

FACULDADES ALVES FARIA (ALFA)
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

DIVAINA ALVES BATISTA

O *SER* FISIOTERAPEUTA:
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

GOIÂNIA

2010

FACULDADES ALVES FARIA (ALFA)
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

DIVAINA ALVES BATISTA

O *SER* FISIOTERAPEUTA:
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Dissertação apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre no Mestrado
Profissional em Desenvolvimento Regional –
MDR à Banca.

Linha de pesquisa:
Gestão Estratégica de Empreendimentos.

Orientador: Professor
Dr. Paulo Cesar Bontempo

GOIÂNIA

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca Faculdades ALFA

B333m Batista, Divaina Alves.

O ser fisioterapeuta : desenvolvimento profissional e qualidade de vida no trabalho / Divaina Alves Batista. – 2010.
127 f. ; 29 cm.

Dissertação (mestrado) — Faculdades ALFA, Mestrado em Desenvolvimento Regional, 2010.

“Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Bontempo”.

Bibliografia: 100-106.

1. Fisioterapia (Especialidade) - Qualidade de vida. 2. Esgotamento profissional – Profissionais de saúde. 3. Síndrome de Burnout – Ocupações em saúde. I. Batista, Divaina Alves. II. Faculdades ALFA - Mestrado em Desenvolvimento Regional. III. Título.

CDU: 615.8

FACULDADES ALVES FARIA (ALFA)
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

DIVAINA ALVES BATISTA

O *SER* FISIOTERAPEUTA:
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Dissertação submetida à banca examinadora, como requisito parcial, para a obtenção do Título de Mestre no Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional – MDR das Faculdades Alves Faria (ALFA), linha de pesquisa: Gestão Estratégica de Empreendimentos.

Aprovada em 09/04/2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Cesar Bontempo (Orientador)
Faculdades Alves Faria (ALFA)

Profa.: Dra. Heliane Prudente Nunes
Faculdades Alves Faria (ALFA)

Profa. Dra. Simone Costa Pfeiffer
UFG – Universidade Federal de Goiás

DEDICATÓRIA

Este estudo é dedicado a minha Mãe, mulher guerreira e sábia, que viveu plantando dignidade, justiça, amor..., na sua humildade e simplicidade semeou exemplo de vida. Mãe dedicada, branda, esteio do lar, que muita falta faz. Ao partir deixou muita saudade e o exemplo de sabedoria e fé. Para não fraquejar à dor, embrenhei por este fazer, na lembrança suas palavras “O saber não ocupa lugar”.

“...Permanecem a fé, a esperança e o amor, estes três, porém o maior destes é o amor.” 1 Co 13, 13.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me permitiu caminhar até aqui. Pela presença constante em todos os momentos de minha vida, por não permitir que me desvie da direção certa, por se fazer presente na mão amiga estendida durante a travessia, no abraço fraterno a confortar nos momentos de desesperança, nas palavras de consolo e estímulo a manter a chama do amor e da fé. Agradeço pelo muito que me tem dado, e principalmente, pela oportunidade de trabalhar no CRER e assim, poder cumprir o desejo de amar e ser amado de servir e de ser útil.

Agradeço ao Taveira, companheiro de muitos anos, incansável no incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional, o seu exemplo de desprendimento e grandeza de espírito, falou mais alto que qualquer palavra. Meu companheiro de todas as horas, muito do que hoje sou, devo a você, não fosse o seu estímulo e abnegação não teria me aventurado nesta jornada.

Agradeço aos meus filhos, Wiany e Gabriel, por terem compreendido o quanto este momento de retomada aos estudos foi importante para mim, e, em especial ao Gabriel, que muito tem contribuído para minimizar meu analfabetismo das questões da informática.

Agradeço ao Prof^o Dr. Paulo Bontempo, meu orientador, sempre tão calmo, tão confiante, e disposto a compreender, procurando antes incentivar.

Agradeço aos Professores e colegas de mestrado das Faculdades ALFA pela oportunidade de compartilhar momentos importantes, ricos em trocas de saber de vida e de conhecimento técnico, cada um em sua área de formação/atuação, em especial, agradeço, aos duplamente colegas, de trabalho e de mestrado, Clademiro Euzébio e Fidisgerad Araújo pelos argumentos para que eu fizesse o mestrado, e depois pelas contribuições em forma de material repassado, e pelas ajudas quanto as formatações e normas técnicas.

Agradeço a Paulene Taveira pela gentileza de ceder os inventários de pesquisa já tabulados o que, com certeza, poupou-me, muito trabalho e pelas orientações de como realizar a pesquisa, certamente sua influência foi determinante na escolha do tema e do instrumento usado na coleta de dados.

RESUMO

DIVAINA, Alves Batista. *O ser fisioterapeuta: desenvolvimento profissional e qualidade de vida no trabalho*. Dissertação, 2010, 127 f. Mestrado Profissional Em Desenvolvimento Regional – Faculdades Alves Faria (ALFA). Goiânia, 2010.

A pesquisa aborda questões relacionadas ao profissional Fisioterapeuta envolvendo o crescimento da profissão, os aspectos do estresse laboral como fator desencadeador da síndrome de *burnout* e a qualidade de vida no trabalho. Foram distribuídos 200 questionários de pesquisa, com retorno de 109 questionários respondidos, o estudo foi realizado com fisioterapeutas que trabalham em Goiânia. Os resultados apresentados refletem aspectos da amostra coletada. A metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica e a pesquisa empírica com questionários estruturados, contendo inventário de qualidade de vida, perfil sócio-demográfico e o instrumento de *burnout*, aplicados aos profissionais em quatro instituições. Os critérios e métodos adotados foram qualitativos e quantitativos; os dados foram digitados em tabelas de Excel e transferidos para o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para análise estatística. Com os resultados foi possível identificar o perfil, as áreas de atuação, a remuneração percebida pelos fisioterapeutas, a satisfação dos profissionais e as condições socioeconômicas a que estão inseridos, os anseios e necessidades desta categoria, o crescimento profissional, e a evolução nos últimos dez anos da oferta de cursos de graduação em Fisioterapia.

Palavras chave: Fisioterapeuta. Qualidade de Vida. Trabalho. Burnout.

ABSTRACT

DIVAINA, Alves Batista. The physiotherapist *being*: professional development and life quality at work. Dissertation, 2010, 127 p. Mestrado Profissional Em Desenvolvimento Regional – Faculdades Alves Faria (ALFA). Goiânia, 2010.

The research addresses the study of occupational therapist, involving the growth of the profession, aspects of work stress as a triggering factor of burnout syndrome and quality of work life. 200 research questionnaires were distributed, with a return of 109 answered questionnaires, the study was conducted with physiotherapists who work in Goiania. The results presented reflect aspects of the sample collected. The methodology adopted was the literature research and the empirical one using a structured questionnaire, containing inventory of quality of life, socio-demographic profile and the instrument of burnout, applied to four professional institutions. The criteria and methods used were qualitative and quantitative, data were entered into tables in Excel and then transferred to *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) files for statistical analysis. With the results it was possible to identify the profile, practicing areas, the remuneration received by physiotherapists, occupational satisfaction and socioeconomic conditions that they are inserted, the desires and needs of this category, professional growth and development over the past decade offering undergraduate courses in physiotherapy.

Keywords: Physiotherapist. Quality of Life. Work. Burnout.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação Gráfica do Número de Vagas Ofertadas pelas IES em Goiás.....	30
---	----

LISTA DE TABELA

Tabela 01 - Quantitativo de Profissionais Inscritos no CREFITO 11 (ativos) – Fevereiro, 2009	24
Tabela 02 - Número de Fisioterapeutas Inscritos por Ano – 2006 até 22/03/2010 no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-11	30
Tabela 03 - Indicadores de Formação segundo Unidades da Federação – Brasil, 2004	31
Tabela 04 - Profissionais por 1.000 habitantes segundo Unidades da Federação	31
Tabela 05 - Médias de Desvios Padrão do MBI em um grupo de médicos (N=144)	75
Tabela 06 - Categorização da Exaustão Emocional (EE)	87
Tabela 07 - Categorização da dimensão Despersonalização (DE)	87
Tabela 08 - Categorização da dimensão Realização Profissional (RP)	88
Tabela 09 - Médias de Desvios Padrão do MBI em um grupo de Fisioterapeuta que atuam na cidade de Goiânia	88
Tabela 10 - Comparativo dos resultados do MBI – Maslach Burnout Inventory	90
Tabela 11 - Distribuição da frequência das respostas do MBI feita pelo SPSS referente à Exaustão Emocional (EE) N=109	90
Tabela 12 - Distribuição da frequência da respostas do MBI feita pelo SPSS referente a envolvimento pessoal no trabalho e/ou Realização Profissional (RP) N=109	90
Tabela 13 - Distribuição da frequência das respostas do MBI feita pelo SPSS referente à Despersonalização (DE) N=109	91
Tabela 14 - Distribuição das Médias do Inventário de Qualidade de Vida	91
Tabela 15 - Frequências das respostas na dimensão (01) Aspectos Pessoais – aspectos negativos da relação do individuo com ele mesmo. (N109)	92

Tabela 16 - Frequências das respostas na dimensão (02) Aspectos Profissionais – Aspectos negativos da relação do indivíduo com as pessoas e com o trabalho. (N109)	93
Tabela 17 - Frequências das respostas na dimensão (03) Relacionamento com o Superior e a Empresa – aspectos positivos da relação do indivíduo com a empresa e com o superior. (N109)	93
Tabela 18 - Distribuição percentual das frequências de Burnout e do inventário de qualidade de vida, por tipo de respostas	93

