	Mínimo de 0,500
4.2 Comunalidade	Mínimo de 0,500
4.3 KMO	Mínimo de 0,500
4.4 Porcentagem de variância explicada	Mínimo de 60,0%
4.5 Análise de confiabilidade via Alfa de Cronbach	Mínimo de 0,600
5 Validade convergente e discriminante	Correlações de grande e de baixa intensidade, respectivamente, entre as escalas múltiplas e seus respectivos escores fatoriais e entre as escalas múltiplas e os escores fatoriais de outros fatores
6 Validade de conteúdo	Avaliação por especialista
7 Avaliação da uni dimensionalidade	Para cada fator, realizou uma análise fatorial com extração de apenas 1 fator e com % de variância explicada acima de 60% (somente para construtos com mais de 1 fator retido)

Nota 1: Os parâmetros de adequação seguiram as indicações propostas por Hair Jr. *et al.* (2005).

Nota 2: Para a análise descritiva, não há indicação de parâmetros de adequação, uma vez que seu objetivo foi conhecer melhor a distribuição dos indicadores avaliados.

Nota 3: Informações mais pormenorizadas podem ser obtidas no Quadro 4, página 52.

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Cohen (1988), Hair Jr. *et al.* (2005) e Mesquita (2010).

A TAB. 3 traz os resultados relativos à segunda etapa da análise fatorial, isto é à análise descritiva dos indicadores, constando ainda as medidas de tendência central e de variabilidade.

Tabela 3 - Análise descritiva dos indicadores – Medidas de tendência central e de variabilidade

Indicador	Média	Desvio padrão	Indicador	Média	Desvio padrão
S1	3,59	1,02	IIIT5	3,20	1,02
S2	3,69	1,10	IIIT6	3,04	1,02
S3	2,90	1,24	IIIT7	3,03	1,11
S4	3,65	1,25	IIIT8	2,76	1,06
S5	3,08	1,19	IIIT9	2,66	0,98
S6	3,13	1,31	IIIT10	2,49	0,92
S7	3,13	1,21	FTT1	3,48	0,84
S8	1,76	1,06	FTT2	2,94	1,21
S9	2,03	1,13	FTT3	3,17	1,11
S10	2,49	1,23	FTT4	2,92	1,07
S11	2,25	1,28	FTT5	2,34	1,11
S12	1,97	1,26	FTT6	1,82	1,09
S13	3,07	1,28	FTT7	2,76	1,30
FTI1	4,03	0,74	FTT8	3,00	1,34
FTI2	3,80	0,95	FTT9	2,34	1,04
FTI3	3,70	1,11	FTT10	3,35	0,94
FTI4	3,89	0,85	MR1	3,45	1,14
FTI5	3,39	1,08	MR2	2,63	0,99
FTI6	3,66	1,12	MR3	3,97	0,97
IIIT1	2,76	1,35	MR4	2,24	1,27
IIIT2	2,54	1,32	MR5	2,76	0,89
IIIT3	2,55	1,22	MR6	2,82	0,93
IIIT4	2,82	1,15	MR7	3,54	0,84

Nota 1: Os indicadores relativos aos mecanismos de regulação foram invertidos. Este procedimento foi mantido em todas as análises subsequentes.

Nota 2: As siglas podem ser identificadas no ao Quadro 7, página 74.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A partir da avaliação demonstrada na TAB. 3, verificou-se que as médias dos indicadores oscilaram de 1,76 a 4,03, ao passo que os desvios-padrões encontraram-se entre 0,74 e 1,35. A questão que obteve, em média, maior concordância foi FTI1, que avaliou a percepção dos pesquisados em relação ao fato de que levam uma vida muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo. Considerando as possibilidades de resposta (que variaram de 1 a 5), a média para este indicador alcançou valor elevado de 4,03, o que demonstrou a concordância dos respondentes em relação a esse quesito.

Em concordância com o exposto, estudo realizado por Pego, Zille e Soares (2016) demonstrou que os indicadores do construto fontes de tensão do indivíduo que apresentaram maior frequência e maior intensidade dos pesquisados com o nível de

estresse intenso e muito intenso foram: levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo 70,7% dos pesquisados.

A questão que obteve, em média, o menor nível de concordância foi S8, que avaliou a percepção dos respondentes em relação à manifestação de dor discreta no peito sob tensão. A média para este indicador foi 1,76, o que demonstra a baixa concordância concedida dos residentes com este indicador.

Em conformidade ao apresentado por Pego, Zille e Soares (2016), os principais sintomas de estresse apontados foram: ansiedade, dor nos músculos do pescoço e ombros, fadiga e nervosismo.

A TAB. 4 constata existência de número considerável de coeficientes de correlação superiores a 0,30. Tal característica, conforme Hair Jr. *et al.* (2005), oferece indícios iniciais de ajuste do banco de dados à aplicação da análise fatorial. Exceção foi observada em relação aos indicadores de *mecanismos de regulação*, em que se verificaram apenas sete correlações superiores a 0,30 das 21 analisadas. Apesar deste resultado, optou-se por prosseguir com tal construto na análise fatorial, na tentativa de identificar de pelo menos um fator com os indicadores cujas correlações apresentassem maior intensidade.

A TAB. 4 subsidia a terceira etapa da análise fatorial; ou seja, a avaliação da correlação entre os indicadores por construto por meio da correlação de Pearson.

Tabela 4 – Correlação entre os indicadores por construto – Correlação de Pearson

Construto - Sintomas de estresse												
Indicador	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
S2	0,73	--										
S3	0,79	0,59	--									
S4	0,76	0,73	0,63	--								
S5	0,80	0,59	0,74	0,62	--							
S6	0,61	0,64	0,64	0,71	0,55	--						
S7	0,55	0,49	0,39	0,55	0,60	0,35	--					
S8	0,45	0,50	0,54	0,49	0,46	0,51	0,39	--				
S9	0,48	0,48	0,52	0,42	0,43	0,40	0,54	0,53	--			
S10	0,50	0,58	0,54	0,47	0,55	0,48	0,58	0,52	0,42	--		
S11	0,54	0,65	0,50	0,65	0,35	0,43	0,41	0,51	0,46	0,38	--	
S12	0,40	0,41	0,43	0,52	0,35	0,42	0,51	0,41	0,52	0,34	0,37	--
S13	0,64	0,59	0,61	0,64	0,60	0,57	0,50	0,39	0,30	0,61	0,44	0,43
Construto - Fontes de tensão no trabalho												
Indicador	FTT1	FTT2	FTT3	FTT4	FTT5	FTT6	FTT7	FTT8	FTT9			
FTT2	0,56	--										
FTT3	0,28	0,56	--									
FTT4	0,38	0,43	0,36	--								
FTT5	0,30	0,36	0,49	0,44	--							
FTT6	0,10	0,32	0,41	0,44	0,60	--						
FTT7	0,47	0,60	0,51	0,67	0,51	0,32	--					
FTT8	0,38	0,57	0,43	0,62	0,63	0,42	0,63	--				
FTT9	0,48	0,45	0,31	0,39	0,53	0,42	0,45	0,50	--			
FTT10	0,68	0,33	0,33	0,40	0,34	0,08	0,49	0,26	0,58			
Construto - Fontes de tensão do indivíduo												
Indicador	FTI1	FTI2	FTI3	FTI4	FTI5							
FTI2	0,44	--										
FTI3	0,45	0,52	--									
FTI4	0,41	0,29	0,66	--								
FTI5	0,26	0,58	0,47	0,25	--							
FTI6	0,22	0,10	0,35	0,62	0,27							
Construto - Indicadores de impacto no trabalho												
Indicador	IIT1	IIT2	IIT3	IIT4	IIT5	IIT6	IIT7	IIT8	IIT9			
IIT2	0,69	--										
IIT3	0,40	0,59	--									
IIT4	0,60	0,62	0,64	--								
IIT5	0,28	0,29	0,27	0,48	--							
IIT6	0,34	0,33	0,25	0,41	0,69	--						
IIT7	0,78	0,56	0,31	0,51	0,20	0,35	--					
IIT8	0,72	0,59	0,38	0,61	0,20	0,25	0,80	--				
IIT9	0,64	0,50	0,34	0,54	0,14	0,16	0,72	0,89	--			
IIT10	0,60	0,48	0,28	0,49	0,23	0,39	0,73	0,76	0,75			
Construto - Mecanismos de regulação												
Indicador	MR1	MR2	MR3	MR4	MR5	MR6						
MR2	0,17	--										
MR3	0,06	0,57	--									
MR4	0,02	-0,03	-0,02	--								
MR5	0,16	0,42	0,41	-0,11	--							
MR6	0,39	0,45	0,12	-0,16	0,24	--						
MR7	-0,16	-0,02	0,37	-0,05	0,33	0,04						

Nota: As siglas podem ser identificadas no Quadro 7, página 74.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A quarta etapa da análise fatorial consistiu em avaliar das cargas fatoriais das comunalidades, dos KMOs, das porcentagens de variância explicada e dos valores de alfa de Conbach. Para o cálculo dessas medidas e considerando cada um dos construtos estudados, realizou-se uma primeira análise fatorial, sucedida por outras quando necessário isto é, quando um indicador precisou ser eliminado por não estar em conformidade com os parâmetros apresentados no Quadro 4.

No total, foram eliminados treze indicadores. Destes, onze foram excluídos por apresentarem comunalidades inferior ao limite de 0,500. Os itens e suas respectivas comunalidades, por ordem de exclusão, foram: S12 (0,373), S9 (0,408), S11 (0,465), FTT6 (0,324), FTT3 (0,421), FTT5 (0,481), FTI6 (0,340), FTI1 (0,460), IIT5 (0,193), IIT6 (0,205), IIT3 (0,332). O indicador MR4 também foi excluído, por ter ficado isolado em um fator, cujo autovalor alcançou escore de 1,04. Este resultado indicou que o fator explicou pouco mais que um indicador isolado, o que ensejou sua eliminação, bem como a exclusão de MR4. Por fim, MR7 foi eliminado por ter apresentado KMO de 0,314, abaixo do limite proposto por Hair Jr. *et al.* (2005), qual seja, 0,500.

A análise dos dados apresentados na TAB. 5 permitiu constatar que quatro dos cinco construtos avaliados apresentaram porcentagem de variância explicada igual ou acima do limite de 60,0% proposto por Hair Jr. *et al.* (2005). São eles: *sintomas de estresse* com 61,9%, *fontes de tensão do indivíduo* com 60,0%, *indicadores de impacto no trabalho* com 70,0%, e *mecanismos de regulação* com 68,0%. *Fontes de tensão no trabalho*, entretanto, obteve porcentagem de variância explicada de 56,49%, valor que se encontra próximo ao limite de 60,0%. Explicam Hair Jr. *et al.* (2005, p. 102): “Em Ciências Sociais, na qual as informações geralmente são menos precisas, não é raro considerar uma solução que explique 60,0% da variância total (e em alguns casos até menos) como satisfatória”.

Após sucessivos refinamentos, identificaram-se os construtos, fatores e métricas (TAB. 5).

Tabela 5 – Construtos, fatores e métricas utilizadas para avaliação da adequação da análise fatorial

Fator	Auto valor	% de variância explicada por fator	Indicador	Carga fatorial	Comunalidade	KMO por indicador	Alfa de Cronbach	
							Se item deletado	Todos itens
Construto - Sintomas de estresse								
1	6,198	61,981	S1	0,881	0,776	0,855	0,918	0,929
			S4	0,845	0,715	0,889	0,918	
			S5	0,834	0,695	0,910	0,919	
			S3	0,830	0,688	0,872	0,920	
			S2	0,824	0,679	0,905	0,920	
			S13	0,788	0,620	0,942	0,922	
			S6	0,775	0,600	0,905	0,923	
			S10	0,731	0,535	0,851	0,925	
			S7	0,679	0,461	0,844	0,928	
S8	0,654	0,427	0,913	0,928				
KMO considerando todos os indicadores: 0,888								
Variância total explicada: 61,981%								
Construto - Fontes de tensão no trabalho								
1	3,955	56,493	FTT7	0,829	0,687	0,821	0,833	0,868
			FTT8	0,757	0,573	0,790	0,847	
			FTT2	0,752	0,565	0,788	0,848	
			FTT1	0,748	0,559	0,746	0,853	
			FTT4	0,743	0,552	0,834	0,848	
			FTT9	0,724	0,525	0,804	0,853	
			FTT10	0,703	0,494	0,649	0,859	
KMO considerando todos os indicadores: 0,774								
Variância total explicada: 56,493%								
Construto - Fontes de tensão do indivíduo								
1	2,398	60,000	FTI3	0,868	0,754	0,640	0,647	0,775
			FTI2	0,778	0,605	0,703	0,713	
			FTI5	0,740	0,548	0,717	0,744	
			FTI4	0,701	0,491	0,601	0,763	
KMO considerando todos os indicadores: 0,662								
Variância total explicada: 60,000%								
Construto - Indicadores de impacto no trabalho								
1	4,904	70,057	IIT8	0,925	0,855	0,843	0,900	0,923
			IIT7	0,876	0,767	0,874	0,905	
			IIT9	0,870	0,756	0,843	0,909	
			IIT1	0,860	0,740	0,872	0,906	
			IIT10	0,828	0,686	0,938	0,914	
			IIT2	0,750	0,562	0,884	0,921	
IIT4	0,733	0,537	0,922	0,920				
KMO considerando todos os indicadores: 0,877								
Variância total explicada: 70,057%								
Construto - Mecanismos de regulação								
1	1,945	38,898	MR3	0,860	0,746	0,586	0,589	0,725
			MR2	0,800	0,730	0,607	0,577	
			MR5	0,706	0,526	0,808	0,726	
2	1,458	29,155	MR1	0,838	0,703	0,629	--	0,550
			MR6	0,795	0,699	0,556	--	
KMO considerando todos os indicadores: 0,622								
Variância total explicada: 68,053%								

Nota 1: Parâmetros analisados com base nos critérios dispostos nos Quadros 5 e 8.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Verificou-se também que todos os valores de carga fatorial e de comunalidades mantiveram-se superiores ao limite estabelecido por Hair Jr. *et al.* (2005), qual seja, 0,500. Estes resultados mostraram que os indicadores originais estão adequadamente representados em seus fatores e que cada indicador compartilha uma quantidade adequada de variância com os demais incluídos em cada fator. Quatro exceções foram observadas: S7, S8, FTT10 e FTI4 apresentaram comunalidades inferiores a 0,500, o que ensejaria sua eliminação. No entanto, as demais métricas utilizadas para verificação da adequação destes indicadores a seus respectivos fatores (carga fatorial, KMO por indicador e alfa de Cronbach - se item deletado) apresentaram escores bem superiores aos limites propostos por Hair Jr. *et al.* (2005), o que justificou a permanência deles. Também, os citados itens não foram eliminados considerando sua importância teórica para a identificação de manifestações de estresse e de fontes de tensão (no trabalho e do indivíduo).

