



Universidade Potiguar - UnP
Programa de Pós-Graduação em Administração - PPGA
Mestrado Profissional em Administração

MARIA SUELY CORREIA GOMES

STRESS:

**UM ESTUDO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)
EM NATAL-RN.**

**NATAL-RN
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA SUELY CORREIA GOMES

STRESS:

**UM ESTUDO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)
EM NATAL-RN.**

**Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade
Potiguar, como requisito parcial
para a obtenção do título de
mestre em Administração.**

Orientador: Prof. Dra. PATRÍCIA WHEBBER S. DE OLIVEIRA

**NATAL –RN
2008**

Universidade Potiguar - UnP
Programa de Pós-Graduação em Administração - PPGA
Mestrado Profissional em Administração

A dissertação
STRESS: UM ESTUDO NO SERVIÇO DE
ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)
EM NATAL-RN foi avaliada como
requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Administração pelo
Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade Potiguar.

Aprovada em 28 de julho de 2008.

BANCA EXAMINADORA:

Patrícia Whebber S. de Oliveira, Dra.

Nilda Maria de C. Pinto Guerra Leone, Dra.

Washington José de Souza, Dr.

HUMILDEMENTE RECONHEÇO QUE A MINHA VERDADE RELATIVA É
ENORMEMENTE PEQUENA SE COMPARADA À VERDADE ABSOLUTA QUE
EXISTE EM DEUS.

Suely Gomes

Dedico este trabalho:

ao meu esposo **Seve Cunha**, pelo apoio e pelo incentivo;

ao meu filho **Yam**, fonte de inspiração e estímulo;

e,

aos “anjos do asfalto”, como muitos chamam os
profissionais do SAMU, que estão sempre prontos para
salvar vidas.

AGRADECIMENTOS

“A GRATIDÃO ENOBRECE O HOMEM”
(autor desconhecido)

A Deus, fonte maior de inspiração e orgulho;

A meus pais que, mesmo de longe, acreditaram no meu potencial;

A meu esposo, por me apoiar e compreender a importância do mestrado em minha vida.

A meu filho Yam, pelas brincadeiras incentivadoras: “papai, mamãe é mestra e devemos obedecê-la” e pelo amor puro e incondicional;

Aos amigos e familiares, que fortaleceram minha decisão de buscar a conclusão do mestrado;

Aos colegas do mestrado que compartilharam experiências parecidas;

À professora orientadora Patrícia Whebber S. de Oliveira, pelo seu valioso conhecimento, pela dedicação e pelo apoio desde as primeiras construções deste trabalho;

Aos professores do Mestrado, pela disponibilidade de ensinarem os melhores caminhos na busca do desenvolvimento da ciência;

Aos profissionais do SAMU, em especial ao Dr. Ivan José de Araújo Campos Cardoso, pela disponibilidade de dirimir todas as minhas dúvidas sempre que necessitei e aos profissionais participantes desta pesquisa.

A todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, me ajudaram na concretização deste trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CID-10: Código Internacional de Doenças – décima revisão

DSM-X: Classificação de doenças pela Associação Norte-Americana de Psiquiatria – décima revisão

EUA: Estados Unidos da América

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISSP: Inventário de Superação do *Stress* Profissional

OMS: Organização Mundial da Saúde.

OIT: Organização Internacional do Trabalho.

PRAE: Programa de Remoção de Atendimento.

PUC: Pontifícia Universidade Católica

SAG: Síndrome Geral de Adaptação

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SANDU: Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SNC: Sistema Nervoso Central

TARM: Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica

UBS: Unidade Básica de Saúde

USA: Unidade de Suporte Avançado

USB: Unidade de Suporte Básico

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Visão externa da ambulância USB.....	22
Figura 2: Visão interna da ambulância USB.....	23
Figura 3: Visão interna da ambulância USA.....	23
Figura 4: Visão lateral da moto utilizada por condutores/socorristas do SAMU.....	24
Figura 5: Sistemática do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.....	26
Figura 6: Fisiologia do <i>stress</i>	39
Figura 7: As três fases de <i>stress</i> , de Selye.....	39
Figura 8: Abordagem mista do <i>stress</i>	50
Figura 9: Diferenciação entre <i>stress</i> e <i>coping</i>	55
Figura 10: Um modelo de <i>stress</i>	61
Figura 11: Ponto de apoio da ambulância na Praça Cívica de Natal.....	79

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: O percurso do <i>stress</i> nas diversas fases.....	58
Quadro 2: Distribuição das dimensões, categorias e estratégias do ISSP.....	82
Quadro 3: Correlação entre questões, objetivos, instrumentos e abordagens de pesquisa.....	84
Quadro 4: Principais fatores potencialmente estressantes funcionais e disfuncionais.....	96
Quadro 5: Resumo dos resultados do ISSP.....	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Universo da pesquisa..... 77

Tabela 2: Amostra da pesquisa..... 78

Tabela 3: Resumo da amostra estudada 81

Tabela 4: Discriminação da amostra qualitativa..... 81

Tabela 5: Discriminação da amostra quantitativa 83

Tabela 6: Freqüências absoluta e relativa dos conglomerados..... 100

LISTA DE GRÁFICOS:

Gráfico 1: Escores Z médios dos conglomerados nas dimensões confronto e evasão.....	101
---	-----

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo geral analisar o *stress* ocupacional e as estratégias de *coping* nos profissionais oriundos da área da saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que desenvolvem suas atividades em ambiente de trabalho móvel. Apresenta-se o *stress* em quatro abordagens: bioquímica, psicológica, sociológica e mista, reconhecendo-se suas complexidade e multidimensionalidade. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, de caráter exploratório descritivo. Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados: entrevista e inventário sobre superação do *stress* profissional, os quais foram direcionados a médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores/socorristas. Os resultados evidenciaram que, apesar de reconhecerem os fatores potencialmente estressantes e inerentes às suas atividades, os profissionais pesquisados não demonstraram desencadear o *stress* ocupacional negativo. Os principais fatores potencialmente estressantes identificados foram: 1. trabalho na “linha de tiro”; 2. trabalho com riscos de acidentes e contaminação; 3. população mal informada sobre o serviço do SAMU; 4. falta de dados para chegar ao endereço do paciente a ser atendido; 5. engarrafamentos/trânsito tumultuado; 6. baixa remuneração/reconhecimento; 7. impotência diante dos óbitos; 8. deficiência no sistema de saúde (que indica e/ou recebe o paciente). As estratégias de *coping* mais utilizadas foram as de confronto, aquelas que apresentam maiores condições para a saúde física e mental.

Palavras-chave: *Stress*. *Stress* Ocupacional. Estratégias de *coping*.

ABSTRACT

This study aimed at examining the general occupational stress and coping strategies in professionals from the health area of *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)* which develops its activities in the mobile work setting. It has shown the stress on four approaches: biochemical, psychological, sociological and mixed, recognizing its complexity and multidimensionality. It comes through a research for qualitative and quantitative nature, in a descriptive exploratory way. As tools for data collection were used: interview and inventory about overruns from stress on training, which were directed at doctors, nurses, nursing technicians and drivers / assistance. Results showed that despite recognizing the potentially stressful factors relating to their activities, those surveyed showed no negative trigger occupational stress. The main factors potentially stressful identified were: 1. Work in the "line of shooting" 2. Work with accident and contamination risks, 3. Population ill-informed about the service of SAMU, 4. Lack of data to reach the address of the patient to being served, 5. Traffic jam, 6. Low reward / recognition, 7. Impotence in front of the deaths, 8. Disabilities in the health system (which indicates and / or receives the patient). The coping strategies of most used were those of confrontation, those with more conditions for the physical and mental health.

Key-words: Stress. Occupational Stress. Coping Strategies.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de figuras

Lista de quadros

Lista de tabelas

Lista de gráficos

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO AMBIENTE DE ESTUDO: SAMU NATAL.....	18
1.2 PROBLEMA	27
1.3 OBJETIVOS.....	30
1.3.1 Objetivo geral	30
1.3.2 Objetivos específicos:	30
1.4 JUSTIFICATIVA.....	31
2 REVISÃO DA LITERATURA	33
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA NO CENÁRIO ATUAL	33
2.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O <i>STRESS</i> :	36
2.2.1 Stress: origem do termo e abordagens conceituais	36
2.2.2 Termos correlatos	52
2.2.3 As fases do stress.....	58
2.3 <i>STRESS</i> OCUPACIONAL.....	60
2.3.1 Fontes potenciais de stress ocupacional	61
2.3.2 Sintomas freqüentes do stress ocupacional	65
2.3.3 Estratégias de coping	68
2.4 ESTUDOS SIGNIFICATIVOS PARA ESTA PESQUISA.....	72
3 METODOLOGIA DA PESQUISA.....	77
3.1 TIPO DA PESQUISA.....	77
3.2 POPULAÇÃO DA PESQUISA.....	78
3.3 COLETA DE DADOS.....	80
3.4 TRATAMENTO DE DADOS	85
3.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	86
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	88

4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS	88
4.1.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa	88
4.1.2 Avaliação dos fatores potencialmente estressantes	88
4.1.3 Avaliação das estratégias de coping nas dimensões de confronto e de evasão	99
4.2 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	102
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
APÊNDICE A: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.	112
APÊNDICE B: DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS.	113
APÊNDICE C: TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	114
APÊNDICE D: RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO ISSP NA DIMENSÃO CONFRONTO.....	121
APÊNDICE E: RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO ISSP NA DIMENSÃO EVASÃO	123
APÊNDICE F: DENDROGRAMA DAS RESPOSTAS DO ISSP.	125
ANEXO A: INVENTÁRIO SOBRE SUPERAÇÃO DO <i>STRESS</i> PROFISSIONAL (ISSP).	127
REFERÊNCIAS:	130

1 INTRODUÇÃO

No cenário atual, no qual a globalização permite que mudanças ocorram numa rapidez intensa, o *stress*¹ possui seu valor positivo em muitos momentos da vida de uma pessoa. Contudo, se não for bem administrado, poderá se tornar uma ameaça à vida do indivíduo como um todo.

Na área do trabalho, o *stress* ocupacional tem sido um tema de crescente interesse da comunidade científica. Segundo Moraes e Mendes (2001), o campo da Administração está cada vez mais consolidando estudos voltados para a questão da saúde e para o trabalho humano. De acordo com Nakayama e Bitencourt (1998), acompanhar o ritmo acelerado das mudanças na vida profissional pode levar o ser humano a experimentar sensações agradáveis e desagradáveis. Se o *stress* ocupacional gera comprometimento para a saúde do trabalhador, é sinal de que algo não vai bem.

O foco desta pesquisa é o estudo do *stress* ocupacional de profissionais oriundos da área da saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Natal, Rio Grande do Norte. Mais especificamente, serão explorados os principais fatores estressantes, a percepção que os referidos sujeitos possuem acerca do *stress* ocupacional e as estratégias de *coping*² (enfrentamento do *stress* ocupacional) utilizadas pelos referidos profissionais.

Para Rêgo (2000), o constructo *stress* é um dos mais discutidos na comunidade científica. No entanto, há ainda a necessidade de aprofundamento sobre o fenômeno, sobretudo no contexto em que os ambientes de trabalho implicam riscos para a saúde dos profissionais. De acordo com Campos (2005), o profissional que trabalha no SAMU possui atividades complexas e estressantes, que demandam desgaste físico e emocional.

O atendimento pré-hospitalar do SAMU, de resposta rápida e que oferece à população em geral procedimentos de urgência/emergência médica móvel, vinte e quatro horas, nos sete dias da semana, em feriados ou finais de semana, faz

¹ *Stress*: Adotou-se o termo dessa forma em virtude de seu grande uso na comunidade científica brasileira.

² *Coping*: A comunidade científica prefere manter o termo no original por não achar uma palavra que traduza a complexidade do tema e para facilitar a recuperação de informações por interessados no tema (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998).

com que os profissionais convivam com situações de riscos físicos, biológicos, mecânicos, químicos e psicossociais relacionados ao trabalho (SOARES, 2006).

Para Aguiar *et al* (2000), o *stress* ocupacional é presença certa na realidade dos profissionais que, acompanhando a modificação do perfil epidemiológico da morbimortalidade nas grandes cidades, trabalham se deparando constantemente com doença e morte.

A cidade cresce e o SAMU passa a ter, cada vez mais, maior importância no atendimento à urgências e emergências pré-hospitalares da população, seja em domicílio, no local de trabalho, em vias públicas, em qualquer lugar no qual o paciente precise desse serviço (BRASIL, 2004 e SOARES, 2006). Essa importância evidencia-se principalmente porque, com esse atendimento, podem ser evitados episódios de morte súbita e suas conseqüentes repercussões familiares, sociais, psicológicas e econômico-financeiras (BRASIL, 2004).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007) divulgou, em setembro de 2007, que a estimativa da população de Natal, no referido ano, era de 750.685 habitantes. A partir desse dado, fica notório que Natal não é mais uma cidade pequena, para cuja travessia levam-se poucos minutos. Segundo a Prefeitura de Natal (2007), o SAMU Natal atende a uma média de 6.500 pessoas a cada mês.

Apesar de o trabalho ser fonte de realização e prazer, para Camelo e Angerami (2004), é cada vez mais comum o relato da presença de *stress* em profissões da área da saúde, como enfermeiros, médicos, psicólogos e outros. Para Peiffer (2007), há pessoas que são mais resistentes ao *stress* que outras e, por isso, aquelas conseguem desempenhar melhor determinadas tarefas que estas. O indivíduo precisa desenvolver estratégias salutaras para se manter física e mentalmente equilibrado em meio às tempestades.

A bibliografia (nacional ou internacional) acerca do *stress* em ambientes em que se trabalhe com saúde e urgência móvel, aponta para existência de poucas pesquisas acerca do assunto, dentre as quais podem ser citadas as de: YOUNG e COOPER, 1995, AGUIAR *et al*, 2000, NITSCHKE, LOPES e BUENO, 2000, TAKERA, 2002, MURTA e TRÓCCOLI, 2007, FORTES, 2006 e SOARES, 2006. Esse é um dos principais motivos que justificam esta pesquisa, de caráter exploratório e que trará contribuições para o tema em referência.

Neste capítulo, serão apresentados: a contextualização da organização em estudo, o problema, as questões de pesquisa e a justificativa para tal estudo.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO AMBIENTE DE ESTUDO: SAMU NATAL

Para que se entenda o ambiente laboral móvel dos profissionais de saúde do SAMU que fazem atendimento pré-hospitalar, primeiramente, faz-se necessária a familiarização com alguns termos específicos.

Considera-se atendimento pré-hospitalar móvel de urgência toda e qualquer assistência realizada na área de saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática e psiquiátrica), fora do âmbito hospitalar, que ajude a melhorar a saúde de alguém através de diversos meios e métodos disponíveis (BRASIL, 2004).

O atendimento pré-hospitalar móvel pode variar desde uma simples orientação médica até procedimentos avançados que visem salvar vidas e deixá-las com o mínimo possível de seqüelas (LOPES e FERNANDES, 1999).

Diante da agitação do mundo atual, a melhoria nos meios de atendimento de urgência tem grande valor para a população beneficiada. Para Nitschke *et al* (2006, p.1), “hoje é consenso no mundo todo que muito se pode fazer no atendimento às urgências antes da porta dos hospitais, para diminuir o sofrimento, aumentar as possibilidades de sobrevivência e reduzir seqüelas físicas e emocionais”.

Seguem os conceitos de emergência e urgência utilizados neste trabalho:

Emergências são situações que apresentem alteração do estado de saúde, com risco iminente de vida. O tempo para resolução é extremamente curto, normalmente quantificado em minutos. Tais como perda da consciência sem recuperação, dificuldade aguda de respiração acompanhada de chiado, dor intensa súbita acompanhada de suor frio, falta de ar e vômitos, grande hemorragia [...] acidentes domésticos graves com fratura e impossibilidade de locomoção do enfermo [...]. **Urgências** são situações que apresentam alteração do estado de saúde, porém sem risco iminente de vida, que por sua gravidade, desconforto e dor requerem atendimento médico com a maior brevidade possível. O tempo para a resolução pode variar de algumas horas até no máximo de 24h. Tais como: dores de cabeça súbitas de forte intensidade, não habituais, que não cedem com medicamentos rotineiros, dor lombar súbita muito intensa acompanhada de náusea, vômitos e alterações urinárias [...] (NITSCHKE *et al*, 2006, p.2, grifo nosso).

Segundo Brasil (2002a e 2003b *apud* Campos 2005, p.1), “quadros clínicos agudos, no Brasil e no mundo, configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, tendo em vista o seu forte impacto na morbi-mortalidade da população”. Devido ao aumento do número de acidentes e à violência urbana, é cada vez maior a demanda por serviços de emergência e de urgência (BRASIL, 2004).

De acordo com os estudos de Nitschke *et al* (2006), as raízes da criação dos Serviços de Atendimento Móveis de Urgências datam do século VI, quando o imperador francês Maurício criou uma cavalaria para remoção de feridos. No século XVIII, Napoleão Bonaparte designou a criação de uma equipe médica que desse assistência ao exército francês. Em 1859, teve origem a Cruz Vermelha que, segundo a Cruz Vermelha Brasileira (2007), nos tempos de guerra, socorreu muitas vítimas e, em tempos de paz, ainda em nossos dias, ajuda vítimas de catástrofes e desastres naturais.

Em 1865, surgiu, nos Estados Unidos da América, o serviço de ambulância para atendimento à população civil. Em 1924, surgiu, na França, o primeiro posto de emergência móvel. No período das grandes guerras mundiais, os serviços médicos se desenvolveram mais para os exércitos que para a população em geral (NITSCHKE *et al*, 2006).

Em 1956, o professor Cara, em Paris, cria o primeiro Serviço Móvel de Emergência e Reanimação (SMUR) com a finalidade de assegurar o transporte inter-hospitalar de pacientes em insuficiência respiratória séria [...] (NITSCHKE *et al*, 2006, p.35).

Em 1965, o Ministério de Saúde Francês criou os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (LOPES e FERNANDES, 1999, NITSCHKE *et al*, 2006).

Na década de 1950 do século passado, surgiu, no Rio de Janeiro, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), considerada a atividade embrião da atenção pré-hospitalar. Nas décadas de 1960 e 1970, vários serviços privados de assistência pré-hospitalar surgiram e foram desativados progressivamente (NITSCHKE *et al*, 2006).

Segundo Lopes e Fernandes (1999), em 1968, o SAMU passou a ter a finalidade de regulação médica.

Por **Regulação Médica**, entende-se o ato de ajustar, sujeitando-se às regras, de forma organizada, toda as respostas às situações de gestão do fluxo de

oferta de cuidados médicos de urgência/emergência em um município ou região, possibilitando uma racionalização dos recursos disponíveis. Esse ato é composto por uma fase diagnóstica, obtida através dos dados coletados e concluída por uma decisão que corresponde a uma escolha terapêutica (NITSCHKE *et al*, 2006, p.4).

Para Lopes e Fernandes (1999), os médicos demoraram a se mobilizar em relação ao aumento da perda de vidas humanas, principalmente quando ocasionada por acidentes automobilísticos. Diante disso, a saída foi delegar aos militares do Corpo de Bombeiros a responsabilidade pelo resgate de vítimas.

De acordo com Nitschke *et al* (2006), Santa Catarina foi o primeiro estado do Brasil a implementar um serviço pré-hospitalar através do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar, com a participação apenas de socorristas, sem o profissional médico. Em São Paulo, foi criado, em 1988, o projeto do SAMU, chefiado por um capitão médico. O sistema implantado inicialmente era vinculado ao Corpo de Bombeiros e um médico da Secretaria de Saúde ficava no quartel regulando as solicitações, através da linha 193. Esse tipo de atendimento foi expandido para várias partes do país. Em 1995, em Porto Alegre, teve início o primeiro SAMU no molde parecido com o atual. A partir de 1996 muitos SAMU's se instalaram.

Contudo, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), o SAMU, no Brasil, é regulamentado pela portaria GM / MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e pelas Portarias GM/MS 1863 e 1864, de 29 de setembro de 2003.

Sendo assim, as centrais reguladoras buscam organizar a relação entre vários serviços, acolhendo a clientela e redirecionando-a para locais adequados, dando continuidade, desse modo, ao tratamento através da integração com outras centrais de regulação de leitos de hospitais (BRASIL, 2004).

De acordo com Lopes e Fernandes (1999), o Ministério da Saúde do Brasil optou pelo modelo francês de atendimento sob acordo bilateral com a França. Nesse modelo, existe a obrigatoriedade do médico nas viaturas de suporte avançado, o que não ocorre nos moldes americanos, que introduziram o para-médico³.

³ Paramédico: é um profissional técnico em emergências médicas, especialmente habilitado para atuar em ambiente pré-hospitalar. Essa formação profissional não é reconhecida no Brasil e o *currículum* de formação é diferente dos cursos técnicos de enfermagem brasileiros (GRUPO TÉCNICO DE EMERGÊNCIA, 2007).

Diante da necessidade de reduzir a morbi-mortalidade por acidentes e por violências, bem como de melhorar e expandir o sistema de atendimento pré-hospitalar, o Ministro da Saúde do Brasil instituiu, em 29 de setembro de 2003, a Portaria nº 1.864, normatizando o componente pré-hospitalar móvel na Política Nacional de Atenção às Urgências. A partir daí, o SAMU passou a se expandir por diversos municípios e regiões do país (BRASIL, 2004).

De acordo com Destri-Júnior e Valente (2006), ao longo das últimas décadas vêm crescendo as estatísticas acerca da mortalidade, devidas principalmente a acidentes de trânsito. Porém, muitas mortes e traumas ocorridos nessas situações poderiam ser evitadas se o atendimento às vítimas ocorresse nos primeiros minutos após o acidente.

O Governo Federal vem editando portarias voltadas para a normatização, a padronização e a consolidação do atendimento do SAMU em todo o país. Para Destri-Júnior e Valente (2006), esforços estão sendo feitos.

A atuação do SAMU no Brasil é assessorada pelo Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Esse comitê é formado por representantes dos Ministérios da Saúde, da Defesa, dos Transportes, das Cidades e da Justiça e por participantes de entidades ligadas à saúde e à Segurança Pública, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, o SAMU internacional tem sido uma referência de sucesso. O atendimento oferecido precocemente pela equipes do SAMU contribui para reduzir a mortalidade, o tempo de internação e as seqüelas (BRASIL, 2004).

O SAMU de Natal iniciou suas atividades em setembro de 2002 e possui uma aceitação da sociedade pelos seus inúmeros casos de salvamento de vidas (PREFEITURA DE NATAL, 2004).

A equipe de profissionais que faz parte desse órgão é constituída de: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, condutores de veículo de urgência (que também são socorristas), coordenador geral, coordenador médico, coordenadora de enfermagem, telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM's), rádio operadores e profissionais de segurança.

O SAMU é solicitado pela população através de telefonema para o número 192. A ligação é gratuita, com atendimento vinte e quatro horas e todas as conversas são gravadas. Inicialmente, a telefonista recebe a ligação e faz a primeira

triagem para saber se o serviço solicitado é oferecido pelo SAMU (BRASIL, 2004). Segundo informações colhidas na Central de Regulação do SAMU-Natal, em alguns casos, o serviço solicitado é, por exemplo, a remoção de mendigos das ruas, o que não é competência do SAMU. Em outros casos, são trotes, apenas com fins de brincadeiras, o que reforça a necessidade da triagem na escolha dos casos que realmente necessitam de assistência. O SAMU vai a residências, locais de trabalho ou vias públicas.

Na triagem inicial, a telefonista que atende à ligação registra no computador: nome do solicitante do serviço, número do telefone, endereço, pontos de referência, nome do paciente, sexo, idade, queixa e fator causador. Após esse procedimento, a ligação e os dados colhidos previamente são encaminhados para o médico regulador, que faz novas perguntas ao solicitante do serviço e avalia a gravidade do caso.

Segundo Campos (2005, p.17), ao abordar o caso, o médico regulador precisa estar atento a algumas considerações: “a origem da chamada (via pública, domicílio, serviço de saúde, entre outros) e a natureza do solicitante (leigos, profissionais de áreas afins, profissionais de saúde não-médicos, médicos)” para decidir: 1- orientar medidas a serem adotadas pelo solicitante, sugerindo, por exemplo, que o(s) paciente(s) sejam levados para um serviço médico; ou, 2- orientar o solicitante a tomar as primeiras providências adequadas ao caso e enviar a Ambulância de Suporte Básico (cuja equipe é composta por enfermeiros e condutor de veículo, que também é socorrista, monitorados *on line* pelo médico regulador) ou a Ambulância de Suporte Avançado (UTI) (cuja equipe é constituída por médico, enfermeiro e condutor de ambulância, que também é socorrista), conforme a necessidade do caso.

O envio da ambulância do SAMU deve ser avaliado para que sejam conduzidos a equipe, os materiais e as medicações adequados em busca de um bom atendimento à população solicitante. São fatores agravantes: “o tipo de acidente, mecanismos do trauma, local, número de acidentados e o tipo de patologia envolvida” (CAMPOS, 2005, p.17).

O médico regulador está ligado a uma rede de comunicação entre as ambulâncias e os serviços que recebem os pacientes. Via rádio, ele monitora e orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos para o atendimento local e entra em contato com hospitais para saber se existem leitos disponíveis para

acolherem os pacientes. Diante disso, o profissional regulador fornece informações sobre a situação de urgência ou de emergência para que a ambulância vá atendê-la(s) (BRASIL, 2004).

Os SAMU's mais equipados contam com uma frota de transportes (terrestre, aéreo ou aquaviário) que é classificada como ambulância e se destina exclusivamente ao transporte de enfermos em urgência médica (BRASIL, 2004). Em Natal, existem oito ambulâncias de suporte básico, que ficam em pontos estratégicos da cidade, e duas unidades de suporte avançado, que ficam na sede de regulação médica. Segundo a Prefeitura de Natal (2007), vinte novas ambulâncias estão sendo compradas para renovar a frota já existente.

Ambulâncias de Suporte Básico (USB) são capacitadas a atender casos com riscos moderados, possuem uma equipe com um auxiliar de enfermagem e um motorista; e, **Ambulâncias de Suporte Avançado (USA)** (dotadas de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI) são capacitadas a assistir os casos mais graves em que as intervenções são mais complexas e o risco de vida é iminente. São constituídas por uma tripulação formada por um médico, um enfermeiro e um motorista. As ambulâncias de suporte avançado ficam de prontidão na base do SAMU esperando que o médico regulador avalie a necessidade de envio das mesmas (BRASIL, 2004, p.101, grifo nosso).

A figura 1 representa uma visão lateral externa da viatura ambulância tipo USB.



Figura 1: Visão externa da ambulância USB.
Fonte: Primária, 2008.

A figura 2 mostra a visão interna da ambulância USB, com profissionais respondendo ao inventário para esta pesquisa. Os rostos estão encobertos para evitar o reconhecimento desses profissionais.



Figura 2: Visão interna da ambulância USB.
Fonte: Primária, 2008.

A figura 3 representa a visão interna da USA, equipada para realizar atendimentos de UTI, possuindo, portanto, mais equipamentos, materiais, bolsas e medicamentos que a USB.



Figura 3: Visão interna da ambulância USA.
Fonte: Primária, 2008.

A partir de janeiro de 2007, o SAMU Natal passou a contar com dois novos serviços: 1- Serviço de motolância (cinco motos, duas das quais ficam de plantão) para que a assistência à população seja facilitada, vencendo-se os percalços do trânsito; 2- Programa de Remoção de Atendimento (PRAE), voltado para deslocamento pacientes que não possuem meios para se locomover e terem acesso ao atendimento ou tratamento médico-hospitalar, como fisioterapia, hemodiálise, quimioterapia, radioterapia, dentre outros (PREFEITURA DE NATAL, 2004 e 2007).

A moto, além de fazer com que o profissional possa chegar mais rapidamente ao local de atendimento, ajuda a isolar o local, oferece agilidade no transporte de

medicamentos ou de equipamentos para um mais avançado suporte à vida. Serve ainda como batedor para que se abram caminhos mais rápidos a fim de que as ambulâncias se desloquem mais facilmente (BRASIL, 2004).

A seguir, é mostrada uma visão lateral da moto utilizada pelo SAMU.



Figura 4: Visão lateral da moto utilizada por condutores/socorristas do SAMU.
Fonte: Primária, 2008.

O PRAE não tem caráter de urgência ou de emergência e objetiva atender à população que necessita ser transportada em ambulância. Como só existe a disponibilidade de quatro ambulâncias para esse serviço, em toda a Natal e Grande Natal, a remoção do paciente deverá ser solicitada por telefone, com prévio agendamento pela equipe técnica do SAMU (PREFEITURA DE NATAL, 2007).

A equipe que compõe o SAMU é multiprofissional e conta com profissionais oriundos da área da saúde e não-oriundos da saúde.

A equipe de **profissionais oriundos da saúde** deve ser composta de: coordenador do serviço, responsável técnico, responsável de enfermagem, médicos reguladores, médicos intervencionistas, enfermeiros assistenciais, auxiliares de enfermagem. A equipe de **profissionais não-oriundos da saúde** deve ser composta por: telefonista, rádio operador, condutor de veículo de urgência (com habilidade para auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida), profissionais responsáveis pela segurança (exercendo proteção à vítima e aos profissionais no atendimento) e bombeiros militares (BRASIL, 2004, p.84, grifo nosso).

A equipe que realiza a prestação de serviço é responsável pelo paciente desde o local socorrido até a entrada no hospital. No decorrer do trajeto para o

hospital, a equipe deve prestar todos os procedimentos necessários para manutenção, segurança e estabilidade da vida do paciente (BRASIL, 2004).

A Central de Regulação Médica deverá intermediar com o hospital o deslocamento da(s) vítima(s) para que esta(s) tenha(m) atendimentos adequados. Mesmo que os hospitais não disponham de vagas imediatas para a transferência do socorrido, o serviço do SAMU é efetuado (NITSCHKE *et al*, 2006).

A rotina do funcionamento das unidades de atendimento deve ser registrada, de forma escrita, e inclui desde os processos envolvidos na assistência prestada até os aspectos organizacionais, sejam eles operacionais, sejam técnicos. Associada a essa rotina, está a manutenção preventiva de materiais e de equipamentos que devem ser monitorados constantemente (BRASIL, 2004).

Segundo informações colhidas em visita ao SAMU/Natal, em agosto de 2007, a estrutura física da base de regulação do órgão possui uma parte interna e outra externa. A interna é composta por uma sala de regulação, duas salas de coordenação (médica e enfermagem), uma sala da administração, um repouso, uma sala de esterilização, uma sala com medicamentos (farmácia), uma cozinha e copa, quatro banheiros. Na externa (pátio), existem uma área para passagem do plantão, uma garagem, um setor de lavagem para as ambulâncias e dois banheiros.

Atualmente, a rede nacional SAMU 192 conta com 130 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil. Ao todo, 1.066 municípios são atendidos pelo SAMU, num total de 97.9 milhões de pessoas. Entre as capitais brasileiras, o SAMU está presente em Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Maceió, Manaus, Macapá, Natal, Palmas, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís, São Paulo, Teresina e Vitória (BRASIL, 2008).

Para ilustrar o funcionamento do sistema de atendimento móvel SAMU, é apresentada abaixo uma figura adaptada do trabalho de Destri-Júnior e Valente (2006).

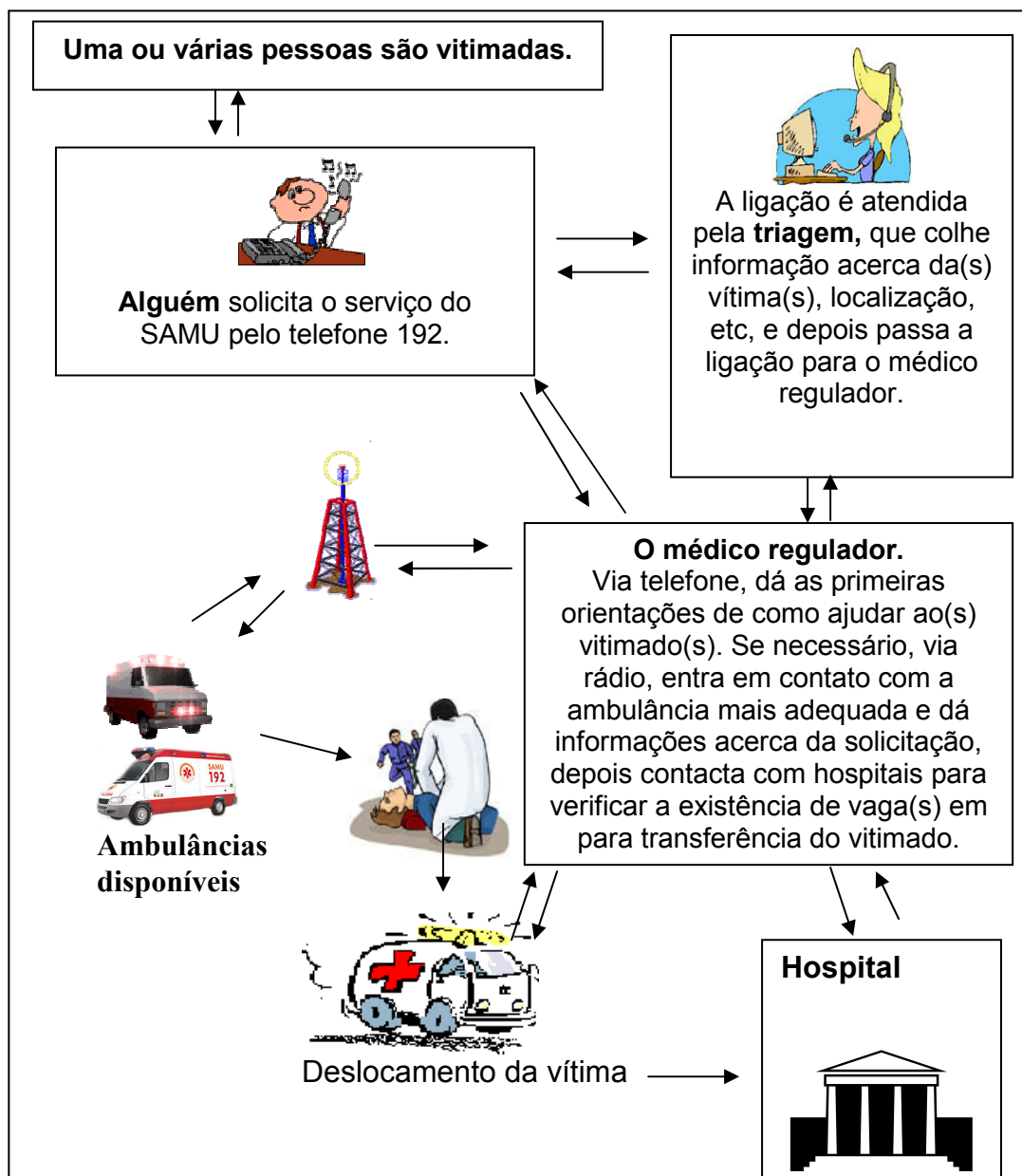


Figura 5: Sistemática do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
Fonte: Adaptado de Destri-Júnior e Valente. (2006, p.2).

Tendo contextualizado o ambiente de estudo, a seguir será apresentado o problema enfocado nesta pesquisa.