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
ANEXO B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal Hospital das Clínicas - UFG – Nº 051/2009	111
ANEXO C - Parecer Consubstanciado - do Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal Hospital Das Clínicas - UFG – Nº 051/2009	112
ANEXO D - Variáveis Sócio-Demográficas dos Fisioterapeutas que Participaram da Pesquisa	113
ANEXO E - Distribuição da Carga Fatorial do Inventário de Qualidade de Vida Obtida pelo SPSS	116
ANEXO F - Inventário de Pesquisa	121
ANEXO G - Instituição de Ensino Superior – Número de Vagas Disponível por IEG - Estado de Goiás	127

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 ORIGEM DA FISIOTERAPIA NO MUNDO E NO BRASIL	16
1.1 Histórico	16
1.2 A Fisioterapia no mundo	17
1.3 A Fisioterapia no Brasil.....	19
1.4 Aspectos do desenvolvimento da profissão de fisioterapia.....	22
1.5 Aspectos legais: normas e procedimentos	23
1.6 Areas de atuação do profissional	26
2 O PROFISSIONAL DA ÁREA DE FISIOTERAPIA EM GOIÁS	28
2.1 Cursos de formação do Fisioterapeuta em Goiás	28
2.2 Algumas das Instituições especializadas em reabilitação física no Estado de Goiás	32
2.3 Desenvolvimento do Profissional: aspectos legais e humanos.....	34
3 HOMEM, TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	37
3.1 As Origens e Definições de Trabalho.....	37
3.2 O Trabalho e a Atividade Produtiva.....	39
3.3 O homem, trabalho e equilíbrio psíquico e físico.....	41
3.3.1 Afetividade e trabalho	43
3.3.2 O trabalhador e as condições de trabalho	44
3.4 Trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho.....	49
3.4.1 A prestação de serviço como produto do trabalho	54
3.4.2 A Mulher e o Trabalho.	54
3.4.3 O Homem, e o contexto sócio-histórico	56
3.4.4 Mudanças no Cenário Tecnológico Produtivo e a Qualidade de Vida.....	59
3.4.5 Marcos históricos importantes da regulamentação do trabalho no Brasil.....	64
3.4.6 Aspectos Jurídicos do Trabalho.....	65
3.4.6.1 Dos Direitos Sociais	65
3.4.6.2 Primeiros movimentos trabalhistas.....	66
3.4.6.3 A medicina do trabalho.....	66
3.5 Conceito de Saúde e Doença	67
4 ESTRESSE LABORAL OU <i>BURNOUT</i>	70
5 METODOLOGIA DE PESQUISA	78
5.1 Critérios para inclusão da amostra.....	78

5.2 Critérios éticos.....	78
5.3 Instrumento de coleta de dados	78
5.4 Dos critérios da pesquisa	80
5.5 Análise estatística	81
5.6 Métodos	82
5.6.1 Método Qualitativo.....	82
5.6.2 Método quantitativo.....	83
5.6.3 Método quali-quant, porquê e quando usar?	84
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	85
6.1 Apresentação dos resultados socioeconômicos	85
6.2 Apresentação e análise dos resultados da pesquisa escala de burnout	86
6.3 Apresentação dos resultados do questionário de qualidade de vida.....	91
6.4 Análise da questão “Para você como é ser Fisioterapeuta?”	94
CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

INTRODUÇÃO

A pesquisa teve sua motivação no desejo de conhecer as aspirações dos profissionais fisioterapeutas, por se tratar, da área de graduação da pesquisadora, e ainda, pelo trabalho no CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo com cinquenta colegas fisioterapeutas.

A esse profissional, cabe assistir o indivíduo no contexto de sua família, no seu momento de maior dificuldade, de dor e de intolerância, onde a palavra de ordem é a busca pela cura completa. A assistência prestada envolve o cuidado com o outro, sendo esta a situação em que, o Fisioterapeuta, enquanto profissional da saúde, desempenha suas atividades, em meio a seus próprios dilemas e as dificuldades enfrentadas pela difícil saúde pública oferecida no País.

As exigências de capacitação e atualização a que são submetidos os profissionais fisioterapeutas, às baixas remunerações, e a crescente responsabilidade profissional nos diversos postos de trabalho, como: UTI, centros de reabilitação, docência, gestão de serviço de saúde, atendimentos em clínicas etc.. E, ainda, a busca por um padrão social, que o obriga a assumir várias atividades ao mesmo tempo, desempenhando jornadas duplas de trabalho, contribui com uma sobrecarga de estresse físico e mental, geralmente, traduzidos como estresse laboral.

Num cenário de baixas remunerações, e pouca valorização dos profissionais das áreas da saúde é que o profissional fisioterapeuta desempenha suas atividades laborais, que pressupõe implícito no labor o cuidado com o outro.

Diante dos aspectos sociais e das condições de trabalho dos profissionais, considerados no presente estudo, a sugestão é o despertar para uma matéria polêmica e que guarda subjetividades que até mesmo a razão desconhece. Silva (2000), resume bem esse pensamento, “A caminhada da medicina do trabalho à saúde do trabalhador encontra-se em processo. Sua história pode ser contada em diferentes versões, porém com a certeza de que é construída por homens que buscam viver. Livres.” Ao que se acrescenta, *Livres, Felizes e Saudáveis*.

Este pensamento parece ser comungado por outros autores “Sem trabalho, toda a vida apodrece, Mas, sob um trabalho sem alma a vida sufoca e morre” CAMUS (apud RODRIGUES, 1994, p. 23).

Com um olhar na problemática do trabalho, da saúde, da qualidade de vida e do estresse laboral este estudo buscou elucidar as demandas do profissional fisioterapeuta. Para responder as questões propostas lançou mão de questionário contendo escala de investigação de qualidade de vida, perfil profissional, relações social e de trabalho e escala de *burnout*. Os instrumentos foram aplicados aos profissionais fisioterapeutas que atuam em Instituições localizadas na cidade de Goiânia.

O objetivo foi compreender o contexto social e histórico em que se insere o profissional fisioterapeuta, analisar os aspectos ocupacionais relacionados à atividade desempenhada, a relação com o trabalho e a qualidade de vida do profissional fisioterapeuta que atua na cidade de Goiânia.

E, ainda, identificar o perfil do profissional fisioterapeuta, seus anseios, as áreas de atuação, a remuneração percebida, conhecer os níveis de estresse laboral, o perfil das pessoas que escolhem esta profissão, bem como, o processo de desenvolvimento da profissão incluindo a oferta de novos cursos pelas instituições de ensino superior do Estado de Goiás e a necessidade de atualização e aprimoramento associada ao conceito de empregabilidade.

1 ORIGEM DA FISIOTERAPIA NO MUNDO E NO BRASIL

A pesquisa procura evidenciar os marcos históricos que delimitam a criação da profissão de fisioterapeuta, no mundo e no Brasil, o desenvolvimento da profissão e do profissional nos últimos anos, os aspectos legais que norteiam e regulamentam a profissão.

1.1 Histórico

Segundo Giustina (2003), para caracterizar uma área de conhecimento, seu objeto de estudo e as práticas de seu trabalho é preciso analisar como ela se apresenta, nos diferentes momentos da história.

Para a autora, na Antigüidade existia uma forte preocupação com as pessoas que apresentavam as chamadas "diferenças incomodas". A ginástica era aplicada somente com fins terapêuticos, os recursos, as técnicas, os instrumentos e procedimentos eram usados para o tratamento de disfunções orgânicas já instaladas, assim, eram usadas na tentativa de eliminar essas "diferenças incomodas".

Ainda, segundo a autora, na Idade Média, pela interferência da igreja, o corpo humano passou a ser considerado algo inferior. O exercício deixa de ser usado para fins curativos e passa a ser usado para aumento da força física, como forma de diversão e não mais para recuperar a saúde.

Na era do Renascimento percebe-se novamente a preocupação com o corpo saudável, ocorre então uma retomada do tratamento do organismo lesado e os cuidados com a manutenção das condições normais do organismo.

De acordo com Giustina (2003), no período da industrialização, o trabalhador é submetido a excessivas jornadas de trabalho, em condições, precárias, sanitárias e de alimentação o que contribuía para o desenvolvimento de epidemias de cólera, tuberculose pulmonar, alcoolismo e acidentes de trabalho. Nessa época, reaparece o interesse pelas "diferenças incômodas". O homem, procura concentrar esforços na descoberta de novos métodos de tratamento das doenças e das seqüelas. Assim, a aplicação de exercícios físicos,

de recursos elétricos, térmicos e hídricos, evolui para melhoria da assistência ao indivíduo doente.

Muito embora a fisioterapia seja considerada uma ciência nova, segundo Lucas (2005), o uso de recursos naturais para o tratamento dos acometimentos físicos já eram usados, antes até, que o próprio exercício da medicina, com notícias que remonta há 4000 anos a.C., enquanto que a medicina moderna está alicerçada no aparecimento da fitoterapia, (uso de remédio) que surgiu em 1550 a.C., com base nestas informações e na definição da maioria dos dicionários da língua portuguesa podemos dizer que a fisioterapia tem princípios milenares:

... a *fisioterapia* (do grego *phýsis*, natureza) como *tratamento* de doenças mediante massagens, exercícios físicos, aplicações de luz, calor, eletricidade e utilização de aparelhos mecânicos, elétricos e eletrônicos. E, pela mesma origem definem *terapia* (*therapeía*) como "método de *tratar* doenças e distúrbios da saúde, tratamento de saúde". (LUCAS, 2005, p. 2)

1.2 A Fisioterapia no mundo

Segundo Oliveira (2002), as práticas de fisioterapia tiveram seu início na Inglaterra e nos Estados Unidos, na 2ª metade do século XVIII, com o advento da revolução industrial, tendo como premissa o uso de recursos físicos e naturais na assistência à recuperação da saúde física do indivíduo. Sua origem advém das técnicas de massagens, exercidas por mulheres, e representava uma nova forma de acessão social e de trabalho para as mulheres. Ao longo da história a Fisioterapia construiu e reconstruiu princípios a cerca de sua área de desempenho, definida como: ciência, profissão, ou mesmo área de estudos. O campo de atuação profissional foi delimitado e definido por critérios que regulam o exercício da profissão e sua profissionalização, tornado imprescindível à elaboração de currículos e princípios para a formação de docentes e profissionais da Fisioterapia, o novo profissional, recebe o nome de fisioterapeuta. A despeito do progresso conquistado os salários frustram a categoria profissional, não sendo compatíveis com as responsabilidades e as necessidades de aprimoramento técnico exigidas para o desempenho da profissão. Apesar dos fisioterapeutas representarem uma das categorias mais qualificadas tecnicamente, o não reconhecimento em termos de remuneração, parece estar relacionado com o fato da maioria dos profissionais serem do sexo feminino, consideradas 'mulheres com vocação'.