Em relação ao KMO, os valores individuais atrelados a cada indicador e aqueles que consideram todo o construto também se mantiveram acima do limite proposto (0,500). Estes resultados indicaram adequação geral e univariada dos dados à aplicação da análise fatorial.

Quanto ao alfa de Cronbach, verificou-se que os cinco dos seis fatores identificados apresentaram adequados escores desta medida superiores a 0,600, sendo, portanto, confiáveis. O segundo fator de mecanismo de regulação, entretanto apresentou alfa de Cronbach no valor de 0,550. Sugere-se que este dado não reflita a falta de confiabilidade do fator, e sim o fato de que este é formado por apenas dois indicadores. Sobre esse ponto, argumentam Maroco e Garcia-Marques (2006, p. 76) que o valor de alfa de Cronbach é menor para construtos com um número menor de indicadores:

“Sabendo que o número de observações são um fator que influencia a variabilidade observada (quanto menor a dimensão da amostra maior será a estimativa da sua variância) é assim de esperar que instrumentos de medida com um maior número de itens tenham valores de α superiores e de erro-padrão inferiores aos instrumentos com um menor número de itens”.

A avaliação dos valores de alfa de Cronbach (se item deletado) indicou que apenas a exclusão de MR5 elevaria essa medida de 0,725 para 0,726. Entretanto,

considerando que a elevação foi apenas marginal (na terceira casa decimal), optou-se por manter este indicador.

A análise fatorial teve continuidade com a avaliação da validade convergente e discriminante (etapa 5), que segundo Mesquita (2010), deve ser realizada apenas para construtos que obtiveram retenção de mais de um fator. Para o autor, ela exige verificação da correlação entre os escores fatoriais (EF) e as escalas múltiplas (EM) de cada fator. Os primeiros correspondem a um escore múltiplo para cada indivíduo em um fator particular (FIELD, 2009) e os segundos, à média aritmética das variáveis que compõem o fator (MESQUITA, 2010). Para o cálculo dos escores fatoriais optou-se pelo método de regressão, uma vez que nele as variâncias das variáveis são estabilizadas (FIELD, 2009). Os resultados foram apresentados na TAB. 6.

Tabela 6 - Correlação entre escores fatoriais e escalas múltiplas dos fatores de *mecanismos de regulação* – Correlação de Pearson

Construto		Escala múltipla 1 (EM1)	Escala múltipla 2 (EM2)
Mecanismos de regulação	Escore fatorial 1 (EF1)	0,984	<i>0,137</i>
	Escore fatorial 2 (EF2)	<i>0,160</i>	0,981

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A partir dos resultados constantes da TAB. 6, verificou-se que validade convergente foi confirmada em função dos altos coeficientes de correlação entre os escores fatoriais e as escalas múltiplas de cada fator (em negrito). Este resultado indica que os escores fatoriais gerados representam adequadamente as variáveis originais. A validade discriminante também foi confirmada, dada a existência de correlações de baixa intensidade entre EM1 e EF2 e entre EM2 e EF1 (em itálico). Com este resultado, concluiu-se que cada fator representa uma dimensão diferente dos mecanismos de regulação.

O Quadro 8 expõe os fatores identificados, sua nomeação e os indicadores que o compõem.

Quadro 8 - Construtos e seus respectivos fatores e indicadores – Análise fatorial

Construto - Sintomas de estresse	
S1	Nervosismo
S4	Angústia
S5	Irritabilidade
S3	Ímpetos de raiva
S2	Ansiedade
S13	Perda e/ou oscilação do senso de humor
S6	Períodos de depressão
S10	Indisposição gástrica ou dor no estômago, que se acentuam diante de exigências emocionais
S7	Dor nos músculos do pescoço e ombros
S8	Dor discreta no peito sob tensão
Construto - Fontes de tensão no trabalho	
FTT7	Excessiva carga de trabalho, ultrapassando os limites pessoais
FTT8	Excesso de atividades administrativas
FTT2	Realização de conduta complexa sem ainda ter adquirido experiência para tal
FTT1	Executar um trabalho complexo, gerando desgaste e cansaço
FTT4	Realizar o máximo de trabalho com o mínimo de recursos
FTT9	Conflitos com pacientes e familiares
FTT10	Número excessivo de horas de trabalho
Construto - Fontes de tensão do indivíduo	
FTI3	Não conseguir desligar-se do trabalho, mesmo fora dele
FTI2	Pensar e/ou realizar frequentemente duas ou mais atividades ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las
FTI5	Ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não tem domínio pleno
FTI4	Ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre
Construto - Indicadores de impacto no trabalho	
IIT8	Diminuição da eficácia no trabalho
IIT7	Dificuldade de concentração no trabalho
IIT9	Queda na produtividade
IIT1	Dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados
IIT10	Cometimento de erros nos processos de trabalho
IIT2	Fuga das responsabilidades de trabalho antes assumidas de forma natural
IIT4	Desmotivação importante para com o trabalho
Construto - Mecanismos de regulação	
Fator 1 – Estratégias de recuperação física e mental	
MR3	Possibilidade de gozar as suas férias regularmente
MR2	Possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana
MR5	Tempo para relaxar/descansar
Fator 2 – Estratégias de cooperação	
MR1	Experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho
MR6	Possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Zille (2005) e em Zille e Nogueira (2019).

Os construtos que resultaram em apenas um fator foram nomeados da mesma forma que aqueles presentes nas pesquisas de Zille (2005) e de Zille e Nogueira (2019). O mesmo ocorreu em *mecanismos de regulação*, em que houve retenção de dois fatores. Tal configuração foi levada à apreciação de especialista, que, após análise,

considerou os resultados coerentes com a teoria que embasa os estudos relacionados ao estresse ocupacional em ambiente hospitalar (SERVADIO; ZILLE, 2019). Portanto, a sexta etapa da análise fatorial (validade de conteúdo) foi concluída.

Passa-se à última etapa da AF: avaliação da unidimensionalidade, a partir da estimação de uma análise fatorial para cada um dos fatores cujo construto originou retenção de mais de um fator (*mecanismos de regulação*). Em ambos os casos, as análises fatoriais resultaram na extração de apenas um fator com as seguintes porcentagens de variância explicada: (1) *estratégias de recuperação física e mental* (64,520%) e *estratégias de cooperação* (69,367%).

Em síntese, esta seção teve por objetivo revalidar para o ambiente hospitalar e especificamente para a categoria “residente médico” a escala proposta por Zille e Nogueira (2019). Os resultados indicaram pertinência da utilização da análise fatorial para a definição da estrutura latente das variáveis pesquisadas. Foi identificado um fator para *sintomas de estresse*. O mesmo ocorreu para *fontes de tensão no trabalho*, *fontes de tensão do indivíduo* e *indicadores de impacto no trabalho*. Por fim, foram identificados dois fatores para *mecanismos de regulação*, quais sejam, *estratégias de recuperação física e mental* e *estratégias de cooperação*.

5.3 Análise do estresse ocupacional

Conforme já apresentado no capítulo 3, a categorização de estresse ocupacional foi realizada considerando critério estabelecido por Zille (2005, p. 194 e 195), segundo o qual os níveis de estresse apontados podem ser assim definidos:

Ausência de estresse – significa a ocorrência de um bom equilíbrio entre a estrutura psíquica do indivíduo e as pressões psíquicas advindas do ambiente do trabalho.

Estresse moderado – indica a ocorrência de manifestações de estresse, no entanto, em grau compensado, podendo não gerar impactos muito importantes para o indivíduo. Caso este estado persista por um período mais longo de tempo (três a quatro semanas), pode ocorrer uma tendência de agravamento na sua intensidade, passando a comprometer a estrutura psíquica do indivíduo, podendo afetar aspectos comportamentais/emocionais e orgânicos, com reflexos nas atividades profissionais.

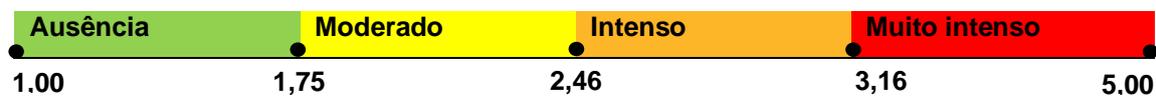
Estresse intenso – o indivíduo já convive com alguns dos principais sintomas de estresse de forma importante, como nervosismo acentuado, ansiedade

(sensação de vazio, expectativa acentuada), angústia (aflição, sensação de impotência diante dos problemas), fadiga (baixo nível de energia), dificuldade de concentração no trabalho, insônia, dor nos músculos do pescoço e ombros por tensão, dor de cabeça por tensão, indisposição gástrica, palpitações (sentir o coração bater forte em alguns momentos) e autoestima baixa, entre outros. Nesse nível de estresse, o indivíduo apresenta problemas de concentração, tendo dificuldades de realizar as suas atividades de uma maneira geral. O trabalho passa a ser impactado de forma importante, gerando queda no resultado. As condições orgânicas e psíquicas apresentam alterações, requerendo tratamento.

Estresse muito intenso – o quadro de estresse é bastante agravado e o indivíduo perde quase que totalmente a sua capacidade de trabalho. É iminente a necessidade de tratamento clínico e psicológico, visando à eliminação das causas de desequilíbrio da relação entre a estrutura psíquica e as pressões psíquicas advindas do ambiente. A capacidade de concentração fica seriamente comprometida e, as dificuldades se acentuam em termos gerais. O trabalho passa a ser impactado de forma muito importante, gerando queda significativa no seu resultado, ou mesmo, a impossibilidade da sua realização. Os sintomas se acentuam e são os mesmos do nível anterior com maior intensidade e exige afastamento das atividades, inclusive do trabalho e tratamento clínico e psicológico”.

Esse critério foi representado e estratificado conforme observado na FIG. 3.

Figura 3 – Critério utilizado para categorização do *estresse ocupacional*



Nota: A escala utilizada foi a tipo *likert* de 5 pontos.

Fonte: Zille (2005).

As categorias de estresse numericamente foram assim definidas, com base em Zille (2005, p. 222/223).

- *Ausência*: médias < 1,75
- *Moderado*: médias $\geq 1,75$ e < 2,46
- *Intenso*: médias $\geq 2,46$ e < 3,16
- *Muito intenso*: médias $\geq 3,16$

A TAB.7 mostra a análise do estresse ocupacional por nível de intensidade. Os pesquisados foram distribuídos conforme a categorização apresentada na FIG. 3.

Tabela 7 - Análise do estresse ocupacional por nível de intensidade

Nível de estresse	Frequência			Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	Mínimo	Máximo
	N	%	% acumulado de estresse					
Ausência	7	9,9	--	1,64	0,08	4,88	1,53	1,72
Moderado	16	22,5	22,5	2,17	0,20	9,22	1,82	2,42
Intenso	11	15,5	38,0	2,74	0,15	5,47	2,52	3,03
Muito intenso	37	52,1	90,1	3,86	0,51	13,21	3,16	5,00
Análise global	71	100,0	90,1	3,09	0,94	30,42	1,53	5,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Por meio da categorização definida, 90,1% (64) dos indivíduos pesquisados apresentavam algum nível de estresse ocupacional. Destes, 52,1% (37) se enquadram no nível de estresse muito intenso, 15,5% (11) em intenso, 22,5% (16) como moderado e 9,9% (7) foram categorizados como ausência de estresse ocupacional (TAB. 7).

Ainda em relação ao estudo realizado com 160 médicos residentes sauditas, quando categorizados por níveis de estresse, 27% (109) enquadraram-se no menor nível, ou ausência do estresse, sendo que 19,3% (78) estavam no nível leve, enquanto 18,8% (76) no nível moderado. De maneira predominante os demais 34,9% (141) se enquadraram no nível de estresse intenso e muito intenso (ABDULGHANI *et al.*, 2014).

Em um estudo realizado com 24 residentes do programa de Clínica Médica da cidade de São Paulo em 2012, metade dos participantes demonstrou aderência à síndrome de *burnout*, relatando os sintomas: 75%, exaustão emocional (escore médio: 32,37; DP±9,99), assim como a despersonalização (escore médio: 12,91; DP±5,15), mostrando índices significativos de desgaste físico e psíquico. Observa-se que a residência médica é uma etapa em que o médico residente está mais suscetível ao *burnout*, devido à cobrança a aluno em aprendizado e ao fato de a função exigir responsabilidade, eficiência e competência como médico (FABICHAK; SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014).

No estudo qualitativo realizado por Servadio (2019), tendo em vista à percepção dos residentes médicos, além de todos considerarem que experimentaram algum nível de estresse, ao considerar-se a categorização por nível a maioria declarou estar vivenciando este quadro em nível muito intenso.

5.3.1 Sintomas de estresse

Após a categorização por nível de estresse, de acordo com o exposto na FIG. 3, têm-se os sintomas decorrentes do estresse, podendo ser eles de ordem psíquica ou física. Ainda de acordo com Zille (2005), para os de ordem psíquicas têm-se angústia, nervosismo, ansiedade, períodos de depressão, irritabilidade, perda ou oscilação do humor e ímpetos de raiva. Dentre os sintomas de físicos, têm-se dor nos músculos do pescoço e ombros, problemas gástricos e dor no peito sob pressão. Os dados podem ser observados na TAB. 8.

Tabela 8 - Frequência dos sintomas relacionados ao estresse ocupacional *versus* manifestação de estresse

Indicadores de sintomas do estresse ocupacional	Ausência de estresse		Algum nível de estresse	
	N	%	N	%
Angústia	0	0	44	68,8
Nervosismo	0	0	36	56,3
Ansiedade	0	0	34	53,1
Períodos de depressão	0	0	28	43,8
Irritabilidade fácil	0	0	26	40,6
Dor nos músculos do pescoço e ombros	0	0	25	39,1
Perda e/ou oscilação do senso de humor	0	0	24	37,5
Ímpetos de raiva	0	0	22	34,4
Indisposição gástrica ou dor no estômago, que se acentuam diante de exigências emocionais	0	0	19	29,7
Dor discreta no peito sob tensão	0	0	7	10,9

Nota: Sete indivíduos foram classificados em ausência de estresse e 64, em algum nível de estresse.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação aos pesquisados, observou-se dentre os sintomas psíquicos, que 68,8% (40) dos pesquisados apontaram angústia; 56,3% (36) nervosismo; 53,1% (34) ansiedade. Já os períodos de depressão foram relatados por 43,8% (28), 40,6% (26) afirmaram irritabilidade, 37,5% (24) perda ou oscilação do humor, 34,4% (2,2) ímpetos de raiva (TAB. 8).

