

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração  
Mestrado

**ESTRESSE OCUPACIONAL:  
estudo com gestores de um hospital público universitário do  
estado de Minas Gerais integrado ao Sistema Único de Saúde**

Arlete do Socorro Gonçalves

**Belo Horizonte  
2015**

**Arlete do Socorro Gonçalves**

**ESTRESSE OCUPACIONAL:**

estudo com gestores de um hospital público universitário do estado de Minas Gerais integrado ao Sistema Único de Saúde

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novo Horizontes, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Zille Pereira

Linha de pesquisa: Relações de poder e dinâmica das organizações

Área de concentração: Organização e estratégia

Belo Horizonte  
**2015**

GONÇALVES, Arlete do Socorro.

G635e      Estresse ocupacional: estudo com gestores de um hospital publico universitário do estado de Minas Gerais integrado ao Sistema Único de Saúde. Arlete do Socorro Gonçalves. Belo Horizonte: FNH, 2015.  
106 p.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Zille Pereira.

Dissertação (mestrado) – Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração.

1.Estresse ocupacional 2. Hospital publico - SUS 3. Gestão hospitalar – hospital universitário I. Luciano Zille Peereira II. Faculdade Novos Horizontes, Programa de Pós-graduação em Administração. III. Título.

CDD: 658.3



**MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO  
DA FACULDADE NOVOS HORIZONTES**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Organização e Estratégia

MESTRANDO(A): **ARLETE DO SOCORRO GONÇALVES**

Matrícula: 770629

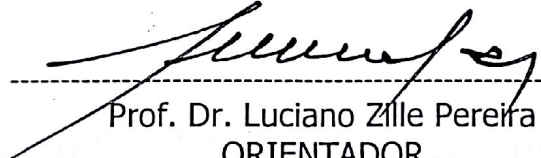
LINHA DE PESQUISA: RELAÇÕES DE PODER E DINAMICA NAS ORGANIZAÇÕES

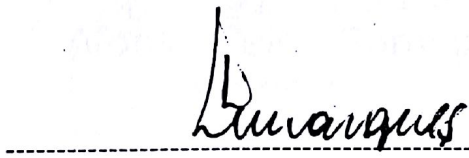
ORIENTADOR(A): Prof. Dr. Luciano Zille Pereira

TÍTULO: **ESTRESSE OCUPACIONAL: estudo com gestores de um hospital público universitário do estado de Minas Gerais integrado ao Sistema Único de Saúde..**

DATA: 04/01/2016

BANCA EXAMINADORA:

  
-----  
Prof. Dr. Luciano Zille Pereira  
ORIENTADOR  
Faculdade Novos Horizontes

  
-----  
Prof. Dr. Antônio Luiz Marques  
Faculdade Novos Horizontes

  
-----  
Prof.ª Dr.ª Zélia Miranda Kilimnik  
FUMEC

## **DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Declaro ter procedido à revisão da dissertação de mestrado "ESTRESSE OCUPACIONAL: estudo com gestores de um hospital público universitário do estado de Minas Gerais integrado ao Sistema Único de Saúde", de autoria de Arlete do Socorro Gonçalves, sob a orientação do Professor Doutor Luciano Zille Pereira, apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes – Área de Concentração: "Organização e Estratégia".

### **Dados da revisão:**

- Correção gramatical
- Adequação do vocabulário
- Inteligibilidade do texto

Belo Horizonte, 23 de novembro de 2015.

  
**Afonso Celso Gomes**  
Revisor

**Registro LP9602853/DEMEC/MG**  
**Universidade Federal de Minas Gerais**

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para  
realização deste sonho.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, que é o meu esteio em todo o tempo, por ter me dado força, saúde, entendimento e coragem para conquistar mais esta etapa da minha vida.

À minha mãe e a meu pai, embora ausente, por serem referências de luta e de conquista na minha vida.

Ao meu amado, companheiro constante, pelo amor e incentivo, por deixar a minha vida mais feliz, por compreender as minhas ausências, quando necessário. Sem o seu apoio eu não teria chegado aqui!

Às minhas irmãs, pela compreensão, quando tive que me fazer ausente em muitos momentos de alegrias, de celebração e, até, de doença na família.

Aos colegas de mestrado, pela amizade, companheirismo e incentivo nos momentos difíceis. Em especial, à Mariângela, que muito me auxiliou durante o curso. Vocês agora fazem parte do meu círculo de amizade.

Aos colegas de trabalho - e especialmente à Rosiane, que muito me ajudou durante o curso -, pela compreensão quando precisei me ausentar.

Aos professores do curso de mestrado, pela valorosa contribuição para a minha formação.

Às funcionárias da Secretária do Mestrado, Beatriz e Vânia, para a colaboração durante do curso.

Em especial, ao meu orientador, colaborador e parceiro neste trabalho, Professor Luciano Zille, pela confiança em mim depositada, pelo tempo dedicado a esta pesquisa e por me proporcionar todas as condições para que este sonho se realizasse.

“Dizem que a vida é para quem sabe viver, mas ninguém nasce pronto. A vida é para quem é corajoso o suficiente para se arriscar e humilde o bastante para aprender”.

Clarice Lispector



## RESUMO

O objetivo deste estudo consiste em identificar e analisar os níveis de estresse e suas decorrências, na percepção dos gestores administrativos de um hospital público universitário do estado de Minas Gerais integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em termos metodológicos, esta dissertação classifica-se como um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Como método de pesquisa, foi utilizado o estudo de caso quantitativo. A pesquisa foi realizada com 52 gestores administrativos do Hospital Público. Para viabilizar a coleta de dados, foi utilizado o questionário aderente ao modelo teórico de explicação do estresse ocupacional em gerentes (MTEG), desenvolvido e validado por Zille (2005), adaptado para esta pesquisa. Os softwares *Excel* e *SPSS – Statistical Package for the Social Sciences* foram utilizados para o processamento dos dados quantitativos, cuja análise se deu por meio da estatística uni e bivariada. Os resultados revelaram que 60,5% dos gestores pesquisados apresentam quadro de estresse que varia de leve/moderado a muito intenso. Os principais sintomas identificados nos gestores com estresse foram: dor nos músculos do pescoço e dos ombros e fadiga. Nervosismo acentuado, ansiedade e dor de cabeça por tensão ocorreram em mais de um terço dos gestores com estresse. As principais fontes de tensão excessivas existentes no ambiente de trabalho dos gestores com estresse foram: realização de várias atividades ao mesmo tempo com alto grau de cobrança; e realização do máximo de trabalho com o mínimo de recursos de forma exagerada. As principais fontes de tensão relacionadas ao indivíduo e ao papel gerencial foram: levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo, mesmo quando não há exigências para tal; pensar e/ou realizar frequentemente duas ou mais coisas ao mesmo tempo, com dificuldade para concluí-las, mesmo quando não há exigências para tal; não conseguir desligar-se do trabalho; e ter o dia tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre. Os indicadores de possíveis impactos do estresse no trabalho dos gestores que tiveram maior frequência foram: dificuldades de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram lembrados com naturalidade; dificuldade de concentração no trabalho; e estar sentindo grande desmotivação com o trabalho. Os mecanismos de regulação mais utilizados pelos gestores para enfrentar as situações tensionantes foram: possibilidade de gozar as férias regularmente; possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana; equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal; experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho; e cooperação entre os pares (gerentes/coordenadores).

**Palavra-chave:** Sistema Único de Saúde (SUS). Hospital público.

## ABSTRACT

The aim of this study is to identify and analyze the levels of stress and its consequences, in the perception of administrative managers of a public university hospital in the state of Minas Gerais integrated into the Unified Health System (SUS). The research was descriptive and quantitative. Approach and as a research method was used to study quantitative case. It was 52 analyzed administrative managers of the Public Hospital. To facilitate data collection was used the questionnaire adherent to the theoretical model of explanation of stress occupational on managers developed and validated by Zille (2005) and adapted for this research. Excel and SPSS - Statistical Package for the Social Sciences were used for the processing of quantitative data and analysis was by the statistical univariate and bivariate. The results revealed that 60.5% of surveyed managers have stress framework that ranges from mild/moderate to very intense. The main symptoms identified in managers with stress were pain in the neck and shoulder muscles and fatigue. Pronounced nervousness, anxiety and headache for tension occurred in more than a third of managers with stress. The main sources of excessive tension existing in the work environment were carrying out various activities simultaneously with high recovery and achievement of the maximum working with minimal resources in an exaggerated manner. The main sources of tension related to the individual and the managerial role were to take life much race form, increasingly performing work in less time, even when there is no requirement to do so; thinking and/or often do two or more things at once, hard to complete them, even when there is no requirement to do so; can not switch off from work; and have taken the day with a series of commitments, with little or no free time. Possible impacts of stress indicators in the work of managers who had most frequently were difficulty in remembering recent events related to the work that previously were reminded naturally; difficulty concentrating at work; and be feeling great motivation to work. The regulatory mechanisms frequently used by managers to face the tensioning situations were possibility of enjoying vacations regularly; possibility to rest on a regular basis, on holidays and on weekends; balance between work and personal life; personal experience in solving problems at work and cooperation among peers (managers/coordinators).

**Keyword:** Unified Health System. Public hospital.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo básico de origem do estresse.....	40
Figura 2 -	Modelo dinâmico do <i>stress</i> ocupacional, de Cooper, Sloan e Williams.....	41
Figura 3 –	Modelo de processamento de estresse e estratégias de enfrentamento, de Lazarus e Folkman (1984).....	43
Figura 4 -	Esquema do modelo de demanda-controle, de Karasek.....	44
Figura 5 –	Modelo de estresse ocupacional.....	46
Figura 6 -	Modelo teórico para explicar o estresse ocupacional em gerentes – MTEG.....	48

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados por gênero.....	62
Gráfico 2 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados por faixa etária.....	63
Gráfico 3 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados por estado civil.....	63
Gráfico 4 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados por nível de escolaridade.....	64
Gráfico 5 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados por tempo de atuação como gestor na instituição.....	67
Gráfico 6 -	Distribuição dos sujeitos por carga horária semanal de trabalho na instituição.....	67
Gráfico 7 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto ao consumo semanal de bebida alcoólica.....	68
Gráfico 8 -	Frequência do consumo de bebida alcoólica.....	69
Gráfico 9 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto à ocorrência de problema de saúde.....	70

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Unidades funcionais e cargos gerenciais.....	60
Tabela 2 -	Distribuição dos gestores pesquisados por vínculo trabalhista.....	65
Tabela 3 -	Distribuição dos gestores pesquisados por setores do hospital.....	65
Tabela 4 -	Distribuição dos gestores pesquisados por nível hierárquico.....	66
Tabela 5 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto ao hábito de beber.....	68
Tabela 6 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto ao hábito de fumar.....	69
Tabela 7 -	Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto à frequência do hábito de fumar.....	70
Tabela 8 -	Problemas de saúde apontados pelos gestores.....	71
Tabela 9 -	<i>Hobbies</i> mais praticados pelos sujeitos pesquisados.....	71
Tabela 10 -	Critérios utilizados para a interpretação do estresse ocupacional segundo o MTEG.....	72
Tabela 11 -	Análise descritiva do nível de estresse ocupacional.....	73
Tabela 12 -	Frequência de sintomas relacionados ao estresse ocupacional.....	75
Tabela 13 -	Frequência dos indicadores do construto fontes de tensão no trabalho.....	77
Tabela 14 -	Frequência dos indicadores do construto fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial.....	78
Tabela 15 -	Frequência dos indicadores do impacto no trabalho.....	79
Tabela 16 -	Frequência dos indicadores do construto mecanismos de regulação.....	80
Tabela 17 -	Outras estratégias pessoais utilizadas para reduzir o impacto de situações tensionantes no ambiente de trabalho.....	81
Tabela 18 -	Valores do teste qui-quadrado apresentado pelo estudo.....	83

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANPAD	- Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração
CAPS	- Caixas de Aposentadoria e Pensões
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FTI	- Fontes de Tensão do Indivíduo
FTT	- Fontes de Tensão no Trabalho
HUs	- Hospitais Universitários
IAPs	- Institutos de Aposentadorias e Pensões
IMPACTOS	- Impactos no trabalho
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
MCT	- Ministério da Ciência e Tecnologia
MEC	- Ministério da Educação e Saúde
MECREGUL	- Mecanismos de Regulação
MPOG	- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	- Ministério da Saúde
MTEG	- Modelo teórico de explicação do estresse ocupacional em gerentes
REHUF	- Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SCIELO	- <i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
UF	- Unidades Funcionais
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1	Problema de pesquisa.....	18
1.2	Objetivos .....	20
1.2.1	Objetivo geral.....	20
1.2.2	Objetivos específicos.....	21
1.3	Justificativa.....	21
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>23</b>
2.1	Gestão e saúde pública.....	23
2.2	O Sistema Único de Saúde (SUS) .....	25
2.3	Os hospitais Universitários .....	30
2.4	Conceituando o estresse .....	33
2.5	Estresse ocupacional e a função gerencial .....	36
2.6	Modelos teóricos explicativos do estresse ocupacional .....	39
2.7	Pesquisas sobre estresse em gestores .....	48
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA DA PESQUISA</b> .....	<b>54</b>
3.1	Tipo, método e abordagem de pesquisa .....	54
3.2	Unidade de análise .....	55
3.3	Coleta dos dados.....	55
3.4	Análise dos dados.....	56
<b>4</b>	<b>AMBIÊNCIA DA PESQUISA</b> .....	<b>57</b>
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>62</b>
5.1	Variáveis demográficas e ocupacionais e hábitos de vida e de saúde dos pesquisados .....	62
5.1.1	Variáveis demográficas.....	62
5.1.2	Variáveis ocupacionais.....	64
5.1.3	Hábitos de vida e saúde.....	67
5.2	Análise do estresse ocupacional .....	72
5.2.1	Sintomas de estresse.....	74
5.2.2	Fontes de tensão .....	76
5.2.2.1	Fontes de tensão no trabalho.....	76
5.2.2.2	Fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial .....	78
5.3	Indicadores de impacto no trabalho .....	79
5.4	Mecanismos de regulação ( <i>coping</i> ).....	80
5.5	Associação do estresse ocupacional com as variáveis demográficas e ocupacionais e os hábitos de vida e de saúde .....	82
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>84</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>90</b>
	<b>ANEXO</b> .....	<b>97</b>

# 1 INTRODUÇÃO

O ambiente organizacional tem se caracterizado por constantes mudanças e inovações tecnológicas, que transformaram as formas de comunicação, dentre outros fatores, e trouxeram rapidez para as ações do trabalhador. O uso de novas tecnologias organizacionais intensificou o esforço gerado pelas empresas para manter a competitividade nesse ambiente global, provocando a redefinição de seus processos produtivos e das formas de organização do trabalho (SCHERMERHORN JR.; HUNT; OSBORN, 1999; HITT, 2008). Essas mudanças têm impactado a vida do trabalhador, que passou a vivenciar a angústia e o medo de ser excluído do mercado de trabalho enquanto procura se adaptar às exigências das novas formas de trabalho, que, em grande parte, causam pressão excessiva em suas atividades laborais (SENNET, 2008; BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Nesse cenário de mudanças, de acordo com Castro e Stadler (2007), as organizações precisam estabelecer estratégias para enfrentar as pressões do ambiente em que se encontram inseridas. Na visão de Newstrom e Santos (2008), muitas organizações buscam realizar transformações de natureza estrutural, tecnológica e cultural, ou de qualquer outra natureza, para se adaptarem às demandas do novo ambiente de trabalho. Tais mudanças implicam modificações fundamentais no comportamento do indivíduo e em seus padrões de trabalho e valores, afetando sua maneira de agir a partir do momento em que tudo isso demanda novas atitudes e habilidades.

Bendassolli e Soboll (2011, p. 215) afirmam que o ambiente organizacional está “sob o domínio do chamado ‘capitalismo flexível’, que opera a partir das fronteiras econômicas locais rumo à internacionalização, enfatizando a competição acirrada das empresas no mercado globalizado”. Tais transformações suscitaram diversas mudanças na forma de se conceber o trabalho, utilizando-se, principalmente, dos impactos das tecnologias e das novas formas de organização do trabalho, aumentando as exigências em relação aos trabalhadores, haja vista a pressão do mercado e da concorrência, trazendo, de uma forma ou de outra, consequências



que causam mudanças profundas na vida profissional e pessoal dos indivíduos (SENNET, 2008; BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

É importante salientar que as transformações sucedidas no mundo do trabalho tiveram como consequência sua precarização, que se deu por meio da redução do número de trabalhadores formais e do aumento da terceirização. Esses episódios serviram de base para o crescimento do sentimento de insegurança nos trabalhadores, que se viram à mercê de situações trabalhistas sobre as quais não se tem domínio. Nesse contexto, o nível de exigência das atividades requeridas dos trabalhadores cresceu, e estes se tornaram mais flexíveis na busca por novas formações, pressionados pelo mercado (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Na reestruturação organizacional, que visa, principalmente, obter maiores e melhores resultados, os modelos de gestão caracterizados por controle, centralização e hierarquização dão lugar a outros mais flexíveis (BRAGA; ZILLE, 2010; ZILLE, 2011).

No âmbito da saúde pública, a reestruturação dos hospitais universitários se deu por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), cuja finalidade era melhorar os processos de gestão dos hospitais vinculados às instituições federais de educação superior, tendo em vista as mudanças no modelo assistencial para atender à demanda de serviços, em virtude do envelhecimento da população, da diversidade de condutas e das novas tecnologias para o setor saúde (MARTINS, 2011).

Os hospitais de ensino passaram a serem estimulados para aderir a um processo de contratualização, em que é redefinido seu papel na rede de serviços e são estabelecidas metas quantitativas e de qualidade, além da introdução de novos mecanismos de gestão e de gerenciamento dos serviços prestados. Tudo isso exige dos gestores grande capacidade de coordenação e de conciliação dos interesses em questão, uma vez que a demanda pelo serviço é alta. Portanto, precisam ser administrados de forma eficiente (CALDAS, 2008; MARTINS, 2011).

Considerando as mudanças na natureza do trabalho, Tamayo (2008) argumenta que os impactos provocados pelas constantes manifestações de tensão no ambiente de ocupacional acarretam o estresse ocupacional, decorrente das constantes mudanças na natureza do trabalho e das exigências por melhor desempenho e produtividade do trabalhador.

Na visão de Goldberg (1986), as situações de tensão excessiva no trabalho têm contribuído para desencadear importantes quadros de estresse nos indivíduos. A convivência prolongada nessas circunstâncias traz como consequências diversos tipos de doenças, como: infarto prematuro do miocárdio, derrame cerebral, quadros psiquiátricos, úlceras, colites, manifestações psicológicas diversas, distúrbio do sistema imunológico e câncer.

De acordo com Maffia e Zille (2013), o trabalho pode influenciar a saúde do trabalhador, afetando-a tanto negativamente quanto positivamente. Theorell (1985)<sup>1</sup>, citado por Balassiano, Tavares e Pimenta (2005), demonstrou que quando as condições de trabalho são percebidas como permanentemente estressantes podem comprometer o bem-estar psicológico e físico de uma pessoa. Acrescenta, ainda, que trabalhadores estressados tendem a sofrer diminuição do desempenho e da qualidade do seu trabalho e a gerar aumento dos custos por parte das organizações, em razão de problemas de saúde, absenteísmo, rotatividade e acidentes no local de trabalho.

Corroborando essa visão, Ulhôa e Garcia (2011) relatam que as pressões geradas pelas contínuas transformações econômicas e sociais deixam os indivíduos vulneráveis às manifestações psicossomáticas e orgânica. Dentre elas, citam o estresse ocupacional, decorrente das reações do indivíduo a situações inerentes a seu ambiente de trabalho. Nesse caso, o estresse é interpretado como o conjunto de reações fisiológicas e comportamentais que as pessoas apresentam em resposta à ambientes de ameaça ou desafios.

---

<sup>1</sup> THEORELL, T. Psychosocial and physiological factors in relation to blood pressure at rest. A study of swedish men in the twenties. **Journal of Hypertension**, v. 3, p. 591-600, 1985.

Quando se analisa o cotidiano dos gestores, percebe-se que a rotina sobrecarregada é uma das razões para a alta incidência de estresse ocupacional da categoria (ZILLE, 2005; MELO; CASSINI; LOPES, 2011; ZILLE *et al.*, 2011). Chanlat (2005) aponta cinco grandes fontes de estresse potencialmente prejudiciais à saúde dos gerentes: tarefa; tensão entre carreira e vida privada; relações com outros; organização e contexto social global.

Com relação aos gerentes, estudos que buscam entender as funções, os papéis e as habilidades desses profissionais não são recentes (COUTO, 1987; COOPER; COOPER; EAKER, 1988; COOPER; SLOAN; WILLIAMS, 1988; ZILLE, 2005; CHANLAT, 2005; DOLAN, 2006). Pesquisa realizada por Maffia e Zille (2013) com o objetivo de analisar o estresse ocupacional de gestores públicos que atuam nas secretarias de governo do estado de Minas Gerais identificou que 74% dos gestores pesquisados apresentaram manifestações de estresse, em níveis variados, em decorrência de diversas fontes de tensão de natureza ocupacional.

O estresse vem sendo reconhecido como um dos fatores que têm contribuído para o surgimento de diversas doenças que causam desequilíbrios na saúde mental dos trabalhadores. Dessa forma, sua ocorrência tornou-se uma fonte importante de preocupação, uma vez que afeta não somente as pessoas, como também as organizações, que arcam com custos crescentes e significativos decorrentes dos problemas que surgem relacionados ao estresse. Enfim, toda a sociedade é afetada (ZILLE, 2005; ROSSI; PERREWÉ; SAUTER, 2005).

O estresse pode ser considerado como um conjunto de reações fisiológicas e comportamentais que as pessoas apresentam em resposta a ambientes de ameaça ou desafios. Excesso de trabalho, remuneração insuficiente, ausência de equidade e valores conflitantes são fatores que pressionam o trabalhador da mesma forma que as exigências de competitividade e responsabilidade no cumprimento das metas de produtividade. Trata-se, portanto, de circunstâncias potencialmente geradoras de processos de adoecimento no trabalho (ZANELLI, 2010; BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011; ULHOA; GARCIA, 2011).

Na visão de Couto (1987), a manifestação de estresse está relacionada ao desequilíbrio acentuado entre os níveis de tensão que o indivíduo recebe do meio e sua capacidade psíquica de suportá-lo. Ou seja, o estresse se desenvolve à medida que ocorre uma desproporção entre as exigências psíquicas das tarefas do cotidiano e a estrutura psíquica do indivíduo para lidar com elas.

Considerando que as pessoas são elementos importantes e necessários às instituições e que o desempenho delas é fundamental para a organização atingir suas metas e seus objetivos e entendendo que o estresse compromete diretamente a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, seu desempenho produtivo, torna-se relevante realizar estudos que apontem a ocorrência do fenômeno, principalmente, em ambientes cuja finalidade é prestar serviços de saúde à população (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005; ZANELLI, 2010).

### **1.1 Problema de pesquisa**

No campo da saúde, as reformas administrativas têm como principais alegações os gastos crescentes e os recursos limitados. Assim, o grande problema a ser enfrentado prende-se à insuficiência dos recursos e à qualidade dos gastos. Na tentativa de suplantar esses desafios, o Estado realiza parcerias com instituições privadas que respondem pela prestação dos serviços, cabendo ao Estado a função de planejar (CARRERA; MALIK, 2013).

A participação privada na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de contratos de gestão com instituições privadas, tem por objetivo minimizar as dificuldades encontradas pelo Estado na prestação do serviço, como também proporcionar agilidade e flexibilidade às ações dos gestores públicos, no intuito de melhorar os resultados das políticas públicas de saúde implementadas. Como exemplos de aplicação de contratos de gestão, citam-se as autarquias, as fundações e as agências reguladoras (CARRERA; MALIK, 2013).

De acordo com Araújo (2010), os hospitais brasileiros estão se debruçando sobre os novos direcionamentos impostos pela modernização da gestão, da prestação de contas e da reestruturação física e tecnológica, dentre outros, visando cumprir as

medidas governamentais para efetivar o direito à saúde e modificar o conceito que a população tem sobre os serviços de saúde pública, que há muito tempo tem sido motivo de insatisfação. Dessa forma, passaram a promover mudanças estruturais com mais intensidade, tendo em vista o aumento das exigências, tanto da população quanto do governo.

Os hospitais públicos universitários estão sendo administrados por uma empresa pública de direito privado que tem por objetivo promover a padronização dos hospitais universitários (HUs) no Brasil, cabendo-lhe gerir os recursos humanos envolvidos e os serviços prestados nas áreas de Saúde e Educação. Busca-se, além de realizar a reestruturação física e tecnológica das instituições, exercer um controle mais rigoroso dos recursos financeiros pelas instâncias superiores do Governo Federal (ARAÚJO, 2010).

Nesse ambiente, vê-se a necessidade de contar com gestores altamente qualificados e capacitados para administrar e acompanhar as mudanças e transformações exigidas pelo mercado, bem como para viabilizar os ajustes e as adaptações necessários às organizações (ARAÚJO, 2010).

Na visão de Braga e Zille (2010), o incremento das mudanças organizacionais envolvendo os novos modelos de gestão submete o gerente a uma rotina diária desgastante. Em razão disso, mais atenção é dispensada às tensões decorrentes do ambiente de trabalho e ao estresse ocupacional.