1.2 PROBLEMA

O problema que norteia esta pesquisa está relacionado ao *stress* a que profissionais, oriundos da área da saúde, que desenvolvem atividades móveis no

SAMU, estão sujeitos. Conhecer as fontes que causam *stress*, a percepção que os profissionais têm acerca desse tema e as estratégias de *coping* que utilizam em seus ambientes de trabalho poderá minimizar os efeitos maléficos que o *stress* pode causar em tais ambientes de trabalho.

Segundo Maslach e Leiter (1999, p.39), o *stress* no local de trabalho foi “menosprezado, banalizado e não levado a sério” durante muito tempo. Hoje, mais do que nunca, é sabido que o local de trabalho é um “terreno fértil para o desgaste físico e emocional” e os primeiros passos estão sendo dados em busca de maior consciência acerca do assunto. O *stress* no trabalho não pode mais ser considerado apenas um problema individual.

As exigências diárias do trabalho, da família e de tudo que envolve o ser humano atual consomem sua energia a ponto de, muitas vezes, levá-lo à exaustão. É no trabalho que o indivíduo passa mais da metade da sua vida útil e, portanto, essa relação entre trabalho e indivíduo poderá ser um forte componente para definir a satisfação pessoal do indivíduo (SIMMURRO, NICOLETTI e SKARBNIK, 2000).

Paraguay (1999) menciona que é consenso geral da comunidade científica o fato de o trabalho contribuir para altos níveis de *stress*. Diante disso, o *stress* ocupacional é visto como um problema a ser considerado nas organizações. “Os custos emocionais e financeiros são muito altos para que se continue a ignorá-lo ou a colocá-lo de lado” (MASLACH e LEITER, 1999, p.40). Para o bem da própria organização, não se pode ignorar o problema que o *stress* ocupacional causa na vida de seus funcionários.

De acordo com Nitschke, Lopes e Bueno (2000), grande parte da população desconhece o fato de que serviços de saúde, como os oferecidos pelo SAMU, possuem elementos que o caracterizam como organização e que, muitas vezes, são realizados em condições de trabalho propiciadoras de *stress*. É comum, por exemplo, que os profissionais que trabalham no universo da urgência médica sejam pressionados a dar respostas rápidas quanto ao atendimento de casos traumáticos, clínicos, pediátricos, gineco-obstétricos e psiquiátricos. O resultado dessa pressão é o *stress*.

Em pesquisa intitulada “Tipologia das Pesquisas sobre *Stress* no Brasil”, Benzoni *et al* (2004) fazem um traçado do desenvolvimento das pesquisas acerca do referido tema desde 1984 até 2003. Para os autores, com as principais temáticas

acerca do assunto, busca-se estudar, principalmente, o *stress* ocupacional e a correlação entre o *stress* e as patologias orgânicas.

Siqueira, Watanabe e Ventola (1995), Aguiar *et al* (2000), Murta e Tróccoli (2007) e Cândido (2004) consideram os profissionais que trabalham constantemente com situações de emergência em saúde como mais susceptíveis a desenvolverem *stress* no trabalho. Para esses autores, a prestação de ajuda a pessoas feridas ou mortas, o grande número de ocorrências, a exposição a sangue contaminado, as escalas longas de trabalho-descanso, a privação do sono, dentre outros fatores comuns ao trabalho desses profissionais, permitem considerar que esse grupo ocupacional é susceptível a alto nível de *stress*.

Através de uma revisão bibliográfica no âmbito do *stress* no trabalho, percebe-se que, no Brasil, as pesquisas buscam averiguar o efeito do *stress* em profissionais como: auditores fiscais da Previdência (FERREIRA e MENDES, 2003); condutores de ônibus (MORAES e MENDES, 2001, ZANELATO e OLIVEIRA, 2004, BATTISTON, CRUZ e HOFFMANN, 2006); dentistas (LIMA e FARIAS, 2005); docentes (CARLOTO, 2002; COSTA, 2004; PEIXOTO, 2004; AYRES, BRITO e FEITOSA, 1999; ARARALDI-FAVASSA, ARMILIATO e KALININE, 2007, LIMA, 2006); enfermeiros (SIQUEIRA, WATANABE e VENTOLA, 1995; BACHION *et al*, 1998; LAUTERT, CHAVES e MOURA, 1999, STACCIARINI e TRÓCOLLI, 2000; COSTA, LIMA e ALMEIDA, 2003; MARTINS, 2003; GUIDO, 2003; GATTI *et al*, 2004; MUROFUSE, ABRANCHES e NAPOLEÃO, 2005; MENZANI e BIANCHI, 2005; BATISTA e BIANCHI, 2006, FERRAREZE, FERREIRA e CARVALHO, 2006, CHAMON, MARINHO e OLIVEIRA, 2006); executivos (SIMURRO, NICOLETTI e SKARBNIK, 2000); gerentes (NAKAYAMA, 1997, PEREIRA, 2005); fisioterapeutas (FORMIGHIER, 2003); juízes do trabalho (LIPP e TANGANELLI, 2002); polícias militares (MORAES, FERREIRA e ROCHA, 2001, COSTA *et al*, 2007); psicólogos (COVOLAN, 1989; RÊGO, 2000; RIBEIRO, 1999 e 2002; CUNHA, 2000; ABREU *et al*, 2002; SANZOVO e COELHO, 2007); técnicos de enfermagem (CÂNDIDO, 2004, MALAGRIS e FIORITO, 2006).

Percebe-se, ainda, que as pesquisas que abordam o ambiente de trabalho do SAMU (NITSCHKE, LOPES e BUENO, 2000, CAMPOS, 2005, DESTRI JÚNIOR e VALENTE, 2006, FORTES, 2006 e SOARES, 2006) são escassas e, em nenhuma delas, busca-se entender o *stress* de profissionais deste espaço organizacional.

Diante do exposto, torna-se premente a necessidade de se conhecer que fatores estressantes estão presentes no ambiente referido, bem como de se verificarem defesas que os profissionais estão utilizando para resolver ou minimizar conseqüências do *stress* ocupacional.

Assim, esta pesquisa surge com as seguintes questões: Como o *stress* ocupacional interfere nos profissionais oriundos da saúde que trabalham no SAMU? Qual é o perfil desses profissionais? Quais são os fatores que mais freqüentemente causam *stress* ocupacional nas profissões estudadas? Como esses profissionais percebem o *stress* ocupacional? Quais são as principais estratégias de enfrentamento do *stress* ocupacional utilizadas pelos profissionais estudados?

1.3 OBJETIVOS

Com o intuito de aprofundar e delimitar conceitos e enfoques metodológicos, de acordo com os dados bibliográficos, a disponibilidade de recursos técnicos e materiais e a acessibilidade da pesquisadora aos profissionais estudados, traçaram-se os objetivos abaixo elencados, visando ao êxito desta pesquisa.

1.3.1 Objetivo geral

Analisar o *stress* ocupacional e as estratégias de *coping* (enfrentamento do *stress* ocupacional) dos profissionais oriundos da área da saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que desenvolvem suas atividades em ambiente de trabalho móvel.

1.3.2 Objetivos específicos:

- especificar o perfil sócio-demográfico do grupo em estudo;

- relacionar os principais fatores causadores de *stress* ocupacional;
- conhecer a percepção dos profissionais acerca do *stress* ocupacional;
- conhecer as principais estratégias de *coping* (enfrentamento do *stress* ocupacional).

1.4 JUSTIFICATIVA

A saúde ocupacional é uma importante estratégia para não apenas garantir a saúde do trabalhador, mas também contribuir para a alta produtividade, a boa qualidade de produtos e serviços, dentre outros (SOARES, 2006). O *stress* ocupacional foi o tema escolhido pela presente pesquisadora para, através de um olhar acadêmico, analisar como os profissionais oriundos da área da saúde os quais trabalham no SAMU são afetados em sua saúde ocupacional.

Com o aumento da violência urbana, os riscos ocupacionais em determinadas profissões podem ser agravados e os profissionais que ora são atores podem se tornar vítimas (CEZAR e MARZIALE, 2006). Diante disso, determinadas violações na saúde ocupacional de um indivíduo podem gerar práticas profissionais negligentes, mau atendimento às vítimas, baixa auto-estima, dentre outras. Cuidar para que os fatores potencialmente estressantes não afetem o desempenho das funções desses profissionais deve ser tarefa de seus gestores.

Se o trabalho é reconhecido como um importante fator para a vida emocional e motivacional do ser humano (DEJOUR, 1992), é esperado que a saúde do trabalhador desperte interesse em áreas como a de administração e a de psicologia. Para Fortes (2006), a preocupação com a saúde do trabalhador só ganhou maior atenção no Brasil a partir dos anos 80.

A presente pesquisa é relevante principalmente porque tem o caráter exploratório na investigação da saúde dos profissionais que trabalham em atendimento móvel e, através deste estudo, esses profissionais, juntamente com seus gestores, poderão compreender melhor o referido ambiente de trabalho na perspectiva do *stress* ocupacional. Para Soares (2006), o atendimento feito em um ambiente pré-hospitalar por si só pode gerar *stress*, por ser conduzido em um

ambiente estranho ao do hospital, diferentemente do que é ensinado num banco acadêmico.

Outro ponto especial deste estudo é a busca pelo maior conhecimento de um ambiente laboral móvel, já que, através da revisão da literatura, constatou-se a existência de um número restrito de trabalhos que abordam o referido ambiente de trabalho (NITSCHKE, LOPES e BUENO 2000, SOARES, 2006 e FORTES, 2006). Todos esses trabalhos apontam para importância de se conhecerem os riscos ocupacionais no trabalho pré-hospitalar, como forma de prevenir doenças ocupacionais como o *stress*.

Espera-se ainda que este trabalho seja um estímulo para novas pesquisas nessa área do conhecimento.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, será apresentada a revisão da literatura acerca do tema estudado, buscando-se referências para compreensão e aprofundamento do assunto. Inicialmente, procurar-se-á referendar o *stress* no contexto atual. Depois, o termo será abordado com base numa visão histórica que permite observar como foi se transformando ao longo do tempo. Posteriormente, serão apresentadas algumas abordagens conceituais acerca do tema e os principais termos correlatos de relevância para a pesquisa. Os focos mais específicos desta pesquisa (fatores estressantes e estratégias de *coping*) também terão seu espaço reservado. Para finalizar este capítulo, serão apresentadas algumas pesquisas feitas no Brasil e no mundo, significativas para o referencial teórico deste trabalho.

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA NO CENÁRIO ATUAL

Para Marques (2002 *apud* CHAMON, MARINHO e OLIVEIRA, 2006), a partir de 1960, as organizações passaram a se preocupar mais com a saúde de seus funcionários. De acordo com TAMAYO e TRÓCCOLI (2002), para garantir melhores rendimentos e buscar desempenhos mais eficazes de seus funcionários, as empresas investem cada vez mais na saúde destes.

Autores como Kompier e Kristensen (2003), Lipp (2004), Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) ressaltam que, atualmente, não só os meios científicos se interessam pelo tema *stress*, como também os meios de comunicação dão destaque a ele, seja em revistas e jornais, seja em programas de televisão e de rádio não apenas no Brasil, mas também nos Estados Unidos da América (EUA), na Europa, na Austrália e no Japão. Para Lipp (2004), as pesquisas na área do *stress* ocupacional contribuem para a profilaxia e a terapêutica do problema, que é observado em todas as partes do mundo como fator que interfere na produção organizacional, causando doenças e até mortes.

Para o entendimento do cenário em que se encontra a sociedade do século XXI, Ferreira e Mendes (2003) fazem menção de que a sociedade atual vive um

intenso processo de redefinição das relações internacionais, sobretudo nas esferas econômica, tecnológica, das comunicações e da cultura. Dentre alguns motivos para tal redefinição, Ayres, Brito e Feitosa (1999, p.2) citam as mudanças no estilo de vida das pessoas ao longo dos tempos, dentre as quais estão: “a passagem da vida rural para a urbana, da auto-suficiência para o consumo, do isolamento para a integração e da atividade física para o sedentarismo.”

Para Araraldi-Favassa, Armiliato e Kalinine (2007), durante séculos, grande parte da humanidade se dedicou apenas a trabalhos braçais, os quais terminavam ao pôr do sol. Com a Revolução Industrial, a carga horária foi instituída e o trabalho pesado e a concorrência capitalista passaram a fazer parte do dia-a-dia de trabalho da maioria dos trabalhadores. Mais recentemente, as pessoas passaram a atuar em novos e exigentes ambientes de trabalho, com desafios de produtividade, diversidade, qualidade e vantagens competitivas.

Embora as mudanças ocorram com o passar do tempo, para Arroba e James (1994), as reações de luta ou de fuga que os indivíduos apresentam em defesa de seu próprio organismo são parecidas, seja na Idade da Pedra, quando o indivíduo se deparava com uma “fera pré-histórica” ao sair de sua caverna, seja diante das pressões psicológicas que o homem moderno enfrenta, sobretudo no universo de seu trabalho. Nesse contexto, os exageros parecem estar se tornando mais comuns nos dias modernos. Para os referidos autores, ou o indivíduo encontra alternativas para se equilibrar diante de pressões vividas, ou a exaustão se instala e “o *stress* leva-o para o hospital ou para o necrotério” (ARROBA e JAMES, 1994, p.12).

De acordo com Sant’ana, Costa e Moraes (1999), observa-se que existe uma correlação de determinados períodos históricos com enfermidades específicas. Na Idade Média, aconteceu a peste bubônica; no Renascimento, a sífilis e, na era romântica, a tuberculose. Todos esses problemas, aos olhos da ciência, parecem ter sido controlados. No entanto, apesar de todo o processo evolutivo, o *stress* toma uma dimensão cada vez maior em nosso dia-a-dia. Segundo Lima (2006, p.2), “em 1992, um estudo realizado pelas Nações Unidas rotulou o *stress* como a doença do século XX” (SANT’ANA, COSTA e MORAES, 1999; AYRES, BRITO e FEITOSA, 1999; SIMMURRO, NICOLETTI e SKARBNIK, 2000; CALLEGARI, 2000; LIPP, 2004; LIMA e FARIAS, 2005; BATISTA e BIANCHI, 2006). Segundo Matos (2000 *apud* PEIXOTO, 2004), a Organização Mundial de Saúde (OMS) achou tão significativo o

problema *stress* que, em 1992, passou a incluí-lo no Código Internacional de Doenças (CID-10).

Diante da sociedade globalizada, Tushman e Nadler (1997) apontam que as organizações que promovem inovações são sistemas mais eficazes. Para os referidos autores (1997, p.167), as organizações que conseguirem se preparar para o amanhã “serão mais bem sucedidas do que aquelas que se encaminham para a maior estabilidade e para a complacência”. Além do mais, o homem moderno precisa estar atento à busca de alternativas para lidar com o *stress* resultante dessa mudança de vida. As expressivas mudanças em todos os níveis da sociedade fazem com que as pessoas se exponham mais a “situação de conflito, ansiedade, angústia e desestabilização emocional. O *stress* surge como consequência direta dos persistentes esforços adaptativos” (ARARALDI-FAVASSA, ARMILIATO E KALININE, 2007).

Segundo Cobra (2003, p.73), “o homem moderno parece um videoclipe, cheio de luzes, poluição e perigo por todos os lados [...] não dá nem tempo de o homem se adaptar”. Conseqüentemente, ele adoece mais. Ainda para Cobra (p.66), “o doente é aquela pessoa que rompeu com os fundamentos básicos da vida. Rompeu com princípios simples, como dormir, alimentar-se adequadamente, ter atividade física sistemática, relaxar [...]”. Para o indivíduo manter-se saudável, é necessário que imponha limites a si próprio, o que está sendo cada vez mais difícil de acontecer nos tempos atuais.

Diante disto, a maioria da população já parece saber que o *stress*, quando não é bem administrado, pode implicar a um indivíduo doenças graves e até a morte.

Simmurro, Nicoletti, Skarbnik (2000, p.19) apontam que “70% da procura dos serviços de saúde estão direta ou indiretamente relacionados a fatores de *stress* e o alto índice de absenteísmo e de licenças médicas nas empresas também é atribuído ao *stress*”.

Uma vez contextualizado o tema no cenário atual, serão apresentadas a seguir algumas importantes considerações sobre o *stress*.

2.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O *STRESS*:

Para o entendimento do termo *stress*, faz-se necessário referendá-lo no contexto histórico e científico. Atualmente, o conceito de *stress* é associado a situações de pressões sociais, conflitos familiares, trânsito intenso, desemprego, dentre outros. Nesses casos, os referenciais são os fatores ou as causas e não o que é o *stress* em termos de definição.

2.2.1 *Stress*: origem do termo e abordagens conceituais

Para entender a trajetória do termo *stress* até os dias de hoje, procurou-se registrar a opinião de vários estudiosos do assunto. Albert e Ururary (1997) ressaltam que a palavra *stress* pode ter vindo da língua francesa por volta de 1100-1500 para a língua inglesa como *destresse*, significando “colocado em aperto” ou “opressão”. Com o decorrer do tempo, a palavra tornou-se *stress*. Segundo Cooper, Cooper e Eaker (1988 *apud* VELOSO, 2000), a raiz da palavra *stress* vem do latim *stringere*, que significa espremer. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), anterior ao seu uso científico, o termo *stress* foi utilizado por volta do século XIV, para designar pressão física, dureza, tensão e adversidade.

Ao final do século XVIII, o termo passou a ser utilizado nas ciências físicas e nas engenharias. Logo depois, iniciaram-se os estudos buscando a analogia entre a construção de estruturas (nas engenharias), a “carga” que as pessoas suportam e as suas conseqüências (nas ciências humanas). Em 1936, o médico canadense Hans Selye utilizou o termo como é conhecido atualmente (VELOSO, 2000).

Segundo Lipp (1984), a tradução mais aproximada para o termo *stress* é “tensão” e, independentemente da existência de uma tradução unânime, não se pode negar que o fenômeno existe e, necessariamente, os profissionais que cuidam dele precisam se familiarizar com a síndrome.

Para melhor compreensão teórica acerca do conceito de *stress*, serão apresentadas, a seguir, quatro abordagens conceituais (bioquímica, psicológica, sociológica e mista). As três primeiras, estruturadas por Veloso (2000) e a última, adaptada pela autora desta pesquisa.

2.2.1.1 A abordagem bioquímica

A principal característica desta abordagem é restringir o estudo do *stress* ao ponto de vista bioquímico.

A literatura acerca do tema *stress* é unânime em indicar Hans Selye, médico vienense, como o pioneiro dos estudos acerca do assunto. Na verdade, até meados de 1930, Selye parece ter sido o pesquisador que mais se interessou em estudar seriamente o tema. Oliveira (2006, p.12) se refere a Selye como o “pai da estressologia”. No entanto, é o próprio Selye (1982) que aponta estudos anteriores aos seus como os propiciadores do entendimento de tal abordagem.

De acordo com Selye (1982), o interesse médico pelo tema *stress* ocorria desde os tempos de Hipócrates (470-377 a.C.), pai da medicina, que deu suas contribuições acerca do assunto no momento em que desenvolveu o conceito de *vis medicatrix naturae*, que era a capacidade natural do organismo de voltar ao estado normal, após expor-se a patologias.

Para melhor entendimento do *stress*, Selye (1982, p.8) fez suas primeiras pesquisas nos trabalhos de “Claude Bernard (séc. XIX), Pflüger (1877) e Frederiq (1885)”. Contudo, ele faz uma crítica a esses autores que “acabaram por falhar em distinguir as experiências de *distress*, sempre desprazeroso, das de *stress*, que também incluem intensa satisfação e prazer da auto-expressão” (SELYE, 1982, p.8).

De acordo com Pereira (2005), Selye foi bastante influenciado pelos estudos do fisiologista francês Bernard, que considerava a constância do equilíbrio interno um dos traços significativos de todos os seres vivos.

Para Selye (1982), foi em 1939 que o fisiologista Cannon deu uma grande contribuição para os seus estudos, formulando o conceito de homeostase. Para Cannon (1939 *apud* SELYE, 1982, p.8), homeostase é “o processo fisiológico coordenado que mantém o estado de constância do organismo”, grosseiramente conceituado como “força de resistência”. Essa força foi denominada de “síndrome de luta” ou “síndrome de fuga” e visa proteger o organismo de situações adversas (PEREIRA, 2005). Cannon observou que os seres humanos possuíam um mecanismo de mobilização que os preparava para uma reação diante de elementos nocivos (VELOSO, 2000).

Os trabalhos de Cannon (1953 *apud* COVOLAN, 1989) abriram caminho para a chamada psicofisiologia, ou seja, para as pesquisas relacionadas ao estudo das relações entre estados mentais e processos fisiológicos. Com base no conceito de homeostase, Selye passou a compreender o *stress* como um fenômeno relacionado à interação corpo-mente (OLIVEIRA, 2006).

Diante disto, Selye (1982, p.7), achava que era necessário “elevar o tema *stress* de simples objeto de discussão de festas, ao domínio da ciência”. Embora supervalorizando a dimensão fisiológica, essa primeira definição, apesar de modificada no decorrer do tempo, ainda é muito referendada em pesquisas sobre o tema, em todo o mundo:

Stress é um estado manifestado por uma síndrome específica, constituído por todas as alterações não específicas produzidas num sistema biológico, portanto, tem suas próprias características, mas não tem causas particulares (SELYE, 1956, p.54, grifo nosso).

Com essa definição, o referido autor contribui para uma melhor compreensão do *stress*. O termo síndrome é explicado por Selye (1956) como só podendo ser avaliado pelas mudanças que gera. Ainda para esse autor, o *stress* fisiológico é um ajustamento, enquanto o termo *síndrome* é explicado pelo fato de o *stress* ser produzido por um ou por alguns fatores. A não-especificidade das reações manifestadas no corpo de um indivíduo é comparada por Selye (1956) à relatividade em que se encontra o conceito de vida, segundo o qual um organismo pode estar vivo como um todo, mas determinadas partes específicas não, como por exemplo o cabelo e as unhas (SELYE, 1956).

Fazendo experimentos com extratos ovarianos de ratas, Selye (1982) concluiu que determinadas reações fisiológicas eram decorrentes de substância tóxica. Essas conclusões o levou a descobrir que “calor ou frio em excesso, irritação nervosa, infecção, hemorragia e outros tantos estímulos podiam desencadear uma tríade” (SELYE, 1982, p.9).

Cannon descreveu a presença da reação de alarme diante de uma situação em que o organismo está em perigo e Selye descreveu, além da reação de alarme, a fase de resistência e a de exaustão (VELOSO, 2000). Tal tríade foi nomeada de Síndrome Geral de Adaptação (SAG) e apresenta três fases ou estágios. Inicialmente a resposta ao *stress* é de alarme, depois de resistência e, por último, de exaustão (SELYE, 1982, p.9).

Entretanto, de forma sucinta, pode-se considerar a reação de alarme como a primeira resposta que o organismo dá diante de um agente estressor. Se o impacto agressor for forte, o organismo entrará na segunda fase, a de adaptação ou resistência. Persistindo a exposição ao estressor, o organismo perde a adaptação adquirida e entra na terceira fase, a da exaustão. (SELYE, 1982). Para Selye (1982, p.10), “esta natureza trifásica da reação nos dá a noção da finitude da energia de adaptação”.

Para explicar a parte fisiológica do *stress*, Ballone (2005a) faz menção de que, entre 1970 e 1990, muitas pesquisas buscavam descobrir a relação entre o Sistema Nervoso Central (SNC)⁴ e o Sistema Imunológico (SI)⁵. Só a partir de 1990, os estudos avançaram e constatou-se que o hipotálamo (parte do SNC que libera neuro-hormônios) estimula a glândula hipófise que, por sua vez, ocasiona modificações no sistema imunológico.

Nesse contexto, foi comprovado que é no sistema límbico que se inicia a função psíquica de avaliação da situação dos fatos e eventos de vida. De acordo com Pereira (2005), o sistema nervoso recebe informações dos órgãos sensoriais que determinam as respostas do organismo com base em componentes, tais como a personalidade do indivíduo, a experiência vivida, as circunstâncias atuais e as normas culturais.

Nas situações estressoras, a atividade entre o hipotálamo, a hipófise e as glândulas suprarrenais, conhecida por eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, é ativada. A glândula suprarrenal secreta as catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) que afetam as reações imunológicas (BALLONE, 2005a). O sistema nervoso autônomo transfere ao corpo os impulsos através do sistema nervoso simpático e do parassimpático, preparando-o para situações de luta ou de fuga, como ilustra a figura 2. Esse comportamento é característico da fase de alarme, descrita nos estudos de Selye (PEREIRA, 2005).

⁴ SNC: recebe, analisa e integra informações. É o local onde ocorrem a tomada de decisões e o envio de ordens (VILELA, 2007a).

⁵ SI: responsável pela “limpeza” do organismo, ou seja, pela retirada de células mortas, pela renovação de determinadas estruturas [...] (VILELA, 2007b).

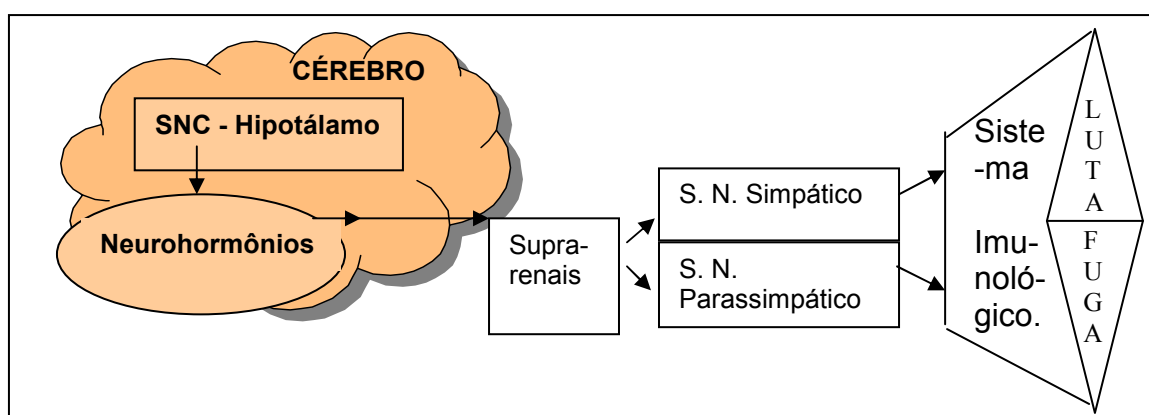


Figura 6: Fisiologia do *stress*.
Fonte: Primária, 2008

Para Selye (1982), a segunda fase, a de resistência, pode terminar de duas formas: a pressão sendo eliminada e o organismo voltando ao seu equilíbrio ou a pressão sendo prolongada e o organismo entrando na fase de exaustão.

Na fase de exaustão, o indivíduo poderá ter fortes sintomas de cansaço, alteração na pressão arterial, insônia, mal estar, indisposição, dificuldades de relacionamento na vida pessoal e profissional, dentre outros (PEREIRA, 2005).



Figura 7: As três fases de *stress* de Selye.
Fonte: Primária, 2008.

2.2.1.2 A abordagem psicológica

Nesta abordagem, a ênfase principal está na compreensão da influência da percepção e do comportamento do indivíduo no processo do *stress* (VELOSO, 2000).

Para Pereira (2005, p.70), os estudos dessa abordagem surgiram a partir do início do século XX, quando houve o “desenvolvimento da psicossomatização”. O trabalho de Lazarus (1974 *apud* PEREIRA 2005) é considerado o marco principal

para essa abordagem, já que esse autor considera o mecanismo psicológico determinante para o desencadeamento do *stress*.

A abordagem psicológica inclui os estudos do *stress* sob o prisma das visões: psicossomática, interacionista, behaviorista, da psicopatologia do trabalho e da psicologia social.

a) Psicossomática

Segundo Silva e Muller (2007), o termo psicossomática foi utilizado pela primeira vez em 1808, por um psiquiatra alemão chamado Heinroth, que realizou estudos sobre insônia. Mais tarde, em 1823, ele utilizou o termo somato-psíquico para abordar a influência dos fatores orgânicos sobre os emocionais.

O conceito de psicossomática, segundo Lipowski (1984 *apud* SILVA e MULLER, 2007), busca abranger a integralidade do homem num completo corpo-mente em interação com o contexto social. Envolve não só o aspecto psicológico, mas também o biológico.

Rodrigues e França (2005) ressaltam o fato de o mercado de trabalho estimular a vida acelerada, de as pessoas terem um afiado perfil de competitividade e de serem totalmente voltadas para o trabalho. A turbulência fica cada vez mais incorporada à vida normal. O custo disto é que o emocional é abalado e se transforma no principal desencadeante do *stress* e de tantas doenças psicossomáticas.

Quando o emocional de uma pessoa é afetado no ambiente de trabalho, gera efeitos variados. Contudo, o mais preocupante é a síndrome *Burnout*, caracterizada por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade em relação aos outros (RODRIGUES e FRANÇA, 2005).

Segundo Pereira (2005), são considerados os primeiros representantes da vertente psicossomática os trabalhos de William Osler (penúltima década do século XIX) e as pesquisas de Adolf Meyer (final do século XIX), autores que buscaram compreender a tensão e o aparecimento de doenças. Harold Wolff, Holmes e Rahe posteriormente também procuraram entender o estado emocional como desencadeante de doenças psicossomáticas.

Em 1993, Kaplan e Sadock apresentaram o trabalho de Holmes e Rahe no qual é feita a associação do *stress* com acontecimentos negativos constatados na vida de uma pessoa. Morte do cônjuge, divórcio, separação conjugal, detenção, morte de familiar próximo, lesão ou doença grave, casamento, demissão do emprego, dentre outros possuíam valores. Quando a soma de determinados valores totalizasse 200 ou mais, poderia implicar o desencadeamento de doenças psicossomáticas. Essa pesquisa contribui para a visão de que fortes fatores emocionais desencadeiam *stress* (VELOSO, 2000).

Para Veloso (2000), nesse prisma os autores trabalham com a preocupação relativa ao ajustamento psicológico do indivíduo às alterações e ao conseqüente processo de enquadramento de doenças.

b) Interacionista

Esta linha de pensamento busca compreender a relação entre o indivíduo e o seu meio. A base teórica vem da psicologia experimental (VELOSO, 2000 e PEREIRA, 2005).

Lazarus e Folkman (1984) interpretam o *stress* como conseqüência de uma apreciação ou avaliação de uma situação em que o indivíduo se defronta com agentes estressores. Nesse ponto de vista, leva-se em conta o processo cognitivo da pessoa, o qual intervém entre o ataque e a reação, e o *stress* só ocorre se o indivíduo perceber essa reação como tal.

Para Lazarus e Folkman (1984, p.22), “pessoas e grupos diferem em suas sensibilidades e vulnerabilidade para certos tipos de eventos, bem como em suas interpretações e reações”. Uma pessoa pode reagir com raiva a determinada pressão, enquanto outra pode desencadear depressão ou ansiedade. Para entender essas variações, os autores sugerem que se leve em conta o “processo cognitivo que intervém entre o ataque e a reação, e os fatores que afetam a natureza desta mediação” (LARAZUS e FOLKMAN, 1984, p. 23).

Outro representante da vertente interacionista do *stress* é David Magnusson. Para Magnusson (1982), no processo de interação pessoa-situação, será

determinante para o desencadeamento ou não do *stress* a maneira como a pessoa seleciona e avalia a informação ambiental.

De acordo com Magnusson (1982, p.232), “o ‘mundo real’ no qual nós experienciamos, sentimos, pensamos e agimos é o mundo como nós o percebemos e para o qual nós damos significado.” Nesse contexto, as qualidades percebidas das condições ambientais estressantes constituem os determinantes importantes do *stress*.

Várias são as contribuições de Magnusson para a visão interacionista do *stress*. Dentre essas contribuições, estão: a distinção entre ambiente real (“de acordo com propriedades físicas e sócio-culturais”) e ambiente percebido (“descrito conforme percepção, cognição, emoções e ações do indivíduo”); a distinção entre situação real e situação percebida; o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade individual (“resultado de um processo de maturação e aprendizagem com os limites das potencialidades herdadas”); e a demonstração, através de pesquisas, das diferenças individuais (idade, sexo, cultura) nas reações às situações estressantes (MAGNUSSON, 1982, p.231).

A Administração [...] tem instigado a reformulação do conceito de eficiência, dentro de uma concepção mais integradora e que procura observar o mundo do trabalho a partir de uma visão interdisciplinar. Dentro desta perspectiva, destaca-se a abordagem do estresse ocupacional (MORAES e MENDES 2001, p.1),

De acordo com a visão interacionista, a reação do indivíduo diante de um estressor irá depender de como ele a percebe.

Percepção, para Wagner III e Hollenbeck (2002), é um processo pelo qual os indivíduos selecionam, organizam, armazenam e recuperam informações. Para esses autores, é no processo de percepção que pessoas constroem a sua própria versão da realidade, com base nas informações fornecidas pelos órgãos do sentido.

Segundo Bowditch e Buono (2004), são exemplos que podem causar distorções perceptivas: a estereotipagem (o processo de usar uma impressão para padronizar uma resposta); o efeito halo (deixar que uma característica encubra as demais); a expectativa (quando uma pessoa vê o que quer ver); e o autoconceito (conceito que a pessoa tem de si mesmo).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984, p.52), “um número crescente de pesquisadores psicofisiológicos está inclinado à incorporação da mediação cognitiva em seus modelos”.

Para Hinkle (1973 *apud* PEREIRA, 2005), as abordagens psicossomática e interacionista possuem uma inter-relação: enquanto a primeira procura a conexão corpo e mente, a segunda relaciona mente e ambiente.

c) Behaviorista

Na vertente behaviorista, Pereira (2005) cita os estudos de Friedman e Rosenman como os de maiores destaques na investigação do aparecimento de sintomas físicos e mentais associados à personalidade do indivíduo. Friedman e Rosenman (1974, *apud* VELOSO, 2000) propuseram duas categorias de comportamento: Tipo A, composta de pessoas mais propensas ao *stress*, pois apresentam características como impaciência, competitividade, ansiedade e perfeccionismo. Essas pessoas levam a vida em ritmo acelerado e sentem-se culpadas quando descansam ou relaxam; e Tipo B, referente a pessoas que trabalham sem agitação, relaxam sem sentimento de culpa e são menos propensas ao *stress*.

Para Paschoal e Tamayo (2004), serão as características pessoais (tipo A ou B) que implicarão na determinação de estratégias de enfrentamento do *stress*.

Considerando esse ponto de vista, é pertinente frisar que as pessoas se comportam dentro de um continuum entre os dois tipos de personalidade e é difícil encontrar um indivíduo que tenha somente características do tipo A ou do tipo B (PEREIRA, 2005).

Para Lazarus e Folkman (1984), há estudos que possibilitam a comparação vertical e longitudinal das mesmas pessoas ao longo dos tempos, nas quais percebe-se a presença dos dois tipos de comportamentos. Nesse sentido, associa-se o estilo de estratégias de enfrentamento a crenças que os indivíduos possuem. Estudos envolvendo crianças com menos de 11 anos fundamentaram tal pensamento (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Glass (1977a, b *apud* LAZARUS e FOLKMAN, 1984) foi um dos estudiosos mais influentes nessa vertente, pois estudou a natureza do tipo A associando-a ao risco de problemas cardiovasculares e mobilizou muitos outros estudiosos a procurarem entender a predisposição ao comportamento coronário (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Segundo a vertente behaviorista ou comportamental, as atitudes também são componentes geradores de tensão. Bowdicht e Buono (2004) consideram atitude como predisposição do indivíduo para agir de acordo com um estímulo. Nessa perspectiva, a atitude antecede o comportamento. Ainda para os referidos autores, as décadas de 1920 e de 1930 do século passado foram caracterizadas como eras da medição de atitudes.