Ao considerar os sintomas físicos, as dores na musculatura do pescoço e ombro foram apontadas por 39,1% (25) dos pesquisados. Já problemas gastrointestinais que pioram mediante exigências emocionais, 29,7% (19) e 10,9% (7) em relação a dor discreta no peito sob tensão, conforme a TAB. 8.

Fabichak, Silva-Junior e Morrone (2014), em estudos também com residentes médicos, destacaram as queixas. As mais frequentes foram: cansaço mental, pouco tempo para si mesmo, fadiga, dores osteomusculares e irritabilidade.

Em estudo qualitativo com médicos residentes, houve relato de manifestações psíquicas e físicas do estresse ocupacional. Os sintomas psíquicos relatados foram: ansiedade, angústia e irritabilidade. Dentre as manifestações físicas decorrentes do estresse apontaram-se: a queda de cabelo, perda de peso, problemas alérgicos, dores de cabeça constante, infecção urinária de repetição e problemas gastrointestinais (náuseas, vômitos, gastrite, úlceras e diarreia) (SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

5.3.2 Fontes de tensão

A tensão é um estado de alerta em que o organismo do indivíduo é forçado a adaptar-se para reagir ao agente externo e as fontes de tensão não controladas irão desencadear alterações significativas no organismo humano. Podem ser ocasionadas por situações ocupacionais adversas do cotidiano, por exemplo, responsabilidades excessivas e relações conflitantes, agressivas e exageradas entre as pessoas com quem o indivíduo relaciona-se no seu dia a dia. Somam-se a isso carga excessiva de trabalho e atividade de alta complexidade que o indivíduo não está preparado para realizá-las (COUTO, 2014).

Couto (2014) afirma que as fontes de tensão, principalmente no ambiente de trabalho, apresentam-se de forma contínua, em que os indivíduos precisam desenvolver mecanismos de defesa eficazes, buscando preservar a integridade física e psíquica do seu organismo.

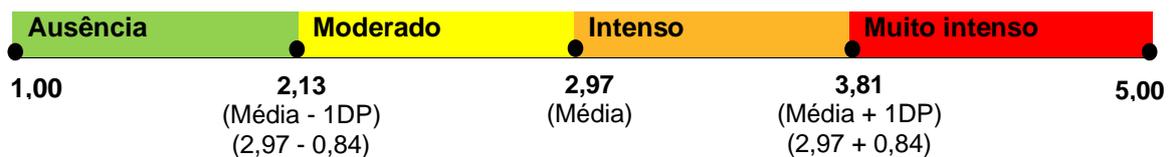
Dentre as principais fontes de tensão no indivíduo citam-se: levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo; não conseguir desligar-se das atividades do trabalho; e ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre (SERVADIO, 2019; SERVADIO; ZILLE, 2019).

5.3.2.1 Fontes de tensão no trabalho

Couto (2014) afirma que o excesso de responsabilidade no trabalho é capaz de gerar um estado de tensão muito elevado, possibilitando alterações significativas no organismo do indivíduo. Em seu estudo desenvolvido com médicos residentes, Servadio (2019) destaca que, muitas vezes, eles assumem responsabilidade além da sua capacidade, bem como tomam decisões referentes aos atendimentos dos pacientes sem ainda possuírem a devida experiência. Isso pode contribuir para elevar a tensão no trabalho.

Para *fontes de tensão no trabalho*, os níveis de tensão foram definidos a partir da relação entre sua média (2,97) e seu desvio padrão (0,84) (FIG. 4):

Figura 4 - Critério utilizado para categorização das *fontes de tensão no trabalho*



Nota: A escala utilizada no questionário foi a tipo *likert* de 5 pontos.

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Os níveis para a análise das *fontes de tensão no trabalho* ficaram assim definidos:

- *Ausência de tensão*: médias < 2,13
- *Tensão Moderada*: médias \geq 2,13 e < 2,97
- *Tensão intensa*: médias \geq 2,97 e < 3,81
- *Tensão muito intensa*: médias \geq 3,81

A análise das fontes de tensão no trabalho podem mais bem observadas na TAB. 9, na qual também constam: médias, desvio-padrão, coeficiente de variação e mínimo e máximo da escala utilizada. Os pesquisados foram classificados de acordo com a categorização apresentada na FIG. 4.

A Tabela 9 - Análise das fontes de tensão no trabalho por nível de tensão

Nível de tensão	Frequência			Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	Mínimo	Máximo
	N	%	% acumulado de tensão					
Ausência	13	18,3	--	1,70	0,16	9,41	1,41	2,00
Moderada	18	25,4	25,4	2,53	0,22	8,70	2,14	2,84
Intensa	28	39,4	64,8	3,30	0,25	7,58	2,99	3,72
Muito intensa	12	16,9	81,7	4,21	0,30	7,13	3,84	4,71
Análise global	71	100,0	81,7	2,97	0,84	28,28	1,41	4,71

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Os níveis de tensão relacionados às “fontes de tensão no trabalho” foram classificados na categoria de tensão muito intensa para 16,9% (12) dos respondentes, tensão intensa 39,4% (28), e tensão moderada das FTT para 25,4% (18) e ausência de tensão para 18,3% (13).

A TAB. 10 apresenta as frequências dos indicadores de fontes de tensão no trabalho *versus* manifestações de estresse. Com base nos indicadores executar um trabalho complexo, gerando desgaste e cansaço; excesso de atividades administrativas; número excessivo de horas de trabalho; realização de conduta complexa sem ainda ter adquirido experiência para tal; e excessiva carga de trabalho, ultrapassando os limites pessoais, foram obtidas as frequências por meio dos apontamentos dos pesquisados.

Tabela 10 - Frequência dos indicadores de fontes de tensão no trabalho *versus* manifestação de estresse

Indicadores de fontes de tensão no trabalho	Ausência de estresse		Algum nível de estresse	
	N	%	N	%
Executar um trabalho complexo, gerando desgaste e cansaço	2	28,6	34	53,1
Excesso de atividades administrativas	2	28,6	31	48,4
Número excessivo de horas de trabalho	2	28,6	28	43,8
Realização de conduta complexa sem ainda ter adquirido experiência para tal	2	28,6	24	37,5
Excessiva carga de trabalho, ultrapassando os limites pessoais	2	28,6	23	35,9

Nota: 7 indivíduos foram classificados em ausência de estresse e 64, em algum nível de estresse.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Para cada um dos indicadores quando avaliados os pesquisados que apresentaram ausência de estresse, houve uma distribuição igual de 28,6% (2), dados demonstrados na TAB. 10. Levando-se em consideração os pesquisados categorizados com alguma manifestação de estresse ocupacional, 53,1% (34) apontaram que executam um trabalho complexo, gerando desgaste e cansaço, como FTT; em relação ao indicador excesso de atividades administrativas, 48,4% (31); e 43,8% (28) afirmaram ser FTT o número excessivo de horas de trabalho; e 37,5% (24) declararam a realização de conduta complexa sem ainda ter adquirido experiência para tal; e 35,9% (23) responderam ser FTT a excessiva carga de trabalho, ultrapassando os limites pessoais (TAB. 10).

A sobrecarga de trabalho é ressaltada pelos residentes como uma das fontes de maior tensão, uma vez que a maioria das atividades do serviço de urgência e emergência é desenvolvida pelos residentes médicos. Ocorre, com isso, acúmulo de atividades e de carga horária e falta de estrutura, uma vez que a média semanal da carga horária extra pode exceder 16,2 horas (DP \pm 5,5 horas) em estudo realizado na cidade de São Paulo com perfil de pesquisados semelhante ao deste estudo (FABICHAK; SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014).

As demais fontes de tensão no trabalho, na percepção dos pesquisados, estão descritas na TAB. 11, bem como a distribuição por frequência de respostas.

Tabela 11 - Outras fontes de tensão no trabalho na percepção dos pesquisados

Outras fontes de tensão no trabalho	Total	
	N	%
Falta de organização e planejamento do trabalho	30	12,7
Falta de valorização dos residentes	28	11,8
Excesso de trabalho e prazos curtos	25	10,5
Falta de recursos financeiros institucionais	23	9,7
Falta de equipamentos e materiais necessários ao trabalho	18	7,6
Falta de pessoal	17	7,2
Comunicação ineficiente (os objetivos não são claros)	13	5,5
Falta de espírito de equipe	13	5,5
Preceptores despreparados para a função	11	4,6
Relacionamentos interpessoais de má qualidade (falta de respeito, incompreensão)	11	4,6
Falta de diálogo na equipe	10	4,2
Questões políticas e de poder interferindo no trabalho	9	3,8
Falta de autonomia e participação nas decisões	8	3,4
Excesso de barulho	7	3,0
Excesso de calor	6	2,5
Falta de qualificação profissional dos residentes	4	1,7
Favorecimento de algumas pessoas em detrimento de outras	4	1,7

Nota: O número de respostas é superior ao número de pesquisados por ter sido possível a eles darem mais de uma resposta.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Considerando as respostas fornecidas pelos pesquisados, podem-se observar outras fontes de tensão no trabalho, conforme apresentado na TAB. 11. A mais frequentemente apontada foi a falta de organização e planejamento do trabalho, por 12,7% (30) dos pesquisados, seguida de falta de valorização dos residentes, citada por 11,8% (28), e excesso de trabalho e prazos curtos, com 10,5% (25) dos respondentes. As outras fontes de tensão no trabalho e sua distribuição por frequência podem ser visualizadas na TAB. 11.

Para reduzir as fontes de tensão, são necessárias intervenções por parte da instituição no ambiente de trabalho, cintando-se: eliminar ou minimizar as falhas de comunicação e melhorar os relacionamentos interpessoais. Foram ainda citadas como fontes de tensão do indivíduo: estilo de vida corrido, dia tomado por compromissos subsequentes e pouco tempo livre e sem tempo para o descanso e lazer. Portando, faz-se necessário desacelerar o ritmo de vida, reservando tempo para o lazer e o descanso (GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

Os itens mais importantes para reduzir os níveis de tensão no trabalho na percepção dos pesquisados foram apresentados na TAB. 12, na qual se podem observar as frequências de cada item.

Tabela 12 - Itens mais importantes para redução dos níveis de tensão no trabalho na percepção dos pesquisados

Itens mais importantes para redução dos níveis de tensão na percepção dos pesquisados	Frequência	
	N	%
Melhor organização e planejamento do trabalho	40	15,7
Valorização dos residentes	28	11,0
Melhoria nos relacionamentos interpessoais (mais respeito, compreensão)	27	10,6
Melhorar a comunicação e deixar os objetivos claros para todos	26	10,2
Melhor distribuição do trabalho entre as pessoas e os setores	25	9,8
Aumentar o quantitativo de pessoal	23	9,1
Promover o diálogo entre as pessoas para solução dos problemas	21	8,3
Disponibilizar equipamentos e materiais necessários ao trabalho	19	7,5
Promover o espírito de equipe	17	6,7
Maior transparência nas decisões	13	5,1
Tratamento igualitário para todos	9	3,5
Preceptores mais bem preparados para a função	6	2,4

Nota: O número de respostas é superior ao número de pesquisados por ter sido possível a eles darem mais de uma resposta.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Com base nos dados constantes da TAB. 12, na percepção dos pesquisados, existem fatores que poderiam reduzir as fontes de tensão e, conseqüentemente, o estresse ocupacional. Foram citados com maior frequência: melhor organização e planejamento do trabalho 15,7% (40); valorização dos residentes, 11,0% (28) destes, 10,6% (27) citaram a melhoria nos relacionamentos interpessoais (mais respeito, compreensão) e 10,2% (26) a necessidade de melhorar a comunicação e deixar os objetivos claros para a equipe; 9,8% (25) apontaram melhor distribuição do trabalho entre os residentes médicos e os setores; 9,1% (23) indicaram a necessidade de aumentar o quadro de pessoal; 8,3% (21) apontaram a importância de promover o diálogo entre as pessoas para solução dos problemas; 7,5% (19) apontaram a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários ao trabalho; 6,7% (17) mencionaram a promoção do espírito de equipe; 5,1% (13) sugeriram maior transparência nas decisões; 3,5% (9) apontaram a importância do tratamento igualitário para todos; e, por fim, 2,4% (6) destacaram que os preceptores não estão

despreparados para a função, ou seja, possuem conhecimento técnico científico, mas não foram capacitados para a docência (TAB. 12).

Questões relacionadas à organização e às relações no trabalho são consideradas fatores preditores importantes para o desenvolvimento de manifestações de estresse no caso de médicos residentes (FABICHAK; SILVA-JUNIOR; MORRONE, 2014).

A TAB. 13 contém a síntese das respostas em relação aos itens mais difíceis de serem mudados para reduzir o nível de tensão no trabalho na percepção dos pesquisados, assim demonstrados por meio das frequências.

Tabela 13 - Itens mais difíceis de serem mudados para redução do nível de tensão no trabalho na percepção dos pesquisados

Itens mais difíceis de serem mudados para redução da tensão na percepção dos pesquisados	Frequência	
	N	%
Falta de organização e planejamento do trabalho	33	16,6
Comunicação ineficiente (os objetivos não são claros)	24	12,1
Excesso de trabalho e prazos curtos	23	11,6
Relacionamentos interpessoais de má qualidade (falta de respeito, incompreensão)	22	11,1
Falta de pessoal	20	10,1
Falta de equipamentos e materiais necessários ao trabalho	18	9,0
Falta de valorização dos residentes	16	8,0
Falta de espírito de equipe	12	6,0
Questões políticas e de poder interferindo no trabalho	11	5,5
Falta de diálogo	7	3,5
Preceptores despreparados para a função	5	2,5
Falta de autonomia e participação nas decisões	5	2,5
Favorecimento de alguns membros equipe em detrimento de outros	3	1,5

Nota: O número de respostas é superior ao número de pesquisados por ter sido possível a eles darem mais de uma resposta.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Com base nos dados constantes da TAB. 13, alguns itens foram elencados na percepção dos pesquisados como os mais difíceis de serem mudados para reduzir o nível de tensão no trabalho. Dentre eles, citam-se falta de organização e planejamento do trabalho, 16,6% (33); comunicação ineficiente (os objetivos não são claros), 12,1% (24); excesso de trabalho e prazos curtos, 11,6% (23); relacionamentos interpessoais de má qualidade (falta de respeito, incompreensão), 10,1% (22); falta de pessoal,

9,0% (18); falta de equipamentos e materiais necessários ao trabalho, 8,0% (16); falta de valorização dos residentes, 6,0% (12); falta de espírito de equipe, 5,5% (11). Questões políticas e de poder interferindo no trabalho foram citadas por 5,5% (11), enquanto falta de diálogo foi apontado por 3,5% (7); os preceptores despreparados para a função (não são capacitados para a docência) 2,5% (5); falta de autonomia e participação nas decisões 2,5% (5). Por fim, favorecimento de alguns membros da equipe em detrimento de outros, 2,4% (6) (TAB. 13).