Sendo o gestor a pessoa que toma as principais decisões e promove as transformações na organização com a finalidade de atingir os objetivos e os resultados esperados, para desempenhar bem sua função, precisa ser capaz de avaliar e compreender as situações e os problemas organizacionais, identificar suas causas, criar alternativas e avaliá-las, escolher a mais satisfatória, colocá-la em prática e acompanhar seus resultados (PAIVA; COUTO, 2008; MELO; CASSINI; LOPES, 2011). Precisa também atentar para o sentimento das pessoas em relação às mudanças para perceber como elas vão responder a esses processos (NEWSTROM; SANTOS, 2008). Nesses caso, o desafio do gestor é atuar de forma a reduzir a resistência por parte dos trabalhadores em relação às mudanças e

atenuá-las, sem afetar a produtividade, considerando que dificuldades de adaptação às mudanças podem se tornar causa de estresse. Como salienta Zanelli (2010, p. 23), “o desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as necessidades pessoais dos trabalhadores abre a perspectiva para um desgaste não só físico, mas também emocional dos trabalhadores”.

Nesse contexto, os gestores ficam entre as pressões dos usuários e as dos subordinados por melhores condições de serviços e trabalho. Devem-se, preocupar com o processo de implementação das mudanças, além de terem de enfrentar a estagnação que reveste toda a burocracia, já tão arraigada nas instituições públicas, que tanto atrasam e prejudicam o sistema do trabalho (TAJRA, 2009).

A natureza da função gerencial deixa os gestores constantemente expostos a significativos níveis de pressão no ambiente de trabalho. Como responsáveis por fazer a ligação entre os diversos níveis organizacionais, ficam sujeito a uma intensa carga de pressão, tornando-se vulneráveis a desenvolver quadros de estresse ocupacional (MELO; CASSINI; LOPES, 2011).

Tendo em vista as argumentações apresentadas, este estudo busca responder à seguinte questão de pesquisa: Quais são as manifestações de estresse ocupacional em gestores administrativos de um hospital público?

## **1.2 Objetivos**

Apresentam-se a seguir, os objetivos, geral e específicos, desta dissertação.

### **1.2.1 Objetivo geral**

Identificar e analisar os níveis de estresse e suas decorrências, na percepção dos gestores administrativos de um hospital público universitário do estado de Minas Gerais integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar e analisar o nível de estresse dos gestores, classificando-o de acordo com os níveis de intensidade manifestados;
- b) Identificar os principais sintomas decorrentes dos quadros de estresse no trabalho;
- c) Identificar e analisar as fontes de tensão vivenciadas pelos gestores pesquisados;
- d) Apontar possíveis impactos no trabalho decorrentes de tensão excessiva no ambiente de trabalho;
- e) Identificar e descrever os mecanismos de regulação (*coping*) utilizados pelos gestores para minimizar ou eliminar os quadros de estresse;
- f) Relacionar as variáveis sociodemográficas e funcionais e os hábitos de vida e de saúde com os níveis de estresse.

### 1.3 Justificativa

Do ponto de vista acadêmico, esta pesquisa se justifica na medida em que se propõe a contribuir com o aprofundamento do tema estudado. Por conseguinte, pode cooperar de forma significativa, ao apontar avanços na compreensão das variáveis que envolvem a temática, ampliando as pesquisas associadas ao tema (CHANLAT, 2005; ZILLE, 2005; DOLAN, 2006; TANURE, 2007; TAMAYO, 2008; BRAGA; ZILLE, 2010; ULHÔA; GARCIA, 2011; KILIMNIK *et al.*, 2012). Justifica-se também na medida em que está inserida em um projeto de pesquisa mais abrangente, o qual propõe estudar o estresse em gestores que atuam em unidades de saúde vinculada ao SUS no estado de Minas Gerais (ZILLE, 2015).

Optou-se por realizar a pesquisa com gerentes que atuam em um hospital, devido às mudanças que vêm ocorrendo na instituição com a implantação de um novo modelo de gestão, realizada especificamente por uma empresa pública criada pelo governo federal para este fim, o que tem suscitado a preocupação dos trabalhadores com o processo de transição da gestão. Ademais, a pesquisa representa mais uma possibilidade de se conhecer os desafios enfrentados pelos gestores de uma instituição pública de saúde, identificando fatores que interferem em seu bem-estar,

passíveis de desencadear estresse ocupacional, como também contribuir para ampliar o conhecimento, por meio de pesquisas e estudos sobre o tema.

Do ponto de vista institucional, justifica-se, ainda a partir do entendimento de que a identificação de fatores que exercem pressão excessiva no trabalhador podem desencadear problemas de saúde, afetando a capacidade do trabalhador (ZILLE, 2005; ZANELLI, 2010; BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011; ZILLE *et al.*, 2011; MAFFIA; ZILLE, 2013). Por essa razão, torna-se importante para a instituição conhecer os fatores que causam pressão excessiva no trabalho e suas implicações para os gestores o que possibilitaria a adoção de políticas e ações estratégicas orientadas para o enfrentamento dos problemas ocasionados pelo estresse no trabalho.

Do ponto de vista social, as organizações devem seguir linhas de atuação que sejam desejáveis no que se refere aos objetivos e aos valores da sociedade na qual estão inseridas (CARROL, 1999). Os estudos sobre a administração do estresse no trabalho significam, entre outras contribuições, a adoção de uma postura de responsabilidade social da instituição, que pode resultar na melhoria não só da qualidade de vida dos trabalhadores em geral, como também, e sobretudo, da qualidade assistencial e do atendimento do serviço público. Portanto, o tema merece ser investigado, visando atrair a atenção das organizações para a importância que elas devem dispensar à saúde dos trabalhadores, sobretudo em relação à população brasileira.

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos incluindo esta Introdução. No segundo capítulo apresenta-se o referencial teórico que embasa o estudo. No terceiro capítulo, desenvolve-se o percurso metodológico. No quarto capítulo, descreve-se a ambiência onde foi realizada a pesquisa. No quinto capítulo, procede-se à análise e apresentação dos resultados. No sexto capítulo, formulam-se as conclusões. Por fim, citam-se as referências e o anexo.



## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo, abordam-se os principais argumentos teóricos que dão sustentação a este estudo. Inicialmente, discutem-se os aspectos relativos a gestão e a saúde pública. Após, apresenta-se uma visão geral do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, detem-se sobre os conceitos gerais sobre o estresse. Passa-se, então, a examinar a teoria sobre o estresse ocupacional, com destaque para as considerações gerais e conceituais sobre o tema e a função gerencial. Segue-se com as análises dos modelos teóricos explicativos do estresse, com destaque para o MTEG, base de análise do estresse utilizado neste estudo. Finaliza-se com as pesquisas sobre estresse em gestores.

### **2.1 Gestão e saúde pública**

O fim do regime militar, em meados da década de 1980, marcou o início da reforma do Estado brasileiro. Os políticos da época, voltados para a redemocratização, não enxergaram amplamente a importância da construção de um Estado capaz de enfrentar os desafios que viriam. O descontrole financeiro e a falta de responsabilização dos governantes e gestores por ações praticadas indevidamente perante a sociedade estão entre os problemas da administração pública que provocaram importantes alterações do Estado nas décadas de 1980 e 1990 (PETERS; PIERRE, 2010).

A Constituição de 1988 trouxe ganhos significativos para a administração pública, no âmbito das mudanças advindas da democratização e da descentralização do Estado e da profissionalização do serviço público. A partir de 1995, com a reforma gerencial, a administração pública se aprimorou para atender às demandas da sociedade por melhorias dos serviços públicos (OLIVEIRA, 2008; PETERS; PIERRE, 2010).

O principal objetivo da reforma gerencial foi melhorar a qualidade das decisões executivas e o desempenho do setor público, tornando a organização do Estado mais eficiente e eficaz, mediante a utilização de instrumentos gerenciais adequados para alcançar os objetivos propostos (BRESSER-PEREIRA, 2009).

A reforma gerencial de 1995 teve como principais diretrizes a orientação para o cidadão e a busca por resultados, com foco na descentralização e no incentivo à criatividade e à inovação, na utilização de contrato como instrumento de gestão e no controle dos gestores públicos (BRESSER-PEREIRA, 2009). Em relação ao aspecto da descentralização, construir um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional, que significa a existência de diversos modelos institucionais e organizacionais na provisão de serviços públicos, foi um dos objetivos dessa reforma (CARRERA; MALIK, 2013).

A reforma gerencial de 1995, definida no Plano Diretor da Reforma do Estado, mudou as concepções burocráticas sobre administração pública brasileira, o que implicou a mudança institucional, cultural e gerencial da administração pública burocrática para a moderna gestão pública. O Plano Diretor defendia a mudança da administração pública burocrática, rígida, ineficiente, voltada para o controle interno, para uma gestão gerencial, flexível e eficiente, com foco no atendimento da demanda social e de seus cidadãos, ao identificar como problema da administração pública brasileira a limitação da capacidade de implementação de políticas públicas (BRESSER-PEREIRA, 2009; BARROS, 2013).

A Administração Pública Gerencial visava à substituição de administradores públicos por gerentes. Nesse ponto, revela-se um aspecto de transformação da dimensão cultural da reforma, tendo como pressuposto a mudança dos valores burocráticos pelos gerenciais. Ou seja, mudança que envolve novas formas de ser e novos comportamentos dos atores institucionais, que implicam novos valores distintos dos valores burocráticos - regras de impessoalidade, hierarquização e procedimentos padronizados - traduzidos por valores que introduzem ideias de primazia do usuário, de diversidade e de flexibilidade, além das habilidades multidimensionais dos profissionais, da delegação em lugar do controle, do gerente orientador, da ênfase nos resultados e da educação ao invés do treinamento e de estruturas institucionais enxutas e ágeis (JUNQUILHO, 2002).

A reforma gerencial da estrutura administrativa do Estado iniciou-se pelos quatro setores em que o Estado atua: a) Núcleo Estratégico formado, no plano federal, pelo presidente da República, pelos ministros de Estado e pela cúpula dos ministérios

responsáveis pela definição de políticas públicas; b) Poder Judiciário, c) Poder Legislativo; e d) Ministério Público. As atividades exclusivas (forças armadas, polícia, agência arrecadadora de impostos, agências reguladoras e agências de financiamento, fomento e controle dos serviços sociais e da seguridade social) são aquelas tradicionais do Estado. Os serviços não exclusivos, também conhecidos como “competitivos” do Estado, são aqueles que o Estado realiza, mas também podem ser ofertados pela iniciativa privada, entre os quais podem ser incluídas a saúde e a produção de bens e serviços para o mercado constituído pelas empresas estatais. Nas atividades não exclusivas de Estado, utilizou-se na reforma gerencial a contratação dos serviços de organizações sem fins lucrativos, públicas não estatais, e do terceiro setor (BRESSER-PEREIRA; SPINK, 1998; CARRERA; MALIK, 2013; BARROS, 2013).

A partir da década de 1980, detecta-se uma crise nos sistemas de serviços de saúde mundiais, que ocorreu em consequência da ineficácia e da insatisfação dos cidadãos. Na América Latina, as reformas administrativas nos sistemas de saúde, a partir da década de 1990, desenvolvem-se em meio a um contexto de crise econômica, social e política, reflexo das reformas estruturais no âmbito do Estado e da administração pública, motivadas pelo crescimento dos gastos e pela limitação dos recursos financeiros (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

## **2.2 O Sistema Único de Saúde**

De acordo com Paim (2009, p. 13), “um sistema de saúde é o conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações”. As agências são constituídas por organizações públicas ou privadas, governamentais ou não, cujo objetivo é promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e comunidades. E os agentes envolvem os profissionais e demais trabalhadores da saúde (PAIM, 2009).

O sistema público de saúde brasileiro, de acordo com Ferreira *et al.* (2014), é denominado “Sistema Único de Saúde” (SUS). Com a sua criação, a população passou a ter acesso à saúde universal e gratuita, financiada por meio dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

O Sistema Único de Saúde (SUS): centros e postos de saúde, hospitais públicos (incluindo os universitários), laboratórios e hemocentros, serviços de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brasil (FERREIRA *et al.*, 2014).

O nascimento da saúde pública no Brasil ocorreu na passagem do século XIX para o século XX, ou seja, entre o fim da Monarquia e o início da "República Velha". Até o início do século XX, as doenças eram tratadas por instituições de caridade, sustentadas pela Igreja, por doações ou por médicos que atendiam aqueles que podiam pagar por seus serviços. Não havia a participação do Estado. Com a Lei Elói Chaves, ocorreu a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Em 1923, surgiu a Previdência Social Brasileira (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Já na década de 1930, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) deram lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensões que, posteriormente, nos anos de 1960, depois de unificados, criaram o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Segundo Menicucci (2014, p. 79), a assistência à saúde nasceu na previdência social, que é considerado o marco do sistema de proteção social no Brasil, por meio da qual se desenvolveu a sustentação dos direitos sociais pelo Estado. O surgimento da previdência social evidencia a segmentação da clientela, a princípio, nas Caixas, ligadas às empresas, e, depois, nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), construídos em torno das categorias profissionais. Cada Instituto prestava também residualmente assistência à saúde de forma diferenciada. É importante ressaltar que "o benefício era vinculado ao contrato de trabalho formal, tendo as características de seguro e não de direito de cidadania".

Nos meados da década de 1960, os IAPs se fundem, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), visando unificar e executar as políticas de previdência e assistência. Nesse período a participação do Estado se tornou maior. Já na década de 1970 criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica e

Previdência Social (INAMPS) trazendo maior cobertura à população (MENICUCI, 2014).

Ainda na década de 1970, a Lei 6229/75 organizava o Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo as principais competências das distintas esferas de governo. Destacam-se nessa organização a forte característica centralizadora no nível federal e a nítida dicotomia entre as ações coletivas (competência do Ministério da Saúde) e as ações individuais (competência do Ministério da Previdência e Assistência Social). Isso impedia a instalação de um comando único em cada esfera de governo. No nível federal, além das competências do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde, definiam-se competências para os ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Em 1986, realizou-se a *8ª Conferência Nacional de Saúde*, considerada o marco inicial da Reforma Sanitária brasileira, a qual sinalizava a ampliação do conceito de saúde, a universalização do acesso e o fortalecimento do setor público. Em 1988, foi promulgada a Constituição do Brasil, tida como um marco na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. Nesta Carta a saúde foi reconhecida como direito de todos e obrigação do Estado, ao qual cumpria organizar-se para prestar assistência por meio de um sistema único de saúde (SOUZA; COSTA, 2010; SANT'HELENA *et al.*, 2013).

Nessa Conferência chegou-se ao consenso de que uma mera reforma administrativa e financeira não era bastante para melhorar a saúde no Brasil. A situação exigia uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, de tal ordem que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes elaborarem a Constituição de 1988 (SOUZA; COSTA 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil resultou do movimento social denominado “Reforma Sanitária”, a partir do qual, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social. No período da abertura política, o movimento de Reforma Sanitária contribuiu significativamente para fortalecer os princípios democráticos

sociais e deu direcionamentos para a construção de um novo modelo de atenção sociopolítica da saúde. Foram formulados os princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade de assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa (SANT'HELENA *et al.*, 2013).

A construção das bases teóricas do Movimento Sanitário teve início no interior das faculdades de medicina preventiva de São Paulo, juntamente com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Também participaram algumas universidades, alguns partidos políticos e o movimento sindical da categoria médica. Ainda, serviram de base os movimentos sociais em saúde, compostos basicamente pelo movimento popular em saúde e o movimento médico (SANT'HELENA *et al.*, 2013).

De acordo com Sant'Helena *et al.* (2013), na época da implementação do SUS, nos anos de 1990 e 2000, havia reformas estruturais na Seguridade Social conduzidas pela lógica neoliberal, que defendia a não realização e, mesmo, a ruptura do direito universal à saúde. No entanto, a Constituição Federal de 1988 abriu espaço para a iniciativa privada nacional atuar na área da saúde, além de permitir a participação complementar dessa iniciativa privada, lucrativa ou não, no SUS. Nesse contexto, a participação complementar significou a compra de serviços privados pelo Estado para o fornecimento público de saúde. Na percepção da autora, há décadas que o Estado utiliza os serviços privados de assistência médica, hospitalar e laboratorial como alternativa ao atendimento público, entregando o SUS às empresas privadas.

A questão da privatização fica clara com o Plano da Reforma do Estado, no governo de Fernando Henrique Cardoso, que tinha como um de seus objetivos transferir para o setor público não estatal os serviços não exclusivos dos estados, particularmente a gestão dos serviços públicos de saúde pelo setor privado, criando-se para isso as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), o que caracterizou o início de diversas formas de privatização que se veem nos dias atuais (SANT'HELENA *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014).

O estado deixa de gerir as ações públicas, passando a contratar empresas, - nesse caso, as Organizações Sociais (OS) - para gerenciar o financiamento repassado

para a saúde. Essas empresas ficavam com a responsabilidade de contratar funcionários sem concurso público e de adquirir bens e serviços, sem processo licitatório e sem necessidade de prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública. Atualmente, o capital privado na saúde encontra-se diversificado em diferentes frentes de atuação, por meio dos planos de saúde, das cooperativas que mantêm convênio com os sistemas municipais ou de convênios com o SUS (SANT'HELENA *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014).

No governo Lula também aconteceram tentativas de privatizar os serviços sociais, as políticas sociais e os direitos dos trabalhadores, com o surgimento das Fundações Estatais de Direito Privado, que se assemelham às parcerias público e privado, às OSCIP e às OS, além de outras tentativas voltadas para o objetivo de privatizar. Na concepção de Sant'Helena *et al.*, (2013) e Ferreira *et al.*, (2014), a forma mais recente de privatização da gestão do SUS é a empresa pública brasileira, que atua modernizando a gestão dos Hospitais Universitários Federais (HUs). A justificativa para sua criação apoia-se no fato de que há uma crescente exigência do governo e da sociedade no sentido de estabelecer maior racionalização dos gastos e das despesas, de aumentar a produtividade e de melhorar a qualidade dos atendimentos nos HUs, uma vez que os problemas de ordem financeira, estrutural e de gestão levavam os HUs a uma profunda crise (SANT'HELENA *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2014).

Para o Governo Federal, a criação da empresa visa regularizar a situação dos funcionários terceirizados dos HUs em todo o País, figurando como uma alternativa ao desenvolvimento da gestão dos hospitais universitários federais. A Empresa Brasileira de direito privado, consolidará e legalizará o direcionamento das atividades de ensino e pesquisa realizadas nos HUs, por meio de convênios e contratos com empresas do complexo médico-industrial, já em curso pela atuação das Fundações Privadas ditas de Apoio nas universidades (SANT'HELENA *et al.*, 2013).

### 2.3 Os Hospitais Universitários

No caso brasileiro, especificamente no âmbito dos hospitais universitários, a crise teve início a partir da década de 1970, quando emergiram diversas dificuldades para os hospitais, agravadas com a inserção deles no Sistema Único de Saúde (SUS), situação que perdurou até o final da década de 1990, quando se instalou uma crise que desencadeou o debate sobre as causas e alternativas para solucionar os problemas de ordem financeira, estrutural e de gestão dos hospitais universitários brasileiros (FERREIRA; MENDONÇA, 2009; BARROS, 2013).

Em meio à crise, promulgou-se em 2003, a Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG 562, que instituiu a Comissão Interinstitucional para a Reestruturação dos Hospitais de Ensino, composta por representantes de instituições governamentais e da sociedade civil, cujo objetivo era avaliar e diagnosticar a atual situação desses hospitais no País. Posteriormente, com base nos estudos realizados por essa comissão, o Estado constituiu o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, do Ministério da Educação, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS 1006/2004, que propunha a criação de duas ferramentas de gestão: a certificação e a contratualização dos hospitais universitários, visando melhorar a gestão e a distribuição dos recursos de forma proporcional à produtividade de cada instituição (FERREIRA; MENDONÇA, 2009; BARROS, 2013).

A certificação consiste em um processo de avaliação e qualificação dos hospitais de ensino, realizada pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde. A contratualização envolve os hospitais universitários e a secretaria estadual ou municipal de saúde, com base no estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas para a produção de serviços para a assistência à saúde, o ensino e a pesquisa, a qual trouxe um alívio para os hospitais de ensino, minimizando as deficiências do financiamento público (BARROS, 2013).

O programa de reestruturação passou a ser chamado “Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais” (REHUF), em janeiro de 2010, devido aos novos formatos dos hospitais e aos avanços nas discussões sobre o



modelo de gestão dessas instituições. O REHUF é uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação voltada para o aperfeiçoamento da gestão administrativa, financeira e hospitalar no campo da assistência e do ensino, melhorando a integração serviço-saúde (BARROS, 2013).

A criação do REHUF possibilitou aos hospitais universitários a resolução de antigos problemas, que persistiam em função da falta de recursos para investimentos. Os recursos recebidos do programa foram direcionados especificamente para a reforma das estruturas físicas e a aquisição de equipamentos para inovação tecnológica. Apesar disso, a insuficiência da força de trabalho dos hospitais era um assunto que gerava preocupação aos diretores dos hospitais universitários, que viam a situação tornar-se cada vez mais séria com o crescente fechamento de leitos e a redução no número de procedimentos realizados, em função da falta de pessoal (FERREIRA; MENDONÇA, 2009; BARROS, 2013).

Tendo em vista as dificuldades enfrentadas pelos hospitais de ensino na gestão das diversas áreas em que atuam e a falta de flexibilidade, agilidade e autonomia para lidar com a complexidade dos problemas da instituição, criou-se a “Empresa Pública Brasileira”<sup>2</sup>, com a incumbência de solucionar os problemas urgentes dos hospitais universitários e criar condições para a melhoria dos padrões de gestão, por meio de instrumentos de controle de resultados e da transparência para a sociedade (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

Diante desse contexto, pode-se dizer que as mudanças na gestão dos hospitais universitários federais fazem parte das reformas projetadas pelo governo, com o propósito de proporcionar maior autonomia gerencial às instituições públicas e diminuir o controle hierárquico do Estado. De modo geral, as melhorias implementadas na gestão dos hospitais de ensino, no SUS e na administração pública vêm avançando em direção a uma gestão pública mais profissionalizada e comprometida com resultados, as formas de *accountability* e a responsabilização - ou seja, com as estratégias das reformas do Estado brasileiro (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

---

<sup>2</sup> Em razão do compromisso de manter o anonimato, não será mencionado o nome da empresa, visando preservar o sigilo de sua identidade.

No âmbito da saúde, a atuação do gestor é complexa e instável. Tendo em vista a complexidade que caracteriza esta área, a ação gerencial torna-se determinante no processo de organização do serviço, o que exige dos gestores grande capacidade de articular e integrar os serviços (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; SILVA; ROQUETE, 2013).

O gestor de serviços de saúde, enquanto líder, precisa saber trabalhar com a equipe, de forma a ampliar os conhecimentos e as habilidades do grupo, para gerar sinergia e desenvolvimento contínuo, além de possuir capacidade para lidar com as adversidades, os conflitos e as instabilidades no seu cotidiano de trabalho. Nessa perspectiva, pressupõe-se que o gestor de saúde deve ter uma visão ampliada da saúde e ser capaz de priorizar os problemas e necessidades da comunidade, e de executar o modelo de atenção integral e da gestão participativa (SILVA; ROQUETE, 2013).

Segundo Lemos e Rocha (2011), os hospitais são as engrenagens principais do sistema de prestação de serviços de saúde. Empregam 56% de todos os profissionais desta área, consumindo 67% do gasto total com a saúde. Com uma infraestrutura composta por instalações, equipamentos, instrumentais, médicos, funcionários, técnicos, recursos financeiros e, especialmente, pacientes, para administrar tais recursos, faz-se necessário que os gestores sejam competentes e, portanto, capazes de entender sobre pessoas, recursos financeiros, tecnologia e processos necessários ao funcionamento das instituições.

Considerando a complexidade das organizações hospitalares, Cherubin (1999) afirma que a área da saúde apresenta novas necessidades e oportunidades, que requerem uma especialização adequada do administrador e de suas funções básicas. Para esse autor, as funções do administrador na área da saúde dividem-se em: administrativa e social.

A função administrativa consiste em: tornar produtivos os recursos humanos; liderar pessoas para um trabalho em equipe, valorizando suas aptidões e qualidades positivas; estabelecer desafios compatíveis, respeitando as características e os valores individuais; promover a administração participativa, dividindo com todos a

responsabilidade pelos destinos da organização; e sobretudo, possibilitar a expressão da criatividade pessoal, canalizando-a para objetivos últimos e superiores da instituição (CHERUBIN,1999).

A função social não se limita a quatro paredes. Suas ações têm repercussão e sentido comunitário, na medida em que o administrador responsabiliza-se pelo desempenho e direção da empresa, oferecendo uma parceria dos serviços da organização às comunidades locais e aos programas municipais, estaduais e federais. Dispõe de dois tipos de recursos, sempre escassos: os humanos e os financeiros. O administrador hospitalar deve aproveitá-los ao máximo, para que a instituição continue eficiente e próspera, centralizando seus esforços nas oportunidades (CHERUBIN, 1999).

A seguir, apresenta-se conteúdo relacionado ao estresse ocupacional, iniciando-se com sua conceituação.

## **2.4 Conceituando o estresse**

A palavra *stress* faz parte do vocabulário anglo-saxônico desde o século XVII. Deu origem ao termo *estresse* em português. Era empregada para descrever “adversidade” ou “aflição”. No século XX, o endocrinologista Hans Selye utilizou o termo para descrever uma síndrome ligada ao estado de saúde e de doenças nos seres vivos em geral (FERREIRA, 1993).

Na segunda metade do século XIX, o fisiologista francês Claude Bernard ensinava que todos os seres vivos têm como característica a capacidade de manter constante o equilíbrio interno, a despeito de modificações no ambiente. “As propriedades físicas e a composição química de nosso corpo, de nossos fluídos e tecidos, tendem a manter uma admirável constância, a despeito de todas as modificações que sofremos” (SELYE, 1965, p. 13).

