



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO**

CIDALIA DE LOURDES DE MOURA SANTOS

**PROPOSTA DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE
ESTRESSE PARA MÉDICOS EM HOSPITAIS BASEADO
NA OHSAS 18001**

**JOÃO PESSOA - PB
2008**

CIDALIA DE LOURDES DE MOURA SANTOS

**PROPOSTA DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE ESTRESSE
PARA MÉDICOS EM HOSPITAIS BASEADO NA OHSAS
18001**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal da Paraíba, em cumprimento às exigências do referido programa.

Universidade Federal da Paraíba

Área de concentração: Gestão da Produção

Orientador: Prof. Dr. Celso Luiz Pereira Rodrigues

JOÃO PESSOA - PB
2008

S237p Santos, Cidalia de Lourdes de Moura

Proposta de um sistema de gestão de estresse para médicos em hospitais baseado na OHSAS / Cidalia de Lourdes de Moura Santos - João Pessoa, 2008.

113 f. il.:

Orientador: Prof. Dr. Celso Luiz Pereira Rodrigues

Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) PPGEPP / Centro de Tecnologia / Campus I / Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

1. Gerenciamento do estresse 2. Estresse médico 3. Trabalho médico I.Título.

BS/CT/UFPB

CDU: 614.8 (043)

CIDALIA DE LOURDES DE MOURA SANTOS

**PROPOSTA DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE ESTRESSE
PARA MÉDICOS EM HOSPITAIS BASEADO NA OHSAS
18001**

Tese de apresentada para obtenção do grau de doutor
em Engenharia de Produção, Departamento de
Engenharia de Produção, Universidade Federal da
Paraíba.
Área de concentração: Gestão da Produção.

Data da aprovação: ____/____/2008.

Banca Examinadora:

_____- Orientador
Prof. Dr. Celso Luiz Pereira Rodrigues
Doutor em Arquitetura (FAU/USP)
Universidade Federal da Paraíba

_____- Examinadora
Prof. Dra. Nelma Mirian Chagas de Araújo
Doutora em Engenharia de Produção (UFPB)
Centro Federal de Educação Tecnológica da Paraíba

_____- Examinadora
Prof. Dra. Aurelia Altemira Acuña Idrogo
Doutora em Engenharia de Produção (UFSC)
Universidade Federal da Paraíba

_____- Examinadora Externa
Prof. Dra. Maria Luiza da Costa Santos
Doutora em Administração (UFPB)
Centro Federal de Educação Tecnológica da Paraíba

_____- Examinador Externo
Prof. Dr. Béda Barkokebas Junior
Doutor em Enginyeria de Camins, Canals i Ports (Universitat Politècnica de Catalunya)
Universidade de Pernambuco

Aos meus pais, Edécio (*in memorian*) e Marly.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter permitido a conclusão desse trabalho e a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para sua concretização. Reconheço a contribuição de todas essas pessoas, dirigindo-lhes meus sinceros agradecimentos, em especial:

Ao professor Celso Luiz Pereira Rodrigues, pela orientação e estímulo em todas as etapas desse trabalho, pela amizade e troca de conhecimentos ao longo da pesquisa.

As professoras Nelma Mirian Chagas de Araújo, Maria Luiza da Costa Santos, Aurélia Altemira Acuña Idrogo e o Professor Béda Barkokebas Junior, pelos comentários e sugestões que permitiram o aperfeiçoamento do trabalho.

Ao corpo docente do PPGE, pelos conhecimentos adquiridos.

Aos funcionários do PPGE, Rosângela Herculano e Rosângela Palmeira, Duca, Virgínia e Ana pela colaboração, paciência e amizade.

A todos que fizeram parte da minha vida durante todo esse trabalho e aos que estão presentes nesse momento, pela compreensão, carinho e apoio.

“O estresse é o tempero da vida”.

Hans Seyle

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo o desenvolvimento de um modelo de gestão de estresse para médicos em hospitais baseado nas diretrizes propostas pela OHSAS 18001:2007. Com o advento da globalização e da competitividade, o trabalho tornou-se mais estressante e as doenças decorrentes do estresse se fizeram mais presentes. O estresse é uma reação fisiológica do corpo, portanto, necessária à vida. O estresse quando em equilíbrio traz benefícios para o indivíduo e é chamado de *eustress*, ao contrário fala-se de *distress*. O trabalho médico insere no seu contexto uma série de estressores, tais como: lidar com a doença e com a morte, jornadas prolongadas, trabalho noturno, sobrecarga de trabalho, conflitos em equipe, entre outros, e, por conseguinte, são acometidos de diversos problemas derivados do estresse no trabalho. Para mudar esse cenário, uma maneira de controlar o estresse no ambiente hospitalar e no trabalho médico, é criar caminhos para seu gerenciamento, mantendo-o num nível saudável. Desse modo, com as diretrizes de um modelo de gerenciamento da Saúde e Segurança no Trabalho, a OHSAS 18001:2007, foi construído um modelo para gerenciar o estresse em hospitais e para a classe médica. A pesquisa realizada foi essencialmente exploratória e bibliográfica, com elementos metodológicos e documentais. A elaboração do sistema foi realizada com base nos estudos da literatura sobre estresse, estresse em médicos e um estudo cuidadoso em todas as seções e subseções da OHSAS18001. Observou-se durante o estudo pontos fortes do instrumento base e que são peças-chaves para o sucesso da forma de gerenciar o estresse. Quanto ao hospital, sua cultura organizacional deve estar voltada para o estresse vivenciado pelos médicos. Quanto à estrutura da OHSAS18001, a política deve ser construída de forma bem definida com objetivos claros; o envolvimento da classe médica deverá ser feito através da participação, conscientização, e treinamento; deve existir a colaboração de todos os setores do hospital; a implementação do sistema deve acontecer sob responsabilidade de pessoas capazes e responsáveis; a existência de controles deve ser eficaz; e a proposta de melhoria contínua faz com que o sistema seja reavaliado de forma constante. Tudo isso, dá ao sistema credibilidade e caráter preventivo e de atenção ao trabalho médico. A validação não foi realizada, porém espera-se que ao se comprovar a sua eficiência, esse sistema proposto possa ser mais um instrumento de prevenção e de qualidade de vida no trabalho.

Palavras - chaves: gerenciamento do estresse, estresse médico; trabalho médico.

ABSTRACT

This research aimed at developing a management model of stress for doctors in hospitals based on guidelines proposed by the OHSAS 18001:2007. With the advent of globalization and competitiveness, the work became more stressful and diseases resulting from stress were more present. Stress is a physiological reaction of the body, therefore, necessary for life. The stress on its balance brings benefits to the individual and is called eustress, on the contrary it is called distress. The medical work puts into context a number of stressors, such as: dealing with illness and death, extended days, night work, work overload, teams' conflict, among others, and therefore are affected by various problems of stress at work. To change this scenario, a way to control the stress in the hospital and in the medical work is to create ways for its management, keeping it at a healthy level. Thus, with the guidelines of a model for management of the Health and Safety at Work, the OHSAS 18001:2007, a model to manage the stress in hospitals and for the medical profession was built. The research carried out was mainly exploratory and on literature, with elements of methodology and documentation. The development of the system was based on studies of the literature on stress, stress on doctors and a careful study in all the sections and subsections of the OHSAS18001. During the study, strong points of the instrument which are key points to the success of how to manage stress were observed. As for the hospital, its organizational culture must be turned to the stress experienced by doctors and it is the starting point so that the management can happen. As to the structure of OHSAS18001, the policy should be constructed in a well defined way with clear objectives; the involvement of the medical professionals should be done through participation, awareness and training; there must be cooperation among all sectors of the hospital related to the medical work; capable and responsible people should be in charge of the system implementation; the existence of controls must be effective; and the proposal for continuous improvement means that the system should be constantly reassessed, it gives credibility to the system and preventive character and attention to medical work. It follows therefore that it was possible to adapt the OSHAS 18001:2007 to the management of stress for doctors in hospitals. The validation was not performed, but it is expected that by proving its efficiency, this proposed system could be another instrument of prevention and quality of life at work.

Key-words: management of stress, medical stress, medical work.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Sintomatologia do <i>Burnout</i>	32
Figura 2 - A dinâmica do Stress Ocupacional proposto por Cooper.....	35
Figura 3 - Modelo Demanda - Controle de Karasek.....	37
Figura 4 - Modelo conceitual de Michigan.....	38
Figura 5 - Modelo Effort Reward Imbalance – ERI.....	39
Figura 6 - Modelo de Sistema de Gestão da SST da OHSAS 18001:2007.....	61
Figura 7 - Objetivos da Política do SIGEMH	76
Figura 8 - Aspectos importantes da Política do SIGEMH.....	77
Figura 9 - Proposta de identificação do estresse do SIGEMH.....	79
Figura 10 - Tipos de metodologias de identificação do estresse do SIGEMH.....	80
Figura 11 - Legislação aplicável ao hospital que ajuda na manutenção do estresse saudável.....	82
Figura 12 - Programas que auxiliam na manutenção do estresse saudável.....	84
Figura 13 - Recursos necessários à implementação do SIGEMH.....	86
Figura 14 - Implementação do SIGEMH.....	88
Figura 15 - Controle Operacional para o SIGEMH.....	92
Figura 16 - Medidas pró-ativas e reativas no monitoramento do SIGEMH.....	95

LISTA DE SIGLAS

CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
ERI	Effort Reward Imbalance
ESAU	Estado Geral de Saúde
IASTE	Inventário dos Agentes Stressores do Trabalho dos Executivos
IEE	Inventário de Estresse dos Enfermeiros
IMPAL	Inventário de Malestar Percibido em el Ambiente Laboral
ISO	International Organization for Standardization
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress
JCQ	Job Content Questionnaire
JDS	Job Diagnostic Survey
LEU	Life Events Units
LSS	Lista de Sintomas de Stress
MBI	Maslach Burnout Inventory
NR	Norma Regulamentadora
OHSAS	Occupational Health Safety Assessment Series
OSI	Occupational Stress Indicador
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ocupacionais
SAL	Síndrome de Adaptação Local
SCOPE/STR	Stress e Coping Experience - Stress
SIGEMH	Sistema de Gestão de Estresse para Médicos em Hospitais
SST	Segurança e Saúde no Trabalho

SUMÁRIO

CAPITULO 1: INTRODUÇÃO	13
1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO	15
1.4 OBJETIVOS	18
1.4.1 Objetivo geral	18
1.4.2 Objetivos específicos	18
1.5 ESTRUTURA DA TESE	19
CAPITULO 2: REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 ESTRESSE	20
2.1.1 Definição	20
2.1.2 Fases do Estresse	21
2.1.3 Classificação do Estresse	23
2.1.4 Efeitos do Estresse	24
2.1.5 Diagnóstico e Tratamento do Estresse	25
2.2 ESTRESSE OCUPACIONAL	27
2.3 MODELOS DE ESTRESSE OCUPACIONAL	34
2.4 AVALIAÇÃO DO ESTRESSE E SEUS INSTRUMENTOS	41
2.5 ESTRESSE EM MÉDICOS	46
2.6 SISTEMAS DE GESTÃO DE SEGURANÇA	50
2.6.1 Técnicas de Identificação de riscos	52
2.6.2 O Ciclo PDCA	54
2.6.3 OSHAS 18001	59
2.7 GESTÃO DO ESTRESSE	63
CAPITULO 3: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	70
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	70
3.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	72
3.3 TRATAMENTO DOS DADOS	73
CAPITULO 4: PROPOSTA DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE ESTRESSE PARA MÉDICOS EM HOSPITAIS BASEADO NA OSHAS 18001:2007	75
4.1 REQUISITOS GERAIS	75
4.2 POLÍTICA DE ESTRESSE PARA MÉDICOS EM HOSPITAIS	75
4.3 PLANEJAMENTO	77
4.3.1 Identificação, Avaliação e Determinação dos Controles	77
4.3.1.1 Metodologia de identificação e avaliação do estresse em médicos	80
4.3.2 Requisitos Legais e Outros	81
4.3.3 Objetivos e Programas	83
4.4 IMPLEMENTAÇÃO E OPERAÇÃO	84
4.4.1 Recursos, Funções, responsabilidades, Prestação de Contas e Autoridades	84

4.4.2 Competência, Treinamento e Conscientização	87
4.4.3 Comunicação, Participação e Consulta	88
4.4.4 Documentação	89
4.4.5 Controle de Documentos	90
4.4.6 Controle Operacional	81
4.5 VERIFICAÇÃO	93
4.5.1 Monitoramento e Medição do Desempenho	94
4.5.2 Avaliação do Atendimento a Requisitos Legais	95
4.5.3 Investigação do Incidente, Não conformidade, Ação Corretiva e Ação Preventiva	96
4.5.3.1 Investigação do Incidente.....	96
4.5.3.2 Não Conformidade, Ação Corretiva e Ação Preventiva.....	97
4.5.4 Controle de Registros	98
4.5.5 Auditoria Interna	98
4.6 ANÁLISE CRÍTICA PELA DIREÇÃO	99
CAPITULO 5: CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	101
5.1 CONCLUSÕES.....	101
5.2 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS.....	104
REFERÊNCIAS.....	106

A título de introdução da presente pesquisa, passa-se a fazer algumas considerações iniciais sobre o estresse ocupacional, tendo em vista apresentar uma proposta de gestão do estresse no trabalho médico hospitalar. Apresentam-se, ainda, a formulação do problema, a justificativa do trabalho, os objetivos e a estrutura da pesquisa.

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As mudanças tecnológicas, de novos processos de trabalho e do ritmo de vida ocorridas no mundo vêm atingindo o homem tanto no seu contexto familiar quanto no contexto do trabalho, e com elas o estresse surge como uma preocupação a mais nas empresas.

As mudanças na organização do trabalho promovem, de forma inevitável, uma situação de estresse nos trabalhadores. Porém, o que é fundamental é que o trabalhador possa ser capaz de tolerar, superar ou adaptar-se às exigências do seu ambiente de vida e de trabalho, para que não surja um desgaste anormal do seu organismo e/ou diminuição da capacidade de trabalho.

O trabalho, por si próprio, gera uma situação de estresse que é necessária e benéfica ao homem no desempenho de sua tarefa de forma eficiente. Contudo, determinadas atividades possuem uma sobrecarga psíquica importante e que pode interferir de maneira marcante na qualidade de vida e de trabalho, como é o caso dos profissionais médicos, cujo objetivo maior é cuidar de vidas.

Os agentes estressores estão presentes em qualquer tipo de atividade e provocam diferentes níveis de estresse, porém, é o desequilíbrio quanto ao controle do estresse que gera as doenças. Sabe-se que o estresse interfere sensivelmente no organismo humano quando passa a ser prolongado e interfere muito nas relações entre as pessoas e no trabalho.

Sabe-se que um grande número de fatores estimulantes internos e externos são geradores de estresse e podem desencadear transtornos fisiopatológicos, produzindo patologias importantes (MASCI;2002).

Algumas características do trabalho têm influência marcante no desencadeamento do estresse. De uma maneira mais específica, do ponto de vista ocupacional, suas principais causas estão ligadas com o conteúdo do trabalho, fatores organizacionais e pressões econômico-sociais (IIDA, 1990).

O estresse, no contexto hospitalar, cresce dada a especificidade desse tipo de prestação de serviço e necessita de ser gerenciado para diminuir os efeitos danosos e manter um estresse saudável, que é benéfico para o indivíduo e produtivo para a instituição.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

De uma maneira geral, o ambiente hospitalar gera estresse de várias naturezas e em vários níveis (o estresse do paciente e seus familiares, o estresse dos profissionais envolvidos em dilemas muitas vezes sem solução, decisões bastante sobrecarregadas de emoção e inclusive o lidar com a morte), tudo isso representa um problema de significativa magnitude, que deve ser estudado, para se conseguir trabalhar, eficientemente, num local estressor de base (CANDEIAS *et al.*, 1988).

Vários fatores existentes no trabalho médico são estímulos estressores potentes, como: o cuidar de doentes; o trabalho em turnos; não poder errar nas condutas; fazer procedimentos rápidos; lidar com a morte; não ter horário de atendimento; falta de estrutura para os atendimentos; falta de medicamentos; entre outros.

Na atualidade, o tema qualidade vem se tornando uma constante nas empresas, desdobrando-se em vários tópicos como o da qualidade de vida no trabalho, e para manter um ambiente seguro, saudável, motivador e sem doenças, é imprescindível que os hospitais passem a ver o estresse dos seus trabalhadores como um problema que pode ser gerenciado.

A aquisição da qualidade está intimamente ligada à melhoria das condições de segurança e higiene no trabalho e é muito improvável que uma organização alcance a excelência dos seus produtos, negligenciando a qualidade de vida daqueles que os produzem (ARAÚJO, 2002).

Estudos mostram que um grande número de empresas está preocupada em compreender o estresse ocupacional e gerenciá-lo, passando a ser um fator de

competência na gestão de recursos humanos. Hoje, com o enxugamento das empresas, se tem um grau de exigência muito maior da *performance* comportamental das pessoas, e o estresse passou a ter outro sentido, não só como doença, mas como sinalizador de problemas organizacionais (FIORI, 1997).

Atualmente, se dispõe da *Occupational Health Safety Assessment Series* - OHSAS 18001, que é uma norma que tem por objetivo prover às organizações os elementos de um sistema de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho eficaz e com a capacidade de ser integrada com outros requisitos da gestão, podendo ser aplicada em qualquer empresa.

Nesse contexto, dada à natureza e as características atuais do trabalho médico, percebe-se a necessidade de se criar formas de gerenciamento do estresse nos hospitais, de modo a garantir ambientes e processos de trabalho com menos estresse, proporcionando, desta forma, a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores médicos e, conseqüentemente, um aumento da sua produtividade.

Portanto, buscar o estudo da dinâmica do estresse no trabalho através de pesquisas e legislação pertinente (nacional e internacional), bem como encontrar uma forma de administrá-lo, é de fundamental importância para que hospitais possuam um mecanismo a mais que possibilite a implementação da segurança e saúde no trabalho.

Sabendo-se que o estresse entre os profissionais médicos é freqüente e prejudicial ao exercício de sua atividade e diante da necessidade de se administrá-lo para diminuir os seus danos, coloca-se em pauta a seguinte indagação:

“Como adaptar a OHSAS 18001 para gerenciar os efeitos danosos do estresse sofrido pelos médicos no ambiente hospitalar?”

1.3 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO

O estresse, como qualquer outra doença ocupacional, tem custo elevado para o trabalhador, empresa e para a nação. O estresse pode causar doenças e acidentes, gerando incapacidades, absenteísmo, baixa produtividade, interfere na qualidade do serviço e quando não gerenciado, produz uma péssima qualidade de vida.

Alevato (2007) enfatiza que pesquisas internacionais validadas sobre estresse pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) evidenciam, sem

hesitações, que: “a maior causa de acidentes e doenças no trabalho no mundo contemporâneo é o estresse”.

Em 1992, a Organização das Nações Unidas denominou o estresse de “a doença do século 20” e, mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde descreveu ser o estresse a maior epidemia mundial deste século.

Estudos mostram que cerca de 60 a 80% dos acidentes de trabalho nos Estados Unidos estão relacionados ao estresse e que o custo direto e indireto do estresse está estimado em 200 a 300 bilhões de dólares por ano e, ainda, que os dias de trabalho perdidos por questões de saúde relacionadas ao estresse aumentaram de 37 milhões por ano, na década de 1980, para 230 milhões por ano, na década de 1990 (FIORI, 1997; MASCI, 2002).

No Reino Unido, cerca de 30 milhões de dias de trabalho são perdidos por conta do estresse, o que equivalente a 17% de todas as faltas no trabalho (MASCI, 2002).

Um estudo realizado no Hospital Regional da Asa Norte e Centros de Saúde da Regional Norte do Distrito Federal, em 1992, evidenciou que os médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem apresentaram um maior índice de problemas de saúde e que a angústia e a dependência foram detectadas, principalmente, em médicos (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996).

Os efeitos mais conhecidos do estresse ocupacional são cardiovasculares, efeitos nos sistemas nervosos central, psicológico e comportamental (PARAGUAY, 1990).

A literatura relata uma alta prevalência de suicídio, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais e disfunções profissionais em médicos e estudantes de medicina (MELEIRO, 1998; NOGUEIRA -MARTINS, 2002).

Nogueira-Martins (2002) em um estudo com médicos (homens) dependentes de narcóticos, destaca que as causas referidas pelos médicos eram a sobrecarga de trabalho, fadiga crônica e doença física.

Camarotti e Teixeira (1996) ressaltam “a importância que a condição psíquica dos trabalhadores da saúde interfere na qualidade do atendimento e das relações interpessoais envolvidas”, e corroboram com Dejours (1992) quando diz que as estratégias defensivas seriam formas de estruturação dos indivíduos para reagir e se defender das agressões psíquicas geradas na relação homem x trabalho

e podem estar superdimensionadas nos serviços de saúde, comprometendo a qualidade do atendimento.

Quando o indivíduo, por tempo relativamente prolongado, é incapaz de tolerar, superar ou adaptar-se às exigências do seu ambiente de vida, surgirá um desgaste anormal do corpo e/ou diminuição da capacidade de trabalho.

Calegaro (2000) enfoca que, dependendo da intensidade e da duração, o estresse pode ser baixo demais, positivo ou patológico.

Níveis muito baixos de estresse provocam:

- diminuição da atenção;
- redução da motivação; e
- sensação subjetiva de tédio e sonolência.

Quando o estresse atinge um ponto ótimo, tem-se:

- aumento da clareza e agilidade mental;
- melhora da atenção e concentração;
- sensação interna de desafio; e
- desempenho máximo.

Quando o estresse aumenta mais e mais, a partir de certo ponto (que depende de cada pessoa), observa-se que:

- o desempenho cai drasticamente;
- a motivação pode oscilar entre o desânimo, a agitação e preocupações excessivas; e
- o estado emocional pode variar entre a depressão, irritabilidade e ansiedade.

Portanto, o estresse negativo é que traz transtornos para o indivíduo e para o trabalho. É esse tipo de estresse que gera doenças, erros, acidente no trabalho, baixa produtividade e que deve ser gerenciado e otimizado para que se possa ter uma melhor qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, um bom desempenho no trabalho.

Existem vários trabalhos na literatura mostrando que alguns estressores já estão inseridos na profissão médica, como: alto grau de autonomia; trabalhar num ambiente complexo como é o hospital; produzir serviços assistenciais; lidar com o inesperado; falta de recursos humanos; relações de conflito; vários de empregos; conviver com a doença; o erro médico; etc.

Não obstante existir nos hospitais setores legalmente responsáveis pela questão da segurança e saúde no trabalho, o estresse não é tratado como risco de trazer tantos problemas e as medidas adotadas em relação ao estresse são ineficientes, ou até mesmo negligenciadas. Como cuidar da saúde da população, quando os médicos, em sua maioria, vivenciam o estresse, comprometendo sua saúde física, psíquica e social?

Diante disso, em relação à problemática do estresse vivido pelos profissionais médicos dentro do ambiente hospitalar, surgem questões básicas como: Por que não gerenciar o estresse nessa categoria profissional, já que compromete a sua saúde física, psíquica, social e seu desempenho no trabalho? Não seria importante ter meios de diagnosticar, avaliar e controlar o estresse no trabalho médico? Como entender um sistema de saúde que não corresponde às necessidades de seus próprios trabalhadores com esse problema de grande magnitude? O que falta aos gestores para despertar atenção para o estresse no trabalho médico?

Torna-se fundamental, portanto, que a administração da prestação de serviços em hospitais possua um sistema de gestão do estresse para médicos, para que os danos causados por esse risco sejam minimizados, proporcionando uma eficiente qualidade de vida e de trabalho para esses trabalhadores.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Construir um modelo de sistema de gestão de estresse para médicos que trabalham em hospitais baseado na OHSAS 18001.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Compreender a dinâmica do estresse ocupacional;
- Identificar os sistemas de gestão aplicáveis ao estresse;
- Definir procedimentos para a identificação e avaliação do estresse no trabalho médico;
- Definir procedimentos para implementação de ações relativas ao sistema de gestão de estresse em hospitais.

1.5 ESTRUTURA DA TESE

A pesquisa está estruturada em cinco capítulos.

O primeiro é composto pela parte introdutória, onde fazem parte as considerações iniciais, a formulação do problema, a justificativa do trabalho e os objetivos.

No segundo capítulo é feita a revisão bibliográfica sobre o estresse, trabalho médico e sistemas de gestão de segurança, com o objetivo de se construir uma base teórica, que fundamente a adaptação do Sistema de Gestão de Saúde e Segurança da OHSAS 18001:2007 para o gerenciamento do estresse em médicos.

O terceiro capítulo apresenta os procedimentos metodológicos da pesquisa.

No quarto capítulo apresenta-se a proposta de um sistema de gestão voltado para o estresse em médicos em hospitais, baseado no modelo de gestão de saúde e segurança no trabalho da OHSAS 18001: 2007.

No quinto capítulo é realizada uma síntese da pesquisa e são apresentadas as conclusões e sugestões para possíveis futuras pesquisas sobre o tema em questão.

Este capítulo faz uma abordagem geral dos conceitos sobre o estresse, o estresse ocupacional, os modelos de estresse, os instrumentos de avaliação do estresse ocupacional, o trabalho médico, o estresse na atividade médica, sistemas de gestão de segurança e do estresse, elementos esses que deram suporte a presente pesquisa.

2.1 ESTRESSE

O estresse é uma reação normal do nosso organismo, sendo importante o conhecimento de como ele ocorre e se comporta para se poder gerenciá-lo da melhor forma no trabalho.

Na sociedade moderna, com o avanço da tecnologia, o aumento da competição, a pressão de consumo, a ameaça da perda de emprego e as dificuldades do dia a dia, os trabalhadores têm se confrontado, cada vez mais, com situações estressantes (IIDA, 1990).

2.1.1 Definição

As primeiras referências à palavra “*stress*” significando, “aflição” e “adversidade”, surgiram do século XIV. No século XVII, esse termo, que tem origem no latim, passou a ser usado em inglês, para significar “opressão, desconforto e adversidade”. Estudos realizados na área da engenharia mostraram que as características das cargas tinham que ser consideradas, na escolha do material, para a construção de pontes e outras estruturas. A semelhança do que acontecia na física com o ser humano foi levantada, uma vez que as pessoas conseguem lidar melhor com um tipo ou outro de peso e variam na sua habilidade de suportar carga emocional ou não (LIPP, 1996).

Relembrando historicamente as descobertas sobre o estresse, Albrecht (1988) mostra os relatos de Cannon que, em 1932, descobriu um quadro caracterizado por um preparo do corpo de forma rápida, eficiente e ampla para uma batalha física ou uma fuga de energia para escapar a uma situação problemática e o denominou de Síndrome da luta-e-fuga. Em 1956, Selye observou que as mudanças

que acontecem no corpo durante uma forte emoção são bastante padronizadas, ou seja, são as mesmas, independentes do tipo de emoção vivenciada. Em seus relatos, Selye enfatizou conceitos importantes ao dizer que “o estresse é o tempero da vida”, é uma parte normal do funcionamento do corpo, é uma consequência do ato de viver, que a sua ausência só ocorre com a morte e que o estresse constante e sem alívio pode matar.

Para Ballone (2002), o estresse pode ser definido como uma alteração global do nosso organismo para adaptar-se a uma situação nova ou às mudanças de um modo geral, ou melhor, um conjunto de alterações que surgem num organismo em resposta a um determinado estímulo capaz de colocá-lo sob tensão.

O estresse é, portanto, um mecanismo normal, necessário e benéfico ao organismo, onde, através de uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental, o ser humano procura se adaptar às pressões internas e externas da vida. O que não deve ocorrer é um estado permanente de estimulação, onde os mecanismos de controle se desorganizam e surge o desequilíbrio e a doença.

Logo, o termo “estar estressado” seria um estado do organismo, após o esforço de adaptação que pode produzir deformações na capacidade de resposta, podendo atingir o comportamento mental e afetivo, o estado físico e o relacionamento com as pessoas. A resposta ao estresse surge, ou melhor, é desencadeada pelo organismo com o propósito de mobilizar recursos que permitam as pessoas enfrentarem situações das mais variadas (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 1997).