Em uma revisão sistemática de estudos sobre a qualidade de vida dos residentes médicos no Brasil, Nogueira-Maritns (2010) afirmam que os programas de residência ainda são a melhor metodologia para capacitar o profissional com excelência para o mercado. Elencam algumas intervenções que podem contribuir para melhoria da qualidade de vida dos residentes médicos e atenuar alguns dos elementos estressores inerentes ao período da residência, por exemplo: supervisão contínua, programação e cumprimento das folgas e férias, adequação do número de residentes à carga assistencial e assistência psicológica.

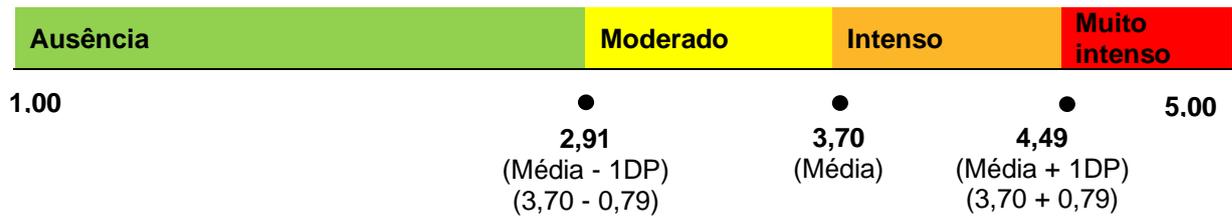
Estudo realizado com residentes médicos de um hospital público da cidade de Belo Horizonte/MG identificou as seguintes fontes de tensão: sobrecarga de trabalho, relações conflituosas no ambiente de trabalho, alto grau de responsabilidade, cobranças excessivas por resultados e baixa remuneração (SERVADIO, 2019).

5.3.2.2 Fontes de tensão do indivíduo

As fontes de tensão do indivíduo emergem de responsabilidade acima dos limites, estilo e qualidade de vida e desmotivação, suporta no modelo aderente desta pesquisa, o MTEG (ZILLE, 2005).

Para o construto *fontes de tensão do indivíduo*, os níveis de tensão foram definidos conforme apresentado na FIG. 5:

Figura 5 - Critério utilizado para categorização de fontes de tensão do indivíduo



Nota: A escala utilizada no questionário foi a tipo *likert* de 5 pontos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Os níveis de tensão das fontes de tensão do indivíduo ficaram assim definidos:

- *Ausência*: médias < 2,91
- *Moderado*: médias \geq 2,91 e < 3,70
- *Intenso*: médias \geq 3,70 e < 4,49
- *Muito intenso*: médias \geq 4,49

A análise das fontes de tensão do indivíduo por níveis de tensão pode ser observadas na TAB. 14, na qual também constam as médias, desvio-padrão, coeficiente de variação e mínimo e máximo da escala utilizada. Os pesquisados foram classificados de acordo com a categorização apresentada na FIG. 5.

A Tabela 14 - Análise das fontes de tensão do indivíduo por nível de tensão

Nível de tensão	Frequência			Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	Mínimo	Máximo
	N	%	% acumulado de tensão					
Ausência	9	12,7	--	2,46	0,43	17,48	1,48	2,78
Moderado	26	36,6	36,6	3,22	0,19	5,90	2,95	3,52
Intenso	21	29,6	66,2	4,06	0,19	4,68	3,76	4,28
Muito intenso	15	21,1	87,3	4,76	0,22	4,62	4,49	5,00
Análise global	71	100,0	87,3	3,70	0,79	21,35	1,48	5,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Com base nos dados da TAB.14, apresenta-se a análise das fontes de tensão do indivíduo por nível de tensão. Verifica-se que 21,1% (15) dos pesquisados foram

caracterizados como muito intenso; 29,6% (21) no nível intenso; 36,6% (26) na categoria moderado; e 12,7% (9) com ausência de tensão.

Ao analisar a frequência dos indicadores de fontes de tensão do indivíduo *versus* manifestação de estresse, dois indicadores de FTI foram elencados por aqueles que apresentaram ausência de estresse e pelos pesquisados que foram categorizados em algum nível de estresse ocupacional, sendo esses indicadores: “Não conseguir desligar-se do trabalho, mesmo fora dele” e “Ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não tem domínio pleno”. No entanto, a ocorrência dos níveis de tensão apontados pelos residentes médicos com “algum nível de estresse” no dois indicadores mostrou-se mais elevadas se comparadas à do grupo de residentes com “ausência de estresse”.

Tabela 15 - Frequência dos indicadores de fontes de tensão do indivíduo *versus* manifestação de estresse

Indicadores de fontes de tensão do indivíduo	Ausência de estresse		Algum nível de estresse	
	N	%	N	%
Não conseguir desligar-se do trabalho, mesmo fora dele	4	57,1	41	64,1
Ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não tem domínio pleno	3	42,9	31	48,4

Nota: Sete indivíduos foram classificados em ausência de estresse e 64, em algum nível de estresse.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Dos entrevistados que apresentaram “ausência de estresse” o primeiro indicador foi apontado por 57,1% (4) e o segundo por 42,9% (3). Já ao considerar categorizados com “algum nível de estresse”, 64,1% (41) apontaram o indicador de FTI não conseguir desligar-se do trabalho, mesmo fora dele, e 48,4% (31) o indicador ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não tem domínio pleno (TAB. 15).

Dentre as fontes de tensão do indivíduo apontadas por Servadio (2019), observa o acúmulo de funções e de tarefas como algo constante, em que o residente é considerado “mão de obra barata”, realizando um grande volume de atendimentos.

Os entrevistados apontaram ter noção de que esses acúmulos, muitas vezes, extrapolam a capacidade de atuação e de conhecimento do residente.

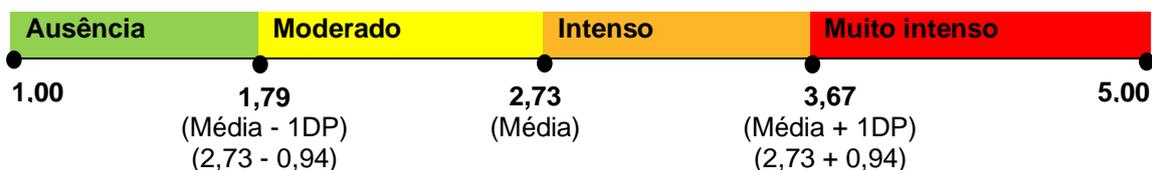
5.3.3 Indicadores de impacto no trabalho

Os indicadores de impacto no trabalho, que decorrem do estresse ocupacional, podem contribuir para o aumento do absenteísmo e da rotatividade de pessoal, o afastamento por doenças desencadeadas pelo estresse, além de conflitos interpessoais e acidentes de trabalho, dentre outras ocorrências. Assim, há queda da produtividade e qualidade das atividades realizadas (ZILLE, 2005; FERREIRA, 2014; BASU *et al.*, 2016; GRACE, 2018).

Alguns comportamentos podem estar relacionados ao estresse e ter impacto direto no trabalho, como: fuga das responsabilidades relacionadas às atividades de trabalho; dificuldade nas tomadas de decisões que antes eram tomadas com naturalidade; dificuldades em lembrar fatos recentes; perda do controle relativo a eventos relacionados à vida do indivíduo; desejo frequente de trocar de emprego; dificuldade de concentração no trabalho; desgaste nos relacionamentos interpessoais; desmotivação; e diminuição na eficácia no trabalho com conseqüente queda na produtividade (ZILLE, 2005).

Para o construto *indicadores de impacto no trabalho*, os níveis para análise foram definidos conforme apresentado na FIG. 6:

Figura 6 – Critério utilizado para categorização dos *indicadores de impacto no trabalho*



Nota: A escala utilizada no questionário foi a tipo *likert* de 5 pontos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Os níveis para análise dos *indicadores de impacto no trabalho* ficaram assim definidos:

- *Ausência*: médias < 1,79
- *Moderado*: médias $\geq 1,79$ e < 2,73
- *Intenso*: médias $\geq 2,73$ e < 3,67
- *Muito intenso*: médias $\geq 3,67$

A análise dos indicadores de impacto no trabalho por níveis de tensão podem ser observadas na TAB. 16, na qual também constam as médias, desvio-padrão, coeficiente de variação e mínimo e máximo da escala utilizada, em que os pesquisados foram classificados de acordo com a categorização apresentada na FIG. 6.

Tabela 16 - Análise dos *indicadores de impacto no trabalho* por nível de atuação

Nível de atuação	Frequência			Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	Mínimo	Máximo
	N	%	% acumulado de atuação					
Ausência	10	14,1	--	1,56	0,22	14,10	1,00	1,72
Moderado	30	42,3	42,3	2,24	0,31	13,84	1,85	2,72
Intenso	17	23,9	66,2	2,98	0,20	6,71	2,74	3,44
Muito intenso	14	19,7	85,9	4,30	0,38	8,84	3,72	4,85
Análise global	71	100,0	85,9	2,73	0,94	34,43	1,00	4,85

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A TAB. 16 apresenta a análise dos *indicadores de impacto no trabalho* por nível de atuação. Após a validação e a categorização, têm-se os seguintes resultados: 14,1% (10) dos residentes se enquadraram na categoria “ausência” de indicadores que impactam o trabalho; 42,3% (30), estão em nível “moderado”; 23,9% (17) como nível “intenso”; e 19,7% (14) na categoria “muito intenso”. Ainda na referida tabela, podem verificar as médias, desvio-padrão, coeficiente de variação e valores de mínimo e máximo, em que o coeficiente de variação por categoria de análise mostra-se relativamente baixo, variando de 6,31% a 14,10%.

Em relação à análise da frequência dos indicadores de impacto no trabalho *versus* manifestação de estresse, os pesquisados que não apresentaram nenhum nível de estresse ocupacional não apresentaram nenhum indicador neste construto. Quando considerados os que apresentam algum nível de estresse, pôde-se verificado que

29,7% (19) apresentaram dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados; 28,1% (18) sentiram desmotivação importante para com o trabalho; 25,5% (16) afirmaram que apresentam fuga das responsabilidades de trabalho antes assumidas de forma natural, 15,6% (12) afirmaram ocorrer diminuição da eficácia no trabalho; 15,6% (10) queda na produtividade; e 14,1% (9) pontuaram ser induzidos ao cometimento de erros na execução dos procedimentos médicos.

Tabela 17 - Frequência dos indicadores de impacto no trabalho *versus* manifestação de estresse

Indicadores de impacto no trabalho	Ausência de estresse		Algum nível de estresse	
	N	%	N	%
Dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados	0	0,0	19	29,7
Desmotivação importante para com o trabalho	0	0,0	18	28,1
Fuga das responsabilidades de trabalho antes assumidas de forma natural	0	0,0	16	25,0
Diminuição da eficácia no trabalho	0	0,0	12	18,8
Queda na produtividade	0	0,0	10	15,6
Cometimento de erros nos procedimentos executados	0	0,0	9	14,1

Nota: Sete indivíduos foram classificados em ausência de estresse e 64, em algum nível de estresse.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Poletto *et al.* (2016) afirmam que a sobrecarga no trabalho pode levar o indivíduo à exaustão física e mental, inclusive à baixa realização profissional. Em muitos casos, pode desencadear as manifestações de estresse e Síndrome de *Burnout*.

Estudo realizado por Servadio (2019) com médicos residentes de um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG revelou que todos os entrevistados afirmaram que a responsabilidade acima dos limites dada aos residentes constitui-se em fator importante para a sobrecarga de trabalho, gerando muita tensão, e que acúmulo de atividades desencadeia o medo em cometer erros, uma vez que não possuem experiência suficiente para muito dos procedimentos realizados.

5.3.4 Mecanismos de regulação

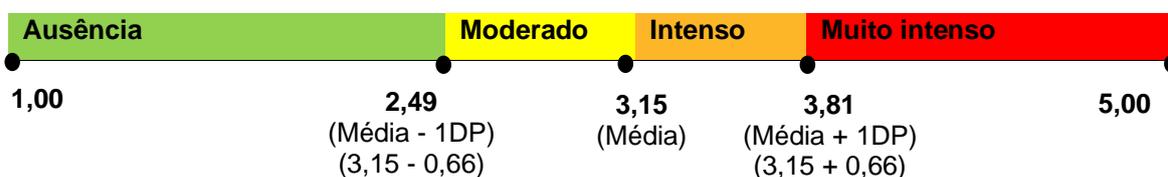
Mecanismos de regulação, ou estratégias, de enfrentamento ao estresse são formas encontradas pelos profissionais para amenizar as situações de tensão vividas no trabalho. Estar exposto às fontes de tensão do trabalho sem mecanismos de regulação geraria aumento do estresse ocupacional e suas manifestações (GOMES; ZILLE; LIMA, 2018).

Servadio (2019), em estudo com residentes médicos, identificou como principais mecanismos de regulação no enfrentamento das fontes de tensão no trabalho: apoio social de amigos e familiares; e técnicas de relaxamento e uso de medicação.

Conforme apresentado na seção 5.2, foram identificados dois fatores distintos para o construto *mecanismos de regulação*: *estratégias de recuperação física e mental*; e *estratégias de cooperação*. A fim de apresentar uma medida que representasse globalmente o citado construto, criou-se a variável *mecanismos de regulação (global)*, calculada a partir da média simples das notas obtidas pelos respondentes nos dois citados fatores².

Para *mecanismos de regulação (global)*, os níveis de atuação foram definidos conforme apresentado na FIG. 7:

Figura 7 - Critério utilizado para categorização de *mecanismos de regulação (global)*



Nota: A escala utilizada no questionário foi a tipo *likert* de 5 pontos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Os níveis de atuação de *mecanismos de regulação (global)* ficaram assim definidos:

² Exemplificação da operacionalização da variável *mecanismos de regulação (global)*: para um respondente que obteve as notas 2,00 e 3,00, respectivamente, em *estratégias de recuperação física e mental* e em *estratégias de cooperação*, sua nota em *mecanismos de regulação (global)* foi obtida a partir da média simples das citadas notas. Ou seja, $(\frac{2+3}{2}) = 2,5$.