Posteriormente, Walter B. Cannon, famoso fisiologista de Harvard, chamou de “homeostase” a essa capacidade de todo ser vivo de manter a constância do

equilíbrio interno, isto é, a manutenção das condições normais ou estáveis do corpo. Cannon tratou, em termos gerais, do estresse e das tensões provocadas quando a doença exerce pressão sobre certos mecanismos específicos e necessários à homeostase, não obstante as modificações ocorridas no ambiente (SELYE, 1959; SAMULSKI, 1996). Observou, também, que os seres, de modo geral, possuem mecanismo de mobilização de seus sistemas para preparar uma reação de combate a elementos nocivos à sua existência que denominou de síndrome de luta ou fuga (Selye, 1965).

Selye (1965) compreendia o estresse como uma perturbação da homeostase quando acometida por situações nocivas. Descobriu em seus estudos que o organismo tinha um sistema geral não-específico de reação, que anulava as lesões produzidas por agentes de doença. Esse sistema geral não-específico de reação atuava como um mecanismo de resposta natural de oposição a vários tipos de lesão no organismo. Esse conjunto de respostas ou modificações não-específicas que ocorre no organismo diante de estímulos prejudiciais foi denominado de “Síndrome de adaptação geral” (SELYE, 1965; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005; DOLAN, 2006).

A Síndrome de adaptação geral se desenvolve por meio de três fases distintas: a) de reação de Alarme - ocorre inicialmente por manifestações agudas após o reconhecimento da ameaça ou agente estressor, sendo que, caso a ameaça ou o agente estressor mantenham constante sua ação, segue-se a segunda fase; de resistência – ocorre o desaparecimento dos sinais característicos da reação de alarme e a adaptação do organismo à situação; e c) de exaustão – ocorre quando a ameaça não é resolvida ou a ação do agente estressor ao qual o organismo se adaptou permanece por longos períodos, finalizando com o colapso do organismo (SELYE, 1965; SAMULSKI, 1996; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 2005; DOLAN, 2006).

Segundo Selye (1965), é próprio do ser humano acostumar-se com certas condições como frio, trabalho físico pesado, preocupações, que, a princípio, produzem efeitos no organismo. Mas, após uma exposição prolongada a tais condições, cedo ou tarde, a resistência tende a ceder lugar à exaustão.

Coube a Selye (1965) definir o conceito de estresse e solidificar a popularização do fenômeno. Porém, influenciado pelos trabalhos de Cannon e com o desenvolvimento e os resultados de suas pesquisas, conceituou estresse como uma reação inespecífica do corpo e os estímulos perturbadores como estressores (SAMULSKI, 1996). O estresse se manifesta por meio de alterações mensuráveis nos órgãos do corpo e é definido por Selye (1965, p. 64) como “o estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações não-específicas produzidas num sistema biológico”.

O conceito de estresse e as pesquisas realizadas por Selye (1965) são considerados um marco na discussão do tema. Mas, com o passar do tempo, novas definições evidenciaram a evolução das discussões teóricas e práticas sobre o conceito de estresse.

Segundo Couto (1987, p 16), estresse pode ser definido como

[...] um estado em que ocorre um desgaste anormal da máquina humana e/ou uma diminuição da capacidade de trabalho, ocasionados basicamente por uma incapacidade prolongada do indivíduo tolerar, superar ou se adaptar às exigências da natureza psíquica existentes no seu ambiente de vida.

Para esse autor, o homem precisa aprender a lidar constantemente com as exigências de natureza psíquica que ocorrem em seu dia a dia na área profissional, no meio familiar e nas relações de ordem econômica e social. Sua adaptação a essas circunstâncias traduz-se em sua capacidade de tolerar, superar e adaptar-se às exigências do ambiente, fazendo com que o organismo deixe de sofrer as consequências do estresse (COUTO, 1987).

Para Limongi-França e Rodrigues (2005, p. 30), o estresse é um recurso importante para se enfrentar situações adversas da vida. O próprio organismo cria mecanismos de resposta para responder aos acontecimentos difíceis de serem superados. Segundo a autora, estresse é o “estado do organismo, após o esforço de adaptação, que pode produzir deformações na capacidade de resposta atingindo o comportamento mental e afetivo, o estado físico e o relacionamento com as pessoas”.

O termo *estresse* reporta-se às circunstâncias tidas para o indivíduo como difíceis e que exigem dele esforço para se adaptar e se ajustar às situações opressoras. Albrecht (1990, p. 51) define estresse como “um conjunto específico de condições bioquímicas do corpo da pessoa – condições estas que refletem a tentativa do corpo de fazer o ajuste”. Segundo esse autor, pessoas diferentes podem reagir de maneira diferente a um mesmo tipo de pressão.

Várias são as consequências do estresse na vida das pessoas, como: ansiedade, angústia, frustrações, estafa, apatia e depressão (ZILLE, 2005).

## **2.5 Estresse ocupacional e a função gerencial**

Diversas pesquisas foram realizadas para estudar o estresse no ambiente de trabalho, as quais buscaram relacionar fatores envolvendo condições do ambiente de trabalho e as características individuais (ZILLE, 2005; ZILLE; BRAGA; MARQUES, 2008; ZILLE *et al.* 2011; KILIMNIK *et al.*, 2012; MAFFIA; ZILLE, 2013).

De acordo com Zille (2005), as novas formas de organização do trabalho priorizam o desenvolvimento de múltiplas habilidades por parte do trabalhador, do qual se exige ser capaz de prever problemas e promover e desenvolver as soluções atinentes a cada trabalho realizado.

Para Zanelli (2010), o mundo do trabalho passa por transformações de ordem econômica, sociopolítica, legal e demográfica, além de inovações tecnológicas. De acordo com Ribeiro e Mancebo (2013), as organizações têm por objetivo promover a adaptação e a reformulação de seus processos de trabalho para melhor atender os clientes, reduzir os custos, aumentar a competitividade e diferenciar-se da concorrência. Hitt (2008, p. 9) salienta que “as rápidas mudanças sociológicas afetam as práticas trabalhistas e a natureza dos produtos demandados por consumidores, cada vez mais exigentes.”

Nesse contexto, Tanure (2007), argumenta:

Há muito tempo que são reconhecidos vários fatores relacionados à velocidade das transformações econômicas, sociais e culturais como estímulos estressantes que trazem consequências danosas à saúde, aumentando a incidência de doenças, como as coronarianas, que se tornaram características da época atual (TANURE, 2007, p. 13).

Para Balassiano, Tavares e Pimenta (2011), o estresse no trabalho é um tema recorrente na literatura nos últimos anos. A preocupação que se tem é com a natureza e os mecanismos do estresse ocupacional e as consequências negativas que podem decorrer para a saúde e o desempenho do trabalhador.

Dolan (2006, p. 29) define estresse ocupacional como “o processo do indivíduo perceber e interpretar o ambiente de trabalho em relação à sua capacidade de tolerá-lo”. Dessa forma, o estresse pode ser percebido no ambiente como ameaça que pode acontecer na forma de exigências excessivas ou na forma de recursos insuficientes para atender às necessidades.

Couto (1987, p. 17) considera o estresse como um “desgaste ocasionado pela inadequação prolongada às exigências psíquicas da vida”. Considerando as atividades profissionais dos gestores, o estresse pode causar a redução da capacidade de concentração, influenciar ou dificultar o processo de tomada de decisão, provocar esquecimentos e até levar a um estado de esgotamento físico e mental, finalizando num processo de estafa.

Para Zanelli (2010), o conflito entre as necessidades e exigências do trabalho, bem como entre as necessidades e expectativas pessoais, pode conduzir ao desgaste físico e emocional. No âmbito do trabalho começa-se a entender a responsabilidade das organizações em relação ao estresse experimentado por um adulto em função do número de horas despendidas nas organizações, da sobrecarga no trabalho, das exigências e da crescente complexidade das tarefas.

Segundo Hitt (2008), os gerentes têm de adotar e assumir uma nova mentalidade que valorize, flexibilize, inove, integre e adicione velocidade ao enfrentamento dos desafios que surgem como frutos das constantes mudanças. Em face dessas

mudanças cada vez mais céleres e constantes, torna-se necessário promover e realizar estudos sobre as diversas categorias de trabalhadores, diante das inúmeras pressões impostas a cada momento e de suas implicações no desencadeamento do estresse ocupacional.

O estresse ocasiona prejuízos à saúde dos gestores e suas consequências podem afetar a capacidade de ouvir, de tomar decisões, de realizar planejamentos e de produzir novas ideias. Estudos mostram que gerentes que estão sob situações de grande estresse podem apresentar redução da percepção das informações, comprometem sua capacidade de criar formas diferentes para resolver problemas, ficam propensos a antigos hábitos para enfrentar situações novas, mostram-se menos criativos e tendem a superestimar a rapidez da passagem do tempo (COUTO, 1987; ZILLE, 2005; CHANLAT, 2005; MELO; CASSINI; LOPES, 2011; BALLASIANO, 2011; MAFFIA; ZILLE, 2013). Além dos efeitos diretos sobre o desempenho gerencial, indivíduos que passam por longos períodos de estresse também têm maior probabilidade de desenvolver problemas físicos e mentais (BALDWIN; RUBIN; BOMMER, 2008).

Em um ambiente de rápidas mudanças no mundo do trabalho, a competitividade, a imersão das organizações em novas tecnologia, a insegurança no emprego e a necessidade contínua de aprimorar o conhecimento e as habilidades são fatores consistentes para a promoção do desgaste físico e emocional, criando um terreno fértil para o surgimento do estresse (GRAZZIANO, 2008).

Pesquisadores da área da Medicina estimam que entre 50% e 70% das enfermidades ou doenças conhecidas se devem, de alguma forma, a uma prolongada exposição ao estresse. Entre os problemas físicos comuns relacionados com o estresse citam-se: doenças cardíacas e respiratórias, câncer, entre outras. Entre os problemas psicológicos mais comuns relacionados com o estresse apontam-se: disfunções do sono, sexuais, depressão e problemas de relacionamento interpessoal (BALDWIN; RUBIN; BOMMER, 2008).



## 2.6 Modelos teóricos explicativos do estresse ocupacional

Gatchel e Baum (2009, p. 199), argumentam que

[...] ao longo dos anos, foi desenvolvida uma série de modelos de *stress* ocupacional que enfatizou quatro tipos principais de estressores: exigências físicas do emprego, exigências do papel a ser desempenhado no emprego, exigências das tarefas a serem cumpridas no emprego e questões sociais/interpessoais no local de trabalho. Estes, muitas vezes, se sobrepõem, mas constatou-se que todos eles contribuem individualmente para analisar o grau de *stress* ocupacional que pode ser vivenciado por um trabalhador.

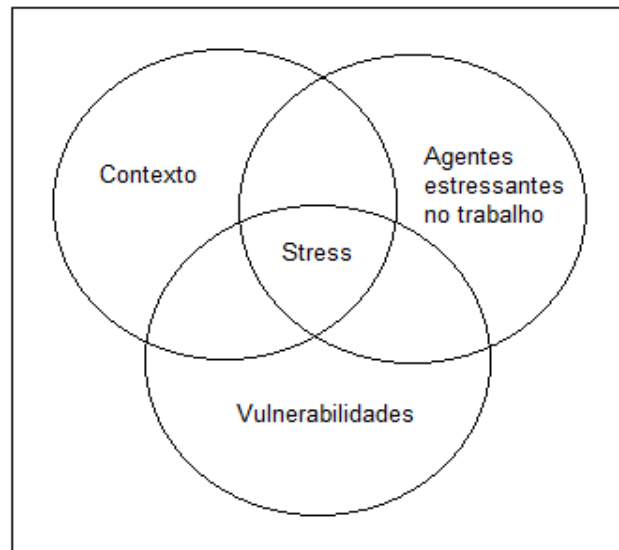
A seguir, apresentam-se cinco modelos teóricos explicativos do estresse ocupacional:

*a) Modelo básico de origem do estresse* - apresentado por Couto (1987), é formado pela interação das variáveis: contexto do indivíduo, agentes estressantes no trabalho e sua vulnerabilidade. As duas primeiras derivam das exigências psíquicas do meio, sendo que a primeira está relacionada àquelas não ligadas ao trabalho e a segunda, àquelas ligadas ao trabalho. A vulnerabilidade está relacionada à estrutura psíquica do indivíduo.

No entendimento de Couto (1987), o surgimento do estresse no trabalho é ocasionado pela superposição de agentes estressantes às vulnerabilidades do indivíduo. A existência do estresse também pode ser ocasionada pela superposição do contexto às vulnerabilidades do indivíduo. Segundo o autor, frequentemente, existe a interação das três categorias de fatores.

Para Couto (1987), o estresse ocorre quando as exigências psíquicas do meio são maiores que a estrutura psíquica do indivíduo consegue suportar. Ainda segundo o autor, quando existe a superposição de agentes estressantes no trabalho às vulnerabilidade do indivíduo, surge o estresse ocupacional. Mas também existem casos de estresse não relacionados ao trabalho. Manifesta-se quando se dá a superposição do contexto à vulnerabilidade, conforme pode ser observado na FIG. 1.

Figura 1 - Modelo básico de origem do estresse



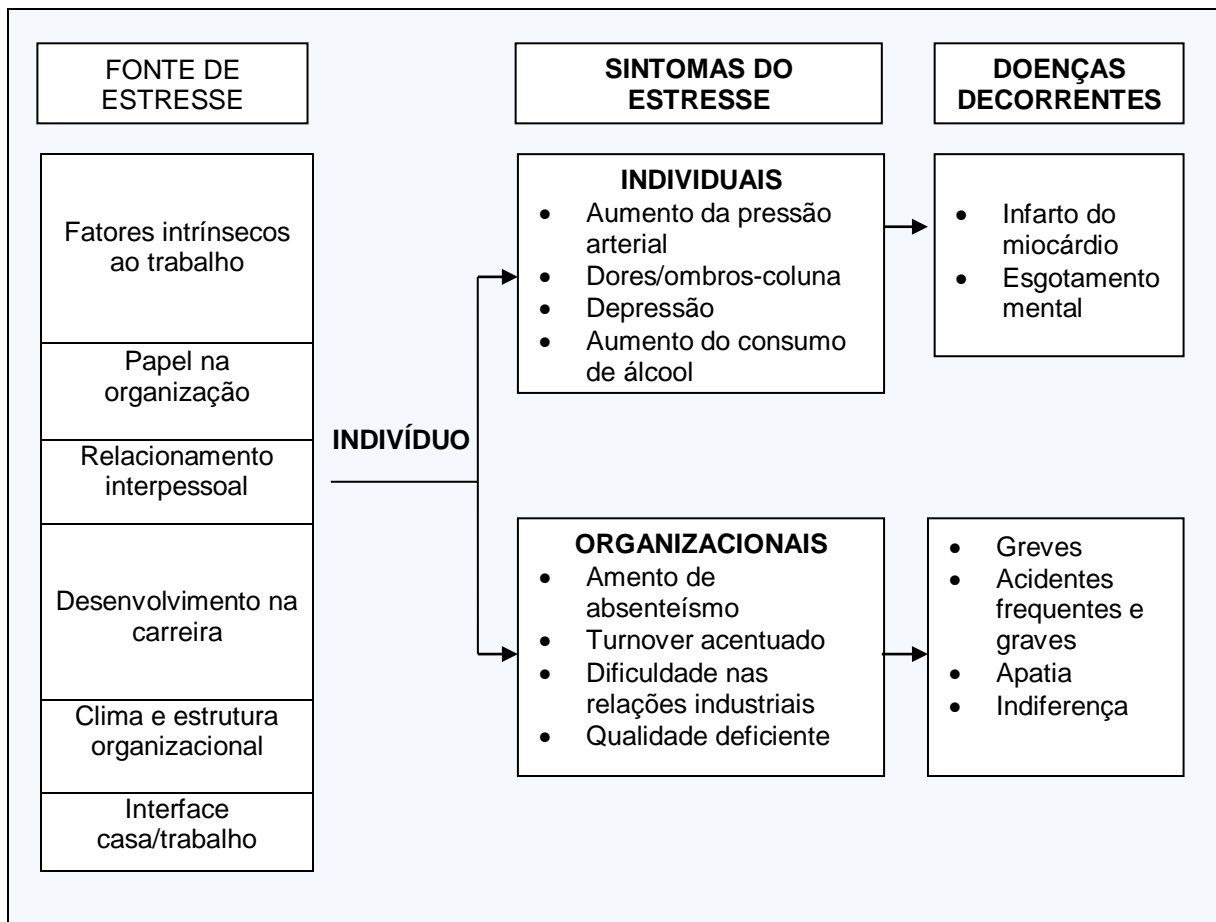
Fonte: Couto (1987, p. 35)

*b) Modelo dinâmico do estresse ocupacional* - desenvolvido por Cooper, Sloan e Williams (1988), citados por Zille, 2005; Kilimnik *et al.* (2012), é referência nos estudos de estresse. Considera que os agentes estressores estão presentes em todas as atividades profissionais. Segundo os autores, os agentes estressores se classificam em seis categorias: fatores intrínsecos ao trabalho; papel na organização; relações de trabalho; desenvolvimento na carreira; estrutura e clima organizacional; e interface casa/trabalho.

De modo geral, é possível identificar no modelo a contemplação de variáveis relacionadas aos fatores potenciais de pressão no trabalho, com suas consequências para o indivíduo e a organização, e aos sintomas físicos e mentais decorrentes dessas situações. A FIG. 2 descreve o modelo de Cooper, Sloan e Williams (1988) e as suas partes constituintes.

Neste modelo, o grau em que os agentes estressores irão afetar o indivíduo é determinado pela sua vulnerabilidade e capacidade de enfrentamento da situação (ZILLE, 2005; KILIMNIK *et al.*, 2012).

Figura 2 - Modelo dinâmico do estresse ocupacional, de Cooper, Sloan e Williams



Fonte: Cooper; Sloan; Williams, (1988, p. 95).

De acordo com Cooper, Sloan e Williams (1988), os agentes estressores existem em qualquer ambiente de trabalho. Ao atuarem sobre as vulnerabilidades do indivíduo tornam-se potenciais fontes de estresse. Há que considerar que os tipos de agentes e a intensidade com que se manifestam têm relação com o contexto do ambiente organizacional e com a personalidade de cada indivíduo (KILIMNIK *et al.*, 2012). Segundo Rio (1996, p. 15), “as vulnerabilidades são estritamente individuais” e na visão de Couto (1987) podem determinar a propensão ao estresse de alguns indivíduos mais do que outros.

c) *Modelo transaccional de estresse: teoria Psicocognitiva de Lazarus e Folkman (1984)* - também chamado de “relacional”, proposto por Lazarus e Folkman (1984), baseia-se na ideia de que não se pode compreender completamente o estresse examinando os estímulos ambientais e as respostas pessoais separadamente. Pelo contrário, deve-se considerar os dois aspectos como uma transação, na qual cada indivíduo deve se ajustar de forma contínua aos desafios cotidianos (STRAUB, 2012).

De acordo como o modelo transacional, o processo do estresse é desencadeado sempre que os estressores excedem os recursos pessoais e sociais mobilizados pelo indivíduo para o enfrentamento da situação. Um evento estressante pode ser considerado como um desafio em potencial, uma fonte de perigo ou uma ameaça ao bem-estar. Quando as demandas de um evento ou situação causam estresse, a resposta do indivíduo envolve interações e ajustes, chamados de “transações”, entre o ambiente e a tentativa de enfrentamento do estresse (STRAUB, 2012).

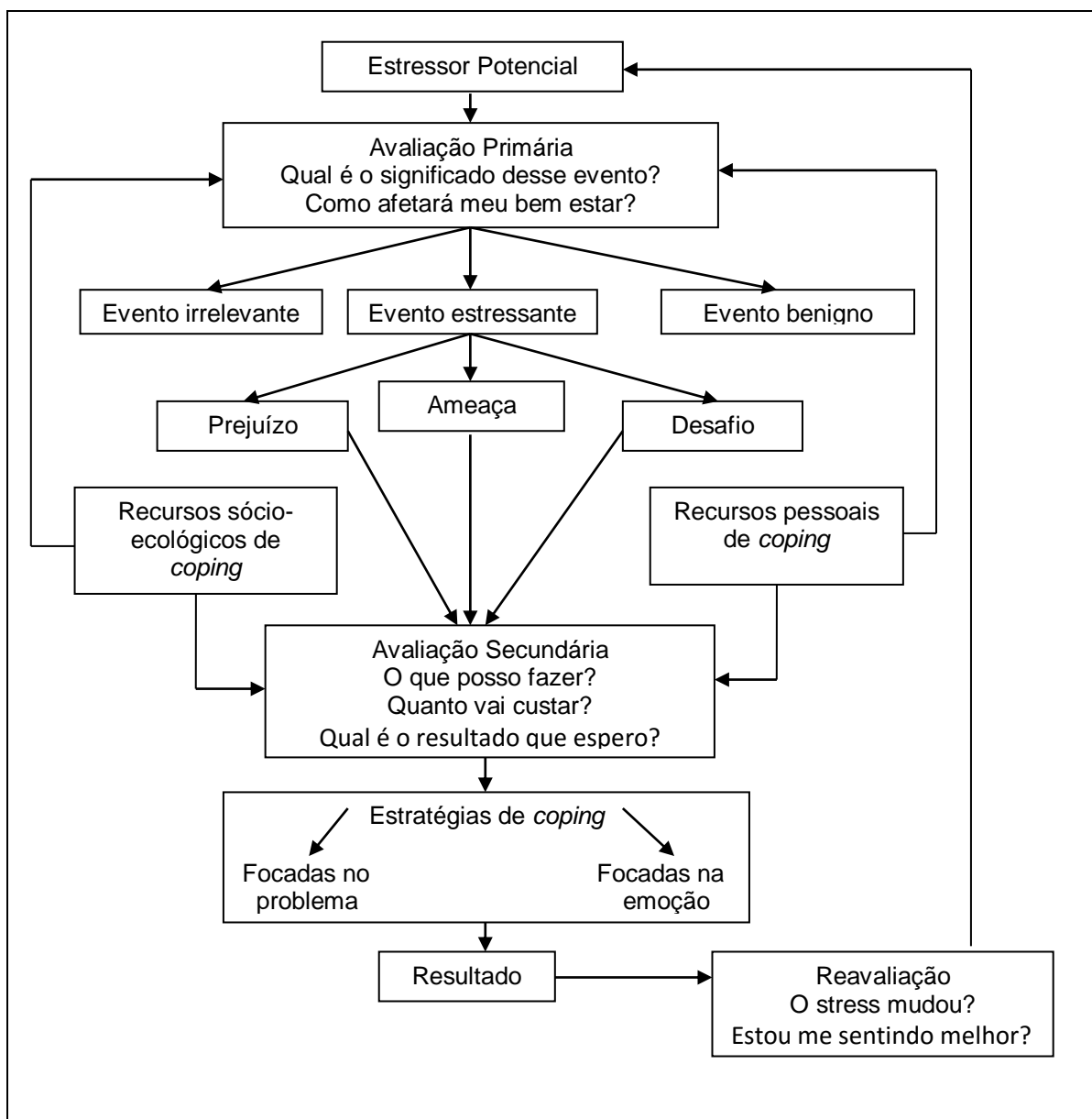
Segundo Straub (2012), Lazarus e Folkman (1984) compreendem que as transações entre as pessoas e o ambiente são motivadas pela avaliação cognitiva que o indivíduo faz de estressores potenciais, o que envolve a análise da situação como ameaça, se os recursos pessoais são suficientes para lidar com a situação e se a estratégia para lidar com a situação funciona. Segundo Straub (2012), o indivíduo, diante de uma situação estressante, faz uma avaliação primária, para determinar se o evento é irrelevante, ameaçador ou perigoso, examinando a situação a partir do seu contexto e de suas experiências. Passa-se para uma avaliação secundária se o evento for tido como um desafio, uma ameaça ou um perigo (FIG. 3).

A avaliação secundária refere-se aos recursos e às opções de *coping* (enfrentamento), em que se define o que fazer diante da situação nos níveis físico, social, psicológico ou material. Nesse momento, a pessoa questiona sobre o que fazer e avalia suas capacidades de enfrentar o desafio ou evitar o perigo, a perda ou a ameaça em potencial. Se os recursos foram considerados adequados, não ocorre o estresse. Se o desafio for grande e os recursos baixos, provavelmente haverá estresse. A reavaliação ocorre por meio de nova avaliação, baseada em novas informações do ambiente ou da própria pessoa, levando-a a estabelecer mudanças na percepção inicial, com modificações na avaliação da experiência estressante (STRAUB, 2012; GUIMARÃES, 2013).

Cooper, Cooper e Eaker (1988) relatam que na década de 1970 o psicólogo R. S. Lazarus sugeriu que a reação de estresse de um indivíduo depende da interpretação ou avaliação que ele faz sobre uma situação de ameaça ou desafio. Segundo os autores, o trabalho de Lazarus e Folkman (1984) discorda do entendimento de outros pesquisadores, que veem o estresse simplesmente como pressão ambiental.

Em vez disso, defende que a maneira como uma pessoa lida com uma ameaça reconhecida é que determina a intensidade da experiência de estresse. Sendo o estresse parte da condição humana, logo, uma pessoa pode sentir-se impotente e oprimida se não tiver habilidades de enfrentamento. Para Lazarus e Folkman (1984), o estresse é qualquer força que afeta, psicológica e fisicamente, uma pessoa além de seu limite de equilíbrio, produzindo tensão do indivíduo.