O estresse, seja ele de natureza física, psicológica ou social, é composto de um conjunto de reações fisiológicas que se exageradas em intensidade ou duração podem levar a um desequilíbrio no organismo. A reação ao estresse é, portanto, uma atitude biológica necessária para a adaptação a situações novas (CAMPOS, 2000).

2.1.2 Fases do Estresse

Do ponto de vista fisiológico, o estresse é essencialmente composto de uma cadeia de mecanismos neuroendócrinos, que começa pelo estímulo do cérebro posterior, e que vai produzir uma secreção aumentada de alguns hormônios das suprarrenais (adrenalina e noradrenalina), o que leva a um estado de alarme geral

no cérebro e órgãos internos, chamada de transformação ergotrópica ou orientada pelo cérebro (GRANDJEAN, 1999).

Em 1936, o pesquisador canadense Hans Selye utilizou o termo *stress* como uma síndrome produzida por agentes nocivos e a denominou de Síndrome Geral de Adaptação, composta de três fases sucessivas descritas a seguir (CAMPOS, 2000; LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 1997):

1ª – *Fase de Alarme ou Alerta* - É a fase em que o organismo entra em contato com o agente agressor e surge uma excitação de agressão ou de fuga ao estressor, que pode ser entendida como um comportamento de adaptação. Essa fase é reconhecida como uma situação de reação saudável ao estresse, porque possibilita o retorno à situação de equilíbrio após a experiência estressante. Essa fase é caracterizada por alguns sintomas: taquicardia, tensão crônica, dor de cabeça, sensação de esgotamento, hipocloremia, pressão no peito, extremidades frias, dentre outros.

2ª – *Fase de Resistência* - Se houver persistência da fase de alerta, o organismo altera seus parâmetros de normalidade e concentra a reação interna em um determinado órgão-alvo, desencadeando a Síndrome de Adaptação Local (SAL). É uma fase intermediária em que o organismo procura o retorno ao equilíbrio. Pode ocorrer nesta fase a adaptação ou eliminação dos agentes estressantes e conseqüentes re-equilíbrio e harmonia ou evoluir para a próxima fase em conseqüência da não adaptação e/ou eliminação da fonte de estresse. Quando o agente estressor, ou seja, o fato ou a situação que colocou a pessoa em estado de alerta continuar atuando sobre ela, inicia-se a fase de resistência ao estresse. Começa, então, o estresse patológico denominado distresse, com: esquecimentos bruscos; fadiga constante; pensamentos obsessivos; tonturas; sensibilidade emotiva; diminuição do apetite sexual; gastrite prolongada, regurgitação; etc.

3ª – *Fase de Exaustão* - O organismo encontra-se extenuado pelo excesso de atividades e pelo alto consumo de energia. Ocorre, então,

a falência do órgão mobilizado na SAL, o que se manifesta sob a forma de doenças orgânicas.

Selye, também, constatou que, após a fase de esgotamento ou exaustão, era observado o surgimento de diversas doenças, como úlcera, hipertensão arterial, artrites e lesões miocárdicas.

A reação de Alarme seria a primeira mobilização desencadeada pelo corpo de todo o processo frente ao desafio provocado pelo estressor. Após certo tempo, essa reação cede, surgindo a fase de resistência, onde a capacidade de resistência do corpo aumenta. E com a permanência do estressor, o nível de resistência enfraquece e a fase de exaustão se inicia (ALBRECHT, 1988).

Lipp e Guevara (1994), no decorrer de seus estudos, identificaram uma outra fase do processo de estresse, tanto clínica como estatisticamente, denominada de quase-exaustão, por se encontrar entre a fase de resistência e a de exaustão, caracterizada por um enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. As doenças começam a surgir, porém ainda não são tão graves como na fase de exaustão.

2.1.3 Classificação do Estresse

Consoante Limongi-França e Rodrigues (1997), o que ocorre é que temos dois aspectos essenciais no estresse: um estímulo sobre o organismo - o “estressor” - e uma resposta que é o “stress”. Caso a resposta seja negativa, é chamada de “*distress*”, no qual o processo adaptativo desencadeado foi inadequado, podendo gerar doença. Quando a pessoa reage bem ao estímulo, trata-se do “*eustress*”, que é o estresse positivo que gera a sensação de realização pessoal, bem estar e satisfação das necessidades.

Para Seyle, o *eustress* é o estresse da realização, do triunfo e do contentamento, é a superação eficaz dos desafios, é o estresse da vitória e o *distress* é tratado pelo autor como “aflição”, é o estresse de perder, no qual o indivíduo começa a sentir uma perda dos sentimentos de segurança e adequação (ALBRECHT, 1988).

Segundo Cataldi (2002), o *eustress* consistiria na existência de tensão com equilíbrio entre esforço, tempo, realização e resultados, e o *distress*

compreenderia a tensão com rompimento do equilíbrio biopsicossocial, por excesso ou falta de esforço, incompatível com o tempo, resultados e realizações.

O estresse também pode ser dividido em dois tipos básicos: o estresse crônico e o agudo. O estresse crônico é aquele que afeta a maioria das pessoas, sendo constante no dia a dia, mas de uma forma mais suave. O estresse agudo é mais intenso e curto, sendo causado normalmente por situações traumáticas, mas passageiras, como a depressão na morte de um parente (CAMPOS, 2000; MENDES, 2001).

Albrecht (1988) realça colocações importantes de estudiosos sobre os tipos de estresse: Seyle mostra que o estresse ocasional é uma reação que ocorre de curta duração, onde o corpo volta ao seu nível de ativação normal, e que o estresse crônico seria um estado de alerta constante, que embora seja de pequeno grau, não ocorre alívio; e Kenneth Pelletier acredita que o indivíduo enfrenta bem o estresse ocasional, após tantos séculos de aprendizado evolutivo e da adaptação, e que o estresse crônico leva a um grave colapso da saúde.

2.1.4 Efeitos do Estresse

Para que se possa adoecer pelo estresse, é necessário que outras condições estejam presentes, como a vulnerabilidade orgânica, ou a forma inadequada de avaliar e enfrentar a situação estressante (LIMONGI-FRANÇA e RODRIGUES, 1997).

Dessa forma, o estresse traz consigo uma série de manifestações clínicas quando não controlado, que podem ser avaliadas objetivamente por exames clínicos e laboratoriais. Dentre os sintomas apresentados, podem ser citados irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração e memória, queda de cabelos, acne e excessivos ganhos ou perdas ponderais, havendo nítida correlação com doenças como gastrites, úlceras gastrointestinais, hipertensão arterial e outras (LOURENÇO, 1998).

Os efeitos do estresse são muitos e, de acordo com Bauk (1985), as pessoas respondem ao estresse de acordo com certos “padrões”, que ainda não foram esclarecidos. As pessoas com padrão cardiovascular queixam-se de enxaquecas, cefaléia, palpitações, mãos e pés frios e úmidos e são propensas a doenças cardiovasculares como a hipertensão e problemas coronarianos. O padrão

gastrointestinal caracteriza-se por sintomas como: náuseas, vômitos, diarreias, azia, dificuldade na digestão e são mais propensos a úlceras e colites. O padrão muscular é freqüente, e as queixas são relativas à tensão muscular, dores nas costas, no pescoço, cerra os dentes, apresenta cefaléias tensionais e tiques nervosos.

O estresse também apresenta um papel importante nas doenças alérgicas, dermatológicas, endócrinas, reumáticas e até no câncer. Em relação às queixas mentais, observa-se: fraqueza, alterações no sono, ansiedade, dificuldade para respirar, dores generalizadas, tonturas, depressão, diminuição da memória e do poder de concentração, cansaço fácil, redução da libido e da potência sexual. Essas pessoas que respondem nesse padrão podem evoluir para neuroses ou outras psicopatologias mais graves (BAUK, 1985).

Lipp e Rocha (1994), em suas pesquisas, relatam que os sinais e sintomas que ocorrem com maior freqüência, de nível físico, são: aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto da mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, náuseas, mãos e pés frios. Em termos psicológicos, vários sintomas podem ocorrer, como: ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, incapacidade de concentrar-se em outros assuntos que não o relacionado ao estressor, dificuldade de relaxar, ira e hipersensibilidade emotiva.

O estresse, quando presente no indivíduo, pode desencadear uma série de doenças, que podem depender da herança genética da pessoa, tais como úlceras, hipertensão, crise de pânico, herpes, etc. A partir daí, sem tratamento especializado e de acordo com as características pessoais, existe o risco de ocorrerem problemas graves, como enfarte, acidente vascular encefálico, dentre outros. É preciso destacar que o estresse não causa essas doenças, mas ele propicia o desencadeamento de doenças para as quais a pessoa já tinha predisposição ou, ao reduzir a defesa imunológica, ele abre espaço para que doenças oportunistas apareçam (LIPP, 1996; LIPP, 1994).

2.1.5 Diagnóstico e Tratamento do Estresse

O diagnóstico do estresse pode ser feito através de vários procedimentos metodológicos que podem incluir avaliação psicológica, avaliação comportamental, e análise ergonômica do trabalho.

Quanto às avaliações psicológicas, várias técnicas podem ser usadas, como: escalas de avaliação; *check list*; questionários de avaliação da satisfação no trabalho ou da percepção da carga do trabalho, entre outros. Nas avaliações comportamentais, poderão ser utilizados métodos como: observação do comportamento desviante (de padrões conhecidos) para uma dada população; investigação do comportamento de enfrentamento (*coping*, em inglês); avaliação da *performance* no trabalho (produtividade, erros, e falhas). A análise ergonômica do trabalho é uma ferramenta onde se pode abordar as questões relativas ao trabalhador em seu ambiente de trabalho como um todo e se elaborar hipóteses de trabalho sobre as relações entre as condições e organização do trabalho e as suas manifestações expressas ou diretas de fadiga, desgaste, desconforto, mal estar e doenças (PARAGUAY, 1990).

Para avaliar o estresse sob o aspecto dos seus sintomas, foram elaborados vários questionários como o Teste de Lipp, do Centro Psicológico de Controle do Estresse de Campinas, no qual o indivíduo assinala os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas, no último mês e nos últimos três meses. No entanto, o indivíduo deve passar por um processo de avaliação muito mais complexo, incluindo toda a sua história clínica (BERNIK, 1997).

Limongi-França e Rodrigues (1997) ao estudar os estressores psicossociais, enfatizam que “o ser humano é capaz de adaptar-se ao meio ambiente desfavorável, mas esta adaptação não acontece impunemente”.

Na maioria das vezes, a grande exigência imposta às pessoas pelas mudanças da vida moderna e, conseqüentemente, a necessidade imperiosa de ajustar-se a tais mudanças, acaba por expor as pessoas a uma freqüente situação de conflito, ansiedade, angústia e desestabilização emocional. O estresse patológico surge como uma conseqüência direta dos persistentes esforços adaptativos da pessoa à sua situação existencial (BALLONE, 2002).

Para Limongi-França e Rodrigues (1997), o desgaste a que as pessoas são submetidas nos ambientes e nas relações com o trabalho, é um dos fatores dos mais significantes no surgimento de doenças. Os agentes estressores psicossociais têm importância reconhecida de modo amplo e sabe-se que são tão potentes quanto aos microorganismos ou à insalubridade no desencadeamento de doenças.

Bauk (1985) ressalta que é preciso entender que a vida é um constante e contínuo processo de adaptação e o segredo da saúde e de ser feliz reside na capacidade de se ajustar às condições do mundo.

O tratamento do estresse visa o tratamento preventivo quando da atuação nas possíveis causas desencadeantes e o curativo das doenças já instaladas. Várias técnicas são utilizadas em conjunto ou isoladamente com um acompanhamento médico e psicológico, como: relaxamentos, *biofeedback*, meditação, ioga, exercícios físicos, alimentação saudável (MOLINA, 1996; BAUK, 1985; BALLONE, 2002)

Por passar tanto tempo no estado de ansiedade, um indivíduo com tensão crônica perde sua capacidade de mobilizar inteiramente seu sistema nervoso parassimpático, assim o corpo não consegue recuperar-se e relaxar. O reaprendizado da reação parassimpática no estresse é uma das bases do tratamento do relaxamento profundo.

Fisiologicamente, a ausência total de estresse equivale à morte. O que se deseja é eliminar completamente o estresse que traz prejuízo ao indivíduo e ao trabalho ou, ao menos, tentar reduzir, nas pessoas, os efeitos danosos do estresse que a sociedade proporciona e sensibilizá-la para os meios capazes de ajudar a administrar melhor os estressores do cotidiano (BALLONE, 2002).

2.2 ESTRESSE OCUPACIONAL

O conhecimento de que o trabalho pode gerar doenças data de muito tempo.

A legislação trabalhista de vários países, inclusive a brasileira, reconhece a relação causa/efeito dos agentes químicos, físicos, ergonômicos e biológicos, na produção de doenças ocupacionais, possivelmente por serem facilmente mensuráveis. Porém, é complexa a aceitação dos riscos psíquicos, que estão inseridos nos riscos ergonômicos, decorrentes de uma precária organização do trabalho, como causadores de patologia, já que é de difícil mensuração (MENDES, 2001).

Os trabalhadores são agredidos por vários fatores nos ambientes de trabalho, que são conhecidos como “riscos/agentes profissionais” ou “cargas de trabalho”.

Para Paraguay (1990), o estresse ocupacional é definido como “um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico, associado às experiências de trabalho”.

Em cada situação de trabalho, de acordo com os conteúdos das tarefas desenvolvidas pelo empregado, variam também os esforços exigidos. De acordo com o tipo de tarefa, os esforços podem ser predominantemente físicos, cognitivos ou psicoafetivos (LIPP, 1996; DAÚD JUNIOR, 1995).

Sendo muitas as fontes de estresse no trabalho, Paraguay (1990) ressalta basicamente:

- os fatores ambientais – como ruído, iluminação, temperatura, ventilação, etc.
- os fatores organizacionais – envolvimento e participação no trabalho, suportes organizacionais existentes (estilo de supervisão, apoio gerencial, esquemas organizacionais, plano de carreira, etc.); e
- a organização do trabalho – definida a partir dos aspectos mentais (cognitivos e/ou psíquicos) do trabalho; da monotonia x sobrecarga de trabalho; do ritmo da produção e do trabalho; das jornadas diárias e semanal; do tipo de alternância dos turnos de trabalho; das pressões temporais; do significado do trabalho e da natureza das tarefas.

Fialho e Santos (1995) chamam a atenção de que os agentes físicos, químicos, biológicos e ergonômicos são causadores de numerosas doenças, contudo, estes também interferem nos processos mentais e nas dinâmicas relacionadas à saúde, quer pela via neuropsíquica, quer pela via psicossocial, ou por ambas.

De uma maneira mais específica, do ponto de vista ocupacional, lida (1990) aponta como principais causas do estresse ocupacional aquelas que estão relacionadas com o conteúdo do trabalho, fatores organizacionais e pressões econômico-sociais.

Para Mendes (2001), o trabalho vem sendo reconhecido como importante instância na patogenia e evolução dos distúrbios psíquicos, porém, não se tem um consenso para sua classificação. Geralmente, eles são estudados através de determinações coletivas, mas articulados a modos individuais de responder e

adoecer. Logo, torna-se essencial que se leve em consideração a vulnerabilidade individual, diante de situações estressantes.

Em cada ambiente de trabalho, os estímulos estressores são muitos e específicos.

Ballone (2002) enfatiza que se pode experimentar ansiedade significativa (reação de alarme) diante de desentendimentos com colegas, diante da sobrecarga e da corrida contra o tempo, diante da insatisfação salarial e, dependendo da pessoa, até com o tocar do telefone. Para esse autor, os fatores intrapsíquicos (interiores) relacionados ao serviço também contribuem para a pessoa manter-se estressada, como é o caso da sensação de insegurança no emprego, sensação de insuficiência profissional, pressão para comprovação de eficiência ou, até mesmo, a impressão continuada de estar cometendo erros profissionais. Isso tudo sem contar os fatores internos que a pessoa traz consigo para o emprego, tais como: seus conflitos, suas frustrações, suas desavenças conjugais, etc.

Para se analisar as determinantes laborais dos distúrbios psíquicos, faz-se necessário conhecer a situação de trabalho, compreendendo as condições e a organização do mesmo, que traduzirão a intensidade dos fatores estressores que, quando mantidos por tempo prolongado, causarão sofrimento mental, estresse e doenças psicossomáticas.

Ao se estudar a organização do trabalho, componentes do processo entram em conflito com o psiquismo do trabalhador (na mesma proporção em que o ambiente de trabalho está em conflito com seu corpo), tais como a monotonia ou sobrecarga de trabalho, as alternâncias de turnos, o ritmo de produção, as chefias, o conteúdo e significado do trabalho, que são colocados para o trabalhador, em função da divisão e conteúdo de tarefas (COUTO, 1987).

Assim, as relações entre estes distintos aspectos organizacionais precisam ser enfocadas, para que se possam entender as dinâmicas pelas quais tensões, fadiga, tristeza, medo ou apatia podem ser produzidos ou estimulados, a partir de determinadas situações de trabalho (LIPP, 1996).

De um modo geral, pode-se dizer que os agentes estressores têm origem no meio externo (condições do ambiente físico ou social) ou no meio interno, representado pelos nossos próprios pensamentos e emoções (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 1997).

Couto (1987) apresentou um modelo de origem do estresse que se baseia na interação entre três tipos de fatores geradores: (1) fatores ligados ao trabalho, (2) fatores ligados ao contexto e (3) fatores ligados à vulnerabilidade do indivíduo.

Dentre os fatores ligados ao trabalho, merecem destaque: a carga de trabalho; o grau de responsabilidade no emprego; o trabalho em turnos; a insatisfação, a alienação, a monotonia e a frustração com o trabalho; os conflitos interpessoais, a falta de influência e competição no trabalho; a insegurança no emprego; a oportunidade de promoção; o horário de trabalho irregular e o trabalho noturno (MARZIALE; CARVALHO, 1996).

Os fatores relacionados ao contexto constituem-se em problemas familiares, em fatores relacionados à urbanização e modernização, na exposição à mídia, nos contrastes sociais e nas mudanças do padrão de vida.

Dentre os fatores relacionados à vulnerabilidade individual, destacam-se o estado de tensão que cada um desenvolve frente a uma situação de mudança, à insegurança, à emotividade e à competência inerente a cada um. Assim, fatores psicológicos, medo, ansiedade, conflitos, frustrações, emoções diversas, enfim, numerosos agentes, claramente intervêm na relação social de um indivíduo e podem produzir ou corroborar com o aparecimento de distúrbios orgânicos (FLOREZ-LOZANO, 1990).

O desgaste emocional, no qual as pessoas são submetidas nas relações com o trabalho, é fator muito significativo na determinação de transtornos relacionados ao estresse, é o caso das depressões, ansiedade patológica, pânico, fobias, doenças psicossomáticas, etc. (BALLONE, 2002).

Apesar de não ser possível estabelecer uma fórmula ou regra para análise do estresse no trabalho, devido à grande diversidade entre as empresas, existem situações mais comumente relacionadas ao estresse no trabalho de um modo geral, dentre elas estão: a sobrecarga de agentes estressores, a falta de estímulos, o ruído excessivo, os contínuos atrasos de sono pelo horário do trabalho, a falta de perspectivas e as mudanças constantes. As atividades que exigem posições anti-fisiológicas, repetitividade de exercícios danosos e permanência exagerada em atitudes cansativas fazem parte das exigências posturais a que são submetidas as pessoas durante o trabalho e também causam estresse (BALLONE, 2002).

Deve ser considerado o conforto térmico, acústico, as horas trabalhadas sem pausas, a exigência física, postural ou sensoperceptiva e outros elementos

associados ao desempenho profissional. Ambientes hostis, em termos de temperatura, umidade do ar e contato com agentes agressivos à saúde fazem parte da exigência física, a qual alguns trabalhadores estão submetidos. Daí, a enorme importância do assessoramento técnico da Medicina do Trabalho, da Ergonomia, da Engenharia de Segurança para prevenir esses estados de esgotamento.

Avaliando-se outros parâmetros como capacidade de concentração, memória, depressão e dependências químicas, uma vez que, como afirma Lida (1990), muitas pessoas recorrem ao uso do álcool, fumo e outras drogas para aliviar os sintomas do estresse, obtêm-se informações de considerável contribuição para o diagnóstico do estresse (BERNIK, 1997).

Sabe-se, também, que as situações de trabalho podem atuar no trabalhador, desencadeando crises mentais agudas, neuróticas e psicóticas (LIPP; ROCHA, 1994; DAÚD JUNIOR, 1995; PITTA, 1991).

A Síndrome do Esgotamento Profissional/Estafa/*Burnout* tem sido descrita principalmente em profissionais que trabalham na prestação de cuidados a pessoas doentes, grupos sociais carentes e crianças (MENDES, 2001).

A definição mais utilizada, no contexto da psicologia, tem sido a de Maslach e Jackson (1981), na qual o *burnout* é descrito como uma síndrome multidimensional constituída por exaustão emocional, desumanização e reduzida realização pessoal no trabalho. O *burnout* seria uma forma encontrada de enfrentar, mesmo que de forma inadequada, a cronificação do estresse ocupacional e ocorre quando falham outras estratégias para lidar com o estresse.

A exaustão emocional é caracterizada pela sensação de esgotamento emocional e físico. De acordo com a intensidade e o tempo de duração deste estado de exaustão, o indivíduo pode vir a sofrer conseqüências graves, tanto em nível físico como psicológico, caso não possa restaurar o contexto anterior ou desenvolver mecanismos adaptativos que lhe permitam restabelecer o equilíbrio perdido (PEREIRA, 2008).

Os sintomas atribuídos ao *burnout* são variados e podem ser divididos em 4 categorias, físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, e estão listados na Figura1 (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

SINTOMATOLOGIA DO BURNOUT	
SINTOMAS FÍSICOS	SINTOMAS COMPORTAMENTAIS
Fadiga constante e progressiva Distúrbios do sono Dores musculares ou osteo-musculares Cefaléia, enxaquecas Perturbações intestinais Imunodeficiência Transtornos cardiovasculares Distúrbios do sistema respiratório Disfunções sexuais Alterações menstruais	Negligência ou excesso de escrúpulos Irritabilidade Incremento da agressividade Incapacidade para relaxar Dificuldade na aceitação de mudanças Perda da iniciativa Aumento do consumo de substâncias Comportamento de alto-risco Suicídio
SINTOMAS PSIQUICOS	SINTOMAS DEFENSIVOS
Falta de atenção, de concentração Alterações da memória Lentificação do pensamento Sentimento de alienação Sentimento de solidão Impaciência Sentimento de insuficiência Baixa estima Labilidade emocional Dificuldade de boa aceitação Astenia, desânimo, disforia, depressão Desconfiança, paranóia	Tendência ao isolamento Sentimento de onipotência Perda do interesse pelo trabalho (ou até pelo lazer) Absentéismo Ironia, Cinismo

Figura 1 - Sintomatologia do *Burnout*.

Fonte: Benevides-Pereira (2002).

Dejours (1992) descreve como insatisfação e ansiedade, portanto, sofrimento psíquico, a reação dos trabalhadores por não passar de um apêndice da máquina, por conta da falta de significação do trabalho e pela complexidade da tarefa.

Candeias *et al* (1988) relatam que o estresse também está relacionado com a fadiga e a passividade dos trabalhadores, frente a uma condição ruim de trabalho e contra o sofrimento. Os trabalhadores elaborariam estratégias defensivas individuais e coletivas, que contribuiriam para a sintomatologia apresentada por eles, sendo esta característica de cada profissão e de cada indivíduo.

Para Dejours (1992), o trabalho é favorável ao trabalhador, quando oferece uma possibilidade de concretizar suas aspirações, idéias, desejos, quando é livremente escolhido e quando a organização do trabalho é flexível, para que ele possa adaptá-la a seus desejos, ao seu corpo e ao seu estado emocional.

Rego (1993), ao estudar as relações entre tecnologia, estrutura social e experiência individual, define “alienação” como uma síndrome geral, composta por uma série de condições objetivas e subjetivas, “estados de sofrimento”, que emergem de certas relações entre trabalhadores e ambientes sociotécnicos de trabalho. A alienação seria uma espécie de experiência pessoal, resultante de tipos específicos de organizações sociais, existindo quando os trabalhadores são incapazes de controlar o processo de trabalho, de desenvolver um senso de propósito e função, que conecte seu trabalho com um todo, de pertencer a comunidades industriais integradas e, ainda, quando a atividade de trabalho deixa de ser uma forma de expressão pessoal.

Os agentes estressores estão presentes em qualquer tipo de atividade e num ambiente de trabalho são absorvidos de modo diferente por cada pessoa exposta a uma dada situação. Porém, observou-se que o potencial estressor das mudanças fisiológicas advindas com o estresse é muito maior para indivíduos que ocupam determinados cargos, onde o grau de responsabilidade e o poder de decisão desempenham importante papel, dentro de um mesmo campo profissional (BAUK, 1985).

A organização do trabalho, parametrizada na óptica capitalista, exerce sobre o trabalhador uma ação controladora, repressora e alienante, porque determina um ritmo excessivo de trabalho, hierarquiza de forma autoritária as relações interpessoais e limita a criatividade (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996).

Os ritmos e cadências, atenção, fadiga, trabalhos rotineiros e ócio são fatores que se integram no complexo estressante. Por outro lado, também, a duração da jornada, os turnos que perturbam ritmos biológicos, os baixos rendimento e motivação contribuem de forma relevante para criar uma situação de conflito e hostil (FLOREZ-LUZANO, 1996).

Na literatura científica, têm surgido inúmeras terminologias para conceituar os efeitos psíquicos e psicossomáticos do trabalho sobre os indivíduos: estresse laboral, neurose do trabalho, síndrome neurótica do trabalho, fadiga mental e fadiga patológica, tensão laboral e sofrimento mental decorrente da vida laboral, todos estes constituindo uma carga estressora muito forte, passíveis de provocar doenças (BAUK, 1985; CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996).

A psicopatologia do trabalho tem como objetivo lidar com as conseqüências psíquicas do afrontamento dos homens com seu trabalho. Sua

atuação está centrada no sofrimento psíquico, mesmo quando este não provoca uma doença mental, porém se fundamenta na hipótese de que o sofrimento poderia levar a prejuízos à saúde em médio e longo prazo (PARAGUAY, 1990).

2.3 MODELOS DE ESTRESSE OCUPACIONAL

Ao rever as proposições conceituais sobre estresse, Savoia (2005) enfatiza a classificação proposta por Lazarus, que compreende três categorias: (i) a que atribui maior atenção à resposta do indivíduo ao estímulo estressor; (ii) a que dá maior importância ao estímulo estressor, e (iii) a que enfatiza as relações mútuas entre o indivíduo e o ambiente.

Mejias (1992) considera também esses três modelos conceituais: o modelo baseado na resposta, o modelo baseado nos estímulos e o modelo interacional. No primeiro são destacadas as reações do organismo diante dos estressores, onde as respostas psicológicas e fisiológicas são consideradas como respostas ao estresse. No segundo, a importância é dada aos estímulos externos, agrupam-se as definições que concebem o estresse, referindo-se, principalmente, às características do ambiente que são problemáticas ao indivíduo, sem levar em consideração as diferenças individuais no processo. Os pesquisadores com esse enfoque procuram estabelecer relações entre a intensidade do estressor e a intensidade da reação. E no terceiro modelo, se integra os dois anteriores, onde se ressalta a importância da relação recíproca organismo-ambiente. As definições dessa categoria sugerem que a maioria das respostas de estresse excessivo é autoproduzida, ou seja, ocorre devido à interpretação que a pessoa dá aos estímulos que podem ser relativamente inócuos. As condições que tendem a causar estresse, chamadas de estressoras, usualmente se combinam para pressionar um indivíduo de várias maneiras, até que se desenvolva o estresse.

Em relação ao estresse ocupacional, observa-se que os estudiosos sobre o assunto constroem seus modelos e a partir de suas proposições elaboram instrumentos para coleta de dados.