De acordo com Giustina (2003, p. 12), “durante a 2ª Guerra Mundial surgem às escolas de Cinesioterapia, para tratar ou reabilitar os lesados, ou mutilados que necessitavam readquirir um mínimo de condições para retornar a uma atividade social integrada e produtiva.”

Para Oliveira (2002) e Giustina (2003), o surgimento das técnicas de fisioterapia foi impulsionado pelo desejo de melhorar as condições de saúde das pessoas que trabalhavam nas indústrias (período industrial); e após as duas grandes guerras, pela necessidade de reabilitar os feridos / sequelados de guerra. Lucas (2005) corrobora com as autoras quando afirma que a profissão de fisioterapia, no seu início, tem foco de atuação nas atividades predominantemente curativas e reabilitadoras, em decorrência principalmente das grandes guerras, que incapacitou fisicamente, um grande número de pessoas.

[...] a História da Fisioterapia no Mundo, aborda o surgimento das práticas da Fisioterapia na Inglaterra e nos Estados Unidos; o primeiro por ter sido o país pioneiro no processo de industrialização e também na utilização dos recursos físicos e naturais na assistência à saúde; e o segundo, por ter sido o precursor de modelos e técnicas adotadas mundialmente, inclusive no Brasil, principalmente após a IIª Guerra Mundial. Apresenta também a definição dos critérios para o exercício da profissão; a influência das duas Guerras Mundiais e das epidemias de poliomielite e reumatismo; a elaboração de currículos para a formação de docentes e profissionais de Fisioterapia; e o seu processo de profissionalização (OLIVEIRA, 2002, p. 12).

A fisioterapia tem sua origem ligada às práticas de massagem que, historicamente, de acordo com Barclay (1994 apud OLIVEIRA, 2002, p. 22), no ano de 1894, em Londres, funda a *Society of Trained Masseuses* (Sociedade de Massagistas Diplomadas), a primeira entidade de classe composta pelas massagistas. A partir de então, surgiram escolas para ensinar cientificamente a massagem e a eletricidade, os cursos duravam de 4 a 6 meses, e incluíam aulas de anatomia e trabalho em hospitais. Nos anos de 1880, a massagem ganha caráter científico com técnicas de movimentos chamados de: deslizamento, amassamento e percussão. Em 1920 é criada a partir da junção de duas entidades uma nova instituição de classe com o objetivo de fortalecer e dar suporte a categoria de massagista.

Segundo Murphy (1995 apud OLIVEIRA, 2002, p. 57), em 1922, o *Walter Reed General Hospital* passa a oferecer um programa de treinamento para Fisioterapia, com duração de quatro meses, com o objetivo de garantir um “exercito” de fisioterapeutas bem treinadas. Tem início a Fisioterapia como princípio e como profissão.

Em dezembro de 1942, foram concedidos, legalmente, os mesmos privilégios e benefícios dos membros da Corporação de Enfermeiras do Exército, às mulheres fisioterapeutas e dietistas qualificadas. “Em 1944 com a nova legislação, a denominação de

“auxiliares da reconstrução”, já em desuso desde 1926, foi mudada para fisioterapeutas” (OLIVEIRA, 2002, p. 61) .

Segundo Botomé e Rebelatto (1999, p. 47 apud GIUSTINA, s/d, p. 4), no final do século XX, a Fisioterapia passa ser chamada "Área da Saúde" no decorrer de sua evolução, tem sua atuação voltada, quase que, exclusivamente para o atendimento do indivíduo doente.

Para Andrade; Lemos; Dall’ago (s/d) a profissão de fisioterapia iniciou sua história como à maioria das profissões da área da saúde, começou com a prática (1879), usando os recursos físicos na assistência à saúde, depois veio o reconhecimento do curso de formação, que assumiu caráter científico e especializado das práticas de recuperação física.

O contexto histórico de pós Guerra abre campo de trabalho e reconhecimento ao profissional fisioterapeuta.

[...] a atuação do profissional da Fisioterapia foi de extrema importância, pois a função de recuperar feridos da guerra constituiu uma tarefa que se impôs logo após o conflito. Neste mesmo período, ocorreu o maior crescimento da então denominada *Incorporated Society of Trained Masseuses (ISTM)* – (Sociedade Incorporada de Massagistas Diplomados). O número de membros saltou de 1000 em 1914 para 3641 no final de 1918, e o tratamento físico ganhou reconhecimento público e um novo status social. A assistência combinava os recursos da Fisioterapia, da Massagem, da Ginástica Terapêutica, da Eletricidade e da Hidroterapia, num esforço concentrado para trazer os homens de volta do *front*. O trabalho da Sociedade foi reconhecido, um número de seus membros recebeu honras oficiais, e em julho de 1916, a Rainha Mary, aceitou tornar-se sua patronesse. (OLIVEIRA, 2002, p. 25-26).

A fisioterapia começa a ganhar corpo e um fato histórico, de grande importância foi a fundação da *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)* que segundo Oliveira (2002) ocorreu em 1950, a partir da formação de um Comitê Provisório, que após 18 meses de trabalho, lança em Paris em 1951, a *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)* – Confederação Mundial de Fisioterapia, tendo o primeiro encontro ocorrido em Copenhagem nesse mesmo ano, com a participação de 140 Fisioterapeutas de 16 países.

1.3 A Fisioterapia no Brasil

Segundo Marques e Sanches (1994) a fisioterapia tem início no Brasil em 1919, e desde o nascedouro tem sua história ligada à medicina.

Assim como nos demais países a prática da fisioterapia sugere uma atividade de cuidado, atividade esta, geralmente, desempenhada por mulheres, por serem estas educadas para o cuidado.

A prática de Fisioterapia no Brasil iniciou-se no começo deste século, em 1919, quando foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica pelo Professor Raphael de Barros da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dez anos mais tarde, em 1929, médico Dr. Waldo Rolim de Moraes instalou o serviço de Fisioterapia do Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho no local do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Ele ainda planejou e instalou, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o Serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas de São Paulo (Sanches, 1984 apud MARQUES; SANCHES, 1994, p 5).

Segundo, Andrade; Lemos; Dall'ago (2004) o primeiro curso de formação de técnicos em Fisioterapia na Universidade nasce em São Paulo, no ano de 1951, aberto a alunos com segundo grau completo. Estes profissionais eram denominados fisioterapeutas. Em 1954, no Rio de Janeiro, é criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR, que, em seguida, abre o curso de técnico em reabilitação.

Em 1959, foi criado o Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, que em 1964, transforma-se em Instituto de Reabilitação – IR, e impulsiona a criação dos primeiros cursos superiores de Fisioterapia, contudo, qualifica-os de “técnicos”, o Parecer 388/63 do Conselho Federal de Educação limita a autonomia dos novos profissionais e impõe ao fisioterapeuta o caráter de auxiliar médico, dando-lhe competência apenas para a realização de tarefas de caráter terapêutico, sob a orientação e responsabilidade do médico (Sanchez, 1984 Apud ANDRADE; LEMOS; DALL'AGO, 2004).

As primeiras instituições de ensino a formar fisioterapeutas regularmente no país, antes mesmo da regulamentação da profissão, foram a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, em 1956, o Instituto de Reabilitação de São Paulo, em 1958, e a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (Fundação Arapiara), em 1962. A antiga Escola Nacional de Educação Física e Desportos da Universidade do Brasil - ENEFD (atualmente Escola de Educação Física e Desportos da UFRJ) e a Escola de Educação Física do Exército (ambas no Rio de Janeiro) ofereciam disciplinas de fisioterapia na formação de educadores físicos e de médicos especializados em medicina desportiva (Escola de Educação Física e Desportos, 1945; Sanchez, 1971 e 1984; Revista Brasileira de Fisioterapia 2006; Revista Paulista de Hospitais, 1971 apud BARROS, 2007, p. 7).

A profissionalização da fisioterapia, no Brasil, tem início nos anos de 1950, a partir da criação, em 1956, pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ). Quando então, foi criado o primeiro curso de graduação em fisioterapia. O Decreto no 57.363. Concede reconhecimento à Escola

de Reabilitação do Rio de Janeiro da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação. *Diário Oficial da União* 1965; 2 dez. (BARROS, 2007).

Segundos Andrade; Lemos; Dall'ago (2004) na prática as atividades de reabilitação iniciam-se na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no ano de 1929, mas somente em 1951 foram criados os primeiros cursos para formação de fisioterapeutas, com duração de um ano, e formavam técnico de nível médio, porém, não qualificava os novos técnicos para fazerem avaliação funcional, formando meros executores das prescrições médicas. Em 1959, com a criação do Instituto Nacional de Reabilitação – INAR, a Universidade de São Paulo, atendendo a demanda e a necessidade de melhoria dos serviços prestados à população, amplia seu curso para dois anos.

