



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

DANIELE TIZO COSTA

**Impacto das Percepções de Conflito no Grupo e de Bases de Poder
do Médico sobre o Estresse em Profissionais de Enfermagem**

UBERLÂNDIA
2009

DANIELE TIZO COSTA

**Impacto das Percepções de Conflito no Grupo e de Bases de Poder
do Médico sobre o Estresse em Profissionais de Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandes Martins

**UBERLÂNDIA
2009**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C837i Costa, Daniele Tizo, 1980-
Impacto das percepções de conflito no grupo e de bases de poder do médico sobre o estresse em profissionais de enfermagem / Daniele Tizo Costa. - 2009.
118 f. : il.

Orientadora: Maria do Carmo Fernandes Martins.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Stress (Psicologia) - Teses. 2. Pessoal da área médica - Teses. I. Martins, Maria do Carmo Fernandes. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.944



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado
Área de Concentração: Psicologia Aplicada

DANIELE TIZO COSTA

**IMPACTO DAS PERCEPÇÕES DE CONFLITO NO GRUPO E
DE BASES DE PODER DO MÉDICO SOBRE O ESTRESSE EM
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Dissertação aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Banca Examinadora:

Uberlândia, 30 de Outubro de 2009.

Profa. Dra. Maria Cristina Ferreira
UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

Profa. Dra. Áurea de Fátima Oliveira
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Profa. Dra. Maria do Carmo Fernandes Martins
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
(orientadora)

À minha mãe Zenaide e ao meu irmão Daniel,
que me apoiaram em todas as dificuldades e
não me deixaram desistir nunca.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por ter me dado forças durante essa dura trajetória e permitido que eu chegasse mais forte até aqui.

À minha mãe, por sempre acreditar em mim e ter insistido na possibilidade desse sonho.

Ao meu irmão, pelo apoio incondicional, pelos ensinamentos, pelo exemplo.

Ao meu namorado Pablo, que “pegou o bonde andando”, mas soube me apoiar e torcer por mim em cada momento. Obrigada por acreditar em minha capacidade.

À minha cunhada Juliane e aos meus sobrinhos, Luana e Guilherme, pelo carinho que me deram nos momentos mais difíceis.

Aos futuros psicólogos, Maria Carolina e Pedro, pelo ânimo e disposição nas aplicações dos questionários.

À minha amiga Ede, pelas criativas idéias nos momentos de preocupação.

Aos meus amigos Ana Maria, Carla, Rômulo, Rose, Lucas, Giovanna, Flávia, Umbelina que contribuíram de um jeito ou de outro nessa caminhada.

À minha orientadora Maria do Carmo, pela confiança que sempre me dedicou, pela curiosidade científica demonstrada e pelo exemplo de competência profissional.

À Marineide, pela paciência.

Ao Hospital de Clínicas da UFU, na figura do Diretor Clínico Orlando Mantese, pelo acolhimento e pela abertura.

E, principalmente, aos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem que colaboradoramente se dispuseram a contribuir na realização desse trabalho.

"A felicidade e a infelicidade estão no modo como recebemos os acontecimentos, não na natureza dos acontecimentos em si."

Anthony de Mello.

RESUMO

COSTA, D. T. **Impacto das Percepções de Conflito no Grupo e de Bases de Poder do Médico sobre o Estresse em Profissionais de Enfermagem.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

Estudos que se propõem a investigar o estresse ocupacional decorrente da relação entre indivíduo e ambiente laboral, no qual este é avaliado como oneroso aos recursos do trabalhador e como um risco a seu bem estar, têm sido cada vez mais frequentes pelas potenciais conseqüências negativas para o trabalhador, para a organização e até para o sistema público de saúde. Com o intuito de contribuir para os conhecimentos sobre o estresse ocupacional em profissionais de enfermagem, o presente estudo propôs-se a identificar relações de predição entre as percepções que profissionais da enfermagem possuem sobre conflitos presentes em seu grupo de trabalho e sobre as bases de poder utilizadas pelos médicos com os quais trabalham, sobre seu estresse ocupacional. Além disso, buscou aprofundar, por meio de entrevistas, sentimentos sobre o trabalho e sobre relações com supervisores-médicos e com colegas. Os dados foram coletados por meio de escalas válidas e auto-aplicáveis. Participaram da primeira fase 124 auxiliares e técnicos de enfermagem voluntários, trabalhadores formalmente contratados por um hospital público universitário, sendo 77,4% mulheres e 22,6% homens, 57% com ensino médio completo. Do total de participantes, 58% apresentaram baixos níveis de estresse, enquanto 14% perceberam-se como muito ou extremamente estressados. Da segunda fase, participaram quatro participantes aleatoriamente escolhidos entre os respondentes da primeira. Resultados da primeira fase revelaram que os participantes perceberam que existe nível médio de conflito dentro das equipes de trabalho. A base de poder percebida como a mais utilizada pelos médicos foi a de poder legítimo. Resultados das análises de regressão revelaram que conflito de tarefa e poder de coerção foram preditores diretos de estresse e a idade revelou-se preditor inverso. As

entrevistas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo. Resultados indicaram que os participantes sentem-se bem no trabalho, gostam de trabalhar e não se sentem estressados. Consideram como fontes de estresse a sobrecarga de trabalho gerada por atrasos e falta de profissionalismo de colegas. Os resultados corroboraram achados da literatura e a discussão compara estes resultados com outros estudos. Críticas ao estudo são apresentadas e estudos futuros são sugeridos.

palavras-chave: estresse em profissionais de enfermagem, conflitos intragrupais, bases de poder do supervisor.

ABSTRACT

COSTA, D. T. **Impact of the Perceptions of Conflict in the Group e the Bases of Social Power of Doctor in the Stresse of Nursing Professionals.** Mastership Dissertation. Institute of Psychology, Federal University of Uberlândia, Uberlândia, 2009.

Studies which come up to investigating the occupational stress generated by the relationship between the individual and the labor environment, where this stress is considered expensive to the worker's resources and a risk to his or her well-being, have been more and more often by the potential negative consequences to the worker, to the organization and even to the public health system. With the objective of contributing to the knowledge about occupational stress of nursery professionals, the current study aimed at identifying prediction relations between the perceptions which nursery professionals own about conflicts that happen in their groups of work and about the power used by doctors with whom they work, about their occupational stress. Furthermore, it was tried to deepen, through interviews, feelings about the job and the relationships with supervisor doctors and with workmates. The data was collected through valid and self- applicable scales. The ones who took part of the first phase were 124 voluntary nursery assistants and technicians, formally hired workers of a public university hospital, 77,4% were women and 22,6% were men, 57% had finished high-school. Considering all the participants, 58% presented with low levels of stress, whereas 14% noticed themselves as very or too stressed. The ones who took part of the second phase were four participants chosen at random among the ones who answered the first phase. The results of the first phase showed that the participants realized the existence of medium level of conflict inside the work teams. The legitimate power was base of power noticed to be the most used by doctors. The results of regression analysis showed that task conflict and coercion power were direct predictors of stress whereas age turned out to be the inverse predictor. The interviews were

analyzed through the content analysis technique. Results indicated that the participants feel good in their jobs, like to work and don't feel stressed out. They consider as stress sources the overwork generated by their workmates' lateness and lack of professionalism. The results corroborate other studies and the discussion compares these results with other studies. Appreciation to this study and future studies are suggested.

KEY WORDS: Nursery professionals stress, intragroup conflicts, bases of power of supervisort

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo hipotético deste estudo	60
Figura 2 – Modelo identificado neste estudo.	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipos de bases de poder propostos por French e Raven (1959).....	43
Tabela 2 - Diferenciações das bases de poder social (adaptado de Raven, 1999).	44
Tabela 3 – Distribuição dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem por Unidade Hospitalar.	63
Tabela 4 - Escalas utilizadas neste estudo.....	69
Tabela 5 – Descrição dos participantes por sexo, estado civil e idade.....	73
Tabela 6 – Distribuição por níveis de escolaridade.....	74
Tabela 7 – Distribuição dos participantes quanto à área, ao turno de trabalho e ao tempo de atuação na organização.....	75
Tabela 8 – Distribuição por ganho salarial.	76
Tabela 9 – Confiabilidade dos instrumentos de pesquisa para amostra deste estudo.	78
Tabela 10 – Correlações de Pearson entre as variáveis do modelo.....	80
Tabela 11 – Pontos máximos e mínimos, média e desvios-padrão das respostas às escalas de estresse, bases de poder e conflitos.	81
Tabela 12- Percentagem das respostas dos participantes por categoria de resposta de estresse.	82
Tabela 13 – Frequência das categorias para Sentimento em Relação ao Trabalho.....	85
Tabela 14 – Frequência das Categorias para Fontes de estresse em relação à equipe de trabalho.....	86
Tabela 15 – Frequência das categorias para Fontes de estresse em relação ao médico.	87
Tabela 16 – Frequência das categorias para Fontes de alívio de estresse em relação à equipe de trabalho.	88
Tabela 17 – Frequência das categorias para Fontes de alívio de estresse em relação ao médico.	89
Tabela 18 – Frequência das categorias para Fontes de estresse em relação ao paciente e familiares.	90

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	ESTRESSE	14
3	ESTRESSE OCUPACIONAL.....	21
4	ESTRESSE EM EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	31
5	BASES DE PODER	37
6	CONFLITO INTRAGRUPAL	47
7	BASES DE PODER E CONFLITO INTRAGRUPAL EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	54
8	JUSTIFICATIVA.....	58
9	OBJETIVOS E MODELO HIPOTÉTICO.....	60
10	DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO.....	62
11	MÉTODO	64
	11.1 DEFINIÇÕES DAS VARIÁVEIS ADOTADAS NESTE ESTUDO	64
	11.2 PROCEDIMENTOS	65
	11.2.1 COLETA DE DADOS.....	65
	11.2.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	67
	11.3 INSTRUMENTOS.....	68
	11.3.1 PRIMEIRA FASE.....	69
	11.3.2 SEGUNDA FASE.....	71
12	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	73
13	RESULTADOS	77
	13.1 LIMPEZA DO ARQUIVO DE DADOS E ANÁLISES PRELIMINARES	77
	13.2 FIDEDIGNIDADE DOS INSTRUMENTOS.....	78
	13.3 VERIFICAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO	78
	13.4 RESULTADOS DESCRITIVOS.....	81
	13.5 RESULTADOS DAS ANÁLISES DE REGRESSÃO	82
	13.6 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	84
14	DISCUSSÃO	91
15	CONCLUSÃO	97
	REFERÊNCIAS	100
	ANEXOS.....	106

1 INTRODUÇÃO

O mercado contemporâneo tem se mostrado cada vez mais competitivo e globalizado, o que demanda das organizações capacidade de inovação, de adoção de novas formas de trabalho, de rápida adaptação às mudanças e, ao mesmo tempo, redução de custos e melhorias na efetividade (Jehn, Northcraft & Neale, 1999). Para atingir esses objetivos, as organizações contam com um diferencial entre si: o desempenho de seus recursos humanos. Assim, é preciso saber como potencializar e melhor utilizar esses recursos.

Nas áreas científicas e acadêmicas, muitos campos de estudo têm se dedicado a buscar esses saberes. Um campo de estudo que tem despertado grande interesse dos pesquisadores é o Comportamento Organizacional, exatamente por abordar, dentre os assuntos que estuda, os fatores que interferem no desempenho geral dos indivíduos. Esta área do conhecimento é definida como um “campo interdisciplinar que examina o comportamento dos indivíduos dentro de ambientes organizacionais, bem como a estrutura e o comportamento das próprias organizações” (Staw, 1984, p. 628). Dedicase também a investigar “o impacto que indivíduos, grupos e estrutura têm sobre o comportamento dentro das organizações com o propósito de aplicar este conhecimento em prol do aprimoramento da eficácia de uma organização” (Robbins, 1999, p. 6), além de se propor a prever, explicar, compreender e modificar o comportamento humano no ambiente empresarial (Wagner III & Hollenbeck, 1999); daí sua importância para o atual cenário organizacional.

Para atingir suas propostas de estudo, a área de Comportamento Organizacional apresenta três níveis de análise: micro-organizacional (que recebe contribuições da Psicologia e envolve fatores relacionados aos indivíduos e dimensões de sua atuação no contexto organizacional, tais como: variáveis demográficas, personalidade, valores, atitudes, habilidades, entre outros), meso-organizacional (que recebe contribuições da Antropologia, Sociologia e Psicologia Social e envolve fatores relacionados aos grupos e equipes de

trabalho, tais como: tomada de decisão grupal, liderança, conflito, poder, comunicação, política, estrutura de grupo e equipes de trabalho) e o macro-organizacional (que recebe contribuições da Antropologia, Ciência Política e Sociologia e envolve fatores relacionados à organização como um todo, tais como: cultura, clima, estrutura organizacional, dimensionamento, políticas de recursos humanos) (Wagner III & Hollenbeck, 1999; Robbins, 1999). Assim, têm-se identificado que o desempenho do indivíduo não pode ser mais atribuído única e exclusivamente ao indivíduo. Ele sofre influências de todos os níveis organizacionais e estes têm impacto sobre seus resultados (Azevedo, 2006).

Nos estudos de Comportamento Organizacional frente às transformações atuais no mundo do trabalho e a importância do desempenho dos recursos humanos para as organizações, Rousseau (1997) declara que o trabalho vem assumindo um papel contraditório, impactando tanto positiva quanto negativamente sobre a saúde dos trabalhadores. De um lado, a reestruturação tem melhorado a qualidade dos processos de trabalho e favorecido o desenvolvimento de novos conhecimentos, competências e habilidades, o que possibilita a percepção de realização e o fortalecimento da identidade do trabalhador, que são elementos importantes para a saúde. Por outro lado, as mudanças têm exigido dos trabalhadores elevada produtividade e máxima excelência, desencadeando uma luta incansável para superar a si mesmo e a uma desenfreada competição para ser o melhor. Considerando esse cenário, o campo do CO tem apresentado interesse crescente por pesquisas relativas a tensões, quer seja no campo social, cognitivo ou psicológico, aliado à atribuição de maior importância em se avaliar o impacto do trabalho sobre a saúde mental e física dos indivíduos, cuja consequência tem sido o aumento de pesquisas relacionadas ao estresse ocupacional (Staw, 1984).

Esse tipo de estresse é definido como decorrente da relação entre indivíduo e ambiente laboral, quando este é avaliado como oneroso e até excessivo aos recursos da pessoa, sendo percebido como um risco a seu bem estar (Lazarus & Folkman 1984). A importância dos

estudos sobre este tipo de estresse deve-se principalmente a suas potenciais conseqüências negativas, sentidas de ambos os lados na relação de trabalho: a organização perde em produtividade e qualidade do serviço prestado, enquanto o trabalhador perde em saúde física e psicológica (Filgueiras & Hippert, 2002; França & Rodrigues, 1997; Paschoal & Tamayo, 2004; Stacciarini & Tróccoli, 2002).

No entanto, identificar, nos diferentes níveis estudados pelo Comportamento Organizacional, quais são os fatores diretamente relacionados ao estresse ocupacional não é uma tarefa fácil. Mas, segundo alguns autores (Cooper et al., 1988; Filgueiras & Hippert, 2002; França & Rodrigues, 2002; Maslach & Leiter, 1999; Paschoal & Tamayo, 2004), o relacionamento interpessoal, variável de nível meso-organizacional, é considerado um potencial estressor. Esse relacionamento envolve muitas variáveis individuais e grupais (Berscheid, 1994; Blumstein & Kollock, 1988) e um estudo que abrangesse a todos seria inviável. Desse modo, optou-se, no presente estudo, por focar bases de poder, que são recursos utilizados pelo indivíduo que o torna capaz de influenciar outra pessoa para atingir seus objetivos (French & Raven, 1959) e conflito intragrupal, relacionado à percepção de opiniões, objetivos ou emoções incompatíveis entre pessoas ou grupos (Cosier, Dalton & Taylor, 1991). Tal escolha é justificada por não se ter encontrado, na literatura, pesquisas que buscassem relacionar, ao mesmo tempo, estes dois fatores ao estresse provocado pelo trabalho.

Devido à identificação desta lacuna, este estudo se propôs a investigar possíveis relações de predição entre percepções de conflito intragrupal e de bases de poder do médico e o estresse ocupacional sentido por profissionais da enfermagem. A escolha do médico como indivíduo que possui bases de poder é justificada pela literatura, que afirma que nas instituições hospitalares este profissional possui uma autoridade que se sobrepõe aos demais

profissionais, que é mais sentida pelos profissionais de enfermagem e que é capaz de gerar conflitos (Farias & Vaitsman, 2002).

O presente trabalho está organizado inicialmente com uma revisão da literatura sobre os três construtos estudados, do seguinte modo: estresse será abordado nos três primeiros capítulos (capítulo 2 – estresse, capítulo 3 – estresse ocupacional e capítulo 4 – estresse em equipe de enfermagem), bases de poder (capítulo 5) e conflito intragrupal (capítulo 6). O capítulo 7 é dedicado a bases de poder e conflito intragrupal em organizações hospitalares. Após essa revisão bibliográfica, serão apresentadas as justificativas (capítulo 8), os objetivos, as variáveis e o modelo hipotético (capítulo 9). Em seguida, serão apresentados o método utilizado no estudo (capítulo 11), os resultados obtidos (capítulo 12 e 13), seguidos da discussão (capítulo 14). O trabalho será finalizado com a conclusão e proposta de agenda de pesquisa (capítulo 15).

2 ESTRESSE

Na atualidade, o termo estresse tornou-se muito divulgado. Houve um crescimento significativo de trabalhos científicos voltados para o estudo na área do estresse, associado à disseminação do termo entre a população leiga. Essa propagação maciça do termo causa muitas vezes imprecisões quanto a sua origem e definição. Desse modo, faz-se importante conhecer as origens dos estudos sobre estresse, além de sua definição clara.

O termo inglês *stress* foi originalmente utilizado, de modo sistemático, em estudos na área de engenharia, por Robert Hooke, por volta do século XVII, para designar a propriedade dos materiais de apresentar grandes deformações antes de se romperem, depois de neles aplicados uma pesada carga (Pereira et al., 2004).

Nessa época, o vocábulo estresse, derivado do latim *stringere*, que significa apertar, cerrar, comprimir (Houaiss et al., 2001), passou a determinar estado de opressão, desconforto e adversidade (Spielberger, 1979; in: Lipp, 2004). Começou-se a encontrar sua utilização nas ciências físicas e nas humanas, sugerindo que o ser humano tem, como os materiais físicos, a capacidade de suportar determinada carga emocional (Lipp, 2004).

No entanto, o nome estresse, associado a uma síndrome desencadeada por agentes nocivos, foi primeiramente descrito, dentro das ciências biológicas, pelo endocrinologista Hans Selye, em seus estudos iniciados em 1936. Seus estudos buscavam compreender a resposta não-estruturada que os organismos biológicos davam a situações de lesão, o que inicialmente ele denominou de “síndrome do simplesmente estar doente” (Selye, 1959, p.48). Selye desenvolveu vários estudos que culminaram com o livro “*The stress of life*”, em 1952, no qual apresentou de modo completo sua teoria sobre estresse.

Selye (1959) afirma que as descobertas de dois fisiologistas foram de grande importância para seus estudos: Bernard que, em 1879, afirmou que os seres vivos têm a capacidade de manter constante seu equilíbrio interno, mesmo com mudanças ocorridas no

meio externo, e Cannon que, em 1939, denominou homeostase o esforço fisiológico para manter a estabilidade interna do organismo. A partir da visão de ambos os fisiologistas, Selye (1959) definiu estresse como uma quebra neste equilíbrio.

As descobertas de Selye atraíram a atenção de outros estudiosos, mas até a Segunda Guerra Mundial, o uso do termo estresse ficou quase que restrito às pesquisas em laboratórios (Lipp, 2004). Nesta época, psiquiatras foram chamados para selecionar e tratar soldados que sofriam de reações emocionais ou mentais debilitantes, que os levavam a abandonar campos de batalha. Essas reações, conhecidas então como “neurose de guerra” e que hoje são denominadas de estresse traumático ou pós-traumático, que antes eram vistas como conseqüências de questões físicas ligadas à guerra, tais como barulho, explosão, cansaço, passaram a ser atribuídas a aspectos psicológicos (Lipp, 2004).

Inúmeras pesquisas partiram dos estudos do estresse envolvido na situação de guerra e revelaram que ele não estava restrito a situações tão graves, podendo decorrer de situações da vida diária real e, inclusive, de situações imaginadas pela pessoa que passa a apresentá-lo (Lipp, 2004). Segundo Lipp (2004), a partir daí houve um aumento significativo das pesquisas e publicações sobre o tema estresse. Até a década de 70, as pesquisas deram pouca ênfase aos aspectos psicológicos e se baseavam muito no aspecto fisiológico das reações. Já, a partir da década de 70, enfatizaram-se os aspectos psicológicos que desencadeavam o estresse. Além disso, muitas pesquisas procuraram entender a interação desses fatores psicológicos com os biológicos, o que hoje se denomina de distúrbios psicossomáticos.

Atualmente, o estresse assumiu o status de epidemia contemporânea (Natalie, 2007), o que estimula cada vez mais estudos e publicações sobre o tema. E isto não se limita apenas àqueles que investigam o estresse e seus efeitos sobre o corpo e a mente humana, mas têm sido desenvolvidos cada vez mais estudos que buscam conhecer as implicações do *estresse*

sobre a qualidade de vida na humanidade. Nesse sentido, estudos sobre o impacto do estresse no desempenho do trabalho têm ganhado ênfase (Lipp, 2004).

Mas, afinal, qual é a definição de estresse? Selye (1959) define estresse como o “estado manifestado por uma síndrome específica, constituído por todas as alterações não-específicas produzidas num sistema biológico” (p. 64). Conforme esta definição, o que realmente caracteriza o estresse são as manifestações visíveis, que ele denomina de síndrome específica, que o organismo passa a apresentar. Essas manifestações surgem independentemente da causa que as disparou, ou seja, qualquer alteração tem condições de iniciar a síndrome. Lipp (2004) define estresse como:

“uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, ameace, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz” (Lipp, 2004, p. 20).

Segundo esta definição, o indivíduo, ao se deparar com uma situação, negativa ou positiva, que modifique sua estabilidade, sofrerá alterações físicas e psíquicas e, para superar tais alterações, seu organismo reagirá de modo físico e/ou psicológico, sendo esta reação o que se denomina estresse. Ladeira (1996) afirma que frente a estímulos, internos ou externos, que alterem o equilíbrio do organismo, “sempre haverá uma resposta do organismo no sentido de restabelecer o seu fluxo natural de energia” (p. 124). Nesse sentido, o estresse é “um recurso básico na preservação da integridade física e psíquica do organismo humano” (Ladeira, 1996, p. 124).

Um ponto em comum entre todas as definições citadas é o da necessidade de uma situação e/ou estímulo que altere o equilíbrio inicial do organismo, o que se denomina estressor. Segundo afirma Lipp (2004), “tudo o que cause uma quebra da homeostase interna, que exija alguma adaptação pode ser considerado um estressor” (p.20). Existem algumas

situações que são naturalmente estressoras, os denominados estressores biogênicos, os quais desencadeiam quase que automaticamente as reações de estresse, tais como o frio, a fome e a dor (Lipp, 2004).

Com exceção dos estressores biogênicos, para que um estímulo e/ou situação possa desencadear a reação de estresse é necessário que ele seja percebido como um estressor, ou seja, depende da percepção que o indivíduo tem daquele estímulo e/ou situação. Ladeira (1996) afirma que o modo como o indivíduo interpreta e dá significado ao evento, é um elemento fundamental para transformar dada situação em um estressor. Essa interpretação e significação dos eventos, ou seja, a percepção, depende principalmente de vivências anteriores do sujeito e também de seus padrões cognitivos. Em acordo com esta afirmação, Lazarus e Folkman (1984) enfatizam a importância da interação entre fatores individuais e ambientais, afirmando que os indivíduos têm certa influência sobre o estresse que experimentam. Para que uma situação seja percebida como estressora, há interferência de duas variáveis: avaliação cognitiva da situação e enfrentamentos cognitivo e comportamental do estressor.