- *Ausência*: médias < 2,49
- *Moderado*: médias $\geq 2,49$ e < 3,15
- *Intenso*: médias $\geq 3,15$ e < 3,81
- *Muito intenso*: médias $\geq 3,81$

A análise das fontes de tensão do indivíduo por níveis de tensão pode ser observadas na TAB. 18, em que também constam às médias, desvio padrão, coeficiente de variação e mínimo e máximo da escala utilizada. Os pesquisados foram classificados de acordo com a categorização apresentada na FIG. 7.

Tabela 18 – Análise dos *mecanismos de regulação (global)* por nível de atuação

Nível de atuação	Frequência			Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	Mínimo	Máximo
	N	%	% acumulado de atuação					
Ausência	9	12,7	--	2,08	0,20	9,62	1,83	2,39
Moderado	33	46,5	46,5	2,89	0,18	6,23	2,53	3,12
Intenso	15	21,1	67,6	3,43	0,22	6,41	3,19	3,79
Muito intenso	14	19,7	87,3	4,16	0,13	3,13	3,97	4,51
Análise global	71	100,0	87,3	3,15	0,66	20,95	1,83	4,51

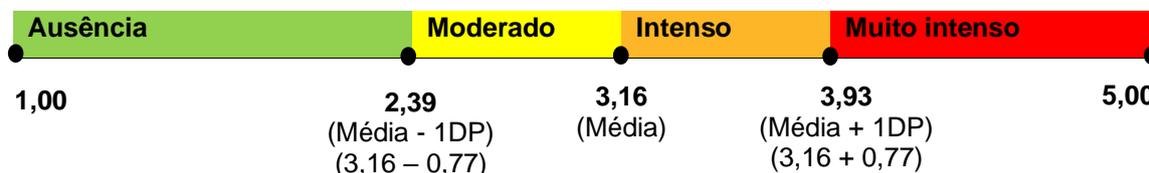
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação à análise dos *mecanismos de regulação (global)* por nível de atuação (TAB. 18), quando categorizada por níveis, encontrou-se que 12,7% (9) apresentaram ausência de mecanismos de regulação para amenizar o estresse ocupacional; 46,5% (33) foram categorizados como prática moderada; 21,1% (15) como intensa; e 19,7% (14) como muito intensa.

Em relação às estratégias de recuperação física e mental, os pesquisados apontaram: frequência de sua experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho; ter canal para reduzir o nível de tensão; possibilidade de descanso regular e gozar férias; praticar atividade física rotineira; ter tempo para relaxar/descansar; e cooperação entre os colegas de trabalho.

Para o fator *estratégias de recuperação física e mental*, os níveis para análise ficaram definidos conforme apresentado na FIG. 8:

Figura 8 – Critério utilizado para categorização de *estratégias de recuperação física e mental*



Nota: A escala utilizada no questionário foi a tipo *likert* de 5 pontos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Os níveis de atuação de *estratégias de recuperação física e mental* ficaram assim definidos:

- *Ausência*: médias < 2,39
- *Moderado*: médias $\geq 2,39$ e < 3,16
- *Intenso*: médias $\geq 3,16$ e < 3,93
- *Muito intenso*: médias $\geq 3,93$

A análise das fontes de tensão do indivíduo por níveis de tensão pode ser observada na TAB. 19, em que também constam às médias, desvio padrão, coeficiente de variação e mínimo e máximo da escala utilizada. Os pesquisados foram classificados de acordo com a categorização apresentada na FIG. 8.

Tabela 19 – Análise das *estratégias de recuperação física e mental* por nível de atuação

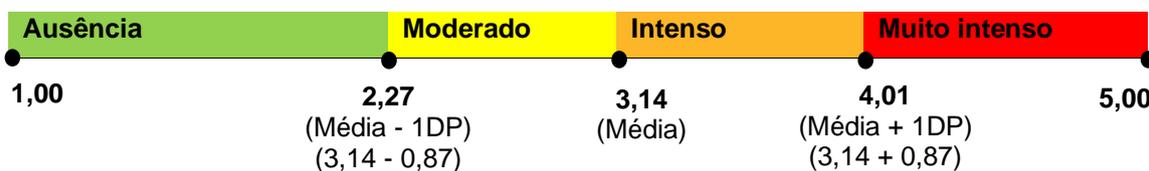
Nível de atuação	Frequência			Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	Mínimo	Máximo
	N	%	% acumulado de atuação					
Ausência	17	23,9	--	2,27	0,19	8,37	1,66	2,36
Moderado	25	35,2	35,2	2,82	0,16	5,67	2,66	3,09
Intenso	14	19,7	54,9	3,60	0,18	5,00	3,36	3,81
Muito intenso	15	21,2	76,1	4,31	0,25	5,80	3,96	5,00
Análise global	71	100,0	76,1	3,16	0,77	24,37	1,66	5,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Analisando a frequência de distribuição das respostas em relação às *estratégias de recuperação física e mental*, 23,9% (17) dos residentes encontram-se como ausentes de estratégias; 35,2% (25) no nível moderado; 19,7% (14) como intenso; e 21,2% (15) muito intenso. Verifica-se que a variação dos dados em relação à média é relativamente baixa e que o coeficiente de variação dos níveis de atuação variou entre 5,00% e 5,80% (TAB. 19).

Para o fator *estratégias de cooperação*, os níveis de atuação ficaram definidos conforme apresentado na FIG. 9:

Figura 9 - Critério utilizado para categorização de *estratégias de cooperação*



Nota: A escala utilizada no questionário foi a tipo *likert* de 5 pontos.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Mendes e Ferreira (2007).

Os níveis de atuação de *estratégias de cooperação* foram assim definidos:

- *Ausência*: médias < 2,27
- *Moderado*: médias $\geq 2,27$ e < 3,14
- *Intenso*: médias $\geq 3,14$ e < 4,01
- *Muito intenso*: médias $\geq 4,01$

A análise das fontes de tensão do indivíduo por níveis de tensão pode ser observada na TAB. 20, na qual também constam as médias, desvio-padrão, coeficiente de variação e mínimo e máximo da escala utilizada. Os pesquisados foram classificados de acordo com a categorização apresentada na FIG. 9.

Tabela 20 – Análise das *estratégias de cooperação* por nível de atuação

Nível de atuação	Frequência			Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)	Mínimo	Máximo
	N	%	% acumulado de atuação					
Ausência	14	19,6	--	1,79	0,26	14,53	1,49	2,03
Moderado	18	25,4	25,4	2,72	0,26	9,56	2,49	3,03
Intenso	19	26,8	52,2	3,72	0,24	6,45	3,49	4,00
Muito intenso	20	28,2	80,4	4,3	0,26	6,05	4,03	4,51
Análise global	71	100,0	80,4	3,14	0,87	27,71	1,49	4,51

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Levando-se em consideração as *estratégias de cooperação* por nível de intensidade, 19,6% (14) consideraram ausentes; 25,4% (18) como moderado; 26,8% (19) no nível intenso; e 28,2% (20) como muito intenso, conforme pode ser observado na TAB. 20, assim como suas respectivas médias, desvio-padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo.

Comparando as estratégias de “*recuperação física e mental*” (TAB. 18) em relação às estratégias de cooperação (TAB. 19), é possível observar que o nível de atuação da segunda (80,4%) em relação ao da primeira (76,1%) é significativamente superior. Com base nesses dados, pode-se afirmar que os indicadores de “cooperação” são mais eficazes na minimização das tensões excessivas no trabalho dos residentes médicos se comparado aos indicadores relativo às estratégias de recuperação física e mental.

Apontando a análise dos indicadores dos *mecanismos de regulação* em relação as manifestações de estresse, obtiveram-se os dados constantes da TAB. 20, em que os indivíduos entre aqueles com “ausência de estresse” e aqueles com “algum nível de estresse”. Dos entrevistados que se acham na categoria “ausência de estresse”, 71,4% (5) afirmaram a possibilidade de gozar suas férias regularmente como principal MR; 57,1% (4) citaram que a experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho; e 42,9% (3) declararam tempo para relaxar/descansar. Os indicadores citados correspondem à possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades e possibilidade de descansar de forma regular nos feriados e em finais de semana.

Ainda em relação à análise dos indicadores de *mecanismos de regulação versus* manifestação de estresse, os indivíduos com algum nível de estresse ocupacional se apresentam: 65,6% (42) afirmaram a possibilidade de gozar suas férias regularmente como principal MR; 53,1% (34) afirmaram ter experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho; 14,1% (9) apontaram o tempo para relaxar/descansar como MR; 25,0% (16) responderam a possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades; e 18,8% (12) elencaram a possibilidade de descansar, de forma regular nos feriados e em finais de semana.

Em síntese, ainda com base nos dados constantes da TAB. 21, verifica-se que os residentes médicos com “ausência de estresse” utilizam com maior intensidade os MR, quando comparados aos residentes que apresentam “algum nível de estresse”. Os MR apresentados permitem levantar a seguinte hipótese: se os residentes que apresentam “algum nível de estresse” não utilizasse dos indicadores de MR, a incidência de tensão excessiva no trabalho e, conseqüentemente, as manifestações de estresses, teriam uma frequência maior e mais intensa.

Tabela 21 - Frequência dos indicadores de *mecanismos de regulação versus* manifestação de estresse

Indicadores de mecanismos de regulação	Ausência de estresse		Algum nível de estresse	
	N	%	N	%
Possibilidade de gozar as suas férias regularmente	5	71,4	42	65,6
Experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho	4	57,1	34	53,1
Tempo para relaxar/descansar	4	57,1	9	14,1
Possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades	3	42,9	16	25,0
Possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana	3	42,9	12	18,8

Nota: Sete indivíduos foram classificados em ausência de estresse e 64, em algum nível de estresse.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Como estratégias de intervenção no ambiente de trabalho, seria positivo estimular a troca de experiências, expectativas e anseios entre os médicos resistentes que estão iniciando a formação aqueles que já estão no programa, visando compreender melhor

o programa de residência, o que poderia levar a um maior equilíbrio no desenvolvimento da residência médica (DASKIVICH *et al.*, 2015).

Quando se analisam as estratégias pessoais utilizadas para reduzir o impacto de situações tensionantes e/ou estressantes no ambiente de trabalho, conforme pôde ser observado na TAB. 22, a principal estratégia apontada pelos residentes médicos foi encontrar família e amigos, respondida por 16,1% (39) dos pesquisados, seguindo-se: prática de atividade física, 11,2% (27) prática do controle emocional (pensar antes de agir, respirar fundo e manter a calma), 10,3% (25); ouvir música, 8,3% (20). Estas estratégias e outras citadas com menor intensidade podem ser verificadas por meio da TAB. 22.

Tabela 22 - Estratégias pessoais utilizadas para reduzir o impacto de situações tensionantes/estressantes no ambiente de trabalho

Estratégias pessoais	Frequência	
	N	%
Encontrar família e amigos	39	16,1
Atividade física (caminhada, corrida, musculação, academia, bicicleta, lutas, etc.)	27	11,2
Praticar o controle emocional (pensar antes de agir, respirar fundo, manter a calma)	25	10,3
Ouvir música	20	8,3
Procurar manter boas relações interpessoais no trabalho	18	7,4
Viajar, passear	16	6,6
Planejar e organizar o trabalho	15	6,2
Prática religiosa e de fé (rezar/orar, ir à missa/culto, etc.)	15	6,2
Manter o bom humor	14	5,8
Realizar pausas no trabalho	13	5,4
Ler, estudar, desenhar ou escrever	11	4,5
Dialogar e conversar sobre as dificuldades com alguém	11	4,5
Realizar terapia	7	2,9
Manter a concentração e o foco	5	2,1
Buscar trabalhar em equipe	4	1,7
Não levar trabalho para casa	2	0,8

Nota: O número de respostas é superior ao número de pesquisados por ter sido possível a eles darem mais de uma resposta.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Servadio (2019), ao pesquisar residentes médicos, apontou as estratégias e as situações utilizadas para amenizar o estresse ocupacional decorrente do trabalho no

serviço de urgência e emergência cirúrgica; apoio social de amigos e familiares; técnicas de relaxamento; e uso de medicação.

5.4 Relação entre estresse ocupacional e variáveis demográficas e funcionais e hábitos de vida e saúde

Nesta seção, analisa-se a associação entre o *estresse ocupacional* e as variáveis demográficas e ocupacionais e hábitos de vida e de saúde dos residentes médicos. Para tal fim, avaliou-se a média do estresse em cada um dos grupos de comparação. Os resultados foram apresentados na TAB. 23.

Levaram-se em consideração as variáveis gênero, idade (por faixa etária), estado civil, tempo de atuação na função na instituição, horas semanais trabalhadas além da residência, consumo de fumo e sua frequência, consumo de bebida alcoólica e sua frequência, ocorrência de problemas de saúde e prática de *hobby*.

Em relação ao gênero, o feminino apresentou maior média em relação ao masculino: 3,38 contra 2,71. A faixa etária de menor idade apresentou a maior média de estresse ocupacional e a de maior idade, de 56 a 65 anos, a menor média de estresse.

Em relação ao estado civil, os casados ou que vivem com o cônjuge apresentaram menor média em relação ao estresse: 2,78 contra 3,20. Ao analisar o tempo em anos de atuação na instituição, quanto menos tempo maior a média do estresse ocupacional em que se encontram os indivíduos pesquisados. Ou seja, até um ano 3,16, de um a dois anos 3,03 e com mais de dois anos 3,01 de média. O inverso foi verificado em relação ao número de horas totais trabalhadas, ou seja, quanto mais horas dedicadas ao trabalho, maior foi a média de estresse ocupacional dos pesquisados: acima de 48 horas 3,09; até 48 horas, 3,04; até 36 horas, 2,93; até 24 horas, 2,48; até 12 horas, 1,82.

Variável		Média de estresse
Gênero	Feminino	3,38
	Masculino	2,71
Idade (em anos)	18 a 35	3,15
	36 a 45	2,67
	46 a 55	2,95
	56 a 65	2,06
Estado civil	Casado/Vive Cônjuge	2,78
	Solteiro	3,20
Tempo de atuação na função na Instituição (em anos)	Menos de 1	3,16
	De 1 a 2	3,03
	Mais de 2	3,01
Horas semanais trabalhadas além da residência	12	1,82
	24	2,48
	36	2,93
	48	3,04
	Acima de 48	3,09
Consumo de fumo	Não	3,06
	Sim	3,38
Se sim, frequência de uso de fumo	O mesmo que de costume	2,99
	Mais que de costume	3,76
Dentre aqueles que consomem bebida alcoólica, unidades de bebida consumida por semana em média (em unidades)	1 a 5	2,98
	6 a 15	3,03
	16 a 35	3,41
Dentre aqueles que consomem bebida alcoólica, frequência em que têm bebido nos últimos 3 meses	O mesmo que de costume	2,89
	Mais que de costume	3,33
Ocorrência de problema de saúde	Não	2,94
	Sim	3,63
Uso regular de medicamento contínuo	Não	2,75
	Sim	3,50
Prática de <i>hobby</i>	Não	3,40
	Sim	2,97

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao consumo de fumo, os que afirmaram ter o hábito de fumar obtiveram maior média em relação ao estresse: 3,38 contra 3,06 dos que não fumam. Ainda em relação aos fumantes, os que declararam ter aumentado o consumo do tabaco também apresentaram médias superiores às dos que mantiveram o hábito: 3,76 e 2,99, respectivamente, em relação às manifestações de estresse ocupacional.