Alguns modelos de estresse ocupacional incluindo seus fatores desencadeantes serão apresentados a seguir:

Modelo Teórico do Stress Ocupacional de Cooper

Segundo Ladeira (1995), o Modelo Dinâmico do Estresse construído por Cooper e colaboradores em 1988, é mostrado na Figura 2, e tem a proposição de que os agentes ocupacionais com potencial estressor podem ser categorizados em seis grandes grupos, com suas respectivas variáveis:

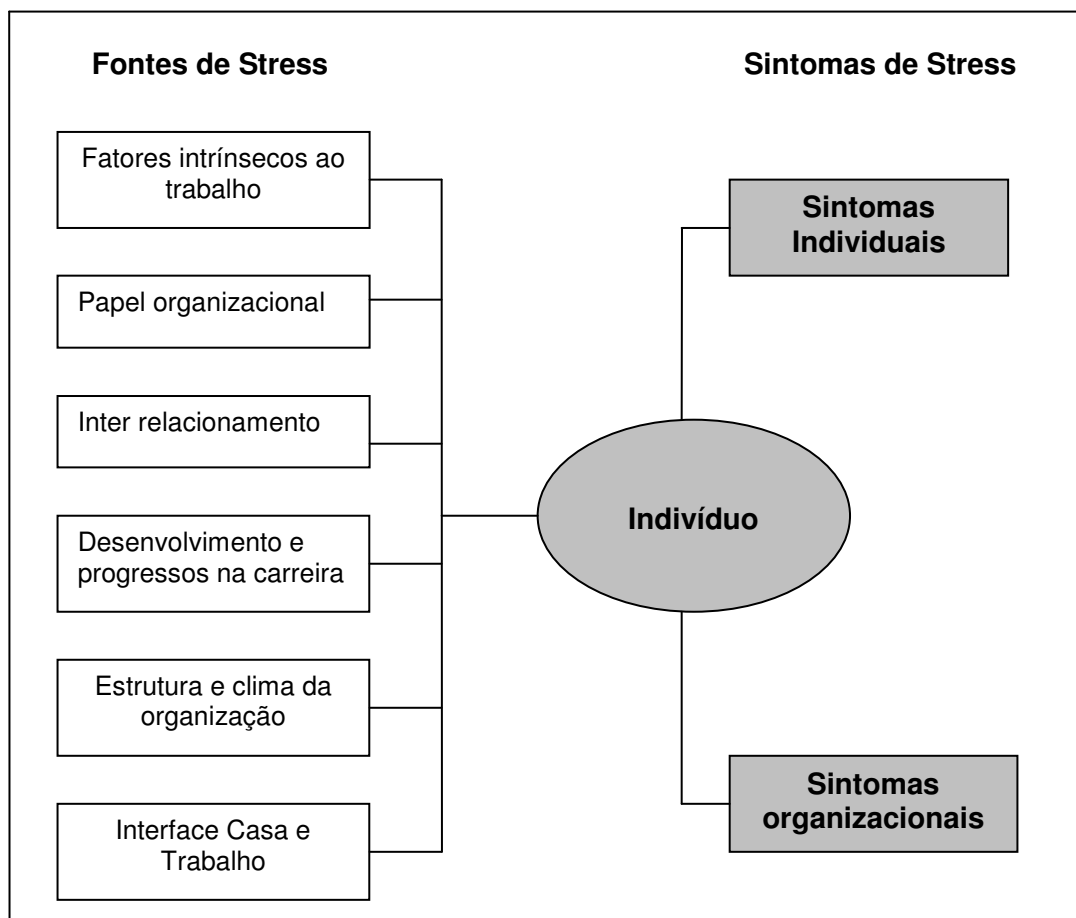


FIGURA 2 - A dinâmica do Stress Ocupacional proposto por Cooper.
FONTE: Cooper *et al. apud* Ladeira (1995).

- fatores intrínsecos ao trabalho - condições de salubridade, jornada de trabalho, ritmo, riscos potenciais à saúde, sobrecarga de trabalho, introdução de novas tecnologias, natureza e conteúdo do trabalho;
- papel organizacional – ambigüidade e conflitos de papéis;
- inter-relacionamento – para com superiores, colegas e subordinados;
- desenvolvimento na carreira – congruência de status e segurança no emprego e perspectiva de promoções;

- clima da organização – ameaças potenciais à integridade do indivíduo, sua autonomia e identidade pessoal; e a
- interface casa/trabalho – aspectos relacionais do stress ocupacional e eventos pessoais fora do trabalho, dinâmica psicossocial do stress.

De acordo com os autores do modelo, todo e qualquer tipo de trabalho possui agentes potencialmente estressores para o indivíduo. O tipo de agente e a potência de sua manifestação sobre o trabalhador serão diferenciados conforme cada situação e contexto ocupacional e será diferente de indivíduo para indivíduo. A partir desse modelo, foi desenvolvido o *Occupational Stress Indicator* (OSI), questionário utilizado mundialmente no diagnóstico de estresse ocupacional (LADEIRA, 1995).

Modelo Demanda e Controle proposto por Karasek

O Modelo Demanda e Controle (*Job Train Model*) elaborado por Karasek *et al.* (1998) abrange duas dimensões que estruturam riscos diferenciados à saúde: o controle sobre o trabalho e a demanda psicológica advinda do trabalho.

O modelo de Karasek distingue quatro tipos básicos de experiências no trabalho gerados pela interação dos níveis “alto” e “baixo” de demanda psicológica e de controle: alta exigência no trabalho (caracterizado por alta demanda e baixo controle); trabalho ativo (alta demanda e alto controle); trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle). Essas combinações que mostram situações específicas de trabalho podem ser representadas por quadrantes atravessados por duas diagonais A e B. A diagonal A, assinala o risco de distúrbios de ordem psicológica e de doença física e a diagonal B, registra a motivação para se desenvolver novos padrões de comportamento (ARAÚJO *et al.*, 2003).

O trabalho médico está classificado nesse modelo como trabalho ativo, onde existe alta exigência e alto controle (NOGUEIRA-MARTINS, 2002; GUIMARÃES *et al.*, 2004).

A Figura 3 representa o Modelo Demanda e Controle.

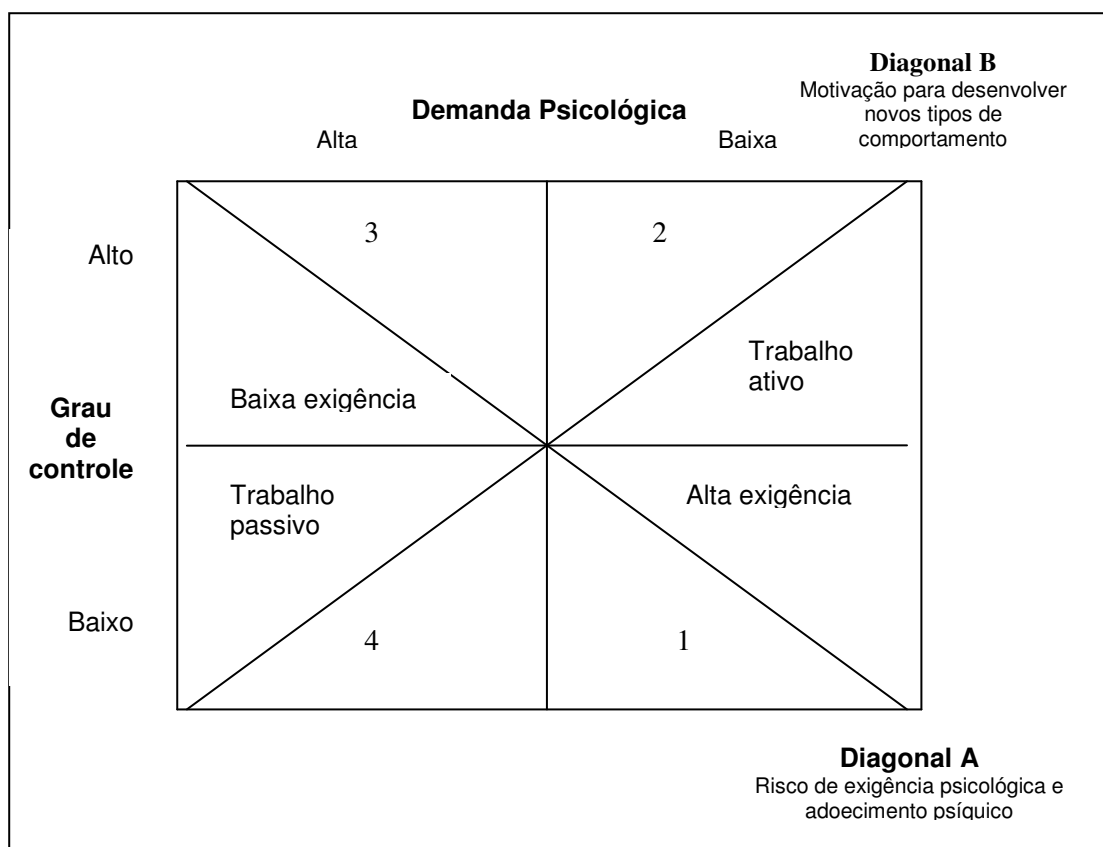


FIGURA 3 - Modelo Demanda - Controle de Karasek
 FONTE: Karasek *apud* Araújo *et al.* (2003).

Modelo Michigan proposto por Seergers e Van Elderen

O Modelo Michigan, descrito por Seergers e Van Elderen (1996), foi usado para análise do estresse em diretores de banco e tenta mostrar que o estresse no local de trabalho é resultado de uma deficiência de ajuste entre o trabalhador e as exigências da organização ou do emprego. Para os autores, os elementos percebidos na situação de trabalho podem agir como estressores e levar as reações de estresse, conforme mostra a Figura 4.

Quando os estressores se mantêm e as reações do indivíduo são insuficientes, podem ocorrer reações de estresse psicológico, físico e de conduta e levar ao surgimento de doenças e absenteísmo, como ilustrado na figura anteriormente apresentada.

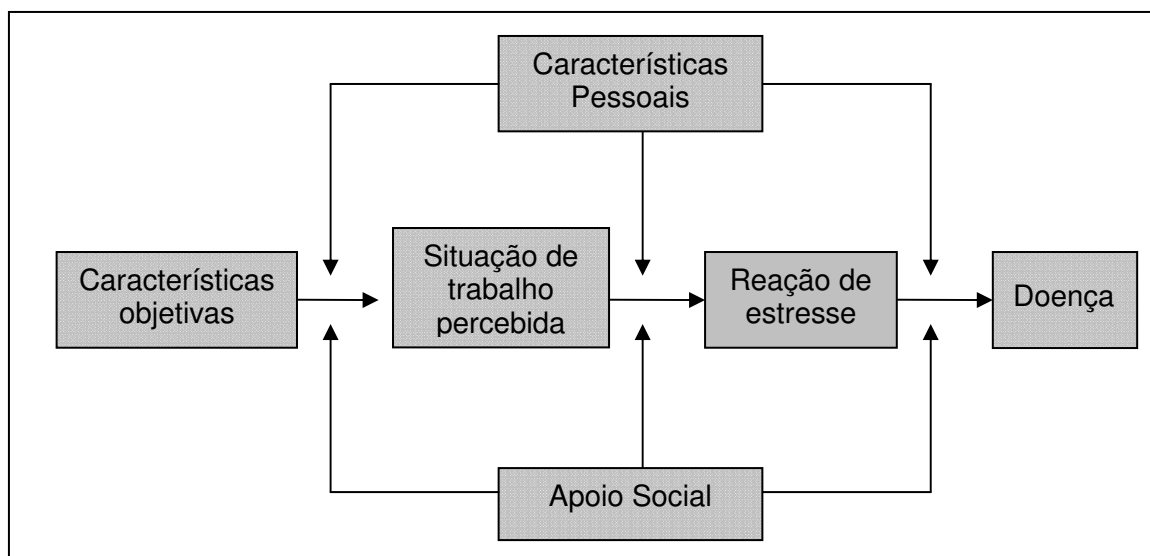


FIGURA 4 - Modelo conceitual de Michigan.
 FONTE: Figueroa *et al.* (2001).

Modelo teórico “Desequilíbrio entre Esforço e Recompensa no trabalho (ERI-Effort Reward Imbalance)”

É um modelo desenvolvido por Johannes Siegrist (1996) que analisa a prevalência das condições de alto esforço e de baixa recompensa no trabalho, relacionando-as a experiências cronicamente estressantes. Estas experiências resultam de um desequilíbrio entre altos esforços intrínsecos e baixas recompensas extrínsecas, acrescido a um alto nível de superdedicação ou uma combinação de ambos.

O termo recompensa na construção do modelo associa as funções auto-reguladoras do trabalho (auto-estima e auto-eficácia) com a estrutura de oportunidade social. A recompensa social advém do dinheiro (salário e renda), da estima e do controle do trabalhador sobre seu status social.

O alto esforço seria derivado de duas fontes: uma extrínseca, relacionada às exigências do trabalho propriamente dito, e uma intrínseca, relativa às motivações individuais do trabalhador diante de uma situação de exigência (SIEGRIST, 1996; SIEGRIST *et al.*, 1997).

As interações desse modelo estão ilustradas na Figura 5.

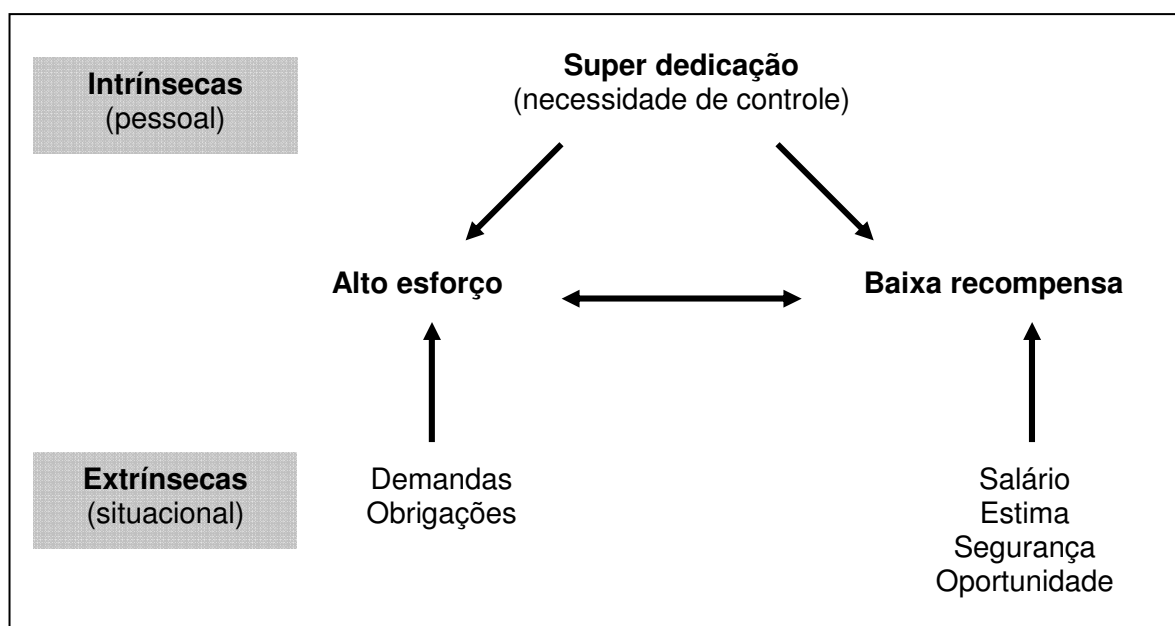


FIGURA 5 - Modelo Effort Reward Imbalance - ERI.
 FONTE: GUIMARÃES *et al* (2004).

Karasek *et al.* (1998) dizem que esse modelo concentra-se em demandas psicológicas, demandas físicas e também na carga de trabalho total e que os fatores estressantes são considerados, numa totalidade, como aspectos-mentais e socioemocionais, no contexto restrito da saúde e bem-estar do trabalhador, e que o paradigma do estresse desse modelo são as ameaças ou violações de recompensa legítimas, baseadas em reciprocidade social (GUIMARÃES *et al*, 2004).

Modelo Teórico Esforço - Distress de Marianne Frankenhauser

Esse modelo foi criado na Suécia por Marianne Frankenhauser *et al* (1989), tendo como característica principal a integração de métodos e conceitos da psicologia biológica e social no estudo de tensão e respostas fisiológicas, abordando o sistema neuroendócrino e as respostas cardiovasculares em relação com o ambiente psicossocial do trabalho.

Frankenhauser *et al* (1989) demonstraram que sob alta exigência o organismo pode exercer controle, ou seja, frente à estressores controláveis e previsíveis (semelhante ao trabalho "ativo" no modelo Karasek), os níveis de adrenalina aumentam e o de cortisol diminui - esforço sem distress. Porém, em situações que exigem baixo controle (semelhante ao trabalho de elevada tensão de

Karasek), nas quais as demandas são percebidas como excessivas ou ameaçadoras, a adrenalina e o cortisol se elevam e ocorre o esforço com distress.

Nesse modelo, situações de baixa exigência e baixo controle (semelhante ao trabalho passivo de Karasek ou ao conceito de Seligman de incapacidade para o aprendizado) podem criar sentimentos de depressão e incapacidade, elevando o nível de cortisol e discretas elevações nas catecolaminas (SAMPAIO; GUIMARÃES, 2004).

Modelo de Burnout proposto por Maslach e Jackson

Dentre os diversos modelos de estresse ocupacional, destaca-se a síndrome do *burnout*, descrita pela primeira vez por Freudenberg em 1974 (LIMONGI-FRANÇA, 1997). O termo pode ser traduzido como aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia e foi usado pelo autor para designar uma resposta dos indivíduos ao estresse ocupacional.

Na década de 70, Maslach e Jackson (1981) passaram a investigar a síndrome, desenvolvendo cientificamente um modelo de *burnout*. Os autores também elaboraram o *Maslach Burnout Inventory* para medir a síndrome, sendo este instrumento, atualmente, usado na maioria das pesquisas sobre o tema (MASLACH *et al*, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2008).

Segundo o modelo teórico de Maslach *et al.* (2001), a síndrome de *burnout* é um processo em que a exaustão emocional é a dimensão precursora da síndrome, sendo seguida por despersonalização e, por fim, pelo sentimento de diminuição da realização pessoal no trabalho.

O Modelo de Maslach preconiza como o sujeito vivencia seu trabalho, de acordo com três dimensões colocadas no instrumento de avaliação, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI):

- (a) exaustão emocional, com nove itens (sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho; quando termino minha jornada de trabalho, sinto-me esgotado; quando me levanto pela manhã e enfrento outra jornada de trabalho, sinto-me fatigado; sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa; sinto que meu trabalho está me desgastando; sinto-me frustrado com meu trabalho; sinto que estou trabalhando demais; sinto que trabalhar em contato direto

com as pessoas me estressa; sinto como se estivesse no limite de minhas possibilidades);

- (b) despersonalização, com cinco itens (sinto que estou tratando algumas pessoas de meu trabalho como se fossem objetos impessoais; sinto que me tornei mais duro com as pessoas desde que comecei esse trabalho; preocupo-me se esse trabalho está me enrijecendo emocionalmente; sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente; parece-me que os receptores de meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas); e
- (c) diminuição da realização pessoal no trabalho, com oito itens (sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender; sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender; sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas que tenho que atender; sinto-me vigoroso em meu trabalho; sinto que posso criar um clima agradável em meu trabalho; sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender; creio que consigo coisas valiosas nesse trabalho; no meu trabalho, eu manejo os problemas emocionais com muita calma).

Totaliza, portanto, 22 itens que indicam a frequência das respostas, numa escala de pontuação que varia de 1 a 7. A variável *burnout* é estimada através do cálculo da média das pontuações obtidas em cada dimensão, o que dará o índice alcançado em cada uma delas. O MBI possui validade fatorial e consistência interna de suas escalas satisfatórias

2.4 AVALIAÇÃO DO ESTRESSE E SEUS INSTRUMENTOS

Muitos são os instrumentos utilizados para se fazer o diagnóstico do estresse. Geralmente, eles são construídos tendo por base um modelo teórico do estresse. Alguns já foram construídos para um grupo específico de trabalhadores.

Apesar do aumento de estudos sobre o estresse ocupacional e da existência no mercado de numerosos instrumentos para sua avaliação, poucos são

aqueles que atendem os parâmetros psicométricos e postulados teóricos. No Brasil, alguns apresentam problemas de validação (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

Ramos (1992) ressalta o uso em pesquisa brasileira do “*Faculty stress index*”, construído por Gmelch e colaboradores para avaliação do stress em professores universitários. Esse instrumento foi adaptado e validado no Brasil e tem servido de modelo para várias pesquisas.

Alves *et al.* (2004) fizeram um trabalho de adaptação para o português da “*job stress scale*”, utilizado para avaliação do Modelo Demanda-Controle de Karasek, aplicando-o em funcionários técnico-administrativos e concluíram que a escala adaptada não contempla todos os aspectos inerentes ao trabalho, permitindo a exploração de algumas dimensões do estresse nesse ambiente específico e que pode ser complementada com a utilização de outras escalas ou com estudos com métodos qualitativos.

Figueroa *et al.* (2001) construíram o “*Inventário de Malestar percebido em el Ambiente Laboral (IMPAL)*”, com o objetivo de medir o impacto que diferentes estressores de trabalho têm sobre a pessoa, o qual foi usado para análise do estresse em diretores de banco e tenta mostrar que o estresse no local de trabalho é resultado de uma deficiência de ajuste entre o trabalhador e as exigências da organização ou do emprego. O instrumento mostrou sensibilidade na avaliação do impacto de estressores cotidianos no contexto de trabalho, permitindo classificar em ordem decrescente as áreas de origem dos acontecimentos estressantes.

Moraes *et al.* (2006) realizaram uma pesquisa sobre qualidade de vida e estresse na polícia militar e utilizaram como referência os modelos de Hackman e Oldham (1975) com o instrumento *Job Diagnostic Survey* (JDS) para qualidade de vida e o modelo de Cooper com o instrumento *Occupational Stress Indicator* (OSI) para avaliação do estresse.

Paschoal e Tamayo (2004) realizaram um estudo com trabalhadores de diferentes organizações públicas e privadas para validação da Escala de Estresse no Trabalho (EET) e concluíram que essa escala pode ser utilizada como ferramenta no diagnóstico do ambiente de trabalho das organizações. O instrumento baseou-se na versão brasileira do OSI – *Occupational Stress Indicator* - traduzido por Swanm Moraes e Cooper, sendo bastante utilizado em pesquisas brasileiras. Os autores ressaltam o uso de outro instrumento disponível no Brasil para o estudo do estresse, o SWS – Questionário de Estresse - Saúde Mental e Trabalho.

Araújo *et al.* (2003) ressaltam a presença de um grande esforço na construção de modelos metodológicos na avaliação das características do trabalho e efeitos à saúde dos trabalhadores e destaca o modelo Demanda e Controle como um modelo que recorta duas dimensões do ambiente de trabalho: as demandas psicológicas e o controle do trabalhador sobre o próprio trabalho. A partir dos pressupostos desse modelo, fizeram dois estudos em docentes e cirurgiões dentistas utilizando o *Job Content Questionnaire - JCQ* (Questionário sobre o conteúdo do trabalho) elaborado por Karasek *et al.* (1998), bastante difundido e atualmente um dos mais utilizados em saúde ocupacional em estudos sobre os aspectos psicossociais do trabalho e repercussões sobre a saúde, para medição dos aspectos psicossociais, e o *Self Report Questionnaire (SRQ)*²⁰ para avaliação da saúde mental (distúrbios menores) dos trabalhadores. Os resultados confirmaram a predição do modelo, onde o quadrante de alta exigência concentrou as mais elevadas prevalências de distúrbios psíquicos menores, mostrando que o trabalho em alta exigência concentra os maiores riscos à saúde dos trabalhadores e apontaram ser o modelo Demanda-Controle, operacionalizado pelo JCQ, um importante instrumento para avaliar a associação entre os aspectos psicossociais do trabalho e efeitos sobre a saúde dos trabalhadores com bom desempenho na identificação de diferentes situações de trabalho.

Regis (1996) realizou um estudo sobre estresse ocupacional em 100 executivos utilizando sete instrumentos: Inventário dos Agentes Stressores do Trabalho dos Executivos (IASTE); Estado Geral de Saúde (ESAU), instrumento desenvolvido e validado por Barton, Folkard, Smith, Spelten e Totterdell para avaliação dos sintomas físicos e doenças orgânicas; *Stress e Coping Experience – Stress (SCOPE/STR)* desenvolvido pelo Max-Planck-Institut na Alemanha e validado no Brasil em 1982, para identificação do stress e medo em várias áreas da vida cotidiana, bem como nas dimensões de saúde e enfermidade; o Behaviour Pattern TypA (BEPATYA) desenvolvido por Brengelmann e Vasconcelos para medição do comportamento A e B; o *Life Events Units (LEU)*, desenvolvido por Holmes e Rahe para avaliação do stress a partir de eventos da vida; a Lista de Sintomas de Stress (LSS), desenvolvido por Vasconcelos para aferir sintomas psicofisiológicos e psicológicos do stress; e a Caracterização da Organização (C.O), para identificação da empresa, a organização do processo de trabalho, as políticas de pessoal e o processo de comunicação.

Segundo Savoia (2005), a escala de Holmes e Rahe tem sido objeto de vários estudos e permanece como a mais utilizada em pesquisas de campo. Em muitos trabalhos, os pesquisadores modificam a ordem ou o número dos eventos nela incluídos, mas, basicamente, conserva a sua forma original. A autora ressalta que uma segunda maneira de medir eventos vitais foi desenvolvida por Brown: *London Life Event and Difficulty Schedule* que são listados por meio de uma entrevista, os possíveis acontecimentos estressantes em diferentes fontes de estresse do indivíduo (familiar, trabalho, sociais etc.).

Na década de 70, Maslach e Jackson (1981) passaram a investigar a síndrome de *burnout*, desenvolvendo cientificamente um modelo de *burnout*. Os autores também elaboraram o *Maslach Burnout Inventory* para medir a síndrome, sendo este instrumento, atualmente, usado na maioria das pesquisas sobre o tema.

Savoia (2005) ressalta ainda que para estratégias de *coping* são utilizados o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus e o Inventário de Controle de Estresse, da Marilda Lipp, que também agrupa as estratégias de *coping* em: 1) aspectos fisiológicos que englobam exercícios físicos, práticas gerais de nutrição e saúde, formas de relaxamento; 2) sistemas de apoio, envolvendo o suporte social da família e de amigos, sessões de psicoterapia, frequência a uma igreja; 3) trabalho voluntário, recreação e hobbies; 4) habilidades interpessoais e de controle que englobam treinamentos e experiências de crescimento pessoal.

Em 1994, Marilda Lipp validou um instrumento intitulado Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL), o qual tem sido utilizado em dezenas de pesquisas e trabalhos clínicos na área do estresse. Ele permite um diagnóstico que avalia se a pessoa tem estresse, em qual fase se encontra e se o estresse manifesta-se por meio de sintomatologia na área física ou psicológica. A aplicação deste instrumento pode ser executada por pessoas que não tenham treinamento em psicologia, porém sua correção e interpretação devem sempre ser realizadas por um psicólogo. O ISSL apresenta três quadros que contêm sintomas físicos e psicológicos de cada fase do estresse. O quadro 1, com sintomas relativos à 1ª fase do estresse, o quadro 2, com sintomas da 2ª e da 3ª fases, e o quadro 3, com sintomas da 4ª fase do estresse, esta última adicionada por Lipp, denominada “quase-exaustão”. O número de sintomas físicos é maior que os psicológicos e varia de fase para fase. No total, o ISSL inclui 34 itens de natureza somática e 19 de natureza psicológica (CAMELO; ANGERAMI, 2007).