De acordo com Pereira (2005), as atitudes (natureza intrínseca) de um indivíduo poderão determinar se ele está mais apto ou não a gerar tensão.

Para Kaplan e Sadock (1993 *apud* PEREIRA, 2005, p.75), o conceito de dissonância cognitiva também é um importante tema estudado pelos comportamentalistas. Para esses autores, a dissonância cognitiva “é a incongruência ou desarmonia entre crenças, conhecimentos e comportamentos do indivíduo.” Um exemplo comum de dissonância cognitiva é quando um indivíduo tenta mudar suas atitudes para se manter no trabalho e não consegue devido à incoerência de valores.

d) Psicopatologia do trabalho

Segundo Veloso (2000), muitas pesquisas acerca da psicopatologia do trabalho vêm sendo realizadas para que se entenda melhor o *stress* no ambiente de trabalho.

De acordo com Pereira (2005), essa vertente, que foi iniciada na França, após a Segunda Guerra Mundial, teve como precursores os franceses Silvadon e Le Guillant. Ainda para o referido autor, a psicologia social deu uma grande contribuição para o desenvolvimento dessa linha de pensamento.

Segundo Dejour e Abdoucheli (1990), esboçou-se aos poucos um modelo através do qual se tentava entender o sofrimento no trabalho e as defesas contra doenças. “Lê Guillant e seus colaboradores puseram em evidência as síndromes

que afetavam especificamente a saúde mental dos operadores de certas profissões” como faxineiras, telefonistas, mecanógrafos e mecânicos de estradas de ferro (DEJOUR e ABDOUCHELI, 1990, p.121).

Na vertente da psicopatologia do trabalho, o *stress* não é foco principal. É apontado como uma alternativa para o adoecimento (PEREIRA, 2005). Na visão de Dejour e Abdoucheli (1990, p.123), a doença mental “é uma descompensação do equilíbrio entre as pressões do trabalho (excessivas) e as possibilidades defensivas (transbordadas) do indivíduo”. Compreender essa relação é o principal objetivo dessa vertente.

De acordo com Dejour, Abdoucheli e Jayet (1994, p.15), quando a relação homem-trabalho fica bloqueada, “começa o domínio do sofrimento e da luta contra o sofrimento.” Os estudos dejourianos oferecem pesquisas que buscam “a análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho” (DEJOUR e ABDOUCHELI, 1990, p.120). Na base desses estudos, está o ponto de vista da teoria psicanalítica, a qual permite a investigação dos processos psíquicos mesmo quando o indivíduo não está sofrendo de doença mental, além de respeitar a história individual de cada ser (DEJOUR e ABDOUCHELI, 1990).

Para o entendimento da correlação entre trabalho e saúde mental do trabalhador, Dejour (1992) sugere que se tenham em mente dois conceitos: condição de trabalho e organização de trabalho.

Por **condição de trabalho** é preciso entender, antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactéria, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho. Por **organização de trabalho** designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc (DEJOUR, 1992, p.24, grifo nosso).

Para Dejour (1992, p.126), quanto mais rígida a organização de trabalho, mais frágil o trabalhador será e, como consequência disso, o indivíduo terá um grande risco de “acumulação de energia pulsional”, podendo ser acometido de doenças somáticas que são “desordens endócrino-metabólicas” geradas por uma resolução mental conflituosa. No entanto, uma boa adequação entre organização de

trabalho e estrutura mental do trabalhador (psicodinâmica da relação homem/trabalho) também é possível.

Segundo Dejour (1992, p.82), para algumas profissões, “o funcionamento homem-máquina exige a perfeição. A menor falha neste mecanismo complexo pode, em fração de segundos, significar a morte”. Esse autor, com base em pesquisas efetuadas com pilotos de caça, sugere três eixos para se buscar a melhoria das relações homem-máquina: adaptação do trabalho ao homem, adaptação do homem ao trabalho e uma boa seleção dos sujeitos que irão desempenhar as funções no cargo.

Para Dejour (1992), métodos e regulamentos no trabalho impedem, muitas vezes, que o trabalhador execute bem suas funções. Esse e mais outros fatores acarretam problemas constantes na vida cotidiana do trabalhador, tais como insatisfações, *stress*, mau humor e até depressão. Além do mais, os trabalhadores, constantemente, são levados a sacrificar seu tempo dedicado à vida familiar e ao lazer em função do mercado de trabalho, que, por uma lado, exige produção e, por outro, gera sentimento de vazio e de fragilização dos laços afetivos.

Quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, então emerge um sofrimento patológico (DEJOUR, 1992, p.10).

Segundo Gomes (2006, p.1), o trabalhador pode rodear-se de infelicidade e solidão em troca de benefícios que, por vezes, não passam de uma “segurança no emprego” fátua e sujeita às flutuações do mercado. Caso não encontre alternativas saudáveis para conciliar sua vida com o trabalho, “ele entra em colapso pelo álcool, pela droga ou pelo puro e simples desespero”.

e) Psicologia Social

Para Veloso (2000), a psicologia social alia-se à antropologia na busca do entendimento da construção dos valores humanos e/ou da construção cultural para a determinação dos fatores potencialmente estressantes. “Para esta corrente, a construção dos valores dos indivíduos, ou construção cultural, emerge de uma

situação concreta e socialmente construída, determinando o que as pessoas vão entender como fonte de pressão” (PEREIRA, 2005, p.79).

Para Rodrigues (1992, p.3), a psicologia social estuda especialmente “manifestações comportamentais suscitadas pela interação de uma pessoa com outras pessoas, ou pela expectativa de tal interação.” No âmbito da saúde, as pesquisas buscavam principalmente compreender como as variáveis psicossociológicas influenciam os processos de saúde-doença (TRAVERSO-YEPEZ, 2001).

O aumento das doenças crônicas, verificado nas últimas décadas, revela que as práticas de saúde não podem se deter apenas ao “corpo” doente. O estilo de vida das pessoas, suas características pessoais e a sociedade em que elas estão inseridas apontam para a era da interdisciplinaridade (TRAVERSO-YEPEZ, 2001).

Considerando o fato de o indivíduo ser membro de um determinado conjunto social, o estudo do *stress* pela vertente da psicologia social não está interessado em entender a manifestação do *stress* individual e sim em como o *stress* afeta as relações grupais e em como o grupo reage às fontes de *stress* (PEREIRA, 2005). Para Bock, Furtado e Teixeira (2002, p.139) “os grupos sociais são pequenas organizações de indivíduos que, possuindo objetivos comuns, desenvolvem ações na direção desses objetivos”. Quando os indivíduos se tornam membros de um grupo social específico, aprendem códigos, normas e regras desse grupo. A psicologia social busca compreender os processos que envolvem esses grupos.

Katz e Kahn (1987, p.49) apontam como bases principais sócio-psicológicas dos sistemas sociais os papéis, as normas e os valores. As organizações de trabalho são, assim, sistemas sociais inventados pelo homem e firmam-se em “atitudes, percepções, crenças, motivações, hábitos e expectativas dos seres humanos”. Para a redução da variabilidade e da instabilidade humana, os referidos autores sugerem o estudo de três tipos de pressão: 1- pressão do ambiente, exigindo esforço e coordenação da tarefa; 2- valores e expectativas compartilhados, em busca de objetivos comuns; 3- imposição de regras.

Na concepção da Psicologia Social, Bock, Furtado e Teixeira (2002) consideram que o sofrimento é um problema da sociedade atual pelo fato de as pessoas não saberem conviver com as diferenças. De acordo com Sawaia (1995), para viver bem, o indivíduo precisa restabelecer o nexos psico/fisiológico/social para, então, superar a cisão entre pensar/sentir/agir.

Na linha da psicologia social, os estudos acerca do *stress* vão além das fronteiras organizacionais e, através deles, procuram-se compreender os impactos, no âmbito social, das relações entre o indivíduo e seu trabalho (PEREIRA, 2005).

2.2.1.3 A abordagem sociológica

De acordo com Cassirer (1994, *apud* PEREIRA, 2005, p.79), “na abordagem sociológica percebe-se uma dependência entre a visão de mundo do indivíduo e a sua realidade”. Nesse contexto, o indivíduo tem uma relação direta com a estrutura social em que vive e o seu mundo é constituído a partir de valores, símbolos e opções culturais (VELOSO, 2000).

Borja (2003) explana que, embora o trabalho seja o principal indicador social que estimula o aparecimento do *stress*, outros fatores devem ser levados em consideração, tais como: alimentação; habitação, saneamento e meio ambiente; educação; trabalho, renda e lazer; transporte e convívio familiar; e sistema de papéis de que o indivíduo faz parte.

Segundo Leontiev (1978 *apud* PEREIRA, 2005, p.80), “o desenvolvimento psíquico dos indivíduos está relacionado à estrutura cultural estabelecida” e à construção simbólica que estabelece com a estrutura social em que vive.

Rio (1995 *apud* PEREIRA, 2005, p.81) relaciona a variável sociocultural ao aparecimento do *stress* e indica alterações de valores, presentes na atualidade, como fontes importantes de pressão, como por exemplo: “o incentivo social à competitividade, a pressão do tempo, a ética do lucro, o consumo compulsivo e a aceleração das mudanças”.

Para Veloso (2000, p. 44), a abordagem sociológica “precisa ser melhor definida e fundamentada para que se concretize como objeto de pesquisa”. Para o referido autor, o campo aberto à pesquisa ainda é muito grande.

2.2.1.4 A abordagem mista

Tendo explanado anteriormente as três primeiras abordagens conceituais acerca do *stress* (bioquímica, psicológica e sociológica), vale agora salientar que muitos cientistas passaram a estudar e a contribuir para o melhor entendimento do termo *stress*, e os conceitos evoluíram multifacetados (PÉREZ-RAMOS, 1992).

Com base nessa visão multifacetada do *stress*, percebeu-se que é cada vez mais comum encontrar conceitos aplicados ao termo *stress*, abordando influências de dimensões múltiplas.

Castiel (2005) sugere que o termo *stress* seja visto segundo uma visão transdisciplinar, mediante a interação de conteúdos de outros campos do conhecimento e, assim, se tenha um novo espírito epidemiológico para o entendimento da saúde-doença.

Para Lipp (1984), o *stress* deve ser entendido de uma forma mais ampla, como um conjunto de reações emocionais, físicas, mentais e químicas que o organismo apresenta quando é exposto a um estímulo que o amedronte, irrite, excite ou o faça feliz. Nesse contexto, encontra-se a abordagem mista, segundo a qual o indivíduo é visto de forma global e uma área afeta outras e vice-versa.

Segundo Vasconcelos (1998 *apud* SILVA e MULLER, 2007, p.2), existe uma tendência a que os estudos acerca do *stress* recebam influência de cinco dimensões (bio, psico, social, espiritual e ecológica) responsáveis pelo equilíbrio homeostático do organismo. Para esse autor, lentamente o conceito de saúde vem se transformando em um “conceito biopsicossocioespiritual-ecológico”, de acordo com o qual não há uma só etiologia.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (1996), no seu capítulo V, intitulado Transtornos Mentais e Comportamentais, traz a seção F43 (p.335) dedicada às reações ao *stress* (grave, aguda e pós-traumática) e aos transtornos de adaptação. Na referida classificação (p.335), os fatores causadores de *stress* são correlacionados aos “*life events*” (eventos de vida) e nem sempre têm um papel etiológico.

Para a classificação de doenças da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM - X), citada por Simurro, Nicoletti e Skarbnik (2000, p.19), o *stress* é “um estado de tensão do organismo, submetido a um agente estressor [...] manifesta através de uma resposta ou reação fisiológica, psicológica e comportamental de um organismo quando ele procura adaptar-se às pressões internas e externas a ele”.

A partir dos conceitos acima apresentados, viu-se a importância de se incluir uma abordagem para a qual todas as outras converjam, deixando múltipla a visão acerca do *stress*. Para melhor entender essa abordagem, a seguir será apresentada uma ilustração:

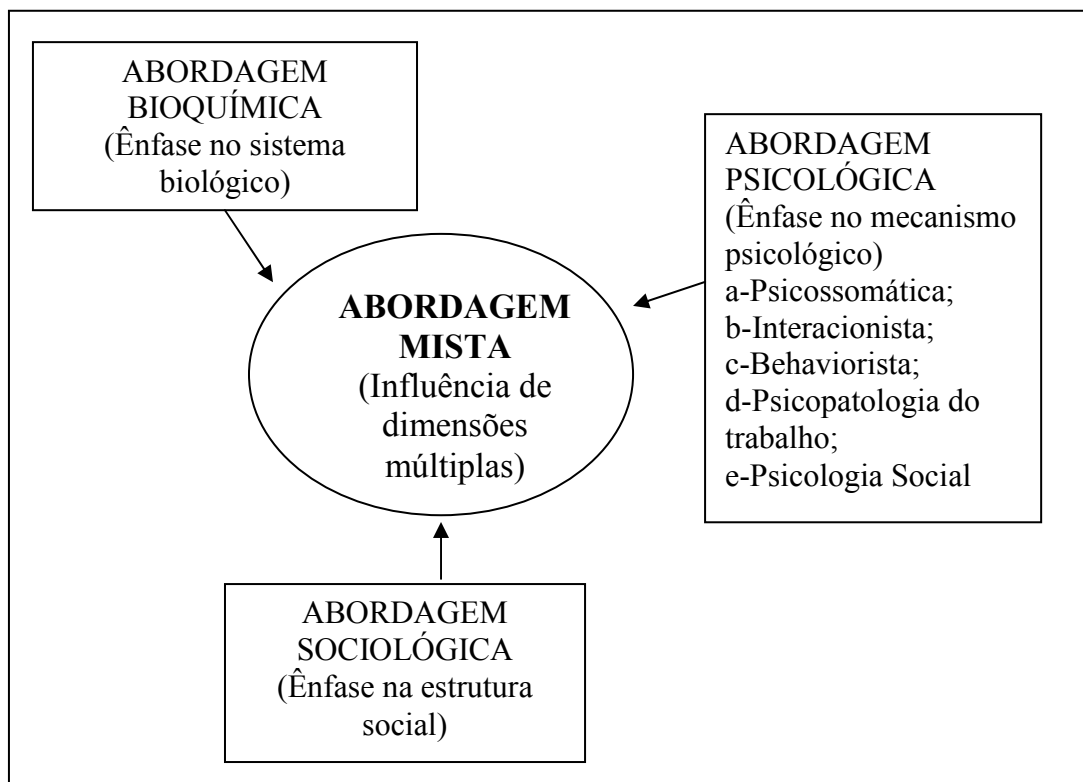


Figura 8: Abordagem mista do *stress*.
Fonte: Primária, 2008.

A próxima sessão será dedicada ao esclarecimento de alguns termos utilizados quando se fala em *stress*, os quais muitas vezes são confundidos com o *stress* em si.

2.2.2 Termos correlatos

Segundo Gatti *et al* (2004), a dificuldade conceitual surge porque a palavra *stress* é utilizada de forma muito ampla e abrange condição, causa ou agente desencadeante de uma reação do organismo e ainda para descrever seus efeitos. Para esclarecer o uso, nesta pesquisa, de determinados termos, serão abordados, a seguir, alguns deles, tais como: *eutress*, *distress*, estressor, ansiedade, pressão, *burnout*, *coping* e *hardness*.

Diante dos conceitos apresentados e da literatura pesquisada, pode-se perceber que após os estudos de Selye, por volta de 1956, o *stress* passou a ser considerado pela grande maioria dos autores como tendo duas facetas: a positiva (também denominada *eutress*) e a destrutiva (também denominada *distress*).

É comum na literatura acerca do tema a utilização de conceitos de *eustress* e *distress*. Para Calais *et al* (2007), o termo *eutress* é usado quando, diante da ocorrência de uma ameaça ou possibilidade dela, o indivíduo consegue se adaptar de forma positiva. Já o termo *distress* corresponde a uma não- adequação ou má adaptação, o que implica prejuízos para o indivíduo.

Lipp (1984, p.6) destaca que, em 1908, Robert Yerkes e John Dodson descreveram os efeitos do *stress* no desempenho humano. Eles observaram que aumentos no grau de *stress*, até certo ponto, podem ocasionar maior eficiência no desempenho, enquanto que se “o *stress* aumenta ou diminui, além de certo ponto, o desempenho começa a decair. Tal descoberta é conhecida como Lei de Yerkes-Dodson”. Ainda para Lipp, o que se observou na pesquisa de Robert Yerkes e John Dodson foi a existência de uma “área de conforto que varia de indivíduo para indivíduo e, também, no decorrer da vida da mesma pessoa”. (Lipp, 1984, p.6). Sendo assim, um mesmo evento ou estímulo pode gerar tanto o *stress* negativo (***distress***) quanto o *stress* positivo, também conhecido como ***eutress***.

O ***stress* positivo** pode trazer: aumento da vitalidade, manutenção do entusiasmo, do otimismo, da disposição física, interesse, etc. Por outro lado, o ***stress* patológico** e exagerado pode ter consequências mais danosas, como por exemplo, cansaço, irritabilidade, falta de concentração, depressão, pessimismo, queda da resistência imunológica, mau-humor etc (BALLONE, 2005a, p.3, grifo nosso)

Segundo Ayres, Brito e Feitosa (1999), é difícil para algumas pessoas entender que uma situação agradável também pode provocar *stress* e desencadear uma série de reações psicofisiológicas, a exemplo do que ocorre com os eventos ruins. Para que se tenha um melhor entendimento acerca do assunto, é necessário se pensar no conceito do *stress* que envolve o processo de adaptação seja ela positiva ou negativa (mudança de emprego, mudança de cidade, etc.).

De acordo com Lipp (2007a, p.3), o *stress* positivo é aquele em que o organismo produz adrenalina que dá incentivo e energia para produzir. Ocorre na fase de alerta e o organismo não sofre danos, pois o *stress* não é excessivo. O *stress* negativo é o que ocorre em excesso quando o indivíduo extrapola os limites e esgota a capacidade de adaptação. “A produtividade e a capacidade de trabalho ficam muito prejudicadas”.

Para Ballone (2005b), seria impossível eliminar completamente o *stress*, já que, fisiologicamente, a ausência total de *stress* seria equivalente à morte. Dessa forma, busca-se que o *stress* seja algo positivo e não um impedimento ao desempenho, à saúde e à felicidade do ser humano.

Outro tema que merece esclarecimento é o termo **estressor**. De acordo com os estudos de Selye (1956, p.64), estressor “é todo aquele que produz *stress*, causando mais ou menos *stress*, em proporção ao grau de sua capacidade de provocar alterações não específicas”. É um termo utilizado como o estímulo que o indivíduo percebe como ameaça para a sua integridade. Pode ser de natureza física (poluentes, temperaturas extremas, traumas corporais, exposição a doenças); de natureza psicológica (pensamentos, sentimentos, preocupações); e de natureza psicossocial (familiares, desempenho de papéis).

Segundo as pesquisas de Castiel (2005), considerando os problemas contemporâneos acerca do tema saúde-doença, os desdobramentos da teoria do *stress* e a distorção com que os meios de comunicação de massa tratam o tema, é inevitável a falta de correspondência entre os diversos sentidos do termo *stress* e seus correlatos.

Outro termo utilizado no contexto do *stress* é **ansiedade**. Para Rezende-Neto (2000), o estudo da ansiedade é uma tarefa árdua, visto que existe uma diversidade entre as definições, o que implica dificuldade de classificação. Para Gerzon (1998),

ansiedade é o sentimento que ocorre quando o nosso bem-estar é de alguma forma ameaçado. Pode ser provocada pelas preocupações com dinheiro, saúde e relacionamentos, dentre outras. De acordo com os estudos de Gerzon (1998, p.15), “todas as intervenções e realizações humanas, inclusive a arte, a ciência, a tecnologia, o governo e a religião, podem ser compreendidas como tentativas de lidar com a ansiedade”.

Segundo Spielberger (1981 *apud* REZENDE-NETO, 2000, p.94), “o *stress* é o processo responsável pelo surgimento de um estado de ansiedade que envolve uma seqüência completa de eventos internos”. Para Rezende-Neto (2000), pessoas com alto traço de ansiedade avaliam um grande número de situações como perigosas e desenvolvem um alto nível de *stress*.

De acordo com o Código Internacional de Doenças (OMS), para que um indivíduo desencadeie a ansiedade, não há necessidade, necessariamente, de que se exponha a uma determinada situação. Enquanto que, para que o *stress* ocorra, é preciso existir um ou mais fatores causadores. Isso demonstra uma importante diferença entre a ansiedade e o *stress*.

Os sintomas essenciais da ansiedade são variantes, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão nervosa, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que entes queridos fiquem doentes ou que sejam acidentados, também são sintomas de ansiedade (OMS-CID-10, p. 333).

Para Balone (2005b), quando o ser humano pôs a ansiedade, originalmente fisiológica e indispensável à vida normal, a serviço de sua sobrevivência, ela passou a ser objeto de distúrbios. Segundo o autor, a partir de então, o *stress* passou a ser o representante emocional da ansiedade.

Selye (1956), Arroba e James (1994), Sant’ana, Costa e Moraes (1999) fazem distinção entre os termos **pressão** e *stress*. Pressão relaciona-se às características de uma determinada situação, que podem ser de difícil resolução para o indivíduo, exigindo a adaptação deste. Por outro lado, *stress* se refere à tentativa de o indivíduo se ajustar às exigências dessa situação. Sendo assim, a pressão está na situação, enquanto o *stress*, no indivíduo, ou seja, a pressão é extrínseca e o *stress* é intrínseco.

De acordo com Sant’ana, Costa e Moraes (1999), “tal diferenciação entre pressão e *stress* facilita sobremaneira o entendimento, diagnóstico e combate aos

efeitos perversos desse fenômeno”. Esses autores sugerem que as organizações estejam atentas para afastar dos trabalhadores situações causadoras de *stress*.

Para Costa, Lima e Almeida (2003, p.66, nosso grifo), “para justificar o *stress* crônico associado ao trabalho, nos Estados Unidos, pesquisadores utilizam a expressão inglesa ***burnout***, que significa combustão completa”.

Segundo Ballone (2005d), muitos autores defendem que a síndrome de *burnout* é diferente do *stress*, pois, para eles, o *burnout* envolve atitudes e condutas negativas com relação a usuários, clientes, organização e trabalho, enquanto o *stress* aparece mais comumente como um esgotamento em relação à vida pessoal do indivíduo e não necessariamente relacionado ao seu trabalho.

Para Vasques-Menezes (1999 *apud* ABREU *et al* 2002), *burnout* é um termo utilizado no meio trabalhista para designar a “síndrome da desistência, pois o indivíduo deixa de investir em seu trabalho e nas relações afetivas que dele decorrem”. Abreu *et al* (2002, p.25) abordam o *burnout* como uma síndrome caracterizada como uma resposta ao *stress* laboral crônico. Para os referidos autores, os profissionais que se ocupam em prestar assistência a outras pessoas são muito afetados por essa síndrome.

Síndrome de *burnout* se refere a um tipo de estresse ocupacional e institucional com predileção para profissionais que mantêm uma relação constante e direta com outras pessoas, principalmente quando esta atividade é considerada de ajuda (médicos, enfermeiros, professores) (BALLONE, 2005c, grifo nosso).

Ainda para Ballone (2005d), o que se observa hoje em dia é a constatação da síndrome de *burnout* tem se tornado comum em profissionais que interagem ativamente com pessoas, cuidando e/ou solucionando problemas, ou que precisam seguir técnicas e métodos exigentes, ou ainda que fazem parte de organizações de trabalho responsáveis por avaliações rigorosas.

Outro termo utilizado quando se fala em *stress* é ***coping***. Embora *coping* seja considerado pela comunidade científica um termo sem uma tradução precisa, o significado mais utilizado se refere às estratégias de superação de *stress*.

De acordo com Albert e Ururahy (1997), cada indivíduo reage de maneira diferente a um mesmo fator de *stress* e é a esse modo de reagir que os pesquisadores chamam de *coping*. Cunha (2000) menciona que, em grande parte dos estudos sobre *coping*, no Brasil e no mundo, busca-se conhecer o repertório

potencial (estratégias) de respostas que o indivíduo utiliza diante de um agente estressor.

Um esquema usado por Rudolph, Denning e Weisz (1995 *apud* ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998) representa bem a diferenciação entre o processo de *coping* e uma resposta de *stress*. Para os autores, a diferença principal está na intenção da resposta. Na resposta de *coping*, o indivíduo usa a cognição para responder ao *stress*. O esquema ilustrado a seguir mostra bem a diferenciação entre a resposta de *stress* e a resposta de *coping*.

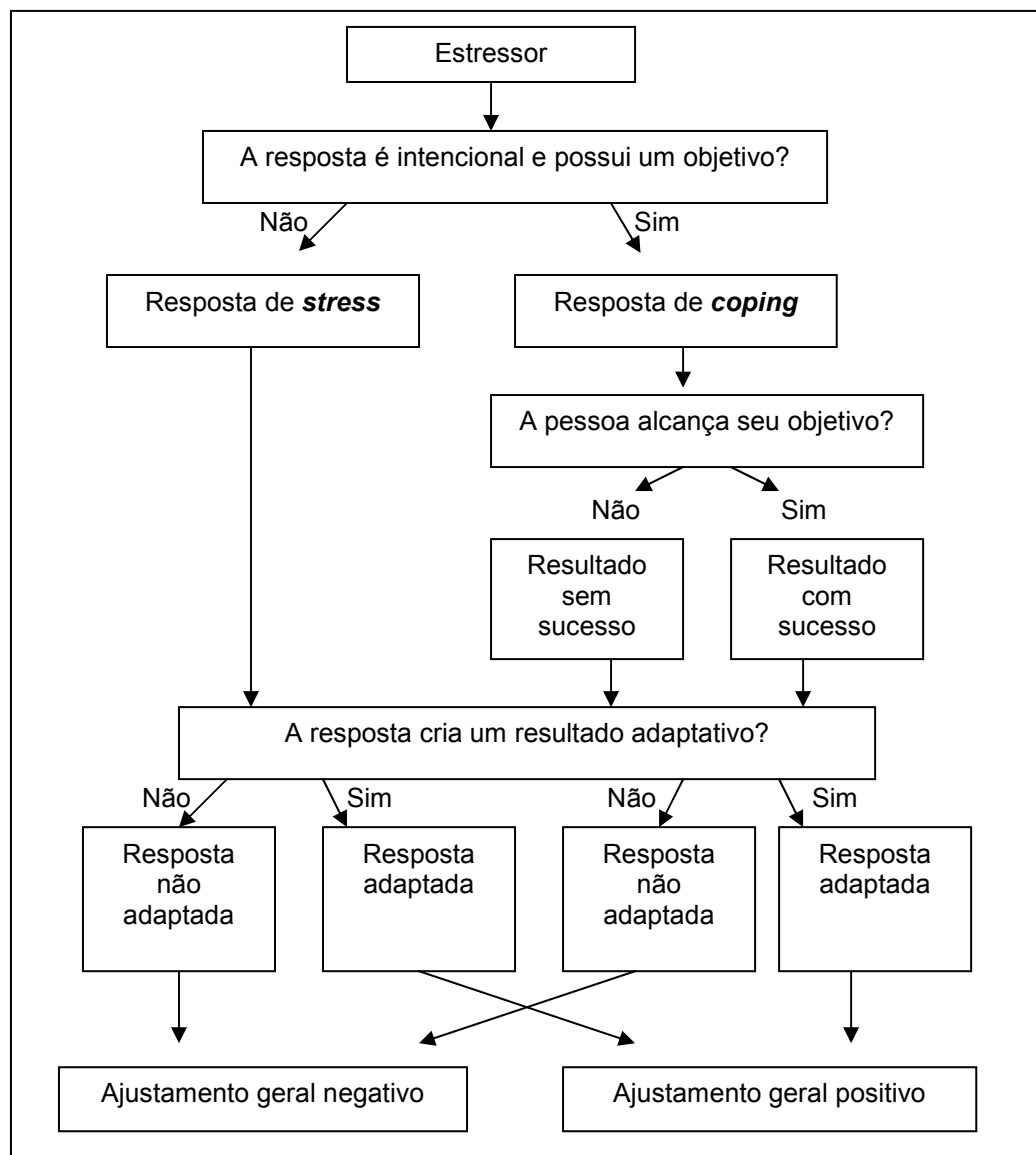


Figura 9: Diferenciação entre *stress* e *coping*.

Fonte: Rudolph, Denning e Weisz (1995 *apud* ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998, p.3).

Nessa perspectiva, considera-se que a resposta de *coping* é uma ação intencional, gerada em resposta a um estressor percebido, dirigida a circunstâncias externas ou a estados internos. A resposta de *stress* envolve uma reação emocional ou comportamental espontânea. Geralmente, a resposta de *coping* é orientada para a redução do *stress*. Tanto as respostas de *coping* quanto as de *stress* podem promover, ou não, a adaptação do indivíduo (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Hardiness é um termo que vem sendo utilizado nos últimos vinte anos e se refere à concepção de personalidade resistente ao *stress* (GÜNTHER e MACHADO, 2002 e MALLAR e CAPITÃO, 2004). Poucas são as pesquisas nacionais acerca do *hardiness* (GÜNTHER e MACHADO, 2002). No entanto, a literatura internacional já se preocupa em estudar o assunto (MORENO-JIMÉNEZ, HERNÁNDEZ e GUTIÉRREZ, 2000, GOMES, 2006).

O termo se correlaciona ao *stress*, pois, segundo Moreno, Garrosa e Gonzalez (2000 *apud* MALLAR e CAPITÃO, 2004), as pessoas que possuem *hardiness* ou personalidade resistente preservam sua saúde, aumentam seu desempenho e promovem mudanças na vida diante do *stress* negativo.

De acordo com Kobasa, Maddi e Khan (1982 *apud* MALLAR e CAPITÃO, 2004), três principais características são constatadas em indivíduos resistentes ao *stress*: compromisso, controle e desafio.

Segundo Gomes (2006), o conceito de *hardiness* foi desenvolvido por Kobasa e Maddi *et al* em 1982, em pesquisas nas quais se podia observar que algumas pessoas pareciam mais protegidas que outras diante de acontecimentos vitais negativos. Diferentemente da maioria dos outros indivíduos que adoecem diante de fortes pressões, o *hardiness* funciona como um “para-choque” diante de estressores (GÜNTHER e MACHADO, 2002).

Kobasa, Maddi e Puccetti (1982 *apud* GÜNTHER e MACHADO, 2002, p.7) frisam que o “*hardiness* não é reflexo da constituição física nem é função da prática de exercícios, mas de um protetor de saúde distinto de reconhecidos protetores”. Para Peñacoba e Moreno (1998 *apud* MALLAR e CAPITÃO, 2004), o indivíduo vai construindo, ao longo de sua vida, de forma constante, sua personalidade resistente, associada a situações estressantes.

Esclarecidos alguns dos principais termos que possuem correlação com o *stress*, apresentam-se, a seguir, as principais fases do *stress*.

2.2.3 As fases do *stress*

Para Selye (1982), a primeira fase é a de **alarme**, aquela em que o organismo tem uma excitação diante dos estímulos estressores, reagindo, contudo, com comportamentos de adaptação. O cérebro e os hormônios reagem rapidamente e o organismo pode perceber os efeitos dessa reação, embora geralmente o ser humano não note o trabalho silencioso do *stress* nessa fase. Após a situação estressante, há uma grande possibilidade de retorno à situação de equilíbrio.

“nesta fase pode-se sentir tensão ou dor muscular, azia, problemas de pele, irritabilidade sem causa aparente, nervosismo, sensibilidade excessiva, ansiedade e inquietação. Caso o que nos causa *stress* desapareça, saímos do processo de *stress* sem seqüelas” (LIPP, 2007b, p.1).

A segunda fase é a de **resistência**. Havendo continuidade da fase de alerta, o organismo muda seu estado de normalidade, começam a aparecer sintomas mentais, emocionais e físicos mais persistentes. Nessa fase, ocorrem sintomas como: ansiedade, medo, isolamento, depressão, dores musculares ou dores de cabeça crônicas. De acordo com os estudos de Lipp (2004), quando o organismo consegue ter uma boa adaptação em resistência ao estressor, o processo de *stress* se interrompe.

A terceira fase é a de **exaustão**. Nesse momento, o organismo cronifica os efeitos do *stress* em forma de doenças físicas ou psíquicas, muitas vezes graves. Para Selye (1982, p.11), “após a exaustão promovida por extrema atividade estressora, sono e descanso podem restaurar a resistência e a adaptabilidade muito perto de níveis prévios, mas a completa restauração é provavelmente impossível”.

A exaustão ocorre quando um indivíduo se sente esgotado e incapaz de relaxar e até mesmo de se recuperar (MASLACH e LEITER, 1999).

Convém salientar que Lipp (1994, 2000), com estudos clínicos e estatísticos, acrescentou a essas três fases de Selye a fase de **quase-exaustão**, localizada entre a fase de resistência e a de exaustão. Essa fase intermediária caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não consegue adaptar-se nem reagir aos estímulos estressores. Para Lipp (2007b, p.11), “o problema maior começa a ocorrer quando

não conseguimos resistir ou nos adaptar e nosso organismo começa a sofrer um colapso gradual”.

É na fase de quase-exaustão que Lipp (2000, p.11) aponta a ocorrência do início do processo de adoecimento e “os órgãos que possuem uma maior vulnerabilidade genética ou adquirida passam a mostrar sinais de deteriorização”. As doenças surgem, embora ainda não sejam tão graves. Ainda para essa autora, “se não há alívio para o *stress* por meio da remoção dos estressores ou pelo uso de estratégias de enfrentamento, o *stress* atinge a sua fase final – a de exaustão”.

Para Lipp (2007b, p.2), há características específicas para cada fase do *stress*, conforme descrito no quadro 1.