Para Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) as características da demanda interferem na severidade do estresse, mas não há dúvidas de que fatores individuais, tais como qualidade na resposta emocional e processo de enfrentamento mobilizado pelo sujeito, interferem na resposta dada a um mesmo estímulo. Assim, por perceberem e valorizarem os estímulos dentro de critérios individuais, as pessoas têm reações distintas mesmo estando frente a estímulos iguais.

Os estressores podem advir tanto de fontes externas quanto de fontes internas. Toda mudança externa que seja percebida como significativamente ameaçadora, exigente ou excitante, demanda adaptações por parte do organismo. Além dessas, existem também fontes internas de estresse, tais como: “expectativas irrealistas, crenças distorcidas,

perfeccionismo, sonhos inalcançáveis, além de estados emocionais, tais como os transtornos de ansiedade” (Lipp, 2001, 348).

Então, conforme mencionado até aqui, pode-se afirmar que, primeiramente, ocorre uma mudança externa ou interna ao indivíduo, ele a percebe como estressora, o que desencadeia em seu organismo uma série de reações que caracterizam o estresse. Assim, como Lipp (2004) afirma, o estresse é um processo, composto por diferentes fases.

Segundo Selye (1959), o estresse pode se desenvolver em três fases. A primeira fase do estresse, que ele denomina de Fase de Alerta, caracteriza-se pela ruptura da homeostase e início de um processo bioquímico no organismo que objetiva preservar a própria vida. Lipp (2004) afirma que nessa fase as manifestações são muito semelhantes em todos os organismos e têm como foco manter o organismo de prontidão para que ele consiga lidar com a situação de urgência e, para que isso ocorra, o sistema nervoso simpático é disparado e surgem sinais de “taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e a sensação de estar alerta” (Lipp, 2004, p. 23).

No caso do estressor, se específico e momentâneo, as reações imediatas do organismo, que o preparam para luta ou fuga, são suficientes. É o conhecido estresse agudo. Findada a situação de perigo, o organismo consegue retornar à sua integridade original (Ladeira, 1996). Se o estressor persistir por um longo período e/ou o indivíduo não consegue encontrar formas para se re-equilibrar satisfatoriamente, tem-se o estresse crônico (Ladeira, 1996) e o organismo entra na segunda fase do estresse, a Fase de Resistência. A energia adaptativa do organismo é utilizada com a finalidade de restabelecer a homeostase, reparando ou resistindo ao estressor. No caso dessa energia adaptativa ser suficiente para superar o estressor, se esse estressor é eliminado ou se técnicas de controle do estresse são utilizadas, o organismo se recupera e finda o processo do estresse (Lipp, 2004). Caso o estressor exija um esforço de adaptação que vai além da capacidade do organismo, este passa a apresentar sensações de

desgaste e cansaço, enfraquece e se torna susceptível a doenças (Rangé, 2001). Neste caso, ao contrário do que acontece com a fase de alarme, o desenvolvimento do processo de estresse passa a apresentar manifestações particulares de um indivíduo para o outro, o que depende muito das predisposições genéticas e fraquezas do organismo devido a histórico de acidentes e doenças (Lipp, 2004).

Se o estressor permanece e a resistência não é suficiente para superá-lo, o estresse evolui para a terceira fase, conhecida como de Exaustão, em que se acabam as reservas de energia; o organismo se torna incapaz de retornar ao seu equilíbrio, há queda de imunidade e surgimento de doenças sérias (Rangé, 2001). Além de desencadear várias patologias físicas, o estresse também interfere na saúde psicológica, podendo desencadear “apatia, depressão, desânimo e sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, até raiva, ira, irritabilidade e ansiedade” (Lipp, 2004, p. 24). Segundo Dantzer (1998, in: Filgueiras & Hippert 2002), o organismo pode experimentar um estresse fisiológico e também um estresse psicológico, e há uma continuidade entre eles.

Selye (1959) mencionou apenas as três fases acima descritas. Lipp (2000), por sua vez, ao desenvolver um estudo com a finalidade de padronizar o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos, identificou uma quarta fase entre a resistência e a exaustão, que denominou de quase-exaustão. Nessa fase, o organismo apresenta-se enfraquecido, sem ter conseguido se adaptar ou resistir ao estressor, com o surgimento de algumas doenças. No entanto, estas são menos graves do que na fase de exaustão e o indivíduo ainda consegue participar de atividades sociais e no trabalho.

Até aqui foi enfatizado o lado negativo do estresse. Selye (1974) denomina esse estresse de *distress*, aquele que é capaz de absorver as energias, debilitar o organismo e favorecer a instalação de doenças. No entanto, ele afirma que existe outro tipo de estresse positivo, o *eustress*. Segundo Benevides (2004), o *eustress* pode ser considerado um poderoso

fator relacionado com motivação e produtividade humana ao permitir a preparação para enfrentar mudanças situacionais e buscar manter a integridade do organismo. Segundo Ladeira (1996), o estresse é capaz de “acelerar, despertar ou ajudar o homem a vencer desafios” (p.125). Mas, segundo Filgueiras e Hippert (2002), os estudos têm realmente dado maior importância ao *distress* devido, principalmente, a sua relação com o adoecimento.

Mas não é só o excesso de estresse (ou *distress*) que pode ser prejudicial ao indivíduo. A falta de estresse (no caso, *eustress*) também pode prejudicar a adaptação do indivíduo. Essa falta é denominada de estresse de monotonia e caracteriza-se por um ambiente pouco exigente e uma estrutura psíquica do indivíduo pouco estimulada (Ladeira, 1996). Essa situação não é capaz de causar graves danos à saúde; no entanto, o indivíduo torna-se acomodado, despreparado para desafios e com baixa auto-estima (Pereira et al., 2004).

3 ESTRESSE OCUPACIONAL

Levando em consideração o impacto do estresse na vida cotidiana, vários focos de estudo sobre o assunto vêm se desenvolvendo na atualidade e um de fundamental interesse para a Psicologia Organizacional e do Trabalho é o estresse relacionado com o exercício de atividades laborais, ou seja, o estresse ocupacional, que tem sido definido por diversos autores da área.

França e Rodrigues (1997) afirmam que o estresse ocupacional decorre do fato do trabalhador perceber seu ambiente de trabalho como ameaçador, quer seja às suas necessidades de realização profissional e/ou pessoal, quer seja à sua saúde física e/ou mental, por acreditar que esse ambiente possui demandas excessivas ou por ele próprio não possuir recursos adequados ou suficientes para enfrentá-las. Como consequência, há prejuízo na interação dele com o ambiente de trabalho ou com o trabalho em si. O modelo de estresse proposto por Lazarus e Folkman (1984) baseia-se num conceito semelhante a este. Estes dois autores definem o estresse como decorrente da relação entre o indivíduo e seu meio, quando este é avaliado como oneroso e até excessivo aos recursos da pessoa, que passa a percebê-lo como um risco ao seu bem-estar.

Aubert (1996, in: Filgueiras & Hippert, 2002) afirma que o indivíduo experimenta um processo de desorganização, o estresse profissional, quando mobiliza demasiada quantidade de energia para enfrentar exigências do meio profissional que ultrapassam suas capacidades físicas ou psíquicas. Coelho (2004) conceitua o estresse no ambiente de trabalho como “manifestações psico-orgânicas de desequilíbrio, descompensação ou perda da homeostase que ocorrem quando a experiência, ou a percepção de clima organizacional se torna desfavorável, combinando, obviamente, vários fatores e dimensões” (Coelho, 2004, p. 21).

Baker e Karasek (2000) definem o estresse no trabalho como “respostas físicas e emocionais prejudiciais que ocorrem quando as exigências do trabalho não estão em

equilíbrio com as capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador” (Baker & Karasek, 2000, p. 420). Com base nos conceitos citados, podem-se levantar alguns aspectos comuns entre eles: o estresse ocupacional decorre da relação entre trabalhador e meio profissional, havendo uma demanda deste que ultrapassa as habilidades daquele de superá-las e o indivíduo experimenta reações negativas, físicas e/ou psicológicas.

Apesar de pontos convergentes entre diferentes conceitos, Stacciarini e Tróccoli (2002) afirmam que a definição de estresse ocupacional ainda não é totalmente clara e apontam que a principal divergência é em relação às suas possíveis causas, ou seja, se são decorrentes das características da demanda do ambiente, das características do indivíduo ou da interação entre esses dois fatores. Segundo Jex (1998), as definições de estresse ocupacional podem ser divididas de acordo com três aspectos, que se assemelham com os questionamentos apontados acima: definições com base nas respostas emitidas pelo indivíduo a eventos estressores, com base nos estímulos estressores ou com base na relação entre estímulos estressores e a resposta emitida. De acordo com essas definições, portanto, “os estudos podem se basear nos estressores ocupacionais, nas respostas do indivíduo a esses estressores ou nas diversas variáveis presentes no processo estressor-resposta” (Paschoal & Tamayo, 2004, p. 46).

As definições que se baseiam nas respostas emitidas pelo indivíduo atribuem maior peso aos fatores individuais, considerando as respostas psicológicas, fisiológicas e comportamentais emitidas quando eventos do trabalho ultrapassam suas habilidades (Jex, 1998). Segundo Fontes e Guimarães (2004), o modelo de Lazarus e Folkman é um exemplo claro dessa linha, que, embora mencione a importância de características ambientais para a origem do estresse, dá maior foco ao impacto da avaliação cognitiva feita pelo indivíduo acerca das demandas do meio ocupacional, durante o processo de estresse.

No entanto, essas abordagens mais individualistas têm sido bastante criticadas na atualidade. Existe um risco, ao utilizá-las, de culpabilizar as vítimas, de tornar o indivíduo responsável por originar problemas cuja gênese se encontra no ambiente de trabalho (França & Rodrigues, 2002). Além disso, é difícil estabelecer uma relação direta de causa-efeito entre estressores organizacionais e determinados comportamentos, estados emocionais e doenças, ficando a dúvida se esses não poderiam ser decorrentes de outros eventos do cotidiano do indivíduo (Paschoal & Tamayo, 2004).

Maslach e Leiter (1999) são enfáticos ao discordarem da abordagem individualista e afirmam que:

“o desgaste físico e emocional não é um problema das pessoas, mas do ambiente social em que elas trabalham. A estrutura e o funcionamento do local de trabalho moldam a forma de interação das pessoas e a forma como elas realizam seu trabalho. Quando o local de trabalho não reconhece o lado humano dessa atividade, o risco de desgaste cresce, trazendo com ele um preço bastante alto.” (Maslach e Leiter, 1999, p. 36).

Esta definição de Maslach e Leiter (1999) baseia-se nos estímulos estressores, dando maior foco aos aspectos psicossociais ambientais. Dentro desse tipo de abordagem, o modelo denominado Exigência-Control, elaborado por Karasek (Baker & Karasek, 2000), propõe que o trabalhador pode estar sujeito a uma combinação de diferentes cargas de exigência e capacidade de controle/decisão sobre seu trabalho. Apresentam maior risco aqueles cujo trabalho tem uma alta sobrecarga de exigências, físicas e/ou psicológicas, com baixa possibilidade de controle ou decisão por parte do trabalhador. Segundo França e Rodrigues (2002), esse modelo afirma que o estresse é decorrente das características do trabalho e nada tem a ver com características ou percepções subjetivas do trabalhador.

Há também uma forte crítica a esse tipo de abordagem. Paschoal e Tamayo (2004) afirmam que “a simples presença de eventos que podem se constituir como estressores em determinado contexto, no qual o indivíduo esteja inserido, não caracteriza um fenômeno de estresse” (Paschoal & Tamayo, 2004, p. 46). Apontam que fatores cognitivos, portanto próprios do indivíduo, são fundamentais para que um determinado evento seja percebido como estressor pelo indivíduo.

Considerando ainda a questão das causas do estresse, há uma terceira abordagem, mais abrangente que as anteriores, que focaliza a interação entre estímulos estressores, que seriam as demandas do trabalho, e as respostas emitidas pelo indivíduo, a partir de sua percepção (Paschoal & Tamayo, 2004). Um modelo teórico representativo dessa abordagem é o proposto por Cooper et al. (1988), que considera um número maior de variáveis que podem interferir no processo de estresse no trabalho. Esse modelo focaliza a interação entre fontes de pressão no trabalho, personalidade e comportamento individuais, estratégias de enfrentamento e analisa as conseqüências dessa interação sobre a saúde do trabalhador.

Ladeira (1996), ao abordar o assunto, afirma que “todas as fontes potenciais de tensão e de estresse em um contexto de trabalho são mediadas pelas diferenças próprias de cada indivíduo” (p. 129) e, portanto, devem ser consideradas na investigação do estresse ocupacional. Para Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) não há dúvidas de que fatores individuais, tais como qualidade na resposta emocional e processo de enfrentamento mobilizado pelo sujeito, interferem na resposta dada a um mesmo estímulo, mas também afirmam sobre a importância das características da demanda para a severidade do estresse. “De modo geral, há uma tendência em se considerar o *estresse* ocupacional como um processo estressores-respostas, já que este consiste no enfoque mais completo e engloba aquele baseado nos estressores e o baseado nas respostas” (Paschoal & Tamayo, 2004, p. 46). Na atualidade, portanto, consideram-se as características individuais, por interferirem nos

processos cognitivos e por consequência na percepção, como fatores que interferem no nível de estresse experimentado pela pessoa, mas que depende da presença de eventos, no ambiente organizacional, avaliados como estressores.

Os estressores organizacionais podem ser classificados, de acordo com sua natureza, como: de natureza física (tais como barulho, ventilação, iluminação), ou de natureza psicossocial, os quais despertam maior interesse para as ciências psicológicas e estão relacionados com a interação entre indivíduo, trabalho e organização (Paschoal e Tamayo, 2004). Os estressores organizacionais, de natureza psicossocial, podem ser divididos em cinco principais categorias: fatores intrínsecos ao trabalho, papel na organização, relacionamentos no trabalho, desenvolvimento na carreira e estrutura organizacional (Cooper et al., 1988). Maslach e Leiter (1999), por sua vez, apontam para seis categorias de estressores organizacionais que representam pontos de desequilíbrio entre indivíduo e ambiente de trabalho que são: remuneração insuficiente, colapso da união entre as pessoas, falta de respeito ao indivíduo, valores conflitantes, excesso de trabalho e falta de controle sobre o trabalho.

Os fatores intrínsecos ao trabalho envolvem condições de trabalho empobrecidas, com tarefas monótonas e desprazerosas, repetições de tarefas, trabalho em turnos variados, atividades de risco e sobrecarga de trabalho (Cooper et al., 1988; Filgueiras e Hippert, 2002; França e Rodrigues, 2002; Paschoal e Tamayo, 2004). Dentro dessa categoria, a sobrecarga de trabalho tem sido muito pesquisada, quer seja a sobrecarga quantitativa, na qual o empregado tem um grande número de tarefas a executar, quer seja a sobrecarga qualitativa, na qual o empregado depara-se com tarefas difíceis que estão além de suas habilidades (Paschoal & Tamayo, 2004). Em relação a essa sobrecarga de trabalho, Maslach e Leiter (1999) afirmam que o contexto atual de trabalho, tornou a carga de trabalho mais intensa e complexa, exigindo também mais tempo. Isso se deve a reduções de pessoal que têm se tornado

freqüentes, mas não são acompanhadas por redução de atribuições, fazendo com que um menor número de pessoas desempenhe a mesma quantidade de trabalho anterior. Além disso, têm se exigido que o trabalhador desempenhe tarefas múltiplas e papéis simultâneos e, para isso, o ritmo de trabalho tem aumentado, fazendo com que ele abra mão, muitas vezes, de seu tempo pessoal para desempenhar tais atividades do trabalho. Ballone (1999), por sua vez, resume a sobrecarga de trabalho em quatro aspectos: a urgência de tempo cada vez mais exigente, o aumento de responsabilidades por parte dos empregados, com a redução do suporte fornecido pela organização a ele e as expectativas excessivas sobre o desempenho.

Em relação ao desempenho de papel na organização como um fator estressor, Cooper et al. (1988) apontam que isto ocorre principalmente quando há ambigüidade ou no caso de conflito entre papéis. A ambigüidade está presente quando as atividades que o trabalhador deve desempenhar são informadas de modo inconsistente ou pouco claro. Já o conflito de papéis ocorre quando informações fornecidas por um membro ou um contexto são contraditórias às fornecidas por outro membro ou outro contexto (Paschoal & Tamayo, 2004).

A categoria relacionamentos no trabalho também exige muita atenção enquanto potencial estressor. Na atualidade, o desempenho das atividades de trabalho tem exigido cada vez mais a interação entre pessoas, quer seja como superiores, subordinados ou pares. No entanto, essas interações podem tornar-se conflitantes e o conflito é um estressor organizacional (Cooper et al., 1988; Paschoal & Tamayo, 2004). “O conflito infunde frustração, raiva, medo, ansiedade, desrespeito e suspeita no local de trabalho. Ele destrói o tecido social de apoio, faz com que seja menos provável que as pessoas se ajudem em momentos difíceis” (Maslach & Leiter, 1999, p. 31). Além do conflito, os principais pontos de investigação sobre as relações de trabalho têm sido “a falta de consideração ou as pressões exercidas por superiores hierárquicos, isolamento, rivalidade, pressão política e falta de

suporte social por parte de colegas, bem como [...] ressentimentos e recusa de cooperação por parte de subordinados” (França & Rodrigues, 2002, p. 65).

Apesar de não abordar especificamente as relações no trabalho como fontes estressoras, Maslach e Leiter (1999) focam dois aspectos que se inserem nessa categoria maior: a falta de união e a falta de respeito ao indivíduo. A falta de união entre as pessoas tem sido resultado das crescentes insegurança e competitividade no emprego.

“Sem união, falta a um grupo de pessoas a sinergia de um grupo de trabalho integrado. Ele passa a ser simplesmente um monte de indivíduos em que há mais probabilidade de um deles se interpor no caminho de outro do que de contribuir para melhorar o desempenho do grupo” (Maslach & Leiter, 1999, p. 80).

Assim, essa falta de união torna-se um estressor para os trabalhadores e também um problema para a empresa, com possível redução na produtividade. Já a falta de respeito ao indivíduo, ou seja, a falta de um tratamento de confiança e franqueza, em que cada pessoa não percebe seu valor respeitado, gera redução no compromisso interpessoal e desgastes físico e emocional (Maslach & Leiter, 1999).

Com relação à carreira, os seguintes fatores são apontados como possíveis estressores: insegurança frente a uma aposentadoria precoce, falta de estabilidade no trabalho associado ao medo do desemprego, medo de tornar-se obsoleto frente aos avanços tecnológicos e dificuldades quanto ao crescimento na carreira (Cooper et al., 1988; Paschoal & Tamayo, 2004).

Com relação à estrutura organizacional, Filgueiras e Hippert (2002) afirmam que organizações com estruturas autoritárias e rígidas são fatores que contribuem para o estresse. Para Cooper et al. (1988), aspectos na estrutura organizacional como sentimento de não-pertencimento ou de não-participação, além da falta de consulta ou comunicação, que ameacem a individualidade e autonomia devem ser acompanhados. Abordando questões

similares, (Paschoal & Tamayo, 2004, p. 47) utilizam o termo controle/autonomia do trabalhador que seria a “autonomia do trabalhador em relação às decisões e aos métodos de trabalho” como um tipo de estressor.

Coelho (2004) é mais completo ao abordar a questão e afirma que uma:

“organização do trabalho coercitiva, sem qualquer espaço para a criatividade, em que o indivíduo não tem controle sobre o seu processo de trabalho [...], com relações de trabalho fragmentadas e competitivas tem a possibilidade de produzir experiências subjetivas de alienação, caracterizadas por sentimentos de impotência, insatisfação e frustração” (Coelho, 2004, p. 21 e 22).

Segundo Maslach e Leiter (1999), os indivíduos buscam no trabalho oportunidades para pensar, fazer escolhas, tomar decisões e resolver problemas, procurando equilibrar seus objetivos com os da organização e percebendo-se como responsável pela obtenção de resultados. “Perdem o interesse não sentem que estão fazendo as coisas acontecerem” (Maslach & Leiter, 1999, p. 69).

Ainda dentro de questões relacionadas com a estrutura da organização, dois aspectos apontados por Maslach e Leiter (1999) também podem ser considerados fontes estressoras: remuneração insuficiente e conflito de valores. Quando a questão é remuneração, as empresas têm reduzido cada vez mais o valor material pago em troca das contribuições recebidas pelos empregados. No entanto, pior do que a perda da recompensa material é a perda da recompensa intrínseca contida na realização do trabalho, ligada ao prestígio, à segurança e ao reconhecimento por estar fazendo algo bem feito. Ao não receber nem a recompensa material e nem a intrínseca, o trabalhador sente-se desvalorizado, experimentando maior desgaste físico e emocional (Maslach & Leiter, 1999).

Além da remuneração, o conflito de valores tem sido considerado fonte estressora, quer seja o conflito entre os valores pessoais e os organizacionais, quer seja entre os valores

da própria empresa. “Em alguns casos, um emprego pode levar os indivíduos a fazerem algo que não é ético e entrarem em conflito com seus valores pessoais [...] Em outros casos, o trabalhador pode cair na armadilha dos valores conflitantes da própria empresa, o que freqüentemente reflete uma discrepância entre a sublime missão e o verdadeiro objetivo da empresa” (Maslach & Leiter, 1999, p. 33).

Considerando que, da combinação da presença desses estressores organizacionais com características individuais, surja o estresse organizacional, faz-se importante apontar suas conseqüências, tanto as experimentadas pelo indivíduo quanto as conseqüentes para a organização. Como conseqüência do impacto do estresse organizacional sobre o funcionamento do trabalhador tem-se problemas físicos, tais como dores de cabeça, doenças gastrointestinais, hipertensão arterial, tensão muscular, fadiga crônica, distúrbios sexuais e do sono, queda na imunidade e maior propensão a doenças (Maslach & Leiter, 1999). Além desses, o indivíduo também pode experimentar problemas psíquicos, tais como transtornos de humor, principalmente a depressão, transtornos de ansiedade, queda nas capacidades de concentração e memorização e, em alguns casos, o desenvolvimento de comportamentos de risco, tais como o uso de álcool e drogas. Seu impacto também pode ser sentido nos relacionamentos familiares e sociais (Maslach & Leiter, 1999).

E as conseqüências para o trabalho? Como conseqüência do estresse ocupacional, a pessoa experimenta cada vez mais desgaste físico e emocional e passa a apresentar cada vez mais dificuldades em lidar com os problemas do trabalho. Como, no caso do estresse ocupacional, a fonte estressora advém da relação com o trabalho, o indivíduo começa a apresentar tentativas de “fuga” e passa a investir menos tempo e energia na atividade. Como resultado, só faz o estritamente necessário e o comportamento de faltar ao trabalho aumenta. Além dessa perda em quantidade, o trabalhador também passa a apresentar queda na qualidade de seu desempenho. Ele passa a esforçar-se menos, ter sua criatividade reduzida e

apresentar menor comprometimento com o trabalho, associado com o aumento da possibilidade de erro. Esses são exemplos de abandono psicológico do emprego, mas o sujeito pode chegar a abandonar fisicamente o emprego, e aí se tem também o aumento da rotatividade (Maslach & Leiter, 1999). Além desse impacto direto sentido tanto sobre o indivíduo quanto sobre a organização, existe também um impacto indireto que se refere aos gastos com indenizações trabalhistas, licenças de saúde e pagamento de benefícios de assistência médica (Maslach & Leiter, 1999).

Filgueiras e Hippert (2002) afirmam que reduzir os níveis de estresse organizacional e ter no quadro trabalhadores saudáveis e integrados com o trabalho contribui para a “queda no nível de absenteísmo, no número de licenças médicas ou aposentadorias por doenças e acidentes profissionais, e principalmente manutenção ou aumento da produtividade” (p. 123). Daí a importância social e econômico-mercadológica de se estudar o estresse ocupacional.