O mais conhecido dos instrumentos utilizados para medir eventos vitais é a Escala de Avaliação de Reajustamento Social de Holmes e Rahe. Baseia-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas em sua vida, cria um desgaste que pode levar a doenças sérias. Os pesquisadores construíram uma lista de acontecimentos considerados por eles como eventos significativos, como divórcio, nascimento de criança na família, morte na família, mudanças no trabalho e outros. Esta lista é apresentada aos indivíduos, em uma entrevista, ou à parte, como uma escala impressa, pedindo que indiquem se experienciaram qualquer um dos acontecimentos apontados. Esses acontecimentos recebem escores e, de acordo com os autores, se durante o período de um ano anterior a contar do mês do início da avaliação, a pessoa sofreu entre 200 e 300 escores de estresse, há uma probabilidade de mais ou menos 50% de que ela venha a ficar doente devido ao excesso de estresse. Esse procedimento tem algumas desvantagens: a possibilidade de ausência na lista de um acontecimento importante para a pessoa; estes decidem se os eventos dos quais participaram pertencem ou não às categorias colocadas na lista; essa escala leva em conta apenas as grandes ocorrências da vida da pessoa e não os pequenos eventos do dia-a-dia (SAVOIA, 2005).

Uma segunda maneira de medir eventos vitais é pelo *London Life Event and Difficulty Schedule*. Por meio de uma entrevista, os possíveis acontecimentos estressantes em diferentes fontes de estresse do indivíduo (familiar, trabalho, sociais etc.) são listados. Os eventos não são definidos anteriormente, o entrevistador registra com detalhes todos os que surgem no decorrer da entrevista, além de todas as informações sobre cada evento vital listado e o contexto social de sua ocorrência. Em seguida é feita a avaliação, através de um consenso entre o pesquisador e o paciente, sobre o grau de "ameaça" de cada ocorrência, sendo feito um painel com essas informações (SAVOIA, 2005).

O Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus é outro instrumento utilizado para o diagnóstico do estresse e consta de um questionário que contém 66 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Geralmente, o evento é relatado em entrevista, com breve descrição de quem estava envolvido, o local em que se deu o evento e o que aconteceu. Cada

administração do questionário centraliza-se no processo de *coping* de uma situação particular e não no *coping* como estilos ou traços de personalidade (SAVOIA, 2005; SILVA *et al.*, 2008).

O Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE) é um instrumento para mensuração do estresse em enfermeiros e tem como base teórica as definições de Cooper, onde o estresse é percebido pelo indivíduo como algo negativo a partir da incapacidade de lidar com fontes de pressão no trabalho. Esse instrumento foi aplicado em enfermeiros pertencentes a hospitais de Brasília e consta de 44 questões, onde o enfermeiro assinala numa escala os fatores relacionados à sua atividade que geraram estresse nos últimos seis meses (STACCIANINI; TROCOLI, 2000).

2.5 ESTRESSE EM MÉDICOS

Os riscos ocupacionais são uma constante dentro dos hospitais, porém o controle de saúde neste meio ainda é ineficaz (FONSECA *et al.*, 1982).

Particularizando a área de trabalhadores dos serviços de saúde, os agentes estressores se especificam, daí se faz importante explicitar a relação entre trabalho hospitalar e saúde ou, mais especificamente, trabalho hospitalar e saúde mental, principalmente por se encontrarem esses trabalhadores expostos a agentes estressores, tanto físicos quanto psíquicos, estratificados através de riscos (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996; MARZIALE; CARVALHO 1996; PARAGUAY, 1990).

Os agentes estressores mais importantes relacionados aos trabalhadores da saúde (em âmbito hospitalar) são: riscos de exposição a substâncias químicas; radiação; agentes biológicos patogênicos; excesso de calor; riscos ergonômicos diversos, tais como posturas inadequadas ou deambulação excessiva; pouca autonomia ou decisão no trabalho; nível de responsabilidade por se tratar de vidas humanas; má-organização do tempo (turnos, trabalho noturno, ritmo de trabalho, pausas e descansos, duração da jornada, horas-extras, etc.); processo de comunicação e compenetração das equipes; cooperação ou auxílio técnico científico inadequado; perícia requerida e perigo da tarefa do ponto de vista técnico-científico; fadiga por carga estática ou dinâmica excessiva; multiplicidade de responsabilidades no trabalho; competitividade profissional exacerbada com conflitos interpessoais; agressão por parte do público ou paciente; exposição a situações de alta carga

psíquica (sofrimento, dor, doentes terminais ou morte; sendo todos esses influenciados pela capacidade individual de absorção desses riscos) (CAMAROTTI; TEIXEIRA, 1996; MARZIALE; CARVALHO, 1996; PARAGUAY, 1990; VICENTE *et al.*, 1991).

Sabe-se, através de estudos, que as profissões com alto índice de estresse são aquelas onde existe muita responsabilidade, mas pouco controle sobre os eventos (CALEGARO, 2000).

Os médicos estão expostos a vários riscos ocupacionais, porém o seu trabalho tem uma peculiaridade que é de cuidar de vidas. Isso envolve uma série de procedimentos e uma exigência psíquica muito grande na realização da sua tarefa.

Estudos mostram que o estresse no trabalho entre cirurgiões e anestesiológicos é grande durante os procedimentos cirúrgicos, ou mesmo antes da cirurgia ter início, principalmente, quando essa é de urgência, mesmo numa equipe com anos de prática, e que durante a cirurgia pode ocorrer picos de estresse que pode desorganizar a mente e o comportamento do ser humano (LOURENÇO, 1998).

Num estudo realizado em Passo Fundo – RS, em 2005, no centro cirúrgico de um hospital geral com 29 profissionais (9 técnicos em enfermagem, 2 enfermeiros, 7 anestesistas e 11 cirurgiões), os estressores referidos pela equipe foram classificados em: decorrentes da relação entre anestesistas, cirurgiões e enfermagem; da falta e/ou insuficiência de materiais e equipamentos; da insuficiência e/ou falta de pessoal, aliada aos aspectos administrativo-gerenciais e qualificação da equipe; da demanda de procedimentos cirúrgicos e estressores relacionados à condição do paciente no centro cirúrgico. Os sintomas físicos de estresse mencionados pelos profissionais foram: dores no corpo, nas costas, nas pernas, dor de cabeça, enxaqueca, taquicardia, bradicardia, dor gástrica, diarreia, gastrite, cansaço, tremores, hipertensão, dor muscular, dor cervical, sudorese e boca seca. Já os sintomas psicológicos foram: sensação de impotência, raiva, ódio, mau humor, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, instabilidade, vontade de xingar todo mundo, de desabafar, desconforto, medo da morte do paciente, excitação, falta de atenção, cansaço mental e angústia (STUMM *et al.*, 2008).

Além disso, torna-se essencial salientar que, envolvido na proposta do atendimento ambulatorial, o médico vê-se cercado, diariamente, além de pacientes antigos com as mesmas queixas ou queixas novas, por pacientes novos, com quem se faz necessário iniciar um relacionamento que transmita segurança e

confiabilidade. Esses pacientes que trazem consigo suas dores e expectativas, representam, a cada consulta, uma perspectiva nova e inusitada para o médico, que, além disso, encontra-se absorvido pelo turbilhão do atendimento público.

Pitta (1991) relata sentimentos e ansiedades profundos e intensos, que os trabalhadores de hospital enfrentam na sua rotina de trabalho, ao assumir cuidar de doentes. A principal responsabilidade no exercício desta tarefa costuma recair, com maior intensidade, sobre a equipe médica e diretoria técnica. Esta autora, no seu livro “Hospital: dor e morte como ofício”, num estudo nos setores do hospital, evidencia sinais de sofrimento psíquico, principalmente, nos setores de pronto socorro, maternidade, pediatria e enfermarias.

Os médicos, além dos estressores comuns do dia a dia, lidam com situações limites, com alto grau de responsabilidade por suas ações no exercício profissional. Com o advento da globalização, assim como outras classes trabalhadoras, o médico passou a enfrentar uma luta no mercado de trabalho competitivo e desleal, falta de horários, noites mal dormidas, plantões excessivos, baixos salários, exigindo multiplicidade de empregos, empregos sem contratos de trabalho, entre outros (LOURENÇO, 1998).

Num estudo realizado por Fonseca (1982), em um hospital de Salvador, verificou-se que os transtornos mentais ocupam o segundo lugar por dias perdidos no trabalho.

Ribeiro, Marchi e Ballone (2007), detectaram num estudo com psiquiatras, que 78% dos entrevistados percebiam angústia em algum grau e que 22% referiram ansiedade leve. Das razões atribuídas à angústia, 78% dos entrevistados referiram ser por razões profissionais e extra profissionais conjuntamente, e 11% só por razões profissionais. O estudo mostrou, ainda, que 72% dos médicos estavam insatisfeitos com o trabalho, sendo os motivos mais importantes as dificuldades em relação à instituição, seguido do relacionamento com os colegas. Outras causas foram apontadas como significativas, como: questões de relacionamento interpessoal, carências financeiras, sobrecargas de serviço, tensão, pouco treinamento, insegurança e pressões ocupacionais.

Os distúrbios emocionais atingem a classe médica, onde uma alta prevalência de suicídio, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais e disfunções ocorrem em profissionais médicos e estudantes de medicina (NOGUEIRA-MARTINS, 2008)

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina e pela Fundação Seade, concluída em dezembro de 2001, revelou que a taxa de suicídio entre médicos de 20 a 39 anos, em São Paulo, foi de quase quatro vezes maior do que a da população geral na mesma faixa etária, e que no *ranking* de profissões só ficam atrás dos policiais, cuja incidência de suicídio é de sete vezes mais alta (YURI, 2002).

Segundo Ribeiro, psicólogo e coronel da polícia militar, as causas do estresse são semelhantes entre médicos e policiais, onde o alto índice é devido a muita carga de trabalho com constante pressão e com o peso de decisão sobre a vida e a morte de outras pessoas (YURI, 2002).

Nogueira-Martins (2002) considera a atividade médica bastante desgastante e calcula que 10 a 15 % dos médicos terão sintomas de depressão ao longo da vida. Ao realizar estudos com médicos residentes, evidenciou como principais dificuldades na tarefa assistencial: a quantidade de paciente; a comunicação com pacientes; pacientes hostis e/ou reivindicadores; pacientes que vem a falecer; as comunicações dolorosas; os dilemas éticos e o medo de contrair infecções durante os atos médicos. As principais fontes de estresse identificadas foram: medo de cometer erros; fadiga; cansaço; falta de orientação; estar constantemente sob pressão; plantão noturno; excessivo controle por parte dos supervisores; lidar com as exigências internas; e falta de tempo para família, lazer, amigos e necessidades pessoais.

Correia *et al.* (1986), num estudo sobre carga psíquica e vocação, feito numa UTI, no Rio de Janeiro, verificaram que a carga psíquica envolvida nos trabalhadores foi muito elevada, provocando sintomas típicos de tensão e desgaste.

Lourenço (1998) enfatiza que as mulheres médicas são as novas vítimas do século. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, ocorreu um aumento de tabagismo entre elas, além de estudos revelarem altos índices de sedentarismo, alimentação desequilibrada, ganho ponderal, ansiedade, gastrite, insônia, entre outros.

As ocupações cujas atividades estão dirigidas a pessoas e que envolvam contato muito próximo, preferentemente de cunho emocional, possuem maior risco ao *burnout*. Algumas profissões, como medicina, enfermagem, psicologia, entre outras, têm sido apontadas como mais predisponentes por características peculiares das mesmas (NOGUEIRA-MARTINS, 2002; PEREIRA, 2008).

SANTOS *et al.* (2008a) fizeram um estudo com 117 médicos adaptando as questões do Inventário de Estresse em Enfermeiros (IEE), para médicos em João Pessoa, e os fatores estressores foram agrupados em nove fatores, onde os estressores de maior impacto foram: trabalho em equipe, (83%); restrição da autonomia profissional (78,4%); falta de material necessário ao trabalho (79,3%); atender a um número grande de pessoas (83,8%); trabalhar em horário noturno (72,1%); sentir desgaste emocional com o trabalho (72,2%); falta de recursos humanos (71,2%); falta de ambiente físico para discutir experiências (70,5%); entre outros.

SANTOS *et al.* (2008b), continuando o mesmo estudo com o IEE adaptado, fizeram novo estudo com uma amostra maior - 393 médicos que trabalham na cidade de João Pessoa. Os estressores foram agrupados em nove fatores e os estressores de maior significado foram: relacionamento com a equipe médica (88,1%); relacionamento com os colegas médicos (86,5%); trabalhar em equipe (81,9%); relacionamento com a chefia (80,6%); trabalhar em instalações físicas inadequadas (81,6%); falta de material necessário ao trabalho (80,8%); trabalhar em horário noturno (80,8%); entre outros.

Observa-se, então, a necessidade de uma atenção para os estressores da classe médica, uma vez que eles estão inseridos na tarefa e os problemas gerados pelo não gerenciamento podem chegar a trazer danos sérios como suicídio.

2.6 SISTEMAS DE GESTÃO DE SEGURANÇA

Para Prado (1998), gerenciar um projeto significa planejar a sua execução antes de iniciá-lo e acompanhar a sua execução.

Segundo Pacheco Júnior *et al.* (2000), a maior problemática relativa à Segurança, Medicina e Higiene do Trabalho é viabilizar a concepção estratégica de sua atuação, já que é um processo contínuo, necessitando de gestão própria e integrada à gestão de outros subsistemas, ou seja, integrada ao sistema de gestão global da organização.

Para Martinez (2007) apesar dos modelos organizacionais estarem mais voltados à produção, marketing, recursos humanos, inovação e mudança organizacional, ainda não focalizaram a gestão da saúde ocupacional e segurança no trabalho com a finalidade de enriquecer a gestão global da empresa.

Com a legislação cada vez mais exigente, com o desenvolvimento de políticas econômicas e previdenciárias e de outras medidas para estimular a Segurança e Saúde no Trabalho, e interessadas com a responsabilidade social da empresa, as organizações de todos os tipos passaram a se preocupar em atingir e demonstrar o desempenho em Segurança e Saúde no Trabalho, através do controle dos riscos de acidentes e de doenças decorrentes de suas atividades (DE CICCIO, 1999).

Para Acuña Idrogo (2003), dentre os modelos de gerenciamento existentes no mercado empresarial, os Sistemas de Gestão de Qualidade, de Gestão Ambiental e de Saúde e Segurança no Trabalho tornaram-se as ferramentas mais completas, modernas e aceitas para gerenciar as organizações. Nesse sentido, propôs um modelo integrado de gestão para pequenas empresas compreendendo três grandes áreas (Despertar, Entender e Sustentar), seis etapas e 17 fases.

Atualmente, as normas certificáveis e não-certificáveis para os sistemas de Gestão de Qualidade, Gestão Ambiental e Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho são (ARAÚJO, 2002):

- As normas ISO, série 9000 – que são um conjunto de padrões relacionados à gestão e garantia da qualidade, cujas principais são: ISO 9000:2000 (Sistemas de gestão de qualidade – fundamentos e vocabulários); ISO 9001:2000 (Sistemas de gestão da qualidade – requisitos); e ISO 9004:2000 (Sistemas de gestão da qualidade - diretrizes para melhoria do desempenho).
- As normas ISO série 14000 – que são um conjunto de normas que fornecem ferramentas e estabelecem um padrão de sistema de gestão ambiental. As principais são: ISO 14000 (Gestão ambiental - diretrizes para seleção e uso); ISO 14001 (Sistema de gestão ambiental - especificações e diretrizes para o uso); ISO 14004 (Sistemas de gestão ambiental - diretrizes gerais sobre princípios, sistemas e técnicas de apoio); ISO 14010 (Diretrizes para auditoria ambiental - princípios gerais); ISO 14011 (Diretrizes para auditoria ambiental - procedimentos de auditoria - Auditoria de sistemas de gestão ambiental); e a ISO 14012 (Diretrizes para auditoria ambiental - critérios de qualificação para auditorias ambientais).

- OHSAS 18001 - que é uma norma com o objetivo de prover os elementos de um sistema de gestão de Segurança de Saúde no Trabalho eficaz e dando auxílio a estas, para alcançar suas metas de segurança e saúde ocupacional, de forma integrada com outros requisitos de gestão.

Os modelos de gerenciamento de saúde e segurança no trabalho se aprimoram cada vez mais em atender os requisitos legais, avaliar os riscos dos processos produtivos, identificar perigos, monitorar incidentes, acidentes e tomar providências com a finalidade de prevenir acidentes e perigos.

Acuña Idrogo (2003), recomenda que o gerenciamento dos ambientes de trabalho deve ser de forma a alcançar a conformidade com os requisitos do produto, não causando impactos ao meio ambiente e nem expondo as pessoas a perigo.

2.6.1 TÉCNICAS DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS

O gerenciamento dos riscos engloba as seguintes etapas: identificação de riscos, análises de riscos e o tratamento de riscos. Este último inclui a prevenção, com condutas de eliminação ou redução e o financiamento.

Não existe um método ótimo para identificação de riscos, a melhor estratégia será combinar os vários métodos existentes, obtendo-se o maior número de informações sobre os riscos (DE CICCIO; FANTAZINNI, 1993).

Kerzner (2001) ressalta que o primeiro passo para identificar os riscos é detectar as áreas potenciais de risco, sendo que através da eficácia desta identificação resultará a eficiência do gerenciamento de risco.

De maneira semelhante, Baccarini (2001) define a identificação de risco como “o processo de determinar o que pode acontecer, porque e como”.

De uma forma geral, observa-se na literatura que os autores consideram a etapa de identificação de risco como uma das mais importantes em todo processo do gerenciamento de risco, por apresenta um impacto maior no aprimoramento das avaliações de risco. A forma como os riscos são identificados e coletados constituem-se na questão central para a efetividade de todo o processo (MARTINS, 2006; MORANO, 2006; DE CICCIO; FANTAZINNI, 2003).

Para De Cicco e Fantazzini (1993) a identificação de riscos é o processo através do qual de forma contínua ou sistemática são identificadas perdas potenciais

(à pessoa, à propriedade e por responsabilidade da empresa), ou seja, situações de risco de acidentes que podem afetar a organização.

Vários são os meios de se identificar riscos: utilização de *checklists* (questionários, roteiros ou outros gêneros); inspeções de segurança ou inspeção de riscos; investigações de acidentes; e uso de fluxogramas. A partir desses meios foram construídas diversas técnicas de identificação de riscos, entre elas, podemos citar: a Análise Preliminar de Riscos (APR), Estudos de Identificação de Perigos e Operabilidade (HAZOP), Análise dos Modos de Falhas e Efeitos (AMFE), What if (E se...?), Lista de Verificação (LV), Análise por Árvore de falhas (AAF), Análise por Árvore de Eventos, Análise pela Matriz das Interações, Inspeção Planejada, Registro e Análise de Ocorrências (RAO), Análise pela Árvore das Causas (AAC), entre outras.

Segundo De Cicco e Fantazzini (1993), as técnicas de análise de risco podem ser divididas em quatro grupos principais: análises iniciais, análises operacionais, análises detalhadas e análises quantitativas. Dentre as análises iniciais, destaca-se a Análise Preliminar de Risco (APR), que consiste num estudo, durante a concepção ou desenvolvimento prematuro de um novo sistema, com a finalidade de se determinar os riscos que poderão estar presentes na fase operacional do mesmo. Nas análises operacionais, enfatiza-se a Técnica dos Incidentes Críticos. O incidente crítico é também chamado de quase acidente, ou seja, é qualquer situação onde o risco potencial tem a chance de se traduzir na forma de um acidente do trabalho, mas que, por uma configuração não ótima das variáveis envolvidas, não se materializa o acidente, dando lugar apenas ao incidente. Dentre as análises detalhadas, referencia-se a Análise de Modos de Falhas e Efeitos, aplicada em sistemas mais simples e com falhas singulares, permitindo: analisar como podem falhar os componentes de um equipamento ou sistema; estimar as taxas de falhas; determinar os efeitos que poderão advir destas falhas; e estabelecer as mudanças que deverão ser feitas para aumentar a probabilidade de que o sistema ou equipamento, realmente, funcione de maneira satisfatória. Em situações mais complexas, pode-se utilizar outros métodos como a Análise da Árvore de Falhas, que é uma técnica desenvolvida pelos Laboratórios Bell Telephone, em 1962, a pedido da Força Aérea Americana, e um excelente método para estudo dos fatores que poderiam causar um efeito indesejável (falha,

risco principal ou catástrofe), onde dados probabilísticos podem ser aplicados a seqüências lógicas.

2.6.2 O CICLO DO PDCA

O ciclo PDCA é uma das ferramentas de gerenciamento utilizadas na ciência da Administração, e que pode ser utilizado nas questões relativas ao gerenciamento da Segurança, Medicina e Higiene do trabalho (PRADO, 1998; CAMPOS, 2000; PACHECO JÚNIOR, 2000).

Esse método gerencial tem origem nas iniciais de quatro palavras inglesas que correspondem as suas quatro fases: P – PLAN; D – DO; C - CHECK; e A - ACT, que significam:

- PLAN - consta em estabelecer um sistema de padrões de procedimentos; elaboração de manuais de treinamento; e estabelecimento de metas.
- DO - executar as tarefas definidas no plano; execução de educação e treinamento;
- CHECK - Verificação dos resultados e comparação com a meta planejada;
- ACT - Atuação corretiva sempre que necessário.

O Ciclo PDCA, também conhecido como Ciclo de Shewhart, Ciclo da Qualidade ou Ciclo de Deming, é uma metodologia que tem como função básica o auxílio no diagnóstico, análise e prognóstico de problemas organizacionais, sendo extremamente útil para a solução de problemas (QUINQUIOLO, 2002).

A metodologia foi desenvolvida por Walter A. Shewhart na década de 30 e consagrada por Willian Edwards Deming a partir da década de 50, onde foi empregado com sucesso nas empresas japonesas para o aumento da qualidade de seus processos (LEONEL, 2009).

O Ciclo PDCA tem como objetivo exercer o controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para seu gerenciamento em uma organização, por meio do estabelecimento de uma diretriz de controle (planejamento da qualidade), do monitoramento do nível de controle, a partir de padrões e da manutenção da diretriz atualizada, resguardando as necessidades do público alvo.

Como a utilização do Ciclo PDCA está intimamente ligada ao entendimento do conceito de processo, é fundamental que todos os envolvidos em sua aplicação compreendam a visão processual como a identificação clara dos insumos, dos clientes e das saídas que estes adquirem, além dos relacionamentos internos que existem na organização (TACHIZAWA, SACAICO, 1997).

Para Leonel (2008), o ciclo PDCA é um método gerencial de tomada de decisões para garantir o alcance das metas necessárias à sobrevivência de uma organização.

Segundo Ishikama (1993) e Campos (1994) o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Action*) é composto das seguintes etapas:

- Planejamento (P) - etapa que consiste em estabelecer metas e estabelecer o método para alcançar as metas propostas.
- Execução (D) - executar as tarefas exatamente como foi previsto no planejamento e coletar dados que serão utilizados na próxima etapa seguinte. Nessa etapa são essenciais educação e treinamento no trabalho.
- Verificação (C) - A partir dos dados coletados na execução se compara o resultado alcançado com a meta planejada.
- Atuação Corretiva (A) - etapa que consiste em atuar no processo em função dos resultados obtidos, adotando como padrão o plano proposto, caso a meta tenha sido atingida ou agindo sobre as causas da meta que não foi atingida, caso o plano não tenha sido efetivo.

Franz e Caten (2003) enfocam que o método PDCA pode ser abordado de duas formas: PDCA para manter resultados e PDCA para melhorar resultados.

Para Campos (1999), o PDCA para melhorias se constitui num método para identificação e solução de problemas e pode ser subdividido em oito etapas, sendo elas:

- (i) Identificação do problema – etapa onde é feita a escolha do problema com base em diretrizes gerais da área de trabalho, considerando problema como sendo o resultado indesejável de um trabalho. Nesta etapa se busca informações históricas do problema, seja via gráficos, fotografias, planilhas ou outro formato de informação. O importante neste ponto do método é tornar evidente a frequência com que ocorre o problema e como ele ocorre. É interessante também que as perdas financeiras causadas pelo problema sejam levantadas, assim como os ganhos

possíveis provenientes do projeto. Deve-se nomear as pessoas responsáveis pelo projeto e pelo papel de liderança do grupo que está aplicando o método e ainda propor uma data limite para a solução do problema.

(ii) Observação – etapa onde são feitas descobertas quanto às características do problema. É aconselhável aqui que seja feita coleta de dados e, através destes dados e da utilização de gráficos de Pareto, seja estratificado o problema quanto às suas características. Quanto mais tempo, for utilizado nesta etapa, mais fácil será para resolver o problema no decorrer da aplicação do método. Aconselha-se que o problema seja cuidadosamente analisado no local de sua ocorrência, e por todas as pessoas envolvidas no projeto de melhoria. No término desta etapa, o grupo deve estimar um cronograma para orientar-se durante o projeto, fazer uma estimativa dos custos do projeto e uma definição da meta a ser atingida.

(iii) Análise - etapa onde devem ser levantadas possíveis causas do problema priorizado na etapa de observação. A pergunta chave aqui é “por que ocorre o problema?”. Duas ferramentas são bastante úteis neste ponto do método: uma é o *brainstorming*, utilizada para a sugestão de possíveis causas, e outra ferramenta é o diagrama causa e efeito. As causas mais prováveis, dentre aquelas presentes no diagrama causa e efeito, devem ocasionar novas coletas de dados com posterior análise destes mesmos dados. Outras ferramentas úteis, nessa fase, são: os gráficos de Pareto e histogramas. Nessa etapa, deve-se chegar à confirmação de alguma causa mais provável, e essa deve apresentar evidências técnicas de que é possível ser bloqueada e de que também não gerará efeitos colaterais indesejáveis.

(iv) Plano de ação – etapa onde é realizada a elaboração da estratégia de ação e do plano de ação para o bloqueio das causas fundamentais do problema que está sendo tratado. É importante que as ações sejam tomadas sobre as causas do problema e não sobre seus efeitos, e que se tome o devido cuidado no sentido de examinar se as ações propostas não irão produzir efeitos colaterais no processo. É interessante se fazer uma revisão do cronograma do projeto e o orçamento final do mesmo.

(v) Ação – etapa onde deve ser feita a divulgação do plano de ação a todas as pessoas relacionadas à área atingida pelo projeto e se certificar de quais as ações necessitam de uma cooperação ativa de todos. Estas ações necessitam de

um olhar especial da equipe, no que se refere à apresentação clara das tarefas que cada um irá realizar e qual a finalidade de tais tarefas. Pode-se fazer uso de reuniões participativas e de técnicas de treinamento. É necessário certificar-se que todos entendem e concordam com as medidas propostas pelo plano de ação e após o treinamento é o momento de realizar as ações planejadas. Durante as ações, todos os resultados, sejam eles bons ou ruins, devem ser registrados.

(vi) Verificação - etapa onde são avaliadas a eficiência e eficácia do projeto na solução do problema identificado. Aconselha-se que, neste momento da utilização do método, os resultados sejam avaliados em termos de resultados financeiros. Quaisquer efeitos secundários, sejam eles positivos ou negativos, devem ser listados e documentados para futuras consultas. O gráfico de Pareto, as cartas de controle, histogramas e os gráficos seqüenciais são exemplos de ferramentas bastante pertinentes nessa etapa do método PDCA. Se a causa do problema identificado não foi efetivamente encontrada e bloqueada, aconselha-se que o método seja retomado a partir da etapa de Observação do PDCA. Caso o bloqueio do problema tenha sido efetivo, então, pode-se passar para a próxima etapa.

(vii) Padronização - etapa onde é preparado, divulgado, implantado e acompanhado o procedimento proveniente dos resultados obtidos pelo projeto. É necessário certificar-se que o problema identificado e eliminado não reaparecerá. Para isso, o uso da criatividade pode ser bastante útil na elaboração de dispositivos para evitar o reaparecimento do problema. O uso de circulares, reuniões, manuais de treinamento, treinamentos e reuniões de esclarecimento são especialmente úteis neste ponto do projeto. O padrão, uma vez estabelecido, deverá ser garantido por meio do seu acompanhamento e verificações periódicas.

(viii) Conclusão - etapa que consiste basicamente em observar os problemas remanescentes, planejar o ataque destes problemas, e refletir sobre o quanto o projeto foi realizado de forma eficiente e eficaz. A idéia central da etapa é que o grupo aprenda com os erros cometidos e aplique este conhecimento na aplicação do PDCA em projetos futuros.