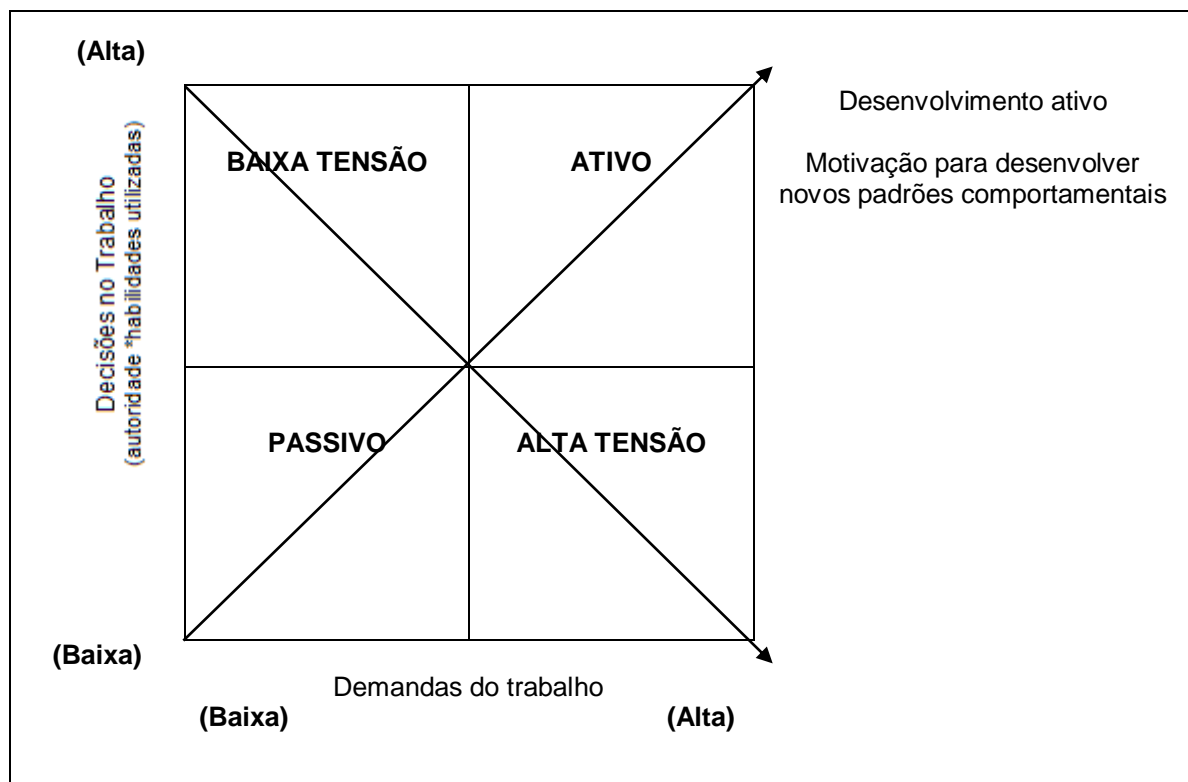
Figura 3 - Modelo de processamento de estresse e estratégias de enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984)



Fonte: Antoniazzi e cols. (1998, p. 277)

d) *Modelo de tensões no trabalho de Karasek* - é outra importante abordagem sobre o estresse. Robert Karasek buscou nas relações sociais do ambiente de trabalho fontes geradoras de estresse e seus reflexos sobre a saúde. Nos anos 1970, propôs um modelo teórico bidimensional relacionando as demandas e o controle no trabalho ao risco de adoecimento. Entende-se que as demandas são pressões de natureza psicológica, que podem ser quantitativas, referindo-se ao tempo e à velocidade para realizar um trabalho, ou qualitativas, relacionadas aos conflitos entre demandas contraditórias. O controle é a possibilidade de o trabalhador utilizar suas habilidades mentais para realizar o seu trabalho, bem como para possuir autonomia para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo. O foco do modelo Karasek concentra-se no modo de organização do trabalho (ALVES *et al.*, 2004).

Figura 4 - Esquema do modelo de demanda-controle, de Karasek.



Adaptação de Theorell

Fonte: Karasek; Theorell (1990, p. 94)

De acordo com Alves *et al.* (2004), o modelo de Karasek utiliza escores médios, que são distribuídos em quatro quadrantes, de forma que configurem as relações entre demandas e controle, como pode ser visto na FIG. 4. O modelo considera que a

coexistência de demandas psicológicas com baixo controle sobre o processo de trabalho produz alto desgaste ("*job strain*") no trabalhador, que desencadeia efeitos nocivos a sua saúde. A situação em que existem baixas demandas e baixo controle (trabalho passivo) é considerada também nociva, visto que pode gerar perda de habilidades e desinteresse.

Quando altas demandas e alto controle coexistem, os indivíduos experimentam o processo de trabalho de forma ativa. Ou seja, ainda que as demandas sejam excessivas, elas ocasionam menores danos, uma vez que o trabalhador pode planejar suas horas de trabalho conforme seu ritmo biológico e criar estratégias para lidar com suas dificuldades. O autor considera como "ideal" a situação em que coexistam baixas demandas e alto controle do processo de trabalho, pois acarretam baixo desgaste (ALVES *et al.*, 2004).

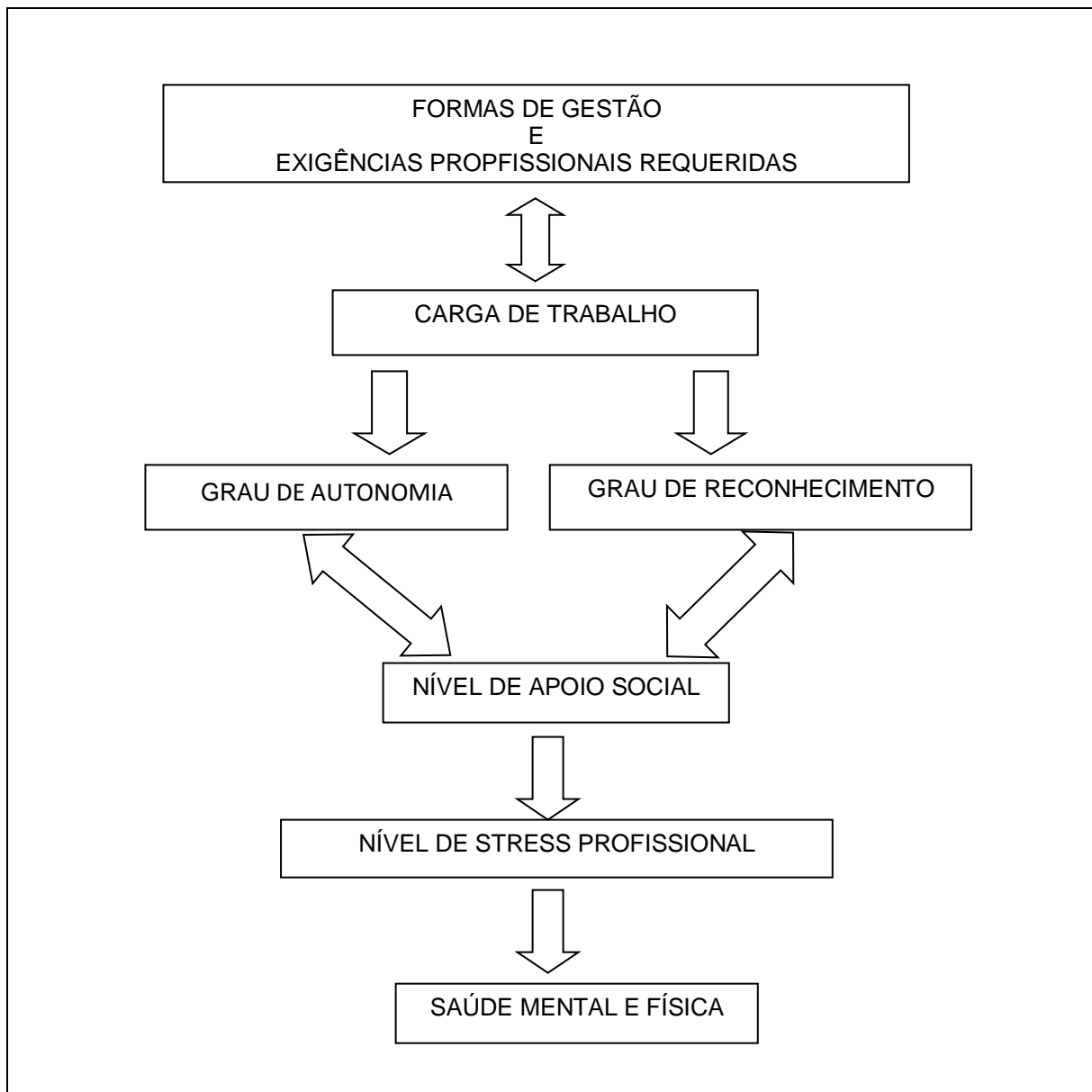
A autora ainda comenta que uma terceira dimensão, a do apoio social no ambiente de trabalho, foi acrescentada ao modelo por Johnson, em 1988. Esta dimensão foi definida por seus autores como os níveis de interação social existentes no trabalho, tanto com os colegas quanto com os chefes. A inexistência dessa interação também pode gerar consequências negativas à saúde do trabalhador (ALVES *et al.*, 2004).

Outra importante visão teórica para explicar o estresse ocupacional é apresentada por Chanlat (1990)<sup>3</sup>, citado por Zille (2005), em que o estresse ocupacional pode ser explicado por meio de seis categorias principais: a forma de gestão e as exigências profissionais requeridas; a carga de trabalho (física, mental e afetiva); o grau de autonomia do trabalhador para desenvolver suas atividades; o grau de reconhecimento que possui (conhecimento, experiência, *know-how*); o nível de apoio social (hierarquia, pares, família, amigos); e o nível de estresse profissional que tem relações com a saúde mental e física do indivíduo (FIG. 5).

---

<sup>3</sup> CHANLAT, J. F. Travail e santé mentale: théories du stress et psychopathologie du travail. Prevenir. France: Université Grenoble II, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, n. 20, premier semestre, 1990.

Figura 5 - Modelo de estresse ocupacional



Fontes: a) CHANLAT, J. F. Travail e santé mentale: théories du stress et psychopathologie du travail. Prevenir. France: Université Grenoble II, Coopérative d'édition de la vie mutualiste, n. 20, premier semestre, 1990. b) Zille (2005, p. 104)

e) *Modelo teórico de explicação do estresse ocupacional em gerentes (MTEG)* - mais recente, foi desenvolvido por Zille (2005), adaptado à realidade brasileira, e serviu de referência para a realização desta pesquisa.

De acordo com o autor, o modelo constitui-se de cinco construtos de primeira ordem: fontes de tensão no trabalho (FTT), fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial (FTI), mecanismos de regulação (MECREGUL), sintomas de estresse (SINTOMAS) e impactos no trabalho (IMPACTOS). Cada construto de primeira



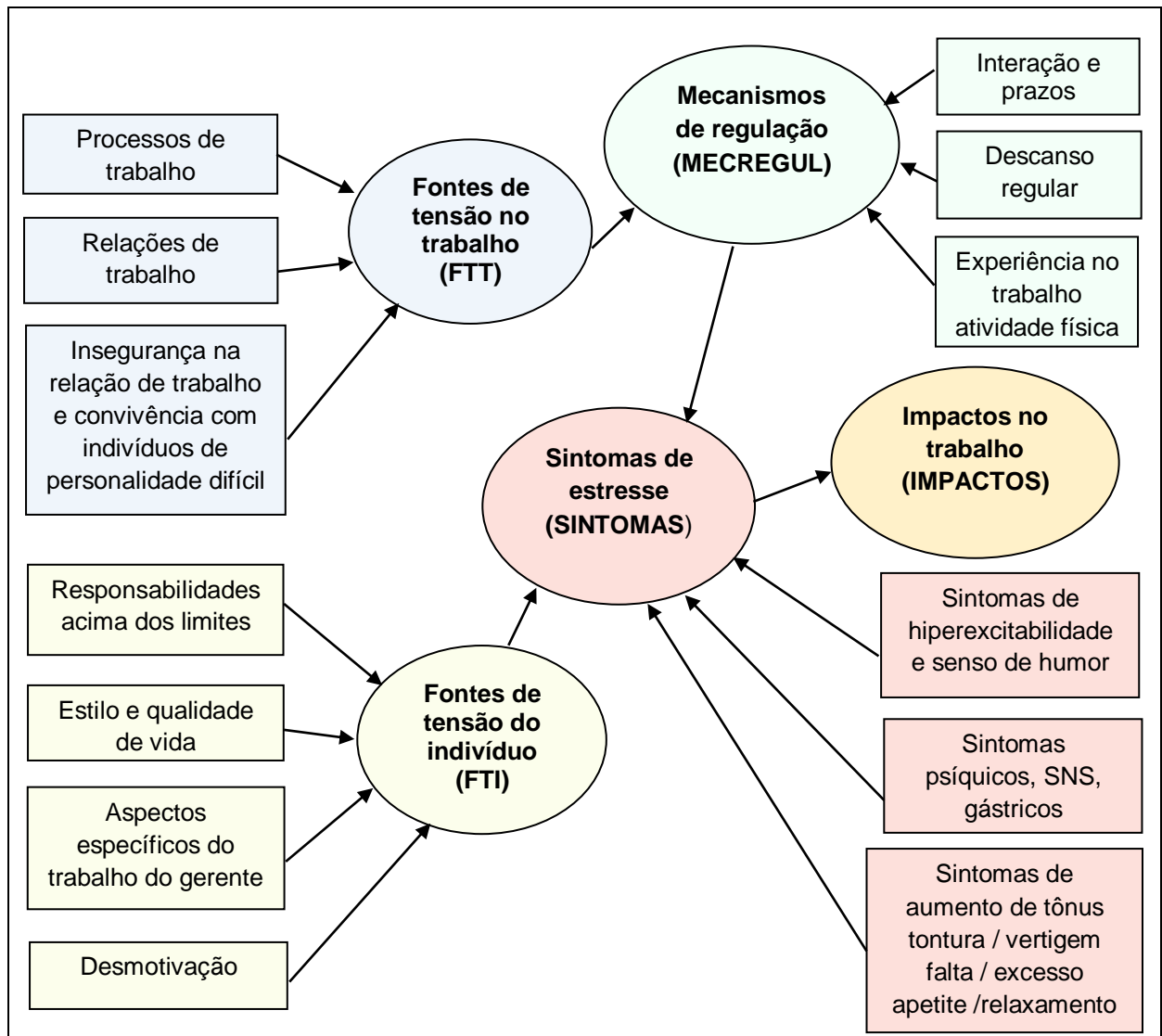
ordem é explicado pelos construtos de segunda ordem, que estão relacionados aos seus respectivos indicadores, que compõem o questionário aderente ao MTEG, utilizado neste estudo (Anexo A).

Os construtos de segunda ordem que explicam a FTT são: processos de trabalho, relações de trabalho, insegurança na relação de trabalho e convivência com indivíduos de personalidade difícil. Os construtos de segunda ordem que explicam FTI são: responsabilidades acima dos limites; estilo e qualidade de vida; aspectos específicos do trabalho do gerente e desmotivação. Os construtos de segunda ordem que explicam MECREGUL são: interação e prazos, descanso regular e experiência no trabalho, e atividade física. Os construtos de segunda ordem que explicam SINTOMAS são: sintomas de hiperexcitabilidade e senso de humor, sintomas psíquicos, do sistema nervoso simpático (SNS) e gástrico, e sintomas de aumento do tônus, tontura ou vertigem, falta ou excesso de apetite e relaxamento (ZILLE, 2005).

No caso de IMPACTOS, os construtos são explicados de forma direta por meio de seus respectivos indicadores: dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram lembrados com naturalidade, dificuldade de concentração no trabalho, desgaste nos relacionamentos interpessoais no trabalho e fora dele, perda do controle em relação aos eventos da vida, como trabalho, família e contexto social, redução na eficiência no trabalho, dificuldades em relação à tomada de decisões e fuga das responsabilidades do trabalho (ZILLE, 2005).

A FIG. 6 ilustra o MTEG.

Figura 6 - Modelo teórico para explicar o estresse ocupacional em gerentes – MTEG



Fonte: Zille (2005, 191)

A seguir, apresentam-se as pesquisas sobre o estresse ocupacional com os gestores.

## 2.7 Pesquisas sobre estresse em gestores

Esta seção apresenta pesquisas relacionadas ao estresse ocupacional realizadas no período de 2004 a 2014, recorrendo às bases de dados na busca por palavras-chave como “*stress*”, “estresse”, “estresse ocupacional”, “pressão no trabalho” e estresse no trabalho”. A seguir, apresentam-se, de forma sintetizada e em ordem cronológica decrescente, algumas pesquisas realizadas no Brasil relacionadas ao

estresse ocupacional no período mencionado. Procurou-se evidenciar aqui os objetivos e a metodologia dos trabalhos e os resultados obtidos pelos diversos autores.

Maffia e Zille (2013) realizaram pesquisa descritiva do tipo *survey*, de abordagem quantitativa e qualitativa, com o objetivo de identificar e analisar os quadros de estresse ocupacional, as causas e os principais sintomas, mecanismos de regulação e indicadores de possíveis impactos no trabalho de 181 trabalhadores que exercem a função de gestor nas Secretarias de Estado de Minas Gerais, tendo como referência o Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional em Gerentes (MTEG) (ZILLE, 2005). Foram utilizados como instrumento de coleta dos dados questionário e entrevistas semiestruturadas. Ao se analisar o nível de intensidade do estresse ocupacional dos gestores, constatou-se que 134 gestores, ou 74,0%, apresentaram quadro de estresse instalado, variando de leve a moderado a muito intenso.

Em relação aos resultados, observou-se que os principais sintomas físicos foram: fadiga e dor nos músculos do pescoço e dos ombros, com manifestação em mais da metade dos gestores diagnosticados com estresse. Entre os sintomas psíquicos, ansiedade e angústia estavam presentes em mais de um terço dos gestores com estresse. Nervosismo e irritabilidade ocorreram em mais de um quarto dos gestores com estresse. Foram analisadas as fontes de tensão relacionadas ao trabalho tendo-se constatado que “não ter tempo para viver com mais qualidade de vida”, “vivenciar conflitos decorrentes da necessidade de ser inovador e dotado de autonomia e ao, mesmo tempo, ter que subordinar-se às normas institucionais”, além de “ter dificuldade de conciliar vida profissional e pessoal” e “vivenciar conflitos por perceber-se em sobrecarga e não ter como questionar a mesma, por exercer função de gestor” foram as fontes identificadas com maior frequência no grupo dos gestores pesquisados, que evidenciaram estresse.

Zille *et al.* (2011) analisaram o estresse ocupacional em trabalhadores que ocupam a função gerencial em empresas privadas no estado de Minas Gerais. O objetivo foi identificar os principais fatores relacionados à pressão excessiva no trabalho, os

níveis de estresse ocupacional, seus principais sintomas e os reflexos dessas manifestações no trabalho desses profissionais.

Para isso, utilizou-se abordagem quantitativa, de natureza descritivo-explicativa. Como estratégia, utilizaram-se a pesquisa de campo e o *survey*, com amostra por acessibilidade de 637 indivíduos. Os dados foram coletados por meio de questionário. Os resultados demonstraram que 75,7%, ou 482, dos gerentes estudados apresentaram quadro de estresse. Identificou-se também que os gestores que apresentaram níveis mais significativos de estresse foram aqueles que ocupavam a gerência intermediária. Outro dado que chamou atenção foi que 27,0%, ou 167, desses gestores apresentaram problemas de saúde.

Os principais sintomas identificados foram: ansiedade, nervosismo, fadiga, irritabilidade sem motivos aparentes, angústia e dor nos músculos do pescoço e dos ombros. Em relação às principais fontes de tensão excessivas relacionadas ao trabalho, identificaram-se execução de várias atividades ao mesmo tempo com alto grau de cobrança; estabelecimento de prazos apertados, sem possibilidade de alterações; e filosofia praticada pela alta direção das empresas, pautada pela obsessão e compulsão por resultados.

Em relação às fontes de tensão mais importantes relacionadas aos próprios indivíduos identificaram-se: “ter o dia tomado por uma série de compromissos de trabalho, com pouco ou nenhum tempo livre”; “levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo”; e “não conseguir desligar-se das questões relacionadas ao trabalho, mesmo quando não havia exigências para tal.”

Os principais possíveis indicadores de impactos no trabalho foram: desejo de trocar de emprego com frequência; forte sentimento de desmotivação em relação ao trabalho e organização; e, em muitas ocasiões, perder o controle relativo aos eventos da vida, entre eles o trabalho.

Estudo sobre as fontes de tensão e seus impactos na produtividade foi realizado por Braga e Zille (2010) com base em um estudo de caso caracterizado como descritivo-

explicativo, o qual se propunha a analisar uma amostra de 62 gestores de uma organização do setor de prestação de serviços em energia elétrica, com a finalidade de identificar as principais fontes de tensão e os possíveis indicadores de impactos no trabalho de um grupo de gestores do setor de energia elétrica de uma empresa na região Sudeste brasileira, a partir das transformações na função gerencial nos últimos anos.

A coleta de dados foi realizada por meio do questionário aderente ao Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional em Gerentes – MTEG (Zille, 2005). Os resultados apontaram que dos 62 gestores pesquisados 39, ou 62,9%, apresentaram quadro de estresse ocupacional, sendo que destes 32, ou 51,61%, estresse leve a moderado e 7, ou 11,29%, estresse intenso.

Em relação às fontes de tensão no trabalho, identificaram-se a sobrecarga de trabalho, uso frequente das tecnologias de gestão e execução de várias atividades ao mesmo tempo, com alto grau de cobrança e com prazos apertados como rotina no trabalho. Os possíveis impactos no trabalho foram evidenciados, principalmente, por: diminuição da eficiência na execução das atividades; dificuldade de lembrar fatos recentes que anteriormente eram facilmente lembrados; dificuldade de concentração e desgaste nos relacionamentos interpessoais, no trabalho e fora dele; dificuldade de lembrar fatos recentes que anteriormente eram facilmente lembrados; e dificuldade de concentração.

Bonanato, Stefano e Raifur (2009) realizaram estudo com o objetivo de identificar os fatores de estresse no ambiente de trabalho que podem ser causados por sua natureza e suas condições, relacionadas a conflitos interpessoais entre o trabalho e as obrigações pessoais e às necessidades pessoais de auto realização em uma Universidade Pública do Estado do Paraná. Trata-se de pesquisa de caráter exploratório, com procedimentos de interrogação/comunicação, por meio de questionário. Os dados primários foram coletados por meio de questionário. O universo pesquisado era formado por 115 agentes universitários efetivos que desempenham funções operacionais ou ocupam funções/cargos de gerência ou supervisão.

Os resultados demonstraram que tanto homens quanto mulheres apresentaram níveis elevados de estresse. As mulheres pesquisadas apresentaram maior incidência de problemas físicos relacionados ao estresse do que os homens. A atividade física revelou-se uma importante forma de a organização diminuir ou, até, evitar o estresse entre seus funcionários, implementando programas no próprio ambiente institucional.

Costa e Honório (2009) realizaram um estudo de caso cujo objetivo foi descrever as características gerais dos fatores de pressão no trabalho de gerentes de uma grande usina siderúrgica brasileira e as estratégias que eles utilizam para lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como referência o modelo de estresse ocupacional de Cooper, Sloan e Williams (1988).

O método de pesquisa utilizado foi estudo de caso quantitativo, com característica descritiva e explicativa, utilizando-se do questionário como técnica para o levantamento dos dados. Os resultados revelaram uma pressão moderada no trabalho dos gerentes pesquisados.

Os fatores de pressão que mais impactam os gerentes pesquisados associam-se ao inter-relacionamento e àqueles intrínsecos ao trabalho. Disponibilidade constante para o atendimento das pessoas, execução de várias atividades simultaneamente com alto grau de cobrança e filosofia da alta administração pautada pela obsessão e compulsão por resultados foram considerados os indicadores mais significativos de pressão no trabalho. Conversar com amigos foi a estratégia mais utilizada pelos gerentes para combater as fontes de pressão excessiva no trabalho.

Em síntese, considerando que os estudos mencionados realizaram pesquisas sobre o estresse ocupacional com gerentes adotando metodologias diferenciadas, em todas elas, constatou-se a presença de quadros de estresse ocupacional decorrentes do trabalho gerencial.

Em relação aos sintomas de estresse, identificou-se que fadiga e dor nos músculos do pescoço e dos ombros, ansiedade e angústia, nervosismo e irritabilidade foram os mais recorrentes e manifestaram em mais da metade dos gestores

diagnosticados com estresse. Melo, Cassini e Lopes (2011) argumentam sobre a importância de se conhecer as fontes de estresse dos gerentes, para se analisar as condições do trabalho e propor melhoria na qualidade de vida desses profissionais.

Quanto às fontes de tensão relacionadas ao trabalho do gerente, constatou-se que sobrecarga de trabalho somada à execução de várias atividades executadas simultaneamente, prazos apertados como rotina no trabalho, vários compromissos de trabalho, com pouco ou nenhum tempo livre, falta de tempo para se ter mais qualidade de vida e os conflitos pessoais em busca de ser inovador e ter mais autonomia foram os principais fatores desencadeadores de tensão excessiva no trabalho dos gerentes pesquisados.

Forte sentimento de desmotivação em relação ao trabalho e à organização, dificuldade de concentração, desgaste nos relacionamentos interpessoais, no trabalho e fora dele, diminuição da eficiência no trabalho e dificuldade de lembrar fatos recentes que anteriormente eram facilmente lembrados foram considerados os principais fatores que podem estar causando impactos na vida e na saúde dos gerentes. Isso vai ao encontro de Melo, Cassini e Lopes (2011) quando afirmam que os impactos provocados pelas constantes manifestações de tensão nos ambientes organizacionais provocam o estresse no trabalho.