4 ESTRESSE EM EQUIPE DE ENFERMAGEM

Segundo Lima Júnior e Ésther (2001), o ambiente hospitalar contém uma série de fatores que geram insalubridade e sofrimento aos profissionais que nele atuam. E é a estes fatores que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem expõem sua saúde e segurança: a condições que favorecem acidentes e também o surgimento de sofrimentos e doenças.

Mangolin et al. (2003) afirmam que os profissionais de enfermagem, juntamente com os bancários, empresários e professores, são os mais expostos aos fatores desencadeadores de estresse. Rees e Cooper (1992), por sua vez, mencionam que a pressão psicológica enfrentada pelos profissionais de enfermagem é maior do que de outros profissionais de igual nível ocupacional. Segundo Ortiz-Prommier (2004), a profissão de enfermagem é classificada como a quarta mais estressante no setor público. Stacciarini e Tróccoli (2001), baseados em um estudo realizado com uma amostra de mil e oitocentos enfermeiros, afirmam que noventa e três por cento deles identificaram-se como estressados no trabalho.

Assim, parece fato que o desempenho profissional das equipes de enfermagem dentro dos hospitais gera estresse nos trabalhadores. E o aumento no interesse pelo estudo do estresse entre os profissionais de enfermagem está relacionado principalmente com o risco de *burnout*, conflito e insatisfação no trabalho (Fenga et. al., 2007). No entanto, Murphy (1984; conforme citado por Stacciarini & Tróccoli, 2000) afirma que identificar precisamente os elementos específicos do trabalho que provocam estresse ainda é uma tarefa difícil, principalmente pela relação complexa que se estabelece entre ambiente de trabalho, profissional e fatores externos ao trabalho.

Apesar dessa visível dificuldade de determinar precisamente as causas, segundo Murofuse, Abranchs e Napoleão (2005), existem alguns componentes ameaçadores no ambiente ocupacional da equipe de enfermagem: uma desproporcionalidade entre o número reduzido de profissionais e o excesso de atividades a ser executado, a dificuldade de

delimitação dos papéis entre aqueles que formam a equipe (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), além de questões relacionadas ao achatamento salarial, que impõe aos profissionais a necessidade de ter mais de um vínculo de trabalho, resultando em carga horária longa e desgastante. Conforme Lima Júnior e Ésther (2001) podem-se acrescentar a esta lista a elevada tensão emocional advinda do cuidar direto de pessoas doentes e o desenvolvimento de tarefas desagradáveis, repulsivas e aterradoras como características que se tornam fatores estressores ocupacionais para a equipe de enfermagem. Belancieri e Bianco (2004), por sua vez, identificaram os seguintes fatores desencadeadores de estresse na equipe de enfermagem: controle excessivo por parte da instituição, acompanhado por falta de apoio e não reconhecimento desta, dificuldades nas relações interpessoais, inobservância da ética pelos colegas, atividades rotineiras e repetitivas, excessivo número de pacientes, remuneração insuficiente e o clima de sofrimento e morte presente em muitos casos atendidos.

Pitta (1990) realizou uma investigação empírica em um hospital geral, com o objetivo de buscar relações de causalidade entre elementos da organização, a divisão do trabalho e o sofrimento psíquico da equipe de enfermagem. Identificou como elementos estressores: a natureza do trabalho, a divisão das tarefas, o ritmo, o controle, a pressão das chefias, a jornada, o gênero, o estrato social e a qualificação. Stacciarini e Tróccoli (2002), em estudo desenvolvido com enfermeiros, identificaram os seguintes elementos como fontes estressoras para esses profissionais: recursos inadequados e relações interpessoais, o objetivo final do trabalho do enfermeiro (relacionado com as atividades de atendimento e assistência) e elementos relacionados à organização.

Wheeler (1998), citado por Stacciarini e Tróccoli (2000), concluiu que, dentre as fontes de estresse em enfermeiros, os dois fatores com maior peso são a sobrecarga de trabalho e os problemas de relações interpessoais. Além destes, outros fatores relacionados com as características organizacionais e do trabalho também são tidos como fontes de

estresse, como a falta de suporte social e de confiança no papel profissional, a falta de preparo adequado e o próprio ambiente organizacional.

Mangolin et al. (2003) apontam que a jornada de trabalho é um marco fundamental, devido, principalmente, à alternância entre os turnos e a sobreposição consecutiva de jornadas. Comentando sobre os resultados referentes à alternância entre turnos, eles apontam que esse tipo de prática tende a prejudicar a saúde e a vida socioeconômica dos trabalhadores e que é clara a insatisfação desses profissionais com os esquemas de trabalho adotado. A respeito da sobreposição consecutiva de jornadas, os autores afirmam que é uma prática comum, graças a necessidades econômicas, relegando, assim, o período de descanso. Segundo estudo desenvolvido com equipe de enfermagem de um hospital universitário por Marziale e Rozetrante (1995), a alternância existente entre os turnos é prejudicial à saúde e à vida sócio-familiar desses profissionais. Concluíram também que a incidência de sintomas de fadiga está mais presente no turno da noite do que no turno da manhã e menos freqüente no turno da tarde.

Além da jornada de trabalho, Mangolin et al. (2003), com base em dados da literatura, apontam que o grau de responsabilidade, a tensão do dia a dia, a pressão dos superiores e o risco de morte de pacientes sob seus cuidados afetam diretamente o estresse da equipe de enfermagem. Sobre a liderança desses profissionais, Contel, Sponholz Júnior e Tápia (1999) apontam que é característica persistente desse trabalho a liderança feita pela equipe médica, seguida da chefia de enfermagem, o que tende a gerar conflitos.

Outro fator relacionado ao estresse da equipe de enfermagem diz respeito à relação entre saúde e educação, principalmente entre auxiliares e técnicos de enfermagem, que constituem setenta por cento da mão de obra de enfermagem, e cuja formação profissional destina-se à aquisição rápida de conhecimentos focados no atender. Não há uma preocupação, durante a educação desses profissionais, com a saúde do trabalhador, com seu fator humano e

pessoal, reforçando o aspecto deste profissional como doador (Madeira et al., 1996; Ribeiro & Pedrão, 2001).

Em estudo sobre as condições de trabalho, Lima Júnior e Ésther (2001) encontraram que a equipe de enfermagem sente um desconforto mental em decorrência do “sentimento de impotência diante da inexistência de condições organizacionais para se prestar um atendimento considerado ético e responsável aos pacientes” (p. 29). Além dessa falta de suporte da organização, Shen et al. (2005), em estudo sobre estresse em enfermeiros de Taiwan, identificaram que a alta demanda psicológica no trabalho também está relacionada à percepção de estresse ocupacional.

Também relacionada à organização do trabalho dentro do ambiente hospitalar, identifica-se uma rígida e sistemática hierarquia vertical, baseada principalmente na autoridade legítima advinda da especialização. Além disso, o apego às normas, regulamentos e regras, gera um tipo de trabalho padronizado e rotineiro, com alto grau de rigidez e inflexibilidade, negando aos profissionais da equipe de enfermagem a possibilidade de liberdade e criatividade, prática considerada também como fator estressor (Lima Júnior & Ésther, 2001).

Resumindo as informações apontadas até aqui, pode-se citar o trabalho realizado por Coutrin, Freua e Guimarães (2003), que fizeram um levantamento de toda a literatura sobre o estresse em enfermagem publicada no Brasil entre os anos de 1982 e 2001 e concluíram que os fatores intrínsecos ao trabalho mais relacionados ao estresse são: ambiente de trabalho, sobrecarga, relações interpessoais insatisfatórias, trabalho noturno e maior tempo de serviço. Mangolin et al. (2003) afirmam que a área de atuação também tem interferência no estresse sentido pela equipe de enfermagem. Os autores verificaram as origens do estresse em profissionais da UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) como sendo oriundas do ambiente, da equipe e da relação enfermagem/paciente/família. Sobre o trabalho desenvolvido em UTIs,

Lima (1993) comenta que há uma ausência de espaços formais nas unidades, onde os profissionais possam realizar reuniões regulares ou mesmo discutir e refletir sobre os conflitos ou suas vivências emocionais diárias junto aos pacientes, familiares e colegas de trabalho. Pereira e Bueno (1997), ao investigarem a visão dos auxiliares e técnicos de UTIs sobre seu trabalho, identificaram que a maioria afirma gostar do trabalho, apesar de reconhecê-lo como desgastante; também questionam a dura jornada de trabalho e revelam problemas de relacionamento e comunicação da equipe como fatores estressantes. Coronetti, Nascimento, Barra e Martins (2006) também investigaram esses profissionais em duas UTIs em Florianópolis, e concluíram que os sujeitos pesquisados não estavam satisfeitos com o ambiente de trabalho, principalmente com respeito ao relacionamento interpessoal da equipe e à falta de recursos, tanto humanos quanto materiais. Santos, Oliveira e Moreira (2006) identificaram a organização do trabalho, a precariedade das condições laborais, o ambiente ruidoso, as relações conflitantes e as exigências impostas pelo trabalho prescrito como os principais fatores estressantes para as equipes que atuam na área de CTI (Centro de Terapia Intensiva).

Já os profissionais que atuam em unidades de emergência apresentam médio nível de estresse e, apesar de lidarem com a instabilidade da situação dos pacientes, as condições externas ao atendimento do paciente, tais como condições de trabalho para o desempenho das atividades e relacionamento com a equipe são tidas como mais impactantes sobre esse estresse (Batista & Bianchi, 2006). Spindola (1993), estudando o significado atribuído ao trabalho em CTI pela equipe de enfermagem, concluiu que as atividades desenvolvidas nessa área são complexas e diferenciadas, capazes de gerar cansaço físico e desgaste emocional, principalmente por lhes ser exigido, com frequência, lidar com o binômio morte/vida. Venâncio (2000) estudou o estresse entre os profissionais de enfermagem que atuam no Serviço de Transplante de Medula Óssea, em Curitiba, e identificou, com unanimidade entre

os profissionais entrevistados, a questão do relacionamento interpessoal da equipe como principal fator de estresse. Mangolin et al. (2003) também citam as áreas de oncologia e pediatria como áreas que apresentam condições desencadeadoras de estresse. Fenga et al. (2007) identificaram que os profissionais da oncologia apresentam níveis de estresse maior do que os da área de doenças infecciosas.

Conclui-se, pelo exposto, que o estresse da equipe de enfermagem está relacionado principalmente com as condições de trabalho: excessiva padronização dos procedimentos de trabalho, com atividades rotineiras e repetitivas, baixa remuneração, que impele os profissionais a desempenharem jornadas de trabalho mais extensas, além das dificuldades nas relações interpessoais.

Conforme exposto até aqui, muitos autores afirmam que o relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho é considerado um potencial estressor ocupacional (Cooper et al., 1988; Filgueiras & Hippert, 2002; França & Rodrigues, 2002; Maslach & Leiter, 1999; Paschoal & Tamayo, 2004). O intuito de pesquisar o impacto do relacionamento interpessoal sobre o processo do estresse organizacional é bastante difícil, uma vez que o termo faz referência a uma gama de variáveis e que vários fatores interferem sobre ele. Desse modo, optou-se por investigar dois aspectos importantes inerentes a esse relacionamento interpessoal, que são o exercício do poder nessas relações e o conflito dentro da equipe. Primeiramente, serão discutidas questões referentes ao poder e, em capítulo mais adiante, tratar-se-á do conflito intragrupal.

5 BASES DE PODER

O termo “poder” origina-se da palavra latina *potens*, que significa “ser capaz de”. O seu significado também está relacionado com “direito de deliberar, de agir e mandar, domínio, influência, força, vigor, autoridade” (Ferreira, 1986, p. 1351). Significa ainda a “faculdade de impor obediência, mando, atribuição, faculdade ou direito de exercer certas funções, capacidade de agir ou de produzir um efeito” (Michaelis, 2000, p. 1648).

Segundo Paz, Martins e Neiva (2004), o poder refere-se à produção de efeitos intencionais, dependendo para isso da relação entre as pessoas. Ou seja, a convivência é indispensável para o exercício do poder. Monte e Carvalho (2005, p. 6) enfatizam tal ponto ao afirmarem que “a característica primordial do poder é seu imprescindível caráter relacional”.

O poder também é definido como capacidade de influenciar outros indivíduos, quando um sujeito ou grupo impõe sua vontade sobre outro (Monte & Carvalho, 2005). Dela Coleta, Dela Coleta e Guimarães (2005) afirmam que o processo de influência social é intrínseco ao exercício de poder e é, a partir desse exercício, que uma pessoa induz a outra a modificar seu comportamento.

Em relação à questão da influência de um indivíduo sobre outro, Paz et al. (2004) incluem a noção de interesses contrários. Segundo Hardy e Clegg (2001), o poder envolve a habilidade de um indivíduo convencer outro a fazer algo que, sem a influência do primeiro, não seria feito. Para que isso ocorra, é imprescindível que a pessoa que é influenciada reconheça na outra essa capacidade. Sendo assim, “O poder é percebido. O indivíduo só tem poder quando as outras pessoas acreditam que ele o tem” (Bielous, 1995, s. p.).

Ao analisar o exercício do poder individual faz-se necessário identificar as bases de poder que, segundo Hall (1984), são definidas como aquilo que é controlado pelos indivíduos e que lhes dão a capacidade de manipular o comportamento de outros. Para French e Raven (1959), são os recursos utilizados pelas pessoas para sustentar o exercício do poder.

Os primeiros estudos sobre bases de poder e influência social foram desenvolvidos por French e Raven. Eles publicaram, em 1959, o mais famoso escrito sobre bases de poder social, um capítulo denominado “*The bases of social power*”, no qual propuseram uma teoria capaz de explicar a dinâmica da influência nos relacionamentos interpessoais.

Outras teorias têm buscado propor diferentes modos de relacionar poder e influência, propondo alternativas de tipos de bases de poder. No entanto, a tipologia proposta por French e Raven continua sendo a mais utilizada na Psicologia Social, tanto que tem influenciado estudos em diversas áreas, como relações familiares, comportamento organizacional, situações educacionais e ambientes médicos (Guimarães, 2007; Martins, 2008; Rodrigues & Assmar, 2003).

Segundo French e Raven (1959), as bases de poder são recursos utilizados por um indivíduo que o torna capaz de influenciar outra pessoa, possibilitando-lhe atingir seus objetivos. Esses insumos são capazes de gerar dependência da pessoa que é influenciada. Em sua tipologia, os autores procuraram identificar os tipos de bases de poder numa relação diádica e analisar seus efeitos e as mudanças geradas no processo. Esta análise, segundo eles, poderia ser feita a partir de duas perspectivas: o que determina o comportamento do influenciador e o que determina o comportamento de reação do influenciado, sendo que os autores focalizaram esse último sujeito, o alvo do exercício de poder, e as conseqüências da influência social sobre seu comportamento.

Sob esta perspectiva, French e Raven (1959) definem a influência social como o exercício de poder social capaz de resultar em uma mudança psicológica dentro de um sistema específico. Essa mudança psicológica refere-se a qualquer alteração nos aspectos psicológicos do sujeito, quer seja em atitudes, valores pessoais e comportamento e, só pode ser considerada como resultado de influência social advinda do influenciador quando os

efeitos de outras forças possíveis na situação forem eliminados, sendo, portanto, resultado direto da influência recebida.

French e Raven (1959) afirmam que o poder social é capaz de gerar dependência na pessoa que é influenciada e apontam que algumas dimensões podem atuar sobre esse grau de dependência. Essas dimensões seriam: vigilância (entendida como a presença ou não do influenciador), dependência social (características pessoais do influenciador que são percebidas como atraentes pelo influenciado) e obediência (internalização de valores, regras ou normas por parte do influenciado), sendo que as duas primeiras são fatores de destaque no grau de influência social. Levando em consideração essas questões, French e Raven propuseram, em 1959, uma taxonomia de bases de poder composta por cinco tipos: poder de recompensa, poder de coerção, poder legítimo, poder de referência e poder de perícia, a partir da percepção daquele que é alvo do exercício do poder. Mais tarde, a base de poder de informação chegou a ser postulada como uma sexta, mas não houve consenso sobre isto, (Bruins, 1999; Guimarães, 2007; Raven, 1993), como se discutirá mais adiante.

O tipo de base de poder de recompensa é definido como a percepção do indivíduo de que o agente influenciador tem a capacidade de oferecer-lhe recompensas pelo comportamento desejado (French & Raven, 1959). Nesse tipo de base de poder há a promessa de recompensa, acompanhada da percepção, por parte do influenciado, de que essa promessa tem condições de ser cumprida (Monte & Carvalho, 2005; Rodrigues & Assmar, 2003). Exemplo desse tipo de poder dentro das organizações é a possibilidade de gestores oferecerem benefícios, promoções, aumento salarial como forma de recompensar o desempenho de funcionários (Ambur, 2000).

O poder de coerção é decorrente da percepção por parte do influenciado de que o detentor de poder tem a capacidade de aplicar-lhe punições caso não realize suas exigências (French & Raven, 1959). Segundo Ambur (2000), esse tipo de poder não é muito diferente do

poder de recompensa, os dois são os extremos de um *continuum* e possuem como elemento comum a percepção do dominado a respeito do controle do dominador sobre as conseqüências de seus comportamentos, podendo oferecer-lhe benefícios ou punições. Na visão de French e Raven (1959), comparando-os, a grande diferença está nos efeitos produzidos no comportamento do influenciado, sendo que o poder de recompensa produz um comportamento de atração do influenciado pelo agente de poder, enquanto o efeito do poder de coerção reduz esta atração.

Considerando as dimensões das bases de poder, Raven (1965) ponderou que os poderes de recompensa e coerção possuem a característica de serem públicos, ou seja, sua eficácia depende da supervisão ou vigilância do agente influenciador. Ambos são dependentes da capacidade deste influenciador aplicar a recompensa ou punição.

O tipo de poder legítimo está baseado na percepção de que o influenciador tem o direito legítimo de indicar ao indivíduo comportamentos e que esta indicação deve ser respeitada. Está relacionado a crenças que o indivíduo aceita e respeita e com um sentimento de obrigação, como se fosse um código de conduta do indivíduo influenciado que garante poder ao agente influenciador (French & Raven, 1959; Raven, 1993).

A base de poder legítimo pode advir de valores culturais internalizados pelo indivíduo, pela aceitação de determinada estrutura social ou mesmo pela designação de poder a um agente específico (French & Raven, 1959). Qualquer que seja o suporte dessa base de poder, esta garante ao dominador uma posição de poder e essa posição ocupada lhe confere o direito de agir com autoridade (Monte & Carvalho, 2005; Raven, 1965). Enriquez (1967, citado por Monte & Carvalho, 2005) afirma que o poder legítimo, por ser decorrente da posição assumida pelo dominante dentro da hierarquia, tende a conferir maior durabilidade a quem detém o poder, não dependendo para isto da utilização de força, entusiasmo ou da identificação do dominador com ele.

O poder de referência, segundo French e Raven (1959), existe quando há uma identificação pessoal com o agente de poder e, por isso, o influenciado procura comportar-se como o influenciador. O grau de influência do agente de poder está diretamente relacionado com a magnitude de identificação que o influenciado tem por ele. No entanto, os autores afirmam que a consciência dessa influência pode não existir, ou seja, o agente de poder pode influenciar o comportamento do indivíduo mesmo que não tenha consciência disso e o indivíduo também pode não ter consciência de que está sendo influenciado.

Para French e Raven (1959) é importante distinguir o poder de referência dos poderes de recompensa e de coerção. Esta distinção é feita através da constatação da presença ou não de recompensa e punição. Portanto, quando o indivíduo se comporta de modo similar a uma pessoa ou grupo por medo de ser ridicularizado ou por vantagens que obtém por assim se comportar, não se caracteriza a base de poder de referência, mas a de coerção ou de recompensa.

Ambur (2000), ao comparar o poder de referência com o poder legítimo, afirma que o poder de referência é um tipo de poder orientado para a pessoa e que depende dos atributos do agente influenciador, enquanto o poder legítimo é despersonalizado e depende da posição ocupada pelo agente influenciador. Ele afirma que o poder de referência, ao contrário do poder legítimo, não requer uma ação imposta do agente influenciador, e ainda assim o indivíduo molda seu comportamento tendo-o como referência.

O poder de perícia baseia-se no reconhecimento da especialização ou da competência do agente influenciador em determinada área de interesse do influenciado. Esse reconhecimento parte da avaliação feita, pelo influenciado, da perícia que o agente possui comparada ao seu próprio conhecimento (French & Raven, 1959). É importante salientar que, ao contrário dos outros tipos de bases de poder, o poder de perícia é bastante limitado e é específico à área na qual o especialista é treinado e qualificado (Ambur, 2000). Um exemplo

claro desse tipo de base de poder é a aceitação, por parte de um doente, das prescrições de um médico especialista no seu tipo de doença. Segundo French e Raven (1959), o poder de perícia tem como efeito uma mudança primária na estrutura cognitiva do indivíduo influenciado e esta mudança inicial é que pode levar a mudanças secundárias, de comportamento, por exemplo.

Considerando as dimensões das bases de poder, Rodrigues e Assmar (2003) afirmam que os tipos de poder legítimo, de referência e de perícia são independentes de supervisão, ou seja, sua efetividade não requer a presença ou vigilância do agente de poder. Mas são dependentes das características pessoais do influenciador, ou seja, o poder legítimo depende da posição que esse ocupa, o poder de referência depende do modelo de identificação, enquanto o poder de perícia depende do conhecimento que o agente possui.

French e Raven (1959) chegam a citar um sexto tipo de bases de poder, o poder de informação, proposto por Deutsch e Gerard, em 1955. Esse tipo de poder refere-se à apresentação de informações e argumentos lógicos por parte do agente influenciador e caberia à pessoa avaliar sua adesão ou não ao comportamento (Raven, 1994). Esta é a única base de poder que, além de não requerer a vigilância por parte do influenciador, também é independente, ou seja, é decorrente exclusivamente da internalização do conteúdo da influência, não dependendo em nada das características do influenciador (Rodrigues & Assmar, 2003; Rodrigues & Lloyd, 1998). Por ser independente socialmente, o poder de informação estaria fora do âmbito da teoria da influência social (Guimarães, 2007).

Além disso, segundo French e Raven (1959), a efetivação do poder de informação depende da concretização de outros tipos de poder, de referência ou de perícia e, por esse motivo, é considerado um tipo de poder secundário a esses dois. Ao diferenciar o poder de informação do poder de perícia, os autores afirmam que as informações apresentadas só conseguem influenciar após uma influência primária, que é a aceitação desta informação. E

afirmam que a mudança na estrutura cognitiva do indivíduo se torna mais independente, comparada à mudança primária produzida pelo poder de perícia. A Tabela 1 apresenta uma definição objetiva dos tipos de bases de poder social propostos por French e Raven (1959).

Tabela 1 - Tipos de bases de poder propostos por French e Raven (1959).

Tipos de bases de poder	Características
1. Recompensa	Baseada na percepção do sujeito quanto à capacidade do agente influenciador recompensá-lo pelo comportamento desejado.
2. Coerção	Baseada na percepção do sujeito quanto à capacidade do agente influenciador aplicar-lhe punições.
3. Legítima	Baseada na percepção do sujeito de que o agente influenciador possui o legítimo direito de indicar-lhe o comportamento e que essa indicação deve ser seguida.
4. Referência	Baseada na identificação do sujeito com o agente influenciador, buscando comportar-se como ele.
5. Perícia	Baseada na percepção do sujeito de que o agente influenciador possui conhecimento e perícia em determinada área.
6. Informação	Baseada na apresentação, por parte do agente influenciador, de informações e argumentos lógicos.

Tabela adaptada de Guimarães (2007).