Com a Lei 5.029 o curso de fisioterapia passa a ter duração de dois anos. De acordo com Oliveira (2002, p. 83), o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR) foi o primeiro a oferecer o curso de Fisioterapia, com duração de dois anos, atendendo, aos programas de reabilitação que a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) pretendia desenvolver na América Latina. Episódio este que pode ser considerado a semente dos currículos adotados posteriormente.

[...] a Lei 5.029 cria anexo à Cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo FMUSP) o Instituto de Reabilitação (IR). Este Instituto surgiu do esforço de alguns médicos brasileiros, entre eles o professor Godoy Moreira (catedrático de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP), através de entendimentos com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e a World Confederation for Physical Therapy (WCPT). A criação deste Instituto em São Paulo fazia parte de um projeto mais amplo de criação de vários institutos na América Latina. Foi nesse Instituto que se iniciou entre nós o primeiro curso de Fisioterapia com padrão internacional mínimo, com duração de dois anos, para atender aos programas de reabilitação que a OPAS estava interessada em desenvolver na América Latina (MARQUES; SANCHES, 1994, p. 6).

O curso de fisioterapia que já era de dois anos passa a ter duração de três anos até 1979, em 1980 sua duração passa a ser de quatro.

Entende-se então que, por estar vinculado a um Instituto em uma Cadeira da FMUSP, o Curso de Fisioterapia também era um curso da Universidade de São Paulo. Contudo, este aspecto confirma-se somente a 7 de abril de 1967, através da portaria GR no 347, onde a Universidade de São Paulo baixa o Regulamento dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina. Já a Portaria 1.025 de 16 de janeiro de 1970 afirma que os certificados de conclusão dos cursos de técnicos em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, expedidos pelo Instituto de Reabilitação da FMUSP nos anos de 1958 a 1966, consideram-se para efeitos de direito equivalente aos diplomas expedidos nos termos deste regulamento. O Curso de graduação em Fisioterapia da FMUSP, com duração de três anos, permaneceu até 1979. Em 1980 teve início o Curso de Fisioterapia, com a duração de quatro anos (MARQUES; SANCHES, 1994, p. 6).

De acordo com Andrade; Lemos; Dall'ago (2004), a Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD, o Lar Escola São Francisco e as Casas da Esperança surgiram com um conceito de assistência diferenciada abrindo espaço profissional para os profissionais técnicos formados pelos novos cursos.

Segundo Oliveira (2002, p. 39) as instituições de saúde passam a admitir mais crianças com deformidades congênitas, paralisia cerebral e seqüelas de poliomielite. Neste contexto a Fisioterapia assume papel importante na reeducação muscular de pessoas acometidas por disfunções neuromotoras. Em 1945, o Conselho de Fisioterapia inicia um trabalho junto ao Ministério da Saúde, *National Health Service* (NHS) (Serviço Nacional de Saúde), para que a assistência de reabilitação integrasse o SNS, ato contínuo envia ao Ministro da Saúde um memorando intitulado '*O lugar da Fisioterapia no Sistema Nacional de Saúde*'.

Graças ao esforço de um grupo de fisioterapeutas, nasce a primeira entidade de classe representativa da fisioterapia.

[...] um grupo de fisioterapeutas, que trabalhavam no Hospital das Clínicas, liderados por Eugenio Lopez Sanchez, Angel Lopez Sanchez, Danilo Vicente Define, Jose Roberto Define, Carmem de Moraes, Maurílio Cardoso Dias, dentre outros, decidiram organizar a categoria através de uma Associação. Inicialmente denominada Associação Paulista de Fisioterapeutas ou segundo Sanchez, AFESP: Associação dos Fisioterapistas do Estado de São Paulo, posteriormente Associação Brasileira de Fisioterapeutas e finalmente, Associação Brasileira de Fisioterapia – ABF.

A ABF foi fundada no dia 19 de Agosto de 1959 na cidade de São Paulo. (OLIVEIRA, 2002, p. 85).

1.4 Aspectos do desenvolvimento da profissão de fisioterapia

A profissão de fisioterapia desenvolveu a partir da necessidade de ter serviços de reabilitação, para atender a inquietação das instituições sociais, dos familiares e da medicina que não conseguiam suprir as necessidades específicas de saúde da população com deficiência física. Ademais disso, nos anos de 1940, acontece um movimento internacional de reabilitação, que se expande e conquista uma série de medidas legislativas. (Manual da ABBR, 2005).

A reabilitação esteve sempre ligada ao modelo econômico que promovia o desenvolvimento industrial, a racionalização do trabalho, o avanço científico mas,

ao mesmo tempo, aumentava o número de pessoas incapacitadas por deficiências geradas por acidentes de trabalho, trânsito, doenças crônicas ou ocupacionais (ABBR, 2005, p. 2).

Para Barros (2007) as epidemias de poliomielite influenciaram o desenvolvimento da profissão de fisioterapia no mundo e no Brasil, tanto quanto, ou até mais, que as duas grandes guerras mundiais. Em 1945, A Associação Americana de Fisioterapia recebe da Fundação Nacional para Paralisia Infantil investimento de mais de um milhão de dólares aplicados no desenvolvimento da fisioterapia com o objetivo de tratar a poliomielite (paralisia flácida).

A literatura relata casos de poliomielite desde o século XIX. A partir de 1930 várias capitais brasileiras dão notícias de casos de paralisia infantil: Porto Alegre (1935), Santos (1937), São Paulo e Rio de Janeiro (1939). Nos anos 40, Belém (1943), Florianópolis (1943 e 1947), Recife (1946) e Porto Alegre (1945). Em 1953 o Rio de Janeiro enfrenta uma epidemia de poliomielite que atingiu taxas de 21,5 pessoas infectadas por 100 mil habitantes.

A sombra da invalidez sobre uma coletividade” era o título de matéria publicada pelo jornal *Correio da Manhã* em 1953, ressaltando a importância médico-social da paralisia infantil, que como se sabe não respeita nem raça, nem idade, nem país e nem clima, causando vítimas no mundo inteiro e levando uma grande percentagem destas à invalidez temporária ou mesmo definitiva. (*Correio da Manhã* 1953 Abr 2; p. 3. apud BARROS, 2007, p. 943).

Segundo Barros (2007) o processo de desenvolvimento da profissão de fisioterapia, no Brasil e no mundo, foi impulsionado, a partir dos anos 1950, pela colaboração de organismos como o Fundo Mundial de Reabilitação, Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho, UNICEF, Federação Mundial de Veteranos e a Administração de Assistência e Reabilitação das Nações Unidas, em decorrência, principalmente, de quatro acontecimentos históricos: as duas grandes guerras mundiais; processo acelerado de urbanização e industrialização; progressos tecnológicos, médicos e das ciências sociais que permitiram a organização dos centros de reabilitação e uma consciência social mais sensível à causa das pessoas portadoras de deficiência.

1.5 Aspectos legais: normas e procedimentos

No Brasil, o reconhecimento da profissão se deu com a publicação do Decreto Lei nº 938 – de 13 de outubro de 1969 – publicado no D.O.U. nº 197 de 14/10/69, e retificado em

16/10/1969, Séc. I, Pág. 3.658, que *Provê sobre as profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências*. A Fisioterapia não nasce sozinha a legislação que cria a profissão também cria a profissão de Terapia Ocupacional, gêmeas no nascedouro, porem seguem caminhos diversos e a fisioterapia, apesar das muitas dificuldades para alcançar o reconhecimento profissional, ainda assim, tem uma posição privilegiada, em relação a Terapia Ocupacional. O número de profissionais inscritos no CREFITO 11 em fevereiro de 2009 mostra uma relação discrepante entre as duas profissões, tabela 1.

Tabela 1 - Quantitativo de Profissionais Inscritos no CREFITO 11 (ativos) – Fevereiro, 2009.

Profissionais	Estado	Inscrições definitivas	Inscrições Provisórias	Total
FISIOTERAPEUTAS	GO	2078	612	2690
FISIOTERAPEUTAS	DF	2103	244	2347
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	GO	285	39	324
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	DF	99	2	101

Fonte: Crefito 11 <http://www.crefito11.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=135&Itemid=7>

O Decreto Lei nº 938 publicado em 1969 resguarda o direito de exercício da profissão aos brasileiros portadores de diplomas expedidos, por escolas ou cursos reconhecidos, até a publicação do Decreto-Lei, e estabelece o prazo de 120 dias para o requerimento do registro dos diplomas, assegura ainda, o direito, as entidades públicas ou privadas que tenham curso de Fisioterapia, de requererem o reconhecimento, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da publicação do presente Decreto-Lei.

Art. 2º O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art. 3º É atividade privativa do Fisioterapeuta executar método e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

Art. 5º Os profissionais de que tratam os artigos 3º e 4º poderão, ainda, no campo de atividades específicas de cada um:

I – dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorar-los tecnicamente;

II – exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;

III – supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Art. 12º O Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais, constantes do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943, é acrescido das categorias profissionais de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Auxiliar de Terapia Ocupacional.

A Lei 6.316 – de 17 de dezembro de 1975, publicada no D.O.U. nº 242, de 18/12/1975, Séc. I, Págs. 16805 à 16807, Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.

Dispões em seus artigos, dentre outros.

Art. 5º. Compete ao Conselho Federal:

XII – estimular a exação no exercício da profissão, velando pelo prestígio e bom nome dos que a exercem;

A Resolução nº 10 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), de 3 de julho de 1978, dispõe sobre as responsabilidades do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional, do ponto de vista da ética profissional, e aprova o *Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional*.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

CAPÍTULO I – *Das responsabilidades fundamentais*

Art. 1º. O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde.

Art. 5º. O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional atualizam e aperfeiçoam seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício do cliente e do desenvolvimento de suas profissões.

Art. 6º. O Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional são responsáveis pelo desempenho técnico do pessoal sob sua direção, coordenação supervisão e orientação.