Fase de alerta:	Fase de resistência:	Fase de quase-exaustão:	Fase de exaustão:
SONO: Dificuldade para dormir muito acentuada devido à adrenalina.	SONO: Normalizado.	SONO: Insônia. Acorda muito cedo e não consegue voltar a dormir.	SONO: Dorme pouco. Acorda cedíssimo e não se sente revigorado pelo sono.
SEXO: Libido (vontade de fazer sexo) alta. Muita energia. O sexo ajuda a relaxar.	SEXO: Libido (vontade de fazer sexo) começa a baixar. Pouca energia. Não há interesse para o sexo.	SEXO: Libido (vontade de fazer sexo) quase desaparece. A energia para o sexo está sendo usada na luta contra o <i>stress</i> e a pessoa perde o interesse por ele.	SEXO: Libido (vontade de fazer sexo) desaparece quase completamente.
TRABALHO: Grande produtividade e criatividade. Pode varar a noite sem dificuldade.	TRABALHO: A produtividade e a criatividade voltam ao usual, mas às vezes não consegue ter novas idéias.	TRABALHO: A produtividade e a criatividade caem dramaticamente. Consegue somente dar conta da rotina, mas não cria nem tem idéias originais.	TRABALHO: Não consegue mais trabalhar como normalmente. Não produz. Não consegue se concentrar nem decidir. Perde o interesse pelo trabalho.
CORPO: Tenso. Músculos retesados. No início da fase, aparece a taquicardia (coração disparado). Sudorese. Sem fome e sem sono. Mandíbula tensa. Respiração mais ofegante do que o normal. No todo, o organismo reage em uma perfeita união entre mente e corpo. A tensão do corpo encontra correspondência na mente.	CORPO: Cansado, mesmo tendo dormido bem. O esforço de resistir ao <i>stress</i> se manifesta em uma certa sensação de cansaço. A memória começa a falhar. Mesmo não estando com alguma doença, o organismo se sente “doente”.	CORPO: Cansado. Uma sensação de desgaste aparece. A memória é muito afetada e a pessoa esquece fatos corriqueiros, até mesmo seu próprio telefone. Doenças começam a surgir. As mulheres apresentam dificuldades na área ginecológica. Todo o organismo se sente mal. Ansiedade passa a ser sentida quase que todo dia.	CORPO: Desgastado e cansado. Podem ocorrer doenças graves como depressão, úlceras, pressão alta, diabetes, enfarte, psoríase etc. Não há mais como resistir ao <i>stress</i> . A batalha foi perdida. A pessoa necessita de ajuda médica e psicológica para se recuperar. Em casos mais graves, pode ocorrer a morte.
HUMOR: Eufórico. Pode ter grande irritabilidade devido às tensões física e mental experimentada.	HUMOR: Cansado. Só se preocupa com a fonte de seu <i>stress</i> . Repete o mesmo assunto e se torna tedioso.	HUMOR: A vida começa a perder o brilho. Não acha graça nas coisas. Não quer socializar. Não sente vontade de aceitar convites ou de convidar. Considera tudo muito sem graça e as pessoas tediosas.	HUMOR: Não socializa. Foge dos amigos. Não vai a festas. Perde o senso de humor. Fica apático. Muitas pessoas têm vontade de morrer.

Quadro 1: O percurso do *stress* nas diversas fases.
Fonte: Adaptado de Lipp (2007b, p.2).

2.3 STRESS OCUPACIONAL

No universo das organizações de trabalho é cada vez mais comum o tema *stress* ocupar espaço no dia-a-dia dos indivíduos. **Stress ocupacional** é um termo utilizado para designar o *stress* no ambiente de trabalho.

Segundo Costa, Lima e Almeida (2003, p.64), a OIT conceitua o *stress* ocupacional como um conjunto de fenômenos que pode afetar a saúde do trabalhador e que é gerado no ambiente de trabalho. Para os referidos autores, podem estar envolvidos nesse contexto: “os aspectos da organização, administração e sistemas de trabalho e a qualidade das relações humanas”.

De acordo com Dejour (1992), independente da teoria ou do modelo que se adota, pode-se resumir o *stress* ocupacional como um conjunto de perturbações psicológicas ou como sofrimento psíquico, associado às experiências de trabalho.

A abordagem do *stress* ocupacional, de tradição eminentemente anglo-saxônica, observa o fenômeno como um processo de perturbação, ocasionado principalmente pela mobilização excessiva da energia adaptativa de um indivíduo frente às solicitações do seu ambiente de trabalho (MORAES e MENDES, 2001, p.1).

Para Ballone (2005c), além das responsabilidades ocupacionais com que o indivíduo se depara no mundo atual, ele também precisa saber lidar com a alta competitividade, as constantes mudanças e as exigências de aperfeiçoamento, bem como com os fatores estressantes dos ambientes e das relações de trabalho. Caso contrário, se o indivíduo não encontrar formas de se adaptar ao *stress* produzido pelo trabalho, sintomas e doenças aparecerão como respostas.

Aldana (2001 *apud* LIPP, 2004) ressalta que o *stress* no ambiente de trabalho afeta as pessoas de todas as nacionalidades e origens étnicas e é responsável por um percentual entre 7 a 9% de elevação de custos com assistência médica e outras despesas decorrentes do absenteísmo e do comprometimento na produção da empresa.

Lipp (2007a) faz menção ao fato de que, a partir de 1999, o *stress* ocupacional passou a ser mais bem compreendido e explicado no contexto mais globalizado em que pode afetar a nação como um todo. Três transformações foram avaliadas como as principais desencadeadoras de *stress* no trabalho: globalização,

computadorização/informatização e mecanização na produção de serviços e produtos (LIPP, 2007a).

Considera-se que, se o *stress* extrapola o campo profissional, passa a ser um fator negativo na vida do indivíduo como um todo. A tensão que poderia ser impulsionadora de trabalho passa a ser exagerada e desastrosa. Como um efeito dominó, muitos problemas podem ser desencadeados pelo *stress* ocupacional mal administrado (LIPP, 2001).

2.3.1 Fontes potenciais de *stress* ocupacional

Nenhuma reação de *stress* será iniciada se não houver um componente estressor. Pode-se, contudo, chamar de estímulo estressor ou agente estressor qualquer estímulo capaz de provocar no organismo “um complexo conjunto de respostas orgânicas, mentais, psicológicas e/ou comportamentais definidas como *stress*” (BALLONE, 2005b, p.2).

Com relação às fontes que mais desencadeiam *stress* ocupacional, observa-se que existe diversidade de pontos de vista que apontam este ou aquele agente estressor. No entanto, o que se percebe é que, muitas vezes, esses estudos se completam. Procurar-se-á aqui explicar as características apresentadas por autores que poderão ter maior relevância para a pesquisa em ambiente laboral móvel.

De acordo com o modelo de *stress* elaborado por Robbins (1999), existem três categorias de estressores potenciais: ambiental, organizacional e individual, conforme demonstra a figura 10:

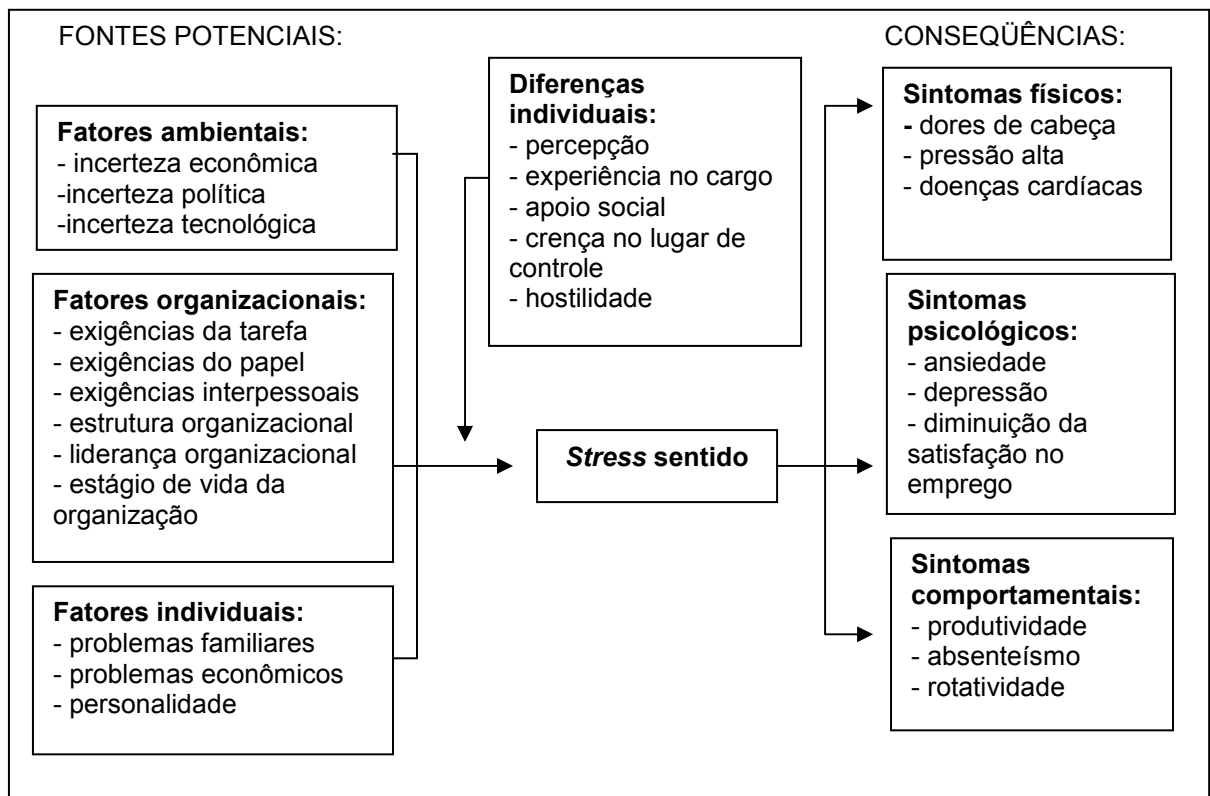


Figura 10: Um modelo de *stress*.
Fonte: Robbins (1999, p.411).

Boucher e Binette (1996, p.106) citam que, em pesquisas, os mais encontrados estressores relacionados ao trabalho são:

[...] liderança do tipo autoritário; execução de tarefas sob repressão; falta de conhecimento no processo de avaliação de desempenho e de promoção; carência de autoridade e de orientação; excesso de trabalho; grau de interferência na vida particular que os trabalhadores podem ter [...] e a incerteza no trabalho.

Ballone (2005c) aponta como principais fatores estressantes no trabalho: urgência de tempo; responsabilidade excessiva; falta de apoio; expectativas excessivas das pessoas sobre si mesmas ou das outras pessoas em relação a elas.

Kobasa (1987 e Cotton, 1990 *apud* PÉREZ-RAMOS, p.91) classificam as fontes de *stress* como:

os de natureza física ou fisiológica (contaminantes ambientais, situações catastróficas, acidentes, etc.); os de índole psicológica (preocupações, estados emocionais negativos, idéias perturbadoras, etc.) e os de ordem

psicossociais (crises econômicas, conflitos entre grupos, isolamento imposto, entre outras).

Lazarus (1966 *apud* LIPP, 2001) considera que as fontes causadoras de *stress* podem ser de origem interna ou externa. A fonte de tensão externa ao próprio organismo pode ser uma exigência de algo ou de alguém, e a interna é exemplificada como uma autodemanda ou autocobrança. Para Lipp (2001), as fontes externas e as internas de *stress* são somadas na determinação do nível de *stress*. No entanto, a somatória dos estressores pode ser maior ou menor, levando-se em consideração dois fatores importantes: o repertório de estratégias de enfrentamento do *stress* (*coping*) e a vulnerabilidade do indivíduo ao *stress*.

Para Ballone (2005b), os estímulos internos são oriundos dos conflitos pessoais, os quais, em última instância, refletem sempre a tonalidade afetiva de cada um. Os estímulos externos, por sua vez, representam as ameaças concretas do cotidiano de cada um. Portanto, determinar que fator é estressor pode ser considerado com certa relatividade, já que algumas coisas podem ser estressoras para alguns e não ser para outros.

Para Ballone (2005b), dentre os estressores de grande importância na comunidade científica, encontram-se:

o fracasso, a carga, a manutenção, monotonia e a satisfação com o trabalho, a pressão para corrida contra o tempo, as ameaças sociais e financeiras, indução do medo através da violência urbana, as situações involuntárias de competição, os trabalhos em condições de perigo, a submissão involuntária aos tabus, a contestação e contrariedade com certos valores, a contrariedade ou privação da vida social e submissão contrariada às normas (BALLONE, 2005b, p.5).

Para Ballone (2005c), não se pode estabelecer uma fórmula mágica ou uma regra para se determinarem quais os fatores causadores de *stress*, já que existe uma grande diversidade de empresas. No entanto, alguns dos fatores mais comumente citados na literatura acerca do assunto são:

Sobrecarga (urgência de tempo, responsabilidade excessiva, falta de apoio, expectativas excessivas de nós mesmos e daqueles que nos cercam); falta de estímulo; ruído; alterações do sono; falta de perspectivas; mudanças constantes; mudanças determinadas pela empresa; mudanças devido às novas tecnologias; mudanças devido ao mercado; mudanças auto-impostas por nós mesmos e ergonomia (conforto humano) (BALLONE 2005c, p.1).

Magnusson (1982, p.231), em sua perspectiva interacional, considera o ambiente em que a situação estressante ocorre de fundamental importância para o estudo dos determinantes do *stress*. Para o referido autor, o ambiente pode ser visto e analisado sob dois aspectos: “conceitualizado em termos de estrutura ecológica (espacial, geográfica, arquitetura e dimensões organizacionais)”, designado ambiente real; e, como é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente dos indivíduos em termos de “percepções, cognições, emoções e ações do indivíduo”, designado ambiente percebido.

Alguns estressores físicos, como frio, vírus e poluição, impõem mobilização dos recursos do indivíduo, sem uma avaliação cognitiva interveniente. Outras condições físicas e psicossociais tornaram-se estressores via avaliação cognitiva e interpretação de ameaça (MAGNUSSON, 1982, p.234).

Wagner III e Hollenbeck (2002) ressaltam que, dentre as principais fontes de *stress* no trabalho, estão: 1- no ambiente físico e social: as incertezas econômica, política e tecnológica, as inovações e a automação, por exemplo; 2- nas tarefas e papéis organizacionais: níveis de exigências altas ou baixas demais, conflitos, chefe ou colegas desagradáveis, dentre outros; 3- nas diferenças pessoais: dificuldades nas relações interpessoais.

Para Robbins (1999), os fatores de *stress* são cumulativos, pois cada estímulo novo faz crescer o nível de *stress* do indivíduo. Muitas vezes, um estímulo com pouca importância, se visto isoladamente, pode ser a gota d'água caso seja somado a um nível de *stress* já alto. O ser humano desempenha muitos papéis ao longo de sua vida (filho, estudante, pai, marido, profissional...) e fica muito difícil separar a vida profissional da particular. Então, o *stress* pessoal provocado por acontecimentos familiares, dificuldades econômicas e problemas particulares pode afetar as emoções e o comportamento, tanto dentro quanto fora do trabalho.

O'Brien (1986 *apud* PÉREZ-RAMOS 1992) ressalta que as fontes de *stress* ocupacional provêm, de um lado, das características pessoais do trabalhador (valores, expectativas, preocupações, etc.) e, de outro, de uma variada possibilidade de condições de trabalho (reconhecimento, remuneração, estilos de supervisão, higiene e segurança, clima humano, ambiente físico, etc.).

De acordo com Martins (2003, p.1), “as situações indutoras de *stress* no trabalho dos profissionais de saúde, embora sejam, por muitos, reconhecidas, têm sido um pouco descuradas nos estudos de investigação realizados” .

Em pesquisa em que há o detalhamento dos fatores de riscos no trabalho em ambulância móvel, Nitschke, Lopes e Bueno (2000) evidenciam os seguintes fatores:

Riscos físicos (calor, frio, umidade e ruídos), riscos químicos (agentes de limpeza, medicamentos, entre outros), riscos biológicos (sangue, líquidos orgânicos, bacilos, ar condicionado, resíduos hospitalares), riscos ergonômicos (iluminação, mobiliário e equipamentos, dimensões, assentos, tipos de atividades), riscos de acidentes (falhas mecânicas da ambulância, deslocamento da ambulância no trânsito, espaço interno restrito e mobiliário, gravidade do atendimento, utilização de equipamentos biomédicos, instalação e equipamentos elétricos ou eletrônicos) (NITSCHKE, LOPES e BUENO, 2000, p.21).

Os fatores que potencialmente podem causar *stress* são inúmeros e é praticamente impossível enumerá-los aqui. Cada autor separa aqueles que são mais pertinentes ao universo de suas pesquisas.

Os desafios impostos diariamente pela realidade mutável e complexa da sociedade globalizada deixam o homem moderno em constante contato com fatores estressantes. A questão é como administrar esse problema, já que, pelo que se vê na literatura acerca do assunto, evitar entrar em contato com fatores estressantes chega a ser utópico. Segundo Selye (1956, p.261), “o *stress* é um elemento essencial de todas as nossas ações: na saúde e na doença”. Para o autor, é muito importante é a maneira como cada um controla a sua quota de *stress*. A seguir, serão apresentadas algumas das principais características de comportamentos resultantes do *stress*.

2.3.2 Sintomas freqüentes do *stress* ocupacional

Para Araraldi-Favassa, Armiliato e Kalinine (2007, p.1), o *stress* se transformou em vilão e “se tornou responsável pelas grandes desgraças pessoais e de saúde, como as úlceras, os acidentes de automóveis, o baixo rendimento de uma equipe esportiva, o baixo desempenho esportivo, entre outros.”

Em resposta ao estímulo estressor, as pessoas podem apresentar uma ampla variação de sinais ou sintomas. Os mais comuns, apontados por Peretto (2004), são:

Aftas, alergias, alteração do metabolismo, ansiedade, apatia, baixa auto-estima, cansaço constante, corpo tenso, dependência de calmantes,

dependência de drogas, depressão, derrubar objetos em demasia, desejo de isolamento, dificuldade de concentração, dificuldade para tomar decisões, dor de cabeça, ejaculação precoce, envelhecimento precoce, exigências consigo mesmo, ficar desnorteado em lugar que conhece bem, gastrite, gula ou inapetência, herpes, hipersensibilidade, impotência, insônia ou sono em demasia, irritabilidade, medos infundados, memória fraca, pressão alta, problemas cardíacos, problemas de pele, propensão a acidentes, queda de produtividade, queda excessiva de cabelo, resfriados, sensação de inutilidade, tendência ao aumento de peso, tontura, úlceras, viver perdendo coisas (PERETTO, 2004, p. 14).

De acordo com os estudos de Lipp (1984), a resposta ao *stress* contém elementos emocionais e somáticos.

Como exemplos de **reações emocionais** ao *stress*: ansiedade, pânico, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvida quanto a si próprio, preocupação excessiva, incapacidade de se concentrar em outros assuntos que não o relacionado com o estressor, incapacidade de relaxar, tédio, ira, depressão, hipersensibilidade emotiva. Como exemplos de **reações somáticas** têm-se: aumento de sudorese, nó no estômago, hiperacidez estomacal, tensão muscular, taquicardia, hiperventilação, aperto da mandíbula e ranger de dentes, hiperatividade, esfriar das mãos devido à constrição de vasos sanguíneos, náusea (LIPP, 1984, p.7)

Segundo Sant'ana, Costa e Moraes (1999, p.4), são fatores que caracterizariam maior ou menor vulnerabilidade e propensão do indivíduo ao *stress*: “a predisposição individual à tensão, a insegurança, a resistência a mudanças, a falta de competência do indivíduo para executar suas tarefas [...] além da influência de características do próprio indivíduo.”

De acordo com Couto (1987 *apud* SANT'ANA, COSTA e MORAES, 1999, p.4), o *stress* “pode ser identificado com maior frequência nos indivíduos que possuem um ritmo de vida acelerado, que procuram fazer cada vez mais em cada vez menos tempo e que são obcecados por realizações”.

Para Melo e Cosenza (2006), as pessoas não só se sentem ansiosas e estafadas devido ao *stress* no trabalho, mas também é comum ficarem desnorteadas com a ampla variedade de pensamentos, emoções e alterações físicas decorrentes do *stress*.

De acordo com Ballone (2005d), o desgaste emocional a que as pessoas são submetidas nas relações de trabalho é um fator de crucial importância na determinação de transtornos correlacionados ao *stress* e que têm consequências pessoais, como é o caso de depressões, ansiedade patológica, pânico, fobias, doenças psicossomáticas, etc.

Ainda para Ballone (2005d, p.3), as conseqüências do *stress* não se limitam ao próprio indivíduo estressado. “Numa comunidade relativamente fechada, como é o trabalho ou o lar, pode ocorrer o fenômeno da “contaminação” emocional. Isso acontece com um pouco mais de freqüência no lar que no trabalho.” Como conseqüência do *stress*, o indivíduo também pode perder a qualidade de trabalho, o bom senso e a tolerância. A convivência com o estressado pode ficar comprometida, tanto no lar quanto no emprego. “Essa é a conseqüência de quem esgotou sua capacidade de adaptação e, conseqüentemente, sua tolerância, paciência, interesse, bom senso, determinação, persistência e a maioria dos atributos conquistados através de árduo aprendizado.”

Para Albert e Ururary (1997, p.15), “o *stress* é uma exigência imposta sobre as capacidades de adaptação e se essas capacidades podem lidar com a necessidade e desfrutar o estímulo envolvido, então o *stress* é bem vindo e útil. Caso não, ele é prejudicial”.

Paschoal e Tamayo (2004) alertam para o fato de algumas conseqüências, como problemas gastrointestinais, disfunções cardíacas, insônia, dentre outras poderem ser apresentadas, devido a diversos fatores, não apenas aos organizacionais. Também é alerta dos referidos autores que a maior parte das escalas de *stress* ocupacional não leva em consideração a avaliação prévia do próprio sujeito pesquisado e muitas vezes são desatualizadas com relação às mudanças significativas que ocorrem no mundo.

De acordo com Lipp (2004, p.17), o *stress* é “uma reação psicofisiológica muito complexa, que tem, em sua gênese, a necessidade do organismo lidar com algo que ameça sua homeostase ou equilíbrio interno.” Esclarecendo esse conceito, a referida autora salienta que o *stress* pode ocorrer quando a pessoa se confronta com diversas situações que a irrite, excitem, ou mesmo a deixem muito feliz.

Para Albert e Ururahy (1997), um grande problema atualmente constatado é que muitas pessoas não percebem que o *stress* está se instalando. É cada vez mais comum que as pessoas não se conscientizem de si próprias e estejam mais voltadas para produzir e obter resultados.

A seguir será especificado o tema estratégias de coping parte específica deste estudo.

2.3.3 Estratégias de *coping*

No cenário atual, em que a globalização permite que mudanças ocorram numa rapidez intensa, se o *stress* for bem administrado, poderá dar sua valiosa contribuição. Contudo, poderá tornar-se uma ameaça não só ao bom desempenho profissional, mas também à vida do indivíduo como um todo. Um ponto importante para o equilíbrio e o bem-estar dos indivíduos são as estratégias utilizadas para enfrentar o *stress*.

Conhecidas internacionalmente como estratégias de *coping*, são utilizadas pelos indivíduos como forma de defesa diante de situações que causem desequilíbrio (físico ou emocional). O estudo das diferentes formas de agir diante de situações estressantes tem sido alvo de pesquisas, que são marcadas por diferenças conceituais ou metodológicas que fornecem diferentes posicionamentos, apesar de certo consenso (CUNHA, 2000, GUIDO, 2003).

O verbo “*to cope*”, na língua inglesa, significa lutar, competir, enfrentar. (MICHAELIS, 1983). O termo *coping* parece só ter sido utilizado em pesquisas por volta de 1967. No entanto, o estudo dos processos através dos quais indivíduos enfrentam fatores estressantes parece estar presente desde as primeiras formulações psicanalíticas (McCRAE, 1984 *apud* CUNHA, 2000).

Segundo Parkes (1984 *apud* RIBEIRO, 1999), o *coping* é um constructo multidimensional que envolve estratégias cognitivas e comportamentais com o intuito de aliviar, evitar, reavaliar ou alterar eventos estressores. Ray, Lindop e Gibson (1982 *apud* GUIDO, 2003) consideram *coping* como uma ação direcionada ao alívio ou à resolução de uma situação-problema. Para Mengel (1982 *apud* GUIDO, 2003), *coping* é um conjunto de comportamentos conscientes e inconscientes que o indivíduo apresenta em determinada situação estressante.

Balbinotti, Barbosa e Wiethaeuper (2006) consideram que ainda é muito pequena a exploração das pesquisas acerca do *coping* no Brasil. Esses autores (2006) consideram ainda que o Brasil tem uma carência muito grande de instrumentos adaptados, balizados e fidedignos para sua população.

Os trabalhos encontrados na literatura brasileira (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO e BANDEIRA, 1998, BACHION *et al*, 1998, RIBEIRO, 1999 e 2002, CUNHA, 2000, TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002, GUIDO, 2003, BALBINOTTI, BARBOSA e

WIETHAEUPER, 2006, SANZOVO e COELHO, 2007) demonstram como ainda são escassas as pesquisas sobre *coping*.

Para Cunha (2000, p.33), “autores como Lazarus, Folkman, Magnusson e Moos ampliam seus estudos, enfatizando os comportamentos de *coping* e seus determinantes situacionais e cognitivos”. Nessa perspectiva, é muito importante a avaliação cognitiva da situação estressante.

Para Lazarus e Folkman (1980 *apud* ANTONIAZZI, DELL’AGLIO e BANDEIRA, 1998, p.2), *coping* possui quatro conceitos principais:

a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforços, através dos quais os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

Para Lazarus e Folkman (1984), se o indivíduo tem consciência de sua realidade estressante, busca estratégias a fim de resolvê-la ou de se adaptar a ela.

Diante do que foi apresentado até então, verifica-se que, independentemente do enfoque adotado, as respostas ao *stress* podem ser variadas, mas, no geral, procuram ajudar a pessoa a alterar sua percepção da discrepância entre ameaça e recursos, a tolerar ou a aceitar a ameaça e/ou a escapar da situação ou a evitá-la (LAZARUS e FOLKMAN, 1984).

Parece haver maior tendência da literatura acerca de *coping* para a definição interacionista do processo de *stress*, destacando-se tanto a pessoa quanto o ambiente em processo (RIBEIRO, 1999).

Holahan, Moos e Shaefer (1996 *apud* BALBINOTTI, BARBOSA e WIETHAEUPER, 2006) caracterizam *coping* relacionando-o às diferentes estratégias utilizadas pelos indivíduos no desempenho de tarefas adaptativas. Para esses autores, as estratégias de evasão ou de evitação compõem-se de respostas de *coping*, nas quais o indivíduo coloca-se à distância do problema até que este seja minimizado ou resolvido. Já as estratégias de enfrentamento ou de confronto são aquelas em que a pessoa lida diretamente com o problema, reavaliando a situação com alguma ajuda social. Para Holahan, Moos e Shaefer (1996 *apud* BALBINOTTI,

BARBOSA e WIETHAEUPER, 2006), as estratégias de confronto são consideradas mais adaptativas.

De acordo com Campos (2005), os profissionais do SAMU se deparam constantemente com situações nas quais a manutenção da saúde de outras pessoas depende do bom desempenho do trabalho deles. Diante disso, esses profissionais precisam encontrar estratégias emocionais, físicas, mentais e químicas para lidar com sua profissão e manterem-se saudáveis em todas as outras áreas da sua vida.

Segundo Guido (2003, p. 22), “cada indivíduo lança mão de seus recursos internos e externos, elege suas estratégias de *coping*, conciliando-as, procurando, por intermédio delas, o controle ou a adaptação aos eventos estressantes”. Caso as estratégias não permitam ao indivíduo o retorno da homeostase, ele entra em situação de exaustão (GUIDO, 2003).

Para Boucher e Binette (1996), a palavra adaptação é muitas vezes correlacionada a acomodação, submissão e conformação. No entanto, o sentido dessa palavra deve ser muito mais amplo, de modo que o indivíduo, para se adaptar, tenha posição ativa, crítica e consciente. Autores como Maurício Knobel preferem o termo adaptação ativa quando envolve estratégias de enfrentamento do *stress*. (BOUCHER e BINETTE, 1996). É sabido que o enfrentamento passivo é muito comum para enfrentar o *stress* provindo do ambiente de trabalho e, para Boucher e Binette (1996), conduz à alienação e à maior predisposição a doenças.

A literatura acerca do *stress* aponta a prevenção como a melhor estratégia para lidar com o *stress*, evitando que ele atinja níveis destrutivos e afete negativamente não só o desempenho profissional de um indivíduo, mas também a sua vida como um todo (WAGNER III e HOLLENBECK, 2002, DUBRIN, 2003, ROBBINS, 1999, ALBERT e URURARY, 1997, SHINYASHIKI, 1995, LIPP, 2005).

Estudos têm demonstrado que os seres humanos são complexos e possuem estratégias, mais variadas que constantes, de enfrentamento do *stress* diante de diferentes situações. Quando a prevenção não é viável, pois os níveis de *stress* ultrapassam os limites benéficos, vale a pena se ter estratégias de enfrentamento do *stress*. Dentre essas estratégias, reinterpretação positiva das situações, condicionamento físico, *yôga*, meditação, técnicas de relaxamento, treinamento em *biofeedback* e esportes em equipe são sugestões muito recomendadas por muitos

autores (WAGNER III e HOLLENBECK, 2002, DUBRIN, 2003, ROBBINS, 1999, ALBERT e URURARY, 1997, SHINYASHIKI, 1995).

Em casos extremos, nos quais o nível de *stress* chegou a desencadear doenças, são prescritos remédios. Nesse contexto, afirma Lipp (2000), nada disso fará efeito se não houver mudanças de hábito.

Lipp (2005, p.3) recomenda que, para se proteger do *stress* excessivo, são necessários alguns cuidados, tais como:

Alimentação: é importante repor as energias, vitaminas e nutrientes [...].
Relaxamento: quando estamos tensos, precisamos de alguns momentos de descanso [...] pode ser em forma de respiração profunda, yoga, relaxamento muscular, música, filme, bate-papo ou leitura. [...].
Exercício físico: quando nos exercitamos [...] nosso corpo produz uma sensação de tranquilidade e de bem-estar. [...].
Estabilidade emocional: É importante manter uma atitude positiva perante a vida, procurando sempre ver o lado bom das coisas. [...].
Qualidade de vida: [...] o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde. (grifo nosso).

Kompier e Kristensen (2003, p.42) relatam como deficiência em muitos programas de gerenciamento do *stress* ocupacional o fato de não haver cautela nas especificidades pessoais e profissionais. Os programas “servem para todos”.

De acordo com o ponto de vista de Maslach e Leiter (1999, p.93), está na hora de as organizações ensinarem aos seus funcionários a lidar com os fatores estressantes do trabalho, já que não é possível descobrir receitas infalíveis para se criar um ambiente sem *stress*.

Segundo Moos (1992 *apud* RIBEIRO, 1999), *coping* de confronto focaliza o problema e reflete esforços cognitivos e/ou comportamentais, enquanto o *coping* de evasão focaliza a emoção e reflete esforços cognitivos e/ou comportamentais.

Para Coelho e Ribeiro (2000), as estratégias de *coping* de confronto são positivamente relacionadas às variáveis saúde e bem-estar, enquanto as estratégias ligadas à emoção e à evitação demonstram que, diante do distress, a reabilitação física do sujeito é mais tardia. Para Billings e Moos (1981 *apud* COELHO e RIBEIRO, 2000), as pessoas que usam comportamento de evasão como estratégia de *coping* parecem não perceber seus recursos sociais como possibilidades de suporte e fortalecimento. Ainda de acordo com os referidos autores (2000), a satisfação diante do suporte social favorece respostas de *coping* mais adaptativas e focadas na resolução e no confronto do problema.

Para Albert e Ururahy (1997, p.70), é preciso que se instale em cada um a “higiene da vida”, com bons hábitos, para esteja em equilíbrio e apto para administrar com sucesso os fatores estressores do cotidiano.

2.4 ESTUDOS SIGNIFICATIVOS PARA ESTA PESQUISA

É cada vez mais crescente, no Brasil e no mundo, o número de pesquisas abordando o tema *stress* ocupacional. Paschoal e Tamayo (2004) apontam como razão para o aumento de pesquisas sobre esse assunto o impacto negativo que o *stress* ocupacional ocasiona na saúde e no bem-estar dos empregados.

A seguir, serão apresentadas algumas pesquisas sobre o *stress* ocupacional e/ou sobre serviços de urgência e emergência que contribuíram significativamente para a elaboração da pesquisa aqui em foco.

No cenário do Brasil:

1) **Satisfação da equipe de enfermagem do SAMU Natal RN.** Esta pesquisa foi desenvolvida por Campos (2005) e objetivou identificar o nível de satisfação profissional dos membros da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Natal e o grau de importância atribuída a diversas variáveis do componente satisfação. Esse estudo caracterizou-se como exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Foi utilizado como instrumento o Índice de Satisfação Profissional (ISP), validado por Lino, em 1999. O resultado da pesquisa mostrou que, com relação à maioria das variáveis estudadas, a equipe está pouco satisfeita no ambiente de trabalho. Esta pesquisa tem uma grande contribuição no referencial deste estudo, visto que aborda o ambiente SAMU.

2) **Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades.** Esta pesquisa foi desenvolvida por Murta e Tróccoli (2007) e buscou descrever os efeitos de uma intervenção para o manejo do *stress* ocupacional, baseada em uma avaliação de necessidades constatadas em sete bombeiros. A avaliação de necessidades foi efetuada e seus resultados revelam três

pontos principais causadores de *stress* ocupacional: a organização do trabalho; as condições de trabalho e as relações sociais. Quanto à organização do trabalho, a profissão de bombeiros foi considerada estressante principalmente devido a: ocorrência da pressão do tempo, controle, produtividade, regras rígidas a serem seguidas e características da tarefa. Quanto às condições de trabalho, foram consideradas estressantes a ausência de pessoal capacitado como suporte, ambiente físico (barulhento, por exemplo), instrumentos de trabalho (como, por exemplo, o peso das pessoas que manuseiam), equipamentos (roupa quente, usada durante o trabalho) e remuneração. Quanto às relações de trabalho, a “deduração” e o “puxa-saquismo” foram citados, além das relações com os hospitais as quais, muitas vezes, são difíceis. A intervenção com técnicas de relaxamento, treino assertivo, treino em soluções de problemas, manejo de tempo e reestruturação cognitiva foi efetuada em doze sessões. A comparação entre os momentos anterior e posterior à intervenção evidenciou a redução do *stress* e intervenções organizacionais foram recomendadas.

3) O que o coração sente mesmo quando os olhos não vêem: levantamento e análise dos agentes estressores do trabalho bancário. Esta pesquisa foi realizada por Veloso (2000), com o objetivo de analisar como estão configuradas as fontes de pressão que atuam sobre os profissionais do setor bancário, sob a perspectiva do modelo teórico de *stress* ocupacional proposto por Cooper e seus colaboradores. Como resultados, foram constatadas, nesse estudo, fontes de pressão que não podem ser entendidas apenas com a utilização exclusiva do modelo proposto inicialmente. Percebeu-se que as análises de diversas abordagens acerca do *stress* ocupacional ajudam a entender melhor as fontes de pressão.

4) Novas perspectivas para a abordagem do estresse ocupacional em gerentes. Esta pesquisa foi realizada por Pereira (2005) e teve como objetivo estudar o *stress* ocupacional em gerentes que trabalham em empresas brasileiras. O foco principal foi o de agregar a literatura a um modelo teórico para explicar o *stress* ocupacional e a proposição de instrumento diagnóstico para esse modelo. Metodologicamente, a pesquisa caracterizou-se, inicialmente, como uma investigação empírica de natureza exploratória e, num segundo momento, como explicativa e descritiva. Utilizou-se a estratégia de pesquisa de campo e o estudo de

múltiplos casos, com modelagem estrutural. Para a coleta de dados, foram pesquisados 547 gerentes de empresas privadas do Brasil, através de levantamento de dados, questionário e entrevistas. Os resultados obtidos foram: 63% dos gerentes apresentaram *stress*, dos quais 45% possuíam nível leve ou moderado, 15% apresentaram nível intenso e 3%, nível muito intenso. Foi realizada ainda a análise dos dados correlacionando-os a diversas variáveis.