Raven, em 1999, em função de quase 50 anos de estudos, reconsiderou as questões dos tipos de bases de poder. Em relação aos poderes de recompensa e de punição, afirma que é importante distinguir dentro deles se são impessoais ou pessoais. Impessoais são aquelas recompensas ou punições consideradas tangíveis, tais como conceder ou retirar benefícios, aumento de salário e promoção. As pessoais estão ligadas diretamente às pessoas e são intangíveis; exemplos delas são elogios e reprovações. Raven propôs ainda que o poder legítimo possa apresentar-se de formas distintas: a legitimidade formal/compensação (parte do princípio de que, se pessoa foi de alguma maneira prejudicada, ela tem o direito legítimo de ser compensada por aquele que a prejudicou), a reciprocidade (parte do princípio de troca de benefícios, ou seja, o dever de retribuição àquele que lhe prestou um benefício), a equidade

(parte da idéia de que as compensações recebidas devem ser proporcionais ao mérito de cada indivíduo, envolvendo a noção de justiça) e a responsabilidade/dependência (parte da idéia de que as pessoas mais favorecidas têm o dever de prestar auxílio aos mais fracos). Em relação ao poder de referência, Raven (1999) afirma que ele é positivo, quando gera no influenciado o desejo de comportar-se como o agente influenciador devido a sua identificação com ele, mas pode ser também negativo, quando o influenciado reage com desconfiança em relação ao agente influenciador e faz o contrário do pretendido por ele. Raven também afirma que o poder de perícia pode ser positivo, quando a especialidade do agente de poder é reconhecida pelo influenciado, ou negativo, quando o conhecimento do agente de poder fica abaixo das expectativas daquele. Por fim, o poder de informação pode ser do tipo direto ou indireto. Essas diferenciações propostas por Raven (1999) estão expostas na Tabela 2.

Tabela 2 - Diferenciações das bases de poder social

Bases de poder	Novas diferenciações
Recompensa	Recompensa impessoal
	Recompensa pessoal
Coerção	Coerção impessoal
	Coerção pessoal
Legítimo	Legitimidade formal
	Legitimidade de reciprocidade
	Legitimidade de equidade
	Legitimidade de dependência
Referência	Referência positiva
	Referência negativa
Perícia	Perícia positiva
	Perícia negativa
Informação	Informação direta
	Informação indireta

Tabela adaptada de Raven, 1999.

Paz et al. (2004) afirmam que bases de poder despertam o interesse de estudiosos principalmente devido às suas conseqüências, ou seja, a possibilidade de que resultados pessoais, grupais, organizacionais e sociais sejam influenciados a partir da mobilização de recursos que levam ao comportamento ou mesmo à construção de significado. Farias e Vaitsman (2002), por sua vez, afirmam que as relações de poder, tanto na sociedade quanto nas organizações, têm um efeito estruturante e são capazes de produzir valores, percepções e práticas dos sujeitos submetidos a ela. Assim, é imperante identificar os possíveis efeitos de bases de poder nas relações dentro do ambiente de trabalho e seu potencial impacto sobre o estresse sentido pelo indivíduo dominado.

As conseqüências do exercício das bases de poder, como o próprio Raven (1999) afirma, nem sempre são positivas. Acontecem situações em que o influenciado não reconhece o poder exercido pelo agente influenciador, ou se opõe a esse poder, e passa a agir em contraposição ao que este esperava daquele. E, dessas situações, podem surgir tensões e conflitos.

Segundo Farias e Vaitsman (2002), os indivíduos, dentro dos grupos, podem possuir expectativas e objetivos distintos e as estratégias utilizadas para atingi-los podem gerar situações de conflito. “Tensões ou conflitos refletem, em alguma medida, a dissonância parcial entre os objetivos organizacionais e os interesses dos grupos e indivíduos que dela fazem parte” (Farias & Vaitsman, 2002, p. 1230). Ainda segundo esses autores, as tensões e os conflitos dentro dos grupos, em última instância, são decorrentes de tentativas de conservar ou alterar a distribuição do poder.

Segundo Cecílio e Moreira (2002), as conseqüências do modo como o poder se configura nas organizações são manifestadas por meio do conflito, tornando-se importante compreender sua forma declarada ou silenciosa. É a partir da compreensão de como os

conflitos são tratados que é possível entender as reais relações de poder existentes nas organizações.

O capítulo seguinte tratará dos conflitos intragrupais. Nele serão apresentados conceitos, tipologia, antecedentes e principais conseqüentes.

6 CONFLITO INTRAGRUPAL

Conflito é a manifestação de incompatibilidade, desacordo ou dissonância entre pessoas, grupos ou organizações (Rahim, Antonioni, Krumov & Ilieva, 2000). Segundo Cosier et al. (1991), o conflito está relacionado à percepção de opiniões, objetivos ou emoções incompatíveis entre pessoas ou grupos.

Para Bowditch e Buono (1999), existem três temas comuns que fundamentam a maioria das definições de conflito: a necessidade que o conflito seja percebido pelas partes nele envolvidas, a questão da oposição ou incompatibilidade entre essas partes e a necessidade imprescindível de haver um processo de interação. Conflito, como bases de poder, só pode ser percebido em interações sociais. Assim, Bowditch e Buono (1999) definem conflito “como um processo que começa quando uma parte percebe que outra parte afetou, ou está perto de afetar, negativamente algo pelo qual a primeira parte se interessa” (p. 274).

Segundo Deutsch (2003), o contexto organizacional exige a interação entre pessoas e grupos com o objetivo de atingir resultados e é, a partir dessa interação, que surge a possibilidade de ações e com essas o potencial conflito. Dimas, Lourenço e Miguez (2005) consideram o conflito um processo inerente à dinâmica das organizações.

Sua presença nas organizações é inegável. No entanto, não há consenso entre os autores no que se refere a suas conseqüências para o grupo e para as organizações. Segundo Robbins e Coulter (1998), existem três abordagens sobre o conflito: a visão tradicional, a visão de relações humanas e a visão interacionista.

Os primeiros estudos sobre conflito foram desenvolvidos por Guetzkow e Gyr (1954) e fazem parte da visão tradicional, segundo a qual o conflito, por ter um caráter de competição, discordância ou dissociação, é um fenômeno negativo para o grupo, que deve ser eliminado ou reduzido. Robbins e Coulter (1998) afirmam que, nessa visão, a presença de um conflito indica um mau funcionamento da organização. Segundo Bowditch e Buono (1999),

nessa visão, o conflito é decorrente de comunicação deficiente e está associado sempre à violência, disfunção e irracionalidade, portanto, considerado algo prejudicial à homogeneidade e coesão do grupo e que deve ser evitado. O modo de tratar o conflito, segundo essa abordagem, é voltar atenção às suas causas e buscar corrigi-las, a fim de melhorar o desempenho do grupo e da organização. Segundo Marquis e Huston (1999), no início do século XX, era proposto que o conflito deveria ser ignorado, negado ou administrado de maneira imediata e rápida, no sentido de ser extinto.

Já a visão de relações humanas propõe que o conflito é uma ocorrência natural dos grupos e organizações, sendo algo inevitável e que pode, até apresentar aspectos positivos (Robbins & Coulter, 1998). Segundo esta abordagem, o conflito não pode ser eliminado, devendo ser aceito e administrado (Bowditch & Buono, 1999).

A abordagem interacionista, por sua vez, mais do que aceitar o conflito, estimula-o. Ela propõe que o conflito, além de apresentar aspectos positivos, é necessário para o bom desempenho das organizações (Robbins & Coulter, 1998). Segundo essa visão, um grupo harmonioso pode tender a tornar-se apático, estático e com dificuldades de responder a necessidades de mudança. Assim, é necessário que o grupo mantenha sempre um nível mínimo de conflito, imprescindível para estimular a criatividade e a autocrítica (Bowditch & Buono, 1999). Segundo Motta (1991), a gestão contemporânea aceita o conflito como inerente à organização e acredita ser imprescindível que ele surja nas relações para que seja elaborado e resolvido.

Sob este enfoque, Cosier et al. (1991) afirmam que, ao expor e discutir o conflito pelo grupo, é possível identificar falhas e gerar alternativas para a solução de tarefas e decisões. Dimas et al. (2005) também aderem a essa idéia ao afirmarem que o conflito pode representar ganhos para o profissional e para a organização, ao estimular a criatividade e a inovação. Etzione (1976) afirma que, quando disfarçado, o conflito e sua concomitante alienação

buscam outras formas de expressão, tais como o abandono de emprego ou o aumento de acidentes.

Mas isso não significa dizer que a visão interacionista considera que todos os conflitos sejam bons. Na verdade, a literatura aponta a existência de dois tipos de conflitos: os funcionais e os disfuncionais. Funcionais são aqueles que apóiam as metas do grupo, melhoram seu desempenho, são construtivos, são benéficos ao grupo à medida que o retira do *status quo* de pensamento (DeChurch & Hamilton, 2007). Os disfuncionais são aqueles que atrapalham a obtenção dos resultados e quebram a coesão do grupo (Jehn & Chatman, 2000). Esta funcionalidade é determinada pelo impacto que o conflito tem sobre o grupo.

O conflito pode ocorrer em diferentes dimensões dentro de organizações, tanto em relação ao indivíduo quanto em relação a grupos. Em relação ao indivíduo, o conflito pode ser classificado em intrapsíquico, quando a pessoa apresenta um conflito interno, tendo que decidir entre desejos opostos ou opções igualmente agradáveis ou ainda quando age de maneiras contraditórias. É ainda classificado como interpessoal ou psicossocial quando o indivíduo possui objetivos conflitantes aos objetivos de outra pessoa ou de um grupo e busca realizá-lo (Maddi, 1980; Rahim, 1992).

Já em relação ao grupo, o conflito pode ser intergrupar, quando há uma discordância ou debate entre membros de dois ou mais grupos, ou intragrupal, quando o desacordo é sentido entre membros de um mesmo grupo (Cox, 2003). Pondy (1967) afirma que tanto o conflito intergrupar quanto o intragrupal são experimentados como um processo, composto pelos seguintes estágios sequenciais, sendo que a presença de todos é necessária para que o conflito se instale: latente (caracterizada pela presença de determinadas fontes que podem ou não levar ao conflito), de percepção (quando a condição antecedente é percebida, por parte dos envolvidos, como fonte de desacordo; mas nessa fase essa percepção pode ainda não afetar a relação), efetivo (quando o conflito passa a afetar a relação e os indivíduos envolvidos

passam a agir de determinada maneira, que pode variar entre competição, evitação, compromisso, acomodação e colaboração), manifesta (quando ocorre o comportamento conflituoso e as partes envolvidas implementam suas intenções, podendo incluir declarações, ações e reações) e das conseqüências (que podem ser funcionais ou disfuncionais, conforme comentado anteriormente).

Considerando as diferentes dimensões que o conflito pode assumir, o presente estudo optou por focar o conflito intragrupal. Isto se justifica por dois pontos. Primeiro, quando se tratam de pesquisas dentro do ambiente organizacional, observa-se o aumento do interesse por questões referentes ao conflito, devido ao impacto deste sobre a produtividade e a satisfação no trabalho (Dimas et al., 2005). Além disso, devido às mudanças econômicas e produtivas e à crescente concorrência mundial, as organizações dependem cada vez mais da efetividade dos grupos de trabalho, o que tem aumentado a preocupação dos pesquisadores do comportamento organizacional em relação aos processos intragrupais (Guimarães, 2007).

Os estudos sobre conflito intragrupal foram iniciados por Guetzhaw e Gyr (1954), que investigaram conflitos que surgem nos grupos durante um processo decisório. Eles identificaram dois tipos de conflitos: o substantivo e o afetivo. O conflito substantivo tende a surgir em grupos focados na tarefa e é decorrente de uma oposição intelectual entre os indivíduos do grupo a respeito do conteúdo da decisão sobre a tarefa. Por outro lado, o conflito afetivo tende a surgir em grupos nos quais os indivíduos estão mais envolvidos em satisfazer suas necessidades de reconhecimento, dominação ou status e é decorrente de tensões emocionais surgidas a partir do debate sobre a decisão a ser tomada.

A partir desse estudo, vários outros se seguiram e nomenclaturas variadas foram utilizadas para se referir aos tipos de conflito existentes (Guimarães, 2007). As pesquisas recentes utilizam os termos conflito de tarefa e conflito de relacionamento para se referir à

nomenclatura dos dois diferentes tipos de conflito (Guimarães, 2007; Jehn, 1995; Simons & Peterson, 2000).

Jehn (1995) define conflito de tarefa ou conflito cognitivo como a percepção de desacordo entre membros de um grupo sobre o conteúdo de suas decisões (pode envolver diferenças entre ponto de vistas, idéias e opiniões), e conflito de relacionamento ou conflito emocional como a percepção de incompatibilidade interpessoal (pode incluir tensão, irritação e raiva entre os membros do grupo). Complementando esta definição, De Dreu e Weingart (2003) afirmam que o conflito de tarefa está relacionado a oposições sobre o modo de distribuição de recursos, a procedimentos e políticas e a julgamentos e interpretações de fatos, enquanto o conflito de relacionamento está relacionado a oposições sobre preferências, valores e estilos interpessoais.

Relacionando esses dois tipos de conflitos com suas possíveis conseqüências para o grupo, Amason (1996) afirma que o conflito de tarefa pode ser considerado funcional enquanto o conflito de relacionamento pode ser considerado disfuncional, porque o conflito de relacionamento é decorrente de disputas e diferenças individuais e gera nos indivíduos do grupo tensão, irritação, ansiedade e raiva, não levando à obtenção de bons resultados de trabalho. Segundo De Dreu e Weingart (2003), o conflito de relacionamento tem sempre um caráter disfuncional, uma vez que o envolvimento emocional limita a capacidade dos indivíduos de processar corretamente as informações à medida que estes passam a focar tempo e energia em questões referentes aos componentes do grupo, deixando de lado aspectos relacionados à execução da tarefa. Além disso, estudos indicam que o conflito de relacionamento aumenta os níveis de estresse e ansiedade nos membros do grupo (Jehn & Mannix, 2001; Staw, Sandelands & Dutton, 1981).

Em contraponto aos efeitos do conflito de relacionamento, as discussões decorrentes do conflito de tarefa podem gerar um enriquecimento das idéias sobre o assunto, mostrando

diferentes perspectivas e possibilitando maior compreensão, levando a um resultado satisfatório. Além disso, este tipo de conflito pode facilitar a percepção, por parte dos membros do grupo, de que eles têm voz participativa nas decisões. Segundo Simons e Peterson (2000), o conflito de tarefa, em geral, está associado a dois efeitos benéficos: a possibilidade já descrita de melhores decisões a partir das discussões e o aumento na satisfação e da permanência dos indivíduos no grupo.

Segundo Guimarães (2007), o conflito de relacionamento, enquanto uma forma negativa de conflito exige intervenção imediata para evitar suas conseqüências disfuncionais para os indivíduos, grupo e organização. Já o conflito de tarefa, na sua forma funcional, pode levar a efeitos vantajosos, tais como melhora na qualidade das decisões e busca por soluções mais criativas, enriquecendo o processo decisório. Apesar de a maior parte da literatura apontar suas conclusões nesta direção, ainda há discordâncias. Alguns autores (Amason, 1996; Peterson, 1999) afirmam que o conflito cognitivo pode reduzir a satisfação e compromisso com o grupo quando ele se apresenta em altos níveis ou quando os membros do grupo percebem um atraso na tomada de decisão por discordância de um dos membros. Outros autores (Amason, 1996; Cosier et al. 1991), por apontarem que conflitos de tarefa podem se transformar em conflitos de relacionamento, discordam que este seja benéfico para os resultados do trabalho. Em contrapartida, alguns estudos obtiveram resultados indicando altos níveis de correlação entre conflito de relacionamento e conflito de tarefa (DeChurch & Hamilton, 2007; De Dreu & Weingart, 2003; Simons & Peterson, 2000). Simons e Peterson (2000) explicam que os membros do grupo, ao interagirem, interpretam os comportamentos dos demais. Nesta interpretação pode ocorrer um erro de atribuição, em que uma discussão intelectual pode ser interpretada como ataque pessoal ou como tentativa de esconder informações. Assim, o conflito de tarefa passa a ser percebido também como um conflito de relacionamento. Neste caso, alguns autores afirmam que o conflito de tarefa não deve ser

estimulado nos grupos, pelo risco de ser percebido como conflito de relacionamento e gerar conseqüências negativas (Simons & Peterson, 2000; Tidd, McIntyre & Friedman, 2004).

Desse modo, pelas dificuldades de conclusão sobre o assunto e dado que foram identificados poucos estudos na literatura internacional, faz-se importante, aprofundar os estudos sobre o tema. Particularmente no Brasil, só foram encontrados os estudos de Martins (2004), Martins et al (2006), Guimarães e Martins (2008) e Resende (2008), esse último ainda não publicado. Investigar o papel do conflito na organização, no trabalhador e no trabalho constitui uma seara nova a ser descerrada.

7 BASES DE PODER E CONFLITO INTRAGRUPAL EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Considerando o até aqui exposto, faz-se importante identificar na literatura, como bases de poder e conflito intragrupal são percebidos nos relacionamentos interpessoais dentro de um contexto específico, que é o exercício profissional dentro do ambiente hospitalar.

Segundo Rivera (2003), as organizações hospitalares são uma “malha intrincada e variável de uma ampla gama de serviços e de categorias profissionais, vinculados a processos em permanente diversificação” (p. 219). Frente à tamanha diversidade, quer seja de profissionais, quer seja de processos ou até de contatos interpessoais, torna-se indubitável a presença do exercício de poder e a possibilidade da existência de conflitos. Reforçando tal idéia, Farias e Vaitsman (2002) afirmam que a coordenação das organizações hospitalares é um exercício complexo de administração principalmente pela heterogeneidade de profissionais e pela distribuição de poder.

Existe um padrão de conflito que é inerente às instituições hospitalares e está relacionado ao modo característico de distribuição de poder e prestígio que é próprio de organizações de especialistas, nas quais o exercício de um saber especializado para a obtenção dos objetivos dá aos profissionais especialistas uma autoridade que sobrepõe à autoridade administrativa. Segundo Farias e Vaitsman (2002), os médicos possuem uma autonomia que lhes é própria, baseada no monopólio de um tipo de conhecimento específico que caracteriza seu campo de trabalho. São, assim, peritos no que fazem. Sendo assim, nenhum outro grupo dentro da organização possui tal nível de conhecimento especializado que impede o exercício de controle ou a ingerência sobre sua atuação, mesmo de seus pares. Por outro lado, os médicos representam uma parcela quantitativamente menor de trabalhadores dentro da instituição e dependem do suporte dos demais grupos de profissionais para a realização de suas atividades. Esta relação é “susceptível às tensões de legitimação, na medida em que o

exercício de seu poder e autoridade causa ingerência ou pressão sobre o trabalho das demais categorias, invadindo áreas de competência que essas últimas consideram de sua responsabilidade” (Farias & Vaitsman, 2002, p. 1236).

Segundo Farias e Vaitsman (2002), dentro do ambiente hospitalar, encontram-se três grupos de profissionais: central, periférico e intermediário. O grupo central é formado pelos médicos, profissão sobre a qual se funda a identidade da organização. O grupo periférico, por sua vez, compreende os profissionais, em geral, de formação fundamental ou técnica, que dão suporte e viabilizam a realização das atividades. Já o grupo intermediário engloba os demais profissionais da área da saúde de nível superior. A estes grupos são conferidas diferentes posições de status, de acordo com a qualificação em profissões que integram a área da saúde, a escolaridade de nível superior e a proximidade mantida em relação ao grupo central. Assim, é possível identificar uma dicotomia entre este grupo central e os demais, principalmente com o grupo formado pelos auxiliares e técnicos, sobre os quais recai um desprestígio profissional, o que produz neles percepções negativas quanto às relações e ao ambiente de trabalho (Farias & Vaitsman, 2002). Para estes autores,

“A inexistência de relações mais igualitárias entre esses profissionais e os médicos no que se refere à autonomia e à distribuição do poder constitui a regra para as organizações hospitalares. Os *Técnicos e Auxiliares de Saúde* formam o grupo sobre o qual a sobreposição das diferentes fontes de poder e autoridade, e das hierarquias que elas estabelecem, fazem-se sentir com maior força. Correspondem às funções subordinadas da estrutura organizacional e, não possuindo a autonomia característica das profissões, encontram-se mais sujeitos à ação da autoridade administrativa. Por outro lado, tratando-se de ocupações com menor grau de qualificação, mas diretamente vinculadas ao espaço no qual a relação entre saber e poder é explícita, é sobre esses funcionários que mais recai a permanente pressão e controle que emana da

hierarquia fundada na legitimidade do saber médico, ou seja, na autoridade profissional destes últimos” (Farias & Vaitsman, 2002, p. 1236).

Os técnicos e auxiliares de enfermagem experimentam uma relação conflituosa não só com relação à equipe médica. Segundo Agostini (2005), o conflito pode estar presente no contato com o paciente, com outro profissional da mesma equipe ou de equipe diferente (de outro turno ou outro departamento). Segundo Shimizu e Ciampone (2004), que estudaram técnicos e auxiliares de enfermagem sobre o trabalho em equipe em Unidades de Terapia Intensiva, conflitos no relacionamento interpessoal também podem ser decorrentes da postura dos enfermeiros-chefes, que muitas vezes se impõem de modo autoritário e centralizador frente aos demais elementos da equipe de enfermagem.

Como motivos para as dificuldades nos relacionamentos interpessoais, Tanaka (2001) aponta questões individuais (tais como comportamento egoísta e competitivo, problemas pessoais e diferenças entre as pessoas), falta de confiança, dificuldades na comunicação ou falta de informações, falta de clareza de papéis, além da já mencionada relação de poder. Citando Moura e Caldas (2003), pode-se acrescentar à lista mencionada questões mais práticas, tais como a falta de materiais e recursos, que dificultam o desempenho das atividades, ou mesmo a falta de normas escritas, que as tornassem mais claras e expostas.

Outro ponto gerador de conflitos nas relações interpessoais nas organizações hospitalares refere-se ao atendimento das necessidades e expectativas dos profissionais. É comum, ao distribuir recursos e investir nos profissionais, a priorização, por parte da direção administrativa, ao atendimento das necessidades do grupo central, o que acaba engendrando o conflito com outras categorias de profissionais, que não têm seus interesses e expectativas contemplados. Além disso, também é observado em pesquisa que, se a instituição não atende às expectativas do nível intermediário, o nível periférico também apresenta frustrações e

insatisfações, o que causa impacto negativo nas relações interpessoais (Farias & Vaitsman, 2002; Tanaka, 2001).

Desse modo, conclui-se que conflito intragrupal e o exercício das bases de poder estão estreitamente relacionados quando se consideram as relações de trabalho entre os profissionais da área da saúde dentro do ambiente hospitalar. Além disso, os estudos citados também apontam indícios de que estes dois aspectos geram conseqüências negativas para os relacionamentos interpessoais e para o desempenho no trabalho. No entanto, não foram identificados na literatura estudos que tivessem por objetivo identificar se poder e conflitos podem ser considerados fatores estressantes para o trabalho da equipe de enfermagem, tornando-se imperante tal investigação.

8 JUSTIFICATIVA

Lima Júnior e Ésther (2001) afirmam que o exercício profissional dentro do ambiente hospitalar é cercado por fatores geradores de insalubridade e sofrimento, o que pode gerar impacto sobre a saúde do trabalhador. Segundo Stacciarini e Tróccoli (2001), o trabalho do enfermeiro é extremamente susceptível ao estresse ocupacional. Ortiz-Prommier (2004) afirma que a profissão de enfermagem é classificada como a quarta mais estressante no setor público devido à própria natureza e às características do trabalho.

Que a enfermagem é uma das profissões mais susceptíveis ao estresse ocupacional parece não haver dúvidas. No entanto, segundo Stacciarini e Tróccoli (2002), as causas do estresse ocupacional ainda geram divergências entre os autores. O que se tem no meio científico são várias correntes, uma apontando para causas individuais, outra para ambientais e, por fim, uma apontando para a interação entre esses dois fatores como os determinantes do estresse. Carlotto (2004) afirma que a abordagem organizacional, que busca investigar o desgaste emocional a partir da compreensão do contexto e das características do trabalho em que aparece, tem sido um dos modelos teóricos mais utilizados.