CAPÍTULO II – *Do exercício profissional*

Art. 7º. – São deveres do Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional nas respectivas áreas de atuação:

II – respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física ou psíquica do ser humano;

III – prestar assistência ao indivíduo, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, independente de qualquer consideração relativa à etnia, nacionalidade, credo político, religião, sexo e condições sócio-econômica e cultural de modo a que a prioridade de atendimento obedeça exclusivamente a razões de urgência;

IV – utilizar todos os conhecimentos técnicos e científicos a seu alcance prevenir ou minorar o sofrimento do ser humano e evitar o seu extermínio;

A Resolução COFFITO -80, publicada no D.O.U. nº 093 – de 21/05/87, Seção I, Pág. 7609, em seu parágrafo 3º dispõe, sobre Atos Complementares à Resolução COFFITO-8:

- Considerando que a Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objetivo de estudos é movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função;

- Considerando que como processo terapêutico, lança mão de conhecimentos e recursos próprios, com os quais, baseando-se nas condições psico-físico-social, busca promover, aperfeiçoar ou adaptar através de uma relação terapêutica, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida;

- Considerando que a Reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional, e sim um proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-

psíco-social do indivíduo, onde a cada profissional componente da Equipe deve ser garantida a dignidade e autonomia técnica no seu campo específico de atuação, observados os preceitos legais do seu exercício profissional;

1.6 Areas de atuação do profissional

A Fisioterapia tem sido considerada desde a sua criação como profissão reabilitadora, porém, mais recentemente, busca romper com este paradigma, e procura redefinir um espaço social como profissão de saúde num contexto mais amplo e de atenção em todos os níveis das condições de saúde, não somente na doença, ou na seqüela da doença como também, na atuação preventiva da manutenção da saúde.

O objeto de trabalho da fisioterapia, enquanto ciência da área da saúde passa de centrado na doença, para a prevenção da doença e a busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas, com uma visão holística sobre o homem e o movimento humano.

[...] um profissional de nível superior da área de saúde, pleno, autônomo, que atua isoladamente ou em equipe em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo prevenção, promoção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde em indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades. É o profissional de saúde que se ocupa do movimento humano em toda a sua plenitude, com o objetivo de preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções corporais. BARROS F (2002a, apud FERREIRA, 2008, p.49).

O profissional fisioterapeuta emprega conhecimentos científicos e lança mãos de técnicas e recursos fisioterápicos manuais e de agentes físicos como eletroterapia, hidroterapia, fototerapia, termoterapia, equoterapia e cinesioterapia na prevenção, tratamento e reabilitação das condições de vida e de saúde do indivíduo.

A Lei nº 6.316 – de 17 de setembro de 1975 cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia dentre outras providências, no Capítulo II, *Do Exercício Profissional*, prevê como áreas e locais de atuação do profissional fisioterapeuta, a administração pública direta e indireta, estabelecimentos hospitalares, clínicas, ambulatórios, creches, asilos ou ainda, exercícios de cargo, função ou emprego de assessoramento, chefia ou direção, no Art. 5º, incisos: I – dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente; II – exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio; III – supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos. (CREFITO, 2002).

O profissional fisioterapeuta atua nas áreas de prevenção, manutenção e reabilitação das condições de saúde do indivíduo nas diversas especialidades da medicina: pediatria, pneumologia, neurologia, ortopedia, cardiologia, geriatria, oncologia, urologia, na área de estética (dermato funcional).

Desempenha suas atribuições em hospitais (UTI's, leitos de hospitalização), ambulatórios, consultórios, clínicas, centro de reabilitação, unidades de saúde pública, academias, empresas, clubes, creches, asilos, associações, agencias prisionais, escolas, instituições de ensino superior, instituições que desenvolvem assistência à saúde em geral, dentre outros. Incluindo-se no exercício de suas atividades o ensino, a pesquisa e a divulgação da profissão.

Para Ferreira (2002) o fisioterapeuta atua nas áreas afins da Medicina Preventiva, com o objetivo de orientar condutas profiláticas para evitar transtornos físicos. Este profissional atua, em programas de saúde coletiva, como exemplo: orientação na gravidez, programas para portadores de hanseníase, na prevenção de incapacidades, em distúrbios respiratórios, em úlceras de pressão; reeducação postural, programa para a terceira idade, na hipertensão arterial, na diabetes, na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), entre outras.

O fisioterapeuta, empregar estratégias, como da ginástica laboral, adaptações ergonômicas de postos e equipamentos de trabalho com o objetivo de prevenir e minimizar os efeitos das atividades laborais e melhorar a saúde ocupacional do indivíduo.

2 O PROFISSIONAL DA ÁREA DE FISIOTERAPIA EM GOIÁS

O curso de formação em fisioterapia, no Estado de Goiás, tem início no ano 1994, até então alguns poucos profissionais, começaram a vir para Goiânia em busca de um novo mercado de trabalho, com a criação do curso de fisioterapia pela Escola Superior de Educação Física do Estado de Goiás (ESEFEGO). Estes profissionais, com graduação em fisioterapia, encontraram na docência um campo de trabalho, os professores das primeiras turmas do curso de fisioterapia, à época um grupo pequeno, oriundos, na maioria da região de São Paulo, conforme informações da Professora Eglacy Conseza da Silva, os primeiros profissionais que vieram para Goiânia, além dela própria, que chegou em 1976, foram, Kátia de Paiva, Ilza Guedes, Rogério Tannus, Adiano Fonseca, Cláudio Lízias, Renato Sandoval, Cristina Lopes Afonso, Edir Silveira, Cinésio Virgílio Alves de Melo, a fisioterapeuta Glória Maria Martins Torres, chegou em fevereiro de 1977, porém esta não atuou como professora. A Eglacy é uma das fundadoras do curso de Fisioterapia na unidade da ESEFEGO, onde trabalhou por muitos anos e exerceu o cargo de coordenadora do curso de fisioterapia.

2.1 Cursos de formação do Fisioterapeuta em Goiás

A ESEFEGO foi a primeira instituição a oferecer o curso de formação em Fisioterapia no Estado de Goiás, e tendo como base a Lei 640 de 08/10/63, em 14/01/1994, ofereceu o primeiro curso de fisioterapia com duração de 05 (cinco) anos sendo realizado nos períodos vespertino/noturno. O curso oferecia 30 vagas por semestre, com vestibular anual que promovia a seleção dos 60 candidatos, a turma do primeiro semestre, com trinta alunos e do segundo semestre com igual número de vagas. A partir da criação do curso de fisioterapia a ESEFEGO passa a se chamar Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia do Estado de Goiás (ESEFFEGO). Em 16/04/99. Com a criação a Universidade Estadual de Goiás (UEG), por força da Lei 13456, a então ESEFFEGO, passa a fazer parte da UEG como campus de Goiânia e mantém o nome de ESEFFEGO. Cinco anos depois, em agosto de 1999, a Universidade Católica de Goiás cria o segundo curso de fisioterapia, no Estado, disponibilizando, no vestibular 110 vagas semestrais, 220 anuais, elevando assim o número de

vagas ofertadas para a formação do profissional fisioterapia de 60 para 280 vagas anuais, um acréscimo em percentuais de 366,67%.

Houve um aumento da procura pelo curso à medida que a televisão passou a mostrar personagens atuando como Fisioterapeutas nas novelas e a profissão começou a ser divulgada para a sociedade como sendo uma profissão de status, tornando a busca pelos cursos de fisioterapia cada vez maior. Ademais disso, nos últimos anos, houve um movimento, centrado na preocupação com a qualidade de vida, com a recomendação de prática de exercício físico, o que fez com que as pessoas buscassem clínicas e profissionais das áreas do movimento para prevenir, curar ou restabelecer as condições de saúde, as questões relacionadas à postura e ao movimento tornam importantes para a manutenção da saúde principalmente do aparelho locomotor.

Em 2009, completando quarenta anos da criação da profissão de fisioterapia no Brasil, o Estado de Goiás conta com 18 Instituições de Ensino Superior que oferecem o curso de fisioterapia, sendo: sete em Goiânia, três em Anápolis, uma em Aparecida de Goiânia, uma em Catalão, uma em Mineiros, duas em Rio Verde, uma em São Luiz de Montes Belos, uma em Trindade e uma em Valparaíso. A oferta de vagas para o vestibular de fisioterapia no Estado de Goiás chega a 2.850 vagas por ano.

A figura 1 mostra o crescimento de ofertas de vagas nos cursos de fisioterapia no Estado de Goiás. Em 1998 a ESEFEGO oferece 60 vagas anuais para o curso de fisioterapia, no segundo semestre de 1999, a UCG inicia o curso de fisioterapia e oferece 110 vagas por semestre, o que eleva, neste ano, o número de vagas para 170, em 2009 o Estado de Goiás já conta com 18 IES que juntas oferecem 2.850 vagas anuais, para a graduação em fisioterapia, o que em percentuais, representa um crescimento da ordem de 1676%.