A seguir, desenvolve-se a metodologia que embasou esta dissertação.

### **3 METODOLOGIA DA PESQUISA**

Neste capítulo, apresentam-se os elementos relacionados à metodologia do estudo, envolvendo: tipo, método e abordagem de pesquisa, unidade de análise, coleta e análise dos dados.

#### **3.1 Tipo, método e abordagem da pesquisa**

Esta pesquisa realizada se caracteriza como descritiva, que, segundo Cervo e Bervian (2002, p. 67), “trata-se do estudo e da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada”.

Na concepção de Gil (2010, p. 27), a pesquisa descritiva tem por objetivo primordial descrever as características de determinada população ou fenômeno, como também estabelecer as relações entre as variáveis estudadas. Conforme explica o autor, uma das características desse tipo de pesquisa consiste na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Assim, a pesquisa descreve as características da população e fenômeno estudado - no caso específico, o estresse ocupacional -, bem como estabelece relações entre as variáveis do estudo.

Como método de pesquisa, foi utilizado o estudo de caso quantitativo, que, segundo Cervo e Bervian (2002, p. 67), “é uma pesquisa sobre um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade que seja representativo do seu universo, para examinar aspectos variados de suas vidas”. Yin (2005, p. 32) acrescenta que é uma “investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real”.

Para atingir o objetivo proposto - Identificar e analisar os níveis de estresse e suas decorrências na percepção dos gestores administrativos de um hospital público universitário na cidade de Belo Horizonte -, adotou-se a abordagem quantitativa, que, na concepção de Vianna (2001, p. 121), “envolve dados numéricos, trabalhados a partir de procedimentos estatísticos variados e adequados a cada situação específica”.



Na visão de Hair Jr. *et al.* (2005, p. 100), a abordagem quantitativa envolve “mensurações em que números são usados diretamente para representar as propriedades de algo”. De acordo com os autores, os dados são coletados por meio de questionários e, por se apresentarem na forma numérica, utiliza-se a estatística para a sua análise. Dessa forma, obtiveram-se dados quantitativos sobre a percepção dos gestores administrativos da instituição pesquisada em relação às variáveis de estresse observadas.

### **3.2 Unidade de análise**

De acordo com Collis e Hussey (2005, p. 73), unidade de análise “é o tipo de caso aos quais as variáveis ou fenômenos sendo estudados se referem, e sobre o qual se coletam e analisam os dados”.

Na visão de Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2004), para determinar a unidade de análise é preciso definir se o que interessa ao estudo é uma empresa, um grupo, distintos subgrupos ou determinados sujeitos.

Com base nos conceitos abordados, a unidade de análise nesta pesquisa foram os gestores administrativos de um hospital público universitário integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), que realiza atividades de assistência, ensino e pesquisa no estado de Minas Gerais. A escolha da instituição se deu por sua relevância no ensino e tratamento de patologias de alta complexidade. Foram pesquisados 100%, ou 86, dos gestores que ocupam as funções de gerência e coordenação administrativa da instituição estudada.

### **3.3 Coleta de dados**

Para viabilizar a coleta de dados, aplicou-se o questionário aderente ao Modelo Teórico de Explicação do Estresse Ocupacional em Gerentes (MTEG), desenvolvido e validado por Zille (2005), adaptado para esta pesquisa (Anexo A).

De acordo com Gil (2010), o questionário é uma técnica de investigação composta por um número de questões apresentadas por escrito às pessoas, como o objetivo

de conhecer suas opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas.

O questionário em referência foi estruturado em cinco partes: dados demográficos, funcionais, hábitos vida e saúde; sintomas de estresse, fontes de tensão do indivíduo e indicadores de impacto no trabalho; fontes de tensão no trabalho; fontes de tensão decorrentes do papel gerencial (gestão); e mecanismos de regulação (*coping*).

Os questionários foram aplicados de forma individual a cada um dos gestores. Após, os dados foram inseridos em uma planilha do Excel 2010 e processados, com a utilização do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.

### **3.4 Análise dos dados**

Os dados foram analisados com base na estatística uni e bivariada. De acordo com Hair Jr *et al.* (2005), a estatística univariada utiliza apenas uma variável por vez para fazer generalizações sobre uma população a partir de uma amostra, ao passo que a técnica bivariada envolve duas variáveis para a análise dos dados.

Os dados coletados foram tratados estatisticamente, utilizando-se métodos da estatística descritiva univariada adequados à construção da distribuição de frequência e cálculos das medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medida de dispersão (desvio padrão) e das separatrizes, percentis 25 e 75.

Na estatística bivariada, observaram-se as associações dos dados demográficos e funcionais e dos hábitos de vida e de saúde com os níveis de estresse identificados junto aos indivíduos pesquisados.

A seguir, descreve-se a ambiência da pesquisa.

## 4 AMBIÊNCIA DA PESQUISA

O conteúdo apresentado neste capítulo, referente ao Hospital Público, foi retirado do *site* da instituição, cujo nome não será revelado, para preservar sua identidade, ficando doravante designado como “Hospital Público”.

Os hospitais universitários funcionam como locais de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoal, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem a área acadêmica com a de serviço, no campo da saúde (MEC, 2015).

As faculdades de medicina sempre utilizaram hospitais para formar seus alunos. Estes hospitais são considerados como unidades especiais vinculadas à Universidade. Por ser campo de ensino para os cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Nutrição, Fonoaudiologia, Gestão em Saúde e Tecnologia em Radiologia, o Hospital Público passou a ser referência nos sistemas de saúde municipal e estadual no tratamento de patologias complexas.

Como centro de formação de profissionais de saúde, o Hospital Público tem como Missão: “Desenvolver a assistência na área da saúde com eficiência e eficácia e, de forma indissociável e integrada, o ensino, a pesquisa e a extensão, constituindo-se como referência junto à sociedade”. Tem como Visão: “Ser um modelo de excelência em saúde, com sustentabilidade e responsabilidade socioambiental, preservando sua identidade como hospital universitário no negócio de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, com ênfase na atenção especializada, formação de recursos humanos e produção de conhecimento em saúde”.

O Hospital Público tem como Valores: “Ética, respeito e transparência, comprometimento com o ensino, produção de conhecimentos, inovação, profissionalismo, humanização, equidade, responsabilidade patrimonial e socioambiental”.

Diante da necessidade de repensar a estrutura organizacional e funcional da instituição, o Hospital Público desenvolveu um projeto de reorganização administrativa e gerencial com o propósito de tornar a gestão mais eficiente, participativa e moderna.

No final da década de 1990, a partir da realização de um seminário que contou com a participação de representantes de todos os setores da instituição, definiu-se a implantação de um modelo de gestão descentralizado, mediante a definição de metas e compromissos pactuados com a Direção Geral. Tal iniciativa deu origem à criação das Unidades Funcionais, responsáveis, perante a Direção, pela elaboração do planejamento e gerenciamento. A gestão administrativa foi descentralizada, por meio de unidades que foram implantadas, com orçamento e planejamento próprios, incluindo a captação e a alocação de recursos financeiros. O objetivo era promover a reestruturação administrativa e gerencial, somada à melhoria dos serviços prestados (JORGE, 2001).

Em 2010, com apoio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários, foram adotadas medidas que contemplam a reestruturação física e tecnológica das Unidades, com a modernização do parque tecnológico, a revisão do financiamento da rede, com aumento progressivo do orçamento destinado às instituições, a melhoria dos processos de gestão, a recuperação do quadro de recursos humanos e o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas às atividades de ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde (MEC, 2015).

Integrando um conjunto de ações empreendidas pelo Governo Federal para recuperar os hospitais universitários e com a finalidade de dar prosseguimento ao processo de sua recuperação, foi criada, em 2011, uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação para atuar no sentido de modernizar a gestão dos hospitais universitários federais (MEC, 2015), com a competência para:

- “Administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, integralmente disponibilizados ao Sistema Único de Saúde.

- Prestar, às instituições federais de ensino superior e a outras instituições públicas congêneres, serviços de apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, em consonância com as diretrizes do Poder Executivo.
- Apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições públicas congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS.
- Prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições públicas congêneres.
- Prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições públicas congêneres, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas” (MEC, 2015).

O Hospital Público disponibiliza atualmente 556 leitos, sendo 451 normais, 95 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 10 de isolamento. Segundo a classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), possui quatro tipos de leitos complementares: UTI para adultos, pediátrico e neonatal e leitos de isolamento. Conta com 344 consultórios, sendo 287 de médicos e 57 de outros profissionais de saúde. Abriga 39 programas de residência médica, com 24 áreas de subespecialidades e dois programas de residência multiprofissional. Além disso, apresenta uma estrutura de ensino e pesquisa que inclui 15 salas de aula e 2 bibliotecas. Atualmente, conta, 1.644 empregados concursados, 1.226 contratados pela Empresa Pública, 54 auxiliares administrativos da Cruz Vermelha, 779 profissionais autônomos e contratos, dentre os quais profissionais terceirizados, como os vinculados à limpeza e aos serviços de portaria e ao setor de Nutrição e Dietética. Além desse contingente, o hospital atende, 408 docentes e 477 médicos residentes, totalizando 4.588 servidores.

A Tabela 1 descreve as Unidades Funcionais, com suas respectivas funções gerenciais e o número de gestores ocupantes dos cargos existentes no Hospital Público, que constituíram a unidade de análise dessa dissertação.

Tabela 1 - Unidades funcionais e cargos gerenciais

(Continua)

Unidade Funcional	Quadro total de gestores	
	Função	Quantitativo
Imaginologia	Gerente	1
	Coordenador administrativo	2
Unidades ambulatoriais	Gerente	1
	Coordenador administrativo	6
Centro Cirúrgico	Gerente	1
	Coordenador administrativo	2
Clínico Cirúrgica	Gerente	1
	Coordenador administrativo	5
Clínica Médica	Gerente	1
	Coordenador administrativo	2
Engenharia Hospitalar	Gerente	1
	Coordenador administrativo	1
Farmácia	Gerente	1
	Coordenador administrativo	1
Financeiro	Gerente	1
	Coordenador administrativo	5
Gestão de Materiais	Gerente	1
	Coordenador administrativo	2
Ginecologia e Obstetrícia	Gerente	1
	Coordenador administrativo	3
Hematologia e Oncologia	Gerente	1
	Coordenador administrativo	5
Gastroenterologia	Gerente	1
	Coordenador administrativo	2
Cuidados Intensivos Adultos	Gerente	1
	Coordenador administrativo	1
Infraestrutura	Gerente	1
	Coordenador administrativo	3
Unidade Multiprofissional	Gerente	1
	Coordenador administrativo	1
Oftalmologia	Gerente	1
	Coordenador administrativo	1
Pediatria	Gerente	1
	Coordenador administrativo	2
Unidade Laboratorial	Gerente	1
	Coordenador administrativo	5
Pronto Atendimento	Gerente	1
	Coordenador administrativo	1
Serviço de Nutrição	Gerente	1
	Coordenador administrativo	4

(Conclusão)

Unidade Funcional	Quadro total de gestores	
	Função	Quantitativo
Esterilização de Materiais	Gerente	1
	Coordenador administrativo	3
Departamento de gestão de pessoas	Gerente	1
	Coordenador administrativo	6
Vice-Diretoria técnica de enfermagem	Gerente	2
	Coordenador administrativo	1
Total		86

Fonte: Dados do *site* da instituição a ser pesquisada.

As Unidades Funcionais constantes da tabela 1 aglutinaram os processos administrativos e de gestão ora em funcionamento na instituição hospitalar. Constatam unidades relacionadas aos serviços especializados proporcionadas pelo hospital, como imagiologia, ginecologia e obstetrícia, hematologia e oncologia, gastroenterologia, oftalmologia e pronto-atendimento. Estão presentes também serviços de apoio na área de saúde, como unidades ambulatoriais, engenharia hospitalar, farmácia, cuidados intensivos de adultos, unidade multiprofissional, laboratorial, serviço de nutrição e esterilização de materiais. Por fim, constam as unidades de apoio administrativo, como financeiro, gestão de materiais, infraestrutura, gestão de pessoas e vice-diretoria técnica de enfermagem.

Na totalidade dessas unidades, atuam 86 gestores, que foram os sujeitos objeto do estudo ora apresentado.

A seguir, procede-se à análise e apresentação dos resultados obtidos por este estudo.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar e analisar os resultados deste estudo. Procede-se à descrição do perfil dos sujeitos pesquisados, considerando as variáveis demográficas e ocupacionais, bem como os hábitos de vida e de saúde dos sujeitos pesquisados; à análise do estresse ocupacional, à discussão dos indicadores de impacto no trabalho; à apresentação dos mecanismos de regulação (*coping*); e à associação do estresse ocupacional dos gestores com as variáveis demográficas e ocupacionais e os hábitos de vida e de saúde dos pesquisados.

### 5.1 Variáveis demográficas e ocupacionais, hábitos de vida e de saúde dos pesquisados

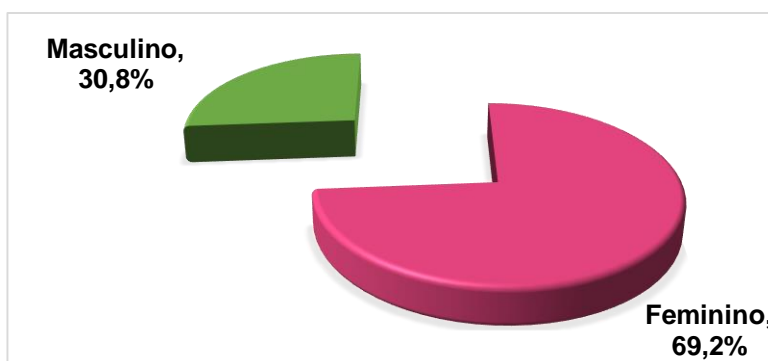
O estudo foi realizado com 86 gestores que trabalham em um hospital público universitário, dos quais obteve-se o retorno de 52 (60,5%) questionários respondidos e validados. Os participantes são ocupantes de funções gerenciais, atuando em cargos de gerência e coordenação administrativa da instituição em estudo.

A seguir, apresentam-se as variáveis demográficas do estudo.

#### 5.1.1 Variáveis demográficas

Em relação aos dados demográficos, - 36 gestores, ou 69,2%, são do sexo feminino e 16, ou 30,8%, do sexo masculino (GRÁF. 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos pesquisados por gênero

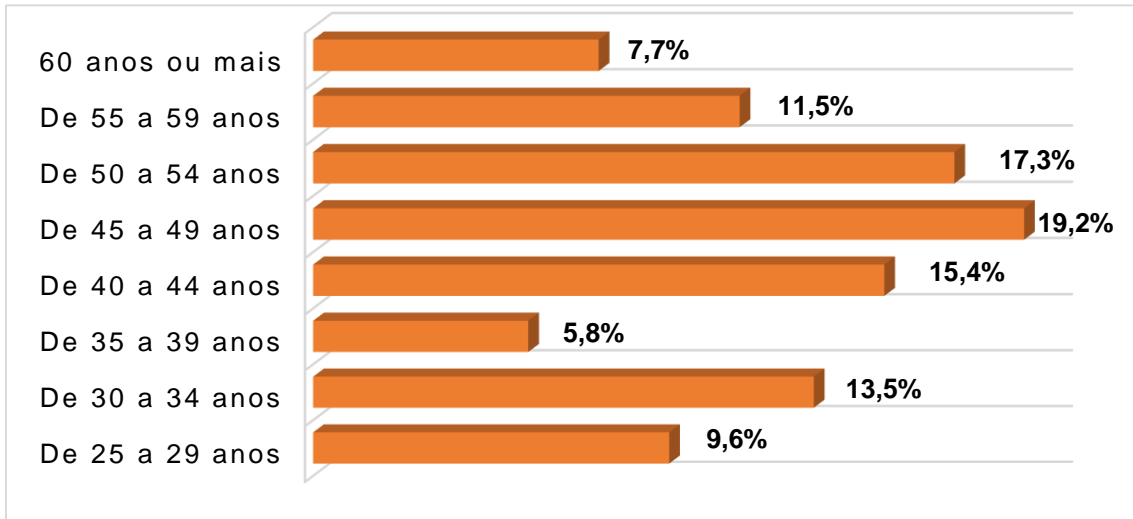


Fonte: Dados da pesquisa, 2015.



A idade dos respondentes, variou entre 25 e 60 anos. Foram definidas previamente oito faixas etárias. A de 45 a 49 anos foi a que registrou a maior concentração de gestores: 10 gestores, ou 19,2%; a de 50 a 54 anos, 9 gestores, ou 17,3%; a de 60 anos ou mais, 4 gestores, ou 7,7% (GRÁF. 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos pesquisados por faixa etária

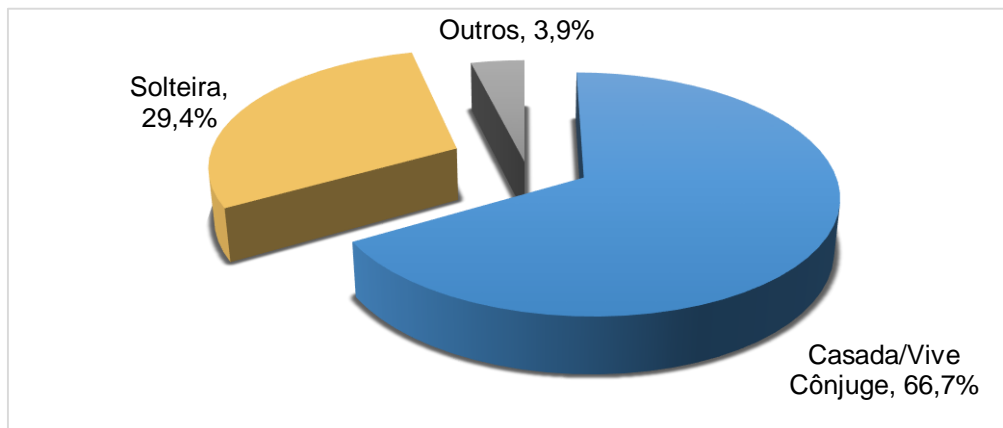


Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Esses dados mostram que (52%) dos gestores estão na faixa etária entre 40 a 59 anos, o que aponta para uma mão de obra com certo nível de maturidade.

Em relação ao estado civil, 34 gestores, ou 66,7%, são casados ou vivem com o cônjuge; 15, ou 29,4%, são solteiros; e outros 2 gestores, ou 3,9%, disseram manter outro tipo de vínculo conjugal (GRÁF. 3).

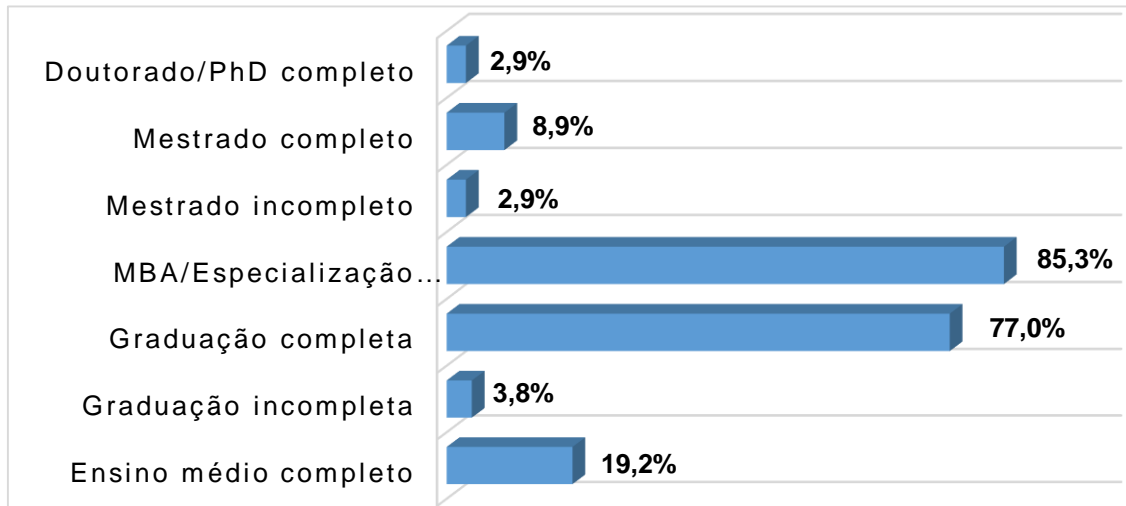
Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos pesquisados por estado civil



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto à escolaridade, 29, ou 85,3%, possuem cursos de pós-graduação em nível *lato sensu* (MBA/especialização); mestrado já iniciado ou concluído, 4, ou 11,7%; e doutorado já iniciado ou concluído, 1, ou 2,9%. Os gestores que possuem apenas o ensino médio completo são 10, ou 19,2% (GRÁF. 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos pesquisados por nível de escolaridade



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com base nos dados do GRÁF. 4, observa-se que a maioria absoluta dos gestores possui escolaridade elevada, que vai do MBA/Especialização ao doutorado. Esses dados podem ser explicados pela existência de um plano de carreira na instituição que incentiva a qualificação de seus servidores e, ainda, pela própria característica do hospital, voltado para o segmento de ensino e pesquisa.

### 5.1.2 Variáveis ocupacionais

Considerando os aspectos relativos ao trabalho, buscou-se realizar a distribuição dos sujeitos pesquisados em função de: tipo de vínculo trabalhista, setor de trabalho, nível hierárquico, tempo na função como gestor e carga horária semanal de trabalho.

Ao se considerar o tipo de vínculo trabalhista mantido com a instituição, apurou-se que 28 dos gestores, ou 54,9%, são estatutários, concursados (TAB. 2).

Tabela 2 - Distribuição dos gestores pesquisados por vínculo trabalhista

Vínculo	Frequência	
	N	%
Estatutário	28	54,9
Celetista	21	41,2
Contratos	2	3,9
Total	64	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A análise da distribuição dos sujeitos pesquisados por setor de trabalho revelou que a Unidade Laboratorial foi o setor que teve o maior número de participantes na pesquisa, 6, ou 9,2%, seguindo-se Ambulatórios, Serviço de Nutrição e Clínica Cirúrgica, cada um com 5 gestores, ou 7,7%. Os demais setores que tiveram o mesmo número de participantes foram: Financeiro, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia e Oncologia e Esterilização de Materiais, com 4, ou 6,2%; Imaginologia, Centro Cirúrgico, Gastroenterologia, Pediatria e Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem, com 3, ou 4,6%; Clínica Médica, Departamento de Gestão de Pessoas, Infraestrutura e Unidade Multiprofissional, com 2, ou 3,1%. Os demais setores, Cuidados Intensivos de Adultos, Engenharia Hospitalar, Farmácia, Materiais e Pronto Atendimento, apresentaram o menor número de participantes, 1, ou 1,5%. O setor de Oftalmologia não teve a participação de nenhum respondente (TAB. 3).

Tabela 3 - Distribuição dos gestores pesquisados por setor do hospital

Setor de trabalho	Setor de trabalho		Número de gestores participantes	
	N	%	N	%
Unidade Laboratorial	6	7,0	6	9,2
Ambulatórios	7	8,1	5	7,7
Clínico Cirúrgica	6	7,0	5	7,7
Serviço de Nutrição	5	5,8	5	7,7
Financeiro	6	7,0	4	6,2
Ginecologia e Obstetrícia	4	4,6	4	6,2
Hematologia e Oncologia	5	5,8	4	6,2
Esterilização de Materiais	4	4,6	4	6,2
Imaginologia	3	3,5	3	4,6
Centro Cirúrgico	3	3,5	3	4,6
Gastroenterologia	4	4,6	3	4,6

(Conclusão)

Setor de trabalho	Setor de trabalho		Número de gestores participantes	
	N	%	N	%
Pediatria	3	3,5	3	4,6
Vice-Diretoria Técnica de Enfermagem	3	3,5	3	4,6
Clínica Médica	3	3,5	2	3,1
Departamento de Gestão de Pessoas	6	7,0	2	3,1
Infraestrutura	4	4,6	2	3,1
Unidade Multiprofissional	2	2,3	2	3,1
Cuidados Intensivos Adultos	2	2,3	1	1,5
Engenharia Hospitalar	2	2,3	1	1,5
Farmácia	1	1,2	1	1,5
Materiais	3	3,5	1	1,5
Pronto Atendimento	2	2,3	1	1,5
Oftalmologia	2	2,3	0	0,0
Total	86	100,0	65	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Analisando a distribuição dos sujeitos pesquisados por nível hierárquico na estrutura gerencial do hospital, constatou-se que 24 gestores, ou 46,2%, atuam na gerência intermediária; e 28, ou 53,8%; na gerência operacional, como coordenadores de setor (TAB. 4).