Considerando essa corrente teórica, as fontes de estresse em enfermeiros mais citadas pela literatura estão relacionadas com a sobrecarga de trabalho, com o conflito no desempenho das atividades e com problemas nas relações interpessoais (Maslach & Leiter, 1999; Stacciarini & Tróccoli, 2000). Os dois últimos fatores mencionados podem ser inseridos dentro de uma perspectiva maior que são os conceitos de bases de poder e de conflitos intragrupais, que dependendo da maneira como são utilizados na organização podem gerar conseqüências positivas ou negativas para os envolvidos (empregado, equipe e organização).

No caso das organizações hospitalares, em que os médicos são vistos como núcleo central e identidade das mesmas, é clara a inexistência de relações igualitárias entre esta

categoria profissional de especialistas e os demais grupos, uma vez que o exercício de seu poder e sua autoridade, muitas vezes invade as atividades de profissionais de outros segmentos. Segundo Farias e Vaitsman (2002), é sobre os técnicos e auxiliares de saúde que a tensão desses conflitos é mais sentida, uma vez que é sobre eles que recaem os efeitos das diferentes fontes de poder e autoridade.

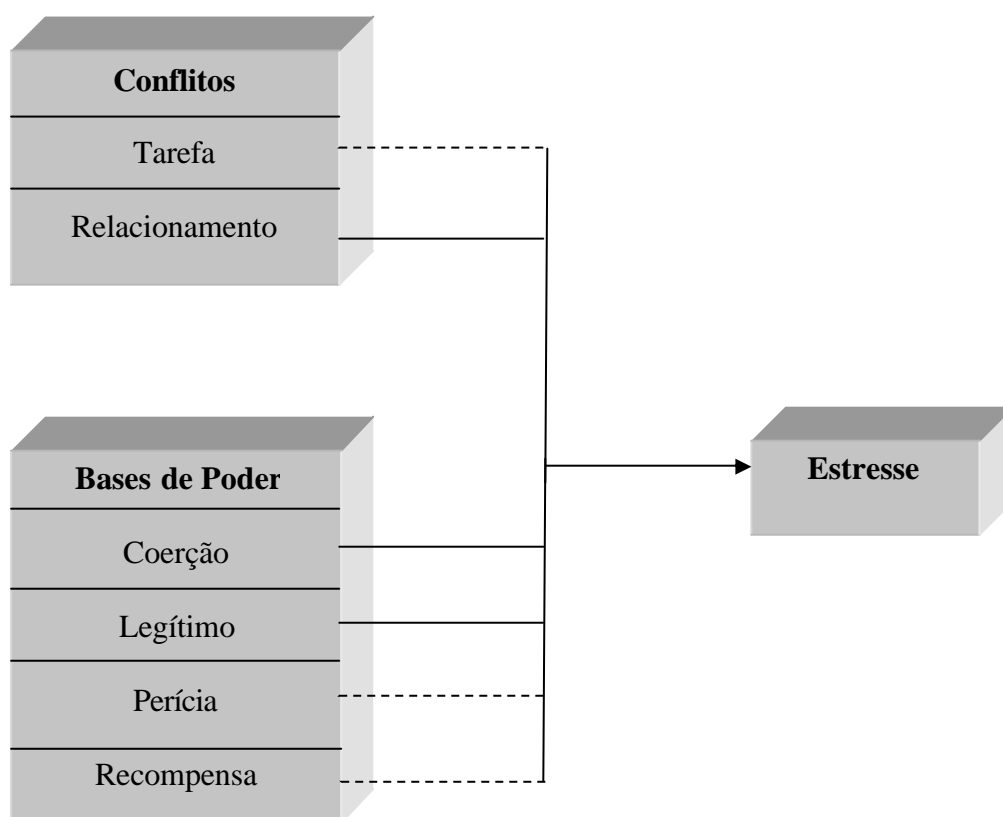
Assim, a severidade com que o estresse ocupacional compromete a saúde mental do trabalhador, principalmente daqueles cujo trabalho está ligado à assistência e ao cuidado de outras pessoas, e o seu impacto sobre as organizações justificam a necessidade de mais estudos que busquem investigar e compreender as causas que geram esse fenômeno.

Além disso, estudos que tenham como objetivo estabelecer a relação entre estresse e outros fatores inerentes às relações interpessoais, também são justificadas pelo referencial teórico supra mencionado. O referencial teórico anteriormente apresentado, por revelar poucas conclusões e número insuficiente de estudos, justifica em particular, investigações que busquem relações entre o estresse ocupacional com fatores como bases de poder e conflitos intragrupais, conceitos fundamentais na compreensão das convivências interpessoais, como esta que aqui se apresenta.

9 OBJETIVOS E MODELO HIPOTÉTICO

Este estudo tem como objetivo principal identificar a capacidade de predição das bases de poder utilizadas pelo supervisor (chefia superior) e dos conflitos intragrupais percebidos no estresse de auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital público, conforme se pode observar no modelo hipotético apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo hipotético deste estudo



_____ relações diretas

----- relações inversas

Além disto, pretende-se:

- Identificar o nível de estresse da equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem da instituição investigada;
- Identificar o nível de conflito intragrupal na equipe de trabalho ; e
- Identificar quais são as bases de poder percebidas pelos profissionais de enfermagem como as mais frequentemente utilizadas pelo médico responsável pela equipe (supervisor).

10 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

O Hospital no qual se desenvolveu esse estudo é uma unidade hospitalar pertencente a uma Universidade Federal, que foi construída como unidade de ensino para o Curso de Medicina e foi inaugurada no ano de 1970.

Atualmente, é o único hospital público de referência para atendimentos de média e alta complexidade na região onde está inserido e é o maior hospital prestador de serviço pelo Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, contando para isso com um total de 503 leitos e 3385 funcionários e realizando em média 2600 atendimentos por dia a pessoas de 86 municípios da região. Portanto, o Hospital ultrapassou há muito a função para a qual foi criado, constituindo-se atualmente numa grande unidade de saúde regional.

Nesta complexa organização hospitalar atuam 408 médicos, 203 enfermeiros de nível superior e 1114 técnicos e auxiliares de enfermagem distribuídos pelas Unidades de Atendimento do Hospital, atuando em cerca de vinte e duas especialidades médicas, sem que se considerem as unidades de exames especializados (Tabela 3). A Tabela 3 descreve também a distribuição dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem por Unidade Hospitalar, quer sejam especialidades médicas, quer sejam unidades de atendimento ou de exames especializados.

Tabela 3 – Distribuição dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem por Unidade Hospitalar.

Unidade	Auxiliares e Técnicos de Enfermagem	Percentual
Pediatria	166	14,9%
Berçario UTI Neonatal	100	9,0%
Cirúrgica 1	95	8,5%
UTI Adulto	79	7,1%
Centro Cirúrgico	69	6,2%
Quimioterapia	69	6,2%
Cirúrgica 2	53	4,8%
Setor de Cirurgia	53	4,8%
Clínica Médica	52	4,6%
Ginecologia e Obstetrícia	35	3,2%
UTI Pediátrica	32	2,9%
Materiais e Esterelização	31	2,7%
Cirúrgica 3	29	2,6%
Emergência Médica	26	2,3%
Psiquiatria	26	2,3%
Moléstias Infecciosas	23	2,0%
Transplantes	21	1,9%
Cirúrgica 5	18	1,6%
Ambulatório	16	1,4%
Centro de Saúde Escola	13	1,2%
Cirurgia Plástica e Queimados	13	1,2%
Endoscopia	13	1,2%
Radiologia	13	1,2%
Centro Obstétrico	10	0,9%
Hemodinâmica	8	0,7%
Radioterapia	8	0,7%
Ultrassonografia	8	0,7%
Nefrologia/Hemodiálise	6	0,6%
Traumatologia	6	0,6%
Ginecologia (ambulatório)	3	0,3%
Pronto Atendimento Domiciliar	3	0,3%
Propedêutica	3	0,3%
Banco de Olhos	2	0,1%
Diretoria de Enfermagem	2	0,1%
Ecocardiograma	2	0,1%
Gerência de Ambulatório	2	0,1%
Gerência de Pronto Socorro	2	0,1%
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	2	0,1%
Patologia	2	0,1%
Setor de Humanização	2	0,1%
Total	1114	100,0%

11 MÉTODO

Nesse capítulo, serão descritos as definições constitutivas e operacionais das variáveis alvos deste estudo, os procedimentos de coleta e de análise dos dados, bem como os instrumentos utilizados para medir as variáveis.

11.1 DEFINIÇÕES DAS VARIÁVEIS ADOTADAS NESTE ESTUDO

Estresse ocupacional

Definição constitutiva: É “um processo em que o indivíduo percebe demandas do trabalho como estressores, os quais, ao exceder sua habilidade de enfrentamento, provocam no sujeito reações negativas” (Paschoal e Tamayo, 2004, p. 47).

Definição operacional: É o resultado médio dos valores das respostas dos participantes à Escala de Estresse no Trabalho – EET – versão reduzida (Paschoal e Tamayo, 2004).

Bases de poder do supervisor

Definição constitutiva: São recursos utilizados por um indivíduo que o torna capaz de influenciar outra pessoa, possibilitando-lhe atingir seus objetivos. Esses insumos são capazes de gerar dependência da pessoa que é influenciada (French & Raven, 1959).

Definição operacional: É o resultado médio dos valores das respostas dos participantes em cada base de poder avaliada pela Escala de Bases de Poder do Supervisor – EBPS (Martins, 2008).

Conflito Intragrupal

Definição constitutiva: É a percepção de discordância ou debate entre membros de um mesmo grupo (Cox, 2003). Esse conflito pode ser de tarefa, quando há desacordo sobre o conteúdo de suas decisões, ou pode ser conflito de relacionamento, em que há a percepção de incompatibilidade interpessoal (Jehn, 1995).

Definição operacional: É o resultado médio dos valores das respostas dos participantes em cada um dos tipos de conflito avaliados pela Escala de conflitos intragrupais - ECI (Martins et al., 2006).

11.2 PROCEDIMENTOS

11.2.1 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas: uma quantitativa, com a aplicação dos instrumentos validados de avaliação de estresse ocupacional, de percepção de bases de poder do supervisor e de percepção de conflitos intragrupais, e uma segunda qualitativa, em que foram entrevistados quatro sujeitos escolhidos aleatoriamente dentre os participantes da amostra inicial.

PRIMEIRA FASE

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e autorização do Diretor do Hospital de Clínicas, foi feito contato com os(as) enfermeiros(as)-chefes responsáveis por cada equipe com o intuito de lhes comunicar sobre a abordagem dos técnicos e auxiliares de enfermagem e de solicitar sua autorização e colaboração.

A aplicação dos questionários não foi possível em algumas equipes devido, principalmente, a dois fatores: não autorização de abordagem aos técnicos por parte dos enfermeiros-chefes responsáveis ou por indisponibilidade de horário para a participação. Desse modo, tratou-se de uma amostra por conveniência e totalmente voluntária.

Respeitando critérios éticos, a pesquisadora convidou os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem a participarem do estudo e lhes informou os objetivos da pesquisa,

reforçando que a participação de cada membro da equipe era importante e que essa participação era livre, cabendo a cada um a escolha de respondê-la ou não. Além disso, a pesquisadora garantiu o anonimato, esclareceu qualquer dúvida e solicitou a cada um sua autorização, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1).

Após essa assinatura, a pesquisadora entregou o formulário com dados sócio-demográficos (ANEXO 3) e o questionário composto pelas três escalas (ANEXO 4). Nesse momento, foram dadas as instruções sobre o preenchimento dos mesmos, seguidas de esclarecimento de dúvidas. Solicitou que os respondessem anonimamente e que depositassem em uma urna (caixa de papelão tipo arquivo) lacrada que só foi aberta pela pesquisadora nas dependências do Programa de Mestrado.

SEGUNDA FASE

Como o objetivo dessa segunda fase foi entender de modo mais profundo o significado da relação médico-equipe de enfermagem para os entrevistados, optou-se pelo levantamento qualitativo (Turato, 2005). Inicialmente, foram escolhidos aleatoriamente (sem nenhum procedimento mais sistemático, a pesquisadora retirou do conjunto dos participantes, às cegas) cinco profissionais que tinham participado da etapa anterior para a participação nesta fase, identificados por meio dos termos de compromisso assinados. Como a pesquisadora possuía uma relação dos participantes distribuídos por áreas, procurava pessoalmente os enfermeiros-chefes responsáveis para contatar os participantes ‘escolhidos’.

A pesquisadora entrou em contato com os participantes ‘escolhidos’ para convidá-los a participar desta segunda fase, informando-lhes a respeito do objetivo da entrevista, de como os dados levantados seriam tratados, da necessidade de gravação da entrevista e da sua total liberdade de escolha em participar desta fase. No entanto, da amostra inicial, muitos deles não tiveram interesse em participar dessa etapa por se tratar de uma entrevista gravada ou

desistiram no momento da entrevista. Assim, novas escolhas aleatórias foram necessárias até que se chegou ao número de quatro participantes.

Para esses, além das informações mencionadas acima, explicou-se também o conteúdo do novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, deixou-se novamente clara a voluntariedade da participação desta nova fase e discutiu-se com os sujeitos quaisquer dúvidas. Este novo Termo (ANEXO 2) foi utilizado para evitar que todos os participantes da 1ª fase fossem envolvidos em uma explicação de procedimentos pelos quais eles não passariam, o que tornaria o procedimento demasiadamente cansativo para eles.

Depois de esclarecidas as dúvidas, solicitou-se que, caso concordassem em participar desta segunda etapa, assinassem o referido novo Termo no qual constava a autorização expressa do participante para que a entrevista fosse registrada em gravador de áudio.

As entrevistas foram realizadas em local reservado e horário oportuno para os participantes.

11.2.2 ANÁLISE DOS DADOS

PRIMEIRA FASE

A análise quantitativa dos dados obtidos na primeira fase da coleta foi realizada através de procedimentos estatísticos, utilizando-se para isso do pacote estatístico *SPSS for Windows, versão 15.0* (Statistical Package Social Science). Foi criado um banco de dados numa planilha do programa, na qual foram codificadas as respostas que foram submetidas a análises estatísticas descritivas (médias, desvio-padrão, medianas), ao cálculo de correlações e as análises de regressão linear padrão e stepwise.

SEGUNDA FASE

A duração média das entrevistas foi de 20 minutos. Todas foram gravadas e transcritas. O conteúdo obtido das transcrições foi submetido à técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977). O objetivo desta técnica é identificar núcleos de sentidos comuns entre os sujeitos, nomear e definir categorias de conteúdos presentes.

Inicialmente, a análise foi feita pela pesquisadora, que adotou as seguintes etapas de procedimento: leitura geral da entrevista, nomeação dos núcleos de sentido identificados (temas), registro da frequência com que os temas apareciam na entrevista e agrupamento dos temas em categorias mais gerais.

Após essa etapa inicial, as entrevistas foram analisadas por juízes, sendo que cada um fez a análise de uma das entrevistas. O grupo de juízes foi composto por estudantes da graduação e pós-graduação do curso de Psicologia de uma Universidade, que tinham conhecimento da técnica de análise de conteúdo. Juntamente com as entrevistas, esses juízes receberam também uma lista de categorias gerais pré-elaboradas pela pesquisadora a partir da análise do conteúdo das entrevistas. Cabia a eles, assim, classificar os temas a partir das categorias predefinidas. Para cada entrevista, foi calculado o grau de acordo entre a categorização de conteúdos feita pela pesquisadora e pelo juiz que avaliou a entrevista. Foram mantidas as categorias que alcançaram pelo menos 85% de acordo entre a pesquisadora e o juiz.

11.3 INSTRUMENTOS

São descritos separadamente, os instrumentos utilizados nas duas fases da pesquisa.

11.3.1 PRIMEIRA FASE

Para avaliação dos constructos propostos nos objetivos, foram utilizados um formulário com dados sócio-demográficos (ANEXO 3) e um questionário (ANEXO 4) composto por três escalas: *EET – Escala de Estresse no Trabalho*, *EBPS - Escala de Bases de Poder do Supervisor* e *ECI - Escala de Conflitos Intragrupais*, todas validadas no Brasil e com índices de fidedignidade adequados (ver Tabela 4).

Tabela 4 - Escalas utilizadas neste estudo.

Instrumento	Fatores - número de itens	Alfa de Cronbach original
Escala de Estresse no Trabalho – EET – versão reduzida (Paschoal e Tamayo, 2004)	1. Unifatorial – 13 itens	0,85
Escala de bases de poder do supervisor - EBPS (Martins, 2008)	1. Legítimo - 4 itens 2. Perícia - 4 itens 3. Coerção - 3 itens 4. Recompensa - 4 itens	0,81 0,84 0,85 0,72
Escala de conflitos intragrupais - ECI (Martins et al., 2006)	1. Conflito relacionamento - 5 itens 2. Conflito de tarefa - 4 itens	0,81 0,77

A *Escala de Estresse no Trabalho* (EET), validada por Paschoal e Tamayo (2004), é composta por 23 itens, os quais formam um único fator. Consiste numa medida geral de estresse, cujos itens abordam estressores variados e reações emocionais constantemente associadas aos mesmos. Sua escala de respostas é do tipo Likert de cinco pontos, que variam de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente. O índice de confiabilidade da escala – *alpha* de Cronbach (α) – foi de 0,93. Considerando a utilidade prática para o estudo, foi utilizada a forma reduzida composta por 13 itens, com α de 0,85. Essa versão reduzida foi desenvolvida pelos próprios autores, com o intuito de mais rápido e econômico para

aplicação, mas que ainda assim, manteve um bom índice de confiabilidade. Para calcular o índice de estresse de cada sujeito, somam-se os valores de suas respostas a cada item e divide-se pelo número de itens. Assim a média variará entre 1 e 5. Considera-se o participante não estressado, quando sua média de respostas é igual a 1; com nível mínimo de estresse quando o valor médio de suas respostas é igual a 2; com nível médio de estresse quando o valor médio de suas respostas é igual a 3; com nível alto de estresse quando o valor médio de suas respostas é igual a 4 e com nível extremo de estresse quando o valor médio de suas respostas é igual a 5.

Para avaliar o tipo de bases de poder, foi utilizada a *EBPS - Escala de Bases de Poder do Supervisor*, desenvolvida e validada por Martins et al. (2006, Em: Martins, 2008). A escala é formada por quatro fatores relacionados à base de poder legítimo ($\alpha=0,81$), à base de poder de perícia ($\alpha=0,84$), à base de poder de coerção ($\alpha= 0,85$) e à base de poder de recompensa ($\alpha=0,72$), todos compostos por 4 itens, exceto o poder de coerção que é composto por três itens. Referências internacionais apontam para cinco diferentes tipos de bases de poder (Hinkin & Schriesheim 1989; Rahim, 1988), no entanto, no Brasil, o tipo de base de poder de referência não foi identificado durante a validação do instrumento, mantendo-se apenas quatro tipos de bases de poder (legítimo, perícia, coerção e recompensa). Para se chegar ao índice referente a cada tipo de base de poder, deve se somar os valores das respostas aos itens referentes àquele fator e dividir por 3 no fator coerção, ou por 4 nos demais fatores. Assim, a média estará entre 1 e 5, correspondendo à percepção do empregado em relação ao grau do tipo de base de poder utilizado pelo supervisor no ambiente de trabalho. Quando a média da base de poder percebido for igual a ou maior que 3, considera-se que a base é percebida como utilizada pelo supervisor. Quando a média for inferior a 3, significa que o participante percebeu que a utilização da base é pouco freqüente.

Para avaliar conflitos intragrupais, foi utilizada a *ECI - Escala de Conflitos Intragrupais*, desenvolvida por Martins et al. (2006). Esta escala mensura a percepção do respondente em relação aos tipos e graus de conflitos encontrados na equipe de trabalho. É composta por um total de nove itens, que se distribuem em dois fatores: conflito intragrupal de relacionamento (cinco itens, com $\alpha=0,77$) e conflito intragrupal de tarefa (quatro itens, com $\alpha=0,81$). Suas respostas são do tipo Likert, que variam entre quatro opções de respostas: de (1) nenhum para (4) muito. Para obter os índices referentes a cada fator, somam-se as respostas dadas aos itens do mesmo e divide-se por 5, no caso do conflito tipo relacionamento, e por 4, para conflito de tarefa. A média destes fatores pode variar entre um e quatro e corresponde ao grau de conflito intragrupal percebido na equipe de trabalho. Médias próximas de um correspondem a não percepção de conflito; próximas de dois, à percepção de pouco conflito; próximas de três, à percepção de nível médio de conflito e próximas de quatro, à percepção de muito conflito.

O formulário abrangeu as seguintes questões sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, escolaridade, faixa salarial, tempo de serviço no hospital, jornada semanal de trabalho, se possui outros empregos e área de trabalho no hospital.

11.3.2 SEGUNDA FASE

Como alguns conteúdos deveriam, necessariamente, ser investigados devido aos objetivos que se pretendia, foi necessário certo nível de estruturação da entrevista. Assim optou-se por uma entrevista semi-estruturada, que teve um roteiro de questões preestabelecidas. Esse roteiro inicial era composto por seis perguntas e foi pré-testado com dois técnicos de enfermagem, que não participaram do estudo. Nessa aplicação para validar as perguntas do roteiro, verificou-se que algumas delas contribuiriam pouco para os objetivos da pesquisa. Assim, foi feita uma readaptação, seguindo as sugestões dos dois técnicos e a

avaliação da pesquisadora (conforme ANEXO 5). Durante as entrevistas, dependendo das respostas do participante, novas questões foram exploradas.

12 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A definição do tamanho da amostra deste estudo atendeu à regra de *thumb* (Tabachnick & Fidell, 2001), que utiliza da fórmula: $N = 50 + 8K$ (sendo K o número de variáveis independentes) para determinar o número mínimo de sujeitos. No caso, era necessário um mínimo de 98 participantes ($N = 50 + 8 \times 6 = 98$). Esse número foi ultrapassado, atingindo um total de 124 profissionais de enfermagem, que trabalham no Hospital de Clínicas de uma Universidade Federal, nas funções de auxiliar ou técnico de enfermagem e que voluntariamente se dispuseram a responder os questionários, mediante consentimento livre e esclarecido (Anexo 1). Todos têm idade superior a dezoito anos; não houve restrições de gênero, estado civil e escolaridade.

A grande maioria dos participantes (Tabela 5) foi do sexo feminino (77,4%), o que era esperado, uma vez que a enfermagem ainda se trata, no Brasil, de uma profissão majoritariamente feminina (J. Freitas, comunicação pessoal, 7 de maio, 2009), com maior frequência de pessoas casadas (42,7%). A idade média dos respondentes foi de 35 anos, com uma distribuição ampla de idade ($dp = 11$ anos), indicando uma profissão que abarca tanto jovens, que recentemente concluíram o curso técnico, quanto profissionais mais experientes. Houve uma predominância de indivíduos com 28 anos de idade (moda estatística).

Tabela 5 – Descrição dos participantes por sexo, estado civil e idade.

Dados demográficos	Variações	Percentual	Media	DP	Mo
Sexo	Feminino	77,4%			
	Masculino	22,6%			
Estado civil	Solteiro	34,7%			
	Casado	42,7%			
	Viúvo	3,2%			
	Desquitado	8,9%			
	Outros	10,5%			
Idade			35 anos	11 anos	28 anos

A maioria dos participantes tinha escolaridade (Tabela 6) até o ensino médio completo (52,4%), o que era esperado, uma vez que se optou por investigar profissionais que exercessem função auxiliar ou técnica. No entanto, encontrou-se uma grande parcela com graduação e pós-graduação (24,2%), o que pode ser atribuído ao fato de que, em instituições públicas federais, a progressão nos níveis de escolaridade garante ganhos salariais.

Tabela 6 – Distribuição por níveis de escolaridade.