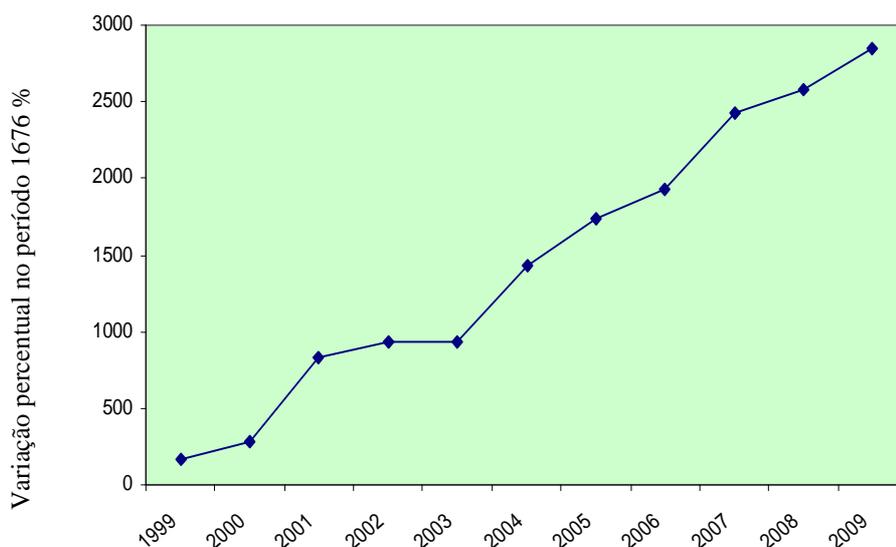


Figura 1 – Representação gráfica do número de vagas ofertadas pelas IES em Goiás

A figura 1 foi elaborada a partir dos dados cedidos pelos autores Utida; Paganini; Oliveira (2009) com base nos documentos do MEC onde consta o número da portaria do MEC que criou o curso, o nome da Instituição de Ensino Superior, o local onde está sediada, o número de vagas autorizado pelo MEC, à data da publicação da portaria e a data de início de funcionamento do curso de fisioterapia em cada IES. (dados que podem ser encontrados no anexo G, p. 127).

Embora, seja grande o número de vagas ofertadas para a formação de profissionais fisioterapeutas, a procura por inscrições no Conselho da categoria demonstra que o número de profissionais egressos das IES é bem menor, na análise deve-se considerar os profissionais que procuram outras unidades da federação para trabalhar o que diminui o número de inscrições no CREFITO da região, além é claro, dos profissionais que não solicitam o registro e/ou requerem a baixa da inscrição no Conselho por não atuar na área. O número de inscritos no CREFITO-11 nos últimos quatro anos confirma o desenvolvimento da profissão nos últimos anos.

Tabela 2 - Número de Fisioterapeutas Inscritos por Ano – 2006 até 22/03/2010 no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-11.

2006	2007	2008	2009	2010
985	1429	1236	1876	431

Na tabela 3 encontram-se apresentados os indicadores do ano de 2004 no que se refere à formação de profissionais nas unidades da federação.

Tabela 3 - Indicadores de Formação segundo Unidades da Federação – Brasil, 2004

Brasil, Grandes Regiões	Medicina		Enfermagem		Psicologia		Fisioterapia	
	vagas/ cursos	egressos/ cursos	vagas/ cursos	egressos /cursos	vagas/ cursos	Egressos /cursos	vagas/ cursos	egressos /cursos
Brasil	103,7	68,7	169,6	36,1	167,7	58,3	168,5	40,2
Norte	89,3	31,3	115,2	37,9	170,6	50,5	154,3	18,6
Nordeste	78,5	52,9	128,3	36,5	109,8	60,8	134,3	25,5
Sudeste	130,6	91,3	215,0	34,6	204,6	61,7	189,5	46,9
Sul	82,6	59,7	97,0	30,3	92,6	43,3	105,9	33,2
Centro-Oeste	76,0	36,1	162,4	62,9	237,9	83,8	217,2	37,6
Mato Grosso do Sul	56,7	20,3	110,8	63,5	65,8	51,3	97,0	35,8
Mato Grosso	84,0	58,5	112,0	132,6	120,0	24,0	213,3	28,7
Goiás	110,0	115,0	185,0	33,1	493,3	161,0	228,3	32,9
Distrito Federal	78,0	17,0	207,0	59,4	362,0	112,2	345,5	57,0

Fonte: MS/DEGERTS, SIGTrabalho, Elaborada a partir dos dados do INEP, 2004 (adaptado da fonte Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.)

A fisioterapia está entre as seis profissões com maior índice de profissional por 1.000 habitantes, mostrando a relevância do profissional na assistência à saúde da população, considerando os profissionais que lidam diretamente com o indivíduo em unidade hospitalar, o fisioterapeuta é o quarto maior índice proporcional por 1000 habitantes, atrás somente dos médicos, psicólogos e enfermeiros (tabela 4).

Tabela 4 - Profissionais por 1.000 habitantes segundo Unidades da Federação

Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação	Médicos	Odontólogos	Psicólogos	Enfermeiros	Farmacêuticos	Fisioterapeutas	Assistentes sociais	Nutricionistas	Biólogos	Terapeutas ocupacionais
BRASIL	1,71	1,15	0,82	0,65	0,55	0,42	0,34	0,21	0,20	0,05
Região Norte	0,84	0,49	0,28	0,50	0,28	0,07	0,25	0,09	0,09	0,02
Região Nordeste	1,01	0,54	0,31	0,53	0,28	0,17	0,26	0,11	0,09	0,03
Região Sudeste	2,31	1,62	1,26	0,73	0,66	0,65	0,42	0,28	0,27	0,07
Região Sul	1,75	1,21	0,78	0,74	0,86	0,45	0,30	0,27	0,25	0,04
Região Centro Oeste	1,71	1,31	0,83	0,66	0,63	0,31	0,30	0,21	0,21	0,02
Mato Grosso do Sul	1,36	1,20	0,78	0,43	0,66	0,50	0,37	0,17	0,25	0,07
Mato Grosso	1,10	1,00	0,41	0,64	0,61	0,34	0,30	0,19	0,32	0,01

Goiás	1,42	1,16	0,53	0,47	0,61	0,15	0,27	0,10	0,09	0,01
Distrito Federal	3,50	2,18	2,08	1,38	0,67	0,49	0,29	0,53	0,32	0,02

Fonte: Ministério da Saúde, DEGERTS/Conprof – Elaborada a partir de informações dos Conselhos Federais, situação em dez/2005. (adaptado).

2.2 Algumas das Instituições especializadas em reabilitação física no Estado de Goiás

A reabilitação física no Estado de Goiás passa por instituições que se destacam na assistência à saúde nas áreas de reabilitação e/ou educação especial no Estado de Goiás e especialmente em Goiânia.

A Associação Pestalozzi de Goiânia, fundada em 14 de junho de 1974, é uma instituição de caráter filantrópico, educacional, sem fins lucrativos. Esta entidade tem como finalidade “promover o estudo, tratamento, educação e inclusão social de crianças, adolescentes e adultos, que por seu desenvolvimento mental, deficiências físicas, aptidões ou caráter excepcional, necessitem de assistência individual no campo médico-psico-pedagógico especializado” e, como objetivo, o desenvolvimento de suas potencialidades, tornando as pessoas por ela assistidas úteis a si mesmas e à própria sociedade.

A Vila São José Bento Cottolengo é uma instituição beneficente de assistência social, mantida pela Igreja Católica, fundada em 11 de fevereiro de 1951 em Trindade-GO, pelo então pároco da cidade, Pe. Gabriel Campos Vilela, missionário Redentorista. Inicialmente o trabalho da Vila era acolher mendigos e pessoas doentes, que após a Romaria do Divino Pai Eterno perambulavam pela cidade em situação de abandono e miséria. Ainda no início, Pe. Vilela contou com a ajuda dos padres João Cardoso, Tito Cardoso e Antônio Bariani, também Redentoristas. Eles foram os responsáveis pela construção das cinco primeiras casas que deram início à instituição.

Era crescente o número de pessoas que encontrava refúgio na Vila São Cottolengo, a maioria com deficiências físicas e mentais associadas. Logo, veio a necessidade de ampliação da estrutura física e operacional, levando-os a recorrer à ajuda de terceiros. Em dezembro de 1957, as Irmãs Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo chegaram para contribuir na administração daquela que viria a ser a mais tradicional instituição filantrópica do Centro-Oeste.

Com 35.000m² de área construída e mais de 600 funcionários, é mantenedora do Hospital São Cottolengo - Referência em Medicina Física, Auditiva e Reabilitação. A Vila

conta com 23 unidades de serviços onde são realizados diariamente por meio do SUS, convênios e particulares, cerca de 2.300 atendimentos ambulatoriais. São diversas especialidades médicas, serviços de diagnóstico por imagem, terapias de apoio (Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional), laboratório, serviço odontológico e um grande centro cirúrgico com infraestrutura completa para a realização de cirurgias de média e pequena complexidades. Em parceria com o Governo Federal, a Vila São Cottolengo é gestora do Programa Reabilitar- Medicina Física e Auditiva, que faz a concessão de órteses, próteses ortopédicas e auditivas e meios auxiliares de locomoção, a pacientes do Sistema Único de Saúde.

CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação – Dr. Henrique Santillo, um pouco da história:

A reabilitação física em Goiás tem dois momentos o antes e o depois do CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, nome dado ao Centro/Hospital que foi idealizado a partir de uma visita do então Governador do Estado de Goiás Marconi Perillo e da Presidente das Organizações das Voluntárias do Estado de Goiás (OVG), Dona Valéria Jaime Perillo, ao Instituto de Readaptação de Montreal (IRM), Canadá, referência mundial em reabilitação. O modelo canadense serviu, então, de inspiração para que Valéria Perillo assumisse o compromisso de edificar uma infra-estrutura capaz de oferecer atendimento de excelência, em um alto nível de complexidade, proporcionando tratamento integral ao portador de deficiência física e/ou auditiva.

Para dar continuidade ao projeto constitui-se uma equipe que ficou responsável pelo estudo de um projeto que contemplasse os anseios de Dona Valéria, assim, após visitas nos principais centros brasileiros, Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR e Instituto Municipal de Medicina Física e de Reabilitação Oscar Clark, no Rio de Janeiro, Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD, em São Paulo, foi formalizado o projeto de criação do Centro de Reabilitação.

No processo de implantação do CRER parcerias, como a feita com a ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, AACD – Associação de Assistência a Criança Defeituosa, teve como finalidade a busca de experiências para a implantação de um modelo de Centro de reabilitação que pudesse atender as necessidade da população do Estado de Goiás.