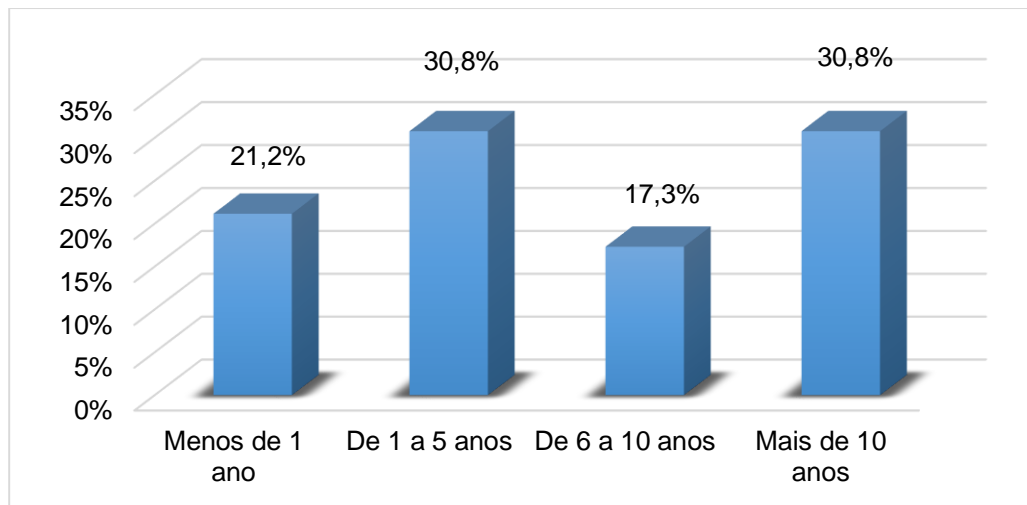
Tabela 4 - Distribuição dos gestores pesquisados por nível hierárquico

Nível hierárquico	Frequência	
	N	%
Gerência Intermediária	24	46,2
Gerência Operacional	28	53,8
Total	52	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto ao tempo de atuação como gestor na instituição em estudo, 16 gestores, ou 30,8%, estão há mais de dez anos na função; de 1 a 5 anos, 16, ou 30,8%; de 6 a 10 anos, 9, ou 17,3%; há menos de 1 ano, 11, ou 21,2% (GRÁF. 5). Considerando a proporção de gestores (52,0%) que estão na função até 5 anos, percebe-se uma mudança significativa no quadro gerencial da instituição. Isso pode ser explicado pelo tipo de contrato celebrado entre o Hospital Público e a empresa pública federal criada para gerir os HUs, por meio de um novo modelo de gestão.

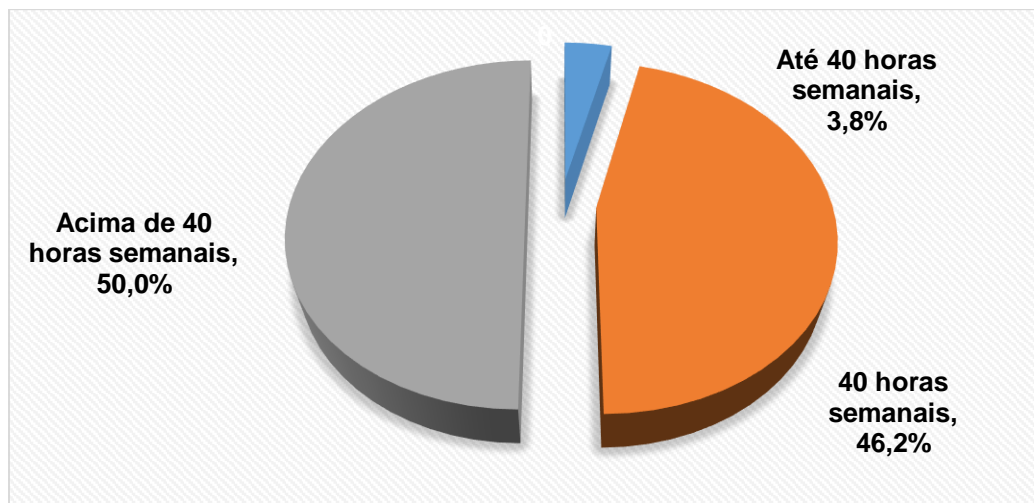
Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos pesquisados por tempo de atuação como gestor na instituição



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com relação à carga horária semanal de trabalho desenvolvida pelos gestores na instituição pesquisada, verificou-se que 46,2% trabalham 40 horas; 3,8%, até 40 horas; e 50,0%, acima de 40 horas semanais (GRÁF. 6)

Gráfico 6 - Distribuição dos sujeitos pesquisados por carga horária semanal de trabalho na instituição



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

### 5.1.3 Hábitos de vida e saúde

O consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento recorrente para 32 gestores, ou 61,5%; 20, ou 38,5%, revelaram que não consomem bebida alcoólica (TAB. 5).

Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto ao hábito de beber

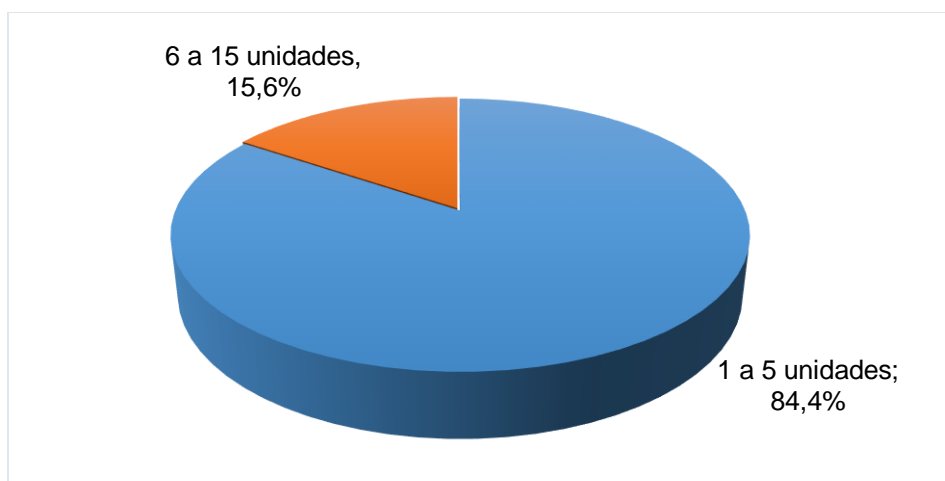
Consumo de álcool	Frequência	
	N	%
Sim	32	61,5%
Não	20	38,5%
Total	52	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Dentre os gestores que fazem uso de bebida alcoólica, 27, ou 84,4%, consomem de 1 a 5 unidades<sup>4</sup> por semana; e 5, ou 15,6%, de 6 a 15 unidades.

De acordo com o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LARANJEIRA *et al.*, 2007), 48% dos adultos brasileiros não bebem, 29% bebem até três vezes por mês e 24% bebem uma vez por semana ou mais. O percentual de consumidores de bebida alcoólica entre os gestores pesquisados foi superior ao encontrados neste levantamento (GRAF. 7).

Gráfico 7 - Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto ao consumo semanal de bebida alcoólica



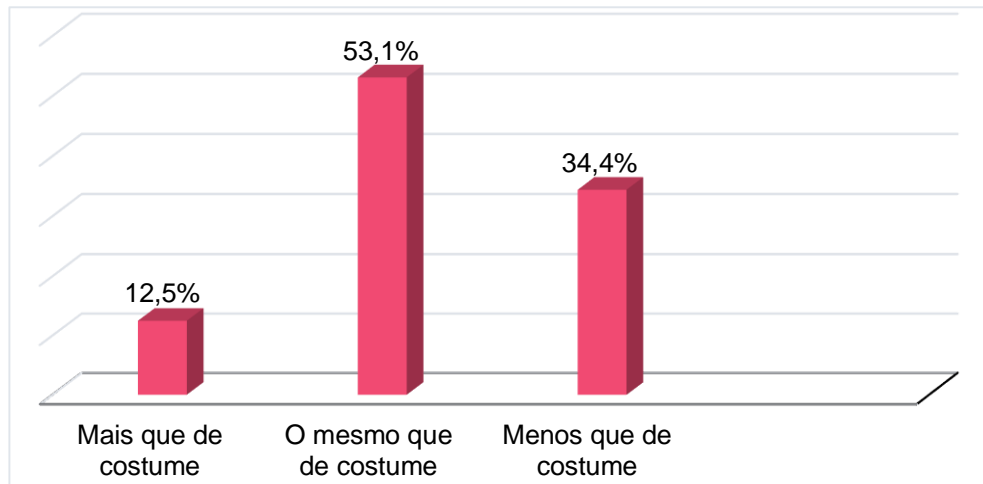
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Ainda em relação a este aspecto, o consumo de bebida alcoólica no Brasil cresceu 20% em seis anos, considerando o período de 2006 a 2012. Entre aqueles que bebem pelo menos uma vez por semana, passou de 45% para 54%. O aumento do consumo de álcool está diretamente relacionado ao aumento do poder aquisitivo.

<sup>4</sup> 1 Unidade = uma taça de vinho, uma caneca de chope, uma garrafa de cerveja ou uma dose de destilados.

Observou-se, também, o aumento do consumo em relação ao sexo feminino, tanto que em 2006 29% das mulheres bebiam com frequência, passado para 39% seis anos depois, ou seja, de 34,5% (GRILLO, 2013).

Gráfico 8 - Frequência do consumo de bebida alcoólica



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com relação à frequência com que têm bebido atualmente, 4 gestores, ou 12,5%, estão consumindo mais do que de costume; 17, ou 53,1%, a mesma quantidade; e 11, ou 34,4%, menos que de costume (GRÁF. 8).

De acordo com os dados da TAB. 6, identificou-se que 92,3% dos gestores não possuem o hábito de fumar. De acordo com Kopko (2015), houve queda de 30,7% no total de fumantes no Brasil nos últimos nove anos e que 10,8% dos brasileiros ainda mantém este hábito de fumar.

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto ao hábito de fumar

Fumam	Frequência	
	N	%
Sim	4	7,7
Não	48	92,3
Total	52	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Entre os gestores que fazem uso de cigarro, 1, ou 25,0% consome o mesmo que de costume; 1, ou 25,0%, menos que de costume; e 2, ou 50,0%, mais que de costume (TAB. 7).

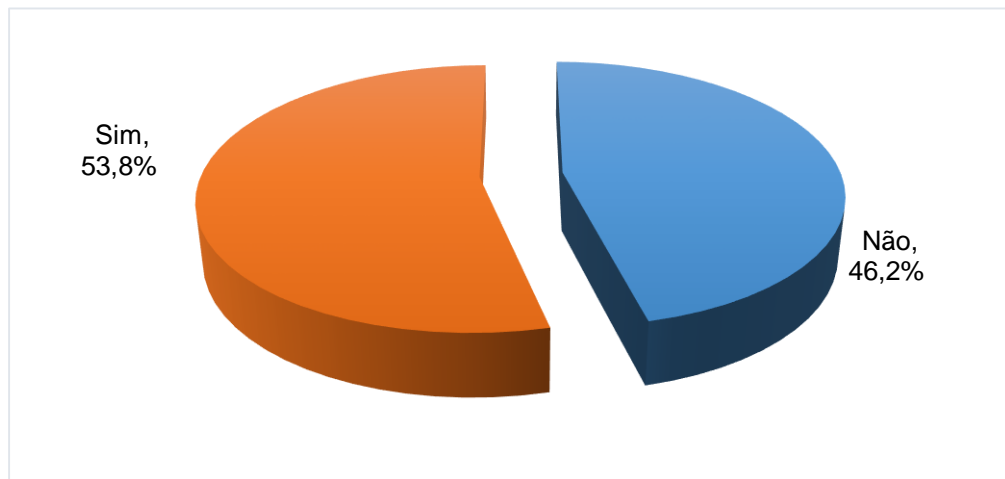
Tabela 7 – Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto à frequência do hábito de fumar

Hábito de fumar	Frequência	
	N	%
Mais que de costume	2	50,0
O mesmo que de costume	1	25,0
Menos que de costume	1	25,0
Total	4	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Quanto à incidência de problemas de saúde, o GRÁF. 9 mostra que 24 gestores, ou 46,2%, afirmaram ter apresentado algum problema de saúde nos últimos três meses.

Gráfico 9 - Distribuição dos sujeitos pesquisados quanto à ocorrência de problema de saúde



Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os principais problemas identificados foram: hipertensão arterial, gastrite, colesterol elevado e depressão. Oito gestores citaram mais de um problema de saúde ao mesmo tempo. Couto (1987), Cooper (1998) e Levi (2005) afirmam que esses sintomas podem ser provenientes do estresse na vida das pessoas.

Couto (1987); Cooper *et al.* (1988); Karasek, (1998); Levi 2005) apontam que algumas doenças, como, hipertensão arterial, gastrite, depressão, ansiedade, esofagite e cefaleia tensional, alguns tipos de câncer, estresse pós-traumático e alergia podem ser decorrentes de quadro de estresse, estando, portanto, relacionadas às manifestações de estresse.



Tabela 8 - Problemas de saúde apontados pelos gestores

<b>Problemas de saúde</b>	<b>Número de Citações</b>
Hipertensão arterial	12
Gastrite	5
Colesterol elevado	3
Depressão	3
Hipotireoidismo	2
Ansiedade/transtorno de ansiedade	2
Diabetes	1
Endometriose	1
Epilepsia	1
Refluxo gastro esofágico	1
Colite	1
Total	32

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Entre os sujeitos pesquisados, 31, ou 60,8%, disseram que praticam alguma atividade por *hobby*. As atividades mais citadas foram: leitura (12 citações), atividades físicas como caminhada, corrida, bicicleta, biodança, ginástica e dança (10 citações); e ir ao cinema ou assistir filmes (9 citações) (TAB. 9).

Tabela 9 - *Hobbies* mais praticados pelos sujeitos pesquisados

<b>Hobbie</b>	<b>Número de Citações</b>
Leitura	12
Atividade física (caminhada/corrída/bicicleta/biodança/ginástica/dança)	10
Cinema/filmes	9
Música	4
Passear	4
Cozinhar	3
Jogos	3
Viajar	3
Conversar com amigos	2
Esporte	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A seguir, apresenta-se a análise do estresse ocupacional, assim como os construtos do MTEG: sintomas, fontes de tensão no trabalho, fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial, indicadores de impactos no trabalho e os mecanismos de regulação (*coping*), na percepção dos sujeitos pesquisados.

## 5.2 Análise do estresse ocupacional

A TAB. 10 apresenta os critérios utilizados para a análise do estresse.

Tabela 10 – Critérios utilizados para a interpretação do estresse ocupacional segundo o MTEG

Nível de estresse	Valor de referência
Ausência de estresse	< 1,75
Estresse leve/moderado	> ou = 1,75 e < 2,46
Estresse intenso	> ou igual 2,46 e < 3,16
Estresse muito intenso	> ou igual 3,16

Nota: A escala utilizada para os valores de referência variou de 1,00 a 5,00.  
Fonte: ZILLE, 2005, p. 222-223.

De acordo com Zille (2005, p. 194 e 195), os níveis de estresse utilizados para análise podem ser definidos da seguinte forma:

*Ausência de estresse:* Situação onde existe a presença de um bom equilíbrio entre a estrutura psíquica do indivíduo e as pressões psíquicas provenientes do ambiente de trabalho.

*Estresse leve/moderado:* Existência de ocorrência de manifestações de estresse, em grau compensado, sem gerar consequências importantes para o indivíduo. Caso ocorra a permanência desse estado por um longo período de tempo, acima de 3 a 4 semanas, pode ocorrer o agravamento na sua intensidade, acarretando comprometimento da estrutura psíquica do indivíduo.

*Estresse intenso:* Indica a convivência de forma importante com alguns dos principais sintomas de estresse, como nervosismo acentuado, ansiedade (sensação de vazio, expectativas intensas), 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, dentre outros. O trabalho passa a ser impactado de forma importante, gerando reflexos no trabalho.

*Estresse muito intenso:* Indica a convivência de forma muito importante com alguns dos principais sintomas de estresse, conforme apresentado na situação de 'estresse intenso' (o que altera é a intensidade das manifestações e dos sintomas). Nesse nível de estresse, o indivíduo apresenta problemas significativos de concentração, bem como dificuldades importantes ao realizar as suas atividades de forma geral, antes realizadas com normalidade. O trabalho passa a ser impactado de forma muito importante, (ZILLE, 2005, p. 191).

Por meio dos parâmetros<sup>5</sup> constantes na TAB. 10, é possível verificar que mais de 65% dos gestores pesquisados apresentam valores de estresse superior a 2,31 (mediana), sendo que a média foi 2,40; 75% indivíduos possuem valor de nível de estresse superior a 1,91 (percentil 25); para 25% dos indivíduos pesquisados o nível de estresse foi superior a 2,73 (percentil 75); o valor mínimo encontrado foi 1,76, o que significa ausência de estresse, e o valor máximo foi 3,95, que, de acordo com os parâmetros da TAB. 10 significam estresse muito intenso; e o maior desvio da média encontrado foi em relação aos valores para o nível de estresse muito intenso (0,39).

A TAB. 11 apresenta a análise descritiva do nível de estresse dos gestores pesquisados. Os que apresentaram quadro de estresse instalados, variando de leve/moderado a muito intenso, foram 34, ou 65,0%; com nível de estresse leve/moderado, 21, ou 40,0%; com estresse intenso, 10, ou 19,0%; e com estresse muito intenso, 3, ou 6,0%. Essas manifestações podem contribuir para reduzir a capacidade de concentração, influenciar ou dificultar o processo de tomada de decisão, provocar esquecimentos e, até, levar a um estado de esgotamento físico e mental, finalizando num processo de estafa, segundo Couto (1987).

Tabela 11 - Análise descritiva do nível de estresse ocupacional

Nível de Estresse	Frequência		Média	Med. <sup>6</sup>	Desvio-padrão	Mín.	Máx.	Percentis	
	N	%						25	75
Ausência de estresse	18	35	1,40	1,40	0,19	1,09	1,74	1,26	1,53
Leve a moderado	21	40	2,06	2,05	0,23	1,76	2,42	1,82	2,29
Estresse intenso	10	19	2,79	2,74	0,19	2,48	3,08	2,67	3,01
Estresse muito intenso	3	6	3,53	3,44	0,39	3,20	3,95	3,20	-
Ausência de estresse	18	35	1,40	1,40	0,19	1,09	1,74	1,26	1,53
Algum nível de estresse	34	65	2,40	2,31	0,54	1,76	3,95	1,91	2,73

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os participantes que não apresentam quadros de estresse instalados foram 18, ou 35,0%. Isso significa que estes indivíduos vêm mantendo bom equilíbrio entre suas estruturas psíquicas e as exigências psíquicas provenientes das situações de trabalho.

<sup>5</sup> Nota: valores totais diferentes a frequência e inédito em relação aos outros elementos da tabela.

<sup>6</sup> Mediana

Resultados semelhantes ao apresentado neste estudo foram encontrados em pesquisa realizada por Braga, Zille e Marques (2008) ao estudarem o estresse em gestores que atuam em empresa mineira de prestação de serviço de energia elétrica, em que 62,9% foram identificados com quadro de estresse, sendo 51,6% com estresse leve a moderado e 11,3% com estresse intenso. Máffia (2013), ao analisar o estresse ocupacional em gestores públicos que atuam nas secretarias de governo do Estado de Minas Gerais, identificou que 74% apresentaram manifestações de estresse, em níveis variados, em decorrências de diversas fontes de tensão de natureza ocupacional.

A seguir, abordam-se os resultados referentes aos cinco construtos do MTEG: sintomas, fontes de tensão no trabalho, fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial, indicadores de possíveis impactos no trabalho e mecanismos de regulação (*coping*).

### **5.2.1 Sintomas de estresse**

Neste estudo, a incidência e a intensidade dos sintomas em cada um dos gestores serviram de base para a análise do nível de estresse ocupacional. A escala utilizada no questionário para mensurar a frequência com que os sintomas se manifestaram nos gestores variou de 1,00 a 5,00, com as seguintes graduações: “Nunca”, “Raramente”, “Algumas vezes”, “Frequente” e “Muito frequente”. Os gestores que manifestaram o sintoma de forma frequente ou muito frequente foram identificados e distribuídos conforme a ocorrência de estresse (grupo sem estresse e grupo com estresse). A TAB. 12 apresenta a frequência dos sintomas relacionados ao estresse ocupacional no grupo de gestores sem estresse e no grupo de gestores com estresse.

Os principais sintomas identificados na pesquisa, que se manifestaram de forma recorrente em mais da metade dos gestores com estresse, foram: dor nos músculos do pescoço e dos ombros (55,88%) e fadiga (52,94%). Nervosismo acentuado (41,18%), ansiedade (41,18%) e dor de cabeça por tensão (32,35%) ocorreram em mais de um terço dos gestores com estresse. É possível perceber que todos os sintomas relacionados ao estresse ocupacional foram significativamente mais

frequentes no grupo de gestores com estresse do que no grupo de gestores sem estresse. Os dois primeiros sintomas recorrentes no grupo de gestores com estresse também estiveram presentes no grupo de gestores sem estresse, mas com frequências baixas. Além desses, o sintoma “angústia” também se manifestou em um gestor do grupo sem estresse, sendo que os demais sintomas não apresentaram manifestação neste grupo.

Tabela 12 - Frequência de sintomas relacionados ao estresse ocupacional

Sintoma	Gestores sem estresse		Gestores com estresse	
	N	%	N	%
Dor nos músculos do pescoço e dos ombros	1	5,56	19	55,88
Fadiga	2	11,11	18	52,94
Nervosismo acentuado	0	0,00	14	41,18
Ansiedade	0	0,00	14	41,18
Dor de cabeça por tensão	0	0,00	11	32,35
Angústia	1	5,56	10	29,41
Irritabilidade	0	0,00	10	29,41
Ímpetos de raiva	0	0,00	9	26,47
Indisposição gástrica ou dor no estômago	0	0,00	9	26,47
Insônia	0	0,00	7	20,59
Falta ou excesso de apetite+B3	0	0,00	5	14,71
Perda e/ou oscilação do senso de humor	0	0,00	5	14,71
Depressão	0	0,00	4	11,76
Dor discreta no peito sob tensão	0	0,00	4	11,76
Palpitações	0	0,00	3	8,82
Nó na garganta	0	0,00	3	8,82
Tontura, vertigem	0	0,00	3	8,82
Uso de cigarros para aliviar a tensão	0	0,00	1	2,94
Uso de bebidas alcoólicas para aliviar a tensão	0	0,00	1	2,94
Pânico	0	0,00	0	0,00

Notas: 1) Gestores diagnosticados com ausência de estresse (18); gestores diagnosticados com algum nível de estresse (34). 2) Em cada indicador, somente as respostas ‘frequente’ e ‘muito frequente’ foram consideradas para determinação da frequência dos sintomas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Analisando esses dados e relacionando-os com pesquisas realizadas no Brasil, é possível perceber que fadiga e dor nos músculos do pescoço e dos ombros também foram os sintomas mais importantes no estudo de Braga (2008). No estudo de Zille (2005), estes sintomas ficaram em terceiro e em quarto lugar em frequência entre os gerentes pesquisados. Ansiedade foi o principal sintoma encontrado por Zille (2005) e ficou em quinto lugar no estudo de Braga (2008). Nervosismo foi o segundo sintoma mais importante encontrado por Zille (2005) e o terceiro identificado por Braga (2008).

Segundo Couto (1987), os sintomas com maior incidência entre os gerentes/executivos com estresse intenso foram: nervosismo, ansiedade, irritabilidade, fadiga e sentimentos de raiva, nesta ordem.

Na pesquisa apresentada, todos esses sintomas estão presentes de forma importante nos gestores do hospital.

## 5.2.2 Fontes de tensão

As fontes de tensão são constituídas por dois construtos distintos: fontes de tensão no trabalho e fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial, as quais serão abordadas a seguir.

### 5.2.2.1 Fontes de tensão no trabalho

O construto *fontes de tensão no trabalho* é de primeira ordem, sendo explicado pelos construtos de segunda ordem: *processos de trabalho*, *relações no trabalho*, *insegurança na relação de trabalho* e *convivência com indivíduos de personalidade difícil*. Estes, por sua vez, são explicados por seus indicadores, constantes do questionário (Anexo A).

A TAB. 13 apresenta a frequência dos indicadores do construto *fontes de tensão no trabalho* no grupo de gestores com estresse e no grupo de gestores sem estresse. É possível perceber que todos os indicadores deste construto foram significativamente superiores no grupo de gestores com estresse. Isso demonstra que o construto em referência é importante para explicar os casos de estresse nos gestores pesquisados.

Os indicadores: “Realização de várias atividades ao mesmo tempo, com alto grau de cobrança” (44,12%) e “Realização do máximo de trabalho com o mínimo de recursos, de forma exagerada” (35,29%) foram os mais frequentes no grupo de gestores com estresse, revelando-se, portanto, como os mais importantes do construto *fontes de tensão no trabalho*. “Conviver com ‘espalha-brasas’ (indivíduo estressado, ansioso)” e “Orientações superiores, explícitas ou implícitas, para agir

fora do que considero eticamente correto” também tiveram significativa frequência no grupo de gestores com estresse, ambos com a mesma proporção (26,47%). Número excessivo de horas de trabalho, Excessiva carga de trabalho, que, de certa forma, ultrapassa os limites, e Pressão excessiva em seus diversos aspectos, todos apresentaram o mesmo percentual, 23,53%. Esses indicadores mais frequentes estão relacionados ao construto de segunda ordem *processos de trabalho*.