Escolaridade	Frequência	Percentual
Ensino fundamental incompleto	1	0,8%
Ensino fundamental completo	4	3,2%
Ensino médio incompleto	3	2,4%
Ensino médio completo	57	46%
Ensino superior incompleto	29	23,4%
Ensino superior completo	17	13,7%
Pós graduação	13	10,5%

Em relação ao tempo de atuação nessa instituição, a média foi de 112,9 meses (aproximadamente 9 anos e 3 meses), com uma grande amplitude ($dp = 109,56$ meses) e maior frequência de profissionais com 5 anos de casa (moda estatística). A maioria dos respondentes trabalha no período noturno (41,1%). Isto se justifica pela maior disponibilidade que os trabalhadores do turno noturno tiveram em responder ao. Obteve-se maior participação de profissionais que atuam na Clínica Cirúrgica 1 e na Pediatria (21,8% e 19,4%, respectivamente). A Tabela 7 revela de modo mais detalhado esses dados.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes quanto à área, ao turno de trabalho e ao tempo de atuação na organização.

Descrições	Variações	Percentual	M	DP	Mo
Área Hospitalar	Clínica Cirúrgica 1	21,8%			
	Clínica Cirúrgica 2	2,4%			
	Clínica Cirúrgica 3	9,7%			
	Clínica Cirúrgica 5	4,0%			
	Clínica Médica	4,8%			
	Enfermaria	2,4%			
	Esterilização	0,8%			
	Hemodiálise	4,0%			
	Oncologia	3,2%			
	Pediatria	19,4%			
	Pronto Socorro	1,6%			
	Propedêutica	2,4%			
	Psiquiatria	2,4%			
	UTI	4,0%			
	UTI Pediátrica	8,1%			
Turno	Manhã	36,3%			
	Tarde	22,6%			
	Noite	41,1%			
Tempo de atuação (em meses)			112,9	109,6	60

Ao contrário do que a literatura aponta, a maioria dos participantes da pesquisa trabalha somente nessa instituição (73,4%). Os níveis salariais do setor público podem ser uma justificativa para tal fator. Observa-se que, apesar da maioria dos profissionais analisados ter ganhos salariais de até R\$ 700,00 (30,6%), existe uma grande amplitude na distribuição das faixas salariais, inclusive com ganhos superiores a R\$ 1900,00 (15,3%) (Tabela 8). Essa diferença salarial deve-se ao Plano de Carreira e Cargos Técnico-Administrativos (PCCTA) do Governo Federal (Lei 11.314, de 3 de Julho de 2006 e Lei 8.112, de 11 de Dezembro de 1990), que oferece ganhos salariais ao servidor público federal por tempo de serviço, avanço na qualificação profissional e participação em programas de capacitação.

Tabela 8 – Distribuição por ganho salarial.

Faixas Salariais	Frequência	Percentual
Até R\$ 700,00	38	30,6%
Entre R\$ 701,00 e 900,00	13	10,5%
Entre R\$ 901,00 e 1100,00	4	3,2%
Entre R\$ 1101,00 e 1300,00	10	8,1%
Entre R\$ 1301,00 e 1500,00	15	12,1%
Entre R\$ 1501,00 e 1700,00	15	12,1%
Entre R\$ 1701,00 e 1900,00	10	8,1%
Acima de R\$ 1900,00	19	15,3%

A carga horária de trabalho contida no contrato desses profissionais é de 36 horas semanais. No entanto, segundo informações fornecidas pelo CEPEPE (Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem do Hospital onde se coletou os dados), a realização de horas extras é constante e, apesar da regulamentação interna determinar que eles possam realizar um total de até 60 horas extras mensais, a garantia da assistência à população é imperante. Desse modo, para os técnicos e auxiliares que só atuam nessa instituição a média da carga horária semanal é de 38 horas, enquanto que para aqueles que também desempenham atividades em outras instituições, a carga horária semanal média é de 74 horas.

13 RESULTADOS

13.1 LIMPEZA DO ARQUIVO DE DADOS E ANÁLISES PRELIMINARES

Antes do início da análise dos dados, realizou-se a conferência de possíveis erros de digitação através da solicitação da quantidade de respondentes e dos valores mínimo e máximo apresentados em cada item. Nenhum dado foi digitado incorretamente.

Em seguida, foram identificados os dados omissos que corresponderam a 1,21% dos dados, com distribuição randômica. Optou-se por mantê-los na amostra, por representarem uma quantidade muito pequena e distribuída aleatoriamente; estes dados foram substituídos pela média, o que, segundo Tabachnick e Fidell (2001), trata-se de uma medida conservativa que tem, nesse caso, um impacto quase nulo sobre a média geral da distribuição. Sabe-se, no entanto, que tal procedimento diminui a variância e as correlações entre as variáveis, mas ainda assim, é o modo mais simples e com menor impacto. Como o número de dados omissos era muito pequeno, esta escolha provocou impacto mínimo nos resultados das análises.

Depois de tal procedimento, identificaram-se os itens e quais casos pertenciam os dados extremos (*outliers*), através do gráfico (*plot*) do tipo *Steam-and-Leaf*. Verificou-se que não havia sistematização (repetição de *outlier* de um mesmo caso em vários itens ou respostas extremas idênticas em vários itens), com uma distribuição aleatória. Tabachnick e Fidell (2001) afirmam que “você precisa decidir se os casos *outliers* são propriamente parte da população que você pretende amostrar. Casos com valores extremos, que apesar disso, estão aparentemente ligados com o resto dos casos são, mais provavelmente, parte legítima da amostra” (p. 71). Assim, optou-se por mantê-los na amostra, por considerar que eles fazem parte de sua variabilidade.

13.2 FIDEDIGNIDADE DOS INSTRUMENTOS

O comportamento dos instrumentos quanto à fidedignidade (consistência interna) foi avaliado por meio do ‘alpha de Cronbach’ e da correlação item-total. O coeficiente alfa de Cronbach é considerado um indicador consistente para a análise da confiabilidade de uma escala e valores iguais ou superiores a 0,70 indicam uma fidedignidade aceitável, apesar de não haver um padrão absoluto (Hair Jr. et al., 1998). Os resultados obtidos para a amostra pesquisada são apresentados na Tabela 9 e são próximos aos dos estudos originais.

Tabela 9 – Confiabilidade dos instrumentos de pesquisa para amostra deste estudo.

Instrumento	Fatores - número de itens	Alfa de Cronbach na amostra	Correlação média item-total
Escala de Estresse no Trabalho – EET – versão reduzida (Paschoal e Tamayo, 2004)	2. Unifatorial – 13 itens	0,89	0,60
Escala de bases de poder do supervisor - EBPS (Martins, 2008)	5. Legítimo - 4 itens	0,74	0,54
	6. Perícia - 4 itens	0,72	0,51
	7. Coerção - 3 itens	0,88	0,77
	8. Recompensa - 4 itens	0,82	0,64
Escala de conflitos intragrupais - ECI (Martins et al., 2006)	3. Conflito relacionamento - 5 itens	0,85	0,67
	4. Conflito de tarefa - 4 itens	0,82	0,65

13.3 VERIFICAÇÃO DOS PRESSUPOSTOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO

Para verificar se os dados atendiam aos pressupostos da análise de regressão, alguns aspectos foram observados. A normalidade da distribuição das variáveis foi testada através do teste Komolgorov-Smirnov (*Sample K-S*). Três fatores indicaram leve desvio em relação da normalidade. Houve um *skewness* positivo em estresse, e uma *curtose* positiva em poder

legítimo e em conflito de relacionamento. Por serem desvios extremamente pequenos, pelo fato de a análise de regressão ser uma prova robusta à violação da normalidade (Tabachnick e Fidell, 2001), e por entender que procedimentos de transformação nos dados poderiam complicar sobremaneira a interpretação dos resultados, optou-se por manter os dados originais.

A linearidade entre as variáveis foi confirmada através do exame do *plot* dos resíduos padronizados da regressão que revelou uma forma de reta e dos *scatterplots* bivariados dos resíduos contra a variável consequente, o que comprovou também a homoscedasticidade (Tabachnick & Fidell, 2001).

Em relação à honestidade das correlações entre as variáveis, verificou-se que as mesmas não estavam inflacionadas porque cada item das escalas utilizadas pertencia a apenas um fator; também não estavam deflacionadas, já que não houve restrição a categorias de sujeitos por erros de amostragem e nenhuma das escalas possuía opção dicotômica de resposta (Tabachnick & Fidell, 2001). Assim, pode-se afirmar que as correlações foram honestas.

Não houve singularidade porque nenhuma correlação foi igual a 1. A multicolinearidade também não foi detectada, uma vez que nenhum valor de r de Pearson foi superior a 0,90 (Tabachnick & Fidell, 2001).

Além da análise dos pressupostos mencionados, calcularam-se as correlações de Pearson (Tabela 10) com o intuito de identificar padrões de interação entre as variáveis. Correlações significativas com índice moderado em relação à força de correlação (Dancey & Reidy, 2006) foram encontradas entre estresse e conflito de tarefa ($r=0,54$; $p<0,01$), indicando que quanto maior a percepção do tipo de conflito de tarefa, maior a percepção de estresse ocupacional, e entre conflito de tarefa e conflito de relacionamento ($r=0,72$; $p<0,01$), indicando que quanto maior a percepção de conflito de tarefa maior a percepção de conflito de

relacionamento. As demais correlações demonstraram índices considerados baixos ($r < 0,50$, de acordo com Dancey & Reidy, 2006), mas significantes e positivos entre as variáveis: estresse e poder legítimo ($r = 0,21$; $p < 0,05$), estresse e poder de perícia ($r = 0,18$; $p < 0,05$), estresse e poder de coerção ($r = 0,28$; $p < 0,05$), estresse e poder de recompensa ($r = 0,19$; $p < 0,05$), estresse e conflito de relacionamento ($r = 0,49$; $p < 0,01$). Tais resultados demonstram que quanto maior a percepção de estresse maior a percepção de todas estas variáveis. O mesmo tipo de relação foi observado entre poder legítimo e poder de perícia ($r = 0,30$; $p < 0,01$) e entre poder legítimo e poder de recompensa ($r = 0,36$; $p < 0,01$), ou seja quanto maior a percepção de poder legítimo maiores as percepções de poder de perícia e poder de recompensa. A correlação entre poder de perícia e poder de recompensa também foi significativa e positiva ($r = 0,39$; $p < 0,01$), indicando que quanto maior a percepção de um maior a percepção do outro.

Tabela 10 – Correlações de Pearson entre as variáveis do modelo.

	Estresse	P. Legítimo	P. Perícia	P. Coerção	P. Recompensa	C. Relacionamento
P. Legítimo	0,21*					
P. Perícia	0,18*	0,30**				
P. Coerção	0,28*	0,09	-0,15			
P. Recompensa	0,19*	0,36**	0,39**	-0,13		
C. Relacionamento	0,49**	0,05	0,13	0,13	0,02	
C. Tarefa	0,54**	0,11	0,16	0,09	0,12	0,72**

* significativa ao nível de 0,05 (bi-caudal)

** significativa ao nível de 0,01 (bi-caudal)

Os maiores valores de correlação entre antecedentes e variável consequente foram entre conflitos e estresse, o que levanta a expectativa de que as regressões revelem relação de predição entre elas.

13.4 RESULTADOS DESCRITIVOS

Nessa seção, são apresentados os resultados descritivos das respostas dos participantes (Tabela 11). A descrição dos resultados será iniciada a partir da variável percepção de bases de poder dos médicos. Pode-se afirmar que os Auxiliares e Técnicos de enfermagem da amostra percebem que os médicos de sua equipe possuem o direito legítimo de prescrever-lhes comportamentos porque o poder legítimo foi o que apresentou maior média (3,8), próximo do ponto médio da escala de respostas (concordo em partes). Em oposição, o poder de coerção foi o que apresentou menor média (2,0), que significa ‘discordo em parte’, indicando que esses profissionais não percebem no médico a capacidade de lhes aplicar punições.

Os tipos de poder de recompensa e de perícia apresentaram uma média próxima entre si (2,3 e 2,5 respectivamente), estando mais próximos do ‘discordo em parte’, indicando que os participantes também não percebem no médico a capacidade de lhes oferecer benefícios ou de possuírem o conhecimento específico para os fazerem desempenhar a tarefa. No entanto, é importante notar que todos possuíram um desvio padrão acima de 1 (Tabela 11), apontando uma grande oscilação na percepção dos participantes em relação a todos os tipos de poder utilizados pelo médico no contato com esses profissionais.

Tabela 11 – Pontos máximos e mínimos, média e desvios-padrão das respostas às escalas de estresse, bases de poder e conflitos.

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Ponto Médio da Escala	DP
Bases de Poder do Médico					
Recompensa	1	5	2,3	3,0	1,2
Coerção	1	5	2,0	3,0	1,3
Legítimo	1	5	3,8	3,0	1,1
Perícia	1	4,8	2,5	3,0	1,0
Conflitos Intragrupais					
Relacionamento	1	4	2,4	2,5	0,7
Tarefa	1	4	2,5	2,5	0,7
Estresse Ocupacional	1	4,6	2,4	3,0	1,0

Em relação aos tipos de Conflito Intragrupal, as médias (2,4 para conflitos de relacionamento e 2,5 para conflitos de tarefa) indicam que Auxiliares e Técnicos percebem que existe conflito dentro das equipes de trabalho e que esses estão numa gradação média (Tabela 11).

Já em relação ao estresse, a média (2,4) está mais próxima do ponto 2 da escala de respostas ('discordo em parte'), indicando que na média, os profissionais percebem-se com nível mínimo de estresse ocupacional (Tabela 11). No entanto, o desvio padrão (dp=1) demonstra uma ampla oscilação, indicando que há na amostra, profissionais com baixo nível de estresse e outros que relatam alto nível de estresse (Tabela 12). A observação da Tabela 12 revela que 24% dos participantes podem ser considerados não estressados, 34% um pouco estressados (nível mínimo) e 28% percebem-se com estresse em nível médio, enquanto 12% percebem-se com nível alto de estresse. Apenas 2% relatam sentir-se extremamente estressados.

Tabela 12- Percentagem das respostas dos participantes por categoria de resposta de estresse.

Ponto da escala	% respostas dos participantes
1	24
2	34
3	28
4	12
5	2

13.5 RESULTADOS DAS ANÁLISES DE REGRESSÃO

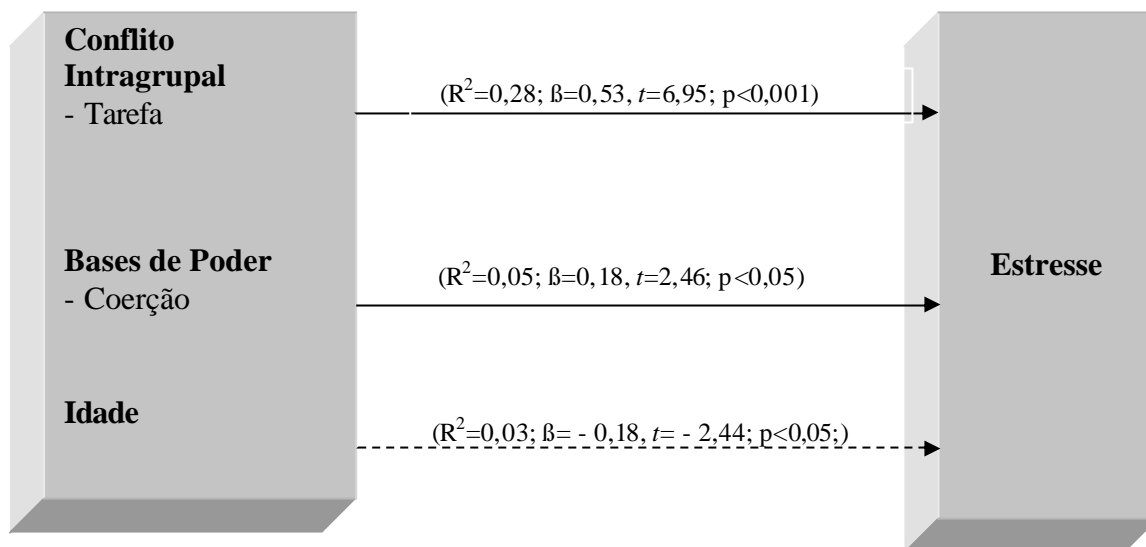
A análise de regressão linear padrão foram utilizadas para testar o modelo hipotético de que percepção de conflitos intragrupais e de exercício de bases de poder pelo médico predizem estresse em auxiliares e técnicos de enfermagem, verificando a direção destas relações, conforme modelo apresentado na Figura 1.

Para os cálculos das análises de regressão, além das variáveis antecedentes apontadas, foram incluídas as variáveis horas semanais de trabalho e idade. A primeira foi incluída em razão de indicações da literatura, que apontam que a sobrecarga de trabalho é um potencial estressor (Ballone, 2004; Maslach & Leiter, 1999; Paschoal & Tamayo, 2004). A segunda variável foi incluída na análise devido à percepção, por parte da pesquisadora, durante o lançamento dos dados no SPSS, de que parecia haver uma relação entre idade e menor estresse.

O modelo hipotético proposto, incluindo as duas variáveis demográficas, foi significativo e explicou 42% da variância de estresse ($F_{\text{modificado}} = 10,42$; $p < 0,01$); quatro variáveis contribuíram significativamente para esta explicação: conflito de tarefa, poder de coerção, conflito de relacionamento e idade, conjuntamente responsáveis por 14% da variância explicada.

Diante desses resultados, optou-se por testar o modelo utilizando regressão stepwise. O melhor modelo identificado reteve conflito de tarefa, base de coerção e idade e explicou 36% do estresse ocupacional ($F=22,66$; $p<0,001$). Conflito de tarefa teve o maior peso de explicação ($R^2=0,28$, $F=48,28$; $p<0,001$). Base de coerção explicou 5% ($R^2=0,05$; $B=0,18$; $t=2,46$; $p<0,05$) e idade explicou 3% ($R^2=0,03$; $B=-0,18$; $t=-2,44$; $p<0,05$) (ver Figura 2). Como se esperava, idade foi preditor indireto de estresse, ou seja, a juventude prediz maiores níveis de estresse ocupacional. Horas de trabalho não foi preditora significativa de estresse ocupacional.

Figura 2 – Modelo identificado neste estudo.



Os resultados não demonstraram as relações inversas hipotetizadas. Com exceção de idade, todos os resultados indicaram uma relação direta entre as variáveis antecedentes e a variável estresse. Esses resultados serão discutidos de modo mais pormenorizado na próxima sessão.

13.6 RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

Inicialmente a análise foi feita considerando separadamente os blocos de perguntas, buscando identificar temas que sugiram para Sentimento em relação ao Trabalho, Estresse, Relação com Equipe de Trabalho e Relação entre Médico e Profissionais de Enfermagem. A pergunta ‘Você se sente estressado?’ foi necessária, porque esse conteúdo não aparecia de outro modo. Optou-se por não perguntar diretamente sobre Conflito Intragrupal e Bases de Poder do Médico para não influenciar as respostas. Após a análise de todas as entrevistas, as categorias foram divididas do seguinte modo: Sentimento em Relação ao Trabalho, Sentir-se estressado, Fontes de estresse em relação ao paciente e familiares, Fontes de estresse em

relação à equipe de trabalho, Fontes de estresse em relação ao médico, Fontes de estresse em relação ao trabalho, Fontes de alívio de estresse em relação ao paciente e familiares, Fontes de alívio de estresse em relação à equipe de trabalho, Fontes de alívio de estresse em relação ao médico.

Considerando essa divisão em categorias, os temas finais da análise das entrevistas foram classificados a partir de sua frequência geral. Como foram feitas apenas quatro entrevistas, alguns temas apresentaram baixa frequência. A unanimidade só foi identificada em três temas. As categorias sobre Fontes de alívio de estresse em relação a paciente e familiares e Fontes de estresse em relação ao trabalho só apareceram em uma entrevista. A apresentação dos temas e suas frequências serão feitas por categorias, a seguir.

O tema que apresentou unanimidade entre os entrevistados e maior frequência para a categoria Sentimento em Relação ao Trabalho foi ‘Sentir-se bem’. Outros dois temas que apresentaram frequências próximas a ela foram ‘Gosta da profissão’ e ‘Gosta do setor que trabalha’ (Tabela 13).

Tabela 13 – Frequência dos temas para Sentimento em Relação ao Trabalho.

Temas	Frequência geral do conteúdo	Frequência de entrevistas nas quais o conteúdo aparece
Como se sente em relação ao trabalho		
Sentir-se bem	5	3
Envolvimento com o trabalho	3	1
Gosta da profissão	3	3
Gosta do setor que trabalha	3	2
Amor pelo trabalho	2	1
Dedicação Integral	2	1
Fazer a diferença	2	1
Profissão que escolheu	1	1

Na categoria ‘Você se sente estressado?’, os temas mais frequentes foram de ‘Não se sente estressado’, entre três dos entrevistados. O outro afirmou que ‘Em algumas situações’.

Não foi possível cruzar esses dados com as respostas dos referidos participantes à Escala de Estresse no Trabalho (EET), porque foi garantido, durante a realização da primeira fase, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que suas respostas não seriam identificadas.

Os temas que apresentaram maior frequência na categoria Fontes de estresse em relação à equipe de trabalho foram ‘Ter que fazer trabalho de colegas’, ‘Falta de profissionalismo’ e ‘Atrasos no trabalho’, seguido de ‘Ritmo mais lento de trabalho, que gera sobrecarga’. Apesar de terem apresentado maior frequência, esses temas apareceram em apenas uma entrevista. Já os temas ‘Problemas de relacionamento na equipe’ e ‘Diferenças entre profissionais’ apresentaram uma frequência menor, no entanto, dois dos entrevistados mencionaram tais temas (Tabela 14).

Tabela 14 – Frequência dos Temas para Categoria Fontes de estresse em relação à equipe de trabalho.

Temas	Frequência geral do conteúdo	Frequência de entrevistas nas quais o conteúdo aparece
Fontes de estresse em relação à equipe de trabalho		
Atrasos no trabalho	5	1
Ter que fazer trabalho de colegas	4	1
Falta de profissionalismo	4	1
Ritmo mais lento de trabalho, gera sobrecarga	3	1
Falta de conhecimento do profissional	2	1
Diferenças entre profissionais	2	2
Problemas relacionamento na equipe	2	2
Mau exemplo de colegas	1	1
Colegas que levam problemas de casa para trabalho	1	1
Falta de união	1	1
Desorganização	1	1
Falta de firmeza da chefia	1	1
Mudanças de escala	1	1

Para Fontes de estresse em relação ao médico, o tema ‘Negligência em relação ao paciente’ apresentou maior frequência, acompanhada de ‘Recusa de colaboração dos

médicos’, ‘Controle sobre equipe’, ‘Médico tem o poder de determinar o que quer’ (Tabela 15). Esses temas têm em comum a percepção dos entrevistados de que o médico possui uma autoridade, um controle sobre os demais profissionais e pacientes e que o uso dessa de modo controlador ou negligente é considerado uma fonte de estresse. Outro tema que merece ser comentado, apesar de ter uma frequência um pouco mais baixa dos que aquelas, mas que foi mencionado por dois dos entrevistados é a ‘Hierarquia entre profissionais’, também considerada uma fonte de estresse na relação com os médicos. Sobre as frequências nas entrevistas, é importante mencionar que um dos entrevistados não mencionou nenhum tema que pudesse ser enquadrado nesse bloco.

Tabela 15 – Frequência dos temas para categoria Fontes de estresse em relação ao médico.

Temas	Frequência geral do conteúdo	Frequência de entrevistas nas quais o conteúdo aparece
Fontes de estresse em relação ao médico		
Negligência em relação ao paciente	5	2
Recusa de colaboração dos médicos	4	2
Controle sobre equipe	4	1
Médico tem o poder de determinar o que quer	4	1
Recusa em compartilhar informações sobre paciente	3	1
Hierarquia entre profissionais	3	2
Medo de críticas	1	1
Medo de punição	1	1
Modo tenso ao lidar com emergência	1	1
Desqualificação do conhecimento do técnico	1	1

Os temas para Fontes de alívio de estresse em relação à equipe de trabalho foram os que apresentaram maior frequência. O tema ‘União’ entre os membros da equipe de trabalho foi uma das que apresentou maior frequência entre os temas identificados e também foi unânime entre os entrevistados. Os temas ‘Bom relacionamento’, ‘Apoio’ entre os membros da equipe e ‘Conversa’ também apresentaram frequências comparativamente maiores (Tabela 16).