5) O estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar. Esta pesquisa foi realizada por Aguiar *et al* (2000) com o objetivo analisar como o *stress* era entendido pela equipe e ainda as habilidades desta para lidar com situações de risco iminente de vida. Foi realizado um estudo qualitativo e, para a coleta de dados, foram utilizados entrevistas estruturadas e o método de codificação para a análise. Os resultados mostraram que os socorristas possuem uma visão simplista acerca do *stress* e que suas estratégias de enfrentamento deste são meios para esquecer os estressores.

6) Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho e morbidade entre motoristas de uma central de ambulância do Estado de São Paulo. Esta pesquisa foi realizada por Takeda (2002) e teve como objetivo geral investigar os riscos ocupacionais, os acidentes de trabalho e as doenças que acometem motoristas de uma central de ambulância de Marília (São Paulo). A metodologia usada foi o estudo de caso e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada. Os sujeitos foram 22 motoristas socorristas. Dentre os resultados obtidos, destacou-se a constatação de que 59,09% dos motoristas relataram ter sofrido acidentes de trabalho. A pesquisadora observou que os profissionais estudados estão expostos a outros riscos alheios à sua categoria, não-específicos da referida profissão, além daqueles inerentes a quem executa trabalho de atendimento a pacientes. Foram propostas estratégias de enfrentamento dos riscos observados.

7) Riscos laborais em Unidade de Tratamento Intensivo Móvel (SOS-UNIMED). Pesquisa desenvolvida por Nitschke, Lopes e Bueno (2000). Este trabalho teve como objetivo reconhecer, avaliar e apresentar possíveis medidas de controle dos fatores de risco aos quais estão sujeitos os trabalhadores de atividades laborais móveis em UTI móveis . A amostra foi a equipe de trabalho do SOS-UNIMED de

Florianópolis. Os fatores de riscos avaliados foram os físicos, biológicos, químicos, ergonômicos e de acidentes.

8) Estratégias de superação do *stress* nos psicólogos em instituições hospitalares. Esta pesquisa foi feita por Cunha (2000) e teve como objetivo analisar cientificamente as estratégias de superação do *stress* em um grupo de psicólogos que trabalham em instituições hospitalares não-psiquiátricas. O autor desta pesquisa, a qual tem natureza exploratória, utilizou como instrumento para a coleta de dados o Inventário sobre Superação do *Stress* Profissional (ISSP), adaptado para o Brasil por Pérez-Ramos, em 1999, do *Coping Responses Inventory for Work Settings* (CRI-W), de Schaefer e Moos, de 1993. Os resultados decorrentes de determinados cruzamentos estatísticos indicaram a predominância da dimensão confronto, em contraponto com a dimensão de evasão.

9) Estratégias de “coping” em psicólogos de serviços básicos e ambulatoriais de saúde pública. Trata-se de uma pesquisa exploratória que investiga e analisa as estratégias predominantes de enfrentamento do *stress* de 33 psicólogos que trabalham em instituições de saúde pública em São Paulo. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o ISSP de Moos e Schaefer. A conclusão a que RIBEIRO (1999) chegou foi a de que as estratégias mais utilizadas para enfrentamento do *stress* ocupacional foram as de confronto.

10) Situações de riscos ocupacionais percebidas pelos trabalhadores de um serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). É uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo, desenvolvida por SOARES (2006), que objetivou identificar as situações de riscos ocupacionais, na percepção dos trabalhadores de um SAMU. O pesquisador utilizou um instrumento auto-aplicável e semi-estruturado, descrevendo as situações de riscos ocupacionais. Os resultados evidenciaram que os trabalhadores submetem-se a diversos riscos ocupacionais, tais como riscos físicos, biológicos, químicos, mecânicos, ergonômicos ou de acidentes.

11) Profissionais do serviço de atendimento médico às urgências (SAMU) do Vale do Ribeira: um estudo sobre o sofrimento psíquico e a identidade profissional. Esta pesquisa foi realizada por Fortes (2006) que, através dela,

buscou configurar o universo do trabalho dos profissionais do SAMU do Vale do Ribeira, seus sofrimentos, suas estratégias defensivas, seus sonhos, perspectivas e representações identitárias. A pesquisa foi de caráter exploratório e nela foram utilizadas as abordagens qualitativa e quantitativa. Com esse estudo, Fortes chegou à conclusão de que os profissionais estudados sentem-se compensados no trabalho quando são valorizados e reconhecidos pelos usuários e/ou vítimas. Nesse sentido, eles sentem orgulho, elevação da auto-imagem e da auto-estima e se dizem realizados profissionalmente.

No cenário mundial:

12) **Stress ocupacional no serviço de ambulância: um estudo diagnóstico.** Esta pesquisa foi efetuada no noroeste da Inglaterra, por Young e Cooper (1995). O instrumento utilizado para investigação do *stress* no trabalho foi o Indicador Ocupacional do *Stress* (OSI). Os resultados obtidos foram comparados aos obtidos em pesquisas com bombeiros. Foram constatados, nos empregados do serviço da ambulância, maior *stress* e baixa satisfação para o trabalho. Nos profissionais bombeiros, o comprometimento negativo da saúde mental e física foi maior que nos profissionais de ambulância. A avaliação dos fatores do *stress* no trabalho detectou o comportamento de A (mais propensa ao *stress*).

13) **Stress e a experiência no trabalho de emergência: uma relação não-linear.** Esta pesquisa foi efetuada por Moran (1998). Os trabalhadores da emergência variam de acordo com seus níveis de experiência, tempo de serviço e participação em incidentes traumáticos. Essa variação pode influenciar a vulnerabilidade para o trabalho. Nesse estudo, foi observado que os trabalhadores mais antigos e experientes nos serviços de emergência em alguns casos estão mais propensos ao *stress* que em outros. Como resultado desse estudo, propõe-se que o relacionamento entre a experiência e o *stress* não é necessariamente linear, como supõem freqüentemente alguns estudos.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Este capítulo apresenta os procedimentos utilizados, através de método científico, na busca do conhecimento que se desejou alcançar.

Para Cervo e Bervian (2002, p.23), “o método científico é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir certo fim ou um resultado desejado”. Ainda segundo os autores (2002), o uso de um bom método científico torna-se fator de segurança para se atingir o que se deseja.

Segundo Nagel (1969 *apud* CERVO e BERVIAN, 2002, p. 25), o “método científico é a lógica geral, tácita ou explicitamente empregada para apreciar os méritos de uma pesquisa”.

A seguir, serão apresentados: o tipo de pesquisa; a identificação do universo/amostra a ser estudado; a exposição dos instrumentos de coleta de dados e a forma de tratamento destes; e, por último, as limitações de tal estudo.

3.1 TIPO DA PESQUISA

A presente pesquisa, que é um estudo de caso, é de caráter exploratório e descritivo e foi desenvolvida com o emprego das abordagens quantitativa e qualitativa.

Embora existam, no Brasil e no mundo, várias pesquisas acerca do *stress* ocupacional no ambiente laboral móvel, ainda há uma lacuna, razão pela qual uma das características desta pesquisa é o caráter exploratório, pelo fato de buscar o aumento dos conhecimentos acerca do assunto estudado.

A **pesquisa exploratória** tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas idéias. Recomenda-se quando há poucos conhecimentos sobre o problema a ser estudado (CERVO e BERVIAN, 2002, p.69, grifo nosso).

Outro caráter que também é encontrado nesta pesquisa é o descritivo. Para Gil (2002), a pesquisa descritiva busca principalmente descrever as características de uma população específica ou de um fenômeno, ou ainda, a correlação entre

variáveis. São exemplos de **pesquisa descritiva** “aquelas que têm como objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, etc” (GIL, 2002, p.42).

Para Vieira (2006), uma distinção entre a pesquisa qualitativa e a quantitativa é que “a **qualitativa** permite ver o fenômeno em sua totalidade, bem como facilita a exploração de contradições e paradoxos [...]. A **quantitativa** garante objetividade, a possibilidade de relações causais e a possibilidade de generalização” (VIEIRA, 2006, p.15, grifo nosso).

A abordagem qualitativa serviu para analisar quais são os principais fatores estressantes encontrados e qual a percepção que os profissionais entrevistados têm sobre o *stress* em seu trabalho. Com a abordagem quantitativa, foi possível conhecer as principais estratégias de *coping* utilizadas pelos referidos sujeitos.

Vieira (2006) recomenda a utilização de múltiplos métodos de pesquisa e de investigação na análise dos fenômenos correlacionados à vida organizacional, dada a complexidade do contexto.

A seguir, serão apresentados o universo e a amostra da pesquisa.

3.2 POPULAÇÃO DA PESQUISA

3.2.1 UNIVERSO DA PESQUISA

A população estudada nesta pesquisa abrange a equipe de profissionais oriundos da área da saúde, que trabalham no SAMU/Natal e que desenvolvem suas atividades em ambiente laboral móvel. Na época da coleta dos dados, o universo da pesquisa era de 156 funcionários, distribuídos nos cargos de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor/socorrista, conforme tabela 1.

Tabela 1: Universo da pesquisa.

Médicos	Enfermeiros	Técnico de Enfermagem	Condutores/socorristas	TOTAL
32	13	53	58	156

Fonte: Primária, 2008.

A escolha desse grupo de profissionais justifica-se, principalmente, pelo fato de eles trabalharem em um ambiente laboral móvel. Segundo Campos (2005), o trabalho móvel desenvolvido no SAMU é, por si só, uma grande fonte de *stress*.

3.2.2 AMOSTRA DA PESQUISA

O grupo dos sujeitos desta pesquisa foi constituído por quarenta e um dos cento e cinqüenta e seis profissionais oriundos da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores/socorristas), que trabalham no ambiente móvel do SAMU. Buscou-se atingir o maior número possível de sujeitos de cada profissão estudada. Contudo, apesar dos esforços da pesquisadora em procurar os referidos profissionais em diversos horários e dias (incluindo finais de semana e feriados), menos da metade da população-alvo foi atingida.

Como diz Triviños (1995, p.144), “a escolha dos sujeitos mais capacitados para prestar ajuda à pesquisa não é fácil [...] às vezes por falta de tempo [...] isto pode significar problemas e frustrações temporárias para o investigador”. No caso desta pesquisa, o numero de sujeitos pesquisados foi suficiente para que se atingissem os objetivos propostos inicialmente.

A amostra da pesquisa se deu conforme a tabela 2:

Tabela 2: Amostra da pesquisa.

Médicos	Enfermeiros	Técnico de Enfermagem	Condutores/socorristas	TOTAL
03	02	16	21	41

Fonte: Primária, 2008.

Os técnicos de enfermagem e os condutores/socorristas têm uma participação maior que a dos médicos e enfermeiros, devido ao maior acesso que a pesquisadora teve àqueles profissionais.

Como as atividades desses profissionais são desenvolvidas em ambiente móvel e não existe local de trabalho pré-determinado, procurou-se contatá-los, em diversos horários, tanto na Central de Regulação Médica SAMU/Natal, localizada na Rua dos Potiguares, s/n, no bairro de Lagoa Nova, local-sede onde os profissionais

começam e terminam seus turnos de plantão e também almoçam, quanto em pontos de permanência das ambulâncias enquanto os profissionais esperam ser chamados para atender a uma ocorrência (Praça Cívica, Ponta Negra, Zona Norte - Posto Touros, Rodoviária, Rua Bernardo Vieira - Posto Texaco). A figura 11 mostra um dos pontos de apoio da USB.



Figura 11: Ponto de apoio da ambulância na Praça Cívica de Natal.
Fonte Primária, 2008.

3.3 COLETA DE DADOS

Inicialmente, foram feitas visitas à Central de Regulação Médica do SAMU, cuja as primeiras observações foram feitas acerca do ambiente físico e do funcionamento deste. Nesses primeiros contatos, algumas observações e entrevistas não-estruturadas, feitas com os profissionais que se encontravam trabalhando no momento, ajudaram a nortear o desenvolvimento deste estudo.

Durante todo o processo de coleta de dados, foi realizada observação direta e assistemática. Para Roesch (1999), as observações devem ser realizadas em intervalos regulares e os indivíduos podem estar na situação de trabalho ou em processos de trabalho.

A escolha da entrevista semi-estruturada (apêndice A) baseou-se no fato de a pesquisa ter caráter exploratório e, como diz Triviños (1995, p 146), esse tipo de entrevista “valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora apresentava ao entrevistado a finalidade da pesquisa, bem como solicitava a colaboração e a autorização para fazer anotações. Durante as entrevistas, a pesquisadora anotava todas as informações coletadas. A maioria das entrevistas foi realizada dentro das ambulâncias de unidade básica, em pontos de apoio, nos quais os profissionais ficam à espera de um chamado para realizarem seu trabalho em caráter de urgência ou de emergência.

Para conhecer o perfil sóciodemográfico dos pesquisados, procurou-se, na primeira parte da entrevista e do inventário, identificar as seguintes variáveis: função, idade, estado civil, tempo de trabalho e gênero.

Na segunda parte da entrevista, utilizou-se primeiramente uma pergunta através da qual a pesquisadora foi procurando deixar o entrevistando bem à vontade para falar. Vale ressaltar aqui o que Triviños (1995, p.142) recomenda para o pesquisador: “[...] em qualquer circunstância, deve ser inflexível quanto à sua neutralidade frente aos problemas pessoais que possam apresentar os grupos ou os indivíduos”. Com essa primeira pergunta, procurava-se explorar o maior conhecimento possível sobre o ambiente em estudo e tentava-se deixar o entrevistando à vontade para falar e estabelecer o *rapport* – clima adequado para que a entrevista pudesse fluir naturalmente. Apoiadas na literatura pesquisada, três outras perguntas serviam de suporte para o aprofundamento do assunto em questão.

Algumas vezes, as entrevistas ou a aplicação dos inventários precisaram ser interrompidas, devido ao fato de o profissional ter sido chamado para atender a uma urgência ou emergência. Nesses casos, foi anexada uma folha papel ao instrumento incompleto, contendo o nome do sujeito para posteriormente se fazer uma tentativa de reencontrá-lo.

A tabela 3 mostra o perfil resumido da amostra estudada, com base nos instrumentos utilizados.

Tabela 3: Resumo da amostra estudada.

Profissionais	Entrevistas	Inventário	Entrevista e inventário	Total
Médicos	03	00	00	03
Enfermeiros	02	00	00	02
Técnico de Enfermagem	03	12	01	16
Condutor/socorrista	03	14	03	20
TOTAL	11	26	04	41 participantes

Fonte Primária, 2008.

Na abordagem qualitativa, foram entrevistados os profissionais discriminados a seguir:

Tabela 4: Discriminação da amostra qualitativa.

Médicos	Enfermeiros	Técnico de Enfermagem	Condutor/socorrista	TOTAL
03	02	04	06	15

Fonte: Primária, 2008.

Por volta da décima entrevista, os dados começaram a ficar saturados, ou seja, a repetição de resposta se tornou cada vez mais comum.

Na última parte da coleta de dados, aplicou-se o Inventário sobre Superação do *Stress* Profissional (ISSP) (anexo A), adaptado para o Brasil por Pérez-Ramos, J. (1998), do *Coping Responses Inventory for Work Settings* (CRI-W), de Schaefer e Moos (1993), que visa identificar as estratégias de *coping* utilizadas, na situação de trabalho, pelos membros de uma organização que trabalha com saúde.

A escolha do ISSP se deu por vários fatores: pelo fato de esse instrumento estar voltado para o campo do trabalho; por tratar-se de um instrumento que engloba perguntas voltadas à área da saúde; por ter sido adaptado para uma pesquisa no Rio Grande do Norte (CUNHA, 2000); e, por apresentar facilidade de compreensão, praticidade e rapidez de aplicação. Além do mais, o instrumento combina as duas principais abordagens de *coping*: a que enfoca o problema e a emoção e a que enfatiza o cognitivo e o comportamental (RIBEIRO, 1999).

Para a administração do ISSP, foram apresentadas as instruções iniciais, incluindo a exposição do caráter sigiloso do instrumento. Posteriormente,

perguntava-se se o sujeito tinha alguma dúvida. Caso não, prosseguia-se com a auto-aplicação do instrumento.

O ISSP é composto de 48 itens originais, conforme classificação de Likert. As respostas variam entre 0 (nunca); 1 (raramente); 2 (às vezes) e 3 (freqüentemente). Duas dimensões podem ser analisadas: confronto e evasão. Para melhor análise do pesquisador, o instrumento foi agrupado da seguinte forma: as quatro primeiras questões correspondem à dimensão de confronto ao *stress*; as próximas quatro alternativas, à de evasão e assim alternadamente, de quatro em quatro itens (confronto, evasão, confronto, evasão...). Ao final, cada dimensão possui vinte e quatro itens.

Também no ISSP analisam-se categorias que são subdivisões das dimensões de confronto e de evasão. No quadro 2, a seguir, são apresentadas as especificações do ISSP.

DIMENSÃO: CONFRONTO	
1- Raciocínio lógico Itens: 1;9;17;25;33;45	Tentativas cognitivas para compreender uma situação estressante e preparar-se mentalmente para enfrentá-la.
2- Reavaliação positiva Itens:2;10;18;26;34;42	Esforços cognitivos de construir ou de reestruturar mentalmente uma situação estressante, aceitando sua realidade positivamente.
3- Orientação/apoio Itens:3;11;19;27;35;43	Ações comportamentais para busca de informações, orientação ou ajuda.
4- Tomada de decisão Itens:4;12;20;28;36;44	Ações comportamentais para tomar decisões e atuar diretamente na situação estressante.
DIMENSÃO: EVASÃO	
5- Racionalização evasiva Itens:5;13;21;29;37;45	Esforços cognitivos para evitar pensamentos realísticos sobre a situação estressante.
6-Aceitação resignada Itens:6;14;22;30;38;46	Tentativas cognitivas para aceitar, com resignação, a situação estressante.
7-Alternativas compensatórias Itens:7;15;23;31;39;47	Ações comportamentais para criar, em substituição, novas fontes de satisfação.
8- Extravasamento emocional Itens: 8;16;24;32;40;48	Esforços comportamentais para reduzir a situação estressante, mediante a expressão de emoções intensas e depreciativas.

Quadro 2: Distribuição das dimensões, categorias e estratégias do ISSP.

Fonte: Adaptado de Cunha (2000, p.51).

Responderam ao Inventário de Superação do *Stress* Profissional (abordagem quantitativa) os profissionais discriminados na tabela a seguir:

Tabela 5: Discriminação da amostra quantitativa.

Técnico de Enfermagem	Condutor/socorrista	TOTAL
13	17	30

Fonte: Primária, 2008.

A coleta de dados foi encerrada quando a pesquisadora passou a ir aos pontos de apoio das ambulâncias e a só encontrar pessoas que já haviam respondido ao inventário ou que não se dispunham a respondê-lo.

Para uma melhor visualização de como foram entrelaçadas as questões de pesquisa, os objetivos, os instrumentos de coleta de dados e as abordagens metodológicas desta pesquisa, esses elementos serão apresentados no quadro abaixo.

1. QUESTÕES DE PESQUISA	2. OBJETIVOS	3. INSTRUMENTOS e ABORDAGENS
COMO O <i>STRESS</i> OCUPACIONAL INTERFERE NA VIDA DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE OS QUAIS DESENVOLVEM ATIVIDADES MÓVEIS NO SAMU?	ANALISAR O <i>STRESS</i> OCUPACIONAL E AS ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DO SAMU QUE DESENVOLVEM SUAS ATIVIDADES EM AMBIENTE MÓVEL DE TRABALHO;	<u>INSTRUMENTO TOTAL:</u> QUALI-QUANTITATIVA.
QUAL É O PERFIL DESSES PROFISSIONAIS?	ESPECIFICAR O PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO DO GRUPO EM ESTUDO;	<u>INSTRUMENTO TOTAL:</u> QUALI-QUANTITATIVA.
QUAIS OS MAIS FREQUENTES FATORES CAUSADORES DE <i>STRESS</i> OCUPACIONAL NAS PROFISSÕES ESTUDADAS?	RELACIONAR OS PRINCIPAIS FATORES CAUSADORES DE <i>STRESS</i> OCUPACIONAL;	<u>ENTREVISTA:</u> QUALITATIVA .
COMO ESSES PROFISSIONAIS PERCEBEM O <i>STRESS</i> OCUPACIONAL?	CONHECER A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DO <i>STRESS</i> OCUPACIONAL;	<u>ENTREVISTA:</u> QUALITATIVA .
QUAIS AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> UTILIZADAS PELOS PROFISSIONAIS ESTUDADOS?	CONHECER AS PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i>.	<u>INVENTÁRIO:</u> QUANTITATIVO.

Quadro 3: Correlação entre questões, objetivos, instrumentos e abordagens de pesquisa
Fonte: Primária, 2008.

3.4 TRATAMENTO DE DADOS

No tratamento dos dados coletados através da análise de conteúdo, procurou-se agrupar em vários eixos temáticos os fatores considerados potencialmente estressores: condições de trabalho; reconhecimento pelo trabalho; oportunidade de treinamento e reciclagem e, por fim, um eixo temático foi organizado incluindo outros fatores potencialmente estressantes. Finalizando o tratamento dos dados qualitativos, apresentou-se um quadro-resumo no qual ficaram discriminados os

fatores funcionais potencialmente estressantes (apontados como aqueles que podem interferir positivamente no trabalho) dos fatores disfuncionais potencialmente estressantes (apontados como aqueles que podem afetar negativamente o trabalho).

Para o tratamento dos dados colhidos por meio de método quantitativo, o material foi codificado e digitado em planilha *excel* para facilitar a posterior estatística descritiva. Trabalhou-se com soma, média e desvio padrão ordenados em tabelas. Procurou-se destacar as respostas de *coping* nas dimensões confronto e evasão.

Também por meio do método quantitativo, utilizou-se o programa estatístico de computador SPSS 12.0 (acrônimo de Statistical Package for the Social Sciences) para se proceder à análise de conglomerados. A análise de conglomerados se propõe a identificar agrupamentos (conglomerados), não definidos *a priori*, dentro de uma coleção de dados com variáveis nominais e/ou numéricas classificadas. Os indivíduos do mesmo grupo são os mais próximos uns dos outros e indivíduos de grupos distintos são os mais diferentes uns dos outros (MATAR, 2005).

Para facilitar a interpretação dos conglomerados e não incorrer em atribuição de importâncias diferentes das reais procedeu-se à padronização das variáveis pelo Escore Z (a padronização pelo Escore Z é o resultado da divisão da diferença entre o valor observado e a média da amostra pelo desvio-padrão amostral (CRESPO, 2002, p.144)).

3.5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira limitação deste trabalho surgiu na oportunidade em que se teve de escolher o local mais adequado para a aplicação das entrevistas. O local de trocas de plantões (ambiente de regulação) pareceu o ambiente mais adequado para o início da coleta de dados. Na prática, porém, os profissionais passam pouco tempo nesse ambiente.

Tentou-se, em vários horários, entrevistar esses profissionais: a) no horário de almoço (eles só têm 25 minutos para almoçar, fazer higiene pessoal e voltar aos pontos de apoio das ambulâncias), praticamente não se teve sucesso; b) no horário das trocas de plantões (entre 6h30 e 7h30 e entre 18h30 e 19h30), encontrou-se

pouca disponibilidade dos profissionais, pois os que chegavam se preparavam para entrar em plantão e os que estavam entregando o plantão queriam ir para casa ou precisavam correr para outro trabalho; c) nos pontos de apoio das ambulâncias (muitas tentativas foram efetuadas com sucesso e muitas não, tendo em vista que, muitas vezes, a pesquisadora chegava ao ponto específico e a ambulância havia saído para atender a uma ocorrência ou, algumas vezes, no meio de uma entrevista, os profissionais eram chamados e interrompiam a entrevista).

Outra limitação desta pesquisa se refere à população-alvo. O foco inicial estava voltado para todos os profissionais oriundos da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem e condutores/socorristas) que trabalham em ambiente móvel. No entanto, por falta de disponibilidade dos profissionais de nível superior para responderem ao Inventário, o foco deste último instrumento ficou restrito a técnicos de Enfermagem e a condutores/socorristas.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, estão presentes os dados coletados e o tratamento dado a eles, bem como sua interpretação à luz da literatura pesquisada. São apresentados o perfil sócio-demográfico dos sujeitos pesquisados, uma análise dos fatores potencialmente estressantes agrupados em categorias e uma exposição da análise dos resultados colhidos na aplicação do ISSP, dividindo-se as dimensões de confronto e de evasão. Por fim, apresenta-se a interpretação dos dados.

4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa

Dos quarenta e um profissionais participantes desta pesquisa, trinta e dois são do gênero masculino e nove, do feminino.

Quanto a estado civil e idade, a maioria afirmou ser casada e estar na faixa etária entre trinta e quarenta anos de idade. No que se refere ao tempo de serviço no SAMU, mais da metade dos entrevistados trabalha na empresa há mais de quatro anos. Compreende-se que quatro anos representa muito tempo nesse serviço, visto que o SAMU só foi implantado em Natal há cinco anos e meio.

As funções que mais apareceram foram as de técnicos de Enfermagem e condutores/socorristas.

Para melhor visualização dos dados sócio-demográficos, é apresentada, no apêndice B, uma tabela com as informações que permitem retratar o perfil dos profissionais estudados.

4.1.2 Avaliação dos fatores potencialmente estressantes

Para a identificação dos fatores potencialmente estressantes, os dados foram agrupados em vários eixos temáticos: condições de trabalho; reconhecimento pelo trabalho; relacionamento interpessoal; oportunidade de treinamento e outros.

Condições de trabalho

Quanto às condições de trabalho, constatou-se que a estrutura ergonômica, principalmente no que se refere aos recursos materiais, é considerada pela maioria dos funcionários como muito boa. O SAMU possui uma estrutura organizada, que disponibiliza macacões e botas para todos os profissionais de saúde, os materiais e equipamentos utilizados nas ocorrências (luvas, medicação, seringas, dentre outros) são de boa qualidade e constantemente estão sendo monitorados para que se mantenham em número adequado.

Os profissionais oriundos da saúde que têm como base de apoio permanente a Central de Regulação apontaram como muito bom o ambiente de trabalho no SAMU. Esse ponto de vista é verificado nas seguintes falas:

Na minha opinião, existe uma preocupação muito grande do SAMU com o ambiente de trabalho. Na regulação, há uma climatização muito boa, fones de ouvidos para o atendimento telefônico, computador bem equipado e até uma sala de desestresse⁶ (40 anos, médico, masculino, 5 anos no SAMU, casado).

No ambiente da regulação, tem sala de repouso, TV, copa, sala de jogos e até sala de desestresse⁶, gosto muito de trabalhar aqui (39 anos, condutor/socorrista, masculino, 1 ano no SAMU, casado).

Os profissionais oriundos da saúde (condutores/socorristas e técnicos de Enfermagem) que têm como base de apoio permanente os postos de gasolina, a rodoviária e as praças também consideram o ambiente do SAMU um local bem estruturado para o desenvolvimento de seu trabalho. No entanto, algumas queixas acerca de falta de um ambiente mais confortável nos pontos de apoio foram apontadas. Um exemplo disso constata-se no relato de uma técnica de Enfermagem, com 38 anos, casada e há 5 anos no SAMU: “Os banheiros muitas

⁶ Desestresse: Essa palavra não foi encontrada no dicionário Aurélio, Ferreira (2004), nem nesta forma nem na forma de distresse, disistresse, distress. Entende-se que o funcionário se referiu a um ambiente que alivia os sintomas do *stress*.

vezes são horríveis: sujos, mal cheirosos e sem papel higiênico. Para as mulheres, acho que é ainda pior”. Os relatos a seguir também dizem respeito às condições de trabalho.

Acho o ambiente do SAMU um ambiente muito bom e, por isto, ainda estou nele desde a sua fundação [...]. É um ponto negativo no nosso trabalho não ter um local de apoio bom em todos os pontos das ambulâncias (33 anos, condutor/socorrista, masculino, 4 anos e meio no SAMU, solteiro).

Nosso ambiente de trabalho é na rua e a população muitas vezes não entende quando às vezes estamos descansando na ambulância. As pessoas acham que estamos de vida boa, mas precisamos estar com a cabeça e o corpo bom para o próximo chamado (38 anos, masculino, técnico de Enfermagem, 5 anos no SAMU, casado).

O fator segurança no trabalho foi apontado pelos entrevistados como estressante, destacando-se os riscos de tiros, acidentes e de dificuldade de acesso, conforme mencionado a seguir:

Tudo o que a vítima sofreu, estamos também sujeitos a sofrer (tiros, acidentes) além da possibilidade de sermos contaminados (hepatite, aids). Muitas vezes, temos que trabalhar com um grau elevado de dificuldade para termos acesso às vítimas, como em meio a ferros retorcidos nos acidentes, em meio a tiroteios por sermos confundidos com a polícia (40 anos, médico, masculino, 5 anos no SAMU, casado).

Outra pessoa entrevistada – médica, com 36 anos, divorciada e há 8 meses trabalhando no SAMU, – relata a insegurança em função de ameaças: “Já tivemos casos em que uma pessoa procurou saber alguma coisa pessoal de um funcionário para ameaçá-lo. Isto nos deixa inseguros e desanima.”

A falta de apoio policial é citada nos próximos três relatos: Para uma enfermeira, a “demora na viatura policial para acompanhar a ocorrência na linha de tiroteio causa incerteza e torna o trabalho perigoso” (47 anos; 3 anos de SAMU, casada). Para uma técnica de Enfermagem, o trabalho no SAMU “é um trabalho perigoso principalmente na periferia, quando ocorre tiroteio e há risco de vida para nós” (35 anos, 5 anos no SAMU, casada). E para um condutor/socorrista, “é muito ruim quando vamos para uma ocorrência na madrugada e o 190 não nos auxilia” (28 anos, 6 meses no SAMU, solteiro).

Outro relato, citado a seguir, aponta fatores que podem ser causadores de *stress* no trabalho do SAMU.

Acho estressante quando temos que entrar numa cena em que há risco de vida para nós. Por exemplo, quando tem carro capotado em barranco a ponto de cair, ou um poste prestes a cair, combustível vazando e gente por perto fumando. Mas no geral não acho estressante meu trabalho. Quis muito para estar aqui no SAMU, me sinto muito bem com o meu trabalho e estou realizado (24 anos, masculino, condutor/socorrista, 10 meses no SAMU, casado).

Além da convivência com os riscos, ainda foi mencionado o fato de os profissionais se acostumarem com a situação de perigo, inclusive com o risco de morte, conforme destaca um condutor/socorrista: “vejo como ponto negativo a possibilidade de se acostumar com o risco porque ele existe, mas, se não o reconhecemos, pode ser fatal” (44 anos, 5 anos no SAMU, casado).

Ainda sobre condições de trabalho, foi destaque em quase todos os relatos o trânsito tumultuado como um fator que atrapalha muito a resposta a tempo aos atendimentos efetuados pelo SAMU. Isso é destacado nos relatos a seguir:

O que acho pior no meu trabalho é o trânsito despreparado para abrir caminho para uma ambulância. Tem pessoas que param o carro e ficam sem saber o que fazer, outras ficam falando ao celular e nem escutam a ambulância, outras ficam com som do carro ligado alto e temos que fazer manobras arriscadas para nós mesmos (24 anos, masculino, condutor/socorrista, 10 meses no SAMU, casado).

O trânsito é um ponto negativo para o bom desempenho de nosso trabalho. Muitas vezes, pedimos passagem e pessoas mal educadas nos xingam e estiram o dedo. Tem muita gente sem consciência e sem informação do nosso serviço. Estamos salvando vidas e poderemos está indo salvar alguém da família daquela pessoa (27 anos, masculino, condutor/socorrista, 3 anos e 2 meses no SAMU, casado).

Pequenos comportamentos são apontados pelos entrevistados como fator de falta de colaboração da população para com o trabalho destes, como relata um condutor/socorrista: “A população é mal educada e os condutores de veículos não são educados para usarem a faixa do meio e deixarem livre a faixa da esquerda” (39 anos; trabalha há 4 anos no SAMU; casado). A falta de colaboração da população é apontada em outros relatos, conforme demonstra a fala de uma técnica de Enfermagem:

Para mim, o que mais estressa é quando não dá tempo chegar para salvar vidas porque o ponto de referência não foi suficiente para chegarmos logo ou as pessoas do trânsito não cooperaram para que a ambulância passe (38 anos; 5 anos de trabalho no SAMU; casada).

Outro fator negativo é o trânsito diurno. O trânsito não nos deixa chegar em muitas ocorrências a tempo de termos respostas positivas. Acho que precisaria de uma campanha na mídia para informar aos condutores que não pagará multa quando eles ultrapassarem um sinal vermelho para dá passagem a uma ambulância (Masculino, condutor/socorrista, 28 anos, 6 meses trabalhando no SAMU, solteiro).

Reconhecimento do trabalho

Quanto aos pontos positivos do trabalho no SAMU, foi citado o reconhecimento da população da cidade do Natal para com esses profissionais quando conseguem realizar um bom trabalho.

O reconhecimento da população é muito gratificante. Um dia, eu estava aqui (referindo-se à Praça Cívica) quando uma jovem veio me agradecer porque eu tinha salvado a vida da avó dela (silêncio com emoção). Às vezes, as pessoas chegam até as ambulâncias só para agradecer e contar um caso de sucesso do nosso trabalho. Isto nos estimula e nos dá vontade de fazer mais (35 anos, feminino, técnico de Enfermagem, 5 anos no SAMU, casada).

Encontrar com alguém que você ajudou é muito bom, recebemos parabéns e agradecimento. Salvei uma criança que estava com uma parada respiratória e que foi muito difícil (silêncio e emoção). Pensei em meus filhos e na dor de um pai de perder um filho e este caso me emociona até hoje. Tive o reconhecimento da família e de vez em quando encontro com alguém da família e pergunto como vai a criança (27 anos, masculino, condutor/socorrista, 3 anos e 2 meses no SAMU, casado).

Outro relato significativo acerca do reconhecimento da população ao trabalho dos profissionais do SAMU pode ser constatado nesta fala de um médico: “É muito bom ver resultados e a população reconhecer nosso trabalho. Há pesquisas com a população que apontam o trabalho do SAMU como um órgão que deu certo e é eficaz. Isto dá muita satisfação” (40 anos, 5 anos no SAMU, casado). Justificando esse reconhecimento da população, um outro médico aponta o gostar do que faz como um fator importante: “Acho que o SAMU faz um trabalho que é reconhecido pela população, principalmente porque a equipe que é composta gosta do que faz (43 anos, 5 anos de SAMU, casado).

Os profissionais relatam que são respeitados até por assaltantes, conforme o relato a seguir:

Na rua, a população reconhece o trabalho, até o bandido respeita nosso trabalho, um colega já estava sendo assaltado quando o bandido viu a camisa do SAMU falou que o SAMU salvou a vida da avó dele e ele estava retribuindo isto não mais o assaltando (36 anos, feminino, médica, 3 meses no SAMU, divorciada).

Se, por um lado, existe uma parcela da população que reconhece e apóia o trabalho do SAMU, por outro, existe uma parcela que atrapalha (com trotes e piadinhas) e dá palpites sobre a forma como os profissionais conduzem o seu trabalho, gerando assim atritos e maus entendidos. Isso é demonstrado nas falas transcritas a seguir:

Costumo dizer que o SAMU faz um serviço de 1º mundo, num país de 3º, numa população de 5º mundo. A população precisa conhecer mais o trabalho do SAMU para evitar trotes ou atendimentos desnecessários. Acho que a Secretaria de Saúde do Município e do Estado não tem interesse em divulgar para a população o trabalho do SAMU (38 anos, masculino, técnico de Enfermagem, trabalha há 5 anos no SAMU, casado).