Para o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas, sendo que quanto maior o consumo (medido em unidades) maior a média apresentada em relação ao estresse, pode-se ainda afirmar que os que aumentaram o consumo do álcool nos últimos três meses

também apresentaram médias superiores às dos que mantiveram inalterado a quantidade de ingestão de bebida.

Ao considerar a ocorrência de algum problema de saúde e as médias de estresse, constatou-se que os que afirmaram apresentar algum problema de saúde acumularam média de 3,63 e os que negaram, 2,94. Em relação ao uso regular de medicamentos, os que apontaram usar algum tipo de medicação obtiveram média de estresse de 3,50 e os que não fazem uso de medicação regular, média de 2,75. Finalizando com a análise da prática de algum *hobby*, os que não possuem *hobby* têm média de estresse de 3,4 e os exercem a prática de algum *hobby*, 2,97 (TAB. 23).

Em estudo qualitativo realizado com residentes médicos, dos 9 pesquisados, todos se encontravam na faixa etária de 18 a 35 anos, 3 eram do gênero feminino e 6 do masculino. Destes 8 se declararam solteiros em relação ao estado civil e apenas um se declarou casado. Levando-se em consideração o tempo na função na instituição, 2 estavam há menos que um ano; 4, no período de um a dois anos; e 3 há mais de três anos. Destes, todos afirmaram trabalhar em atividades médicas além da residência, sendo que um dos pesquisados trabalhava mais 12 horas semanais, 4 mais 24 horas semanais e outros, 4 acima de 48 horas semanais (SERVADIO, 2019).

Ainda com base nos dados da TAB. 23, tem-se que o estresse ocupacional, em média, é maior entre:

- As mulheres (média = 3,38) em relação aos homens (média = 2,71).
- Aqueles com idade entre 18 e 35 anos (média = 3,15) em relação aos que possuem 36 a 45 (média = 2,67), 46 a 55 (média = 2,95) e 56 a 65 (média = 2,06).
- Solteiros (média = 3,20) em relação aos casados/vivem com cônjuge (média = 2,78).
- Aqueles que têm menos de 1 ano de atuação na função na Instituição pesquisada (média = 3,16) em relação aos que possuem de 1 a 2 (média = 3,03) e mais de 2 (média = 3,01).

- Aqueles que trabalham acima de 48 horas semanais (média = 3,09) em relação aos que trabalham 12 (média = 1,82), 24 (média = 2,48), 36 (média = 2,93) e 48 (média = 3,04).
- Os que fumam (média = 3,38) em relação aos que não (média = 3,06). Quanto aos indivíduos fumantes, aqueles que fumam mais que de costume (média = 3,76) em relação aos que fumam o mesmo que de costume (média = 2,99).
- Dentre os que consomem bebida alcoólica, aqueles que bebem de 16 a 35 unidades de bebida alcoólica por semana em média (média = 3,41) em relação aos que consomem de 1 a 5 (média = 2,98) e de 6 a 15 (média = 3,03). Ainda em relação a bebida alcoólica, os que têm bebido mais que de costume (média = 3,33) em relação aos que bebem o mesmo que de costume (média = 2,89).
- Aqueles que possuem problema de saúde (média = 3,63) em relação aos que não possuem (média = 2,94). Ainda os que fazem uso regular de medicamento contínuo (média = 3,50) em relação aos que não fazem (média = 2,75).
- Os que não praticam *hobby* (média = 3,40) em relação aos que praticam (média = 2,97).

5.5 Síntese dos resultados

O estresse ocupacional conforme, relatado por Zille (2005), é categorizado em níveis, a saber: ausência de estresse, moderado, intenso e muito intenso. Nesta pesquisa, ao se categorizar os respondentes por nível, levando-se em consideração as escalas validadas para a categoria profissional de médicos residentes, obteveram-se respectivamente, os seguintes resultados: 9,9% de ausência de estresse, 22,5% de estresse moderado, 15% de estresse intenso e 52,1% de estresse muito intenso. O que chama atenção nestes resultados é que 67,1% dos residentes médicos apresentaram nível muito elevado de estresse ocupacional.

Considerando os sintomas relacionados às manifestações de estresse, os de ordem psíquica tiveram predominância, uma vez que o sintoma angústia foi recorrente para

68,8% dos pesquisados, seguido de nervosismo para 56,3%, ansiedade para 53,1% e períodos de depressão para 43,8%. Ainda, foram observados irritabilidade, alterações do humor e ímpetos de raiva, com menor incidência.

Ao analisar as FTT, o indicador com maior frequência foi “executar um trabalho complexo gerando desgaste”, mencionado por 53,1% dos pesquisados, seguido de “excesso de atividades administrativas” apontado por 48,4%, e “excesso de carga horária de trabalho”, apontado por 43,8%. Ainda, “executar condutas de alta complexidade” sem a experiência requerida foi citado por 37,5% dos residentes.

Considerando as FTI, a maior frequência apontada foi o indicador “não desligar-se do trabalho mesmo fora dele” com 64,1% das respostas e “atividades acima da capacidade técnicas ou aprendizado referente” por 48,4%.

Em relação aos IIT, “a dificuldade de lembrar fatos recentes que anteriormente eram lembrados com naturalidade” foi o principal indicador apontado por 29,7% dos participantes, seguido da “desmotivação com o trabalho”, por 25% das respostas.

Em relação aos mecanismos de regulação, os mais citados foram: “gozar férias regularmente” (65,6%), “experiência pessoal na solução de dificuldade no trabalho” (53,1%) e “tempo para relaxar e descansar” (14,1%).

Analisando a associação dos dados demográficos e funcionais, e dos hábitos de vida e saúde com o estresse ocupacional, tem-se que dentre os pesquisados as mulheres apresentaram maior nível de estresse ocupacional, bem como os de menor faixa etária, os com menos tempo integrados ao programa de residência médica e os casados e/ou vivem com cônjuge.

Quanto àqueles que exercem atividade laborativa além da residência, observou-se fator crescente. Ou seja, quanto mais horas trabalhadas maior a média de estresse. Em relação aos hábitos de vida, aqueles que fumam e bebem, quanto mais o fazem também apresentam, em média, maior nível de estresse. Os que apresentam alguma problema de saúde e, ainda, aqueles que usam regularmente algum tipo de medicação também apresentaram maiores médias de estresse ocupacional. Ter um

hobby apresenta-se como um fator que diminui as médias do estresse ocupacional no grupo pesquisado.

No sexto capítulo, formulam-se as conclusões do estudo.

6 CONCLUSÕES

Este estudo atingiu o objetivo geral de descrever as manifestações de estresse ocupacional em residentes médicos que atuam em um hospital público localizado na cidade de Belo Horizonte/MG.

Para a análise das manifestações de estresse e de suas decorrências, utilizou-se o Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional (MTGE), desenvolvido e validado por Zille (2005). O questionário utilizado para a coleta de dados foi adaptado e validado para a categoria profissional médicos residentes.

Em termos metodológicos, o estudo foi do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, por meio de um estudo de caso.

Para o desenvolvimento do estudo e o alcance dos objetivos geral e específicos, aplicou-se um questionário (APÊNDICE B), em que foram pesquisadas toda a população, consistindo de 71 médicos residentes do hospital *lócus* da pesquisa.

O primeiro objetivo específico deste estudo buscou identificar as ocorrências de estresse ocupacional e analisar a intensidade das manifestações. Por meio dos dados obtidos, entende-se que as manifestações do estresse ocupacional estão presentes nesta categoria profissional, os residentes médicos, uma vez que a quase totalidade dos pesquisados se enquadraram em algum nível de estresse ocupacional, tornando este dado ainda mais significativo quando pouco mais da metade foi categorizadas no nível “muito intenso” em relação às manifestações.

Em relação ao segundo objetivo específico, que visou identificar e analisar as principais fontes de tensão no trabalho as quais os residentes estão expostos, verificou-se que as principais FTTs identificadas foram: executar um trabalho complexo, gerando desgaste e cansaço; excesso de atividades administrativas; número excessivo de horas de trabalho; realização de conduta complexa sem ainda ter adquirido experiência para tais procedimentos; e excessiva carga de trabalho, muitas vezes, ultrapassando os limites pessoais.

As FTTs com base nos dados obtidos, apresentaram um elevado percentual acumulado, considerando moderado, intenso e muito intenso. Ainda em relação às fontes de tensão, aquelas relacionadas às características pessoais dos pesquisados (FTIs) também foram identificadas como importantes fontes indutoras do estresse ocupacional manifestado pelos residentes médicos, considerando os níveis qualitativos moderado, intenso e muito intenso.

O terceiro objetivo específico buscou identificar os sintomas de estresse manifestados pelos pesquisados. Os principais identificados foram: angústia, nervosismo, ansiedade, períodos de depressão, irritabilidade, dor nos músculos do pescoço e ombros, perda e/ou oscilação do senso de humor, ímpetos de raiva e indisposição gástrica ou dor no estômago, que se acentuam diante de exigências emocionais e dor discreta no peito sob tensão. Na identificação dos sintomas de estresse, foi possível observar a prevalência em termo de intensidade dos sintomas psíquicos em relação aos físicos.

Em relação ao quarto objetivo específico, referente aos indicadores de impacto no trabalho, os resultados apontaram que estão presentes para a maioria dos pesquisados, considerando os níveis moderado, intenso e muito intenso. Os três indicadores que mais impactaram os residentes médicos foram: dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que antes eram facilmente lembrados, desmotivação importante para com o trabalho e fuga das responsabilidades do trabalho antes assumidas de forma natural.

Tratando-se do quinto objetivo específico, que buscou identificar os principais mecanismos de regulação utilizados pelos residentes médicos no enfrentamento das situações estressantes no contexto do trabalho, os principais indicadores encontradas foram: possibilidade de gozar as férias de forma regular; utilizar da experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho; possuir tempo para relaxar/descansar; possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades; e possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana. Tais MR considerando os níveis de análise (moderado, intenso e muito intenso), estão sendo utilizados maioria dos pesquisados.

O sexto objetivo específico associou os níveis de estresse com as variáveis sociodemográficas e funcionais e os hábitos de vida e de saúde dos residentes, obtendo-se os seguintes resultados: a) *gênero*: as mulheres em relação aos homens se mostraram mais estressadas; b) *faixa etária*: os mais novos (18 a 35 anos) revelaram maior incidência de estresse; c) *estado civil*: os solteiros se mostraram mais estressados; d) *tempo como residente*: os que têm menos de um ano na função são os que apresentaram índices mais elevados de estresse; e) *carga horária de trabalho*: o estresse aumenta à medida que a carga horária semanal aumenta; f) os que fumam e consomem bebida alcoólica são os mais estressados quando se comparados aos residentes que não possuem este hábito; g) *prática de hobby*: os residentes que praticam algum tipo de *hobby* apresentam menores níveis de estresse quando comparados aos que não o praticam; e h) *problemas de saúde/uso de medicamentos contínuos*: identificou-se que a maior incidência de estresse foi entre os pesquisados que apontaram algum problema de saúde e usam medicação contínua.

Este estudo vem contribuir em três planos: acadêmico, institucional e social.

No plano acadêmico, esta pesquisa contribuiu para compreender como se dão as manifestações de estresse ocupacional em residentes médicos, abrindo a oportunidade para ampliar as investigações em uma área que vem se mostrando crítica em relação à saúde mental dos profissionais médicos atualmente. Neste plano, as contribuições se dão em relação à adoção de um modelo teórico de análise adaptado para a categoria de residentes médicos, que permitiu identificar as manifestações de estresse em nível de intensidade; identificar as fontes indutoras do estresse ocupacional, quer da origem do trabalho em si, quer do ponto de vista das características pessoais dos investigados; identificar os sintomas psíquicos e físicos relacionados às manifestações de estresse; identificar os possíveis impactos no trabalho; e investigar os mecanismos de defesa ou estratégias de *coping* que os médicos residentes utilizam para minimizar ou eliminar as fontes de tensão excessivas no trabalho e, conseqüentemente, as manifestações de estresse. Ainda neste plano, o estudo também permitiu a validação de um instrumento de pesquisa aderente ao modelo teórico de análise para a categoria de residentes médicos.

Em relação ao plano institucional, entende-se que este estudo poderá contribuir de forma extremamente profícua, haja vista que os resultados obtidos podem, de certa forma, ser comprometedores.

Da população de residentes médicos pesquisados, 90,1% apresentaram manifestações de estresse. O mais grave é que deste percentual, 67,6% encontram-se nas fases de estresse intenso e muito intenso. Nestas fases, os residentes estão convivendo com importantes sintomas psíquicos e físicos, com predominância dos primeiros. Esta situação é considerada grave. Além dos problemas relacionados ao trabalho, que visam, em última análise, “salvar vidas”, foi identificado que 21% dos pesquisados já apresentam problemas de saúde, que, de acordo com a literatura, podem estar relacionados com as manifestações de estresses. Entre eles, destacam-se transtorno de ansiedade, hipertensão arterial, depressão e gastrite. Como contribuição e tendo em vista as situações identificadas, sugerem-se as seguintes ações: a) ênfase no planejamento e organização do trabalho, com o envolvimento dos residentes, deixando mais claros os objetivos relacionados ao trabalho; b) maior valorização dos residentes médicos; c) esforço no sentido de melhorar os relacionamentos, buscando maior integração no âmbito das equipes; d) ajustar o quadro de pessoal e buscar uma distribuição mais equânime do trabalho a ser realizado; e) buscar maior transparência em relação às decisões, com envolvimento das equipes; e f) maior participação e envolvimento dos preceptores em relação às equipes de trabalho.

Em relação ao contexto social, o estudo mostra-se relevante, uma vez que o objetivo final de um hospital público é prestar um atendimento de qualidade à sociedade. Acredita-se que, a partir do conhecimento das fontes de tensão no trabalho, possam ser criadas estratégias em que os residentes médicos possam desenvolver um autocuidado, prevenindo o adoecimento e, conseqüentemente, ter melhor qualidade de vida. Assim, é possível prestar assistência de maior qualidade aos usuários do serviço, com maior nível de motivação e comprometimento com trabalho.