Tabela 16 – Frequência dos temas para categoria Fontes de alívio de estresse em relação à equipe de trabalho.

Temas	Frequência geral do conteúdo	Frequência de entrevistas nas quais o conteúdo aparece
Fontes de alívio de estresse em relação à equipe de trabalho		
União	10	4
Apoio	6	3
Bom relacionamento	6	2
Conversa	5	2
Colaboração	3	2
Mudanças de escala	2	1
Troca de informações	1	1
Decisão em equipe	1	1

Para Fontes de alívio de estresse em relação ao médico, o tema ‘Contato amigável’ foi uma das que apresentou maior frequência e também unanimidade entre os entrevistados. Acompanhado dos temas ‘Confiança na equipe de técnicos’ e ‘Troca de informações’, que também tiveram alta frequência. Os temas ‘Orientação’, ‘Não tratar com indiferença’, ‘Respeito’, ‘Liberdade para tratar direto com o médico’ e ‘Maior autonomia’, apesar de terem tido frequências menores, foram mencionados por pelo menos dois dos entrevistados e, de certo modo, se contrapõem às categorias para Fontes de estresse em relação ao médico (Tabela 17).

Um dos entrevistados mencionou temas que foram incluídos na categoria Fontes de estresse em relação ao trabalho. Os temas foram ‘Acúmulo de trabalho’, ‘Falta de recursos’ e ‘Falta de suporte da organização’, sendo que todos tiveram frequência de 1.

Tabela 17 – Frequência dos temas para Fontes de alívio de estresse em relação ao médico.

Temas	Frequência geral do conteúdo	Frequência de entrevistas nas quais o conteúdo aparece
Fontes de alívio de estresse em relação ao médico		
Contato amigável	10	4
Confiança na equipe de técnicos	8	2
Troca de informações	5	2
Orientação	3	2
Procedimento similar entre diferentes médicos da equipe	3	1
Não tratar com indiferença	3	2
Conhecer o jeito do médico	2	1
Médico voltado para o tratamento do paciente	2	1
Respeito	2	2
Liberdade para tratar direto com o médico	2	2
Maior autonomia	2	2
Fazer como os médicos gostam	1	1
Cada um faz seu trabalho	1	1
Apoio quando precisam	1	1

As entrevistas, por terem sido semi-estruturadas e terem dado espaço para que os entrevistados apontassem os conteúdos que quisessem sobre o estresse sentido no trabalho, identificaram temas que foram relacionados à categoria Fontes de estresse em relação ao paciente e familiares. Nesse bloco, os temas que apresentaram maior frequência foram ‘Lidar com o medo do paciente em relação à doença e à morte’ e ‘Desgaste emocional da família em relação à doença’, sendo que ambos foram encontrados em duas das entrevistas (Tabela 18).

Tabela 18 – Frequência dos temas para categoria Fontes de estresse em relação ao paciente e familiares.

Temas	Frequência geral do conteúdo	Frequência de entrevistas nas quais o conteúdo aparece
Fontes de estresse em relação ao paciente e familiares		
Desgaste emocional da família em relação à doença	5	2
Medo do paciente em relação à doença e morte	4	2
Vínculo gera desgaste emocional	3	2
Seus pacientes serem discriminados por outros técnicos	3	1
Ficar em casa pensando no problema do paciente	2	1
Sobrecarga emocional	2	1
Morte de paciente que quer muito viver	2	1
Agonia do paciente	2	1
Patologia do paciente	1	1
Alta rotatividade, gera cansaço físico	1	1
Ter que justificar comportamento negativo de outros técnicos	1	1
Desgaste emocional do paciente	1	1

Um dos entrevistados mencionou temas que foram agrupados na categoria Fontes de alívio de estresse em relação ao paciente e familiares. Os temas dessa categoria foram ‘Sentir-se necessário’ ($f=1$), ‘Fazer o máximo pelo paciente’ ($f=4$), ‘Confortar familiares que se envolvem com o paciente’ ($f=1$).

14 DISCUSSÃO

Pereira e Bueno (1997), pesquisando a representação do ambiente de trabalho para equipes de enfermagem de UTI, identificaram que auxiliares e técnicos de enfermagem gostam do seu trabalho, apesar de reconhecê-lo como desgastante. Na amostra entrevistada, chegou-se a mesma conclusão: todos afirmaram que se estão satisfeitos em relação ao trabalho e, ainda assim, 76% revelaram algum nível de estresse. Este estudo identificou algumas dessas fontes estressoras, conforme será discutido com mais detalhes a seguir.

A literatura aponta que um potencial estressor nas atividades laborais seja a percepção de conflito intragrupal pelos integrantes do grupo. Wheeler (1998, citado por Stacciarini e Tróccoli, 2000) afirma que problemas nas relações interpessoais são uma das fontes de estresse com maior peso. Pereira e Bueno (1997) também identificaram como fatores estressantes os problemas de relacionamento e comunicação entre os membros da equipe de enfermagem. Hiro et al. (2007), em sua pesquisa, identificaram que conflito intragrupal está relacionado com altos níveis de estresse e ingestão de álcool entre trabalhadores japoneses. Cox (2003) também obteve resultados semelhantes e afirma que o conflito intragrupal está associado tanto ao estresse quanto à baixa efetividade no desempenho do grupo. Em pesquisas brasileiras, as relações interpessoais conflitantes entre os membros da equipe de trabalho estão entre as principais fontes estressoras nos profissionais de enfermagem (Coronetti et al., 2006; Coutrin, Feua & Guimarães, 2003; Venâncio, 2000). Assim, os dados obtidos neste estudo corroboram aos achados da literatura, ou seja, conflito intragrupal tem poder preditivo sobre estresse ocupacional.

Por outro lado, hipotetizou-se que o conflito de relacionamento, em detrimento ao conflito de tarefa, tivesse uma relação direta com o estresse. Muitos resultados de estudos empíricos apoiaram a construção dessa hipótese. De Dreu e Weingart (2003), por exemplo, afirmam que o conflito de relacionamento tem sempre um caráter disfuncional, enquanto o

conflito de tarefa pode apresentar, por muitas vezes, um caráter funcional porque promove uma discussão mais cognitiva de aspectos inerentes às tarefas e à consecução do trabalho. Outros estudos apontam que a presença de conflito de relacionamento está associada a aumento dos níveis de estresse e ansiedade nos membros do grupo (Jehn & Mannix, 2001; Staw, Sandelands & Dutton, 1981). Segundo Amason (1996), o conflito de relacionamento gera nos indivíduos do grupo tensão, irritação, ansiedade e raiva.

No entanto, ao contrário do que foi hipotetizado, a relação entre a percepção de conflito de relacionamento e estresse não foi encontrada no presente estudo. Para os participantes desta pesquisa, apenas conflito de tarefa revelou participação na explicação do estresse, contrariando, por exemplo, De Dreu e Weingart (2003) que defendem o caráter construtivo deste tipo de conflito. Esta aparente contradição, em que conflito de tarefa, em oposição ao conflito de relacionamento, tem relação com o estresse, pode ser explicada, segundo os próprios De Dreu e Weingart (2003), pela intensidade do conflito de tarefa. Para eles, se o conflito de tarefa é muito intenso, produz efeitos negativos semelhantes ao conflito de relacionamento, podendo gerar sobrecarga cognitiva e sofrimento entre os membros do grupo. Por outro lado, alguns autores (Amason, 1996; Cosier et al., 1991) apontam que o conflito de tarefa pode se transformar em conflito de relacionamento. Já outros autores (Simons & Peterson, 2000) chegaram a identificar alta correlação entre ambos, o que revela pouca discriminação entre os conceitos. Assim, o indivíduo perceberia a existência de conflito intragrupal, não discriminando seu tipo. Esta poderia ser uma explicação para os achados deste estudo, uma vez que se obteve uma alta correlação entre os dois tipos de conflito ($r = 0,72, p < 0,01$).

A identificação do conflito de tarefa como fonte estressora foi apontada pelos entrevistados. As categorias ‘Ter que fazer trabalho de colegas’, ‘Falta de profissionalismo’, ‘Atrasos no trabalho’ e ‘Ritmo mais lento de trabalho, que gera sobrecarga’ podem ser

classificadas como conflitos de tarefas. No entanto, conforme algumas falas dos entrevistados, esses conflitos também são percebidos com uma carga emocional:

“Você vê que o colega vai chegar atrasado e aí você fica chateado. É o paciente em primeiro lugar, aí a gente atende o paciente. Mas a gente sempre vendo aquilo ali, já começa o estresse, ver um negócio desses. No meu caso eu falo, mas muitos colegas já ficam com raiva. Aí é o paciente que paga o pato, porque deixam de fazer esperando o colega fazer.” (Entrevistado 1).

“Ela tem um ritmo tranquilo, o que tem sobrecarregado demais os outros. E isso tem gerado muita insatisfação na equipe.” (Entrevistado 2).

Em contrapartida, os entrevistados foram unânimes em apontar a ‘União’, o ‘Apoio’ e ‘Bom relacionamento’ entre os membros do grupo de trabalho como fontes de alívio de estresse em relação à equipe de trabalho. Esses conteúdos parecem estar relacionados com o conceito de suporte social¹ (Siqueira, 2008), particularmente de suporte social no trabalho² (Gomide Jr, Guimarães & Damásio, 2008) indicando claramente a importância de relacionamentos interpessoais satisfatórios para o alívio desse estresse.

Outro resultado importante encontrado foi a relação inversa entre idade dos trabalhadores e níveis de estresse, tendo aquela poder preditivo sobre este. Na literatura pesquisada, dois estudos realizados entre profissionais da enfermagem obtiveram os mesmos resultados. Sheridan e Vredenburg (1978), ao investigarem o impacto do comportamento da liderança e do uso de bases de poder social sobre a performance, o estresse e a intenção de saída da instituição de profissionais de enfermagem, identificaram que profissionais mais jovens sentiam maior nível de estresse no trabalho. Shen et al. (2005), ao estudarem o estresse

¹ Suporte social - conceito multidimensional, definido como um processo interativo, no qual as pessoas têm acesso aos recursos materiais e psicológicos que necessitam, através de suas redes sociais (Siqueira, 2008).

² Suporte social no trabalho - definido como a percepção do empregado de que a organização empregadora lhe oferece suporte social dos tipos emocional, instrumental e informacional. (Gomide Jr, Guimarães & Damásio, 2008).

ocupacional entre profissionais de enfermagem de instituições psiquiátricas de Taiwan, obtiveram que os enfermeiros mais jovens, com idade inferior a 30 anos foram os que apresentaram maior nível de estresse. Os autores não apresentam explicação para os resultados obtidos. No entanto, pela própria literatura pesquisada, faz-se uma sugestão de explicação, que deve ser investigada em futuros estudos. Folkman (1984) afirma que, para ser percebida como estressora, a situação depende da avaliação cognitiva e da capacidade de enfrentamento do indivíduo. A. Dela Coleta e M. Dela Coleta (2008) afirmam que essa capacidade de enfrentamento está relacionada com os esforços feitos pelo indivíduo para controlar as exigências e conflitos estressores. Assim, acredita-se que possa haver alguma relação entre maturidade e melhores esforços e estratégias de enfrentamento e, portanto, menos níveis de estresse. Esta é uma hipótese explicativa porque este estudo não investigou estratégias de enfrentamento, mas uma possibilidade que deve ser investigada em futuras pesquisas.

Em relação às bases de poder exercidas pelo médico e sua relação com o estresse de técnicos e auxiliares de enfermagem, o poder de coerção apresentou capacidade de predição significativa de estresse entre os profissionais pesquisados. Os resultados do estudo aqui relatado corroboram achados da literatura pesquisada, apesar de ter-se localizado pequeno número de estudos que se voltaram para a investigação da relação entre essas duas variáveis. Sheridan e Vredenburgh (1978), ao estudarem equipes de enfermagem, identificaram uma relação direta entre poder de coerção, estresse e intenção de turnover entre enfermeiros. Eles apontam também que os poderes do tipo recompensa e perícia têm relação inversa com o estresse no trabalho. Esta relação não foi encontrada neste estudo, no qual somente o poder de coerção apresentou capacidade de predição significativa para estresse, dentre os participantes.

Outro fator identificado no presente estudo e que merece atenção é a maior percepção, por parte dos técnicos e auxiliares participantes, de exercício do poder legítimo por parte dos

médicos. Farias e Vaitsman (2002) afirmam que o médico possui um tipo de conhecimento específico que lhe garante legitimidade de exercer controle. Entretanto, como os autores não investigaram especificamente bases de poder, atribuem ao conhecimento a denominação de legitimidade, quando na verdade, French e Raven (1959) definem o domínio do conhecimento como poder de perícia, e poder legítimo como aquele decorrente da ocupação de cargo ou função existentes na estrutura da organização. Em decorrência da definição de French e Raven, Farias e Vaitsman, referem-se a poder de perícia e não legítimo. Mas estes autores, apontam que o domínio do conhecimento amplia-se a tal ponto no ambiente hospitalar que chega a se configurar como um poder formal na estrutura, equivalente ao que French e Raven denominaram de poder legítimo. Neste sentido, os resultados deste estudo corroboram o apontamento de Farias e Vaitsman, porque revelou que a base de poder percebida pelos participantes como a mais utilizada pelo médico foi aquela decorrente de sua legítima posição na organização.

Nos resultados qualitativos, não foi possível enquadrar as categorias encontradas para fontes de estresse em relação ao médico quanto aos tipos de bases de poder. Mas elas demonstram claramente que os entrevistados vêem como fontes estressoras as situações nas quais o médico não exerce corretamente o seu papel de cuidar do paciente ou de auxiliar a equipe, ou quando ele exerce um papel controlador, impositivo e de excessivo rigor hierárquico. Em contrapartida, os entrevistados percebem que relacionamento amigável com os médicos, apoiados em demonstração de confiança e respeito pela equipe e em concessão de maior autonomia, são fontes de alívio de estresse.

A literatura aponta que ainda há divergências em relação às possíveis causas do estresse ocupacional (Stacciarini & Tróccoli, 2002). Isto foi identificado nas entrevistas, as quais, apesar de certa estruturação imposta visando abarcar mais os conteúdos investigados nessa pesquisa, permitiram aos entrevistados mencionarem outras fontes estressoras no

trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, referentes à relação com os pacientes/familiares e com o próprio trabalho e com a estrutura organizacional, considerados fontes estressoras pela literatura (Belancieri & Bianchi, 2004; Lima Júnior & Ésther, 2001; Mangolin et al., 2003). De qualquer modo, o presente estudo pode trazer algumas contribuições para o conhecimento sobre estresse ocupacional de profissionais de enfermagem, que serão apresentados de modo conclusivo na próxima seção.

15 CONCLUSÃO

O modelo hipotético proposto, que envolvia percepção de conflito intragrupal, e de bases de poder do médico como preditores de estresse ocupacional em técnicos e auxiliares de enfermagem, foi parcialmente confirmado pelos resultados encontrados, com exceção da relação inversa proposta. As entrevistas realizadas apresentaram conformidade com os resultados quantitativos e vieram somar em termos de conteúdos para o estudo.

Em conformidade com a literatura científica pesquisada, encontrou-se que, para essa amostra, a percepção de conflito intragrupal é um preditor de estresse ocupacional para profissionais de enfermagem. No entanto, ao contrário do que foi hipotetizado, identificou-se apenas a participação de conflito de tarefa como antecedente de estresse, sendo que o conflito de relacionamento não teve relação significativa com estresse. Como se demonstrou na discussão, pesquisas anteriores dão suporte a este achado, confirmando uma alta correlação entre conflito de relacionamento e de tarefa, parecendo indicar que este possa ser também percebido como um conflito de relacionamento.

Os resultados também indicaram uma relação inversa entre idade dos trabalhadores e níveis de estresse, o que também encontra suporte na literatura, apesar dessa não indicar conclusivamente caminhos explicativos para tal achado. Concluiu-se também que, para estes participantes, a base de coerção exercida pelos médicos prediz estresse em profissionais de enfermagem, embora a base percebida como a mais utilizada pelos médicos tenha sido a de poder legítimo. Ambas as conclusões corroboraram achados da literatura.

Pelas conclusões expostas, o presente estudo atingiu seus objetivos iniciais. Foram identificados, dentre os participantes, os níveis de estresse e estes foram comparados com as percepções de conflito na equipe de trabalho e de bases de poder exercidas pelo médico e, finalmente, foram identificadas relações de predição entre estes e o estresse sentido pelos profissionais de enfermagem, chegando a um modelo de relação entre os fatores.

Ainda assim, o presente estudo merece críticas em termos metodológicos. A primeira delas diz respeito à amostra. O estudo foi realizado com profissionais de uma única organização hospitalar, constituindo-se assim, um estudo de caso. Embora tenha sido esta a proposta inicial, é necessário considerar que as conclusões obtidas aplicam-se exclusivamente a essa instituição, não possibilitando generalizações nem mesmo para outros hospitais da cidade.

Outro fator que merece críticas diz respeito à quantidade de sujeitos entrevistados na segunda etapa do estudo. Apesar do método qualitativo não exigir quantificações das ocorrências e não determinar o número mínimo de participantes de entrevistas (Turato, 2005), acredita-se que no presente estudo, uma maior quantidade de entrevistados poderia contribuir com informações que aprofundariam ainda mais os resultados obtidos. Sendo assim, os resultados das entrevistas não foram significativos, mas ilustrativos. Além disso, o fato de não ter sido possível identificar as respostas quantitativas dos entrevistados também merece crítica. Isso se deveu a questões éticas na pesquisa, uma vez que foi garantido aos participantes, na primeira fase, o anonimato das respostas.

Apesar dessas questões, a contribuição deste estudo é inegável para os conhecimentos sobre o estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. Espera-se que esses achados possam contribuir tanto para futuras pesquisas quanto para a administração do estresse ocupacional em instituições hospitalares, buscando amenizar e, quem sabe, desenvolver estratégias para evitar o sofrimento desses profissionais.

Ainda assim, o assunto não foi amplamente abarcado por limitação de tempo; sugere-se, portanto, a realização de novos estudos. Sugere-se que a relação inversa entre idade do profissional e estresse ocupacional seja mais bem investigada, buscando variáveis que possam explicá-la. Sugere-se ainda investigar as bases de poder exercidas pelo médico, como elas podem estar associadas a estresse ou mesmo alívio de estresse da equipe de enfermagem.

Como o impasse em relação a conflito de tarefa e estresse permanece, cabem mais investigações sobre o assunto, inclusive que busquem investigar também a relação conflito de tarefa e conflito de relacionamento. Por fim, sugere-se a aplicação do mesmo estudo em outras instituições, inclusive em hospitais particulares, buscando explorar melhor o tema.

REFERÊNCIAS

- Agostini, R. (2005). *O Conflito como fenômeno organizacional: identificação e abordagem na equipe de enfermagem de um hospital público*. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Amason, A.C. (1996). Distinguishing the effects of function and dysfunction conflict on strategic decision making: resolving a paradox for top management teams. *Academy of Management Journal*, 39, 123-149.
- Ambur, O. (2000). *Reconsidering the Higher-Order Legitimacy of French and Raven's Bases of Social Power in the Information Age*. University of Maryland University College.
- Azevedo, L. P. S. (2006) *Comprometimento e Bases de Poder como preditores de impacto de treinamento no trabalho em Contact Center*. Uberlândia. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Universidade Federal de Uberlândia.
- Baker, D. & Karasek, R. A. (2000). Estresse. Em: Levy, B. S. & Wegman, D. H. (eds.) *Occupational health: recognizing and preventing work-related disease and injury*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ballone, G. J. Estresse (1999). Em: *PsiquWeb Psiquiatria Geral*. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html>. Acessado em 26 de Junho de 2006.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batista, K. M. & Bianchi, E. R. F. (jul./ago., 2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 534-539.
- Belancieri, M. F. & Bianco, M. H. B. C. (jan./mar., 2004). Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. *Texto e contexto de enfermagem*, 13(1), 124-131.
- Benevides, M.J.S. (2004). Os impactos de novas formas de organização social do trabalho sobre trabalhadores. *Anais do I Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho*, Salvador. Disponível em: <<http://www.sbpot.org.br/site/congresso>>. Acessado em: 28 de Julho de 2006.
- Berscheid, E. (1994). Interpersonal Relationships. *Annual Review of Psychology*, 45: 79-129.
- Blumstein, P. & Kollock, P. (1988). Personal Relationships. *Annual Review of Sociology*, 14, 467-490.
- Bielous, G. (1995). Seven power bases and how to effectively use them. *Supervision*, 56(10), 14-17.
- Bowditch, J. L. & Buono, A. F. (1999). *Elementos de Comportamento Organizacional*. São Paulo: Pioneira Editora.
- Bruins, J. (1999). Social Power and influence tactics: a theoretical introduction. *Journal of social issues*, 55(1), 7-14.
- Carlotto, M.S. (2004) Síndrome de burnout e características de cargos em professores universitários. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 4(2), 145-163.
- Cecílio, L. C. O. & Moreira, M. E. (2002). Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama de poder nas organizações de saúde. *Revista de Administração Pública*, 36(4), 587-608.
- Codo, W., Soratto, L. & Vasques-Menezes, I. (2004). Saúde mental e trabalho. Em: A. V. B. Bastos, J. E. Borges-Andrade, J. C. ZANELLI (Orgs.). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: ARTMED.
- Coelho, C. L. M. (2004). Clima organizacional e estresse numa empresa de comércio varejista. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 4(1), 11-36.