População na rua às vezes atrapalha. Às vezes, precisamos usar o megafone para pedir espaço para trabalhar. População quer ajudar e mexe com o paciente, atrapalhando. Precisamos escrever tudo que o paciente diz e o que dizemos para ele para nos protegermos legalmente caso alguém ache que não fizemos a coisa certa (36 anos, feminino, médica, 3 meses no SAMU, divorciada).

A falta de reconhecimento salarial adequado também foi apontada nesse tópico, conforme pode ser constatado nos relatos abaixo:

Mesmo perdendo R\$100,00 do meu salário, escolhi ficar no SAMU porque gosto muito de ajudar ao próximo, mas sinto falta de um incentivo salarial pelo trabalho diferenciado que desenvolvemos aqui (39 anos; masculino; condutor/socorrista; trabalha há 4 anos no SAMU; casado).

Trabalhar no SAMU é prazeroso porque faço o que gosto e ainda sou remunerado por isto. Embora o salário não seja muito. [...] A remuneração que temos no SAMU não valoriza o nosso trabalho. Hoje sou solteiro e o salário dá, depois de casado não sei. As autoridades deveriam ter um olhar diferente para os profissionais do SAMU. [...] Não penso em mudar de emprego, gostaria de poder melhorar de salário aqui mesmo. Sou realizado porque faço o que gosto (33 anos; masculino; condutor/socorrista; 4 anos e meio no SAMU, solteiro).

Um profissional técnico de Enfermagem ainda apontou: “outro ponto negativo no nosso trabalho é o baixo salário e o pequeno reconhecimento da Secretaria de Saúde em diferenciar nosso trabalho pelos riscos que corremos trabalhando com urgências” (feminino, 35 anos, 5 anos no SAMU, casada).

Todos os relatos apresentados apontam para a necessidade de que esse trabalho tenha reconhecimento diferenciado do dispensado aos demais trabalhadores da saúde, principalmente pelo fato de, no ambiente de trabalho móvel, os profissionais estarem expostos a muitos riscos.

Quanto ao reconhecimento, alguns entrevistados destacam que o sistema de saúde pública, algumas vezes ineficiente, não apóia o trabalho do SAMU. Por exemplo, a situação em que se precisa transportar um paciente que vem de algum órgão da saúde pública (posto de saúde, ambulatório ou hospital) muitas vezes é estressante, pois o profissional que solicita o serviço quer que o paciente seja conduzido conforme as instruções dele e não conforme as do sistema do SAMU, o que pode ser destacado nos depoimentos de dois médicos que atuam desde a fundação desse serviço:

Muitas vezes, o colega médico quer que a ambulância transporte de um local para outro um paciente grave de qualquer jeito. Não podemos se responsabilizar por um trabalho mal feito. Só fazemos o transporte de paciente quando avaliamos a situação e isto às vezes causa atritos (40 anos, médico, masculino, 5 anos no SAMU, casado).

O sistema de saúde geral é precário e quando algum lado não seqüencia o trabalho a coisa não funciona. Procuramos fazer nosso trabalho, mas o desrespeito com a população é muito grande. O paciente fica jogado horas à espera de um atendimento e nossa maca fica presa muitas vezes por não funcionamento dos outros setores. Ficar sem estrutura para atender às chamadas me angustia. [...] Acho que o SAMU faz um trabalho que é reconhecido pela população, principalmente porque a equipe que é composta gosta do que faz. Não vejo *stress* em desempenhar o trabalho com urgência no SAMU, vejo *stress* em trabalhar atrelado a outros setores que não funcionam (médico, 43 anos, casado, 5 anos de SAMU).

Outro fator apontado pelos entrevistados como estressante é o fato de eles terem de ficar com a ambulância parada no Hospital Walfredo Gurgel (referência, no estado do RN, quanto ao atendimento a urgências e emergências) por falta de leito ou de maca para a continuidade do trabalho começado pelo SAMU. A seguir, o depoimento de alguns profissionais a esse respeito:

Às vezes, temos que ficar presos com o paciente na maca lá no Walfredo Gurgel e o sofrimento dele nos comove. Precisamos ter um auto-controle muito grande para não se envolver (33 anos, masculino; condutor/socorrista; trabalha há 4 anos e meio no SAMU, solteiro).

Deixar o paciente no hospital Walfredo Gurgel quando está lotado é muito estressante, pois a maca fica presa e não podemos deixar o paciente sem leito. Um paciente poli-traumatizado, por exemplo, muitas vezes não consegue nem se mexer. Neste caso, pode ser que um familiar meu precise de minha ajuda e eu estou com a maca presa. Às vezes, fico mais cansado ficando parado no Walfredo do que quando tenho um dia cheio de ocorrências (44 anos, masculino, condutor/socorrista, 5 anos no SAMU, casado).

Relacionamento interpessoal

Apesar de algumas dificuldades apontadas anteriormente, os funcionários, de modo geral, indicaram o ambiente de trabalho no SAMU como um ótimo propiciador de amizades e de companheirismo. O sistema de troca de equipes é bem aceito pela maioria como uma maneira de conhecer mais os profissionais que trabalham no SAMU e de trocar experiências, permitindo melhor relacionamento interpessoal, conforme destaca um condutor/socorrista: “É ponto positivo em nosso trabalho o bom relacionamento com os colegas (39 anos, 4 anos no SAMU, casado).

Outro depoimento que corrobora com tal pensamento é o de uma médica que trabalha há 3 meses no SAMU: “No ambiente de regulação, há coleguismo. Fui bem acolhida como novata. A equipe é bem entrosada e já sabe o que cada um fazer” (36 anos; 3 meses no SAMU; divorciada).

Outros relatos ainda apontam o bom relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho do SAMU, conforme exposto a seguir:

Acho que existe um clima de amizade entre os colegas de trabalho muito bom. Também acho positivo os cursos que nos incentivam participar para nosso aperfeiçoamento profissional (35 anos, masculino condutor/socorrista, trabalha há 10 meses no SAMU, casado).

Há um respeito maior dos profissionais de nível superior hoje em dia maior do que no início do SAMU. Hoje os colegas confiam mais nos socorristas. A parceria que fazemos é uma boa parceria. Acho que tinham profissionais que tinha medo que fizéssemos o trabalho melhor que eles. O clima está muito bom entre todos (44 anos, condutor/socorrista, masculino, 5 anos no SAMU, casado).

Para um entrevistado que trabalha há 5 anos no SAMU, o “relacionamento interpessoal é muito bom, pois as pessoas que trabalham no SAMU possuem consciência geral do papel de cada um. As pessoas são motivadas e há cordialidade” (40 anos, médico, masculino, casado).

Outro entrevistado aponta a importância do apoio da equipe para o desempenho de um bom trabalho:

As condições de trabalho no SAMU são muito boas. A equipe é bastante qualificada e a cada dia aprende-se mais. O trabalho com urgência é ótimo e com as condições do SAMU melhor ainda. [...] Com a equipe nos apoiando, procuramos driblar as dificuldades e fazer um trabalho bem feito. Tento manter o auto-controle e tenho conseguido (28 anos, feminino, enfermeira, 3 meses no SAMU, divorciada).

Houve, porém, um entrevistado que considera difícil o relacionamento entre os profissionais do SAMU:

Acho o relacionamento confuso em relação às escalas organizacionais. É difícil lidar com o ser humano. Cada um sabe o seu papel, mas na hora de agir a hierarquia precisa falar mais alto e às vezes a coisa não dá certo. Alguns médicos sempre acham que estão com a verdade (47 anos; feminino; enfermeira; 3 anos de SAMU; casada).

Treinamento profissional

O treinamento profissional foi citado por alguns dos entrevistados, como tendo uma grande significância no sentido que capacita os profissionais a terem mais segurança para agirem durante a execução de seus trabalhos.

Conforme o relato de um condutor/socorrista, o treinamento é um diferencial entre o trabalho no SAMU e o desenvolvido em outros locais que não incentivam tal aperfeiçoamento: “a equipe do SAMU Natal é bem qualificada com muitos cursos, já fiz vários cursos aqui que não faria se estivesse trabalhando em outro local e estou melhorando meu *curriculum*” (33 anos, masculino, condutor/socorrista, 4 anos e meio no SAMU, solteiro).

Outro profissional condutor/socorrista aponta o treinamento profissional como algo positivo: “Também acho positivo os cursos que nos incentivam participar para nosso aperfeiçoamento profissional. Os treinamentos são de muito boa qualidade” (35 anos, trabalha há 10 meses no SAMU, casado).

A fala acerca do treinamento dado aos profissionais reflete uma maior segurança nesse tipo de trabalho, no qual se precisa ter agilidade e respostas precisas.

Outros

Outros fatores foram citados, em menor proporção, como estressantes no trabalho do SAMU, tais como: sobrecarga de trabalho; impotência diante dos óbitos; número insuficiente de funcionários para cobrir as faltas e rapidez de respostas.

A seguir, será mostrado um quadro-resumo contendo os eixos temáticos em que a análise desta pesquisa se baseou e especificando, a partir destes, os

principais fatores potencialmente estressantes (funcionais ou que podem ajudar no desenvolvimento das atividades laborais; e disfuncionais ou que podem dificultar o desenvolvimento do trabalho).

Eixo temático	Fatores potencialmente estressantes	
	Funcionais	Disfuncionais
Condições de trabalho	Materiais e equipamentos, bom ambiente de trabalho	Falta de conforto nos pontos de apoio, riscos de tiros, acidentes e dificuldade de acesso – “trabalhar na linha de tiro”, trânsito tumultuado, sistema de saúde ineficiente.
Reconhecimento do trabalho	Reconhecimento da população	Trote, piadas e palpites da população, baixa remuneração e reconhecimento do órgão responsável.
Relacionamento interpessoal	Amizade e companheirismo	
Treinamento profissional	Participação em treinamento	
Outros		Sobrecarga de trabalho, impotência diante dos óbitos; número insuficiente de funcionários para suprir as faltas e rapidez no trabalho.

Quadro 4: Principais fatores potencialmente estressantes funcionais e disfuncionais
Fonte: Primária, 2008.

Percepção dos profissionais acerca do *stress* ocupacional

A maioria dos entrevistados percebe que o ambiente de trabalho laboral móvel no SAMU apresenta fatores potencialmente desencadeadores de *stress*. No entanto, nem todos esses fatores são absorvidos de forma negativa, ou seja, muitos deles não chegam a desencadear o *stress* negativo.

Os funcionários chegam a relatar que não consideram seu trabalho estressante e afirmam que, para trabalhar no SAMU, o profissional precisa saber administrar bem os fatores estressantes presentes nesse ambiente de trabalho para que, só assim, desempenhe suas funções eficazmente. O relato de uma enfermeira, exposto a seguir, confirma isso:

O trabalho no SAMU só não é mais estressante porque só trabalha no SAMU quem tem no sangue o gosto pelo trabalho de urgência e emergência e eu tenho. Existe um crivo natural e as pessoas que aqui trabalham gostam do que fazem e superam as dificuldades do dia-a-dia de trabalho naturalmente (47 anos; 3 anos de SAMU; casada.).

O relato a seguir demonstra que o acúmulo de experiência ajuda o profissional a encontrar meios de se preparar para não desencadear *stress* por causa do trabalho: “Com outras experiências que tive em trabalhar com urgência, aprendi a sair para uma ocorrência preparada para o pior e isto proporciona não acumular tanto *stress*” (médica; 36 anos; 3 meses no SAMU; divorciada).

A maioria dos profissionais que trabalha no SAMU não considera o trabalho estressante porque gosta do que faz: “O trabalho em si que fazemos não é estressante [...] aprendi a conviver com este tipo de trabalho e me sinto realizada” (técnica de Enfermagem; feminino; 35 anos; 5 anos no SAMU; casada). “Gosto do meu trabalho e não acho estressante, acho emocionante” (condutor/socorrista; masculino; 39 anos; trabalha há 4 anos; casado). Outro relato de um condutor/socorrista demonstra a motivação para o trabalho: “No geral, não acho estressante meu trabalho. Quis muito estar aqui no SAMU e estou realizado” (24 anos, masculino, 10 meses no SAMU; casado).

Um profissional condutor/socorrista defende a possibilidade de que não se acumula *stress* quando se está adequado ao perfil de tal trabalho: “O profissional que se adequa ao perfil do trabalho com urgência gosta muito de trabalhar no SAMU” (28 anos; 6 meses no SAMU; solteiro).

A motivação para ajudar as pessoas foi um dos fatores apontados pelos entrevistados para o não-desencadeamento do *stress* negativo, conforme pode ser constatado nas falas a seguir: “É prazeirante estar ajudando o ser humano e só isto já tira meu *stress*” (condutor/socorrista; masculino; 27 anos; 3 anos e 2 meses no SAMU; casado). “Não acumulo *stress* com o que faço, às vezes tem adrenalina alta, mas procuro extravasar no momento que ajudo a alguém e me gratifico com isto” (condutor/socorrista; masculino; 33 anos; trabalha há 4 anos e meio no SAMU; solteiro).

Noutras falas, foi reforçado o fato de que a percepção que a maioria dos profissionais entrevistados possui acerca do *stress* ocupacional é a de não-acúmulo do *stress* negativo: “Os treinamentos que fazemos nos capacita para enfrentar o *stress* normalmente” (condutor/socorrista; masculino; 35 anos, trabalha no SAMU há 10 meses no SAMU; casado). “Diante de tudo, acho o trabalho que faço muito bom e procuro estar sempre de bem com a vida sem *stress*” (técnico em Enfermagem; masculino; 38 anos; trabalha há 5 anos no SAMU; casado). “Não vejo *stress* em

desempenhar o trabalho com urgência no SAMU” (médico; masculino; 43 anos; 5 anos de SAMU; casado). “Tento manter o auto-controle e tenho conseguido” (enfermeira; feminino; 28 anos; 3 meses no SAMU; divorciada).

Após a apresentação dos resultados das entrevistas, segue a apresentação dos resultados das estratégias de *coping*.

4.1.3 Avaliação das estratégias de *coping* nas dimensões de confronto e de evasão

A análise geral dos resultados e a apresentação destes demonstram a predominância de respostas de confronto (raciocínio lógico, reavaliação positiva, orientação/apoio, tomada de decisão) sobre as de evasão (racionalização evasiva, aceitação resignada, alternativa compensatória e extravasamento emocional).

Percebe-se que, embora haja variação nas respostas de uma dimensão e da outra, há pouca variação nas respostas relativas à cada dimensão. Na dimensão de confronto, há predominância das respostas nas quais os indivíduos dizem enfrentar a situação com a tomada de decisões.

Na dimensão de evasão, percebe-se que as respostas menos utilizadas são as que apontam a aceitação resignada como estratégia.

Observando as respostas individualizadas, verifica-se que, entre as respostas de confronto, há homogeneidade. Contudo, observando as respostas de evasão, percebe-se que há uma variação entre elas. Nesta última categoria, merecem destaques os baixos resultados dos indivíduos 14 e 17 e os altos resultados dos sujeitos 19 e 35.

Segue um resumo dos resultados gerais do ISSP.

	Soma	Média	Desvio padrão
DIMENSÃO EVASÃO			
- Racionalização evasiva	229	1,27	1,00
- Aceitação resignada	207	1,15	0,98
- Alternativa compensatória	274	1,52	1,05
- Extravasamento emocional	244	1,36	1,02
TOTAL	954	1,33	1,01
DIMENSÃO CONFRONTO			
- Raciocínio lógico	371	2,06	0,91
- Reavaliação positiva	389	2,16	0,83
- Orientação/apoio	395	2,19	0,83
- Tomada de decisão	411	2,28	0,80
TOTAL	1566	2,18	0,84

Quadro 5: Resumo dos resultados do ISSP.
Fonte Primária, 2008.

Os dados estatísticos resultantes dos cálculos da média e do desvio padrão comprovam significativamente a diferença entre as dimensões confronto e evasão.

Para Crespo (2002, p.80), “média aritmética é o quociente da divisão da soma dos valores da variável pelo número deles”. Esse é o dado representativo, embora não esteja representando dados originais. No caso das respostas apresentadas, constata-se que há uma diferença significativa entre os resultados.

A média 2,18 na dimensão confronto demonstra que, diante das possibilidades de respostas 0, 1, 2 ou 3, o resultado apresenta-se entre 2 e 3. Esse resultado confirma a utilização de tais estratégias (confronto) em frequência média alta. Já a média 1,33 da dimensão evasão demonstra que as respostas apresentam-se entre 1 e 2, tendendo mais para média baixa.

Os desvios padrões são índices de variabilidade bastante estáveis, pois levam em consideração a totalidade dos valores da variável em estudo (CRESPO, 2002). “O desvio padrão é uma efetiva medida de dispersão de dados de uma distribuição em termos absolutos” (MATTAR, 1998, p.74). Quanto mais os resultados estiverem dispersos, mais estarão distantes da média.

No que diz respeito aos resultados dos desvios padrões, percebe-se que o resultado 0,84 na dimensão confronto confirma que os respondentes pouco se afastaram da média e, na dimensão evasão, embora o índice de dispersão haja sido maior, se comprova que houve pouca dispersão. Diante disso, pode-se constatar que os respondentes do inventário apresentaram, em sua maioria, respostas bem próximas da média.

De posse das respostas do ISSP procedeu-se a análise de conglomerados na tentativa de encontrar grupos de fácil identificação e interpretação que pudessem evidenciar as respostas de confronto e de evasão. A tabela de aglomeração, o gráfico representativo dos conglomerados (apresentados a seguir) e o dendrograma (ver apêndice) revelaram a formação de quatro grupos:

Tabela 6: Freqüências absoluta e relativa dos conglomerados.

CONGLOMERADOS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL CUMULATIVO
1	26	86,7	86,7
2	1	3,3	90,0
3	2	6,7	96,7
4	1	3,3	100,0
TOTAL	30	100,0	

Fonte: Primária, 2008.

O conglomerado 1 agrupou 26 pessoas, representando a maioria dos sujeitos que responderam ao ISSP (86,7%). O conglomerado 2 e 4 ficaram apenas com 1 sujeito cada. No conglomerado 3 agruparam-se 2 sujeitos.

Para melhor entendimento dos conglomerados, montou-se um gráfico de linha representando os escores Z das médias das variáveis confronto e evasão para os centróides dos conglomerados, conforme apresentado a seguir:

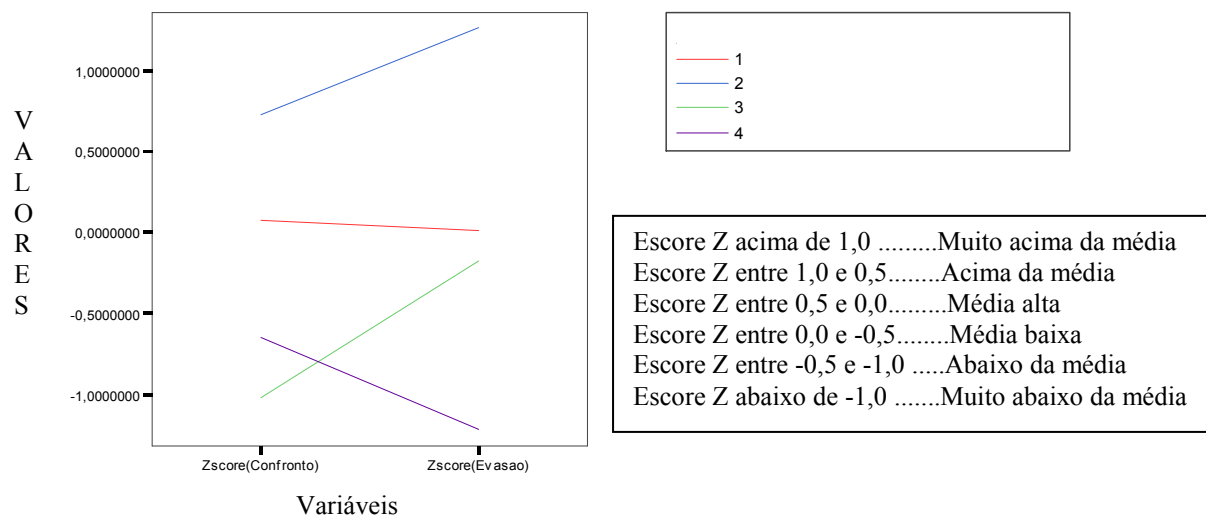


Gráfico 1: Escores Z médios dos conglomerados nas dimensões confronto e evasão.
Fonte: Primária, 2008.

Com base no gráfico dos escores Z, percebe-se que o conglomerado 1 é formado por indivíduos que tiveram tanto respostas de confronto como de evasão medianas. O conglomerado 2 é formado por apenas um indivíduo que teve as respostas de confronto acima da média e as respostas de evasão muito acima da média. O conglomerado 3 é formado por 2 indivíduos que tiveram suas respostas de confronto abaixo da média e as respostas para evasão dentro da média baixa. Com relação ao conglomerado 4 vale ressaltar que também só teve destaque um indivíduo com suas respostas para confronto abaixo da média e as respostas para evasão muito abaixo da média.

A seguir, será exposta a interpretação dos resultados para a obtenção dos objetivos propostos inicialmente para este estudo.

4.2 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Constatou-se que a maioria dos funcionários investigados é constituída de jovens adultos e encontra-se na faixa etária entre 30 e 40 anos. Para Andrade,

Caetano e Soares (2000 *apud* CAMPOS, 2005), o trabalho com urgência exige pessoas jovens e ágeis. Para Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006), o trabalho com urgência requer um grau elevado de agilidade, destreza física e energia, características mais comuns em indivíduos jovens.

Observou-se uma predominância de profissionais do gênero masculino (trinta e dois) sobre os do gênero feminino (nove). Guido (2003) e Campos (2005) mencionam que é comum encontrar estudos apontando maior presença dos profissionais do sexo feminino na área da saúde (enfermeiros e técnicos de Enfermagem). No entanto, Andrade, Caetano e Soares (2000 *apud* CAMPOS, 2005) apontam que, nos últimos anos, tem-se observado que aumentou o número de homens que escolhem profissões como as de enfermeiro e correlatas.

Levine, Wilson e Guido (1988 *apud* CAMPOS, 2005) e Heskins (1997 *apud* CAMPOS, 2005) consideram que a atividade desenvolvida pelo SAMU é predominantemente masculina, pois requer comportamentos como racionalidade, lógica, dinamismo, além de força para remoção dos feridos. Segundo Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006), trabalhar com urgência requer um dispêndio elevado de força muscular e um gasto excessivo de energia física. Para os referidos autores (2006), é mais comum encontrar fadiga geral nas mulheres que nos homens que trabalham com urgência médica.

Quanto ao estado civil dos profissionais estudados, percebe-se que o número de casados (trinta) é bem superior ao de solteiros (dez) ou de divorciados/separados (um). Para Chanlat (1996 *apud* SILVA, 2005, p.23), “a família e o trabalho são dois espaços sociais, os quais levam as pessoas a vivenciarem experiências que delimitam de algum modo a identidade pessoal e social”. Para Baryolomé e Evans (1980, *apud* SILVA, 2005), o trabalho e a vida pessoal podem ser reforçadores um do outro e, conseguindo equilíbrio na vida familiar, o trabalhador conseguirá mais facilmente o sucesso profissional. Contrapondo-se a esse aspecto, Rêgo (2000) desenvolveu pesquisa que aponta estudos envolvendo a população casada e o *stress*, os quais constataam que as responsabilidades próprias do casamento podem aumentar os níveis de *stress* no trabalho de um indivíduo.

A maioria dos profissionais estudados (vinte e seis) está há bastante tempo trabalhando no SAMU (entre 3 e 5 anos), levando-se em consideração o tempo de funcionamento do SAMU em Natal (implantado em setembro de 2002), que hoje é de pouco mais de 5 anos de existência.

Com base na literatura pesquisada, nas observações e nas entrevistas, pode-se compreender o ambiente laboral móvel do SAMU como detentor de diversos fatores potencialmente estressantes. Essa descoberta reforça a pesquisa de Aguiar *et al* (2000), segundo a qual os estressores permeiam a vida dos profissionais que lidam com doença e morte. Além disso, nessa pesquisa, fica ratificada a afirmação de Nitschke, Lopes e Bueno (2000) de que os serviços de saúde oferecidos pelas ambulâncias móveis oferecem condições propiciadoras de *stress*. Nesse sentido, Maslach e Leiter (1999) reforçam que o *stress* no trabalho não pode ser considerado apenas um problema individual e Ballone (2005c), que não há uma regra para se determinarem os diversos fatores causadores de *stress*.

O relato diversificado e detalhado de fatores estressantes no ambiente de trabalho específico, feito pelos sujeitos pesquisados, evidencia que o trabalho em urgência móvel implica uma multiplicidade de riscos à saúde do trabalhador, como por exemplo: riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes. Essa descoberta vai ao encontro dos estudos de Nitschke, Lopes e Bueno (2000) e de Soares (2006). Ainda nesse sentido, os estudos de Magnusson (1982) apontam que qualquer aspecto de uma situação pode ser estressor e que um estressor pode causar maior ou menor *stress* (SELYE, 1956).

A natureza do trabalho e o ambiente laboral móvel de urgência caracterizam as atividades desenvolvidas no SAMU como complexas e estressantes (CAMPOS, 2005), pois os profissionais estão sujeitos a constantes fontes causadoras de *stress*, uma vez que deles são exigidos persistentes esforços adaptativos (ARARALDI-FAVASSA, ARMILIATO e KATININE, 2007).

Para Soares (2006), os profissionais que trabalham no SAMU podem vivenciar *stress* em seus ambientes de trabalho devido: ao tipo de serviço prestado, à elevada demanda de atendimentos, às condições do trânsito, ao desconhecimento real das vítimas que serão atendidas, além do desgaste em relação à população, que desconhece a real função do SAMU.

Sabe-se que a realidade complexa da sociedade e do trabalho atual não evita contato com fontes estressantes, principalmente no trabalho dos profissionais de saúde, já que o *stress* é um elemento importante de todas as ações humanas (SELYE, 1982). Dejour (1992) relata que é possível transformar o sofrimento em

prazer se existir espaço para discussões e se forem respeitadas a singularidade e a subjetividade de cada indivíduo.

Apesar da exposição constante ao agente estressor, os funcionários não mencionaram a presença de sintomas de exaustão (SELYE, 1982). A exaustão ocorre quando o indivíduo se sente esgotado e incapaz de relaxar e até mesmo de se recuperar (MASLACH e LEITER, 1999). No caso da atividade desenvolvida pelo SAMU, o trabalho não é caracterizado como indicador social do aparecimento do *stress* (BORJA, 2003). Pelo contrário, é percebido como fonte de emoção, gratificação e realização. Para Fortes (2006), a negação do sofrimento parece ser uma condição inerente ao ser humano. Evitando o sofrimento, facilita o caminho para as estratégias de defesa.

Percebe-se que, embora as experiências de trabalho possam causar perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico, os fatores estressantes apontados pelos profissionais estudados, apesar dos fortes indícios de serem causadores de *stress*, não são percebidos de forma negativa pelos referidos profissionais, os quais também não os vêem como ameaça em seu dia-a-dia de trabalho. Esse dado confirma as pesquisas de Lazarus e Folkman (1984), nas quais se constata que o *stress* resulta da apreciação ou da avaliação de uma situação de trabalho em que o indivíduo se defronta com agentes estressores e os considera uma ameaça.

Nesse sentido, podem-se encontrar relatos de que os fatores potencialmente estressantes são avaliados como estimulantes e de que a adrenalina ativada por tais situações parece ser prazerosa. Essa descoberta vai ao encontro do que diz Selye (1982), Lipp (1984 e 2007a), Ayres, Brito e Feitosa (1999), Gatti *et al* (2004), Ballone (2005b), Calais *et al* (2007), que afirmam ter o *stress* duas facetas: uma positiva (também denominada *eutress*) e uma destrutiva (também denominada *distress*) e, que um mesmo fator estressante pode gerar tanto *stress* negativo quanto positivo.

Dos vários fatores apontados pelos entrevistados como causadores de *stress* no ambiente laboral móvel, a exposição aos riscos é apontada por Nitschke, Lopes e Bueno, (2000) e Soares (2006) como possível causadora de problemas relacionados à saúde física e/ou mental devido ao fato de o ambiente ser incerto e cheio de surpresas. Vale destacar aqui a crescente violência urbana como um dos aspectos de caráter social que está bastante presente no ambiente de trabalho dos profissionais estudados. Mesmo diante dessa realidade, não foi percebida nenhuma

fala que indicasse que os profissionais do SAMU se desmotivam pelo seu trabalho ou não estão investindo nele.

Segundo Boucher e Binett (1996) e Tamayo e Tróccoli (2002), o fato de uma pessoa ter claro o seu papel diante de determinada situação ajuda muito. Sendo assim, ela se posiciona de forma mais adequada e demonstra mais confiança nas suas ações. Esse pensamento vem ao encontro dos relatos acerca da clareza que cada um possui sobre seu papel para o bom desempenho de suas funções. Vale salientar que, de acordo com *International Stress Management* (ISMA, 2003 *apud* PEREIRA, 2005), altos índices de *stress* constatados em pesquisas internacionais se devem a confusões de papéis causadas pela globalização (fusões e enxugamentos de quadros).

Para ISMA (2003 e COUTO, 1987 *apud* PEREIRA, 2005), os indivíduos mais vulneráveis ao *stress* são aqueles que apresentam menor grau de confiança e dificuldades para lidar com limites e frustrações, o que não ocorre com os profissionais estudados, já que eles demonstram não absorver o *stress* negativo. Dessa forma, o profissional e até mesmo sua organização de trabalho se protegem, já que, segundo Nakayama e Bitencourt (1998), o *stress* negativo tem efeito devastador para a saúde do ser humano e gera inúmeros problemas para a empresa na qual este trabalha.

Vale ressaltar que os relatos alertam para a possibilidade de os profissionais se acostumarem com o trabalho, de tal forma que, em alguns momentos, mesmo achando que não estavam em situação de perigo, na verdade poderiam estar, inclusive, correndo risco de morte. Para Peiffer (2007), os problemas podem apavorar e parecer sem solução em um dado momento e, em outro, sequer chegar a abalar os profissionais. No caso dos profissionais do SAMU, oriundos da saúde, a administração de problemas no trabalho está acontecendo num limite saudável.

Vale lembrar que o *stress* varia de pessoa para pessoa e se, para algumas, correr riscos pode lhe causar *stress* e até imobilizações diante de tais situações, para outras, pode servir de fonte de energia e de estímulo (BALLONE, 2005b). Para Peiffer (2007, p.22), “quando vivemos uma rotina que nos agrada, sentimo-nos felizes e satisfeitos [...] o *stress* pode causar dependência e algumas pessoas não vivem sem ele”.

Os principais fatores potencialmente causadores de *stress* ocupacional, identificados pelos profissionais oriundos da área da saúde do SAMU, foram: 1.

trabalho na “linha de tiro”; 2. trabalho com riscos de acidentes e de contaminação; 3. população mal informada sobre serviço do SAMU; 4. falta de dados para chegar ao endereço da pessoa a ser atendida; 5. engarrafamento/trânsito tumultuado; 6. baixa remuneração/reconhecimento; 7. impotência diante dos óbitos; 8. deficiência no sistema de saúde (que indica e/ou recebe o paciente).

A constatação de uma variabilidade de estressores ocupacionais está de acordo com o pensamento de Magnusson (1982) e da visão interacionista acerca do *stress*, que apontam o ambiente real, o ambiente percebido, a distinção entre a situação real e a situação percebida, o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade individual e as diferenças individuais como indicadores importantes para que o indivíduo perceba ou não uma fonte como estressora.

Diante dos desafios impostos diariamente pela realidade mutável e complexa da sociedade, como um indivíduo também mutável e complexo se mantém ativo, qualificado e respeitado e, além do mais, saudável no mundo atual rodeado de fatores potencialmente estressantes? Para Siqueira, Watanabe e Ventola (1995, p.5), trabalhadores que lidam com doença e morte precisam “aprender a utilizar estratégias defensivas, controlando e negando seus sentimentos, distanciando-se do paciente. No entanto, muitos deles não conseguem e acabam colocando-se no lugar do paciente, sofrendo junto com ele”.

Aguiar *et al* (2000) apontam que as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos podem ajudar a esclarecer porque um indivíduo considera estressante uma determinada fonte e outro não.

De acordo com Schaefer e Moos (1993 *apud* CUNHA, 2000), a análise geral dos resultados do ISSP demonstra a predominância das respostas de confronto (raciocínio lógico, reavaliação positiva, orientação/apoio, tomada de decisão) sobre as de evasão (racionalização evasiva, aceitação resignada, alternativa compensatória e extravasamento emocional). Ribeiro (1999 e 2002) e Cunha (2000) chegaram, em seus estudos, à mesma conclusão, utilizando o mesmo instrumento.

Cada indivíduo, como forma de se adaptar diante de situações difíceis e estressantes, lança mão de seus recursos internos e externos e elege as estratégias de *coping* que permitem amenizar ou eliminar o desconforto (BALLONE, 2005b). Segundo Moos e Bilings (1982 *apud* GUIDO, 2003), os indivíduos procuram superar

as dificuldades ou obter meios de conviver com a situação estressante sem que, para isso, entrem na fase de exaustão estudada por Selye (1956).

Analisando os resultados do ISSP e mais especificamente os dados da dimensão de confronto, em que há mais predominância das respostas de tomada de decisões, pode-se perceber que os profissionais estudados utilizam-se de estratégias de enfrentamento de situações. Para Moos e Bilings (1982 *apud* GUIDO, 2003), os indivíduos que enfrentam os problemas recorrem a experiências passadas, avaliam e reavaliam tal situação muito mais do que os que as enfrentam pela primeira vez.

Para Moos (1995 *apud* RIBEIRO, 1999 e 2002) e Holahan e Moos (1985 *apud* BALBINOTTI, BARBOSA e WIETHAEUPER, 2006), as estratégias de confronto são as respostas mais adaptativas visto que o indivíduo enfrenta a situação evitando o adiamento dela e um possível prolongamento do incômodo. Segundo Tamayo e Tróccoli (2002), o propósito de tal confronto é manter a esperança e o otimismo. Segundo Moos (1995 *apud* RIBEIRO, 1999 e 2002), os indivíduos que emitem mais respostas de confronto possuem mais tendência a apresentar saúde e bem-estar.

No que diz respeito à dimensão de evasão, a pequena utilização de respostas de aceitação resignada demonstra que os profissionais estudados possuem o perfil de personalidade que lhes permite enfrentar as situações que os incomoda sem que, para isso, precisem se esquivar delas.

Com relação à análise dos dados através dos conglomerados, verifica-se que os resultados foram relevantes para se conhecer, em maior amplitude e detalhamento, o perfil de respostas dos respondentes do ISSP. Neste sentido, pode-se afirmar que, em sua maioria, os sujeitos possuem respostas próximas da média no que se refere ao enfrentamento do *stress* ocupacional nas dimensões de confronto e evasão.