Tabela 13 - Frequência dos indicadores do construto fontes de tensão no trabalho

Indicadores de fontes de tensão no trabalho	Gestores sem estresse		Gestores com estresse	
	N	%	N	%
Realização de várias atividades ao mesmo tempo com alto grau de cobrança.	2	11,11	15	44,12
Realização do máximo de trabalho com o mínimo de recursos de forma exagerada.	7	38,89	12	35,29
Conviver com “espalha-brasas” (indivíduo estressado, ansioso)	3	16,67	9	26,47
Orientações superiores, explícitas ou implícitas, para agir fora do que considero eticamente correto.	3	16,67	9	26,47
Número excessivo de horas de trabalho.	0	0,00	8	23,53
Excessiva carga de trabalho, que, de certa forma, ultrapassa os limites.	0	0,00	8	23,53
Pressão excessiva em seus diversos aspectos.	3	16,67	8	23,53
Execução de trabalho complexo, cansativo e desgastante.	3	16,67	7	20,59
Muitos prazos e prazos apertados como rotina de trabalho.	1	5,56	6	17,65
Filosofia de trabalho pautada pela obsessão por resultados, causando tensão excessiva.	1	5,56	4	11,76
Metas de trabalho em excesso gerando grande desgaste na execução, acompanhamento e avaliação.	1	5,56	4	11,76
Decisões relacionadas ao trabalho do gestor são tomadas sem a sua participação.	1	5,56	2	5,88
Experiências de situações de inibição de autenticidade e coerência no exercício das atividades.	1	5,56	2	5,88
Clima de insegurança e medo	0	0,00	2	5,88
Há decisões tomadas por pessoas mentalmente desequilibradas (perversas e/ou neuróticas).	1	5,56	2	5,88
Práticas recorrentes de isolar, perseguir pessoas eventualmente consideradas inadequadas (assédio moral).	0	0,00	1	2,94

Notas: 1) Gestores com ausência de estresse (18); gestores com estresse (34). 2) Em cada indicador, somente as respostas ‘frequente’ e ‘muito frequente’ foram consideradas para determinação da frequência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Esses resultados estão de acordo com estudos que indicam que as principais fontes de tensão no trabalho são: sobrecarga e pressão no trabalho (ZANELLI, 2010; ZILLE, 2005).

### 5.2.2.2 Fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial

O construto *fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial*, de primeira ordem, é explicado por quatro construtos de segunda ordem: *responsabilidades acima dos limites*, *estilo e qualidade de vida*, *trabalho dos gerentes* e *desmotivação*. Esses, por sua vez, são explicados por seus indicadores (TAB. 14).

Tabela 14 - Frequência dos indicadores do construto fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial

Indicadores de fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial	Gestores sem Estresse		Gestores com Estresse	
	N	%	N	%
Levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo.	3	16,67	20	58,82
Pensar e/ou realizar duas ou mais coisas ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las.	3	16,67	18	52,94
Não conseguir desligar-se das obrigações do trabalho	6	33,33	16	47,06
Ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre.	7	28,00	15	44,12
Assumir compromissos no trabalho muito desafiadores, além dos limites.	2	11,11	7	20,59
Ter que realizar atividades de trabalho acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente	0	0,00	5	14,71

Notas: 1) Gestores diagnosticados com ausência de estresse (18); gestores diagnosticados com algum nível de estresse (34). 2) Em cada indicador, somente as respostas 'frequente' e 'muito frequente' foram consideradas para determinação da frequência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A TAB. 14 apresenta a frequência dos indicadores do construto *fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial* no grupo de gestores sem estresse e no grupo de gestores com estresse. Os indicadores mais importantes, que se apresentaram em mais da metade dos gestores com estresse, foram: "Levar a vida de forma muito corrida, realizando cada vez mais trabalho em menos tempo, mesmo quando não há exigências para tal" (58,82%), "Pensar e/ou realizar frequentemente duas ou mais coisas ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las, mesmo quando não há exigências para tal" (52,94%), "Não conseguir desligar-se do trabalho" (47,06%) e "Ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre" (44,12%).



O grupo de gestores com estresse apresentou frequência significativamente maior em todos os indicadores do construto quando comparado ao grupo sem estresse. Portanto, percebe-se que o construto em referência mostra-se como muito importante para explicar a ocorrência de estresse nos gestores pesquisados.

### 5.3 Indicadores de impacto no trabalho

*Impactos no trabalho* é um construto de primeira ordem, que é explicado diretamente por seus indicadores. A TAB. 15 apresenta a frequência com que os indicadores deste construto apareceram no grupo de gestores sem estresse e no grupo de gestores com estresse. Os dados constantes da TAB. 15 mostram que todos os indicadores do construto *Impactos no trabalho* apresentaram frequência maior no grupo de gestores com estresse do que no grupo sem estresse.

Tabela 15- Frequência dos indicadores do impacto no trabalho

Indicadores de impacto no trabalho	Gestores sem estresse		Gestores com estresse	
	N	%	N	%
Dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados.	0	0,00	9	22,50
Dificuldade de concentração para a realização do trabalho.	1	4,00	8	20,00
Estar sentindo uma desmotivação importante para com o trabalho.	3	12,00	7	17,50
Perder o controle sobre os eventos da vida (trabalho, família, relacionamentos, entre outros).	0	0,00	6	15,00
Diminuição da eficácia no trabalho (queda na produtividade).	1	4,00	6	15,00
Excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais, no trabalho e/ou fora dele.	1	4,00	5	12,50
Desejo de trocar de emprego.	1	4,00	4	10,00
Fuga das responsabilidades de trabalho, antes assumidas com naturalidade.	0	0,00	2	5,00
Dificuldade na tomada de decisões que anteriormente eram fáceis de serem tomadas.	0	0,00	2	5,00

Nota: 1) Gestores com ausência de estresse (18); gestores com estresse (34). Em cada indicador somente as respostas 'sempre' e 'muito relevante', foram consideradas para determinação da frequência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Os indicadores com maior frequência são os seguintes, por ordem de importância: "Dificuldades em lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram lembrados com naturalidade" (22,5%), "Dificuldade de concentração no

trabalho” (20,0%) e “Estar sentindo grande desmotivação para com o trabalho” (17,5%). O primeiro e o segundo estão relacionados a desgaste mental, redução da memória e dificuldade de concentração e o terceiro relaciona-se a insatisfação e desmotivação com o trabalho.

De acordo com Couto; Vieira e Lima (2007), o estresse no trabalho representa uma situação avaliada como negativa, sendo o resultado da incapacidade de lidar com as fontes de pressão no trabalho. Quando ocorre de forma elevada, o estresse provoca problemas de ordem física e mental, resultando em insatisfação do trabalhador, o que pode comprometer a atividade do indivíduo, o que foi constatado neste estudo.

#### 5.4 Mecanismos de regulação (*coping*)

De acordo com o MTEG, o construto *mecanismos de regulação* é explicado pelos construtos *descanso regular*, *experiência no trabalho* e *atividade física*, que, por sua vez, são explicados por seus indicadores.

Tabela 16 - Frequência dos indicadores do construto mecanismos de regulação

Indicadores de mecanismos de regulação	Gestores sem estresse		Gestores com estresse	
	N	%	N	%
Possibilidade de gozar as suas férias regularmente.	17	94,44	28	82,35
Possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana.	17	94,44	26	76,47
Equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal.	16	88,89	24	70,59
Experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho.	15	83,33	28	82,35
Cooperação entre os pares (gerentes/coordenadores).	15	83,33	26	76,47
Encontrar tempo para relaxar/descansar.	14	77,78	13	38,24
Possibilidade de canal aberto na instituição para discussão das situações de dificuldades e tensão.	10	55,56	16	47,06
Realizar atividade física (exercícios, corrida, caminhada, etc, três ou mais vezes por semana).	9	50,00	11	32,35
Possibilidade de atrasar os cronogramas de trabalho.	3	16,67	9	26,47

Notas: 1) Gestores diagnosticados com ausência de estresse (18); gestores diagnosticados com algum nível de estresse (34). 2) Em cada indicador, somente as respostas como ‘frequente’ e ‘muito frequente’ foram consideradas para determinação da frequência de gestores sem estresse.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A TAB. 16 mostra a frequência dos indicadores que compõem este construto nos gerentes com estresse e sem estresse. Os principais indicadores apresentados pelos gestores sem estresse foram: Possibilidade de gozar as férias regularmente; Possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana; Equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal; Experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho; Cooperação entre os pares (gerentes/coordenadores); e Encontrar tempo para relaxar/descansar.

Observa-se, que nos gestores identificados com estresse esses mecanismos de regulação também ocorreram com incidência menor do que no grupo de gestores sem estresse. Isso mostra que, apesar da utilização dos mecanismos de regulação, estes não estão sendo efetivos para o combate ao estresse (TAB 16).

No contexto organizacional, muitas vezes, as atividades de prevenção ao estresse são realizadas apenas no âmbito individual, e não no organizacional. Algumas práticas citadas foram: meditação, atividades físicas e atividades de relaxamento. No entanto, é importante pensar não somente nas intervenções individuais, mas também nas organizacionais (ZANELLI, 2010).

Tabela 17 - Outras estratégias pessoais utilizadas para reduzir o impacto de situações tensionantes no ambiente de trabalho

<b>Estratégias pessoais para reduzir o impacto de situações estressantes</b>	<b>Número de Citações</b>
Conversar sobre o trabalho com cônjuge, colega, equipes.	16
Sair do ambiente de trabalho: tomar café, fumar, dar um tempo, visitar outros ambientes de trabalho.	10
Manter o bom humor e sorrir sempre	8
Atividade física	7
Respirar fundo e ponderar os pros e contras	7
Organização e planejamento das atividades	6
Saber ouvir, negociar e dar feedback	5
Dormir	4
Resolver problemas com rapidez	4
Estar com a família	4
Leitura	3
Análise de questão com calma	3
Ouvir musica	3
Viajar	2

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Em relação às estratégias pessoais utilizadas para reduzir o impacto das situações de tensão, as mais citadas pelos gestores foram: conversar sobre o trabalho com cônjuge, colega, equipes e sair do ambiente de trabalho (tomar café, fumar, dar um tempo, visitar outros ambientes de trabalho) (TAB 17).

É importante ressaltar que os mecanismos de regulação são importantes para prevenir o estresse. Este construto apresenta uma relação negativa com o estresse; ou seja, quanto mais são ativados os mecanismos expressos por meio dos indicadores menor a intensidade da manifestação dos sintomas de estresse (TAB. 16).

A seguir, analisa-se a associação do estresse com as variáveis demográficas e ocupacionais e os hábitos de vida e de saúde dos gestores pesquisados.

### **5.5 Associação do estresse ocupacional com as variáveis demográficas e ocupacionais e os hábitos de vida e de saúde dos gestores**

Com o objetivo de aprofundar a análise dos dados obtidos, buscou-se encontrar associação entre as variáveis demográficas e funcionais e os hábitos de vida e de saúde e o estresse ocupacional identificado no estudo. Em relação às variáveis demográficas, analisaram-se gênero, faixa etária e escolaridade; e na análise das variáveis ocupacionais, tempo na função como gestor, número de hora semanais trabalhadas na instituição e setor de trabalho. As variáveis analisadas em relação aos hábitos de vida e de saúde foram consumo de bebida alcoólica e *hobbies*. Por fim, analisou-se a relação do estresse com os problemas de saúde apontados pelos gestores.

Para a realização desta análise, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson para medir a associação ou não em relação as variáveis mencionadas. Foram consideradas significativas as associações que alcançaram p-valor < 0,05 (TAB. 18).

Tabela 18 - Valores do teste qui-quadrado apresentado pelo estudo

Variável	Valor - p
Sexo	0,380
Idade	0,453
Estado civil	0,537
Nível hierárquico	0,478
Tempo na função como gestor docente	0,372
Horas trabalhadas por semana na instituição	<b>0,000</b>
Nível educacional mais elevado.	0,618
Hábito de fumar	0,179
Frequência do hábito de fumar	0,406
Consumo de bebida alcoólica	0,611
Média de unidades de bebida alcoólica consumida por semana	0,063
Frequência de consumo de bebida alcoólica, nos últimos seis meses.	0,072
Problema relacionado à saúde	<b>0,001</b>
<i>Hobbie</i>	0,480

Nota: Os valores do teste do qui-quadrado consideraram as variáveis demográficas, ocupacionais, hábitos de vida e saúde, com a variável definida como ausência ou presença de estresse, para medir a existência de associação entre as variáveis. Valores do nível de significância do teste menores que 0,05 indicam a existência de associação entre as variáveis.  
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Tendo como referência a TAB. 18, somente duas variáveis associaram, tendo em vista o valor  $p < 0,05$ . As variáveis que associaram foram: “Horas trabalhadas por semana na instituição” ( $p < 0,000$ ). Isso significa que o aumento das horas trabalhadas pelos gestores implica na ocorrência do estresse ocupacional.

A outra variável em que ocorreu associação foi “Problema relacionado à saúde”. Significa que aqueles indivíduos que apresentaram manifestações relacionado à saúde como hipertensão arterial; gastrite, depressão, entre outros, (TAB. 8, p. 72) também apresentaram incidência de estresse ocupacional.

A seguir, apresentam-se as conclusões do estudo.

## 6 CONCLUSÕES

Este estudo teve por objetivo geral “Identificar e analisar os níveis de estresse e suas decorrências, na percepção dos gestores administrativos de um hospital público universitário do estado de Minas Gerais integrado ao Sistema único de Saúde (SUS)”.

Em termos técnicos, para a análise das manifestações de estresse e suas decorrências, utilizou-se o modelo teórico de explicação do estresse em gerentes (MTEG), desenvolvido e validado por Zille (2005), adaptado para esse estudo.

Para atingir o objetivo do estudo, realizou-se uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo com 86 gestores administrativos de um hospital público de Minas Gerais. Desses, 52 responderam ao questionário, representando a maioria dos indivíduos que ocupam a função de gestor na instituição.

A maioria dos indivíduos pesquisados é do sexo feminino, tem idade variando entre 25 a 60 anos e é casada ou vive com cônjuge. Quanto à escolaridade, a maior parte possui curso de pós-graduação *lato sensu*. Em relação ao tempo de serviço, um terço atuam há mais de dez anos como gestores na instituição e mais da metade estão na função há cinco anos ou menos.

Entre os indivíduos pesquisados, 61,5% consomem bebida alcoólica e 7,7% afirmaram que possuem o hábito de fumar. Em relação a problemas de saúde, 24, ou 46,2%, relataram problemas como hipertensão arterial e gastrite. Essas doenças podem estar relacionadas ao estresse (COUTO, 1987; COOPER *et al.*, 1998; KARASEK *et al.*, 1998; LEVI 2005).

A análise das manifestações de estresse ocupacional revelou que a maioria dos gestores, ou 65,0%, apresentaram o quadro instalado, variando de leve/moderado a muito intenso. Esses resultados são coerentes com os encontrados por Couto (1987), Braga; Zille, 2010, Zille *et al.* (2011) e Maffia (2013) quando investigaram

gerentes de organizações privadas e públicas, nas quais se verificou que, em média, 70% dos gestores apresentavam quadro de estresse.

Em relação aos sintomas identificados os mais prevalentes foram: dor nos músculos do pescoço e dos ombros e fadiga. Outros sintomas identificados, porém com menor intensidade foram ansiedade, nervosismo acentuado e dor de cabeça por tensão. Os sintomas identificados foram expressivamente mais frequentes e intensos no grupo de gestores com estresse se comparados aos do grupo de gestores sem estresse. Esses resultados vêm ao encontro dos sintomas físicos e psíquicos manifestados em casos de estresse apontados pela literatura (COUTO, 1987; LIPP, 2001) e com os sintomas identificados em pesquisas nacionais com gestores desenvolvidas por Braga; Zille, 2010; Zille *et al.*, 2011; Máffia, 2013).

Neste estudo, também foram identificadas e analisadas as fontes de tensão relacionadas ao trabalho, ao próprio indivíduo e à função gerencial. Para Melo, Cassini e Lopes (2011), é importante conhecer as fontes de estresse dos gerentes, para poder analisar as condições de trabalho e propor melhorias na qualidade de vida desses profissionais.

A investigação das fontes de tensão permitiu reconhecer que os principais indicadores foram: realização de várias atividades ao mesmo tempo, com alto grau de cobrança; realizar o máximo de trabalho com o mínimo de recursos; conviver com “espalha-brasas” (indivíduo estressado, ansioso); orientações superiores, explícitas ou implícitas, para agir fora do que é considerado eticamente correto; e número excessivo de horas de trabalho. Esses indicadores foram os mais frequentes e intensos no grupo de gestores identificados com estresse, revelando-se, portanto, como os mais significativos do construto *fontes de tensão no trabalho*. Estas fontes de tensão do trabalho identificadas vão ao encontro de estudos desenvolvidos por Zanelli, 2010; Zille *et al.*, 2011; Máffia, 2013).

Em relação às *fontes de tensão do indivíduo e do papel gerencial*, estas se relacionam, sobretudo, às características de comportamento e à percepção do indivíduo em relação aos diversos contextos do trabalho. A análise dessas fontes entre os gestores pesquisados apontou: levar a vida de forma muito corrida,

realizando cada vez mais trabalho em menos tempo, mesmo quando não há exigências para tal; pensar e/ou realizar frequentemente duas ou mais coisas ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las; não conseguir desligar-se do trabalho mesmo estando fora dele; e ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre. Estas foram as fontes de tensão que mais estão afetando os gestores no contexto analisado, contribuindo de forma importante para os quadros de estresse identificados.

De acordo com Chanlat (2005), estudos sobre gerentes têm revelado que uma das grandes fontes de estresse potencialmente prejudiciais à saúde é a característica das atividades realizadas inerentes à função. Baldwin; Rubin; Bommer (2008) reforçam que, além dos efeitos diretos sobre o desempenho gerencial, indivíduos que passam por longos períodos de estresse também contraem maior probabilidade de desenvolver problemas físicos e mentais associados.

Tamayo (2008) também menciona que os impactos provocados pelas constantes manifestações de tensão no ambiente de trabalho acarretam o estresse no trabalho, provocado pelas constantes mudanças na natureza do trabalho e pelas exigências por melhor desempenho e produtividade do trabalhador.

Em relação aos possíveis impactos que o estresse pode gerar nos resultados do trabalho, os indicadores que se mostraram mais importantes e mencionados pelos gestores foram: dificuldades em lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram lembrados com naturalidade; dificuldade de concentração no trabalho; e estar sentindo grande desmotivação com o trabalho. Os dois primeiros estão relacionados ao desgaste mental, como redução da memória e dificuldade de concentração e o terceiro, à insatisfação e à desmotivação com o trabalho.

Conforme Zanelli (2010), o desgaste leva o trabalhador a perder parte da capacidade psicológica e biológica. Oliveira *et al.* (2010) relatam que a insatisfação no trabalho contribui para a ocorrência de altos índices de absenteísmo e de queda da produtividade.



Quanto aos mecanismos de regulação (*coping*) apontados pelos gestores para minimizar ou eliminar as tensões excessivas no ambiente de trabalho, foram identificados: possibilidade de gozar as férias regularmente; possibilidade de descansar, de forma regular, nos feriados e em finais de semana; equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal; experiência pessoal na solução de dificuldades no trabalho; cooperação entre os pares (gerentes/coordenadores); e encontrar tempo para relaxar/descansar.

Na visão de Couto (1987), os mecanismos de regulação são estratégias importantes para a redução das fontes de tensão no trabalho e para o enfrentamento do estresse. O autor aponta algumas estratégias, por exemplo, flexibilização de prazos, possibilidade de descanso regular, prática de atividade física, administração do tempo e manutenção de canais abertos de comunicação na organização, que, de certa forma, estão em consonância com o estudo ora realizado.

A análise dos níveis de estresse em subgrupos estratificados por variável demográfica (faixa etária, estado civil e nível educacional) e variável ocupacional (vínculo empregatício, nível hierárquico e local de trabalho) dos gestores demonstrou que nenhuma delas apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) em relação aos níveis de estresse identificados.

No entanto, a variável *horas trabalhadas por semana* apresentou associação significativa com o estresse ( $p = 0,000$ ). Dessa forma, pode-se afirmar que os gestores que apresentaram maior incidência de estresse são aqueles que trabalharam acima de 40 horas semanais. A outra variável que associou com estresse foi *problemas de saúde* ( $p = 0,001$ ). Tendo como base o teste qui-quadrado, pode-se confirmar que há relação de dependência direta entre tal fator e os níveis de estresse ocupacional ( $p < 0,05$ ). Ou seja, os gestores que apresentaram problemas de saúde, apresentaram também maior incidência de estresse.

Os resultados vão ao encontro de estudos realizados no Brasil com gestores de diversos setores que apontaram relação de dependência direta com variáveis demográficas, ocupacionais e hábitos de vida e de saúde em relação aos níveis de estresse (BRAGA; ZILLE; MARQUES, 2013; MAFFIA; ZILLE, 2013).

Ressalta-se como limitação à realização deste estudo o escopo da pesquisa, que se limitou a analisar os gestores, portanto não abrangendo os outros segmentos funcionais da instituição. Ressalta-se, ainda, que a aplicação dos questionários não correspondeu à expectativa da pesquisadora, que era atingir os 86 gestores, ou 100% da amostra, tendo em vista que nem todos estiveram acessíveis e susceptíveis a responder ao questionário. Destaca-se, também, o fato de não ter encontrado estudos sobre estresse ocupacional envolvendo gestores na saúde pública hospitalar.

Considera-se que este estudo poderá contribuir para a realização de pesquisa futura e aplicações nos planos acadêmico, institucional e social. Em relação à academia, o estudo avança no sentido de contribuir para a pesquisa voltada a um segmento de grande importância no contexto brasileiro, localizando o estresse ocupacional e suas manifestações em gestores com atuação em um hospital universitário de grande porte especializado em patologias complexas que atende pelo SUS. Dessa forma, poderá incentivar pesquisas nessa área, configurando estratégias no contexto nacional.

Em relação à instituição pesquisada, a contribuição é direta, na medida em que identifica situações importantes de estresse no trabalho relacionadas aos gestores da instituição, apontando suas decorrências e as fontes de tensão geradoras das manifestações de estresse.

Com base nos dados apresentados, a instituição pesquisada poderá elaborar um plano de ação que contemple medidas que possam minimizar ou até mesmo eliminar situações tensionantes ora vivenciadas pelos gestores da instituição.

Os subsídios apresentados poderão também contribuir para o estabelecimento de políticas de gestão de pessoas voltadas para um maior equilíbrio entre as demandas do trabalho, questões gerais de ordem ocupacional e o envolvimento dos gestores em relação aos processos de trabalho. Em última análise, as políticas de gestão de pessoas poderão contribuir de forma importante para melhorar a qualidade de vida no trabalho em relação aos gestores envolvidos.

No plano social, sobretudo com as medidas recomendadas, no contexto da instituição haverá reflexos favoráveis - ou seja, a influência das condições de trabalho proporcionada aos gestores terá reflexos no desempenho da instituição. Com esses reflexos, o atendimento à sociedade tenderá a ser aprimorado, reforçando a atuação do hospital em relação às demandas inerentes ao SUS.

Como sugestão para pesquisas futuras, visando ao prosseguimento dos estudos em relação a essa instituição, recomenda-se investigar as manifestações de estresse ocupacional nos demais segmentos funcionais da instituição, envolvendo o pessoal que desenvolve atividades administrativas, como também da área assistencial.

## REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, K. **O gerente e o estresse**: faça o estresse trabalhar para você. 2 ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1990.
- ALVES *et al.* Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, abr., 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Nov. 2014.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Thomson, 2004.
- ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica [online]**, v.8, n.1-2, p. 85-91, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700026>. Acesso em: 18 abr. 2015.
- ARAÚJO, Luís César G. **Organização, sistemas e métodos e novas tecnologias de gestão organizacional**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2010, v.1.
- BALDWIN, T. T.; RUBIN, R. S.; BOMMER, W. H. **Desenvolvimento de habilidades gerenciais**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- BALLASIANO, M.; TAVARES, E.; PIMENTA, R. C. Estresse ocupacional na administração pública Brasileira: quais os fatores impactantes? **Revista de Administração Pública**, v.45, n.3, p. 751-774, Jun. 2011.
- BARROS, R. T. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **RMP-REVISTA DOS MESTRADOS PROFISSIONAIS**, v.2, n.1, p. 253 – 280, jan./jun., 2013.
- BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Editora Atlas, 2011.
- BONANATO, F. M.; STEFANO, S. R.; RAIFUR, L. Estresse em funcionários de uma Universidade Pública do Estado do Paraná. In: ENCONTRO DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÕES DE TRABALHO. 2., Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2009.
- BRAGA, C. D. **As novas tecnologias de gestão e suas decorrências**: as tensões no trabalho e o estresse ocupacional na função gerencial. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- BRAGA, D. C.; ZILLE, L. P. Estresse ocupacional e as principais fontes de tensão no trabalho: impactos na produtividade de gestores do setor de energia elétrica brasileiro. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE

PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 34., 2010, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde - Secretaria nacional de assistência à saúde. **ABC do SUS - doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf). Acesso em: 20 abr. 2015.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Construindo o Estado republicano: democracia e reforma da gestão pública**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2009.

BRESSER-PEREIRA, L.C.; SPINK, P. (Orgs.) **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

BUZATTO, T. R. B.; VALADÃO JÚNIOR, V. M.; LOPES, J. E. F. Competências do Gestor Público. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 37., Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2013. p. 1-15.

CALDAS, B. N. **O papel do dirigente hospitalar: A percepção de diretores de Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior**. 2008. 141 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2008.

CARRERA, M. B. M.; MALIK, A. M. Gestão Pública da Saúde no Brasil: Perspectivas e desafios da organização Social e Parceria público-privada (PPP). In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 37., Rio de Janeiro: **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2013. p.1-16.

CARROL, A. Corporate Social Responsibility: Evolution of a Definitional Construct. **Business & Society**, v. 38, n.3, p.268-295, 1999.

CASTRO, C. C.; STADLER, H. **Estratégias competitivas: estudos e casos**. Cleber Carvalho de Castro e Humberto. Curitiba: Juruá, 2007.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHANLAT, J. F. Mitos e realidades sobre o estresse dos gerentes. In: **A gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

CHERUBIN, N. A. Fundamentos da administração hospitalar. São Paulo: **Revista de Administração**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 44-55, jul./set. 1999.