- Contel, J. O. B., Sponholz Júnior, A. & Tápia, L. E. R. (1999). Long term psychiatric liaison support group for high-estresse facility: the Ribeirão Preto's bone marrow transplant team case. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(3), 121-125.
- Cooper, C. L.; Sloan, S. & Williams, J. (1988). *Occupational estresse indicator, test sources of pressure in job*. England: Windsor.
- Coronetti, A.; Nascimento, E. R. P.; Barra, D. C. C. & Martins, J. J. (out./dez., 2006). O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *Arquivo Catarinense de Medicina*, 35(4), 36-43.
- Cosier, R.A., Dalton, D.R. & Taylor, L.A. (1991). Positive effects of cognitive conflict and employee voice. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 4(1), 07-11.
- Coutrin, R.M.G. e S; Freua, P.R. & Guimarães, C.M. (out./dez., 2003). Estresse em enfermagem: uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. *Texto e contexto em enfermagem*, 12(4): 486-494.
- Cox, K.B. (2003). The effects of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 153-163.
- Dancey, C.P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- De Dreu, C. K. W. & Weingart, L. R. (2003). Task versus relationship conflict, team performance and team member satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 741-749.
- DeChurch, L. A. & Hamilton, K. L. (2007). Effects of conflict management strategies on perceptions of intragroup conflict. *Group Dynamics: theory, research and practice*, 11(1), 66-78.
- Dela Coleta, J.A.; Dela Coleta, M.F. & Guimarães, M.R. (2005). As bases do poder social e a conduta do professor universitário em sala de aula. *Educação e Filosofia*, 19(38), 17-42.
- Dela Coleta, A. S. M. & Dela Coleta, M. F. (2008). Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. *PsicoUSF*, 13(1), 59-68.
- Deutsch, M. (2003). Cooperation and conflict: a personal perspective an the history of the social psychology study of conflict resolution. Em: M. A. West, D. Tjosvold & K. G. Smith (Eds.). *International Handbook of Organizational Teamwork and Cooperative Working*: 8-43.
- Dimas, I.D.; Lourenço, P.R. & Miguez, J. (2005). Conflitos e desenvolvimento nos grupos e equipes de trabalho – uma abordagem integrada. *Psicologica*, 33, 7-32.
- Etzione, A. (1976). *Organizações modernas*. São Paulo: Pioneira.
- Farias, L.O. & Vaitsman, J. (set./out., 2002). Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Caderno de Saúde Pública*, 18(5), 1229-1241.
- Fenga, C.; Faranda, M.; Aragona, M.; Micali, E.; Di Nola, C.; Trimarchi, G.; Crimi, B & Cacciola, A. (2007). Burnout and occupational stress in nurses. *Medicina Del Lavoro*, 98(1), 55-63.
- Ferreira, A.B.H. (1986). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Filgueiras, J.C. & Hippert, M.I. (2002). Estresse: possibilidades e limites. Em: M. G. Jacques & W. Codo (Orgs.). *Saúde mental & Trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4): 839-852.
- Fontes, A. P. & Guimarães, L. A. M. (2004). Estratégias de “coping” e estresse ocupacional. Em: L. A. Guimarães & S. Grubits (Orgs.). *Série Saúde Mental e Trabalho*, vol. II. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (1997). *Estresse e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- França, A. C. L. & Rodrigues, A. L. (2002). *Estresse e trabalho: abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- French Jr, J. R. P. & Raven, B. (1959). As bases do poder social. Em: D. R. Cartwright & A. F. Zander (Orgs.). *Dinâmica de grupo – Pesquisa e Teoria II*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Gomide Jr.; Guimarães, L. C. & Damásio, L. F. Q. (2004). Construção e validação de um instrumento de medida de percepção de suporte social no trabalho. *II Seminário GIBEST, do grupo interinstitucional de pesquisa em bem-estar, suporte social e trabalho*. Uberlândia: Brasil.
- Guimarães, V. F. (2007). *Bases de poder do supervisor, conflitos intragrupais e comprometimento organizacional e com a equipe: um estudo exploratório*. Uberlândia. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Universidade Federal de Uberlândia.
- Guimarães, V. F. & Martins, M. C. F. (2008). Bases de poder do supervisor, conflitos intragrupais e comprometimento organizacional e com a equipe. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, América do Sul, 8(2), 54-78.
- Guetzkow & Gyr. (1954). An analysis of conflict in decision – making groups. *Human Relations*, 7, 367-382.
- Hall, R. H. (1984). *Organizações: estrutura e processos*. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil.
- Hardy, C. & Clegg, S. (2001). Alguns ousam chamá-lo de poder. Em: S. Clegg; C. Hardy, & W. Nord. (Orgs.). *Handbook de estudos organizacionais*. São Paulo: Atlas.
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Hinkin, T. R. & Schriesheim, C. A. (1989). Development and application of new scales to measure de French and Raven (1959) bases of power. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 561-567.
- Hiro, H.; Kawakami, N.; Tanaka, K. & Nakamura, K. (2007). Association between job stressors and heavy drinking. *Industrial Health*, 45, 415-425.
- Houaiss, A. (2001). *Dicionário eletrônico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva.
- Jehn, K. A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 256-282.
- Jehn, K. A. & Chatman, J. A. (2000). The influence of proportional and perceptual conflict composition on team performance. *International Journal of Conflict Management*, 11, 56-73.
- Jehn, K. A. & Mannix, E. (2001). The dynamic nature of conflict: A longitudinal study of intragroup and group performance. *Academy of Management Journal*, 44, 238-251.
- Jehn, K. A.; Northcraft, G. B & Neale, M. A (1999). Why differences make a difference: a field study of diversity, conflict and performance in workgroups. *Administrative Science Quarterly*, 44(4), 741-763.
- Jex, S. M. (1998). *Stress and job performance*. Londres: Sage.
- Ladeira, M. B. (jan./jun., 1996). O que é Estresse Ocupacional? *Revista Vertentes*. São João Del-Rey, 7, 123-137.
- Lazarus, R.S. e Folkman, S. (1984). *Estresse, coping and adaptation*. New York: Springer Publications.
- Lima, M. G. (1993). *Assistência prestada pelo enfermeiro em unidades de terapia intensiva: aspectos afetivos e relacionais*. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Lima Júnior, J.H.V. & Esther, A.B. (jul./set., 2001). Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. *Revista de Administração de Empresas*, 41(3), 20-30.

- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do Inventário de Sintomas de Estresse para adultos de Lipp* (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2001). Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6): 347-349.
- Lipp, M. E. N. (2004). *O estresse no Brasil – pesquisas avançadas*. São Paulo: Papyrus.
- Maddi, S.R. (1980). *Personality theories: a comparative analysis*. Homewood, IL: The Dorsey Press.
- Madeira, C. G.; Jorge, A. S.; Kakehashi, S. & Oliveira, I. (1996). Saúde e educação: cursos alternativos para desenvolvimento do pessoal de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem*. São Paulo, 30(2), 217-228.
- Mangolin, E. G. M.; Nunes, N. A.; Zola, T. R. P.; Ferreira, A. P. P. & Andrade, C. B. (2003). Avaliação do nível de estresse emocional na equipe de enfermagem de hospitais de Lins/SP. *Saúde em Revista*, Piracicaba, 5(10), 21-28.
- Marquis, B. L. & Huston, C. J. (1999). *Administração e liderança em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Martins, M. C. F. (2008). Bases de poder organizacional. Em: M. M. M. Siqueira. (Org.). *Medidas do Comportamento Organizacional: Ferramentas de Diagnóstico e Gestão*. Porto Alegre: ARTMED.
- Martins, M. C. F. (2004). Dinâmicas de conflito e poder nas equipes multiprofissionais. *Relatório do trabalho de licença-capacitação referente ao período 01/09/2004 a 29/11/2004*. Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.
- Martins, M. C. F.; Guimarães, V. F. & Oliveira, M. C. (2006) Adaptação e validação fatorial da Escala de Conflitos Intragrupais. *Anais do II Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho – SBPOT*. Brasília, 1, 1-1.
- Marziale, M. H. P. & Rozestraten, R. J. A. (jan., 1995). Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, 3(1), 59-78.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1999). *Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?* Campinas, SP: Papyrus.
- Michaelis (2000). *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos.
- Monte, T. & Carvalho, C.A. (jul./dez., 2005). Poder e Relações de Parceria no Terceiro Setor. *Revista de Ciências da Administração*. Florianópolis, 7(14), 1-26.
- Motta, P. R. (1991). *Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record.
- Moura, J. F. P. & Caldas, N. P. (2003). *Relacionamento: a fronteira entre os auxiliares de enfermagem da Unidade Central de material esterelizado e os das unidades de internação cirúrgicas*. Disponível em: <http://patriciaduque.com.links/enfermagem>. Acessado em: 26 de Julho de 2007.
- Murofuse, N. T.; Abranchs, S. S. & Napoleão, A. A. (abr./2005). Reflexões sobre estresse e *burnout* e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, 13(6), 255-261.
- Natalie, K. (junho/2007). A nova epidemia. Em: *Revista Viver, Mente e Cérebro*. São Paulo: Duetto Editorial, 173, 36-41.
- Ortiz-Prommier, A. (2004). Conflicto de intereses em La relación clínica. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 42(1): 29-36.
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (jan./abr., 2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de psicologia*. Natal, 9(1): 45-52.
- Paz, M.G.T.; Martins, M.C.F. & Neiva, E.R. (2004). O poder nas organizações. Em: A.V.B. Bastos; J. E. Borges-Andrade & J. C. Zanelli. (Orgs.). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: ARTMED.

- Pereira, A.; Freitas, C.; Mendonça, C.; Marçal, F.; Souza, J.; Noronha, J. P.; Lessa, L.; Melo, L.; Gonçalves, R. & Sholl-Franco, A. (2004). Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciências & Cognição*, 1, 34-53.
- Pereira, M. E. R. & Bueno, S. M. V. (out.,1997). Lazer: um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(4), 75-83.
- Peterson (1999). Can you have too much of a good thing? The limits of voice for improving satisfaction with leaders. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 313-324.
- Pitta, M. F. (1990). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Pondy, L. R. (1967). Organizational Conflict: Concepts and Models. *Administrative Science Quarterly*, 12, 296-320.
- Rahim, M. A. (1988). The development of a leader power inventory M. Afzaiur Rahim. *Multivariate Behavioral Research*, 23(4), 491-503.
- Rahim, M. A. (1992). *Managing conflict in organizations*. Westport, CT: Praeger.
- Rahim, M. A.; Antonioni, D.; Krumov, K. & Ilieva, S. (2000). Power, conflict and effectiveness: a cross-cultural study in the United States and Bulgaria. *European Psychologist*, 5(1), 28-33.
- Rangé, B. (Org.). (2001). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Raven, B. H. (1965). Social influence and power. Em: I. D. Steiner & M. Fishbein (Orgs.). *Current studies in Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Raven, B. H. (1993). The bases of power: origins and recent developments. *Journal of Social Issues*, 49(4), 227-251.
- Raven, B. H. (1994). Bases del Poder entre parejas: una perspectiva motivacional. *III Encuentro Venezolano Sobre Motivacion – EVEMO*. Mérida, Venezuela, 406-417.
- Raven, B. H. (1999). Reflections on Interpersonal Influence and Social Power in Experimental Social Psychology. Em: A. Rodrigues & R. V. Levine. *Reflections on 100 years of experimental social psychology*. New York: Basic Books.
- Rees, D. & Cooper, C. L. (1992). Occupational stress in health services workers. *Stress Med*, 8, 79-90.
- Resende, P. C. (2008). *Bem-estar no trabalho: influências das bases de poder do supervisor e dos tipos de conflito*. Uberlândia. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) – Universidade Federal de Uberlândia.
- Ribeiro, M. I. L. C. & Pedrão, L. J. (2001). Relacionamento interpessoal em enfermagem: considerações sobre formação/atuação no nível médio de enfermagem. *Paidéia*, 11(21), 99-102.
- Riviera, F. J. U. (2003). *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Robbins, S. P. (1999). *Comportamento Organizacional*. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Robbins, S. P. & Coulter, M. (1998). *Administração*. São Paulo: Prentice-Hall do Brasil Ltda.
- Rodrigues, A. & Assmar, E.M.L. (2003). Influência social, atribuição de causalidade e julgamentos de responsabilidade e justiça. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 16(1), 191-201.
- Rodrigues, A. & Lloyd, K. L. (1998). Reexamining bases of power from an attributional perspective. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(11), 973-997.
- Rousseau, D. M. (1997). Organization Behavior in the New Organizational Era. *Annual Review of Psychology*, 48, 515-546.
- Santos, J. M.; Oliveira, E. B. & Moreira, A. C. (out./dez., 2006). Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14(4), 580-585.
- Selye, H. (1959). *Estresse: a tensão da vida*. São Paulo: IBRASA.

- Selye, H. (1974). *Estresse without distress*. Filadélfia: Lippincott.
- Shen, H. C.; Cheng, Y.; Tsai, P. J.; Lee, S. S & Guo, Y. L. (2005). Occupational stress in nurses in Psychiatric institutions in Taiwan. *Journal of Occupational Health*, 47, 218-225.
- Sheridan, J. E. & Vredenburgh, D. J. (1978). Usefulness of leadership behavior and social power variables in predicting job tension, performance and turnover of nursing employees. *Journal of Applied Psychology*, 63(1), 89-95.
- Shimizu, H.E & Ciampone, M. H. T. (jul./ago., 2004). As representações de técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe de Unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 623-630.
- Simons, T. & Peterson, R. (2000). Task conflict and relationship conflict in top management teams: the pivotal role of intragroup trust. *Journal of Applied Psychology*, 83, 102-111.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Spindola, T. (nov., 1993). O C.T.I. sob a ótica da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 1(2), 56-67.
- Stacciarini, J. M. R. & Tróccolli, B. T. (2002). Estresse Ocupacional. Em: A. M. Mendes; L. O. Borges & M. C. Ferreira. (Orgs.). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Stacciarini, J. M. R. & Tróccolli, B. T. (2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, 9(2), 17-25.
- Stacciarini, J. M. R. & Tróccolli, B. T. (2000) Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(6), 40-49.
- Staw, B. M. (1984). Organizational Behavior: A Review and Reformulation of the field's outcome variables. *Annual Review of Psychology*, 35, 627-666.
- Staw, B.; Sandelands, L. & Dutton, J. (1981). Threat-rigidity effects in organizational behavior: A multilevel analysis. *Administrative Science Quarterly*, 26(4), 501-524.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. New York: Harper and Row.
- Tanaka, L. H. (2001). *Compreendendo o relacionamento interpessoal no contexto do trabalho: visão dos enfermeiros-chefe de um hospital de ensino*. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Tidd, S. T.; McIntyre, H. H. & Friedman, R. A. (2004). The importance of role ambiguity and trust conflict perception: unpacking the task to relationship conflict linkage. *Internacional Journal of Conflict Management*, 15(4), 364-380.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 39(3), 507-514.
- Venâncio, C. A. (2000). *Qualidade de vida no trabalho X estressores frequentes a que estão sujeitos os profissionais de enfermagem que atuam no serviço de transplante de medula óssea*. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.
- Wagner III, J. A. & Hollenbeck, J. A. (1999). *Comportamento organizacional: criando vantagem competitiva*. São Paulo: Saraiva.

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



INSTITUTO DE PSICOLOGIA

*PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO***ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA APLICADA**

Bloco 2C – Sala 46 – Campus Umuarama – Uberlândia MG – CEP 38400-902 – CP 593 - Fone: (34) 3218-2701

Site www.fapsi.ufu.br - E-mail: pppsi@fapsi.ufu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “IMPACTO DA PERCEPÇÃO DE CONFLITO NO GRUPO E DE BASES DE PODER DO MÉDICO SOBRE O ESTRESSE DE EQUIPE DE ENFERMAGEM”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Daniele Tizo Costa e Maria do Carmo Fernandes Martins. A pesquisadora Daniele Tizo Costa irá apresentar-lhe e discutir com você esse Termo de Consentimento. Caso você aceite o convite de participar da pesquisa, ela irá obter sua assinatura no mesmo .

Nesta pesquisa, busca-se identificar o nível de estresse da equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem e comparar com as suas percepções de conflito na equipe de trabalho e com as bases de poder exercidas pelos médicos, tentando identificar relações de predição entre conflito e bases de poder sobre estresse.

Na sua participação você responderá a questionários elaborados para esta pesquisa que contém algumas questões sobre seus dados pessoais (idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo em que trabalho nessa instituição, turno de trabalho e área em que trabalho), e outro questionário sobre como você percebe as bases de poder exercidas pelo médico, o conflito na sua equipe de trabalho e como está seu nível de estresse no trabalho. Essas informações serão coletadas durante seu horário de trabalho e o tempo que se gasta para respondê-las é de 20 minutos.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e nenhum ganho financeiro por participar na pesquisa.

A pesquisa não envolve nenhum risco. O benefício será a maior compreensão sobre o estresse em equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem e a relação deste com os conflitos em seus grupos de trabalho e com as bases de poder exercidas pelo médico que dirige sua equipe.

Você é livre para parar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Para consentir em participar você, caso concorde, deverá assinar abaixo da frase: “Eu aceito o convite de participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido” escrita ao final deste Termo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a).

Caso você tenha qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com:

Maria do Carmo Fernandes Martins – Endereço: Av. Pará, 1720 – 3218-2701

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – Av. João Naves de Ávila, 2121, bloco “J”, Campus Santa Mônica – Uberlândia, MG CEP: 38408-100. Fone: 3239-4531

Uberlândia, _____ de _____ de 200__.

Daniele Tizo Costa

Maria do Carmo Fernandes Martins

Eu aceito o convite de participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - CURSO DE MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA APLICADA

Bloco 2C – Sala 46 – Campus Umuarama – Uberlândia MG – CEP 38400-902 – CP 593 - Fone: (34) 3218-2701
Site www.fapsi.ufu.br - E-mail: pgpsi@fapsi.ufu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

As pesquisadoras Daniele Tizo Costa e Maria do Carmo Fernandes Martins estão convidando você para participar da segunda fase da pesquisa “IMPACTO DA PERCEPÇÃO DE CONFLITO NO GRUPO E DE BASES DE PODER DO MÉDICO SOBRE O ESTRESSE DE EQUIPE DE ENFERMAGEM”, sob responsabilidade de ambas. A pesquisadora Daniele Tizo Costa irá apresentar-lhe e discutir com você esse Termo de Consentimento. Caso você aceite o convite de participar da pesquisa, ela irá obter sua assinatura no mesmo.

Nesta fase da pesquisa, busca-se conhecer mais detalhadamente o problema do estresse da equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como descrever, na visão dos participantes, os conflitos que eles enfrentam nas suas equipes de trabalho e como os médicos exercem o poder sobre estes profissionais.

Nesta fase, sua participação consistirá em ser entrevistado(a) pela pesquisadora Daniele, respondendo a questões referentes ao seu trabalho, à sua equipe de trabalho e à relação profissional com o médico responsável por sua equipe. Essa entrevista será gravada em fita de áudio e após a transcrição das gravações para a pesquisa elas serão apagadas.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados em relatórios e artigos científicos e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e nenhum ganho financeiro por participar na pesquisa.

A pesquisa não envolve nenhum risco. O benefício será caracterizar o estresse, os conflitos e o poder exercido pelos médicos, na percepção dos auxiliares e técnicos de enfermagem

Você é livre para parar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Para consentir em participar você, caso concorde, deverá assinar abaixo da frase: “Eu aceito o convite de participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido” escrita ao final deste Termo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o(a) senhor(a).

Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com:

Maria do Carmo Fernandes Martins – Endereço: Av. Pará, 1720 – 3218-2701

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia – Av. João Naves de Ávila, 2121, bloco “J”, Campus Santa Mônica – Uberlândia, MG CEP: 38408-100. Fone: 3239-4531

Uberlândia, _____ de _____ de 200_____.

Daniele Tizo Costa

Maria do Carmo Fernandes Martins

Eu aceito o convite de participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO 3

A seguir são apresentadas algumas afirmativas a respeito do seu trabalho, do seu relacionamento com a equipe de trabalho e com o médico responsável. As respostas que você dará possibilitará o desenvolvimento de uma pesquisa de mestrado na área de Psicologia Social e do Trabalho, que está sendo desenvolvida na UFU.

Suas respostas individuais serão confidenciais, tratadas de forma agrupada e em conjunto com outras informações obtidas junto a uma amostra de participantes. A qualidade dos resultados deste trabalho de pesquisa dependerá muito do seu empenho em responder ao questionário que se segue.

**Por favor, não deixe questões sem resposta.
Para responder, pense sempre no seu trabalho.**

Dados pessoais:

1. Idade: _____
2. Sexo: () masculino () feminino
3. Estado civil:

() solteiro	() casado	() viúvo
() desquitado	() outros	
4. Escolaridade

() ensino fundamental incompleto	() ensino fundamental completo
() ensino médio incompleto	() ensino médio completo
() ensino superior incompleto. Qual? _____	
() ensino superior completo. Qual? _____	
() pós-graduado (especialização, mestrado, doutorado).	
5. Tempo que trabalha nessa instituição: _____ anos e _____ meses
6. Faixa salarial total (salário bruto, incluindo bonificações):

() até R\$ 700,00	() entre R\$ 701,00 e 900,00
() entre R\$ 901,00 e 1100,00	() entre R\$ 1101,00 e 1300,00
() entre R\$ 1301,00 e 1500,00	() entre R\$ 1501,00 e 1700,00
() entre R\$ 1701,00 e 1900,00	() acima de R\$ 1900,00
7. Turno de trabalho: _____
8. Trabalha em outra instituição? () sim () não
9. Total de horas trabalhadas na semana: _____
10. Área de trabalho: _____

ANEXO 4

*Escala de Tipos de Bases de Poder do Supervisor.**(Martins,2008):*

- **Sobre o médico responsável da equipe :**

A seguir há uma lista de frases que podem ser usadas para descrever comportamentos que **os médicos** podem apresentar. Leia cada uma pensando no médico responsável por sua equipe e decida até que ponto que você concorda que ele poderia fazer isto com você.

Leia cada frase e marque se você concorda ou discorda de acordo com a coluna ao lado.	Concordo Totalmente	Concordo em partes	Não Concordo Nem discordo	Discordo em partes	Discordo Totalmente
<i>O médico responsável da minha equipe pode ...</i>					
1. Aumentar meu salário					
2. Fazer-me sentir que tenho compromissos a cumprir					
3. Dar-me boas sugestões técnicas sobre meu trabalho.					
4. Dar-me tarefas de trabalho indesejáveis					
5. Tornar meu trabalho difícil.					
6. Fazer-me perceber como eu deveria cumprir as exigências do meu de trabalho.					
7. Influenciar para conseguir um aumento de salário para mim.					
8. Dividir comigo suas experiências ou treinamentos importantes.					
9. Conseguir benefícios especiais para mim.					
10. Influenciar a organização para me dar uma promoção.					
11. Fazer com que eu me senti importante.					
12. Fornecer para mim conhecimento técnico necessário ao trabalho.					
13. Tornar as coisas desagradáveis para mim.					
14. Tornar meu trabalho desagradável.					
15. Fazer com que eu sinta que ele(ou ela) me aprova.					
16. Fazer-me perceber que tenho responsabilidades para cumprir.					
17. Fazer-me reconhecer que eu tenho tarefas para realizar					
18. Dar-me dicas relacionadas ao trabalho.					
19. Fazer com que eu me sinta valorizado.					

Escala de Conflitos Intragrupais
(Martins, Guimarães e Oliveira, 2006):

• **Sobre a sua equipe de trabalho:**

Abaixo você encontrará uma série de sentenças que descrevem a forma como se dá o trabalho em grupos / equipes. Utilize a escala ao lado para apontar o quanto as situações descritas ocorrem, marcando um X na coluna correspondente.	Nenhum	Pouco	Médio	Muito
20. Quanto conflito emocional existe entre os membros do seu grupo de trabalho?				
21. Quanta discordância de opinião sobre as tarefas há entre membros do seu grupo de trabalho?				
22. Quanta raiva há entre os membros do seu grupo de trabalho?				
23. Quanta diferença de idéias sobre a realização das tarefas existe entre membros do seu grupo de trabalho?				
24. Quanto atrito pessoal há em sua equipe durante as decisões?				
25. Quanta diferença sobre as decisões de trabalho seu grupo enfrenta?				
26. O quanto é evidente o choque de personalidade entre os membros do seu grupo de trabalho?				
27. Quanta tensão emocional há entre os membros do grupo?				
28. Quanta diferença de opinião existe no seu grupo em relação à maneira de realizar as tarefas?				

Escala de Estresse no Trabalho.

(Paschoal & Tamayo, 2004):

• **Sobre o seu trabalho:**

Abaixo você encontrará uma série de sentenças que descrevem a forma como você pode se sentir em relação ao seu trabalho. Utilize a escala ao lado para apontar com um X o quanto você concorda que as frases descrevem o que acontece no seu trabalho.	Concordo Totalmente	Concordo em Partes	Não Concordo Nem discordo	Discordo em partes	Discordo Totalmente
29. A falta de compreensão sobre quais são as minhas responsabilidades neste trabalho tem causado irritação.					
30. Tenho me sentido incomodado com a falta de confiança do meu supervisor sobre o meu trabalho.					
31. A falta de autonomia na execução do meu trabalho tem sido desgastante.					
32. A forma como as tarefas são distribuídas em minha área tem me deixado nervoso.					
33. Fico de mau humor por me sentir isolado na organização.					
34. A competição no meu ambiente de trabalho tem me deixado de mau humor.					
35. As poucas perspectivas de crescimento na carreira tem me deixado angustiado.					
36. Sinto-me irritado com a deficiência na divulgação de informações sobre decisões organizacionais.					
37. Tenho me sentido incomodado por trabalhar em tarefas abaixo do meu nível de habilidade.					
38. Tenho me sentido incomodado com a deficiência nos treinamentos para capacitação profissional.					
39. Sinto-me incomodado por ter que realizar tarefas que estão além de minha capacidade.					
40. Fico irritado por ser pouco valorizado por meus superiores.					
41. O tempo insuficiente para realizar meu volume de trabalho deixa-me nervoso.					

ANEXO 5***Formulário de Entrevista.***

1. *Como você se sente em relação ao seu trabalho?*
2. *Você julga que tem estresse?*
3. *Que fatores contribuem para essa percepção?*
4. *Como você descreve o relacionamento entre os membros de sua equipe de trabalho?*
5. *Como você descreve a relação que o médico responsável da equipe mantém com os demais membros da equipe?*