As limitações deste estudo estão relacionadas à parcialidade em termos das manifestações do estresse ocupacional, dirigindo somente a um segmento de profissionais da área da saúde os residentes médicos no hospital pesquisado. Como

sugestão para dar sequência a este estudo, a pesquisa poderia abordar todos os profissionais do hospital envolvidos diretamente com a assistência à saúde, ou seja, equipe de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, assistência social e médicos não residentes.

REFERÊNCIAS

- AAZAMI, S. *et al.* Examining Behavioral Coping Strategies as Mediators between Work-Family Conflict and Psychological Distress. **The Scientific World Journal**. Volume 2015. 7 p. Jan. 2015.
- ABDELAZIZ, A. M.Y. *et al.* The association between physical symptoms and depression among medical students in Bahrain. **International Journal of Medical Education**. v. 8. n. 1 p. 423-427. Dez. 2017.
- ABDULGHANI, H. M. *et al.* Prevalence of stress in junior doctors during their internship training: a cross-sectional study of three Saudi medical colleges' hospitals. **Neuropsychiatry Dis Treat**. n. 10, p. 1879–1886. 2014.
- ANDOLHE, R. **Stress e coping da equipe de enfermagem no cuidado à mulher com câncer de mama**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Maria: Santa Maria, 2009.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: **Rede Sentinela**. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/rede-sentinela>>. Acesso em: 08 de abril de 2019.
- AZEVEDO, B. D. S., NERY, A. A., CARDOSO., J. P. Occupational stress and dissatisfy action with quality of work life in nursing. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 26(1), 2017.
- BASSOLS, A. M. S. *et al.* Stress and coping in a sample of medical students in Brazil. **Archives of Clinical Psychiatry** . v. 42, n. 1, p. 1-5. São Paulo. Fev. 2015.
- BASU, S. *et al.* Examining the sources of occupational stress in an emergency department. **Occupational Medicine**. v. 66, p. 737–742. Dez. 2016.
- BEZERRA, F. N. *et al.* Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 25, n. 2, pp. 151-156. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, Brasil. 2012.
- BEZERRA, C. de M. *et al.* Psychological distress and work stress in correctional officers: a literature review. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2135-2146, jul. 2016.
- BOLLER, E. Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 336-345, 2003.
- BRASIL. **Data SUS: CID – 10**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f30_f39.htm>. Acesso em: 15 de abril de 2019.

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

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

COUTO, H. A. **Ergonomia do corpo e do cérebro no trabalho: os princípios e a aplicação prática**. Belo Horizonte: Ergo, 2014. 241 p.

DASKIVICH, T. J. *et al.* Promotion of Wellness and Mental Health Awareness Among Physicians in Training: Perspective of a National, Multispecialty Panel of Residents and Fellows. **Journal of Graduate Medical Education**. p. 143-147. Mar. 2015.

DIAS, E. C. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a associação nacional de medicina do trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 2, p.17-25, 2015.

FABICHAK, C.; SILVA-JUNIOR, J. S.; MORRONE, L, C. Síndrome de *burnout* em médicos residentes e preditores da organização do trabalho. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 79-84, jan. 2014.

FARAH, B.Q. *et al.* Percepção de estresse: associação com a prática de atividades físicas no lazer e comportamentos sedentários em trabalhadores da indústria. **Revista Brasileira Educação Física e Esporte**. p. 225-234, abr./jun. 2013.

FERREIRA, F. R. Residência médica: visão de um ex-residente. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, [S.I.], v. 32, n. 1, p. 62-69, 2014.

FERREIRA, C. A. A. *et al.* O contexto do estresse ocupacional dos trabalhadores da saúde: estudo bibliométrico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 2, jul./dez. 2017.

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerias. **Missão, Valores e Histórico**. Disponível em: < <http://fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/missao-valores-e-historico>>. Acesso em 07 de novembro de 2017.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRASQUILHO, M. A. Medicina, médicos e pessoas: compreender o estresse para prevenir o *burnout*. **Acta Médica Portuguesa**, [S.I.], v. 18, n. 1, p. 433-444, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 201.

GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**. v. 3, n. 2, p. 81-89, mai./ago. 2005.

GOLD, P. W. *et al.* Clinical and Biochemical Manifestations of Depression: Relation to the Neurobiology of Stress. **Journal Neural Plasticity**. v. 2015. 11p. 2015.

GOMES, M. S.; ZILLE, L. P.; LIMA, P. F. A. Estresse Ocupacional: estudo em um hospital filantrópico no estado de Minas Gerais. **Revista Gestão e Tecnologia**, v. 18, p. 128-150, 2018.

GRACE, M. K. Depressive symptoms, *burnout*, and declining medical care reinter rest among under graduate premedical students. **International Journal of Medical Education**, v. 9, n. 1, p.302-308, 2018.

HAIR JR., J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**, 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HOCHBERG, M.S. *et al.* The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. **Am J Surg**, [S.I.], v. 205, n. 2, p.141-146, 2014.

IBGE. **Instituto Brasileira de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/4204>>. Acesso em: 10 de abril de 2019.

IBICT. Instituto Brasileiro de Informação em Ciências e Tecnologia. Disponível em: <[IBRAHIM, A. K. *et al.* A systematic review of studies of depression prevalence in university students. **Journal of Psychiatric Research**. v. 47. p. 391-400. Mar. 2013.](http://bdtd.ibict.br/vufind/Search/Results?join=AND&lookfor0%5B%5D=estresse+ocupacional&type0%5B%5D=AllFields&lookfor0%5B%5D=medico+residente&type0%5B%5D=AllFields&lookfor0%5B%5D=&type0%5B%5D=AllFields&bool0%5B%5D=AND&illustration=-1&daterange%5B%5D=publishDate&publishDatefrom=&publishDateto=>. Acesso em: 06 de abril de 2019.</p></div><div data-bbox=)

JAMES, B. O. *et al.* Psychosocial correlates of perceived stress among undergraduate medical students in Nigeria. **International Journal of Medical Education**, [S.I.], v. 8, n. 1, p.382-388, 2017.

JOSEPH, J. W. *et al.* Experience with in the emergency department and improved productivity for first-year residents in emergency medicine and other specialties. **Western Journal of Emergency Medicine**. v. 19, n. 1, p. 128-133, jan. 2018.

JOHNSON, R; KUBY, P. **Estat**. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

KUHN, C. M.; FLANAGAN, E. M. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. **Canadian Journal of Anesthesia**. v. 64. P. 158–168. Fev. 2017.

LARANJEIRA, R. *et al.* **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012**. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. São Paulo, 2014.

LEVI, L. Sociedade, Stress e Doença – Investimentos para a saúde e desenvolvimento: causas, mecanismos, consequências, prevenção e promoção. III CONGRESSO DE STRESS DA ISMA-BR e V FÓRUM INTERNACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. Porto Alegre: **Anais ...** 2003.

LEVI, L. Sociedade, stress e doença - Investimentos para a saúde e desenvolvimento: causas, mecanismos, consequências, prevenção e promoção. V CONGRESSO DE STRESS DA ISMA-BR e VII FÓRUM INTERNACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. Porto Alegre: **Anais...** 2005.

LEVI, L. O guia da comissão europeia sobre stress relacionado ao trabalho e iniciativas relacionadas: das palavras à ação. In: ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. (Orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2008. 210 p.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: uma abordagem psicossomática. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 189 p.

LIPP, M. E. N. **Stress e o turbilhão da raiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

LOBÃO, W. M., MENEZES, I. G. Construção e validação de conteúdo da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Jul-ago. 9 p. 2012.

LOBÃO, W. M., MENEZES, I. G. Análise psicométrica da Escala de Predisposição à Ocorrência de Eventos Adversos no cuidado de enfermagem em UTI. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Jan-fev. 8 p. 2013.

MAFFIA, L. N. **Estresse ocupacional em gestores**: estudo nas secretarias de estado de Minas Gerais. 2013, 160 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MAROCO, J e GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 65-90, 2006.

MATA, D. A. *et al.* Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians a systematic review and meta-analysis. **Journal of the American College of Emergency Physicians**, [S.l.], v. 314, n. 22, p. 2373-2383, dec. 2015.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento - ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.111-126.

MESQUITA, J. M. C. **Estatística multivariada aplicada a Administração**. Curitiba: Editora CRV, 2010.

MONTEIRO, *et al.* Relato de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcólicas. **Escola Anna Nery**. p. 567-72. Jul./set. 2011.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. *et al.* Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Quality of Life for Medical Residents: a Review of Brazilian Studies. **Cadernos ABEM**, São Paulo, V. 6 , Out, 2010

OCDE. Organization for Economic Co-operation and Development. Disponível em: <<http://www.oecd.org/health/mental-health-and-work.htm>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2019.

OLIVEIRA, A. V. *et al.* Estresse nas organizações e sua influência na produtividade. **Revista Conexão Eletrônica**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 23-39, 2011.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-1&Itemid=0&limitstart=1&lang=pt>. Acesso em: 20 de abril de 2019.

PESTANA, M. H.; GAGUEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS**. 2. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

PEGO, Z. O.; ZILLE, L. P.; SOARES, M. G. O estresse ocupacional de servidoras técnico-administrativas. **Revista Alcance**, v. 23, n. 2, Universidade do Vale do Itajaí, 2016.

POLETTI, N. A. *et al.* Síndrome de burnout em gestores municipais da saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 209-215, jun. 2016.

PORTAL BRASIL. **Número de fumantes no país diminui nos últimos 25 anos**, 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2017/04/Numero-de-fumantes-no-pais-diminuiu-nos-ultimos-25-anos>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

RIBEIRO, R. P. **Prevalência da síndrome metabólica entre trabalhadores das equipes médica e de enfermagem de um hospital do Paraná e sua associação com estresse ocupacional, ansiedade e depressão**. 2012. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSENTAL, C. FREMONTIER-MURPHY, C. **Introdução aos métodos quantitativos em ciências humanas e sociais**. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

ROTENSTEIN, L. S. B. A., *et al.* Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. **JAMA**. v. 316(21). p. 2214–2236. Dez. 2016.

SANTOS, C. C; ZILLE, L. P. Estresse ocupacional: estudo com técnicos de enfermagem em um hospital público federal de Minas Gerais. In: ENANPAD, 37., 2015, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2015.

SANTOS, S. C. R.; *et al.* Prevalência de burnout em médicos residentes de medicina geral e familiar em Portugal. **Rev Bras Med Fam Com**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1-9, jan./dez. 2017.

SB, H. *et al.* Exercise intervention may prevent depression. **International Journal Sports Medicine**. p. 525-530, Jul. 2012.

Scientific Periodicals Library – SEPELL. Disponível em: <
http://www.spell.org.br/documentos/resultadobusca/?eou%5B%5D=&tipo_busca=avancado&campo%5B%5D=TITULO&texto%5B%5D=estresse+ocupacional&eou%5B%5D=E&campo%5B%5D=PALAVRACHAVE&texto%5B%5D=estresse+ocupacional&eou%5B%5D=E&campo%5B%5D=PALAVRACHAVE&texto%5B%5D=&mes_inicio=1&ano_inicio=2015&mes_fim=12&ano_fim=2019&busca_tipo_documento%5B%5D=6&busca_tipo_documento%5B%5D=10&busca_tipo_documento%5B%5D=3&busca_tipo_documento%5B%5D=5&busca_tipo_documento%5B%5D=9&busca_tipo_documento%5B%5D=2&busca_tipo_documento%5B%5D=1&busca_areas%5B%5D=1&busca_areas%5B%5D=2&busca_areas%5B%5D=7&busca_areas%5B%5D=30&busca_areas%5B%5D=3&busca_idiomas%5B%5D=3&busca_idiomas%5B%5D=4&busca_idiomas%5B%5D=2&busca_idiomas%5B%5D=1>. Acesso em: 06 de abril de 2019.

SCHMIT, J. M. *et al.* Perspectives on death and dying: a study of resident comfort with end-of-lifecare. **BioMed Central and Medical Education**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 2-6, 2016.

SELYE, H. **Stress**: a tensão da vida. São Paulo: IBRASA, 1956. 263 p.

SELYE, H. **Stress without distress**. New York: USA. A Singnet Book. 1974.

SERVADIO, A. D. **ESTRESSE OCUPACIONAL**: estudo com residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica em um hospital público na cidade de Belo Horizonte/MG. 2019, 151f. Dissertação (Mestrado em Administração). Centro Universitário Novos Horizontes, 2019.

SERVADIO, A. D.; ZILLE, L. P. Do estresse ocupacional à ideação suicida: estudo com residentes médicos do serviço de urgência e emergência cirúrgica. Anpad, 2019. **Anais...** São Paulo. 2019.

SPILIOPOULOS, K. *et al.* Estresse crônico e enfrentamento entre os cirurgiões cardíacos: um estudo de centro único. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. v. 29, n. 3, p. 308-315. São José do Rio Preto Set. 2014.

SOUZA, A. S. *et al.* Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Revista Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 421-438, 2017.

ULLSPERGER, M.; DANIELMEIER, C.; JACHAM, G. Neurophysiology of performance monitoring and adaptative behavior. **Physiol Rev.** v. 94. p. 35-79. 2014.

VELHO M. T. A. C. *et al.* Residência médica em um hospital universitário: a visão dos residentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.I.], v. 36, n. 3, p. 351-367, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014. 320 p.

ZANELLI, L. C. **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 230 p.

ZILLE, L. P. **Novas perspectivas para a abordagem do estresse ocupacional em gerentes: estudo em organizações brasileiras de setores diversos**. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 2005. (Tese de Doutorado).

ZILLE, L. P.; BRAGA, C. D; ZILLE, G. P. Como os gestores estão lidando com as tensões excessivas no ambiente de trabalho. **In: VIII Seminário Brasil-Portugal: Internacionalização de Empresas**. Lisboa, 2011.

ZILLE, L. P.; HONORIO, L. C.; SERVADIO, A. D. Fatores de Propensão ao Estresse Ocupacional: estudo com servidores do Ministério Público Federal no estado de Minas Gerais. **ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS EM REVISTA**, v. 18, p. 31-48, 2018.

ZILLE, L. P. *et al.* Occupational stress: a study in a brazilian public university hospital. In: ISSWOV INTERNATIONAL SOCIETY – WORK & ORGANIZATIONAL VALUES, 2018, Trieste, Itália. **Anais ...**, ISSWOV, 2018.

ZILLE, L. P.; NOGUEIRA, F. A. L. Manifestações do estresse ocupacional em docentes: estudo com professores de uma instituição federal de ensino. Porto Alegre, julho de 2019. **Anais...**, 2019.

WEURLANDER, M. *et al.* How do medical and nursing students experience emotional challenges during clinical placements? **International Journal of Medical Education**, [S.I.], v. 9, n. 1, p.74-82, 2018.