Segundo Salvada (2003), a metodologia PDCA – (*Plan, Do, Check, Adjust*) está centrada na resolução de problemas, identificação da causa e na procura da melhor solução, e também, está baseada em oito passos no processo de resolução

de problemas, para propor soluções para os problemas ou para apresentar relatórios de situação de projetos, quais sejam:

(1) Identificar e Descrever o Problema (*Plan*) - definir o problema ser forma clara, concisa e mensurável com identificação do desvio em relação a uma norma (*standard*).

(2) Perceber o processo (problema) - observar o problema, perguntar aonde, quando, o quê, como, quanto, etc., incluindo um pequeno histórico.

(3) Objetivo - deve ser claro, conciso, mensurável, data para completamento, usar a mesma medida que a da descrição do problema.

(4) Perceber as causas – através do uso de técnicas de análise de causa e efeito e métodos de *brainstorming* para identificar todas as causas possíveis do problema, usando as idéias de todos os membros da equipe; recolher dados; e usar a regra dos cinco porquês para aprovar ou rejeitar possíveis causas (*5WHY – What, Where, When, Who, Why, How much; depois 5 Whys – Why? Why? Why? Why? Why?*). As causas principais observadas não deverão ser mais de três.

(5) Tarefas (*Do*). - as melhores tarefas a implementar são as de mais baixo custo, fácil aceitação, impacto direto nas causas sustentáveis e de implementação rápida. Outra sessão de *brainstorming* deve ser conduzida para determinar as tarefas para cada causa identificada. Depois da lista das tarefas estar completa, a equipe e o responsável decidirão quais os membros da equipe que serão responsáveis para implementar as tarefas, listando os diferentes passos, quando devem ser feitos, com calendário para execução, datas de início e de fim (o desenvolvimento desta fase é mera gestão de projetos). O plano de implementação esboça claramente os passos que devem ser completados para se atingir o estado futuro.

(6) Resultados (*Check*). - depois das tarefas estarem completas, a equipe avaliará os resultados recolhendo dados nos atuais processos e comparando-os com os dados mostrados antes das tarefas terem sido implementadas. Devem ser usados gráficos para mostrar situação na condição inicial, norma, objetivo e após resultados.

(7) Standardizar e treinar os membros das equipes (*Act*) – deve-se standardizar o processo de forma escrita, implementar o novo processo de trabalho standard e treinar todos os membros da equipe afetados para assegurar que todos que fazem o trabalho com o processo percebem as novas instruções de trabalho.

(8) Reconhecer e partilhar o sucesso - é o último passo, a celebração do sucesso que deve incluir todos os que contribuíram.

2.6.3 OHSAS 18001

De acordo com De Cicco (1999), a OHSAS:18001 é um avanço rumo à padronização dos Sistemas de Gestão de Segurança em muitos países, inclusive no Brasil, e foi oficialmente publicada pela *British Standard Institution* (BSI) entrando em vigor em 15/04/99.

Essa norma foi desenvolvida para ser compatível com as normas de gestão ISO 9001:1994 (Qualidade) e ISO 14001:1996 (Meio Ambiente), de maneira a facilitar a integração dos sistemas de gestão da qualidade, ambiental e de segurança e saúde no trabalho pelas organizações que optarem por esses sistemas.

Consoante De Cicco (1999), o Sistema de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho (SST) é uma ferramenta que visa permitir a uma empresa atingir, e sistematicamente controlar, o nível de desempenho da SST por ela estabelecido.

Como benefícios potenciais decorrentes de um eficiente Sistema de Gestão de SST, encontram-se (DE CICCICO, 1999):

- Assegurar aos clientes o comprometimento com uma gestão da SST demonstrável;
- Manter boas relações com os sindicatos de trabalhadores;
- Obter seguro a custo razoável;
- Fortalecer a imagem da organização e sua participação no mercado;
- Aprimorar o controle de custo dos acidentes;
- Reduzir acidentes que impliquem em responsabilidade civil;
- Demonstrar atuação cuidadosa;
- Facilitar a obtenção de licenças e autorizações;
- Estimular o desenvolvimento e compartilhar soluções de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais;
- Melhorar as relações entre a indústria e o governo.

De Cicco e Fantazzini (1993) ressaltam que os motivos que alicerçam a implementação estratégica dos Sistemas de Gestão em Segurança e Saúde Ocupacional nas empresas incluem:

- A exigência por parte de clientes importantes no conhecimento de como o seu fornecedor gerencia a saúde e a segurança de seus empregados;
- A aquisição de indicadores de excelência que possibilitem negociar taxas mais favoráveis, no caso da privatização do seguro acidente;
- A valorização dos sistemas de gestão;
- A melhoria do seu desempenho em segurança e saúde, de forma eficiente e definitiva.

Os elementos do sistema de gestão da SST estão apresentados na Figura 6, e incluem (DE CICCIO, 1999):

- Uma Política de Segurança e Saúde no Trabalho, que deve:
 - ter autorização da alta direção;
 - ser apropriada à natureza e escala dos riscos de SST da organização;
 - ter inclusão do comprometimento, pelo menos da legislação vigente de SST aplicável e de outros requisitos subscritos pela organização;
 - estar documentada, implementada e ser mantida;
 - ter divulgação junto aos funcionários, com o objetivo de que tenham conhecimento de suas obrigações individuais em relação à SST;
 - estar sempre disponível para as partes interessadas; e
 - ser analisada periodicamente de forma crítica, para assegurar que a mesma permaneça apropriada e pertinente para a organização.
- Planejamento - nessa etapa a organização deve:
 - determinar e manter procedimentos para a identificação contínua de perigos;
 - determinar e manter procedimentos para avaliação de riscos; e
 - implementar as medidas de controle necessárias.

Esses procedimentos devem incluir: atividades de rotina e não rotineiras; e atividades de todo o pessoal que tem acesso aos locais de trabalho (incluindo visitantes e subcontratados).

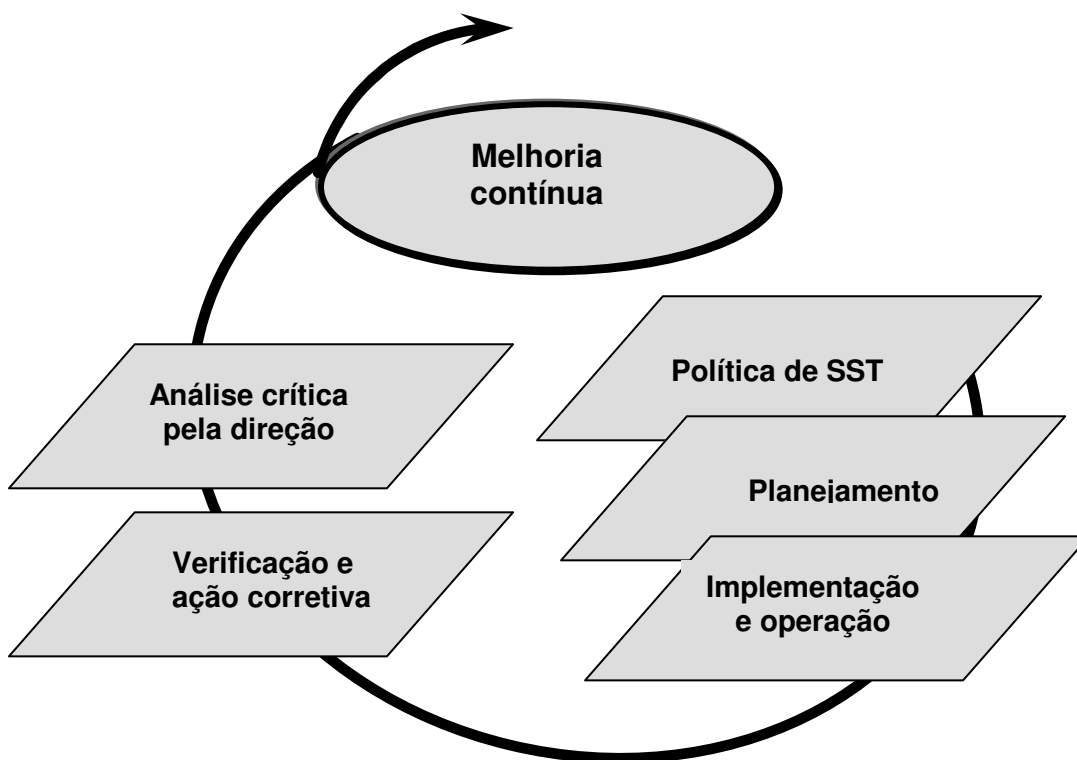


Figura 6 – Modelo de Sistema de Gestão da SST da OSHAS 18001:2007.

Fonte: De Cicco (2007).

- **Implementação e Operação** - A responsabilidade final pela SST é da alta administração. A organização deve:
 - nomear um membro da alta administração com responsabilidade específica de assegurar que o sistema de gestão seja adequadamente implementado e que atenda aos requisitos em todos os locais e esferas de operação dentro da organização; e
 - fornecer todos os recursos essenciais para implementação, controle e melhoria do sistema de gestão da SST.
- **Verificação e Ação Corretiva** – a organização deve:
 - estabelecer e manter procedimentos para monitorar e medir, periodicamente, o desempenho da SST;
 - assegurar medições quantitativas e qualitativas;

- assegurar o monitoramento do grau de atendimento aos objetivos de SST;
 - efetivar medidas proativas de desempenho que monitore a conformidade com os requisitos do(s) programa(s) de gestão da SST com critérios operacionais e com a legislação e regulamentos aplicáveis;
 - implementar medidas reativas de desempenho para monitorar acidentes, doenças, incidentes e outras evidências de deficiência no desempenho;
 - fazer registro de dados e resultados do monitoramento e mensuração para facilitar a análise da ação corretiva e preventiva.
- Análise Crítica pela administração - nessa etapa a alta administração, em intervalos determinados previamente, deve analisar criticamente o sistema de gestão da SST, para assegurar sua conveniência, adequação e eficácia contínuas.

A OSHAS 18001:2007 cancela e substitui a primeira edição OSHAS 18001:1999, e suas principais mudanças em relação à edição anterior são (DE CICCIO, 2007):

- Ênfase maior quanto à importância da saúde;
- A OSHAS 18001 se autodenomina uma norma, e não uma especificação ou documento como na edição anterior, refletindo um aumento da sua adoção como base de normas nacionais para os sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho;
- O diagrama do modelo PDCA somente é apresentado na introdução;
- As publicações de referência da seção 2 foram limitadas somente a documentos internacionais;
- Foram adicionadas definições novas e as existentes foram revisadas;
- Houve uma melhoria significativa no alinhamento com a ISO 14001:2004 e aumento da compatibilidade com a ISO 9001:2000;
- O termo “risco tolerável” foi substituído por “risco aceitável” (item 3.2.1), o termo “acidente” foi incluído no termo “incidente”; (item 3.8), e o

termo “perigo” não se refere mais a “dano a propriedade ou dano ao ambiente de trabalho” (item 3.16);

- As subseções 4.3.3 e 4.3.4 foram agrupadas alinhando-se a ISO 14001:2004;
- Foi introduzido um novo requisito para que seja considerada a hierarquia dos controles como parte do planejamento da SST (item 4.3.1);
- A gestão de mudanças é tratada de forma mais explícita (item 4.3.1 e 4.4.6);
- Foi incluída uma nova seção sobre “Avaliação de *Compliance*”, ou seja, “Avaliação do atendimento a requisitos legais e outros” (item 4.5..2);
- Introdução de novos requisitos para participação e consulta (item 4.4.3.2); e
- Inclusão de novos requisitos para investigação de incidentes (item 4.5.3.1).

2.7 GESTÃO DO ESTRESSE

O desafio da modernidade, com mudanças radicais das estruturas das empresas (informatização, reengenharia, células de produção, participação dos resultados, cliente em primeiro lugar, etc.), necessita de um preparo dos trabalhadores para enfrentar uma série de pressões. Afinal, acentua-se o estresse e suas conseqüências, e as queixas psicossomáticas e físicas passam a ser sinais de que as pressões externas precisam ser compreendidas e gerenciadas, para que se possa atingir o bem-estar e desempenho adequado no trabalho (LIMONGI-FRANÇA e RODRIGUES, 1997).

Quando se refere ao estresse ocupacional, a caracterização dessa patologia, como desencadeada pelo trabalho, mostra que os esforços previstos nos objetivos da Higiene e Segurança do Trabalho não foram eficientes para evitar o seu surgimento.

Para se gerenciar o estresse, alguns pontos devem ser lembrados:

- O estresse supõe um determinado estado psicofisiológico do organismo;
- O estresse implica numa interação entre o indivíduo e o ambiente;

- Em algumas circunstâncias, o estresse implica num estado de frustração ou conflitos graves;
- O estresse interfere no trabalho, diminuindo a produtividade, a atenção, etc.;
- O estresse afeta a integridade do organismo, provocando sensações boas ou pode levar a doenças e acidentes.

Portanto, o gerenciamento do estresse se faz mister e deve-se agir nas suas causas, tentando encontrar formas de manter o estresse sempre num estado positivo para o organismo. O caminho, portanto, é atuar nos fatores que desencadeiam o estresse nocivo.

Uma vez reconhecido o estresse ocupacional como problema, várias formas podem ser utilizadas para a solução do mesmo. Segundo Ururahy (2001), o gerenciamento do estresse seria um conjunto de procedimentos, onde se conjugam uma abordagem preventiva e certo número de técnicas que permitem melhorar a forma de enfrentá-lo.

Para Warren e Toll (1998), gerenciar o estresse é manter cada pessoa trabalhando em seu ápice e mantê-la saudavelmente estressada ao fazê-lo.

O gerenciamento do estresse está também entre os objetivos da qualidade de vida nas empresas e esta tem sido utilizada como indicador das experiências humanas no local de trabalho e do grau de satisfação dos trabalhadores. Para se alcançar níveis elevados de qualidade e produtividade, as organizações precisam de pessoas motivadas que participem ativamente da sua tarefa e que sejam adequadamente recompensadas pelas suas contribuições (CHIAVENATO, 2005; SANTOS, 2003).

Para Limongi-França e Rodrigues (1997), a qualidade de vida é antes de tudo, uma nova atitude diante da necessidade de trabalhar competitivamente com bem-estar.

Os programas de gestão de estresse podem ser individuais ou organizacionais. O programa individual é dirigido a ajudar pessoas que já estão sofrendo de estresse, enquanto que os programas organizacionais atuam numa perspectiva mais preventiva, reduzindo os estressores, reais ou potenciais.

As estratégias de gestão de estresse podem ser classificadas, quanto ao seu nível de intervenção, em primária, secundária e terciária. Os programas

organizacionais enquadram-se normalmente nas intervenções primárias, enquanto que os individuais se dividem pelas intervenções secundárias e terciárias (BICHO; PEREIRA, 2008).

As intervenções primárias possuem um caráter organizacional e utilizam o princípio de que as consequências negativas do estresse podem ser combatidas através da eliminação, ou redução, das fontes de estresse do ambiente de trabalho, minimizando as pressões colocadas sobre os empregados como, por exemplo, a reestruturação de unidades organizacionais, as mudanças no processo de tomada de decisão, o enriquecimento funcional (permitindo maior autonomia e controle dos empregados sobre o desempenho das suas tarefas), a reorganização das linhas de autoridade, o redesenho do *layout* físico, o estabelecimento de um sistema de compensação com maior equidade, entre outros. Algumas intervenções primárias podem ser mais dirigidas aos empregados individualmente ou em grupo, como o desenvolvimento da competência de gestão individual do estresse ou programas de prevenção da saúde.

As intervenções secundárias são dirigidas aos empregados, individualmente ou em grupo, e destinam-se a reduzir o impacto dos estressores organizacionais, e não atuam nas causas. As técnicas mais utilizadas nessas intervenções são treino de relaxação, meditação, ioga, desenvolvimento de capacidades de gestão de tempo ou de resolução de conflitos. As intervenções terciárias têm por finalidade fazer o tratamento das pessoas com problemas de saúde provocados pelo estresse ocupacional (BICHO; PEREIRA, 2008).

Consoante Limongi-França e Rodrigues (1997), os recursos para atuação no estresse podem ser agrupados em: físicos, psíquicos e sociais. Os recursos físicos envolveriam técnicas de relaxamento; alimentação adequada, exercício regular; repouso, lazer e diversão; sono apropriado às necessidades individuais e medicação, se necessário e sob supervisão médica. Os recursos psíquicos consistem em métodos psicoterapêuticos; processos que favoreçam o autoconhecimento; a estruturação do tempo livre com atividades prazerosas e ativas; avaliação periódica de sua qualidade de vida; reavaliação de seu limite de tolerância e exigência e busca de convivência menos conflituosa com pares e grupos. Quanto aos recursos sociais, as ações teriam o objetivo de fazer: revisão e redimensionamento das formas de organização de trabalho; aprimoramento, por

parte da população em geral do conhecimento de seus problemas médicos e sociais; e concomitância dos planejamentos econômicos, social e de saúde.

Robbins (1999), numa abordagem organizacional, ressalta que, os fatores que causam estresse são, principalmente, as exigências da tarefa e papel, e a estrutura organizacional e que estes são controladas pela administração. Existem várias estratégias que podem ser utilizadas pela administração e que podem diminuir o estresse, como: seleção de pessoal e colocação em cargos melhorados, uso de determinação e metas realistas, redimensionamento de cargos, maior envolvimento do empregado, melhor comunicação organizacional e o estabelecimento de programas de bem estar corporativos (*workshops* para ajudar pessoas a parar de fumar, controlar o álcool, perder peso, alimentar-se melhor, fazer exercícios, etc.).

Uma forma interessante é o planejamento, já que se antecipa aos problemas e se prepara para enfrentá-los. Desta forma, se empreende ações construtivas para otimização do estresse. O importante é tentar reduzir bastante o estresse, diante dos estímulos e das situações vivenciadas (CALEGARO, 2000; SILVA *et al.* 2008).

O que se observa é que muitos programas estão voltados para a performance do organismo, outros para o meio ambiente; e outros para a motivação e para o desenvolvimento profissional. Em relação às estratégias voltadas para o estresse, ao serem implantadas nas empresas, estas devem obedecer a princípios de ações dirigidas com o objetivo de conhecer bem as percepções e as necessidades das pessoas, grupos e empresas.

Maslach e Letter (1999) salientam que os fatores do ambiente de trabalho quando identificados permitem o planejamento de ações preventivas e a promoção de valores humanos.

Santos (2003) ressalta que as áreas de recursos humanos, juntamente com as gerências imediatas são responsáveis pelo atendimento e satisfação das necessidades humanas, e só poderão cumprir essa missão se souberem exercitar nessas questões sua percepção, sensibilidade, e criatividade, no dia-a-dia com seus parceiros.

O gerenciamento do estresse na classe médica nos hospitais deve envolver também estratégias para melhorar os conflitos e a relação entre a equipe de trabalho, já que são causas freqüentes de estresse.

Para Chiavenato (1999), os objetivos da gestão de pessoas são muitos e devem contribuir para a eficácia da organização através dos seguintes meios: ajudá-la a alcançar seus objetivos e realizar sua missão, proporcionar-lhe competitividade; proporcionar-lhe empregados bem treinados e motivados; aumentar a auto-realização e a satisfação dos empregados no trabalho; desenvolver e manter a qualidade de vida no trabalho; administrar as mudanças; manter políticas éticas e comportamentos socialmente responsáveis, entre outros.

Segundo Warren e Toll (1998), numa pesquisa da *Industrial Society*, evidenciou-se que muitas organizações estavam reconhecendo o valor do ajuste ao trabalho, fornecendo serviços de saúde ocupacional, treinamento em técnicas de relaxamento e gerenciamento do estresse, etc., e mostra que o investimento no bem estar dos funcionários pode ser racionalizado pelo retorno, tendo pessoas mais eficientes em seu trabalho.

O grande problema para implantação de programas de prevenção e melhoria dos ambientes de trabalho está nas barreiras existentes decorrentes da cultura organizacional da instituição. Limongi-França (1996), num estudo sobre indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho, aponta conclusões interessantes que evidenciam tais barreiras em 26 unidades fabris, como:

- O gerenciamento do estresse é percebido como um nível de tensão moderado e mais acentuado no nível da gerência;
- Não existe uma diretoria de gestão de qualidade de vida;
- Os grupos envolvidos com atividades de QVT são pequenos e concentrados nos recursos humanos e saúde;
- As atividades de QVT não têm duração contínua;
- Pequeno número de empresas possuía recursos para QVT;
- A maioria das empresas não controla os resultados associados à QVT;
- e
- Na maioria das empresas, os programas e ações de QVT têm valor para política de negócios e para certificação ISO 9000.

Nesse sentido, mudar a cultura dos gestores, ainda, é o principal foco a ser atingido na busca das melhorias das condições de trabalho.

Segundo Acuña Idrogo (2003), mudar a gestão se refere a incorporar novos métodos, usar novas ferramentas para solucionar problemas, valorizar pessoas, adotar tecnologia e inovar o conhecimento técnico. Mudar o comportamento dos gestores equivale a dizer mudar a cultura organizacional quanto à forma e quanto ao conteúdo.

Para Chiavenato (2005), a cultura de uma organização é “o conjunto de hábitos e crenças estabelecidos por normas, valores, atitudes e expectativas compartilhados por todos os membros da organização”.

A partir dessa concepção, a cultura do hospital influi, consideravelmente, na gestão do estresse nos médicos, uma vez que é nesse palco que acontecem as interações entre médico, paciente e instituição. O hospital deverá conhecer o potencial estressor de cada situação de trabalho médico e tentar administrá-lo com a ajuda de profissionais especializados e de ferramentas de gestão eficazes.

Da pesquisa bibliográfica pode se concluir:

- a) Quanto ao estresse, ser uma reação normal, fisiológica do organismo e que ao se manter essa reação por muito tempo pode gerar doenças, e perdas no trabalho e mantê-la num nível saudável traz benefícios ao indivíduo e a instituição;
- b) Quanto ao estresse no trabalho: os autores que estudaram o assunto já identificaram vários estressores e construíram modelos e instrumentos para sua detecção e que pelos danos causados deve ser gerenciado sempre que os indicadores mostrarem seu efeito negativo;
- c) Quanto ao trabalho médico: já se tem conhecimento de diversos estressores específicos da tarefa, além dos estressores já conhecidos nos ambientes onde tal tipo de trabalho se realiza;
- d) Quanto ao sistema de gestão, existem normas (como as séries ISO) para gerir riscos no trabalho com propostas de manter ambientes saudáveis e seguros;
- e) Quanto ao sistema de gestão de estresse percebeu-se que existem várias formas de se gerenciar o estresse, porém a organização tem uma parcela importante nesse compromisso.

Assim posto, reafirma-se com base nos fundamentos teóricos, até esses capítulos expostos, a relevância do tema apresentado nessa tese, ao mostrar a necessidade de um gerenciamento do estresse no trabalho médico.

Este capítulo ocupa-se em apresentar a metodologia aplicada na presente investigação. Compreende a caracterização do estudo, o desenvolvimento da pesquisa e o tratamento dos dados.

3. 1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

De acordo com Fachin (2001), o método é um instrumento do conhecimento que proporciona aos pesquisadores uma orientação geral que facilita o planejamento de uma pesquisa, a formulação de hipóteses, a coordenação das investigações, a realização de experiências e a interpretação dos dados. É a escolha de procedimentos para descrição e explicação do estudo.

Segundo Vergara (2000), as pesquisas podem ser classificadas quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, a pesquisa pode ser: exploratória, descritiva, explicativa, metodológica, aplicada e intervencionista. Com base nestes conceitos, a presente pesquisa é exploratória quanto aos fins.

Essa pesquisa é do tipo exploratória, porque servirá para aumentar o grau de familiaridade com o fenômeno estresse, gerenciamento e sistemas de gestão, o que permitirá investigações posteriores rigorosas para a consolidação dos resultados.

Como afirmam Gil (1996), Boyd e Westfall (1982) e Mattar (2001), a pesquisa exploratória é a mais indicada quando existe pouca informação sobre o estudo e quando se pretende aperfeiçoar idéias ou descobrir intenções.

Marconi e Lakatos (1996) apresentam a pesquisa exploratória como um grupo componente de pesquisa de campo e citam três finalidades da mesma: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar e clarificar conceitos.

O aspecto exploratório desta investigação foi o achado das relações e conexões existentes nas interfaces entre a gestão da saúde e segurança no trabalho, o estresse, o trabalho médico e o hospital.

A intenção original era a de desenvolver uma pesquisa metodológica, que, segundo Vergara (2003), refere-se aos estudos que abordam instrumentos de captação ou de manipulação da realidade, e está associada a formas, maneiras, caminhos, e procedimentos para se atingir um fim. Para ela, a construção de um instrumento é um exemplo desse tipo de pesquisa. A proposta original da pesquisa em construir um instrumento de gestão do estresse em médicos, tendo como modelo e diretrizes uma norma conhecida mundialmente, a OSHAS 1800:2007, levaria a caracterizar tal trabalho como sendo de natureza metodológica. Entretanto, a impossibilidade de se proceder à validação do modelo construído limita o trabalho aqui relatado à sua natureza exploratória.

Nessa investigação são descritos os diversos aspectos dos requisitos de um sistema de gestão (particularmente os mencionados na OHSAS 18001) e os aspectos inerentes ao estresse. Esses componentes fazem parte do cenário preciso de manifestação do fenômeno em investigação, análise e os elementos dessa interface identificados constituíram os fundamentos para a elaboração de um modelo de gestão de estresse.

Também segundo Vergara (2000), as pesquisas podem ser classificadas, quanto aos meios de investigação, em: pesquisa de campo, pesquisa de laboratório, documental, bibliográfica, experimental, *ex post facto*, pesquisa-ação, e estudo de caso.

Quanto aos meios, a pesquisa aqui relatada se enquadra basicamente na categoria de pesquisa bibliográfica, porque partiu-se de um estudo sistematizado, construído com base em publicações, efetuada através de livros, jornais, revistas, anais de eventos, *sites*, entre outros, sobre o estresse, trabalho médico hospitalar, sistemas de gestão de segurança e saúde do trabalho e, principalmente, a OHSAS 18001, para se chegar na proposta de modelo de sistema de gestão do estresse em médicos nos hospitais.

Classifica-se ainda, em documental e estudo de caso: documental pela função central que a norma OSHAS 1800:2007 desempenhou como matriz para construção do modelo proposto; e estudo de caso por ter se apropriado de observações colhidas na própria vivência profissional da autora para se propor um modelo de estresse apenas para a classe médica.

Para Vergara (2003), o estudo de caso é “o circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como pessoa, família, produto, empresa, órgão

público, comunidade ou mesmo país. Tem caráter de profundidade e detalhamento”. A autora enfatiza que pode ou não ser realizada no campo.

3. 2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A execução da pesquisa foi desenvolvida em quatro etapas sequenciais que se sucederam e se retro-alimentaram durante o processo investigativo, a saber:

ETAPA 1 – Etapa preliminar

Esta etapa compreendeu uma reflexão sobre a vivência da autora em hospitais como médica, os estressores por ela vivenciados nessa profissão, e pela observação quanto à inexistência de uma preocupação dos gestores de hospitais em gerenciar o estresse no trabalho médico. Além disso, a vivência específica como médica do trabalho acentuou essa preocupação, por ser conhecedora dos benefícios e danos do estresse e por saber que é possível gerenciá-lo.

Foi realizada uma revisão criteriosa da literatura sobre o estresse, estresse no trabalho médico, gestão do estresse, e sistema de gestão de segurança, a qual serviu como fundamento para encontrar um elo entre esses elementos, capaz de se poder construir um modelo de gerenciamento que os englobasse.

Logo, conclui-se que seria singular escolher a norma OSHAS 18001:2007, instrumento já mundialmente conhecido e utilizado para os sistemas de gestão de saúde e segurança no trabalho, numa versão mais atualizada, e integrá-lo com as peculiaridades do estresse e do estresse na classe médica que trabalha em hospitais.

Como resultado dessa primeira fase, foram encontrados e definidos os elementos da contextualização da pesquisa.

ETAPA 2 - Elaboração do Projeto

Na segunda etapa, os esforços foram voltados para a delimitação do problema, a justificativa, os objetivos e a metodologia para que a pesquisa pudesse ser efetuada.