Embora seja comum o fenômeno *stress* ser tratado no contexto negativo, nota-se neste estudo que o *stress* foi percebido como uma oportunidade para o aumento do desempenho profissional e como fonte de criatividade e de adaptabilidade (SELYE, 1982), justamente pelo fato de os problemas potencialmente desencadeadores de *stress* ocupacional serem bem administrados. A tensão passou a ser impulsionadora do trabalho (LIPP, 2001).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta dissertação, percebe-se que, para concretizá-la, foi utilizada uma vasta pesquisa bibliográfica, englobando os temas *stress*, *stress* ocupacional e atendimento pré-hospitalar do SAMU.

Apesar de se verificar a existência de poucos trabalhos sobre os fatores estressantes e as estratégias de *coping* em ambiente laboral móvel e de se considerar a natureza exploratória desta pesquisa, os resultados encontrados e analisados no decorrer deste estudo foram comprovados à luz da literatura consultada.

Para a viabilização da pesquisa, foram aplicados instrumentos da abordagem qualitativa (entrevista) e da abordagem quantitativa (inventário). Observa-se que os instrumentos utilizados contribuíram para que se alcançassem todos os objetivos propostos inicialmente.

Quanto ao objetivo de relacionar os fatores potencialmente causadores de *stress* ocupacional, ficou evidente que os profissionais oriundos da saúde, que desenvolvem atividades móveis no SAMU, identificam os seguintes fatores potencialmente estressantes: trabalho na “linha de tiro”; trabalho com riscos de acidentes e de contaminação; população mal informada sobre serviço do SAMU; falta de dados para chegar ao endereço da pessoa a ser atendida; engarrafamento/trânsito tumultuado; baixa remuneração/reconhecimento; impotência diante dos óbitos; deficiência no sistema de saúde (que indica e/ou recebe o paciente). Esses fatores podem ser funcionais (fonte de estímulo para o trabalho) e/ou disfuncionais (atrapalham o bom desempenho de suas atividades), conforme apresentado no quadro 4.

Com esta pesquisa, também se pôde conhecer a percepção que os sujeitos estudados têm acerca do *stress* ocupacional. Esses profissionais reconhecem os fatores potencialmente estressantes em seus ambientes de trabalho, mas, em sua maioria, percebe-os como fontes de estímulo, motivação, criatividade e adaptabilidade e não como fatores que desencadeiam o *stress* ocupacional negativo.

Diante das exigências inerentes ao trabalho dos profissionais estudados e dos desafios que enfrentam diariamente, através desta pesquisa, foi possível

constatar que as estratégias de *coping* (enfrentamento do *stress* ocupacional) mais utilizadas são as de confronto, que também são as mais bem sucedidas, segundo a literatura apresentada. Com essas estratégias, os profissionais se mantêm focados e seguros durante a execução de suas atividades profissionais e os fatores tidos como estressantes não se tornam disfuncionais.

O objetivo de se conhecer o perfil sócio-demográfico do grupo estudado foi atingido e, como resumo desse perfil, percebeu-se que a maioria dos sujeitos da pesquisa constitui-se de jovens, do gênero masculino, casados, há muito tempo trabalhando no SAMU e que desempenham as funções de técnico de Enfermagem ou de condutores/socorristas.

Verificou-se que é importante o estudo do *stress* ocupacional para que as organizações conheçam os fatores causadores de *stress* em seus funcionários e possam, com isso, encontrar meios para manter o nível do *stress* num limite saudável (cuidando e/ou prevenindo), para que os riscos ocupacionais inerentes à cada profissão não prejudiquem o processo de trabalho ou gerem doenças ocupacionais.

Sugere-se que as organizações conheçam as estratégias de *coping* de seus funcionários para adequá-los ao trabalho de equipes multiprofissionais. As equipes mais ajustadas conseqüentemente são as mais eficazes.

Através deste trabalho surgem sugestões para futuras pesquisas: o desenvolvimento de pesquisas sobre *stress* em outros Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para a comparação dos resultados; o estudo da percepção que os indivíduos têm acerca do *stress* ocupacional, confrontado com resultados de instrumentos que meçam o nível de *stress* sentido; a investigação da influência de fatores estressantes individuais na vida profissional; o aprofundamento dos resultados obtidos com o ISSP; dentre tantos outros estudos que podem ser desenvolvidos a partir deste estudo.

Por fim, sugerem-se futuras pesquisas sobre a correlação entre a personalidade resistente ao *stress* (*hardiness*) e os profissionais do SAMU. Indicam-se estudos sobre esse tema, por constituir um campo de estudo pouco explorado.

Após a realização deste trabalho, acredita-se que ele pôde contribuir para o enriquecimento da área pesquisada.

APÊNDICES:

APÊNDICE A: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. EXPLICAÇÃO DO PORQUÊ DA PESQUISA

Gostaria de reunir alguns dados sobre o ambiente de trabalho do SAMU e sobre como o *stress* interfere no trabalho dos profissionais que aqui trabalham. Você poderia responder a algumas perguntas? Você me permite anotar e/ou gravar a sua fala?

2. DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

- * Função que exerce no SAMU: _____
- * Tempo de trabalho no SAMU: _____
- * Idade: _____
- * Estado civil: _____
- * Gênero: M (☐) F (☐)

3. DADOS QUANTO À PRESENÇA DO *STRESS*:

- **PERGUNTA INICIAL:**

A) Por favor, fale-me um pouco sobre como é seu ambiente de trabalho.

- **PERGUNTAS AUXILIARES:**

B) Quais os pontos positivos em seu trabalho?

C) Quais os pontos negativos em seu trabalho?

D) Você considera que o trabalho no SAMU é estressante? Em caso positivo, fale-me um pouco sobre o que você acha estressante.

APÊNDICE B: DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS.

Tabela 6: Dados sócio demográficos.

Dados demo- gráfi- cos Sujeitos	Função	Idade	Estado civil	Tempo de serviço no SAMU	Gênero	Instrumento
1	M	40	C	5 anos	M	E
2	M	36	C	5 anos	M	E
3	E	47	C	3 anos	M	E
4	CS	39	C	4 anos	M	E
5	CS	33	S	4 anos e meio	M	E
6	CS	39	C	1 ano	M	E
7	TE	38	C	5 anos	F	E
8	TE	38	C	5 anos	M	E
9	M	43	C	5 anos	M	E
10	E	28	D	4 meses	F	E
11	TE	28	S	6 meses	M	E
12a	TE	35	S	5 anos	F	E/I
13b	CS	44	C	5 anos	M	E/I
14c	CS	24	C	10 meses	M	E/I
15d	CS	27	C	3a e 2 meses	M	E/I
16e	TE	38	C	5 anos	M	I
17f	TE	41	C	4 anos	M	I
18g	CS	42	C	10 meses	M	I
19h	CS	28	S	7 meses	M	I
20i	TE	35	C	5anos	F	I
21j	TE	53	C	5 anos	F	I
22k	CS	27	C	2 anos	M	I
23l	TE	38	S	2 anos	F	I
24m	CS-m	34	C	5 meses	M	I
25n	CS-m	32	C	1 a 6 meses	M	I
26o	CS-m	26	S	2 anos	M	I
27p	TE	45	C	4 anos	M	I
28q	CS	35	C	4 anos	M	I
29r	CS	23	S	6 meses	M	I
30s	CS-m	30	S	4 meses	M	I
31t	TE	36	C	5 anos	M	I
32u	TE	39	S	5 anos	F	I
33v	CS	28	C	3 anos	M	I
34w	TE	27	C	2 anos	M	I
35x	CS-m	47	C	3 anos	M	I
36y	TE	48	C	5 anos	M	I
37z	CS	46	S	5 anos	M	I
38aa	TE	45	C	5 anos	F	I
39bb	CS	37	C	5 anos	M	I
40cc	CS	40	C	5 anos	M	I
41dd	TE	54	C	5 anos	F	I

Fonte: Dados Primários

LEGENDA:

PROFISSÃO: M – Médico E – Enfermeiro TE –Técnico de Enfermagem CS – Condutor socorrista

CS-m –Condutor/socorrista motociclista

ESTADO CIVIL: C – Casado S - Solteiro D – Divorciado/ separado

SEXO: M – Masculino F – Feminino

INSTUMENTO: E – Entrevista E/I – Entrevista e Inventário I - Inventário completo

APÊNDICE C: TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevista 1:

Médico; 40 anos; masculino; 5 anos no SAMU; casado.

A) Ambiente

-Parte ergonômica muito boa. Há existe uma preocupação com o ambiente de trabalho bem legal: climatização boa, fones de ouvidos para atendimento telefônico, computador bem equipado.

- Relacionamento interpessoal muito bom, pois as pessoas que trabalham no SAMU possuem consciência geral do papel de cada um. As pessoas são motivadas e há cordialidade. O médico trabalha +- 80% no ambiente interno, pois a ambulância de suporte avançado só é deslocada caso tenha necessidade e na maioria das vezes não há necessidade.

- O ambiente de trabalho externo é desconhecido e acho que isto é o que gera maior adrenalina ao trabalho do SAMU. Geralmente, o ambiente externo é hostil, com exceção dos locais de trabalho como os ambulatorios.

B) Pontos positivos:

- É muito bom ver resultados e a população reconhecer nosso trabalho. Há pesquisas com a população que apontam o trabalho do SAMU como um órgão que deu certo e é eficaz. Isto dá muita satisfação. Gosto muito de trabalhar no ambiente da rua.

-O SAMU funciona para muitas pessoas como a porta de entrada para o SUS. Se não fosse a assistência pré-hospitalar do SAMU, muitas pessoas morreriam sem assistência.

C) Pontos negativos:

- constante exposição;

- violência urbana;

- tudo o que a vítima sofreu, estamos também sujeitos a sofrer (tiros, acidentes) além da possibilidade de sermos contaminados (hepatite, aids). Muitas vezes, temos que trabalhar com um grau elevado de dificuldade para termos acesso às vítimas, como em meios a ferros retorcidos nos acidentes, em meios a tiroteios por sermos confundidos com a polícia;

- muitas vezes, o colega médico quer que a ambulância transporte de um local para outro um paciente grave de qualquer jeito. Não podemos se responsabilizar por um trabalho mal feito. Só fazemos o transporte de paciente quando avaliamos a situação e isto às vezes causa atritos;

- É uma grande dificuldade não ter controle sobre os trotes. Um indício de trote que percebemos é quando ocorre um só um telefonema para falar de um acidente de carro. Normalmente, a população se comove e muitos telefonemas chegam ao mesmo tempo.

D) Considera e seu trabalho estressante?

- Possui muitas coisas estressantes como:

- explicar a negativa do envio da ambulância. Às vezes, precisamos explicar mais de 10 vezes para a pessoa que o caso dela não é de envio de ambulância;

- incerteza do que encontrar;

-contaminação;

-trânsito;

-profissionais que não trabalham no SAMU e muitas vezes querem mudar a maneira de funcionamento do SAMU dizendo que não levem para hospital "x" ou "y" ou o contrário, que levem para tal hospital;

-tem paciente que quer que o procedimento seja orientado por ele, inclusive na escolha do local que se deve levá-lo.

- A ocupação do SAMU com serviços que não são pertinentes como quando uma mulher está para pari e antes de entrar em trabalho de parto quer a carona do SAMU.

-Acho o serviço do SAMU fantástico e me sinto extremamente motivado.

-Se pudesse, só trabalharia no SAMU. Consigo administrar meu *stress* praticando esportes.

Entrevista 2:

Médica; feminino; 36 anos; 3 meses no SAMU; divorciada.

A) Ambiente:

No ambiente de regulação, há coleguismo. Fui bem acolhida como novata. A equipe é bem entrosada e já sabe o que cada um fazer. Deficiência número de viaturas. População não entende. Colega de profissão de saúde não entende o trabalho do SAMU, muitas vezes quer transferência de paciente de qualquer jeito.

B) Positivos:

Gratificação por salvar vidas. Agora me sinto mais médica que antes. Gratificante ter o reconhecimento da população. Na rua, a população reconhece o trabalho, até o bandido respeita nosso trabalho, um colega já estava sendo assaltado, quando o bandido viu a camisa do SAMU, falou que o SAMU salvou a vida da avó dele e ele estava retribuindo isto não mais o assaltando.

C) Negativos:

A população sem educação passa trotes, atrapalhando nosso trabalho e são mal educados quando não mandamos a ambulância no caso deles. Já tivemos casos em que uma pessoa procurou saber alguma coisa pessoal de um funcionário para ameaçá-lo. Isto nos deixa inseguros e desanima.

D) Estressante:

número de atendimentos desnecessários;

correria do plantão;

não autorização pela secretaria de saúde da contratação de novos médicos.

População na rua às vezes atrapalha. Às vezes, precisamos usar o megafone para pedir espaço para trabalhar. População quer ajudar e mexe com o paciente atrapalhando.

Precisamos escrever tudo que o paciente diz e o que dizemos para ele para nos protegemos legalmente caso alguém ache que não fizemos a coisa certa.

- Com outras experiências que tive em trabalhar com urgência, aprendi a sair para uma ocorrência preparada para o pior e isto proporciona não acumular tanto *stress*.

- Gosto muito de trabalhar com urgências e emergências. Fiz vários cursos para me capacitar.

Entrevista 3:

Enfermeira; feminino; 47 anos; 3 anos de SAMU; casada.

A: Oportunidade de treinamento nos dá mais segurança para trabalhar com o imprevisto. Material de boa qualidade. Acho o relacionamento confuso em relação às escalas organizacionais. É difícil lidar com o ser humano. Cada um sabe o seu papel, mas na hora de agir, a hierarquia precisa falar mais alto e às vezes a coisa não dá certo. Alguns médicos sempre acham que estão com a verdade.

B: Positivo:

Alimentação. Uniforme. Treinamento e material.

C: Negativo:

Falta de Psicólogo. Número de funcionários insuficiente. Necessidade de curso de relacionamento interpessoal.

D: Negativos;

Sinto falta de sorrisos. Não ter funcionários para serem colocados de sobreaviso. Número insuficiente de funcionários e número insuficiente de carros. Demora na viatura policial para acompanhar a ocorrência na linha de tiroteio causa incerteza e torna o trabalho perigoso.

- O trabalho no SAMU só não é mais estressante porque só trabalha no SAMU quem tem no sangue o gosto pelo trabalho de urgência e emergência e eu tenho. Existe um crivo natural e as pessoas que aqui trabalham gostam do que fazem e superam as dificuldades do dia dia de trabalho naturalmente.

Entrevista 4:

Condutor/socorrista; masculino; 39 anos; trabalha há 4 anos; casado.

A:

No ambiente da regulação, tem sala de repouso, tv, copa, sala de jogos e de desestress. Quando me chamam para uma ocorrência, tenho que pensar rápido qual o melhor caminho e depois que estou conduzindo a vítima, preciso ter muito cuidado com as lombadas e percurso para levá-la ao hospital. A população é mal educada e os condutores de veículos não são educados para usarem a faixa do meio e deixarem livre a faixa da esquerda.

B:

Estrutura de base. Salas climatizadas. É ponto positivo em nosso trabalho o bom relacionamento com os colegas. Alimentação por conta da empresa. Sistema de trabalho com 12 plantões de 12 horas e deixam horas vagas para fazer outras coisas que não poderia fazer se estivesse em trabalho corrido até o sábado.

C:

Transportamos enfermos. Risco de contaminação. Entra em local com riscos de doenças graves. Ser condutor de veículo de suporte básico às vezes exige que o motorista passe 12 horas dentro da ambulância, enfrentando um trânsito com congestionamentos e desconforto.

D:

Precisamos nos proteger com máscaras e luvas.

É muito difícil para mim atender a vítima criança pois tenho filho pequeno. Tento incorporar o pai da criança.

Até o marginal é uma vítima e temos que vê-los com bons olhos.

Gosto do meu trabalho e não acho estressante, acho emocionante. Mesmo perdendo R\$100,00 do meu salário escolhi ficar no SAMU porque gosto muito de ajudar ao próximo, mas sinto falta de um incentivo salarial pelo trabalho diferenciado que desenvolvemos aqui. Também é muito bom poder conciliar os horários dos plantões com a vida pessoal. Acho bom poder ir com minha esposa ao médico do meu filho, em outro serviço talvez não tivesse esta oportunidade.

Entrevista 5:

Condutor/socorrista; masculino; 33 anos; trabalha há 4 anos e meio no SAMU; solteiro.

A:

Trabalhar no SAMU é prazeroso p/q faço o que gosto e ainda sou remunerado por isto. Embora o salário não seja muito. Junto o útil ao agradável. Tenho consciência que meu trabalho é para amenizar o sofrimento de quem precisa pois salvar mesmo só o que está lá em cima: Deus. Somos um pouco de psicólogo, pai, mãe e não é só a medicação que é importante em nosso trabalho. Às vezes, só uma palavra é suficiente para aliviar a dor de alguém.

B:

Me empenho para fazer cada vez o melhor que posso e tenho tido bons resultados. Acho muito bom a forma de organização do serviço no SAMU. Estrutura física é muito boa. A equipe do SAMU Natal é bem qualificada com muitos cursos. Já fiz vários cursos aqui que não faria se estivesse trabalhando em outro local e estou melhorando meu curriculum.

C:

A remuneração que temos no SAMU não valoriza o nosso trabalho. Hoje sou solteiro e o salário dá, depois de casado não sei. As autoridades deveriam ter um olhar diferente para os profissionais do SAMU. O que tenho mais medo é de acidente no trânsito. Às vezes, é difícil renunciar de estar com a família em muitos momentos de lazer. Há fuxicos desnecessários que estressa a equipe.

D:

Tem melhorado, mas existe falta de informação da população em não usar o trânsito correto.

O que foi mais marcante e talvez por isto estressante foi um atendimento a um colega de trabalho que chegou a falecer. Às vezes, temos que ficar presos com o paciente na maca lá no Walfredo Gurgel e o sofrimento dele nos comove. Precisamos ter um auto-controle muito grande para não se envolver.

Sinto-me feliz por trabalhar no SAMU. Não penso em mudar de emprego, gostaria de poder melhorar de salário aqui mesmo. Sou realizado porque faço o que gosto. Não acumulo *stress* com o que faço, às vezes tem adrenalina alta, mas procuro extravasar no momento que ajudo a alguém e me gratifico com isto.

Entrevista 6:

Técnico de enfermagem; Feminino; 35 anos; 5 anos no SAMU; casada.

A:

Ambiente no SAMU é melhor do que o ambiente de posto de saúde ou hospital porque não passa muito tempo com o paciente. Com isto, não criamos vínculos e não sofremos quando o tratamento não é bem sucedido.

B:

Realização por salvar vidas. O reconhecimento da população é muito gratificante. Um dia eu estava aqui quando uma jovem veio me agradecer porque eu tinha salvado a vida da avó dela. (silêncio com emoção). Às vezes as pessoas chegam até as ambulâncias só para agradecer e contar um caso de sucesso do nosso trabalho. Isto nos estimula e nos dá vontade de fazer mais.

C:

É um trabalho perigoso principalmente na periferia quando ocorre tiroteio e há risco de vida para nós. Nós avaliamos antes de entrar na cena, mas às vezes ainda corremos risco de vida e isto é muito estressante. Outro ponto negativo no nosso trabalho é o baixo salário e o pequeno reconhecimento da secretaria de saúde em diferenciar nosso trabalho pelos riscos que corremos trabalhando com urgências.

D:

O trabalho em si que fazemos não é estressante o que estressa é o ambiente na rua. Aprendi a conviver com este tipo de trabalho e me sinto realizada. O que acho pior e me chateia é quando o rádio não funciona numa hora em que precisamos da ajuda do médico regulador, mas não é comum. Não vejo que as outras coisas sejam tão estressantes para mim.

Entrevista 7:

Condutor/socorrista; masculino; 35 anos, Trabalha no SAMU há 10 meses no SAMU; casado.

A: Gosto muito do ambiente de trabalho na rua, acho emocionante e prefiro trabalhar na ambulância que fica na rua do que a que fica na Central de Regulação.

B: Acho a Administração do SAMU muito boa. Já tivemos muitas conquistas por conta da boa Administração. Acho que existe um clima de amizade entre os colegas de trabalho muito bom. Também acho positivo os cursos que nos incentivam participar para nosso aperfeiçoamento profissional. Os treinamentos são de muito boa qualidade. Acho que nosso atendimento tem êxito e a população reconhece isto.

C: Acho que a Central de Regulação poderia controlar melhor, fazer mais perguntas antes de mandarem a gente para uma ocorrência. Às vezes vamos para uma ocorrência que não precisaria. É um ponto negativo a população que usa de má fé e passa trotes. Isto às vezes sobrecarga nosso trabalho sem precisão.

D: Acho mais estressante está no trânsito que durante o atendimento da ocorrência. O engarrafamento da Zona Norte é muito estressante e perdemos muito tempo com dificuldade em andar no trânsito. Os treinamentos que fazemos nos capacita para enfrentar o *stress* normalmente.

Entrevista 8:

Condutor/Socorrista; masculino; 44 anos; 5 anos no SAMU; casado.

A. Nosso ambiente de trabalho é na rua e não temos ponto de apoio como ocorre com os condutores das UTIs. O meu ambiente de trabalho possui alguns momentos de tranquilidade mas precisamos estar todo o tempo em alerta. Quando somos chamados aí começa a aumentar a adrenalina. Tenho a mania de querer as coisas corretas e o veículos que conduzimos vale mais de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais). O trânsito é mal educado. Trabalhamos com vidas, não somos máquinas, mas precisamos acelerar nosso ritmo para poder fazer o trabalho bem feito.

B. Há um respeito maior dos profissionais de nível superior hoje em dia maior do que no início do SAMU. Hoje os colegas confiam mais nos socorristas. A parceria que fazemos é uma boa parceria. Acho que tinham profissionais que tinha medo que fizéssemos o trabalho melhor que eles. O clima está muito bom entre todos. Acho positivo o sistema de 12 plantões por mês, melhorou bastante pois assim tenho tempo de levar meus filhos no médico. É gratificante saber que estamos ajudando as pessoas. Às vezes um afago, uma palavra ou um pequeno gesto é suficiente para fazer com que o paciente reaja e se sinta mais motivado.

C. Não podemos vacilar, pois os médicos dão bronca e a nossa cabeça muitas vezes não fica boa para trabalhar. Um erro pode virar um rótulo, se cair na graça, adeus! Pode ficar certo que a fofoca rola solta e todos ficam sabendo. Acho ruim no SAMU é não ter número suficiente de profissionais para render um plantão quando temos necessidade de faltar. O trânsito é muito estressante e quando as pessoas nos estressam também as estressamos como um efeito dominó. As telefonistas, às vezes, colhem poucas informações acerca do local que precisamos ir e perdemos tempo procurando o endereço que foi mal informado. A cidade cresce a cada dia e não conhecemos muitos locais. Tempo vale vida e acho que as telefonistas deveriam gastar mais uns 2 ou 3 minutos colhendo mais dados sobre o endereço, ajudaria mais. Nem todos os colegas se dispõem a nos ajudar e deixam que o motorista se vire para encontrar o endereço. A idéia de coletividade deveria existir mais. Vejo como ponto negativo a possibilidade de se acostumar com o risco porque ele existe, mas se não o reconhecemos pode ser fatal. Pessoas drogadas tentar nos ameaçar e se não soubermos do risco real podemos se dá mal. A nossa sorte é que o SAMU tem um conceito muito bom para a população. Um respingo de sangue já caiu no meu olho quando eu estava atendendo um rapaz e fiquei sabendo que o paciente veio a falecer e eu fiquei apreensivo em o que fazer. Colhi o sangue dele e levei para fazer exames.

D. É muito estressante nosso trabalho em diversos momentos. É muito estressante quando estamos em área de risco, pois a PM ou Polícia de Trânsito muitas vezes não chegam para proteger a cena. Deveria ter uma campanha na mídia para ajudar a população a conhecer o papel do SAMU. Deixar o paciente no hospital Walfredo Gurgel quando está lotado é muito estressante, pois a maca fica presa e não podemos deixar o paciente sem leito. Um paciente poli-traumatizado por exemplo muitas vezes não consegue nem se mexer. Neste caso, pode ser que um familiar meu precise de minha ajuda e eu estou com a maca presa. Às vezes fico mais cansado ficando parado no Walfredo do que quando tenho um dia cheio de ocorrências. É estressante quando o paciente ou a familiar dele não tem instrução nem respeito. O risco de contaminação também é outro fator estressante.

Entrevista 9:

Mac. 24 anos, Condutor/socorrista; 10 meses no SAMU; casado.

A. O ambiente do SAMU é um ambiente bom, apesar de pouco tempo que estou trabalhando nele fui bem recebido pelos colegas que fazem um bom trabalho em equipe.

B. O sistema de trabalho com plantão de 12 horas e 2 dias de folgas é muito bom para mim. Costumo dizer que ganho pouco, mas me divirto. É muito gratificante quando salvamos uma vida antes do médico chegar na cena. Acho que o SAMU beneficia muito a população, mas em minha opinião o SAMU veio beneficiar principalmente drogados e mendigos que dificilmente tinham assistência à saúde antes do SAMU.

C. O que acho pior no meu trabalho é o trânsito despreparado para abrir caminho para uma ambulância. Tem pessoas que param o carro e ficam sem saber o que fazer, outras ficam falando ao celular e nem escutam a ambulância, outras ficam com som do carro ligado alto e temos que fazer manobras arriscadas para nós mesmos. Quanto mais feia a cena, mais sangue, mais gente atrapalha nosso trabalho.

D. Acho estressante quando temos que entrar numa cena em que há risco de vida para nós. Por exemplo, quando tem carro capotado em barranco a ponto de cair, ou um poste prestes a cair, combustível vazando e gente por perto fumando. O trabalho em si tem sido feito em equipe, um ajuda ao outro e isto dá confiança. Mas no geral não acho estressante meu trabalho. Quis muito para estar aqui no SAMU e estou realizado.

Entrevista 10:

técnica de enfermagem; feminino; 38 anos; 5 anos no SAMU, casada.

A. Acho o ambiente do SAMU um ambiente muito bom e por isto estou nele desde a sua fundação. Amo este tipo de trabalho. O trabalho em equipe funciona. A população é que não compreende o serviço do SAMU e querem fazer a ambulância de táxi. Se o meu salário fosse melhor, estaria no céu trabalhando no SAMU.

B. Quando consigo salvar vida fico muito gratificada. Acho que os profissionais mantêm um diálogo aberto e isto ajuda muito no bom funcionamento do SAMU. O SAMU possui ótimos médicos e isto nos passa segurança. Somos respeitados por outros profissionais e pela população em geral.

C. O salário baixo e falta de pessoal no SAMU é o que eu acho de mais negativo. Um trabalho tão bom não é reconhecido pela Secretaria de Saúde que não melhora nossos salários e não libera a contratação de mais profissionais. Agora mesmo uma ambulância está parada porque uma colega faltou ao trabalho por motivo de saúde e não tem outro profissional para cobrir a falta dela. Os trotes é outra coisa que chateia. Outro ponto negativo que vejo no nosso trabalho é não ter um local de apoio bom em todos os pontos de ambulância. Tem um posto de gasolina na zona Norte que nos recebe com café da manhã e banheiros limpos enquanto outros sem estrutura nenhuma. Os banheiros muitas vezes são horríveis: sujos, mal cheirosos e sem papel higiênico. Para as mulheres, acho que é ainda pior. Também não é fácil trabalhar com o hospital Walfredo Gurgel que comumente falta leitos e deixam nossas macas presas.

D. Para mim, o que mais estressa é quando não dá tempo chegar para salvar vidas porque o ponto de referência não foi suficiente para chegarmos logo ou as pessoas do trânsito não cooperaram para que a ambulância passasse. Fico chateada. Também me estressa quando ocorre acidentes com muitas vítimas, a população fica em cima não deixando espaço para nossa movimentação. Fico muito apreensiva quando somos chamados para atender pessoas que estão prestes a morrer vítimas de , mas quando chegamos lá o tiroteio ainda está acontecendo e não podemos entrar na cena devido o risco que temos para a vida da gente. Ocorre também de recebermos ameaças de traficantes ou familiares que não entendem quando não fazemos da maneira que eles acham que é o correto. Pacientes psiquiátricos e drogados às vezes nos dão um pouco de dor de cabeça, pois muitas vezes a família deles querem se livrar deles e nos deixam com a batata quente. É muito estressante lidar com a população.

Entrevista 11:

Técnico de Enfermagem; masculino; 38 anos; trabalha há 5 anos no SAMU; casado.

A. Tento fazer meu ambiente de trabalho bem alegre. Sou calculista e procuro descontrair o máximo possível. Na hora que você estiver mais angustiada, eu começarei a contar piadas. É assim que torno meu ambiente de trabalho leve. Acho que a equipe do SAMU é muito boa e os profissionais trabalham em colaboração.

B. O que tem de mais positivo no trabalho do SAMU é o fato de que salvamos vida. Isto é muito precioso. Outra coisa boa que vejo é o fato de não se envolver com o paciente. Nós apenas resgatamos e deixamos no hospital.

C. É ponto negativo no trabalho do SAMU o risco de vida que os profissionais se expõem. Os acidentes automobilísticos são os mais comuns, pois o trânsito é violento. Costumo dizer que o

SAMU faz um serviço de 1º mundo, num país de 3º, numa população de 5º mundo. Quando um paciente psiquiátrico está muito agitado e nós corremos o risco de sermos agredidos, pedimos proteção da polícia e o profissional que quer se livrar do paciente não quer que a gente espere e isto causa desagrados. Nós recebemos mais desaforos que os médicos que regulam. A população precisa conhecer mais o trabalho do SAMU para evitar trotes ou atendimentos desnecessários. Acho que a Secretaria de Saúde do Município e do Estado não tem interesse em divulgar para a população o trabalho do SAMU.

D. Acho estressante lidar com os familiares dos pacientes que a família quer ficar livre dele. O trânsito é o fator que nos deixa apreensivo, pois até motoristas de auto-escolas não facilitam nosso trabalho. É comum vermos condutores fumando, atendendo a celulares e distraídos no trânsito. Diante de tudo, acho o trabalho que faço muito bom e procuro estar sempre de bem com a vida sem *stress*. Faço tudo para meu trabalho não ser estressante. Converso muito com os colegas de plantão e pergunto: *stress* pra que? Fazemos o melhor e procuramos deixar as pessoas melhores que encontramos, nem que seja com uma palavra. Procuro nunca levar o problema do trabalho para casa e sempre saio bem.

Entrevista 12:

Médico; masculino; 43 anos; 5 anos de SAMU; casado.

A) Ambiente bom, cordial, organizado hierarquicamente e funciona.

B) É um trabalho muito gratificante, pois é intensa a nossa ajuda à população. Os plantões são muito movimentados, mas vemos que a população busca por um auxílio que muitas vezes é só uma orientação. Ao mesmo tempo em que é bom dá a orientação médica, vemos que muitas vezes atrapalha, pois congestiona as ligações e uma destas pode ter um caráter muito mais grave.

C) O sistema de saúde geral é precário e quando algum lado não sequencia o trabalho, a coisa não funciona. Procuramos fazer nosso trabalho, mas o desrespeito com a população é muito grande. O paciente fica jogado horas à espera de um atendimento e nossa maca fica presa muitas vezes por não funcionamento dos outros setores. Ficar sem estrutura para atender as chamadas me angustia.

D) Acho que o SAMU faz um trabalho que é reconhecido pela população principalmente porque a equipe que é composta gosta do que faz. Não vejo *stress* em desempenhar o trabalho com urgência no SAMU, vejo *stress* em trabalhar atrelado a outros setores que não funcionam.

Entrevista 13:

Enfermeira; feminino; 28 anos; 3 meses no SAMU; divorciada.

A) O ambiente na central de regulação é bom e bem diferente do pessoal que trabalha todo tempo na rua. Embora tenha que ficar na expectativa para sair a qualquer hora, aqui dá para ler e relaxar.

B) As condições de trabalho são muito boas. A equipe é bastante qualificada e a cada dia aprende-se mais. O trabalho com urgência é ótimo e com as condições do SAMU melhor ainda.

C) O estado de alerta constante às vezes atrapalha na hora de querermos fazer alguma coisa como tomar um banho. Estou no plantão de 24hs, mas calcular um banho às vezes não é fácil. Toda ocorrência tem uma carga emocional grande e quando as pessoas de fora tentam se meter, temos que ter um auto-controle muito grande.

D) Acho que algumas coisas são estressantes, mas com a equipe nos apoiando procuramos driblar as dificuldades e fazer um trabalho bem feito. Tento manter o auto-controle e tenho conseguido.

Entrevista 14:

Condutor/socorrista; masculino; 27 anos; 3 anos e 2 meses no SAMU; casado.

A) O SAMU é um ambiente como muito *stress*: sirene, rádio, rua sem segurança, mas é um princípio nosso preservar pela nossa segurança. Procuramos ter todo cuidado para que os riscos sejam eliminados.

B) Salvar vidas é o ponto mais positivo que acho no meu trabalho. Encontrar com alguém que você ajudou é muito bom, recebemos parabéns e agradecimento. Salvei uma criança que estava com uma parada respiratória e que foi muito difícil (silêncio e emoção). Pensei em meus filhos e na dor de um pai de perder um filho e este caso me emociona até hoje. Tive o reconhecimento da família e de vez em quando encontro com alguém da família pergunto como vai a criança.

C) O trânsito é um ponto negativo para o bom desempenho de nosso trabalho. Muitas vezes pedimos passagem e pessoas mal educadas nos xingam e estiram o dedo. Tem muita gente sem consciência e sem informação do nosso serviço. Estamos salvando vidas e poderemos está indo salvar alguém da família daquela pessoa. Outro ponto negativo do nosso trabalho é lidar com paciente psiquiátrico e a família dele. Quando um paciente psiquiátrico está muito agitado e nós corremos o risco de sermos agredidos, pedimos proteção da polícia e o profissional que quer se livrar do paciente não quer que a

gente espere e isto causa desagrados. Nós recebemos mais desaforos que os médicos que regulam. O que acho pior de tudo é quando vamos para a ocorrência e não conseguimos salvar a vida daquela pessoa.

D) É prazeirante estar ajudando o ser humano e só isto já tira meu *stress*. Acho que tenho uma sede por ajudar as pessoas seja no SAMU ou em qualquer lugar.

Entrevista 15:

Condutor/socorrista; masculino; 28 anos; 6 meses no SAMU; solteiro.

A) A estrutura do SAMU é muito eficaz para quem tem perseverança e gosta muito do trabalho movimentado de urgência.

B) O trabalho em sistema de plantão é muito bom porque podemos organizar melhor nossa vida fora do trabalho.

C) É muito ruim quando vamos para uma ocorrência na madrugada e o 190 não nos auxilia. Estamos para salvar e somos impedidos de salvar porque a equipe não está em segurança. Muitas vezes, temos que sair da linha de tiro rapidamente, sem atender ninguém, porque estamos em risco. Outro fator negativo é o trânsito diurno. O trânsito não nos deixa chegar em muitas ocorrências a tempo de termos respostas positivas. Acho que precisaria de uma campanha na mídia para informar aos condutores que não pagará multa quando eles ultrapassarem um sinal vermelho para dá passagem a uma ambulância.

D) Sou novato, mas gosto do que faço. Alguns colegas meus não se adaptaram à correria do SAMU e não gostaram de lidar com drogados ou com pessoas esfaqueadas. O profissional que se adequa ao perfil do trabalho com urgência gosta muito de trabalhar no SAMU. Trabalhar no SAMU foi a realização de um sonho.