APÊNDICE A

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO

Termo de Esclarecimento sobre a Pesquisa

Este questionário é baseado no Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional (MTEG) elaborado por Zille³ (2005), adaptado e validado para esta pesquisa, tendo como objetivo obter dados para estudar o estresse ocupacional em médicos residentes que atuam em um hospital público de urgência e emergência no estado de Minas Gerais.

O estudo não levará em conta informações individuais e sim globais sobre a população pesquisada. A sua colaboração é muito importante para que se possa entender melhor o estresse no trabalho dos médicos residentes que atuam em um hospital público, contribuindo assim, com estudos científicos que possam servir de referência para aplicação em instituição de saúde.

Fique atento ao que está sendo solicitado em cada questão e dê a sua resposta, considerando o que vem ocorrendo com você nos últimos três meses.

Dê suas respostas com a maior precisão possível.

Agradecemos a sua valiosa contribuição para o aprofundamento dos estudos na área pesquisada.

() Eu aceito contribuir e participar da pesquisa.

*Juliana Alves dos Reis, Mestranda
Curso de Mestrado Acadêmico em Administração
Centro Universitário Unihorizontes*

*Dr. Luciano Zille Pereira, Orientador
Professor Titular e Pesquisador do Programa de Mestrado Acadêmico
Centro Universitário Unihorizontes - Belo Horizonte/MG*

³ ZILLE, L. P. **Novas perspectivas para abordagem do estresse ocupacional em gerente**: estudos em organizações brasileiras de diversos setores. Belo Horizonte: CEPEAD/FACE/UFMG, 2005 (Tese de Doutorado).

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

Centro Universitário Unihorizontes

Mestrado Acadêmico em Administração

PARTE A

Marque a opção de acordo com cada situação específica e nas demais questões complete conforme solicitado:

1. Sexo:

- 1 () Masculino
- 2 () Feminino

2. Idade:

- 1 () 18 a 35 anos
- 2 () 36 a 45 anos
- 3 () 46 a 55 anos
- 4 () 56 a 65 anos
- 5 () Mais de 65 anos

3. Estado Civil:

- 1 () Casado/Vive Cônjuge
- 2 () Solteiro
- 3 () Viúvo
- 4 () Outros

4. Há quanto tempo você atua nesta função nesta instituição?

- 1 () menos que um ano
- 2 () de um até 2 anos
- 3 () mais que 2 anos

5. Além desta instituição você trabalha em outro local, atuando como médico?

- 1 () Sim
- 2 () Não

6. Se sim, quantas horas semanais no total você trabalha nesta outra instituição?

- 1 () 12 horas semanais
- 2 () 24 horas semanais
- 3 () 36 horas semanais
- 4 () 48 horas semanais

7. Você fuma?

- 1 () Sim
2 () Não

7.1. Se sim, com que frequência tem fumado?

- 1 () Mais que de costume.
2 () O mesmo que de costume.
3 () Menos que de costume.

8. Você consome bebida alcoólica?

- 1 () Sim
2 () Não

8.1 Se sim, quantas unidades você consome por semana em média?

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

- 1 () 1 a 5 unidades.
2 () 6 a 15 unidades.
3 () 16 a 35 unidades.
4 () Mais de 35 unidades.

8.2 Nos últimos três meses, com que frequência você tem bebido?

- 1 () Mais que de costume.
2 () O mesmo que de costume.
3 () Menos que de costume.

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

- 1 () Sim
2 () Não

9.1. Qual(is)? (Marcar mais de uma alternativa se for o caso)

- 1 () Hipertensão
2 () Gastrite
3 () Úlcera
4 () Problemas ligados a tireoide
5 () Diabetes
6 () Depressão
7 () Problemas alérgicos
8 () Colite
9 () Doenças cardíacas
10 () Outra. Especificar: _____

10. Você pratica algum *hobby*?

- 1 () Sim
- 2 () Não

10.1. Qual(is)? (Marcar mais de uma alternativa se for o caso)

- 1 () Atividade física (caminhada, corrida, musculação, academia, bicicleta, lutas, etc.)
- 2 () Ouvir música ou cantar
- 3 () Yoga ou meditação
- 4 () Cozinhar
- 5 () Dançar
- 6 () Ler ou estudar
- 7 () Artesanato
- 8 () Jardinagem
- 9 () Assistir TV ou cinema
- 10 () Outro. Especificar: _____

11. Com que frequência você faz uso de medicações sintomáticas (analgésicos, relaxantes musculares, etc.)?

- 1 () raramente
- 2 () de duas a três vezes na semana
- 3 () quase todos os dias

12. Você faz uso regular de algum medicamento contínuo?

- 1 () Sim
- 2 () Não

12.1 Qual(is)? (Marcar mais de uma alternativa se for o caso)

- 1 () ansiolítico
- 2 () antidepressivo
- 3 () sedativo
- 4 () estabilizadores do humor
- 5 () estimulantes do SNC
- 6 () indutor do sono

PARTE B

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

B1 Como estou me sentindo nos últimos três meses?	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequente	Muito frequente
1. Nervosismo.	1	2	3	4	5
2. Ansiedade (sensação de vazio, lacuna, hiato entre o agora e o futuro, associado a medo/apreensão em relação ao futuro).	1	2	3	4	5
3. Ímpetos de raiva.	1	2	3	4	5
4. Angústia (aflição, sensação de impotência diante de problemas que o afligem - problemas de qualquer natureza).	1	2	3	4	5
5. Irritabilidade (irritação sem motivos aparentes).	1	2	3	4	5
6. Períodos de depressão (tristeza, apatia, isolamento, falta de energia).	1	2	3	4	5
7. Dor nos músculos do pescoço e ombros.	1	2	3	4	5
8. Dor discreta no peito sob tensão.	1	2	3	4	5
9. Palpitações (sentir o coração bater forte em alguns momentos).	1	2	3	4	5
10. Indisposição gástrica ou dor no estômago, que se acentua diante de exigências emocionais.	1	2	3	4	5
11. Nó na garganta (sensação de sufocamento).	1	2	3	4	5
12. Tontura, vertigem.	1	2	3	4	5
13. Perda e/ou oscilação do senso de humor.	1	2	3	4	5

B2 Como estou me sentindo nos últimos três meses?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente	Muito frequente
1. Levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo.	1	2	3	4	5
2. Pensar e/ou realizar, frequentemente, duas ou mais atividades ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las.	1	2	3	4	5
3. Não conseguir desligar-se do trabalho, mesmo fora dele.	1	2	3	4	5
4. Ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre.	1	2	3	4	5
5. Ter que fazer atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não tem domínio pleno.	1	2	3	4	5
6. Ter os horários de descanso (após expediente, feriados e finais de semana) tomados pelo trabalho.	1	2	3	4	5

B3 Como estou me sentindo nos últimos três meses?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente	Muito frequente
1. Dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados.	1	2	3	4	5
2. Fuga das responsabilidades de trabalho antes assumidas de forma natural.	1	2	3	4	5
3. Desejo de trocar de trabalho/emprego com frequência.	1	2	3	4	5
4. Estar sentindo uma desmotivação importante para com o trabalho.	1	2	3	4	5
5. Perder o controle sobre os eventos da vida (trabalho, família, relacionamentos, entre outros).	1	2	3	4	5
6. Excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais, no trabalho e/ou fora dele.	1	2	3	4	5
7. Dificuldade de concentração no trabalho.	1	2	3	4	5
8. Diminuição da eficácia no trabalho.	1	2	3	4	5
9. Queda nos resultados de trabalho.	1	2	3	4	5
10. Cometimento de erros nos procedimentos executados	1	2	3	4	5

Marque até três principais estratégias pessoais que você utiliza para reduzir o impacto de situações tensionantes/estressantes no seu ambiente de trabalho.

B4 (marcar no máximo 3)

- 1 () Atividade física (caminhada, corrida, musculação, academia, bicicleta, lutas, etc.).
- 2 () Praticar o controle emocional (pensar antes de agir, respirar fundo, manter a calma).
- 3 () Encontrar família e amigos.
- 4 () Planejar e organizar o trabalho.
- 5 () Viajar, passear.
- 6 () Realizar pausas no trabalho para tomar uma água ou café, por exemplo.
- 7 () Prática religiosa e de fé (rezar/ orar, ir à missa ou culto, etc.).
- 8 () Manter o bom humor.
- 9 () Não levar trabalho para casa.
- 10 () Ler, estudar, desenhar ou escrever.
- 11 () Procurar manter boas relações interpessoais no trabalho.
- 12 () Realizar terapia.
- 13 () Buscar trabalhar em equipe.
- 14 () Manter a concentração e o foco.
- 15 () Dialogar e conversar sobre as dificuldades com alguém.
- 16 () Ouvir música.

PARTE C

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

C1 Aspectos relacionados ao meu trabalho	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente	Muito frequente
1. Executo um trabalho complexo, e o mesmo me deixa desgastado/muito cansado.	1	2	3	4	5
2. Realizo conduta complexa sem ainda ter adquirido experiência para tal.	1	2	3	4	5
3. O trabalho que executo consiste na realização de várias atividades ao mesmo tempo, com alto grau de cobrança, o que gera em mim tensão excessiva.	1	2	3	4	5
4. É normal que as instituições queiram fazer mais com o mínimo, porém nesta instituição esta situação é muito exagerada.	1	2	3	4	5
5. Tenho experimentado nesta instituição situações de inibição da liberdade no exercício das minhas atividades.	1	2	3	4	5
6. Nesta instituição existe prática recorrente de isolar, perseguir pessoas que eventualmente sejam consideradas funcionalmente inadequadas.	1	2	3	4	5
7. As minhas atividades nesta instituição geram uma excessiva carga de trabalho, o que, de certa forma, está ultrapassando os meus limites e gerando significativa fonte de tensão.	1	2	3	4	5
8. O excesso de atividades administrativas é significativa fonte de tensão no meu trabalho.	1	2	3	4	5
9. Ocorre conflitos com pacientes e familiares.	1	2	3	4	5
10. O número excessivo de horas de trabalho é considerado por mim como uma importante fonte de tensão e/ou sensação de desgaste.	1	2	3	4	5

Marque até três outros fatores principais causadores de tensão que você acredita haver na organização na qual você trabalha.

C2 (marcar no máximo 5)

- 1 () Preceptores despreparados para a função.
- 2 () Falta de organização e planejamento do trabalho.
- 3 () Relacionamento interpessoais de má qualidade (falta de respeito, incompreensão).
- 4 () Questões políticas e de poder interferindo no trabalho.
- 5 () Comunicação ineficiente (os objetivos não são claros).
- 6 () Excesso de trabalho e prazos apertados.
- 7 () Falta de equipamentos e materiais necessários ao trabalho.
- 8 () Falta de qualificação profissional dos residentes.
- 9 () Excesso de barulho.
- 10 () Excesso de calor.
- 11 () Falta de espírito de equipe.
- 12 () Falta de diálogo na equipe.
- 13 () Falta de pessoal.
- 14 () Falta de valorização dos residentes.
- 15 () Falta de autonomia e participação nas decisões.
- 16 () Favorecimento de algumas pessoas em detrimento de outras.
- 17 () Falta de recursos financeiros.

Marque os cinco itens mais importantes para que o ambiente na instituição seja menos tenso e estressante.

C3 (marcar no máximo 5)

- 1 () Preceptores mais preparados para a função.
- 2 () Melhor organização e planejamento do trabalho.
- 3 () Melhoria nos relacionamentos interpessoais (mais respeito, compreensão).
- 4 () Maior transparência nas decisões.
- 5 () Melhora na comunicação, deixando os objetivos mais claros para todos.
- 6 () Melhor distribuição do trabalho entre as pessoas e os setores.
- 7 () Oferecimento de equipamentos e materiais necessários ao trabalho.
- 8 () Promover o espírito de equipe.
- 9 () Promover o diálogo entre as pessoas para solução dos problemas.
- 10 () Aumentar o quantitativo de pessoal.
- 11 () Valorização dos residentes.
- 12 () Tratamento igualitário para todos.

Marque o que você considera como os cinco itens mais difíceis na realidade atual de sua instituição para reduzir o nível de tensão.

C4 (marcar no máximo 5)

- 1 () Preceptores despreparados para a função.
- 2 () Falta de organização e planejamento do trabalho.
- 3 () Relacionamentos interpessoais de má qualidade.
- 4 () Questões políticas e de poder interferindo no trabalho.
- 5 () Comunicação ineficiente (os objetivos não são claros).
- 6 () Excesso de trabalho e prazos curtos.
- 7 () Falta de equipamentos e materiais necessários ao trabalho.
- 8 () Falta de diálogo e espírito de equipe.
- 9 () Falta de pessoal.
- 10 () Falta de valorização dos residentes.
- 11 () Falta de autonomia e participação nas decisões.
- 11 () Favorecimento de algumas pessoas em detrimento de outras.

PARTE D

Favor responder a esta parte do questionário assinalando no espaço correspondente de acordo com as alternativas constantes em cada questão, tendo como referência a sua realidade atual do trabalho (últimos 3 meses).

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

- 1 () Muito relevante.
- 2 () Relevante.
- 3 () Alguma relevância.
- 4 () Pouco relevante.
- 5 () Muito irrelevante

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

- 1 () É sempre possível.
- 2 () Na maioria das vezes é possível.
- 3 () Algumas vezes é possível.
- 4 () Raramente é possível.
- 5 () Nunca é possível.

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

- 1 () É sempre possível.
- 2 () Na maioria das vezes é possível.
- 3 () Algumas vezes é possível.
- 4 () Raramente é possível.
- 5 () Nunca é possível.

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

- 1 () Sempre.
- 2 () Na maioria das vezes.
- 3 () Algumas vezes.
- 4 () Raramente.
- 5 () Nunca.

5. Você encontra tempo para relaxar/descansar?

- 1 () Sempre .
- 2 () Na maioria das vezes.
- 3 () Algumas vezes.
- 4 () Raramente.
- 5 () Nunca.

6. Como você avalia a possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades e tensão?

- 1 () É sempre possível.
- 2 () Na maioria das vezes é possível.
- 3 () Algumas vezes é possível.
- 4 () Raramente é possível.
- 5 () Nunca é possível.

7. Como você avalia a cooperação entre os pares (colegas de trabalho)?

- 1 () É sempre possível.
- 2 () Na maioria das vezes é possível.
- 3 () Algumas vezes é possível.
- 4 () Raramente é possível.
- 5 () Nunca é possível.

Agradecemos a sua colaboração.

Juliana Alves dos Reis
Mestranda do Curso de Administração
Centro Universitário Unihorizontes