Nessa fase, a maior contribuição foi dada pelo suporte teórico com a revisão bibliográfica, tendo a OSHAS 18001:2007 como alicerce para o modelo a ser proposto, cujo material foi utilizado em todos os momentos da pesquisa.

ETAPA 3 - Construção do modelo

A terceira etapa consistiu em levantar as interfaces possíveis que poderiam existir entre a OSHAS 18001:2007, o estresse e o estresse em médicos que trabalham em hospital, encontradas após o levantamento bibliográfico. Nessa pesquisa, os esforços foram voltados em dirigir o foco da visualização da OSHAS 18001 para criação de um sistema de gestão apenas para o estresse em médicos que trabalham em hospital. A ênfase também se deu em mostrar que esse risco deve ser mantido num nível considerado saudável e não ser extinto ou neutralizado como se faz com os demais riscos ocupacionais.

Portanto, foram estudadas todas as seções da OSHAS 18001:2007 e realizada adaptações necessárias de acordo com o que poderia ser utilizado para a gestão do estresse em médicos em hospital.

ETAPA 4 - Elaboração da tese

A última etapa foi caracterizada pela redação final da tese.

Foram elaboradas as conclusões e as recomendações cabíveis frente aos resultados alcançados nessa pesquisa, as limitações e uma avaliação crítica do modelo.

3. 3 TRATAMENTO DOS DADOS

Segundo Marconi e Lakatos (2000), o tratamento das informações pode ser de forma quantitativa, com o uso de procedimentos estatísticos, ou de forma qualitativa, através da interpretação e expressão dos significados lógicos dos dados coletados.

Nessa pesquisa, por ser caracterizada de natureza qualitativa, as análises foram baseadas no que foi encontrado na literatura sobre a temática e que serviu de

alicerce para as adaptações necessárias à OSHAS 18001 para a construção da proposta de gerenciamento do estresse no trabalho médico hospitalar.

CAPITULO 4

PROPOSTA DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE ESTRESSE PARA MÉDICOS EM HOSPITAIS BASEADO NA OSHAS 18001

Este capítulo apresenta a proposta de um sistema de gestão do estresse para médicos em hospitais, construído a partir das interfases encontradas entre o estresse, o trabalho médico em hospitais e a OSHAS 18001.

4.1 REQUISITOS GERAIS

O hospital deve estabelecer, documentar, implementar, manter e melhorar continuamente um Sistema de Gestão de Estresse para os Médicos em Hospitais - SIGEMH. Tal sistema deve: (i) estar em conformidade com os requisitos da Norma OSHAS 18001:2007, determinando como ele irá atender aos requisitos dessa norma; e (ii) ter uma estrutura que permita sua integração com outros sistemas de gestão já adotado pelo hospital.

A proposta foi elaborada seguindo a estrutura da OHSAS 18001:2007.

4.2 POLÍTICA DE ESTRESSE PARA MÉDICOS NO TRABALHO HOSPITALAR

O Sistema de Gestão de Estresse para Médicos que trabalham em Hospitais - SIGEMH deve ser norteador por uma política de gestão do estresse. Para tal, deve estabelecer uma orientação geral coerente com as características e as culturas do hospital e do meio em que se insere, e com os objetivos estabelecidos pela alta direção, visando manter um ambiente de trabalho com estresse saudável e motivador.

A alta direção do hospital deve definir, autorizar e difundir uma política de gestão do estresse para médicos do hospital e assegurar que, dentro do escopo definido de seu sistema de gestão de estresse, essa política:

- seja apropriada ao trabalho médico;
- inclua um comprometimento com a prevenção de doenças desencadeadas pelo estresse no trabalho;
- inclua um comprometimento em atender, pelo menos, aos requisitos legais aplicáveis e a outros requisitos subscritos pelo hospital, que se

relacione direta ou indiretamente com o estresse como risco profissional;

- seja documentada, implementada e mantida;
- seja comunicada a todos os médicos do hospital;
- esteja disponível para as partes interessadas; e
- seja analisada criticamente de forma sistemática para assegurar que seja sempre pertinente e apropriada ao controle do estresse no trabalho médico hospitalar.

A política do SIGEMH deve estar desdobrada em objetivos e estes devem espelhar o compromisso de melhorar, continuamente, o desempenho global do hospital no que se refere ao estresse no trabalho da classe médica, proporcionando um trabalho com estresse saudável, conforme mostra a Figura 7.

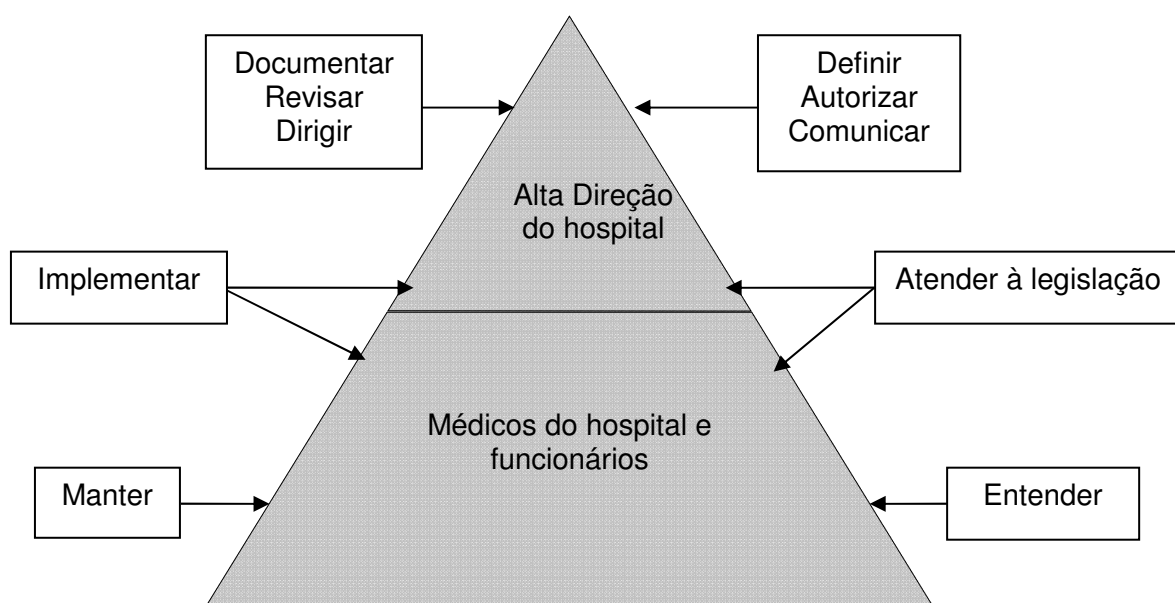


Figura 7 - Objetivos da Política do SIGEMH

A Política deve se refletir na gestão geral do hospital, com evidências específicas na gestão de segurança (através de ações preventivas) e nas rotinas

administrativas. Os objetivos podem ser melhor visualizados quanto aos seus aspectos na Figura 8.

Aspectos ligados à gestão do hospital	Aspectos prevencionistas	Aspectos operacionais
▪ revisar e melhorar de forma contínua o sistema de gestão de Estresse; ▪ cumprir e fazer cumprir a legislação sobre o estresse; e ▪ manter um ambiente de trabalho estimulante e motivador, com estresse saudável.	▪ conscientizar gestores, médicos e demais pessoas envolvidas no sistema sobre os benefícios e danos do estresse; ▪ evitar doenças e acidentes provocados pelo estresse prejudicial; e ▪ propor controles e correções no trabalho médico e no ambiente onde o trabalho se desenvolve.	▪ manter a política documentada e atualizada; ▪ ser comunicada; ▪ estar disponível às partes interessadas; ▪ ser periodicamente revista.

Figura 8 – Aspectos importantes da Política do SIGEMH.

4.3 PLANEJAMENTO

O planejamento corresponde à fase P do ciclo PDCA e nele deve ser estabelecido os responsáveis com autoridade para atingir os objetivos nas funções e níveis pertinentes ao trabalho médico do hospital, implementar e controlar as ações necessárias à gestão do estresse, bem como devem ser estabelecidas as metas e prazos a serem alcançados, o que deve ser utilizado para checar a eficácia do SIGEMH como um todo.

O planejamento de um sistema de gestão de estresse para médicos em hospitais deve ser composto pelos seguintes tópicos: identificação, avaliação e determinação dos controles, requisitos legais e outros, objetivos e programas.

4.3.1 Identificação, Avaliação e Determinação de Controles

O hospital deve estabelecer, implementar e manter procedimentos para identificação contínua dos estressores, avaliação do estresse e a determinação dos controles necessários para manter um ambiente com estresse saudável.

Os procedimentos para identificação e para avaliação do estresse no trabalho médico hospitalar devem levar em consideração:

- a) atividades médicas rotineiras e não rotineiras;

- b) atividades de todas as pessoas que tenham acesso ao local de trabalho dos médicos (incluindo terceirizados e visitantes);
- c) comportamento humano, suas capacidades e outros fatores humanos;
- d) fatores estressores externos ao local de trabalho médico, capazes de afetar adversamente a segurança e a saúde dos médicos sob o controle do hospital no local de trabalho;
- e) fatores estressores criados na vizinhança do local de trabalho médico por atividades relacionadas ao trabalho sob o controle do hospital;
- f) infra-estrutura, equipamentos, e materiais no local de trabalho, sejam eles fornecidos pelo hospital ou por outros;
- g) mudanças ou propostas de mudanças no hospital, em suas atividades ou materiais;
- h) modificações no sistema de gestão, incluindo mudanças temporárias, bem como seus impactos nas operações, processos e atividades;
- i) qualquer obrigação legal aplicável relacionada à avaliação e/ou ao controle dos fatores estressores do estresse para o trabalho médico e à implementação dos controles necessários;
- j) desenho das áreas de trabalho médico, processos, instalações, máquinas/equipamentos, procedimentos operacionais e organização do trabalho, incluindo sua adaptação às capacidades humanas; e
- k) estrutura administrativa do hospital.

O hospital deve identificar o risco de estresse associado a todas as atividades médicas (rotineiras e ocasionais), avaliá-los e classificá-los, e planejar o modo como será controlado.

O processo de identificação do estresse deve ser realizado através do uso de metodologias de identificação do estresse e é constituído pelas seguintes fases: identificar os estressores presentes no trabalho médico; identificar os efeitos, ou seja, como está o nível de estresse nos médicos; e se o nível de estresse encontrado é saudável ou não para a tarefa médica.

1. Identificar as causas de estresse do processo de trabalho médico através da caracterização das atividades médicas rotineiras e não rotineiras, onde deve-se:

- elaborar uma lista das atividades médicas, contemplando os recintos, procedimentos operacionais envolvidos, material e equipamentos utilizados, equipe de apoio, gestão do trabalho médico e recolher informações a seu respeito;
- identificar todos os estressores significativos relacionados com cada atividade de trabalho médico, devendo ser identificado quem pode ser prejudicado e como;
- identificar como é realizada a organização do trabalho médico (gestão, férias, jornada de trabalho, horas extras, rodízio, etc.).

2. Identificar os efeitos do estresse, ao se:

- determinar o nível de estresse a que os médicos estão sendo submetidos; e
- determinar sinais e sintomas desencadeados pelo estresse.

3. Identificar o nível de estresse encontrado no hospital, onde deve-se:

- decidir se o estresse é saudável ou prejudicial;
- julgar se as precauções existentes, ou planejadas (se houver) são suficientes para manter o estresse sob controle; e
- se atendem aos requisitos legais.

A Figura 9 apresenta, de forma esquemática, as fases de identificação e avaliação do estresse no SIGEMH.

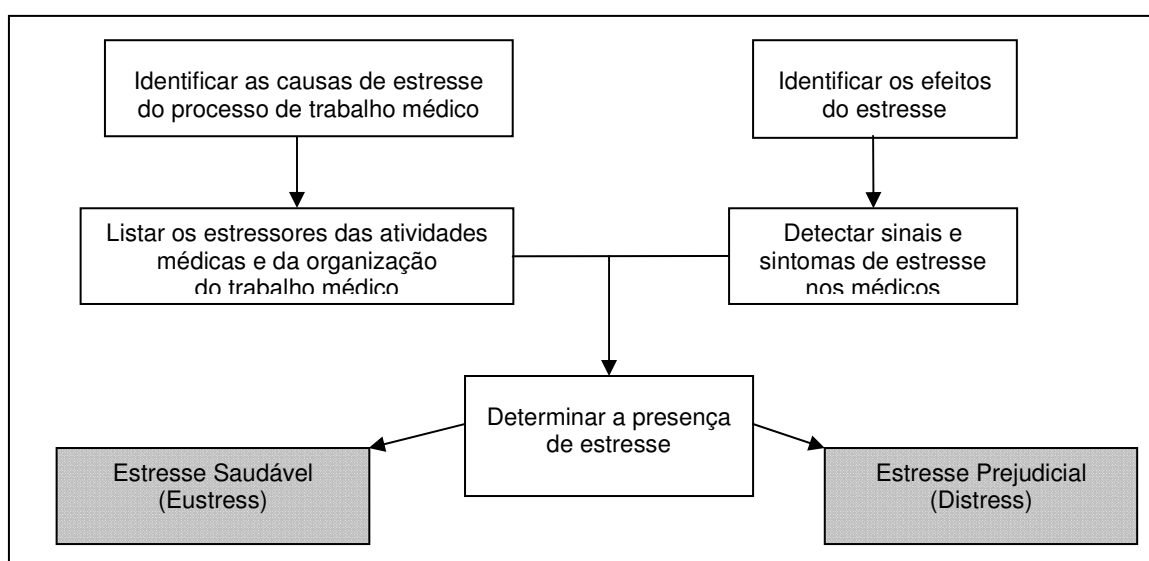


Figura 9 – Fases da identificação do estresse do SIGEMH.

4.3.1.1 Metodologia de identificação e avaliação do estresse em médicos

A metodologia selecionada deve ser a mais apropriada ao hospital, sendo a sua complexidade em função da intensidade do estresse sofrido pelos médicos, pela cultura organizacional do hospital e pelos recursos disponíveis neste. Os tipos de metodologias estão ilustradas na Figura 10.

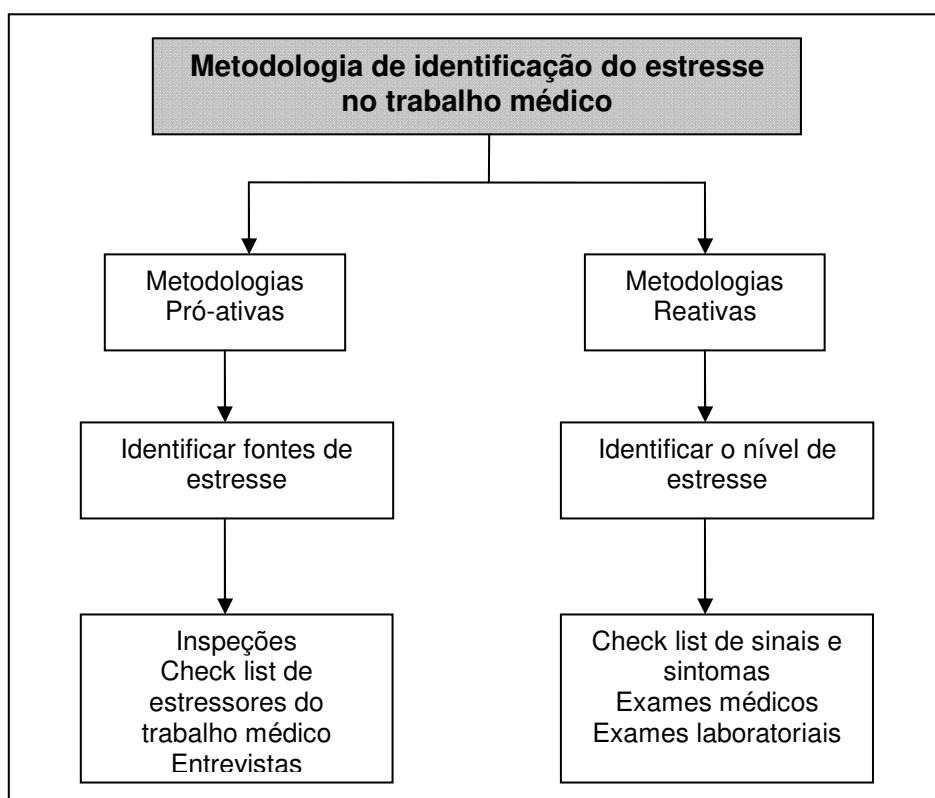


Figura 10 - Tipos de metodologias de identificação do estresse do SIGEMH.

A metodologia deve:

- ser definida com respeito ao seu campo de aplicação e natureza do hospital e ser capaz de identificar o estresse sofrido pelos médicos;
- ter prazos determinados para sua aplicação;
- ser pró-ativa (deve identificar os estressores já existentes, aqueles que existir na introdução de atividades ou de procedimentos novos ou alterados) que reativa;
- classificar o estresse em saudável e prejudicial para o trabalho médico e para o hospital;
- identificar os estressores que devem ser eliminados;

- identificar os estressores que são controlados pelos objetivos e m outros programas de gestão;
- ser consistente com a experiência operativa e com as potencialidades das medidas utilizadas para controle do estresse; e
- fornecer dados para as modificações necessárias para evitar novas fontes de estresse.

Com base nesses objetivos, é possível que seja necessário a aplicação de mais de um procedimento metodológico, um ou mais para conhecimento das causas, e outro para identificar os efeitos através do nível de estresse sofrido pelos médicos.

Para identificação das causas, recomenda-se a aplicação na equipe médica de instrumentos propostos pelo modelo de estresse ocupacional de Cooper, como o OSI ou o IEE adaptado para médicos. Posteriormente, é necessário, a aplicação de check-lists nos ambientes de trabalho, para identificação em loco dos estressores, já identificados pelo emprego do primeiro instrumento, e de outros itens estressores conhecidos ou não na literatura, como: ruídos, iluminação, jornada prolongada, pressão da chefia, etc.

Quanto à identificação dos efeitos, o Inventário de Sintomas de Stress em adultos de Lipp – ISSL pode ser utilizado.

A periodicidade do processo de identificação, avaliação e controle do nível de estresse nos médicos deve ser definida de acordo com as fontes de estresse existentes, da escala e complexidade das situações de estresse encontradas, e ser aplicada quando houver alterações (novos procedimentos, novos produtos, etc.) e ser reavaliada de forma contínua e após um acidente.

Logo após a correção dos estressores, deverá ser realizada uma nova identificação das causas e efeitos do estresse para que se possa ter certeza que houve uma redução dos efeitos do estresse nos médicos e melhor controle das causas.

4.3.2 Requisitos Legais e Outros

Estes requisitos destinam-se a promover a conscientização e a compreensão das responsabilidades legais. Até o momento não existe uma

legislação específica para o estresse, contudo essa pode surgir. Porém, a alta direção do hospital deve estar ciente e compreender que a existência do estresse prejudicial pode ser controlada e minimizada por outros requisitos legais aplicáveis ao hospital, ao controlar ou neutralizar alguns estressores. Além do que, o estresse pode dificultar o atendimento de outras normas.

O hospital deve:

- estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para identificar e ter acesso à legislação sobre o estresse, caso esteja em vigor e a outros requisitos que lhe são aplicáveis;
- assegurar que tais requisitos legais aplicáveis e outros requisitos subscritos por ele sejam levados em consideração no estabelecimento, implementação e manutenção de seu SIGEMH ;
- manter essa informação atualizada;
- comunicar as informações pertinentes sobre requisitos legais e outros requisitos às pessoas que trabalham sob seu controle e às outras partes interessadas pertinentes.

Portanto, deve ser obedecida a legislação e outros requisitos aplicáveis ao hospital, como, por exemplo, a legislação principal (de enquadramento, organização de serviços, Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde do Trabalho, Normas de Controle de Infecção Hospitalar, Normas de Biossegurança, cumprimento da Consolidação das Leis do Trabalho, entre outros), conforme visualizado na Figura 11.

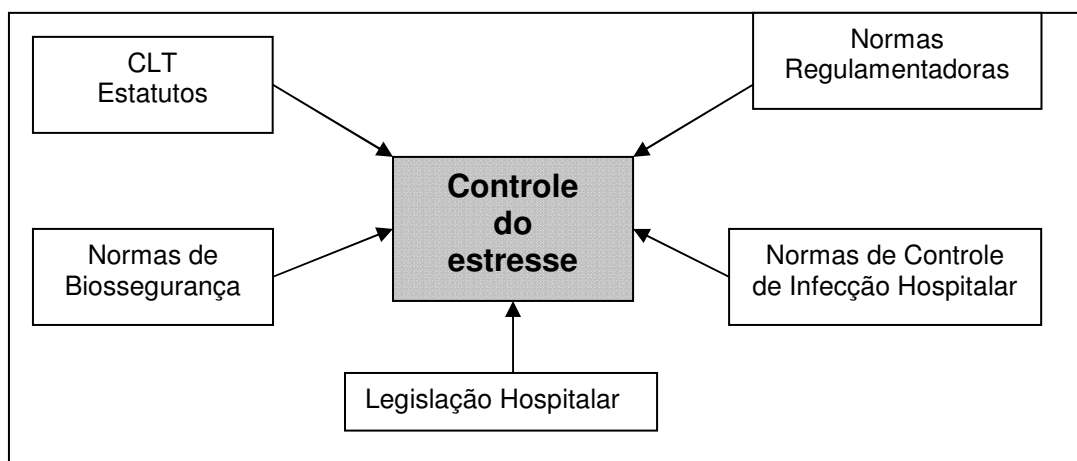


Figura 11 – Legislação aplicável ao hospital que ajuda na manutenção do estresse saudável.

O tratamento da legislação implica não só no planejamento para o seu cumprimento, mas também em uma conscientização do modo como pode afetar na manutenção de um estresse saudável e ao acesso à nova legislação e atualizações, assim como, a comunicação às pessoas onde ela é pertinente. A legislação pode fornecer, ainda, indicações do modo de atuar em face de determinadas situações estressoras, indicando as possíveis medidas de prevenção.

4.3.3 Objetivos e Programas

O hospital deve estabelecer, implementar e manter os objetivos do SIGEMH documentados, para os médicos e demais funções e níveis pertinentes do hospital.

Os objetivos devem ser mensuráveis e coerentes com a política do SIGEMH, incluindo-se os comprometimentos: com a prevenção de sinais e sintomas indicadores de estresse e de doenças geradas pelo estresse; com o atendimento a requisitos legais aplicáveis e outros requisitos subscritos pelo hospital; e com a melhoria contínua.

Ao estabelecer e analisar criticamente seus objetivos, o hospital deve considerar suas opções tecnológicas, seus requisitos financeiros e comerciais, bem como a visão das partes interessadas pertinentes.

Vários são os programas que atuam também na identificação, minimização e controle de estressores, inclusive alguns são obrigatórios por lei no hospital, como: o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, Normas de Biossegurança, etc.

Outros programas, quando existentes no hospital ou se puderem ser implantados, serão importantes na implementação do SIGEMH ao atuarem nas causas de estresse em médicos, como programas de motivação, programas para gestão de conflitos e gestão de conhecimento, programa de ginástica laboral, entre outros.

Cabe destacar que esses programas, para apresentar resultados efetivos, necessitam de um total comprometimento do nível estratégico do hospital.

A Figura 12 ilustra os programas que atuam na manutenção de um estresse saudável.

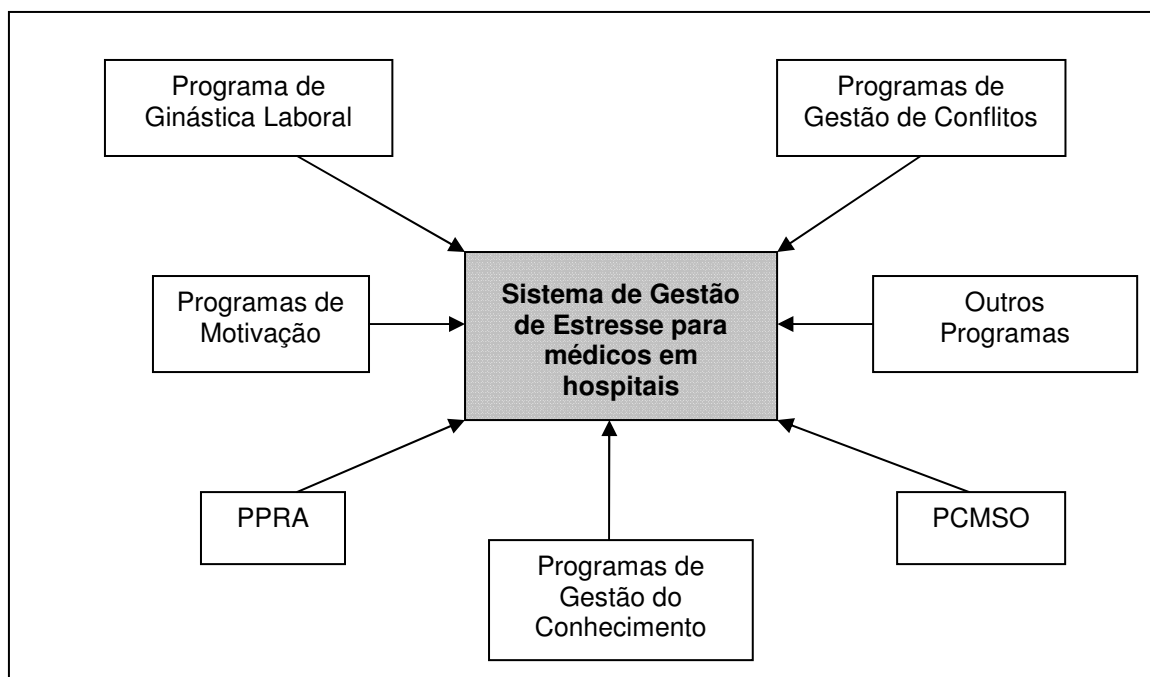


Figura 12 - Programas que auxiliam na manutenção do estresse saudável.

4.4 IMPLEMENTAÇÃO E OPERAÇÃO

Essa etapa corresponde ao D (do) do ciclo PDCA, onde devem ser executadas as tarefas de acordo com o que foi previsto no planejamento. Deve-se treinar no trabalho o método escolhido, executar o método e coletar os dados para verificação do processo.

Esse requisito inclui o planejamento de: recursos, funções, responsabilidades, prestações de contas e autoridades; competência, treinamento e conscientização; comunicação, participação e consulta; documentação; controle de documentos; controle operacional.

4.4.1 Recursos, Funções, Responsabilidades, Prestações de Contas e Autoridades

A alta direção deve assumir a responsabilidade pelo SIGEMH e deve demonstrar seu comprometimento ao:

- a) Garantir a disponibilidade de recursos essenciais para estabelecer, implementar, manter e melhorar o SIGEMH. Entendendo que os

recursos incluem: recursos humanos e habilidades especializadas, infra-estrutura organizacional, tecnologia e recursos financeiros.

- b) Definir funções, alocando responsabilidades e prestação de contas e delegar autoridades, a fim de facilitar a gestão eficaz do SIGEMH. As funções, responsabilidades, prestação de contas e autoridades devem ser documentadas e comunicadas.

O hospital deve indicar representante(s) da alta direção do hospital com responsabilidade específica pelo SIGEMH, independente de outras responsabilidades e com funções e autoridades definidas para assegurar que:

- o SIGEMH seja estabelecido, implementado e mantido em conformidade com a Norma OSHAS: 18001:2007; e que
- os relatos sobre o desempenho do SIGEMH sejam apresentados à alta direção do hospital para análise crítica e sejam utilizados como base para a melhoria do referido sistema.

Outros pontos importantes a seguir devem ser observados:

- A pessoa indicada pela alta direção do hospital deve estar identificada com o SIGEMH e se colocar à disposição de todas as pessoas que trabalham no hospital (quadro fixo e terceirizado);
- Todas as pessoas com responsabilidade administrativa devem demonstrar seu comprometimento com a melhoria contínua do desempenho do SIGEMH através da participação e envolvimento em todas as etapas de implantação e manutenção do programa;
- O hospital deverá assegurar que as pessoas no local de trabalho assumam responsabilidades por todos os aspectos do SIGEMH sobre os quais elas exercem controle, incluindo a conformidade com os requisitos aplicáveis do Sistema de Gestão de Estresse do hospital.