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

COOPER, C. L.; COOPER, R. D.; EAKER, L. H. **Living with stress**. London: Penguin Books, 1988.

COOPER, C. L.; SLOAN, S. J.; WILLIAMS, J. Occupational stress indicator. **Management guide**. Windsor: NFER – Nelson, 1988.

COOPER, C. L. *et al.* **Occupational stress indicator: test sources of pressure in job**. England: Windsor, 1988.

COSTA, F. P.; HONÓRIO, L. C. Fatores de pressão no trabalho e estratégias de combate ao estresse ocupacional: avaliando os gerentes de uma grande usina siderúrgica brasileira. In: ENCONTRO DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÕES DE TRABALHO, 2009, Curitiba: **Anais...**, Curitiba: ANPAD, 2009. p. 1-16.

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

COUTO, H. A.; VIEIRA, F. L. H.; LIMA, E. G. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v.14, n.2: p. 112-115, 2007.

DAVEL, E.; MELO, M. C. O. Singularidades e transformações no trabalho dos gerentes. In: DAVEL, E.; MELO, M. C. O. (Orgs.). **A gerência em ação: singularidades e dilemas do trabalho gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

DOLAN, S. **Estresse, autoestima, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

FERREIRA, A. B. H. Mini dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1993.

FERREIRA *et al.* **Desvendando a empresa brasileira de serviços hospitalares**. 2014.118 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Serviço social) - Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Universidade Federal do Espírito santo. Vitória. 2014.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **Revista de Administração em Saúde**. São Paulo, v. 11, n. 44, p. 113-126, jul./set. 2009.

GATCHEL, R. J.; BAUM, A. Mediadores biocomportamentais de stress e qualidade de vida em contextos ocupacionais. In: ROSSI, A. M.; QUICK, J. C.; PERREWÉ, P. L. (Orgs.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: o positivo e o negativo**. São Paulo: Atlas, 2009. cap. 10. p. 189-199.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDBERG, P. **A saúde dos executivos: como identificar sinais de perigo para a saúde e levar a melhor contra o estresse**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

GRAZZIANO, E. S. **Estratégia para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares**. Tese de doutorado - Escola de enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis>. Acesso em 23 mar. 2015.

GRILLO, F. **Em seis anos, consumo de álcool cresce 20% no Brasil**. R7 Notícias, 10 abr. 2013. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/em-seis-anos-consumo-de-alcool-cresce-20-no-brasil-10042013>> Acesso em 28 maio 2014.

GUIMARÃES, A. L. C. O. **O estresse ocupacional do gestor escolar: um estudo nas escolas municipais do Cabula**. 2013. 142f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Educação. Programa de Pós-Graduação e Gestão e Tecnologias Aplicadas à Educação. Campus I. 2013.

HAIR JR, J. F. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HITT, M. A., IRELAND, R. D., HOSKISSON, R. E. **Administração estratégica: competitividade e globalização**. 2. ed. São Paulo: Thomson Learning, 2008.

JORGE, A. O. **A experiência de implantação de um novo modelo de gestão: as unidades funcionais**. Belo Horizonte, 2001.

JUNQUILHO, G. S. Nem “burocrata” nem “orgânico”: o gerente “caboclo” e os desafios do plano diretor de reforma do estado no Brasil do real. ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. 2., Recife, 2002. **Anais...** Recife: ANPAD, 2002.

JUNQUILHO, G. S. Administração pública e gerentes no contexto brasileiro. In: SANTANNA, A. S.; KILIMNIK, Z., M. **Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

KARASEK, R. A. *et al.* The job content questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.3, n. 4, p. 322-355, 1998.

KILIMNIK, Z. M. *et al.* Análise do estresse, fatores de pressão do trabalho e comprometimento com a carreira: um estudo com médicos de uma unidade de pronto atendimento de Belo Horizonte. Minas Gerais. **Revista Gestão e Planejamento**. Salvador, v. 13, n. 3, p. 668-693, set./dez. 2012.

KOPKO, G. **Número de fumantes no Brasil cai 30,7% nos últimos nove anos**. Brasília: Vigitel, 2015. Blog da Saúde, 28 maio 2015. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35568-numero-de-fumantes-no-brasil-cai-30-7-nos-ultimos-nove-anos>>. Acesso 30 maio 2015.

LARANJEIRA, R. *et al.* **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LE MOS, C. S.; FERREIRA, C. M. M. A estrutura narrativa de Michael Barzelay aplicada à reforma gerencial no Brasil – um estudo de caso. In: ENCONTRO DE

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA. Salvador, 2008. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2008.

LEMOS, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO. 7., Rio de Janeiro, 2011. **Anais...** Rio de Janeiro: CNEG, 2011.

LEVI, L. Sociedade, stress e doença: investimentos para a saúde e desenvolvimento: causas, mecanismos, conseqüências, prevenção e promoção. In: CONGRESSO DE STRESS DA ISMA, 5; FÓRUM INTERNACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO, 7, 2005, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: International Stress Management Association, 2005.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LIPP, M. E. N. (org.) **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2001.

MACHADO, S. C. E. P.; KUCHENBECKER, R. S. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.12, n.4, p. 871-877, jul./ago. 2007.

MAFFIA, L. N. **Estresse ocupacional em gestores: estudo nas secretarias de estado de Minas Gerais**. 2013. 158 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas, Belo Horizonte, 2013.

MAFFIA, L. N.; ZILLE, L. P. **Estresse Ocupacional: estudo com gestores que atuam nas secretarias de governo do Estado de Minas Gerais**. 37., Rio de Janeiro, 2013. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2013.

MARTINS, V. F. Hospitais universitários federais e a nova reestruturação organizacional: o primeiro olhar, uma análise de um hospital universitário. **Revista de Administração e Contabilidade**. Faculdade Anísio Teixeira (FAT), Feira de Santana-Ba, v. 3, n. 2, p. 4-22, jul./dez. 2011.

MEC – Ministério da Educação e Cultura. 2015. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh>. Acesso em 15 mar. 2015.

MELO, M. C. O. L.; CASSINI, M. R. O. L.; LOPES, A. L. M. Do estresse e mal-estar gerencial ao surgimento da síndrome de Estocolmo gerencial. **Revista Psicologia: Organização e Trabalho**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 84-99, jul./dez. 2011.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan./mar. 2014.

NEWSTROM, J. S.; SANTOS, I. P. F. **Comportamento organizacional: o comportamento humano no trabalho**. São Paulo: Mc-Graw Hill, 2008.



OLIVEIRA, F. B. **Política de gestão pública integrada**. Rio de Janeiro: FAPERJ: FGV Ed., 2008.

OLIVEIRA, J. R. S. *et al.* Fadiga no trabalho: como o psicólogo pode atuar? **Psicologia em estudo**, v. 15, n. 3, p. 633-638, set. 2010.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. (Temas em saúde)

PAIVA, K. C. M.; COUTO, J. H. Qualidade de vida e estresse gerencial “pós-choque de gestão”: o caso da Copasa-MG. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1189-1211, nov./dez. 2008.

PETERS, B. G.; PIERRE, J. **Administração pública**: coletânea. São Paulo: Editora Unesp; Brasília: ENAP, 2010.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 192-207. 2013.

RIBEIRO, L. M. P.; PEREIRA, J. R.; BENEDICTO, G. C. As reformas da administração Pública Brasileira: uma contextualização dos cenários, dos entraves e das novas perspectivas. 37., Rio de Janeiro, 2013. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2013.

RIO, R. P. **O fascínio do stress**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.

ROSSI, A. M.; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005.

SAMULSKI, D. M.; CHAGAS, M. H.; NITSCH, J. R. **Stress**: teorias básicas. Belo Horizonte: 1996.

SANT'HELENA *et al.* **Da reforma sanitária às privatizações**: discutindo a saúde pública brasileira. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS. Florianópolis, 2013.

SCHERMERHORN, J. R.; HUNT, J. G.; OSBORN, R. N. **Fundamentos de comportamento organizacional**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 1999.

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

SENNET, Richard. **A corrosão do caráter**. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Revista de Administração em Saúde**. V. 15 n. 58, p. 1-11, jan./mar. 2013.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509-517, set. 2010.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**: uma abordagem biopsicossocial. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TAJRA, S. F. **Gestão estratégica na saúde**: reflexões e práticas para uma administração voltada para a excelência. 3. Ed. São Paulo: látria, 2009.

TAMAYO, A. **Estresse e cultura organizacional**. São Paulo: All Books, 2008.

TANURE, B. **Executivos**: sucesso e (in)felicidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ULHÔA, M. D. L.; GARCIA, F. C. Estresse ocupacional dos trabalhadores de um hospital público de Belo Horizonte: um estudo de caso nos centros de terapia intensiva. **Gestão de Pessoas em Organizações**. São Paulo, v.18, n.3, p.409-426, jul./set. 2011.

VIANNA, I. O. A. **Metodologia do trabalho científico**: um enfoque didático da produção científica. São Paulo: EPU, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

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

ZILLE *et al.* Tensões Excessivas no Trabalho e o Estresse Ocupacional: Estudo com Gestores que Atuam em Empresas Privadas de Setores Diversos. In: ENCONTRO DE GESTÃO DE PESSOAS E RELAÇÕES DE TRABALHO. 3., João Pessoa, 2011. **Anais...** Joao Pessoa: EnGPR, 2011.

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

ZILLE, L. P. Estresse ocupacional em gestores que atuam em unidades de saúde pública vinculadas ao SUS no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Faculdade Novos Horizontes, 2015. (Projeto de pesquisa).

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

## ANEXO A

### Questionário de Diagnóstico de Estresse Ocupacional em Gerentes (MTEG)

#### FACULDADE NOVOS HORIZONTES

#### CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM ADMINISTRAÇÃO

#### Termo de esclarecimento sobre a pesquisa

Este questionário tem como objetivo obter dados para estudar o estresse ocupacional em gestores que atuam no Hospital Público universitário no estado de Minas Gerais.

O estudo não levará em conta informações individuais e sim globais sobre a amostra pesquisada. A sua colaboração é muito importante para que se possa entender melhor o estresse no trabalho, contribuindo assim, com estudos científicos que possam servir de referência para aplicação nas organizações.

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

Marque as respostas com a maior precisão possível.

Agradecemos a sua valiosa contribuição para o aprofundamento dos estudos na área. Você não deverá se identificar.

*Arlete do Socorro Gonçalves, Mestranda  
Curso de Mestrado Acadêmico em Administração  
Faculdade Novos Horizontes / Belo Horizonte - MG*

*Prof. Dr. Luciano Zille Pereira, Orientador  
Professor Titular e pesquisador do Programa de Mestrado Acadêmico  
Faculdade Novos Horizontes / Belo Horizonte - MG*

**PARTE A** (Marque com "X" de acordo com cada situação específica e nas demais questões complete conforme solicitado)

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos      1.1 Sexo: 1.1.1 ( ) Masculino; 1.1.2 ( ) Feminino
2. Estado Civil: 2.1 ( ) Casado/Vive Cônjuge; ( ) 2.2 Solteiro; ( ) 2.3 Viúvo; ( ) 2.4 Outros
3. Se casado ou vive com cônjuge, o cônjuge trabalha?
  - 3.1 ( ) Sim
  - 3.2 ( ) Não
4. Caso tenha filhos, assinalar em relação ao número de filhos que vive com você:
  - 4.1 ( ) 1 filho
  - 4.2 ( ) 2 a 3 filhos
  - 4.3 ( ) 4 a 5 filhos
  - 4.4 ( ) Mais de 5 filhos
5. Tipo de vínculo: 5.1 ( ) Estatutário 5.2 ( ) Celetista 5.3 ( ) Outros: Qual?  
\_\_\_\_\_
6. Data de Resposta do Questionário: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
7. Em que nível hierárquico na estrutura do Hospital Público você atua? (Favor identificar e marcar com um "X" apenas uma categoria gerencial)
  - 7.1 ( ) Gerência Intermediária (Gerente de Departamento, Gerente de Projeto, Gerente de Coordenação, Gerente de Divisão, Chefe de Coordenação).
  - 7.2 ( ) Gerência Operacional (Chefe de Setor, Supervisor e Oficial de Gabinete).
8. Há quanto tempo você atua como gestor no Hospital?
  - 8.1 ( ) Menos de 1 ano.
  - 8.2 ( ) De 1 a 5 anos.
  - 8.3 ( ) De 6 a 10 anos.
  - 8.4 ( ) Mais de 10 anos.
9. Em que área do Hospital você trabalha? .
  - 9.1 ( ) Imaginologia
  - 9.2 ( ) Ambulatórios
  - 9.3 ( ) Centro Cirúrgico
  - 9.4 ( ) Clínico Cirúrgica
  - 9.5 ( ) Clínica Médica
  - 9.6 ( ) Engenharia Hospitalar
  - 9.7 ( ) Farmácia
  - 9.8 ( ) Financeiro
  - 9.9 ( ) Materiais
  - 9.10 ( ) Ginecologia e Obstetrícia
  - 9.11 ( ) Hematologia e Oncologia
  - 9.12 ( ) Oftalmologia
  - 9.13 ( ) I Gastroenterologia
  - 9.14 ( ) Infraestrutura
  - 9.15 ( ) Unidade Multiprofissional
  - 9.16 ( ) Pediatria
  - 9.17 ( ) Unidade Laboratorial
  - 9.18 ( ) Pronto Atendimento
  - 9.19 ( ) Serviço de Nutrição
  - 9.20 ( ) Serviço de Esterilização de Materiais

10. Você foi contratado pelo Hospital para trabalhar quantas horas por semana? (Conforme definido no contrato de trabalho). \_\_\_\_\_ horas semanais.

11. Atualmente você trabalha quantas horas por semana no Hospital? (Considere o tempo de trabalho no Hospital, em casa, e outros.) \_\_\_\_\_ horas semanais.

12. Nesta questão, marque o nível educacional mais elevado (marcar somente um nível).

12.1 ( ) Ensino médio completo.

12.2 ( ) Graduação incompleta – Nome do Curso: \_\_\_\_\_

12.3 ( ) Graduação completa – Nome do Curso: \_\_\_\_\_

13. Esta questão refere-se à Pós-Graduação (MBA/Especialização; Mestrado; Doutorado) – Assinalar somente o nível mais elevado em relação a sua formação em termos de Pós-Graduação, completando a área de formação.

13.1 ( ) MBA/Especialização Incompleto: Área \_\_\_\_\_

13.2 ( ) MBA/Especialização Completo: Área \_\_\_\_\_

13.3 ( ) Mestrado Incompleto: Área \_\_\_\_\_

13.4 ( ) Mestrado Completo: Área \_\_\_\_\_

13.5 ( ) Doutorado/PhD Incompleto: Área \_\_\_\_\_

13.6 ( ) Doutorado/PhD Completo: Área \_\_\_\_\_

14. Você fuma? 17.1 ( ) Sim; 17.2 ( ) Não

15. Se sim, com que frequência tem fumado?

15.1 ( ) Mais que de costume.

15.2 ( ) O mesmo que de costume.

15.3 ( ) Menos que de costume.

16. Você toma bebida alcoólica? 15.1 ( ) Sim; 15.2 ( ) Não

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

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

17.1 ( ) 1 a 5 unidades.

17.2 ( ) 6 a 15 unidades.

17.3 ( ) 16 a 35 unidades.

17.4 ( ) Mais de 35 unidades.

18. Nos últimos seis meses, com que frequência você tem bebido?

18.1 ( ) Mais que de costume.

18.2 ( ) O mesmo que de costume.

18.3 ( ) Menos que de costume.

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

19.1 ( ) Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

19.2 ( ) Não

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

20.1 ( ) Sim

20.2 Com que idade? \_\_\_\_\_ anos;

20.3 Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ anos.

20.4 ( ) Não

21. Você tem algum *hobbie/passatempo*?

21.1 ( ) Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

21.2 ( ) Não

## PARTE B

Favor responder a esta parte do questionário assinalando com um “X” no espaço correspondente, de acordo com as alternativas constantes do quadro à direita, tendo como referência o que você efetivamente vem sentindo nos últimos seis meses em relação às questões apresentadas. Responda de forma mais precisa possível.

Como estou me sentindo nos últimos seis meses?	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequente	Muito Frequente
<b>B1</b>					
1. Nervosismo acentuado.	1	2	3	4	5
2. Ansiedade (sensação de vazio, lacuna, hiato entre o agora e o futuro, associado a medo/apreensão).	1	2	3	4	5
3. Impetos de raiva.	1	2	3	4	5
4. Angústia (aflição, sensação de impotência diante de problemas que o afetam).	1	2	3	4	5
5. Fadiga (baixo nível de energia, sentir o corpo um “bagaço”, levantar sem energia, sentir-se cansado precocemente ao longo do dia, sonolência).	1	2	3	4	5
6. Irritabilidade (irritação sem motivos aparentes).	1	2	3	4	5
7. Depressão (tristeza, apatia, isolamento, falta de energia).	1	2	3	4	5
8. Dor de cabeça por tensão.	1	2	3	4	5
9. Insônia (dificuldade de conseguir dormir, sono entrecortado, acordar de madrugada e ter dificuldades em dormir novamente).	1	2	3	4	5
10. Dor nos músculos do pescoço e ombros.	1	2	3	4	5

<b>Como estou me sentindo nos últimos seis meses?</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Frequente</b>	<b>Muito Frequente</b>
11. Dor discreta no peito sob tensão.	1	2	3	4	5
12. Palpitações (sentir o coração bater forte em alguns momentos).	1	2	3	4	5
13. Indisposição gástrica ou dor no estômago, que se acentuam diante de exigências emocionais.	1	2	3	4	5
14. Nó na garganta (sensação de sufocamento).	1	2	3	4	5
15. Tontura, vertigem.	1	2	3	4	5
16. Falta ou excesso de apetite.	1	2	3	4	5
17. Perda e/ou oscilação do senso de humor.	1	2	3	4	5
19. Uso de bebidas alcoólicas para aliviar a tensão.	1	2	3	4	5
20. Pânico - sensação de estar fora de si e/ou do mundo, medo de perder o controle das situações, podendo acarretar alguns dos seguintes sintomas: palpitação, sensação de falta de ar e de sufocamento, dor no peito, náuseas, tontura, sensação de desmaio, formigamento nos dedos, ondas de frio ou calor, boca seca.	1	2	3	4	5
<b>B2</b>					
<b>Analise as situações vivenciadas nos últimos seis meses</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Frequente</b>	<b>Muito Frequente</b>
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 duas ou mais coisa ao mesmo tempo, com dificuldade de concluí-las.	1	2	3	4	5
3. Não conseguir desligar-se das obrigações do trabalho.	1	2	3	4	5
4. Assumir compromissos no trabalho muito desafiadores, além dos limites.	1	2	3	4	5
5. Ter que realizar atividades de trabalho bem acima da capacidade técnica e/ou atividades de aprendizado recente, das quais ainda não se tem domínio pleno/maturidade.	1	2	3	4	5
6. Ter o dia muito tomado com uma série de compromissos assumidos, com pouco ou nenhum tempo livre.	1	2	3	4	5
7. Ter os horários de descanso (após expediente, finais de semana e feriados) tomados pelo trabalho.	1	2	3	4	5
<b>B3</b>					
1. Dificuldade de lembrar fatos recentes relacionados ao trabalho que anteriormente eram facilmente lembrados.	1	2	3	4	5
2. Dificuldade na tomada de decisões que anteriormente eram fáceis de serem tomadas.	1	2	3	4	5

<b>Análise as situações vivenciadas nos últimos seis meses</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Frequente</b>	<b>Muito Frequente</b>
3. Fuga das responsabilidades de trabalho, antes assumidas com naturalidade.	1	2	3	4	5
4. Desejo de trocar de emprego.	1	2	3	4	5
5. Estar sentindo uma desmotivação importante para com o trabalho.	1	2	3	4	5
6. Perder o controle sobre os eventos da vida (trabalho, família, relacionamentos, entre outros).	1	2	3	4	5
7. Excessivo desgaste nos relacionamentos interpessoais, no trabalho e/ou fora dele.	1	2	3	4	5
8. Dificuldade de concentração para a realização do trabalho.	1	2	3	4	5
9. Diminuição da eficácia no trabalho (queda na produtividade)	1	2	3	4	5

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

B4-1.

B4-2.

B4-3.

### **PARTE C**

Favor responder a esta parte do questionário assinalando com um “X” no espaço 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 seis meses

<b>Análise os aspectos relacionados ao seu trabalho</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Frequente</b>	<b>Muito Frequente</b>
1. Executo um trabalho complexo e o mesmo me deixa desgastado/muito cansado.	1	2	3	4	5
2. A tecnologia no meu trabalho tem me sobrecarregado muito ( <i>e-mails</i> , <i>áudioconferências</i> , <i>videoconferências</i> , <i>softwares</i> , <i>sistemas integrados de gestão</i> , etc.).	1	2	3	4	
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. Percebo que a filosofia da alta administração no Hospital é pautada pela obsessão por resultados, causando tensão excessiva.	1	2	3	4	5
5. É normal que as instituições queiram fazer mais com o mínimo, porém no Hospital esta situação é muito presente.	1	2	3	4	5



<b>Análise os aspectos relacionados ao seu trabalho</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Frequente</b>	<b>Muito Frequente</b>
6. O Hospital estabelece metas de trabalho em excesso com alto grau de dificuldade, gerando grande desgaste do gestor na execução, acompanhamento e avaliação dos resultados.	1	2	3	4	5
7. Grande parte das decisões relacionadas ao meu trabalho é tomada sem a minha participação, o que causa em mim desgaste excessivo.	1	2	3	4	5
8. Conviver com “espalha-brasas” (indivíduo estressado, ansioso) é significativa fonte de tensão no meu ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5
9. No desenvolvimento do meu trabalho, sofro pressão excessiva em seus diversos aspectos.	1	2	3	4	5
10. Já presenciei no Hospital a ocorrência de alto impacto emocional, como assalto, morte e acidente fatal no trabalho, entre outras de mesma natureza.	1	2	3	4	5
11. Tenho experimentado no Hospital situações de inibição de autenticidade e coerência no exercício das minhas atividades.	1	2	3	4	5
12. Tenho experimentado nesta empresa situações de inibição da liberdade no exercício das minhas atividades.	1	2	3	4	5
13. No Hospital existem ‘práticas recorrentes’ de isolar, perseguir, desrespeitar, humilhar pessoas que eventualmente sejam consideradas funcionalmente inadequadas.	1	2	3	4	5
14. Há situações em que se procura manter as pessoas num clima de insegurança e medo.	1	2	3	4	5
15. Há decisões tomadas por pessoas mentalmente desequilibradas.	1	2	3	4	5
16. Eu sinto que a minha relação de emprego no Hospital é insegura/instável.	1	2	3	4	5
17. Para atingir os resultados que o Hospital exige, muitas vezes, defronto-me com situações em que há orientações superiores, explícitas ou implícitas, para agir fora do que considero eticamente correto.	1	2	3	4	5
18. Muitos prazos e prazos apertados são rotina no meu trabalho, acarretando-me grande incômodo e tensão excessiva.	1	2	3	4	
19. 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	
20. As minhas atividades no Hospital geram uma excessiva carga de trabalho, o que, de certa forma, está ultrapassando os meus limites e gerando significativa fonte de tensão para mim.	1	2	3	4	

21. Você considera existir no seu ambiente de trabalho outros fatores causadores de tensão excessiva que não tenham sido considerados nas questões anteriores? Caso existam, descreva-os, de forma objetiva exclusivamente nos espaços a seguir, classificando-os quanto à frequência (a mesma escala usada no quadro anterior – coloque o número da escala na frente do fator apresentado).

21.1

21.2

22. O que você considera como os três itens mais importantes para que o ambiente no Hospital no qual você trabalha seja menos tenso e estressante para os seus funcionários? (Responda de forma objetiva, exclusivamente nos espaços a seguir.).

22.1

22.2

22.3

23. O que você considera como os três itens mais difíceis na realidade atual do Hospital para reduzir o nível de tensão?

23.1

23.2

23.3

## PARTE D

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

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

1.1 ( ) Muito relevante.

1.2 ( ) Relevante

1.3 ( ) Alguma relevância

1.4 ( ) Pouco relevante.

1.5 ( ) Muito irrelevante

2. Como você avalia a possibilidade de atrasar os cronogramas de trabalho, como redutor de tensão excessiva no seu ambiente de trabalho?

2.1 ( ) É sempre possível.

2.2 ( ) Na maioria das vezes é possível.

2.3 ( ) Algumas vezes é possível.

2.4 ( ) Raramente é possível.

2.5 ( ) Nunca é possível.

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

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

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

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

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

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

6. Você realiza atividade física (pelo menos 30 a 40 minutos de exercícios, corrida, caminhada, etc, três ou mais vezes por semana)?

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

7. Você encontra tempo para relaxar/descansar?

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

8. Como você avalia a possibilidade de canal aberto no HC para discussão das situações de dificuldades e tensão?

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

9. Como você avalia a periodicidade de cobranças de resultados no HC e a sua conseqüente geração de tensão excessiva?

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

10. Como você avalia a cooperação entre os pares (gerentes/Coordenadores)?

- 10.1 ( ) É sempre possível.

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

11. Como você avalia o equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal?

- 11.1 ( ) É sempre possível.
- 11.2 ( ) Na maioria das vezes é possível.
- 11.3 ( ) Algumas vezes é possível.
- 11.4 ( ) Raramente é possível.
- 11.5 ( ) Nunca é possível.

Agradecemos a sua valiosa colaboração.

*Arlete do Socorro Gonçalves, Mestranda*

*Faculdade Novos Horizontes*

*Curso de Mestrado Acadêmico em Administração*