No mês de maio de 2001, atendendo solicitação da OVG, o Governador Marconi Perillo assina ordem de serviço determinando a Secretaria de Infra-estrutura, através da

Agência Goiana de Transporte e Obras – AGETOP, a construção do que viria a ser o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo o nosso atual CRER.

Em 25 de setembro de 2002, contando com uma estrutura física de 8.983,83 m², o CRER iniciou suas atividades com a missão de atender ao grande incapacitado: portadores de lesões, sintomas e enfermidades do aparelho locomotor ou de outros sistemas, como paralisia cerebral, lesão medular, mielomeningocele, amputados, lesão encefálica adquirida e deficiência auditiva.

Ao abrir as portas para o atendimento no dia 25 de setembro o CRER já contava com rotinas e protocolos de atendimento. O projeto inicial previa uma implantação gradativa dos serviços, e para a concretização do programa seria feita contratação de pessoal a medida que fossem surgindo as necessidades. Assim, em 2002, contava com 17 fisioterapeutas, no final de 2004 este número no ano de 2009 já era de 50 fisioterapeutas.

O CRER por ser uma Instituição que trabalha com um sistema de qualificação da ISO, tem uma exigência de qualificação e de níveis de qualidade de atendimento que faz com que os seus profissionais esteja em crescente aprimoramento e aperfeiçoamento profissional. Dentre suas atividades oferece campo de aperfeiçoamento profissional, para os profissionais recém graduados em fisioterapia, a supervisão e o acompanhamento fica sob a responsabilidade dos profissionais. Ao final do tempo previsto para o término do aperfeiçoamento o profissional em processo de aprimoramento tem como obrigação apresentar uma pesquisa científica e finalizar a mesma em forma de artigo, com o processo de orientar e supervisionar o campo de aprimoramento os profissionais estão constantemente envolvidos com pesquisas científicas.

2.3 Desenvolvimento do Profissional: aspectos legais e humanos

A profissão de fisioterapia vem apresentando um crescimento vertiginoso, especialmente nos últimos dez anos, o que requer um nível de aprimoramento e capacitação profissional cada vez mais elevado, para competir no mercado de trabalho, no entanto a realidade da profissão é preocupante no que se refere à remuneração, sabedores desta realidade os conselhos de classe vêm lutando por melhores condições de remuneração do profissional. Com o tema ética e dignidade profissional o Conselho Federal de Fisioterapia e

Terapia Ocupacional (COFFITO) juntamente com os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) lançam o movimento de garantia da dignidade do exercício profissional, que reivindica a criação de uma Referência Nacional de Honorários de Fisioterapia. Trechos dos documentos apresentados no site do COFFITO.

Trechos da CARTA DE BRASÍLIA, MOÇÃO PÚBLICA DE GARANTIA DA DIGNIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (*ARTs. 5º e 7º, incisos XII, da Lei Federal nº 6.316/75*).

1 – Repudiar a atual forma de remuneração e os seus respectivos valores pagos aos fisioterapeutas e aos terapeutas ocupacionais e aos serviços de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, que ferem e aviltam o exercício profissional digno.

2 – Atuar estrategicamente na busca de garantia da justa e honrada remuneração, mediante a gestão política e jurídica junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, Ministério Público, além das casas legislativas competentes para o tema, a partir da regulação e cumprimento, que ora se impõe, do Referencial de Honorários Fisioterapêuticos e Terapêuticos Ocupacionais, como parâmetro deontológico e de legalidade do exercício profissional.

Brasília, 25 de abril de 2009. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Em carta aberta os Fisioterapeutas brasileiros alerta a sociedade para a situação da profissão e conclamam a população a lutar junto com a categoria profissional e as entidades de classe em busca do reconhecimento e da remuneração justa que garantam o exercício digno da profissão de Fisioterapia.

A Fisioterapia atual está alicerçada em evidências científicas e ocupa hoje um lugar de destaque entre as inúmeras profissões da área de saúde. A profissão vem se aprimorando de forma a desenvolver, paulatinamente, novos métodos de tratamento, o que tem levado seus profissionais a buscarem uma melhor qualificação de seu trabalho e maior participação no ensino e na pesquisa.

O cenário atual mostra, de um lado, esta importante expansão das diretrizes para a prática fisioterapêutica como forma de monitorar e garantir excelência na assistência e, de outro lado, dificuldades para a implementação e o desenvolvimento de protocolos fisioterapêuticos, em decorrência da limitação imposta de investimentos na qualificação profissional e em tecnologia científica para o aprimoramento da assistência fisioterapêutica.

Portanto, a atitude necessária para preservar uma assistência fisioterapêutica digna à população brasileira será a **IMPLANTAÇÃO IMEDIATA**, nos sistemas de saúde público (SUS) e suplementar (planos de saúde), do novo **REFERENCIAL NACIONAL DE HONORÁRIOS FISIOTERAPÊUTICOS (RNHF)**, homologado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). (Trechos da carta, publicados no site do COFFITO).

RESOLUÇÃO COFFITO nº. 367, de 20 de maio de 2009 (DOU nº. 114, Seção 1, em 18/6/2009, página 76). Adota o Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos como padrão mínimo remuneratório-deontológico para o exercício profissional do Fisioterapeuta.

CONSIDERANDO que é seu dever zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Fisioterapia e pelo prestígio e bom conceito dessa profissão e dos que a exercem legalmente (Art. 5º, inciso XII, da Lei nº 6.316, de 17.12.75);

CONSIDERANDO que para exercer a Fisioterapia de maneira digna, o fisioterapeuta deve ter boas condições de trabalho e manter-se atualizado, aperfeiçoando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício da sociedade brasileira e do desenvolvimento do exercício da sua profissão;

CONSIDERANDO que é proibido ao fisioterapeuta prestar sua atividade profissional por preço ínfimo e utilizar-se de referenciais de honorários incompatíveis com a dignidade profissional;

RESOLVE:

Art. 1º – Adotar o Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos (RNHF) como padrão mínimo remuneratório-deontológico para o exercício profissional do fisioterapeuta perante os serviços fisioterapêuticos prestados por intermédio do Sistema de Saúde vigente no país.

Art. 2º – Os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional adotarão todas as medidas fiscalizatórias de caráter educativo, preventivo e punitivo, a fim de se fazer cumprir os dispositivos da presente resolução.

3 HOMEM, TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

O objetivo deste capítulo é discorrer sobre o trabalho e das relações do homem com o trabalho sem especificar os tipos de atividade e as áreas de desempenho do trabalho, e com isso descortinar o panorama de como o homem tem percebido o trabalho e sua relação com a natureza. Não será tema neste momento o trabalho específico do Fisioterapeuta, mas sim todo o trabalho como ação humana produtiva e os conflitos advindos desta, as denominações que intitulam essa atividade humana, e sua origem etimológica.

3.1 As Origens e Definições de Trabalho

Assim, para falar das relações do homem com o trabalho, e da qualidade de vida no trabalho (QVT) é preciso viajar pela história em busca das origens do trabalho como fonte de renda e de sobrevivência, tentativa esta, de compreender a definição de trabalho e trabalhador, as mudanças ocorridas, nas relações do indivíduo com o trabalho as implicações destas na sua saúde, o como e o porquê do adoecer, a criação da medicina do trabalho que pretende compreender e evitar o processo de adoecimento. Um desafio, pois, essa complexa relação envolve mazelas que desafiam a compreensão.

O trabalho desde os primórdios dos tempos é visto como punição, segundo Silva, (2000), a origem da palavra trabalho vem do latim “tripalium” referindo-se a um instrumento de tortura. As pessoas que perdiam o direito à liberdade, eram punidas com trabalho forçado. Em Gênesis, Eva e Adão foram castigados por terem comido do fruto da árvore do pecado. “No suor do teu rosto, comerás o teu pão... (3-19)” Ainda hoje, o trabalho é visto como um fardo, um castigo e sinônimo de labuta e sofrimento.

Ferreira (2002, p. 679) corrobora com Silva e define trabalho como: “Aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim. Atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária a realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento”.

Acrescentando que no Brasil, qualquer trabalho remunerado ou assalariado geralmente é qualificado como serviço, emprego, popularmente é tido como lida, labuta. Estas definições remetem ao conceito de trabalho como algo penoso; o indivíduo vende sua força de trabalho incluindo suas faculdades humanas físicas e mentais por um valor em dinheiro.

Muito embora seja comum encontrar a palavra labor como sinônimo da palavra trabalho, no conceito de Arendt (1999) a atividade humana é designada por três palavras, labor, trabalho e ação, e estão ligadas às condições básicas da vida humana. O labor está relacionado com o processo biológico do corpo humano. O trabalho tem a ver com a produção artificial de coisas, é com ele que ocorre a transformação do ambiente natural, que traz consigo a vida individual. A ação refere-se à atividade entre os homens, correspondendo à condição humana da pluralidade.

Na mistura de concepções religiosa e cultural-familiar, o sentido do trabalho é pessoal, único e contraditório, obrigação e prazer. No entanto o homem moderno encontra dificuldade em dar sentido à vida, se não, pelo trabalho. Com isso, adquire novo significado: o trabalho como necessidade e razão de vida. (Kanaane 1994 *apud* SILVA, 2000). 'Do ponto de vista psicológico, o trabalho provoca diferentes graus de motivação e satisfação, principalmente, quanto à forma e ao meio no qual se desempenha a tarefa'. O trabalho é essencial na vida das pessoas, no livro *Indivíduo trabalho e sofrimento*, os autores, consideram-no mágico.