Para que a gestão do SIGEMH seja realizada de forma eficaz, é necessário que as funções, as responsabilidades e as autoridades sejam bem definidas, documentadas e comunicadas, e que os recursos adequados e

necessários sejam providenciados para permitir a execução das tarefas do sistema. A Figura 13 permite a visualização da implementação desses pontos.

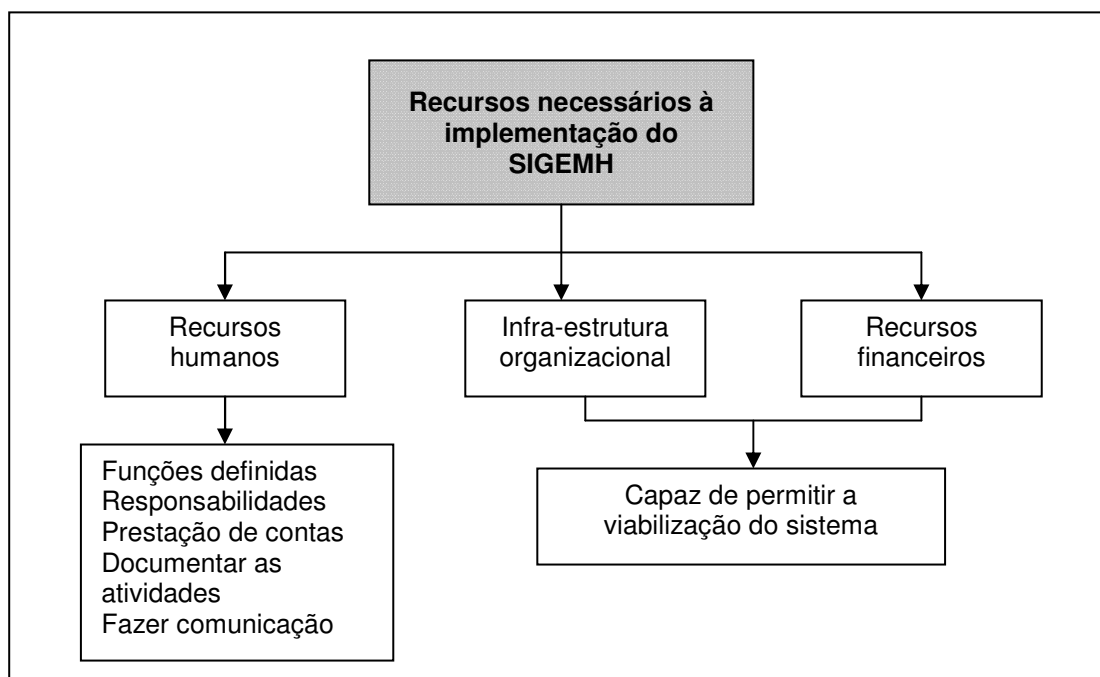


Figura 13: Recursos necessários à implementação do SIGEMH.

A alta direção deve providenciar os recursos (humanos, incluindo pessoal especializado; tecnológicos; financeiros;...) de modo a assegurar uma eficiente implementação, controle e melhoria do sistema. O(s) representante(s) da direção, o(s) qual(is), independentemente de outras funções, deve(m) assegurar que os requisitos do sistema de gestão sejam definidos, implementados e mantidos em conformidade com a presente norma e fazer o relato à alta direção sobre o desempenho do sistema de gestão.

A alta direção do hospital deve criar uma equipe específica para ficar responsável pelo SIGEMH, composta por médicos e psicólogos do próprio hospital ou contratar uma para esse fim. Uma boa opção é, se existir o Serviço Especializado em Medicina e Engenharia do Trabalho - SESMT, que esse departamento tenha mais essa atribuição, e juntamente com psicólogos e demais colegas médicos que quiserem participar. Outra opção seria, caso não exista o SESMT, vincular a equipe a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA. Esses dois departamentos no hospital, já têm locais próprios de funcionamento e um deles pode ser utilizado pelo SIGEMH.

4.4.2 Competência, Treinamento e Conscientização

A informação, sensibilização, competência e formação dirigida aos médicos e demais funcionários interessados do hospital sobre os perigos do estresse e sobre as medidas de prevenção é essencial para a eficaz definição e implementação do SIGEMH.

Assim, quanto ao quesito competência, cabe ao hospital assegurar que qualquer pessoa sob seu controle que realize tarefas que possam causar impacto no SIGEMH seja competente com base na formação apropriada, treinamento ou experiência, devendo reter os registros associados.

Da mesma forma, o hospital deve identificar as necessidades de treinamento sobre os fatores estressores e sobre o SIGEMH, fornecer este treinamento ou tomar outra ação para atender a essas necessidades, avaliar a eficácia do treinamento ou da ação tomada, e reter os registros associados.

Os procedimentos de treinamento devem levar em consideração os diferentes níveis de: responsabilidade, habilidade, e instrução; e conhecimento sobre o estresse. A implementação do treinamento deve envolver uma equipe responsável pela execução das tarefas que deve estar integrada e ser conhecedora das atividades que irão desempenhar, visando conhecimento, a credibilidade, conscientização e sensibilização do sistema.

Para o quesito Conscientização, o hospital deve estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para fazer com que as pessoas que trabalhem sob seu controle estejam conscientes das:

- conseqüências reais ou potenciais do estresse nas suas atividades de trabalho, de seu comportamento, e dos benefícios da existência de um SIGEMH para manutenção de um nível satisfatório de estresse como resultante de uma melhoria para o seu desempenho pessoal e melhoria da qualidade de vida e de trabalho;
- suas funções e responsabilidades e da importância em atingir a conformidade com a política e os procedimentos do Sistema de Gestão de Estresse, e com seus requisitos; e
- potenciais conseqüências da inobservância dos procedimentos especificados para a eficiência do sistema.

A Figura 14 ilustra a necessidade a importância desse item na implementação do SIGEMH.

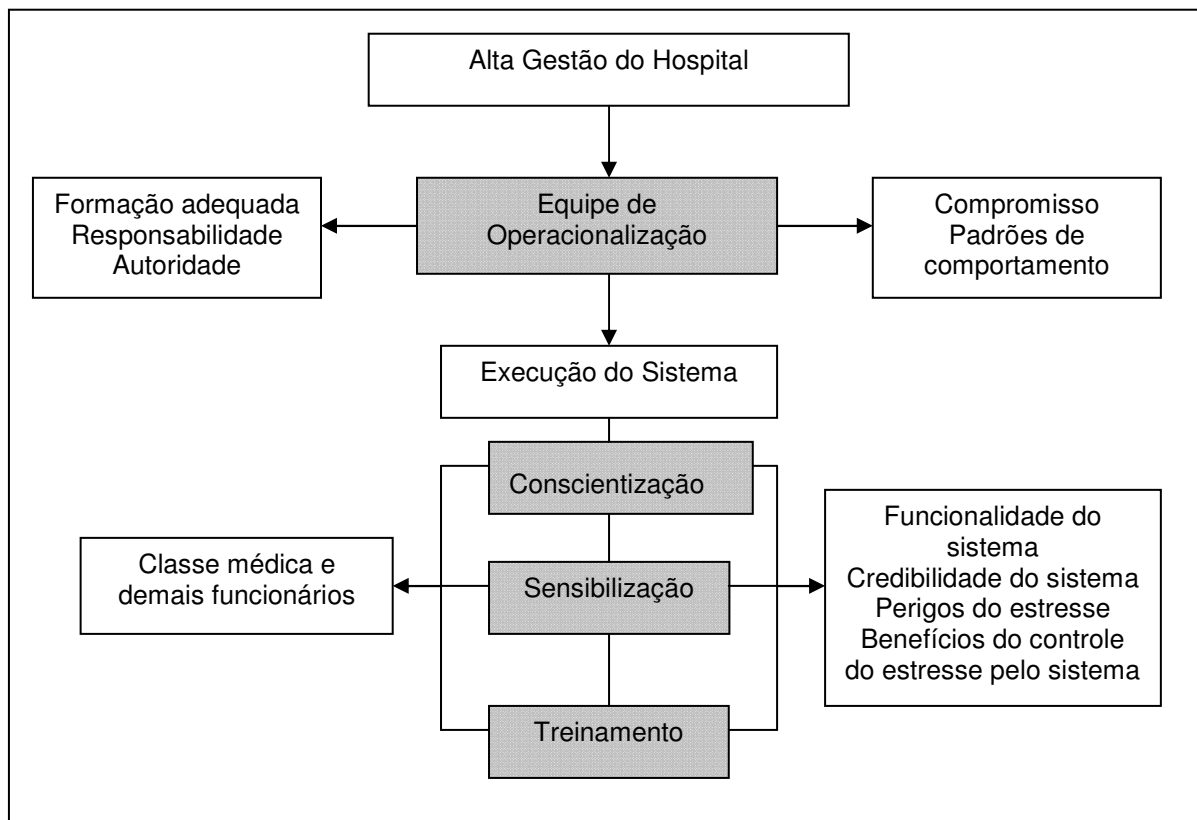


Figura 14: Fatores importantes na Implementação do SIGEMH.

4.4.3 Comunicação, Participação e Consulta

O hospital deve incentivar a participação, divulgar a sua política sobre estresse e os seus objetivos para toda a classe médica, a todos os setores envolvidos, e também aos colaboradores afetados, através de um processo de consulta e comunicação.

Em relação à comunicação sobre o estresse e sobre o SIGEMH que deseja implantar, o hospital deve estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para:

- comunicação interna entre vários níveis e funções dos médicos e das demais categorias de funcionários do hospital;
- comunicação com terceiros e outros visitantes no local de trabalho;
- recebimento, documentação e resposta a comunicações pertinentes oriundas de partes interessadas externas.

Quanto à participação e consulta, o hospital deve estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para a participação dos médicos através de:

- seu envolvimento apropriado na identificação, avaliação e na determinação de controles para o estresse;
- seu envolvimento apropriado na investigação de incidentes que envolvam o estresse;
- seu envolvimento no desenvolvimento e análise crítica das políticas e objetivos do SIGEMH;
- consulta, quando existirem quaisquer mudanças que afetem o SIGEMH; e
- representação por eleição ou indicação nos assuntos ao SIGEMH.

Os médicos devem ser informados sobre os detalhes de sua participação, incluindo quem é(são) seu(s) representante(s) eleitos ou indicados nos assuntos do SIGEMH.

Recomenda-se que os representantes sejam identificados através de consulta/eleição junto com a comunidade médica com vistas a garantir um melhor trânsito de comunicações.

O hospital deve assegurar que, quando apropriado, as partes interessadas externas pertinentes sejam consultadas sobre assuntos relevantes do SIGEMH.

A ênfase nesse item é sobre o envolvimento, a motivação e a participação dos médicos no desenvolvimento e na revisão dos procedimentos do SIGEMH, sobre a consulta e as mudanças que podem afetar o sistema.

A forma de consulta e comunicação deve ser através de reuniões, instruções, etc. e devem ser realizadas internamente, onde se procura assegurar que os procedimentos, ações e resultados sejam efetivamente divulgados e compreendidos pelos médicos do hospital e demais envolvidos.

4.4.4 Documentação

A OSHAS 18001:2007 recomenda a necessidade de estabelecer alguns procedimentos documentados. O hospital deve documentar e manter atualizada toda

a documentação necessária para se assegurar que o seu SIGEMH seja adequadamente compreendido e eficazmente implementado.

A documentação do SIGEMH deve incluir:

- a) a política e os objetivos do SIGEMH;
- b) descrição da finalidade do SIGEMH;
- c) descrição dos principais elementos do SIGEMH e sua interação, e sua referência aos documentos associados;
- d) documentos, incluindo registros, exigidos pela Norma OHSAS 18001; e todos os documentos utilizados em todas as fases do SIGEMH (planejamento, operação, controle, auditoria e todos outros documentos que estejam associados à gestão do estresse, como os instrumentos utilizados na identificação e causas do estresse, atas da CIPA, CAT's, escala de férias, comunicações feitas, eleições, reuniões do SIGEMH, etc.).

Os documentos devem ser guardados pela equipe do SIGEMH, no seu local de funcionamento, e servem para mostrar a existência do sistema através dos seus registros, comparar os controles efetuados, e para ter acesso fácil pela equipe e interessados.

4.4.5 Controle de Documentos

Todos os documentos e dados que contenham informação relevante para o SIGEMH devem ser identificados e controlados. É importante que a disponibilidade da informação necessária esteja no local certo, no tempo certo e ter uma revisão correta.

Os documentos requeridos pelo SIGEMH devem ser controlados. Registro é um tipo especial de documento e devem ser controlados de acordo com os requisitos estabelecidos em 4.5.4.

O hospital deve estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para:

- a) aprovar documentos quanto à adequação do seu uso, antes de serem distribuídos e utilizados;
- b) analisar criticamente e atualizar, conforme necessário, e reaprovar documentos;

- c) assegurar que as alterações e a situação atual da revisão dos documentos sejam identificadas;
- d) assegurar que as versões pertinentes de documentos aplicáveis estejam disponíveis em seu ponto de utilização;
- e) assegurar que os documentos permaneçam legíveis e prontamente identificáveis;
- f) assegurar que os documentos de origem externa determinados pelo hospital como sendo necessários ao planejamento e operação do Sistema de Gestão de Estresse sejam identificados e que sua distribuição seja controlada; e
- g) prevenir a utilização não intencional de documentos obsoletos e utilizar identificação adequada neles, se forem retidos para quaisquer fins.

4.4.6 Controle Operacional

O hospital deve determinar as operações e atividades médicas que estejam associadas ao estresse listadas na identificação, onde a implementação de controles for necessária para gerenciar o estresse. Isso deve incluir a gestão de mudanças.

Para tais atividades, o hospital deve implementar e manter:

- a) controles operacionais, conforme aplicável ao hospital e a suas atividades. O hospital deve integrar tais controles operacionais ao seu SIGEMH como um todo;
- b) controle referente a produtos, serviços e equipamentos adquiridos;
- c) controle referente a terceirizados e outros visitantes no local de trabalho médico;
- d) procedimentos documentados, para cobrir situações em que sua ausência possa acarretar desvios em relação à política e aos objetivos do SIGEMH;
- e) critérios operacionais estipulados, onde sua ausência possa acarretar desvios em relação à política e aos objetivos do SIGEMH .

Ao determinar os controles ou considerar as mudanças nos controles existentes, deve-se considerar a redução das causas do estresse tendo sempre como primeira opção uma ação preventiva do que uma ação corretiva.

Para a gestão de mudanças, o hospital deve identificar o estresse associado às mudanças no hospital, nos sistemas de gestão ou nas atividades médicas, antes da introdução de tais mudanças e assegurar que os resultados dessas avaliações sejam levados em consideração quando da determinação dos controles.

O SIGEMH requer que o hospital identifique e implemente o controle necessário para assegurar a operacionalização da política e monitorar o desempenho face aos objetivos (essencialmente no que diz respeito à legislação e a outros requisitos, à melhoria contínua e à prevenção).

Os elementos que podem ser analisados no controle operacional do SIGEMH são apresentados na Figura 15.

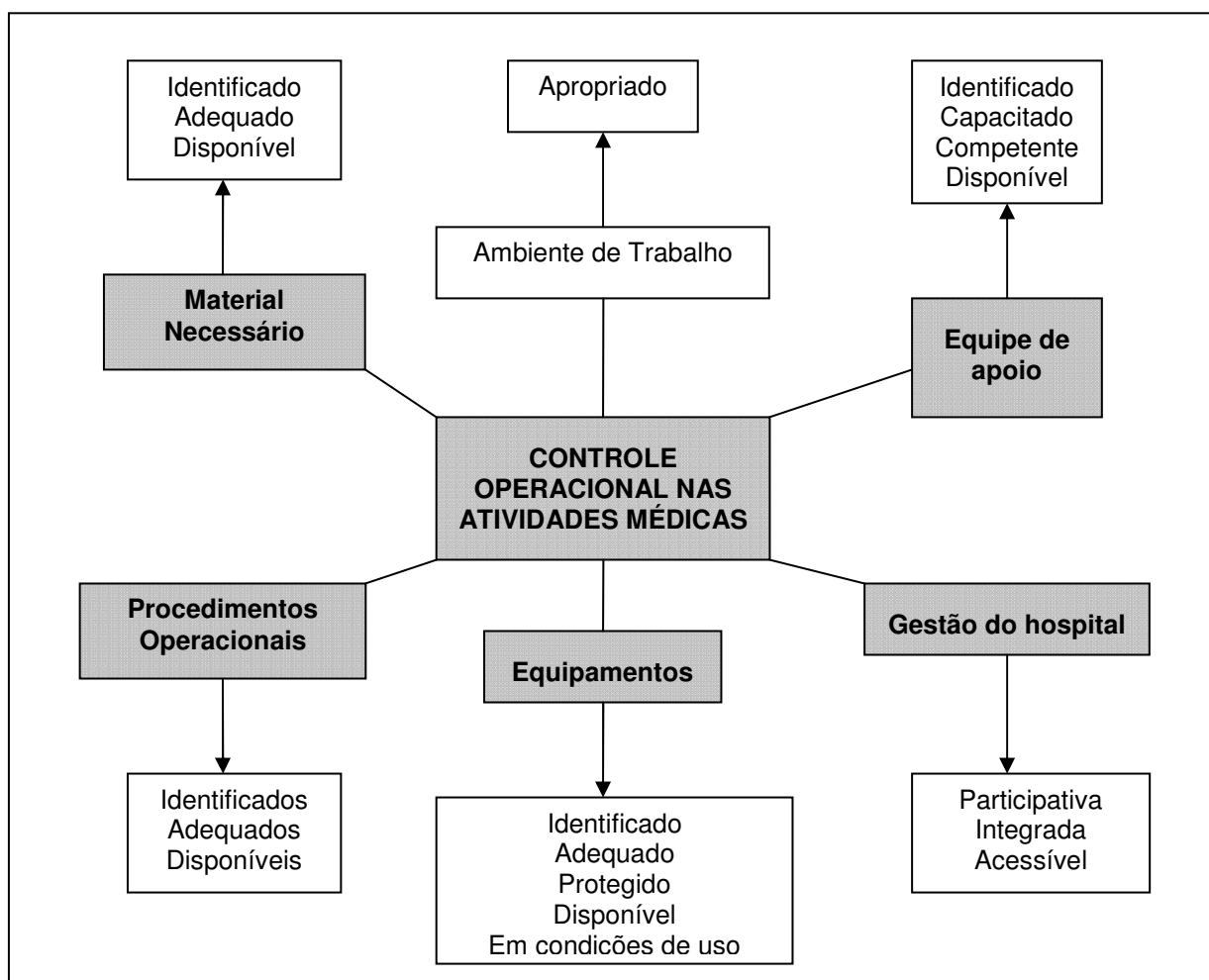


Figura 15: Controle Operacional para o SIGEMH.

A atividade médica inclui no seu contexto: o ambiente de trabalho, o pessoal envolvido na equipe de apoio, os equipamentos e materiais utilizados, os procedimentos operacionais já determinados e a gestão do hospital.

O ambiente de trabalho médico deve adequado, ou seja ter as condições necessárias para seu funcionamento e que são determinadas por lei como por exemplo: condições de iluminação, ruído, ventilação, temperatura, estrutura física, ter alojamento médico adequado, banheiro, salas e enfermarias de acordo com as especificações da legislação, etc.

O pessoal de apoio que insere a equipe de enfermeiros, técnicos e pessoal de limpeza devem ser identificados, ter qualificação para tarefa, ser competente, estarem em numero razoável para tarefa e estar disponível para o apoio para o trabalho médico.

Os equipamentos e materiais utilizados pelo médico, como por exemplo: tensiômetros, estetoscópios, bisturis elétricos, tesouras, seringas, ambur, medicamentos, etc., devem estar num local protegido, serem identificados, adequados para o uso, disponíveis e em condições de uso.

Os procedimentos operacionais definidos pelo hospital como por exemplo: para emergência, cirurgias ou exames e outros devem ser identificados, adequados e disponíveis para quando forem necessários.

Quanto à gestão do hospital, essa deve estar integrada e participativa nas atividades médicas e ser acessível ao médico.

Para que a tarefa médica se desenvolva num estresse saudável é necessário que todos esses itens estejam integrados e dentro das especificações e normas já determinadas por lei ou pelo hospital. Portanto, o SIGEMH deve analisar todos esses itens e controlá-los.

4.5 VERIFICAÇÃO

Essa etapa corresponde à letra C (*Check*) do ciclo do PDCA, na qual os procedimentos primordiais serão monitorar e avaliar periodicamente os resultados, avaliar processos e resultados, confrontando-os com o planejado, com os objetivos e com as especificações.

O hospital deve planejar o modo como irá monitorar, medir, analisar e melhorar as atividades que possam causar impacto no SIGEMH, e para isso deve

incluir: monitorar e avaliar o desempenho; definir o acompanhamento de incidentes, registrar as não-conformidades, propor as ações corretivas e preventivas, fazer registros, propor programas de auditorias.

4.5.1 Monitoramento e Medição do Desempenho

O hospital deve estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para monitorar e medir regularmente o desempenho do SIGEMH. Esse(s) procedimento(s) deve(m) fornecer:

- a) tanto medidas qualitativas como medidas quantitativas apropriadas às necessidades do hospital;
- b) monitoramento de grau de atendimento aos objetivos do SIGEMH;
- c) monitoramento da eficácia dos controles para o estresse (tanto na saúde quanto para segurança);
- d) medidas pró-ativas de desempenho que monitorem a conformidade com o(s) programa(s) de gestão, e com os controles e critérios operacionais;
- e) medidas reativas de desempenho que monitorem doenças relacionadas ao estresse, incidentes (incluindo acidentes e quase acidentes decorrentes do estresse, etc.) e outras evidências históricas de deficiências no desempenho do SIGEMH;
- f) registro de dados e resultados do monitoramento e medição, suficientes para facilitar a subsequente análise de ações corretivas e ações preventivas.

O hospital deve identificar os parâmetros pró-ativos e reativos fundamentais para monitorar e medir o desempenho do seu SIGEMH.

Os parâmetros pró-ativos são suportados no programa de gestão, baseados nos critérios operacionais, e coerentes com os requisitos legais e regulamentares; e os parâmetros reativos são baseados nos acidentes, doenças e outras evidências históricas do desempenho deficiente (como, por exemplo, análises estatísticas de sinistralidade).

A Figura 16 apresenta de forma sucinta e objetiva, os itens do SIGEMH a serem monitorizados, com seus respectivos indicadores.

Medidas	Monitorar	Indicadores
Pró-ativas	- Política - Planejamento • Identificação, avaliação e determinação dos controles • Requisitos legais e outros - Objetivos e outros programas - Implementação e operação • Recursos, funções, responsabilidades, prestações de contas e autoridades; • Competência, treinamento e conscientização; • Comunicação, participação e consulta; • Documentação; • Controle de documentos; • Controle operacional.	- existência da política e da sua aplicação, adesão e compreensão. - aplicação de metodologia; - determinação dos estressores e do nível de estresse. - cumprimento dos requisitos legais e de outros. - atendimento aos objetivos; - implantação de programas que atuem no estresse. - recursos definidos para o SIGEMH; - pessoal definido com autonomia e responsabilidades claras para implantação do sistema; - documentação da prestação de contas utilizada pelo sistema. - registro de treinamentos; - registro de palestras de conscientização. - formas de comunicação utilizadas existentes; - quantidade de sugestões dos médicos. - existência, disponibilidade e acessibilidade aos documentos de todas as etapas do sistema. - critérios de controle operacionais existentes; - registro das deficiências e não conformidades.
Reativas	- Registros	- existência de Acidentes; - registro de doenças provocadas pelo estresse; - presença de sinais e sintomas de estresse; - absenteísmo por doenças provocadas pelo estresse.

Figura 16: Medidas pró-ativas e reativas no monitoramento do SIGEMH.

4.5.2 Avaliação do Atendimento a Requisitos Legais e outros

Essa etapa corresponde à letra **A** (*act*) do ciclo PDCA e refere-se a atuar corretivamente sempre que necessário, eventualmente determinar e confeccionar novos planos de ação, de forma a melhorar a qualidade, eficiência e eficácia, aprimorando a execução do sistema e corrigindo eventuais falhas.

A avaliação do atendimento deve ser realizada de maneira coerente com o seu comprometimento de atendimento (*compliance*) aos requisitos legais e outros, onde o hospital deve estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para avaliar periodicamente o atendimento aos requisitos legais aplicáveis (ver item 4.3.2).

O hospital deve manter registros dos resultados das avaliações periódicas e suas frequências podem variar de acordo com requisitos legais distintos, de maneira coerente com o seu comprometimento do atendimento (*compliance*) a outros requisitos por ela subscritos (ver 4.3.2). O hospital pode combinar esta avaliação com a avaliação referida no item anterior, ou estabelecer procedimento(s) em separado.

Apesar de não se ter uma legislação específica para o estresse, o trabalho médico no hospital é regido por normas específicas legais dentro de um hospital e estas devem ser analisadas e revistas periodicamente.

4.5.3 Investigação de Incidente, Não Conformidade, Ação Corretiva e Ação Preventiva

4.5.3.1 Investigação do Incidente

O hospital deve estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para registrar, investigar e analisar incidentes, a fim de:

- a) determinar deficiências do SIGEMH subjacentes e outros fatores que possam estar causando ou contribuindo para ocorrência de estresse;
- b) identificar a necessidade de ações corretivas;
- c) identificar oportunidades para ações preventivas;
- d) identificar oportunidades para a melhoria contínua;
- e) comunicar os resultados de tais investigações.

As investigações devem ser realizadas no momento apropriado.

Quaisquer necessidades identificadas de ação corretiva ou de oportunidades para ação preventiva devem ser tratadas de acordo com as partes pertinentes da seção 4.5.3.2.

Os resultados das investigações de incidentes devem ser documentados e mantidos.

4.5.3.2 Não conformidade, ação corretiva e ação preventiva

O hospital deve estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para tratar as não-conformidades reais e potenciais, e para executar ações corretivas e ações preventivas. O(s) procedimento(s) deve(m) definir requisitos para:

- a) identificar e corrigir não-conformidade(s) e executar ações para mitigar suas conseqüências para o SIGEMH;
- b) investigar não conformidade(s), determinar sua(s) causa(s) e executar ações para evitar sua repetição;
- c) avaliar a necessidade de ação(ões) para prevenir não-conformidade(s) e implementar ações apropriadas, desenhadas para evitar sua ocorrência;
- d) registrar e comunicar os resultados da(s) ação(ões) corretiva(s) preventiva(s) executadas(s); e
- e) analisar criticamente a eficácia da(s) ação(ões) corretiva(s) e ação(ões) preventiva(s) executada(s).

As não - conformidades no trabalho médico correspondem às situações onde o trabalho médico é realizado de forma inadequada as determinações previamente estabelecidas.

Quando a ação corretiva e a ação preventiva identificam perigos novos ou modificados, ou a necessidade de controles novos ou modificados, o procedimento deve requerer que as ações propostas sejam submetidas a uma avaliação de risco de estresse, antes de sua implementação.

Qualquer ação corretiva ou ação preventiva executada para eliminar as causas de não-conformidade(s) real(is) ou potencial(is) deve ser adequada à magnitude dos problemas e comensurável com os riscos de estresse encontrado(s).

O hospital deve assegurar que quaisquer mudanças necessárias resultantes das ações corretivas e ações preventivas sejam feitas na documentação do SIGEMH.

O principal objetivo de tais procedimentos é a de prevenir a repetição da ocorrência de tais situações, identificando e eliminando na origem a(s) causa(s). Além disso, os procedimentos devem permitir a detecção, a análise e a eliminação das não conformidades do estresse.

4.5.4 Controle de Registros

O hospital deve estabelecer e manter registros, conforme necessário, para demonstrar conformidade com os requisitos de seu SIGEMH, bem como os resultados obtidos e deve estabelecer, implementar e manter procedimento(s) para a identificação, armazenamento, proteção, recuperação, retenção e descarte dos registros.