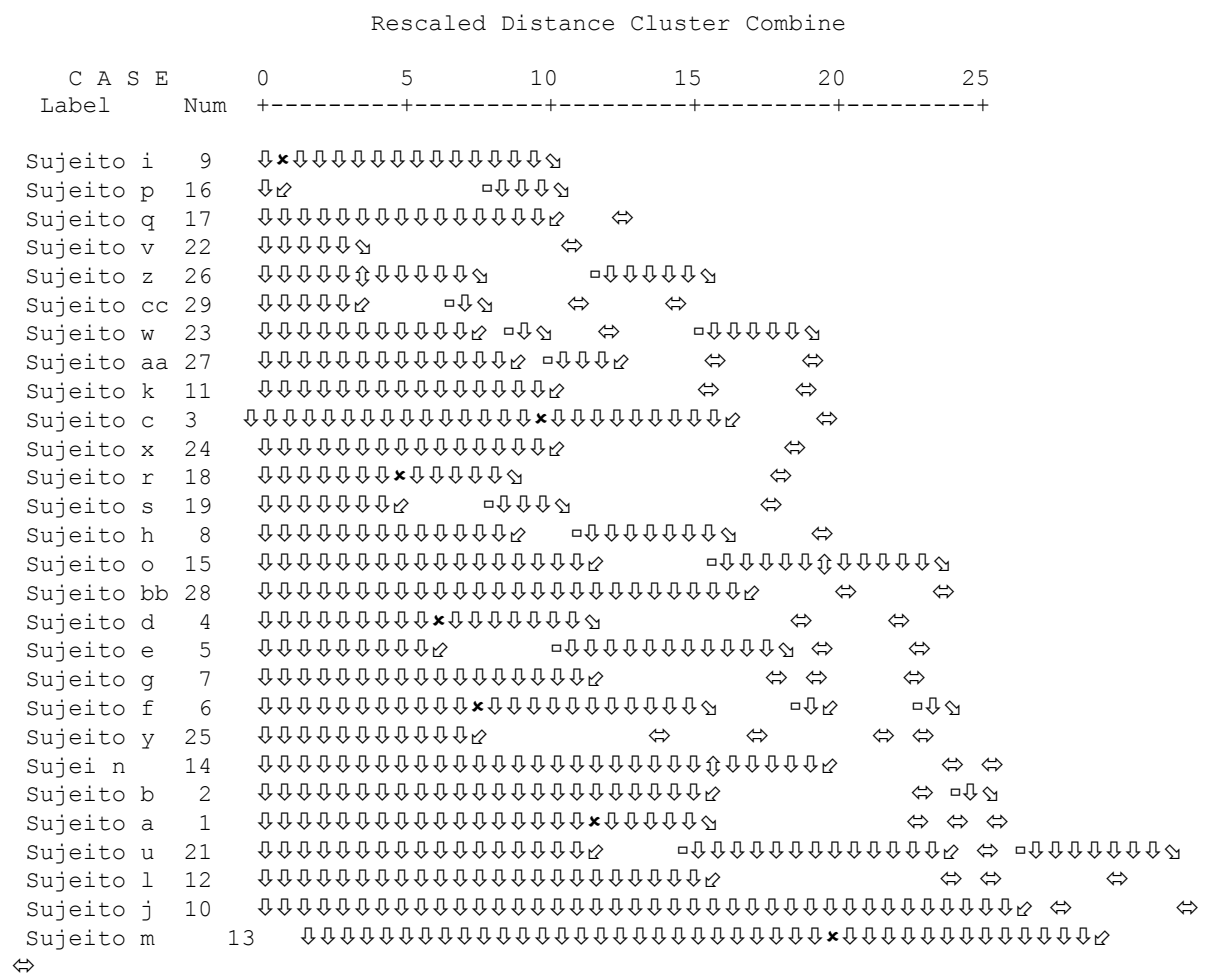
APÊNDICE D: RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO ISSP NA DIMENSÃO CONFRONTO.

APÊNDICE E: RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO ISSP NA DIMENSÃO EVASÃO

APÊNDICE F: DENDROGRAMA DAS RESPOSTAS DO ISSP.

* * * * * H I E R A R C H I C A L C L U S T E R A N A L Y S I S * * * * *

Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)



Sujeito t 20 ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↻

Sujeito dd 30

↓↓↓↻

ANEXOS:

ANEXO A: INVENTÁRIO SOBRE SUPERAÇÃO DO *STRESS* PROFISSIONAL (ISSP).

Função: _____ Idade: _____ Estado civil: _____
Tempo de serviço no SAMU: _____ Gênero: Fem. () Masc. ()

RESPOSTAS DE *COPING*
(ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO *STRESS*).

Abaixo, serão apresentados alguns fatores estressantes apontados por profissionais do SAMU/Natal, em entrevista prévia:

1. TRABALHAR NA “LINHA DE TIRO”;
2. TRABALHO COM RISCOS DE ACIDENTES E CONTAMINAÇÃO;
3. POPULAÇÃO MAL INFORMADA SOBRE SERVIÇO DO SAMU;
4. FALTA DE DADOS PARA CHEGAR AO ENDEREÇO DO PACIENTE A SER ATENDIDO;
5. ENGARRAFAMENTOS/TRÂNSITO TUMULTUADO;
6. BAIXA REMUNERAÇÃO/RECONHECIMENTO;
7. IMPOTÊNCIA DIANTE DE ÓBITOS;
8. DEFICIÊNCIA NO SISTEMA DE SAÚDE (QUE INDICA E/OU RECEBE O PACIENTE).

Uma vez que você identificou um ou mais estressores que lhe são de maior repercussão, pense em **como costuma reagir a eles para superá-los**. Com esse propósito, responda a cada um dos itens dessa parte, marcando o número que indica a frequência com que você utiliza a estratégia da questão correspondente, empregando a seguinte classificação:

0 Nunca
1 Raramente
2 Às vezes
3 Frequentemente

Obs: **Não deixe nenhum item sem resposta.**

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1 Penso em diferentes saídas para enfrentar essa situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 Reflito sobre possíveis mudanças que me façam sentir melhor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 Peço opinião aos colegas de trabalho sobre a maneira de resolver o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 Ponho em prática minhas idéias de como resolver a problemática. | 0 | 1 | 2 | 3 |

0 Nunca
1 Raramente
2 Às vezes
3 Frequentemente

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 5 Esqueço-me completamente da situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 Deixo o tempo passar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 Desvio a atenção do problema dedicando-me a outras atividades no trabalho. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 Descarrego nos outros a tensão resultante. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 Penso em mudar a situação, mas compreendo que não é possível. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 Tiro proveito da problemática em benefício do trabalho pessoal. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 Aconselho-me com o coordenador do meu trabalho. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 Faço o que deve ser feito nesses casos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 Percebo a situação como problema comum. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 Aceito que esse problema não pode ser controlado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 Penso em outras coisas diferentes dessa situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 Libero-me da tensão emocional experimentada, conversando com amigos e parentes. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 Reflito sobre o que poderia dizer ou fazer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 Trato de ver o lado bom do que está acontecendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 Recorro à equipe de trabalho para ajudar a resolver a situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 Assumo uma posição para resolver o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 Idealizo melhores condições e ambiente de trabalho. | 0 | 1 | 2 | 3 |

22 Aceito a situação como força do destino.	0	1	2	3
23 Procuro realização profissional em outro emprego.	0	1	2	3
24 Extravaso a tensão emocional decorrente sem sentir arrependimento.	0	1	2	3
25 Trato de antecipar as possíveis consequências de tal situação.	0	1	2	3
26 Penso que eu solucionaria melhor o problema que os outros colegas de equipe.	0	1	2	3
27 Penso no apoio dos colegas de trabalho que estão nas mesmas condições.	0	1	2	3
28 Emprego diferentes estratégias como meio de superação.	0	1	2	3

0 Nunca 1 Raramente 2 Às vezes 3 Frequentemente
--

29 Espero que um milagre aconteça.	0	1	2	3
30 Deixo a situação como está, porque nada posso fazer.	0	1	2	3
31 Dedico mais tempo às atividades recreativas para esquecer o que está acontecendo.	0	1	2	3
32 Alivio-me da ansiedade resultante por meio de comportamentos agressivos.	0	1	2	3
33 Procuro encontrar alguma explicação para justificar o problema.	0	1	2	3
34 Chego à conclusão de quão benéfico seria se essa problemática fosse resolvida.	0	1	2	3
35 Recorro ao apoio moral de familiares e amigos.	0	1	2	3
36 Convenço os colegas de trabalho a me ajudarem na solução do problema.	0	1	2	3
37 Recuso-me a ver a realidade do problema.	0	1	2	3
38 Preparo-me para o pior.	0	1	2	3
39 Tiro férias para sair da situação.	0	1	2	3
40 Alivio-me das emoções, experimentando meus sentimentos.	0	1	2	3
41 Prevejo novos acontecimentos que poderiam prejudicar o trabalho pessoal.	0	1	2	3
42 Enriqueço minha preparação profissional como				

estratégia de superação do problema.	0	1	2	3
43 Aconselho-me com especialistas no assunto.	0	1	2	3
44 Tiro proveito do que está acontecendo.	0	1	2	3
45 Não dou ao problema a importância de que se reveste.	0	1	2	3
46 Perco as esperanças de superar o problema.	0	1	2	3
47 Intensifico a participação em atividades sociais como meio compensatório.	0	1	2	3
48 Realizo atividades esportivas para minimizar o estado emocional vivido.	0	1	2	3

REFERÊNCIAS:

ABREU *et al.* Estresse ocupacional e síndrome de *burnout* no exercício profissional da psicologia. **Psicologia ciência e profissão**. jun. 2002, vol.22, n.2. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932002000200004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. Acesso em: 04/jul/2007.

ACEVEDO, C. R. e NOHARA, J. J. **Monografias no curso de administração**: Guia completo de conteúdo e forma. São Paulo: Atlas, 2004.

AGUIAR, K. N. *et al.* O estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar. **Revista eletrônica de enfermagem**. Goiânia, v.2, n.2, jul-dez. 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/estress.htm>. Acesso em: 6/jul/2007.

ALBERT, Eric e URURAHY, Gilberto. **Como tornar-se um bom estressado**. Rio de Janeiro: Salamandra, 1997.

ANTONIAZZI, S. A.; DELL'AGLIO, D. D. e BANDEIRA, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. **Estudos de psicologia (Natal)**. v.3 n.2 Natal jul./dez. 1998.

ARARALDI-FAVASSA, C. T.; ARMILIATO, N. e KALININE, I. Aspectos fisiológicos e psicológicos do estresse. **Revista de psicologia da UnC**. V.2. N.2. p.84-92. 2007. Disponível em <<http://www.nead.uncnet.br/2007/revistas/psicologia/4/42.pdf>> Acesso: 6/jul/2007.

ARROBA, T e JAMES, K. **Pressão no trabalho**: um guia de sobrevivência para gerentes e executivos. 2ª ed. São Paulo: MAKRON Books, 1994.

AYRES, K. V.; BRITO, S. M. O. e FEITOSA, A. C. *Stress ocupacional no ambiente acadêmico universitário: um estudo em professores universitários com cargos de*

chefia intermediária. In: 23º Encontro da ANPAD - ENANPAD 99. **Anais**. 1999, Foz do Iguaçu. PR. Foz do Iguaçu. PR, 1999.

BACHION, M. M. *et al.* Estresse, Ansiedade e *coping*: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. In: **Revista mineira de enfermagem**. 2 (1): 33-39, jan-jun .1998.

BALBINOTTI, M. A. A; BARBOSA, M. L. L. e WIETHAEUPER, L. **Consistência interna e fatorial do inventário multifatorial de coping para adolescentes**. 2006. Disponível em: <http://www.saofrancisco.edu.br/edusf/publicacoes/RevistaPsicoUSF/Volume_02/uploadAddress/psico_5%5B6357%5D.pdf> . Acesso em 22/set/2007.

BALLONE, Geraldo José. Alterações imunológicas no estresse. 2005a. In. **PsiquWeb**. Disponível em: <www.psiqweb.med.br> Acesso em: 03/set/2007.

_____. Estresse: introdução. In. **PsiquWeb**. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>, 2005b. Acesso em: 17/ago/2007.

_____. Estresse e trabalho. In. **PsiquWeb**. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>, 2005c. Acesso em: 17/ago/2007

_____. Síndrome de *burnout*. In. **PsiquWeb**. Disponível em: <www.psiqweb.med.br>, 2005d. Acesso em: 17/ago/2007.

BATISTA, K. M. e BIANCHI, E. R. F. O estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista latino-americana**. Enfermagem vol.14 n.4. Ribeirão Preto. July/Aug 2006.

BATTISTON, M.; CRUZ, R. M.; HOFFMANN, M. H. Condições de trabalho e saúde de motoristas de transporte coletivo urbano. **Estudos em psicologia (Natal)** , Natal, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/May/2008.

BENZONI *et al.* Tipologia das pesquisas sobre *stress* no Brasil. In LIPP, M.N. **O stress no Brasil**: Pesquisas Avançadas/ Marilda Emmanuel Novaes Lipp (org). Campinas, SP: Papirus, 2004.

BOCK, A. M. B; FURTADO, O. e TEIXEIRA, M. L.T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de Psicologia. 13ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BORJA, E. M. B. **Violência simbólica e o estresse em saúde pública**: reflexão ergonômica/ abordagem com propostas de mudança das políticas de saúde pública no universo feminino. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003

BOUCHER, F. e BINETTE, A. **Vença o stress**. São Paulo: Loyola, 1996.

BOWDITCH, J. L. e BUONO, A. F. **Elementos do comportamento organizacional**. São. Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. 2ª Edição ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Programas de saúde: SAMU**. 2008. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso: 25/mar/2008.

CALAIS *et al.* Stress entre calouros e veteranos de jornalismo. **Estudos em psicologia**. Campinas, vol.24, n.1 Mar/2007.

CALLEGARI, A. **Como vencer o stress, a ansiedade e a depressão**. Editorial Estampa, Coleção: Medicinas Alternativas, n.º 45. 2000.

CAMELO, S. H. H. e ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista latino-americana de enfermagem**. v.12 n.1 Ribeirão Preto. jan./fev. 2004.

CAMPOS, R. M. **Satisfação da equipe de enfermagem do SAMU Natal RN**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2005.

CÂNDIDO, G. A. Sofrimento físico e mental de auxiliares de enfermagem numa abordagem gerencial: um estudo de caso. **Revista de ciências da administração**. V6, n.11, jan/jul 2004. Disponível em: <[www.cad.cse.ufcs.br/revista/11/Revista%2011%20-%202%20-%20RCAD%2008%202004\(site\).pdf](http://www.cad.cse.ufcs.br/revista/11/Revista%2011%20-%202%20-%20RCAD%2008%202004(site).pdf)>. Acesso em: 14/abril/2008.

CARLOTTO, M. S. A síndrome de *burnout* e o trabalho docente. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 7, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/jul/2007.

CASTIEL, L. D. O estresse na pesquisa epidemiológica: o desgaste dos modelos de explicação coletiva do processo saúde doença. **PHYSIS. Revista saúde coletiva**. Rio de Janeiro. 15 (suplemento). 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a06.pdf>>. Acesso em 09/abril/08.

CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5ª edição. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002.

CEZAR, E. S. e MARZIALE, M. H. P. Problema de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, jan. 2006.

CHAMON, E.M.Q.O.; MARINHO, R.C. e OLIVEIRA, A. L. Estresse ocupacional, estratégias de enfrentamento e síndrome de *burnout*: um estudo com a equipe de enfermagem de um hospital privado do estado de São Paulo. In: 30º Encontro EnANPAD. **Anais**. 2006, Salvador/BA-Brasil.

COBRA, Nuno. **A semente da vitória**. 54ª Ed. São Paulo: SENAC, 2003.

COELHO, M e RIBEIRO, J. Influência do suporte social e do *coping* sobre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. **Psicologia, saúde & doença**, 2000 1,(1). Disponível em: <www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v1n1/v1n1a09.pdf>. Acesso em: 12/abril/2008.

COSTA, C.W.G.S. **Fatores estressores no ambiente de trabalho docente**: uma investigação em uma universidade privada. Dissertação (Mestrado do Programa de Engenharia da Produção). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004.

COSTA, M. *et al*, Estresse: diagnóstico dos policiais militares em uma cidade brasileira. **Revista panamericana de salud pública**. V. 21 n.4 Washington, abr/2007.

COSTA, J.R.A; LIMA, J.V e ALMEIDA, P.C. **Stress no trabalho do enfermeiro**. Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo. 2003.

COVOLAN, Maria Aparecida. **O stress ocupacional do psicólogo clínico**: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica-PUC. Campinas, SP. 1989.

CRESPO, A. A. **Estatística fácil**. 17 edição. São Paulo: Saraiva, 2002.

CRUZ VERMELHA DO BRASIL. 2007. **Início**. Disponível em: <<http://www.cvb.org.br/>>. Acesso em: 22/set/2007.

CUNHA, I. M. F. F. O. **Estratégias de superação de stress dos psicólogos em instituições hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de São Paulo. 2000.

DEJOUR, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª edição ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOUR, C. e ABDOUCHELI, E. **Itinéraire théorique en psychopathologie du travail**. *Prevenir*, n.20, 1990.

DEJOUR, C.; ABDOUCHELI, E. e JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Ed. Atlas, 1994.

DESTRI JÚNIOR, J. e VALENTE, A. M. Sistema de Apoio à Decisão Espacial (SADE) na logística do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). In: X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, Florianópolis, 2006. **Informática em saúde e cidadania**, 2006. Disponível em: <www.sbis.org.br/cbis/arquivo/751.pdf>. Acesso em: 17/ago/2007.

DUBRIN, Andrew J. **Fundamentos do comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

FERRAREZE, M. V. G., FERREIRA, V e CARVALHO, A. M. P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva. **Acta Paul enfermagem**, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/apv/v19n3/a09v19n3.pdf>. Acesso em: 01/maio/2008.

FERREIRA, Aurélio B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 3ª edição. Curitiba: Positivo, 2004.

FERREIRA, C. M. e MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira**. Brasília: Ler, Pensar, Agir Edições, 2003.

FORMIGHIER, V. J. **Burnout em fisioterapeutas: Influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico**. Dissertação (Mestrado do programa de pós-graduação da Engenharia da Produção). Universidade de Santa Catarina. Florianópolis. 2003. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/10119.pdf>>. Acesso em: 14/jul/2007.

FORTES, L. J. S. S. **Profissionais do serviço de atendimento médico às urgências (SAMU) do Vale do Ribeira: um estudo sobre o sofrimento psíquico e a identidade profissional**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade São Marcos. 2006.

GATTI *et al.* Comparação entre os níveis de ansiedade e *stress* apresentados e percebidos pela equipe de enfermagem. **Revista eletrônica semestral de enfermagem**. N.5. Nov. 2004. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal/5/05b07p.html>>. Acesso em: 17/ago/2007.

GERZON, R. **Encontrando a serenidade na era da ansiedade**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva Ltda, 1998.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, A. M. P. M. A importância da resiliência na (re)construção das famílias com filhos portadores de deficiência: o papel dos profissionais da educação/reabilitação. **Saber e educar** 11/2006. Disponível em: <www.psi-ambiental.net/pdf/stress.pdf>. Acesso em 13/abril/2008.

GRUPO TÉCNICO DE EMERGÊNCIA (GRT), **First Responder**. Disponível em: <<http://www.gte.org.br/gte/profissionais.htm>>. 2007. Acesso em: 22/set/07.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. 2003.

GÜNTHER, I. A. e MACHADO, S. S. **Revisando a saúde:** da visão patogênica à visão salutogênica de estresse. 2002. Disponível em: <www.unb.br/ip/lpa/pdf/stress.pdf>. Acesso em 13/abril/2008.

HÜBNER, Maria Martha. **Guia para elaboração de monografias e projetos de dissertação de mestrado e doutorado.** Revisão Janice Yunes. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, Mackenzie, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/RN.pdf>>. Acesso em: 06/set/2007.

KATZ, D. e KAHN, R.L. **Psicologia social das organizações.** 3ª edição. São Paulo: Atlas, 1997.

KOMPIER, M. A. J e KRISTENSEN, T. S. As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. **Cadernos de psicologia social do trabalho**, v.6. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade da USP, 2003.

LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B. e MOURA, G. M. S. S. O estresse na atividade do enfermeiro. **Revista panamericana de salud publica**, Washington, v. 6, n. 6, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999001100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12/abril/2008.

LAZARUS, R. S. e FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping.** Springer Publishing Company. New York, 1984.

LIMA, A. C. Uma investigação empírica sobre o *stress* num ambiente acadêmico. São Paulo: **II SEMEAD** - FEA/USP, 2006. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/7semead/paginas/artigos%20recebidos/RH/RH54-Uma%20investiga%20emp%20drico%20stress.PDF>>. Acesso em: 13/jul/2007.

LIMA, A. D F. e FARIAS, F.L.R. **O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse:** Considerações teóricas. 2005. Disponível em: <www.unifor.br/notitia/file/434.pdf>. Acesso em: 27/jul/2007.

LIPP, M. E. N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. **Revista de psiquiatria clínica**, SP. v. 28, n. 6. 2001.

_____. **Manual do inventário dos sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL).** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. O *Stress*: conceitos teóricos. **Apostila do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL).** Casa do Psicólogo, 2005.

_____. *Stress*: conceitos básicos. In: LIPP, M. E. N. (org). **Pesquisas sobre stress no Brasil:** saúde, ocupações e grupos de riscos. Campinas: Papius, 1996.

_____. **Stress e suas implicações.** Rev. Estudos de Psicologia, N.3 e 4. Ago/dez. 1984.

_____. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida.** São Paulo: Papirus; 1994.

_____. **Stress na atualidade:** Qualidade de Vida na Família e no Trabalho. 2007a. Disponível em: <http://www.estresse.com.br/>. Acesso em: 22/ago/2007.

_____. **O percurso do stress:** suas etapas. 2007b. Disponível em: <http://www.estresse.com.br/>. Acesso em: 22/ago/2007.

_____. **O stress no Brasil:** Pesquisas Avançadas/ Marilda Emmanuel Novaes Lipp (org). Campinas, SP: Papirus, 2004.

LIPP, M. E. N. e TANGANELLI, M. S. *Stress e qualidade de vida em magistrados da Justiça do Trabalho: diferenças entre homens e mulheres.* **Psicologia reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722002000300008&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 04/jul /2007.

LOPES, S.L.B. e FERNANDES, R.J. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Revista do hospital das clínicas e da faculdade de medicina de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, V. 32. n. 4. out/dez. 1999.

MAGNUSSON, D. *Situational determinants of stress: an interactional perspective.* In: **Stress of life.** Goldberger & Breznitz. The Free Press. New York, 1982.

MALAGRIS, L.E.N. e FIORITO, A.C.C. Avaliação do nível de *stress* de técnicos da área de saúde. **Estudos em psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, out/dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12/jul/2007.

MALLAR, Sandra Cristina e CAPITÃO, Cláudio Garcia. Burnout e *hardiness*: um estudo de evidência de validade. **PsicoUSF**. jun. 2004, vol.9, no.1. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712004000000004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13/abril/2008.

MARTINS, M. C. A. Situações indutoras de *stress* no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. **Millenium revista do ISPV**, n.28. Out/2003. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium28/18.htm>. Acesso em: 03/jul/2007.

MASLACH, C. e LEITER, M. P. Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? **Guia para vencer o estresse na empresa.** Campinas, SP: Papirus, 1999.

MATTAR, F. N. **Pesquisa em marketing.** v.1. 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2005.

_____. **Pesquisa em marketing.** v.2. 2ª edição. São Paulo: Atlas, 1998.

MELO, J. N. e COSENZA, O. N. **O estresse nas empresas**. IGT na rede. Vol.3. N.5. 2006. Disponível em: <ojs.igt.psc.br/include/getdoc.php?id=93&article=26&mode=pdf>. Acesso em: 21/jul/2007.

MENZANI, G. Y. e BIANCHI, E. R. Determinação dos estressores dos enfermeiros atuantes em unidade de internação. **Revista eletrônica de enfermagem**. N.7. Nov/2005. Disponível em: <<https://www.um.es/eglobal/7/pdf/07b07p.pdf>>. Acesso em: 21/jul/2007.

MICHAELIS. **Novo Michaelis**: Dicionário Ilustrado Inglês-Português. 33ª edição. Melhoramentos. São Paulo.1983.

MOOS, R.H. & SCHAEFER, J.A. **Coping Responses Inventory for Work Settings (CRI-FormW)**. HSR & D Center for Health Care Evaluation. Stanford University and Department of Veterans Affairs Medical Center. Palo Alto, CA. 1993. [Mimeografado].

MORAES, L. F. R., FERREIRA, S. A. A. e ROCHA, D. B. Trabalho e Organização: influências da Qualidade de Vida e Estresse na Polícia Militar do Estado de Minas Gerais. Anais do 25º AnANPAD. **Anais**. 2001. Disponível em: <www.ichs.ufop.br/conifes/anais/OGT/ogt0203.htm>. Acesso em: 12/abril/2008.

MORAES, L. F. R. e MENDES, A.L.A. Situação de trabalho e estresse ocupacional: um estudo de caso com os motoristas de transporte urbano por ônibus. Anais do 25º AnANPAD. **Anais** 2001. Disponível em: <<http://anpad.org.br/enanpad/2001/dwn/enanpad2001-cor-402.pdf>>. Acesso em: 22/set/2007.

MORAN. *Stress and emergency work experience: a non-linear relationship*. In. **Disaster prevention and management**. Vol.7. N1. Bradford: 1998. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=84987317&sid=12&Fmt=3&clientID=61611&RQT=309&VName=PQD>>. Acesso em: 09/jul/2007.

MORENO-JIMÉNEZ,B.; HERNÁNDEZ, E.G; GUTIÉRREZ,J. L. G. *Personalidad resistente, burnout y salud*. **Escritos de psicología**, 2000. Disponível em: <<http://blog.puep.edu.pe/item/14920>>. Acesso em 13/abril/2008.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S. e NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *burnout* e a relação com a enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28/jul/2007.

MURTA, S. G. e TRÓCCOLI, B. T. *Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades*. **Estudos de psicologia**. V.24. N. 1. Jan/mar 2007.

NAKAYAMA, M. K. **A influência da cultura organizacional na predisposição do gerente ao estresse ocupacional**. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 1997.

NAKAYAMA, M. K. e BITENCOURT, C. Processos de mudança e estresse ocupacional. In: 22º Encontro da ENANPAD, **Anais**, 1998, Foz do Iguaçu. Disponível em: <<http://www.unicap.br/marina/estresse.html>>. Acesso em: 11/mar/2008.

NITSCHKE, C. A. S. *et al.* **Apostila SAMU**. 2006. Disponível em: <samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf>. Acesso em: 17/03/2007.

NITSCHKE, C. A. S.; LOPES, N. G. e BUENO, R. M. L. **Riscos laborais em unidade de tratamento intensivo móvel**. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho). Florianópolis, 2000. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos_vinculados/samu/Riscos%20do%20trabalho%20em%20UTI%20mveis.pdf>. Acesso em: 10/jul/2007.

OLIVEIRA, E. A. Delimitando o conceito de *stress*. **Revista de ciências biológicas e saúde**. Vol. I - Nº 1. 2006. São Paulo: Centro Universitário Anhanguera. Disponível em: <http://www.politecnica.br/programasinst/Revistas/revistas2006/rev_ciencias_bio/03.pdf>. Acesso em: 13/ago/2007.

OLIVEIRA *et al.* Manual de normalização bibliográfica para elaboração de monografia. **Coleção documentos normativos da Universidade Potiguar**, UnP. Natal. RN. Série Laranja. V. 1. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. CID-10. 3ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

PARAGUAY, A. I. B. B. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para a melhoria das condições de trabalho. **Revista brasileira de saúde mental**. N.70. V. 18. Abr/mai 1999.

PASCHOAL, T. e TAMAYO, A. **Validação da escala de estresse no trabalho**. Estudos em Psicologia. Vol.9, n.1, Natal, Jan/abr 2004.

PEIFFER, Vera. **Estresse? Livre-se dele**. São Paulo: Butterfly Editora, 2007.

PEIXOTO, C. N. **Estratégias de enfrentamento de estresse ocupacional em professores universitários**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2004.

PEREIRA, Luciano Zille. **Novas perspectivas para a abordagem do estresse ocupacional em gerentes**: estudo em organizações brasileiras de setores diversos. Tese (Doutorado em Administração). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2005.

PERETTO, I. C. **Aprendendo a conviver com o estresse**. São Paulo: Madras, 2004.

PÉREZ-RAMOS, Juan. **Inventário sobre superação do stress profissional** (ISSP), adaptado em 1998 para o Brasil do *Coping Responses Inventory for Work Settings* (CRI-W), de Schaefer e Moos (1993).

_____. **Stress no ambiente organizacional: Conceitos e tendências**. **Revista boletim de psicologia**. Sociedade de Psicologia de São Paulo. Vol. XLII no 96/97, jan/dez 1992.

PREFEITURA DE NATAL. **SAMU Natal recebe investimento da Prefeitura**. 22/01/2007. Disponível em: http://www.natal.rn.gov.br/internet_new/noticiaintegra/principal.php?codigo_da_news=6856>. Acesso em: 24/ago/2007.

_____. **Zona Norte contará com ambulância U.T.I. do SAMU**. 27/10/2004. Disponível em: http://www.natal.rn.gov.br/internet_new/noticiaintegra/principal.php?codigo_da_news=3617>. Acesso: 24/ago/2007.

RÊGO, Denise Pereira do. **Stress ocupacional do psicólogo em instituições de atendimento ao portador de psicose**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2000.

REZENDE NETO, A. Gerenciamento do *stress*: controle da ansiedade e das alterações fisiológicas. In. LIPP, M. E. N. **O stress no Brasil: Pesquisas Avançadas**/ Marilda Emmanuel Novaes Lipp (org). Campinas, SP: Papirus, 2004.

RIBEIRO, D. P. S. A. **Estratégias de “coping” em psicólogos de serviços básicos e ambulatoriais de saúde pública**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 1999.

_____. **Estratégias de “coping” em psicólogos de serviços básicos e ambulatoriais de saúde pública. Perfil & vertentes**. ISSN: Periódico do Programa de Pós-Graduação e do curso de Psicologia da FCL de Assis. Universidade Estadual Paulista. Volume 14, n.1. 2002. <<http://www.assis.unesp.br/perfilvertentes/sitemap.php>>.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROBBINS, Stephen P. **Comportamento organizacional**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1999.

RODRIGUES, AROLDO. **Psicologia social**. Vozes, Petrópolis 1992.

RODRIGUES, A. L. e FRANÇA, Ana Cristina Limongi . **Stress e trabalho: Uma Abordagem Psicossomática**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

SANT'ANA, A. S.; COSTA, R. e MORAES, L.F. Qualidade de vida no trabalho: Uma Análise em Instituição de Ensino Básico. In: VI Congresso da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, Belo Horizonte. **Anais ABET**, 1999. Disponível em <<http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet/vienc/ST11A.doc>>. Acesso em: 03/jul/2007.

SANZOVO, C. E. e COELHO, M. E. C. Estressores e estratégias de *coping* em uma amostra de psicólogos clínicos. **Estudos em psicologia**. Campinas. jun. 2007, vol.24, no.2. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2007000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: jul/2007.

SAWAIA, B.B. **Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora**. In. Novas veredas da Psicologia Social. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1995.

SCHAEFER, J. A. e MOOS, R. H. **Coping Responses Inventory for Work Settings (CRI-form W)**. HSR & D Center for Health Care Avaluation, Stanford University and Department of Veterans Affairs Medical Centers. Palo Alto, CA, 1993.

_____. **Inventário sobre superação do stress profissional (ISSL)**. Tradução e versão Juan Pérez-Ramos. São Paulo, 1998.

SELYE, Hans. **The handbook of stress**. Nova York: Nova York The Free Press. 1982.

_____. **The stress of life**. Nova York: McGraw-Hill Book Company, 1956.

SHINYASHIKI, Roberto. **A revolução dos campeões**. 19ª Ed. São Paulo: Editora Gente, 1995.

SILVA, A. B. **A Vivência de conflitos entre a prática gerencial e as relações em família**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção), Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, SC. 2005.

SILVA, J.D.T. e MULLER, M.C. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. **Estudos em psicologia**. Campinas. Jun/2007. vol.24. n.2. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2007000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04/Set/2007.

SIMURRO, S.A.B.; NICOLETTI, E.A. e SKARBNIK, R.Z. Stress: satisfação e qualidade de vida em executivos. **Revista de psicologia da Vetor Editora**. Ano 1. N.3. Jul/2000.

SIQUEIRA, M. M.; WATANABE, F. S. e VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob o enfoque gerencial. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691995000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29/jul/2007.

SOARES, J. C. S. **Situações de riscos ocupacionais percebidas pelos trabalhadores de um serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)**.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

STACCIARINI, J.M.R. e TRÓCOLLI, B.T. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.6, dez 2000.

TAKEDA, E. **Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho e morbidade entre os motoristas de uma central de ambulância do estado de São Paulo**. Tese (Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto). Universidade de São Paulo-USP. 2002.

TAMAYO, M. R. e TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. **Estudos de Psicologia**, 2002. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/epsic/v7n1/10952.pdf>. Acesso: 12/abril/2008.

TRAVERSO-YEPEZ, Martha. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em estudo**. vol.6, n.2, Jul/Dez, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722001000200007&script=sci_pdf&tlng=pt>. Acesso em: 10/set/2007.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

TUSHMAN, M. e NADLAR, D. Organizando-se para a inovação. In: STARKEY, K. **Como as organizações aprendem**. São Paulo: Futura, 1997.

VELOSO, H. M. **O que o coração sente mesmo quando os olhos não vêem: levantamento e análise dos agentes estressores do trabalho bancário**. Dissertação (Mestrado em Administração). UFMG, Belo Horizonte, 2000.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração. In: VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes. **Pesquisa qualitativa em administração**. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

VILELA, A.L.M. **O Sistema nervoso**. 2007a. Disponível em: <<http://www.afh.bio.br/nervoso/nervoso3.asp#SNC>>. Acesso em: 28/ago/2007.

_____. **Sistema imunológico**. 2007b. Disponível em: <<http://www.afh.bio.br/imune/imune1.asp>>. Acesso em: 28/ago/2007.

WAGNER III, J. A.A. e HOLLENBECK, J. R. – **Comportamento organizacional**. São Paulo: Editora Saraiva, 2002.

YOUNG, K.M e COOPER, C. L. **Occupational stress em the ambulance service: A diagnostic study**. *Journal of Managerial Psychology* . Vol. 10. N.3. Bradford. 1995. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=8988631&sid=12&sid=12&Fmt=3&clientId=61611&RQT=309&VName=PQD>>. Acesso: 09/jul/2007.

ZANELATO, L. S. e OLIVEIRA, L. C. Fatores estressantes presentes no cotidiano dos motoristas de ônibus urbano. In: **II Seminário internacional de pesquisa e estudos qualitativos:** a pesquisa qualitativa em debate, 2004, Bauru - SP. Obra - Anais do II SIPEQ. Bauru - USC : Editora SE & PQ. Disponível em: www.sepq.org.br/sitesipeq/pdf/poster1/08.pdf.>Acesso em: 12/abril/2008.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)