Os registros devem ser e permanecer legíveis, identificáveis e rastreáveis de uma vez que são necessários para poder se comparar os níveis de estresse antes e depois da implantação do SIGEMH. Eles servem também para saber se as condutas que foram tomadas foram adequadas, onde se precisa ainda corrigir, e, de maneira mais abrangente, verificar se o SIGEMH está sendo eficiente.

4.5.5 Auditoria Interna

O hospital deve assegurar que as auditorias internas do SIGEMH sejam conduzidas em intervalos planejados para:

- a) determinar se o SIGEMH está em conformidade com os arranjos planejados para a Gestão de Estresse, e se foi adequadamente implementado, se é mantido; e se é eficaz no atendimento à política e aos objetivos propostos pelo hospital.
- b) fornecer informações à alta direção sobre os resultados das auditorias.

O(s) programa(s) de auditoria deve(m) ser planejado(s), estabelecido(s), implementado(s) e mantido(s) pelo hospital, com base nos resultados das avaliações de riscos de estresse das atividades médicas do hospital e nos resultados de auditorias anteriores. Os procedimentos(s) de auditoria deve(m) ser estabelecido(s), implementado(s) e mantido(s) para tratar:

- a) das responsabilidades, competências e requisitos para se planejar e conduzir as auditorias, para relatar os resultados e reter os registros associados;
- b) da determinação dos critérios de auditoria, sua finalidade, frequência e métodos.

A seleção de auditores e a condução das auditorias devem assegurar objetividade e imparcialidade do processo de auditoria. As auditorias planejadas ao SIGEMH devem ser realizadas ou pelo pessoal qualificado do próprio hospital e/ou pessoal externo, qualificado e selecionado pelo hospital, para avaliar o grau de conformidade com os procedimentos documentados do SIGEMH e avaliar a eficácia do sistema no cumprimento dos seus objetivos.

O hospital deve planejar um programa de auditorias, tendo em consideração a posição e importância das atividades e áreas a auditar bem como resultados de auditorias anteriores. O âmbito da auditoria, frequência e metodologias devem ser definidos. As auditorias devem ser conduzidas por pessoal independente das atividades a auditar.

Um procedimento documentado deve incluir as responsabilidades e requisitos para a condução de auditorias, assegurar a sua independência e registro de resultados.

A organização deve implementar oportunamente as ações corretivas, perante as deficiências encontradas no decorrer da auditoria. Já as ações de seguimento devem incluir a verificação e implementação de ações corretivas, e registros da verificação dos resultados. Assim, as auditorias deverão ser realizadas de acordo com um programa com o propósito de avaliar periodicamente a eficácia do SIGEMH, face às disposições planejadas (incluindo os requisitos da presente norma) e implementadas.

4.6 ANÁLISE CRÍTICA PELA DIREÇÃO

A alta direção do hospital deve analisar criticamente o SIGEMH, em intervalos planejados, para assegurar sua continuada adequação, pertinência e eficácia. As análises críticas devem incluir a avaliação de oportunidade para melhoria e a necessidade de alterações no Sistema de Gestão de Estresse, inclusive da política e dos objetivos do Sistema de Gestão de Estresse. Os registros das análises críticas pela direção devem ser guardados.

As entradas para análises críticas pela direção devem incluir:

- a) resultados das auditorias internas e das avaliações do atendimento (*compliance*) aos requisitos legais aplicáveis e a outros requisitos subscritos pelo hospital;

- b) resultados da participação e consulta;
- c) comunicação(ões) pertinente(s) proveniente(s) de partes interessadas externas, incluindo reclamações;
- d) o desempenho do SIGEMH;
- e) extensão na qual foram atendidos os objetivos;
- f) situação das investigações de incidentes, das ações corretivas e das ações preventivas;
- g) ações de acompanhamento das análises críticas, pela alta direção, anteriores;
- h) mudanças de circunstâncias, incluindo desenvolvimentos em requisitos legais e outros relacionados ao estresse; e
- i) recomendações para melhoria.

As saídas das análises críticas pela direção devem ser coerentes com o comprometimento da organização com a melhoria contínua e devem incluir quaisquer decisões e ações relacionadas a possíveis mudanças:

- a) no desempenho do SIGEMH;
- b) na política e objetivos do SIGEMH;
- c) nos recursos; e
- d) em outros elementos do SIGEMH.

As saídas pertinentes da análise crítica pela direção devem ficar disponíveis para comunicação e consulta.

O objetivo dessa pesquisa foi construir uma proposta de gestão do estresse para médicos em hospitais – SIGEMH que foi concretizada nesse capítulo.

A sua validação é proposta como estudos futuros, e servirá para aprimorar e fazer as correções cabíveis, frente à realidade da problemática do trabalho médico em hospitais.

Nesse capítulo são apresentadas as conclusões da pesquisa, as limitações encontradas e as propostas de continuidade para futuros trabalhos científicos sobre o tema.

5.1 CONCLUSÕES

Verificou-se com este estudo que é possível fazer uma adaptação do sistema de gestão proposto pela OHSAS 18001 para um sistema de gestão, cuja instituição focalizada foi o hospital, onde suas diretrizes foram direcionadas para apenas um risco ocupacional (o estresse) e para um determinado grupo de profissionais (os médicos), resultando num novo aspecto de uso da norma.

Com referência ao instrumento utilizado como base para criação do modelo proposto, a OHSAS 18000:2007, observa-se uma seqüência lógica interessante na sua estrutura, que é finalizada com a melhoria contínua, mostrando que os elementos do sistema terão uma investigação constante no ciclo lógico proposto. Em cada seção da OHSAS 18001 foram incorporadas as concepções sobre o estresse médico, sendo apenas retirada a seção 4.4.7 (preparação e respostas de emergência), por não ser necessária no caso do estresse.

Gerenciar o estresse no trabalho médico não é uma tarefa fácil, já que o estresse é um risco de difícil mensuração e não existe um limite de tolerância. Os estressores do trabalho médico envolvem o ambiente físico, a carga mental do trabalho, a organização do hospital, as relações entre colegas e chefias, além de outras situações que muitas vezes não podem ser controladas, como lidar com pacientes doentes e com a morte, entre outros. Com isso, o foco de atenção para o controle desse risco é amplo e a estratégia a ser adotada deve atingir a maior parte dos estressores.

A proposta construída nessa pesquisa foi a de dirimir esse contexto estressante do trabalho médico, tendo como produto final uma melhor qualidade de vida no trabalho, uma prestação de serviço com qualidade, e a redução de doenças e acidentes provocados pelo estresse.

O sistema propõe a criação de uma política de estresse no hospital com objetivos claros e definidos, com a participação efetiva da alta direção do hospital, o que deverá mudar a cultura organizacional adotada nos hospitais.

Quanto ao planejamento, esse deve ser elaborado para que se possa fazer uma identificação do estresse, sua classificação e seu controle em todas as atividades médicas; devem ser aceitos e implantados outros programas que auxiliem o controle do distresse e potencializem o uso do eustresse, obedecendo aos requisitos legais direta ou indiretamente relacionados ao estresse.

Na etapa da implementação, devem ser determinados os recursos, funções, responsabilidades, prestação de contas, autoridades, competência, treinamento, conscientização, consulta, participação, criação de documentos de todas as etapas, e se faz o controle de documentos e operações.

Quanto à verificação do funcionamento do sistema, deve se fazer o monitoramento e a medição do seu desempenho, além da avaliação do atendimento a requisitos legais, a investigação de incidentes e da não conformidade. Tudo isso, permitirá a proposição de ações corretivas e/ou preventivas e se fazer o controle de todos os registros e a análise crítica pela direção. Por fim, as auditorias internas devem ser realizadas, periodicamente, para manter a proposta de melhoria contínua e mostrar que o sistema será corrigido, alterado continuamente.

É importante ressaltar que há a necessidade de se criar um estímulo para implantação de normas na área de Saúde e Segurança do Trabalho. O ganho de mercado que certos selos ou certificações permitem conseguir funciona como um forte apelo à adoção de normas como as das séries ISO 9000 ou ISO 14000. Isso estimula a adoção, por parte das empresas, de sistemas de gestão de qualidade e do meio ambiente, mesmo que se observe, não raro, um uso deste esforço apenas como um recurso da área de marketing, não refletindo uma real mudança de concepção. Na área de segurança, não se percebe, ainda, estes ganhos mercadológicos, o que talvez explique o fato de não se ter aqui uma precipitação na busca de certificações, salvo em casos especiais. O avanço do conceito de responsabilidade social permite vislumbrar um cenário futuro mais auspicioso neste aspecto.

Outra conclusão a ser destacada acerca do estresse no trabalho, é o fato de que ele representa uma situação diferenciada das que usualmente são confrontadas pela área de segurança. Afinal, o estresse não representa apenas uma

fonte de perdas, ou seja, algo cujos ganhos se limitam à não incidência das perdas. O estresse saudável é necessário, sendo assim, é algo a ser buscado (nos limites do eustresse) e não só evitado (nos limites do distresse). Em outras palavras, a perspectiva aqui deixa de ser, como usualmente ocorre na área da segurança, a do controle de perdas, e passa a ser também a de aproveitamento de oportunidades / potencialidades. Esta, aliás, é a primeira das limitações que deve ser apontada neste trabalho.

A compreensão tardia do teor do parágrafo anterior fez com que a inserção de uma ampla gama de técnicas e práticas oriundas de campos afetos à motivação no trabalho tenha sido um pouco tímida.

Outras limitações foram evidenciadas no desenvolvimento do trabalho. O recorte feito ao início da pesquisa, quando se decidiu por estudar apenas o estresse da classe médica revelou-se estimulante e simultaneamente limitador. Afinal, o trabalho no hospital é feito por equipes multiprofissionais, e muitos estressores atingem todos os participantes da equipe. Nestes casos, os ganhos potencialmente auferíveis pelo sistema de gestão seriam amplificados, o que não foi percebido na proposta aqui relatada.

Registre-se também, que a meta de propor um modelo, sem a preocupação com a sua validação (o que logo no início do estudo se revelou inviável), retirou do trabalho aqui relatado a realização de ajustes e reajustes. A decisão de não incorporar os ganhos de qualidade que estes ajustes trariam foi tomada com o intuito de permitir uma antecipada entrega do relatório à comunidade, acelerando, assim, o processo de lapidação da proposta, até mesmo por não se ter mais as amarras que o trabalho de elaboração de uma tese contém. A validação do modelo faz parte das propostas para continuação desse estudo. E ela, certamente, encontrará os mesmos entraves dos programas de qualidade de vida, uma vez que o estresse ocupacional está inserido na qualidade de vida no trabalho.

Quando se pensa e se reporta às possíveis dificuldades da implantação de um sistema de estresse no trabalho médico hospitalar, além das já encontradas na implantação dos programas de qualidade de vida no trabalho, deve-se considerar também que:

- a cultura organizacional dos hospitais não está voltada para esse assunto, já que os estressores do trabalho médico são conhecidos de longa data e nada tem sido feito para mudar esse cenário;

- a inexistência de programas de gestão de saúde e segurança do trabalho em hospitais, principalmente no serviço público.
- o estresse nem sempre aparece nos programas obrigatórios por lei, nem nos mapas de risco; entre outros.

Portanto, evidencia-se que foi construído um instrumento, de caráter preventivo para o estresse ao se fazer uma proposta para um sistema de gestão em médicos que trabalham em hospitais.

Conclui-se, portanto, que foi possível a construção de mais uma ferramenta de gestão, que uma vez implantada em hospitais trará benefícios ao reduzir ou manter um estresse saudável nos médicos, além de contribuir para a geração contínua de novos conhecimentos sobre a aplicação da OHSAS 18001, por ter sido utilizada para a gestão de apenas um risco ocupacional.

Do ponto de vista metodológico, a presente tese permite abrir uma nova linha de investigações, na medida em que ela parte da premissa de se concentrar em um único risco (o stress), que interfaceia várias áreas, ao contrário das posturas globalizantes que usualmente se encontram nas obras que versam sobre Sistemas de Gestão.

5.2 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Na construção dessa proposta de gestão de estresse para médicos que trabalham em hospitais, ao se estudar os estressores do trabalho médico, observou-se a necessidade de interação com outras ciências, a fim de tornar ou manter o estresse num nível saudável. A atenção aos fatores relativos ao indivíduo deve ser aperfeiçoada com as pesquisas na área da psicologia, assim como os conteúdos voltados para a organização (conflitos entre equipes e chefias, motivação no trabalho) devem receber a colaboração de pesquisas envolvendo a Administração.

Como propostas de continuidade deste trabalho de pesquisa propõe-se:

- construir uma metodologia específica de identificação do estresse no trabalho médico;
- validar a adaptação realizada neste trabalho em hospitais e evidenciar os pontos positivos e negativos e os devidos ajustes;

- fazer uma nova adaptação do modelo, agregando todos os membros da equipe de saúde que trabalham a nível hospitalar;
- estimular novas pesquisas referentes ao trabalho médico;
- estudar o comportamento da gestão nos hospitais após a implementação de um sistema de gestão para estresse;
- analisar o investimento versus o retorno financeiro da implementação de um sistema de gestão em hospitais;
- estudar estratégias para disseminação de uma nova cultura hospitalar voltada para a aceitação de um sistema de gestão de estresse;
- estudar motivadores do trabalho médico; e
- avaliar os conflitos em equipes que trabalham em hospitais.

REFERÊNCIAS

ACUÑA IDROGO, A. A. **Sistema integrado de gestão de qualidade, meio ambiente e saúde e segurança do trabalho**: um modelo para a pequena empresa. Tese. (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ALEVATO, H. Avaliação dos estressores do ambiente de trabalho. Disponível em: <<http://nestuff.blogspot.com/2007/07/avaliao-dos-estressores-do-ambiente-de.htm>>. Acesso em: 8 set. 2007.

ALBRECHT, K. **O Gerente e o stress: faça o stress trabalhar para você**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

ALVES, M.G.M. et al. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n.2, p.164 -71, 2004.

ARAÚJO, T.M ; et al. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.991 - 1003, 2003.

ARAÚJO, N. M. C. de. **Proposta de sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho, baseado na OSHAS 18001 para empresas de construção verticais**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

BACCARINI, D. Risk management australian style: theory vs. Practice. In: **Project Management Institute Annual Seminars & Symposium**. Nashville, Tennessee, USA, nov p.1-10, 2001.

BALLONE, G. J. Estresse: curso de psicopatologia. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>>. Acesso em: 13 maio 2002.

BAUK, D. A. Stress. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 13, n.50, abr. maio, jun. 1985.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. O processo de adoecer pelo trabalho. In : Benevides-Pereira, A.M.T. (org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M.T.B. A síndrome de burnout. Disponível em: <http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude_mental/anais/artigos/2.pdf> Acesso em: 20 maio 2008.

BERNIK, V. Stress: o ponto de ruptura. **Revista Jovem Médico**. São Paulo, p. 305-311, maio, 1997.

BICHO, L. M.D.; PEREIRA, R.S. Stress ocupacional. Instituto Superior de Coimbra, disponível em: <http://prof.santana-e-silva.pt/gestão_de_empesas/trabalhos/06/07/word/Stress%20ocuoational.pdf> Acesso em: 20 maio 2008.

BOYD, H. W.; WESTFALL, R. **Pesquisa metodológica**. 5 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982.

CALEGARO, M. M. Estresse e trabalho. **Revista de Divulgação Cultural**. São Paulo, ano 22. n.71 e 72, p.12-17, maio, ago. set. dez. 2000.

CAMAROTTI, H.; TEIXEIRA, H. A. Saúde mental e trabalho: estudo de regional norte de saúde do distrito federal. **Revista de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, DF, v.7, n.1, p. 29-40, jan. mar. 1996.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100003&lng=pt&nrm=isso&tlng=pt >. Acesso em: 02 de fev. 2007.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia a dia**, 6ª ed., Belo Horizonte, Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1994.

CAMPOS, V. F. **TQC**: controle da qualidade total. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 7ª ed., 1999.

CAMPOS, Eugênio Paes. Sociedade e estresse. **Revista JBM**. São Paulo, v. 78, n. 3, p. 102 -110, mar. 2000.

CANDEIAS, N. M. F. et al.. "Stress" em um instituto de cardiologia da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 16, n. 64, nov. dez. 1988.

CATALDI, M.J.G. **O stress no meio ambiente de trabalho**. São Paulo: LTr, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria geral da administração**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

_____. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. **Gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CORREA, A. C. et al. **Aspecto do trabalho em uma unidade de tratamento intensivo; carga psíquica e vocação**. Rio de Janeiro, 1986.

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

DAÚD JÚNIOR, N. Saúde mental e trabalho para uma ação estratégica em saúde mental do trabalhador. **Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho**. São Paulo, p. 177 - 205, nov. 1995.

DE CICCIO, F. **Manual sobre sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho**: OHSAS 18001. São Paulo: Risk Tecnologia, 1999.

_____. **Manual sobre sistemas de gestão da segurança e saúde no trabalho**: OHSAS 18001:2007. São Paulo: Risk Tecnologia, 2007.

DE CICCIO, F.; FANTAZZINI, M. L. **Introdução à engenharia de segurança de sistemas**. 3 ed. São Paulo: FUNDACENTRO, 1993.

_____. **Tecnologias consagradas de gestão de riscos**. São Paulo: Risk Tecnologia, 2003.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FIALHO, F.; SANTOS, N. **Manual de Análise Ergonômica no Trabalho**. Curitiba: Ed. Gênese, 1995.

FIGUEROA, N. L. de, et al. Um instrumento para avaliação de estressores psicossociais no contexto de emprego. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14, n.3, p.653-659, 2001.

FIORI, A. M. Stress ocupacional. **Revista CIPA**, São Paulo, v. 18, n. 21, p.40 - 49 1997.

FLOREZ-LOZANO, J. A. Influência do “stress” na segurança. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 18, n. 70, abr. mai. jun. 1990.

FONSECA, R. M. et al. Riscos ocupacionais e morbidade em um hospital geral. **Anais XX CONPAT**. Fundacentro. São Paulo. p. 503 - 513, set. 1982.

FRANKENHAUSER, M., et al. Estresse on and off the job as related to sex and occupational status in white – collar workers. **Journal of Organizational Behavior**. v.10, p. 321 – 346, 1989.

FRANZ, L.A.S., CATEN, C.S.T. Uma discussão quanto à relação entre os métodos DMAIC e PDCA. **III Semana de Engenharia de Produção e Transportes**. Dez 2003, UFRGS, Porto Alegre, RS.

GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia**: adaptando o trabalho ao homem. 4. ed. Porto Alegre: Ed. Bookman, 1999.

GIL, A. de L. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.35, n.2, p.57-63, mar. abr. 1995.

GUIMARÃES, L.M.G. et al. Modelo teórico de estresse ocupacional: desequilíbrio entre esforço-recompensa no trabalho (ERI). In: **Série Saúde Mental e Trabalho**,

vol.II/ Lílilana Adolpho Magalhães Guimaráes, Sonia Grubits, (orgs.). – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Development of the job diagnostic survey. **Journal of Applied Psychology**, v. 60, n. 2, p. 159-70, 1975.

IIDA, Itiro. **Ergonomia: projeto e produção**. São Paulo: Editora Edgard Blücher, 1990.

ISHIKAWA, K., **Controle de qualidade total: à maneira japonesa**, Editora Campos, Rio de Janeiro, 1993.

KARASEK, R. A. et al. The job content questionnaire (JCQ): na instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. **Journal of occupational health psychology**, v. 3, n. 4, p. 322-355, 1998.

KERZNER, Harold. **Project Management: a systems approach to planning, scheduling, and controlling**. United States, John Wiley & Sons, 2001. 1180 p.

LAREIRA, B.M. O que é estresse ocupacional? **Estudos avançados em administração**. João Pessoa. v.3, n.1, p.361 - 409, jun,1995.

LEONEL, P. H. Aplicação Prática da Técnica do PDCA e das Ferramentas da Qualidade no Gerenciamento de Processos Industriais para Melhoria e Manutenção de Resultados.
Disponível em:
<http://www.fmeopro.org/XP/editor/assets/DownloadsEPD/TCC_jul2008_PauloLeonel.pdf>. Acesso em: 30 maio 2009.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho**: esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufatura com certificação ISSO 9000. Tese (Doutorado em Administração) – FEA - USP, São Paulo, 1996.

LIMONGI-FRANÇA, A. C., RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**. São Paulo: Editora Atlas, 1997.

LIPP, M.E.N. **Pesquisa sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Ed. Papirus, 1996.

LIPP, M. E.N.; ROCHA, C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas: Ed. Papirus,1994.

LIPP, M. E. N.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). Estudos de Psicologia, Campinas, v. 11, n. 3, p. 43-49, set. dez,1994.
Disponível em: <http://biblioteca.ricesu.com.br/art_link.php?art_cod=2874>.
Acesso em: 30 jul 2008.

LOURENÇO, E. A. Estresse profissional no exercício da Medicina – origem, fatores mantenedores, consequências e soluções. **Revista Perspectivas Médicas**. São Paulo, n. 9, p. 7-8, jan. dez. 1998.

MASLACH, C. et al. Job burnout. **Annual Review of Psychology**.v. 52, p. 397-422, 2001.

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

MASLACH, C.; LETTER, M.P. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste?guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papirus,1999.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3 ed. São Paulo: Atlas,1996.

MARCONI, M. de A .; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MARTINEZ, S. V. NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I). Disponível em: <http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_603.htm>. Acesso em: 25 de fev. 2007.

MARTINS, C. G. **Aplicação das técnicas de identificação de risco em projetos de e & p**. 2006, 93f. Monografia (Pós-Graduação - MBA em Engenharia Econômica e Financeira) , Universidade Federal Fluminense – UFF: Niterói, 2006.

MARZIALE, Maria H. P.; CARVALHO, Emília C. **A Ergonomia no Hospital**. Revista CIPA. v.7, n.196, p. 98 - 108,1996.

MARZIALE, Maria H. P. et al. A postura corporal adotada pela enfermeira durante a execução de seu trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 19, n.73,abr. maio, jun. 1991.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de Marketing**. Edição compacta. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MEJIAS, N. P. Estresse: um conceito, uma realidade clínica. **Anais da XX Reunião Anual de Psicologia de Ribeirão Preto** p.483-488, 1992.

MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista da Associação Medica Brasileira**, v.44, n.2, p.135 -140. Abr.jun, 1998.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2001.

MOLINA, O.F. **Estresse no cotidiano**. São Paulo: Pancast Editora,1996.

MORAES, L. F. R. et al. Trabalho e organização: influências na qualidade de vida e estresse na polícia militar do estado de minas gerais. Disponível em:

<<http://www.ufop.br/ichs/cinifes/anais/OGT/ogt0203.htm>>. Acesso em: 25 out. 2006.

MORANO, C. A.R., et al. Aplicação das técnicas de identificação de risco em empreendimentos de e & p. **Engevista**, v. 8, n. 2, p. 120-133, dez 2006.

NOGUEIRA -MARTINS, L. A N. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, N. J. (org) **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora, p.130-144, 2002.

NOGUEIRA -MARTINS, L. A N. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. Disponível em: < <http://priory.com/psych/saudment.htm> >. Acesso em: 17 set.. 2008.

PACHECO, A. P. R., et al. O ciclo PDCA na gestão do conhecimento: uma abordagem sistêmica. Disponível em:<<http://www.issbrasil.usp.br/pdfs2/ana.pdf>>. Acesso em: 25 mar 2009.

PACHECO JÚNIOR, W. et al. **Gestão da segurança e higiene do trabalho: contexto estratégico, análise ambiental, controle e avaliação das estratégias**. São Paulo: Atlas, 2000.

PARAGUAY, A. I. B. B. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 18, n. 70, abr. maio, jun. 1990.

PASCHOAL T; TAMAYO, A. Validação da escala de estresse no trabalho. **Estudos de Psicologia**, v.9, n. 1, p.45-52, 2004.

PITTA, A. **Hospital; dor e morte como ofício**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

PRADO, D. **Planejamento e controle de projeto**. Belo Horizonte: Editora de Desenvolvimento Gerencial,1998.

QUINQUIOLO, J. M. **Avaliação da eficácia de um sistema de gerenciamento para melhorias implantado na área de carroceria de uma linha de produção automotiva**. Taubaté/SP: Universidade de Taubaté, 2002.

RAMOS, J.P. Stress no ambiente organizacional: conceitos e tendências. **Boletim de Psicologia**, v.42 n.96/97, p. 89 - 98,1992.

REGIS, L.M. O. **O stress ocupacional no executivo: relação entre os causadores de stress na vida profissional e o estado de saúde**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de São Paulo: São Paulo, 1996.

REGO, M. P. C. M. A. **Trabalho hospitalar; o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 1999.

RIBEIRO, C. S.; MARCHI, R.; BALLONE, G.J. A ansiedade em psiquiatras. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/acad/ansiedade.htm>>. Acesso em: jul 2007.

SALVADA, P. A. Metodologia A3: PDCA: plan, do, check, adjust.

Disponível em:

<http://www.leanthinkingcommunity.org/livros_recursos/PDCA%20Metodologia%20A3%20segundo%20Pedro%20Salvada.pdf>. Acesso em: 30 maio 2008.

SAMPAIO, A.L.P.; GUIMARÃES, L.A.M. Modelo teórico esforço-distress de marianne frankenhauser e o conceito de carga de trabalho. In: **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol.II/ Liliana Adolpho Magalhães Guimarães, Sonia Grubits, (orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SANTOS, C. L. M. et al. Estresse em médicos: um estudo num hospital público de João Pessoa – Brasil. In: AREZES, P. et al. **Segurança e Higiene Ocupacional** – SHO 2008. Guimarães: Sociedade Portuguesa de Segurança e Higiene Ocupacionais, 2008.

SANTOS, C. L. M. et al. Estresse em médicos. **Anais ABERGO**, 2008.

SANTOS, M. L. C. **Papel da função Recursos Humanos na formulação e Implementação da Estratégia Organizacional**. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

SAVOIA, M.G. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping) Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(57\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(57).htm)>. Acesso em: 8 fev. 2005.

SEEGERS, G.; VAN ELDEREN, T. Examining a model of stress reactions of bank directors. **European Journal of Psychological Assessment**. v.12, n.3, p. 212 - 223,1996.

SIEGRIST,J. Adverse health effects os higt-effort/low-reward conditions. **Journal Occupational Health Psychology**. n.1, p. 27 - 41, 1996.

SIEGRIST, J. et al. Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-age men. **Journal of Internal Medicine**. v. 242, p. 149 - 56, 1997.

SILVA, J. D. T. et al. Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. V.81, n.2. Disponível em : <http://www.anaisdedermatologia.org.br/artigo.php?artigo_id=148> . Acesso em: 20 maio 2008.

STACCIARINI, J.M.R.; TRÓCOLLI, B.T. Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). **Rev. latino am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 40-49, dez. 2000.

STUMM, E.M.F., et al. Estressores e sintomas de estresse vivenciados por profissionais em um centro cirúrgico. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.1, n.12, p.54-63, jan/mar.2008.

TACHIZAWA, T; SACAICO, O. **Organização Flexível: qualidade na gestão por processos**. São Paulo: Atlas, 1997.

TRUJILLO FERRARI, Alfonso. **Metodologia da ciência**. 3. ed. Rev. Ampl. Rio de Janeiro: Kennedy, 1974.

URURAHY, G. O estresse e a qualidade de vida nas empresas. Disponível em: <<http://www.jsmnet.com/clippings/C0503jf7.html>>. Acesso em: 17 jul. 2001.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VICENTE, A. S. et al. Relación riesgo y trabajo en el departamento quirúrgico del Hospital Miguel Pérez Carreno (1986-1990). **Centro Médico**. v. 37, n. 3, p. 125-133, 1991.

YURI, D. Estresse em medicina começa no vestibular e pode durar toda vida. Disponível em: <http://www.linguadaserpente.hpg.ig.com.br/arquivo/artigos/estresse_medico.htm>. Acesso em: 11 out. 2002.

WARREN E.; TOLL, C. **Como dominar seu stress**: como indivíduos, equipes e organizações podem equilibrar pressão e performance. Rio de Janeiro: Infobook, 1998.