Os estudos que até hoje se dispuseram a compreender o trabalho parecem esquecer que ele é mágico, ou seja, é sempre sincrético de um universo latente, escondido aos olhos do observador ingênuo, sempre não é o que aparece, sempre se parece com o que não é. O trabalho é mágico porque é duplo, carrega em si a maldição da mercadoria, a fantasmagoria do dinheiro: de um lado aparece como valor de uso, realizador de produtos capazes de atender necessidades humanas; de outro, como valor de troca, pago por salário, criador de mercadoria, e ele mesmo é uma mercadoria no mercado. (CODÓ; HARUYOSHI; SAMPAIO, 1993, p. 97).

A compreensão do trabalho e de suas origens está impressa na memória do indivíduo, como uma experiência boa ou ruim dependendo de como é vivida e de como o trabalho e o significado do fazer produtivo participa da sua vida, se como prazeroso ou penoso. Para Giussani o homem carrega suas memórias e seus significados.

[...] é na memória que o homem carrega o seu significado; o significado não é uma invenção, é o sentido do caminho; e é a memória que registra o sentido do desenvolvimento que é o nosso tempo. É uma grande maturidade ter presente o valor de si mesmo como memória. Aliás, a pessoa nunca tem presente a si mesma, a não ser na memória, a não ser no olhar cordial que não perde de vista o próprio

enraizamento no passado, passado do qual unicamente solicita a imagem real e a energia para o futuro (Giussani, 1997 *apud* CAMPOS, 2000, p. 32).

De acordo com Souto (2009), o trabalho tem significado na vida do homem não só pela manutenção da subsistência, mas também, pelo fato de que através do trabalho o indivíduo tem a oportunidade de crescer, desenvolver, expressar e usar suas habilidades e talentos. O trabalho sendo um maneira de engrandecer a vida não deve ser fator gerador de doenças, no entanto, para Dejours (1994) os processos psicossociais interferem nos indivíduos e nas organizações; a compreensão do processo requer uma análise da relação prazer, sofrimento e trabalho e diz respeito à organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde mental do trabalhador.

Conceito de trabalhador para Souto.

... trabalhador é toda pessoa, homem ou mulher, que exerce atividades para sustento próprio e de seus dependentes, qualquer que seja a sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Incluem-se ainda no grupo de trabalhadores todos os que exercem trabalhos domésticos, avulso ou agrícola, os autônomos, os servidores públicos e os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. Devem-se também considerar como trabalhadores as pessoas que exercem atividades não remuneradas, habitualmente em ajuda a membro da família que tem uma atividade econômica, ou trabalhem como aprendiz ou estagiário. Mas ainda, podem-se incluir no grupo de trabalhadores aqueles que estão, definitiva ou temporariamente, afastados do mercado de trabalho por doença, desemprego ou aposentadoria (SOUTO, 2009, p. 39).

3.2 O Trabalho e a Atividade Produtiva

Segundos os autores, Codo; Haruyoshi Hitomi; Sampaio Coelho (1993), a palavra atividade como sinônimo de trabalho, de profissão, ocupação, ofício, tarefa, aparece como uma forma de conceituar a ação, em oposição ao lazer. Etimologicamente a palavra trabalho origina-se antes da palavra atividade, e as várias ciências dão significados específicos para as duas palavras. Na filosofia a palavra atividade aparece como “qualidade de ser em ato”, e nem toda atividade humana é trabalho, o trabalho tem correspondência com a produção de um bem material ou espiritual, ou seja a palavra trabalho está vinculada a um produto, a palavra atividade não pode ser usada para homens e animais, a palavra trabalho está relacionada à ações humanas. A tentativa de esclarecer os conceitos de trabalho e atividade remetem a definições de Vazquez e Souto.

O trabalho é atividade humana, governada pela consciência, ou seja, por fins idealmente postos antes da execução propriamente dita. Enquanto tal, esta atividade não pode ser separada do objeto e produto em que atua, não é uma consciência pura, mas material concreta (VAZQUEZ, 1977 apud CODO; HARUYOSHI HITOMI; SAMPAIO COELHO, 1993, p. 87).

Trabalho é entendido como todo esforço que o homem, no exercício de sua capacidade física e mental, executa para atingir seus objetivos em consonância com princípios éticos. Qualquer forma de trabalho humano reveste-se de dignidade, porque é um dar de si, a pessoa que o realiza, e seus resultados expressam a nobreza e a beleza de criar, aperfeiçoar ou cooperar, bem como a coragem de lutar.

Todo homem tem o direito ao trabalho digno, a fim de realizar-se e garantir sua subsistência, assim como daqueles por quem é responsável (SOUTO, 2009, p. 37).

A definição de trabalho como sinônimo de atividade, que com o tempo incorporou outras palavras: ocupação, ofício, profissão, tarefa. Para os autores, Codo; Haruyoshi Hitomi; Sampaio Coelho (1993), na sociedade capitalista o resultado do trabalho não é apenas um produto ou utilidade é mercadoria para negociação no mercado. O trabalho como processo apresenta aspectos qualitativos, a produção para satisfazer as necessidades humanas. E, como mercadoria possui valor que incorpora o trabalho no seu aspecto quantitativo e abstrato enquanto tempo socialmente gasto na produção da mercadoria. O trabalho transformado em mercadoria é unidade do processo de formação de valor. “Utilidade e valor, qualidade e quantidade, concreto e abstrato, conteúdo e forma, indivíduo e sociedade tornam-se, através do trabalho, unidades, tornam-se mercadorias.” (CODO; HARUYOSHI HITOMI; SAMPAIO COELHO, 1993, p. 149).

O trabalho enquanto atividade independe de quem o realiza e da organização na qual é realizado, é discutido por Saratto e Olivier-Heckler de forma genérica.

Estamos falando do trabalho visto não como mera necessidade para a sobrevivência, concreto, objetivo, inserido no mercado de trabalho formal ou informal, mas sim como uma atividade humana nobre e muito especial. E o que tem de especial nesta atividade, o que a diferencia de outras tantas atividades que realizamos no nosso contato cotidiano com o mundo que habitamos? É simples: falamos em trabalho quando, independente da relação financeira definida por vínculos empregatícios, contratos de trabalho, salários, deveres e direitos trabalhistas, uma atividade resulta em um produto que transforma a natureza e permanece no tempo e no espaço. [...] trabalho humano acumulado ao longo dos séculos. Graças ao trabalho, gerações posteriores partem do que foi construído pelas anteriores, transformando, completando, renovando, mas cada geração não precisa redescobrir tudo, reinventar a roda, a lâmpada; o produto do trabalho conserva as riquezas de uma geração para as seguintes e permite que continuem do ponto que as anteriores pararam. Daí sua nobreza, sua fascinação.

O trabalho, enquanto atividade criativa e de transformação, modifica não apenas o mundo, mas também o homem que o executa. O homem se reconhece no seu trabalho e se orgulha daquilo que constrói, se orgulha do fruto do seu trabalho e também se transforma nesse processo. Modifica seus hábitos, seus gostos, seu jeito de ser vestir, seu modo de comportar-se. O trabalho enriquece o homem e não estamos aqui falando em dinheiro, em acúmulo de bens (mesmo porque distribuição de renda é um capítulo à parte), estamos falando em conhecimento, experiência,

habilidades, enfim, desenvolvimento da forma mais ampla que podemos pensar (SARATTO e OLIVIER-HECKLER, 1999, p. 111-112)

Os autores fazem uma análise do trabalho enquanto atividade que transforma o mundo, cujo produto permanece além do trabalhador, porém nem sempre retorna para o homem de forma positiva. E não se furtam de falar sobre o trabalho concreto, realizado nas fábricas, nos campos, nas escolas, nas oficinas, nas casas. O trabalho organizado de diferentes formas transforma a natureza, deixando ali sua marca. Assim, o homem reconhece, como seu e a si mesmo, o fruto da transformação. O homem quando realiza uma tarefa não investe somente energia física, a relação não é meramente objetiva, antes sim, é carregada de subjetividade, traduzida em alegrias, sonhos, insatisfações, queixas. Não sendo possível, ao homem, despir-se de seus sentimentos ao ir para trabalho.

De acordo com Batista e Codo (1999) o tipo de profissão estabelece uma relação do trabalhador com o trabalho, neste caso, a educação que, obrigatoriamente, exige vínculo afetivo e emocional com o trabalho, o trabalho participa agregando ou subtraindo conflitos. Frente ao sofrimento do trabalho cada indivíduo adota estratégias individuais de fuga, para a fuga não há limites, tudo é permitido pela louca imaginação dos homens. A realidade normal do trabalho traz implícito o esforço das entregas pessoais, do cansaço, porém, se ocorre o reconhecimento do outro pela realização do trabalho, a valorização dá sentido ao trabalho e transforma sofrimento em prazer.

3.3 O homem, trabalho e equilíbrio psíquico e físico

Para Campos (2000), o objeto de estudo da psicologia é a alma humana, que busca por meio do saber científico entender as ações e reações do indivíduo. Como ciência a Psicologia Crítica enfrenta o desafio de analisar o homem como agente de sua história, como ser criativo, capaz de encontrar soluções, de inventar a própria história da humanidade. A relação criativa, entre homens e mulheres, marcos de nossa cultura, a capacidade de criar e sentir emoções é própria do ser humano, expressos pelo pensamento e a linguagem. As emoções presentes nos animais garantem a sobrevivência das espécies, no ser humano constituem as bases da comunicação, que desenvolve a fantasia ao se relacionarem com palavras, pensamentos e imaginação.

Segundo o autor, para que ocorra o saber profissional é necessário resgatar o saber popular e assim, permitir as trocas entre as pessoas aparentemente diferentes. Afirmar que o agir é uma necessidade da condição humana e ao agir gera um poder transformador. “Impulso para agir: poder e ação. O ser humano, ao agir, transforma a natureza e se transforma. Porém, o que o leva a agir?” (CAMPOS, 2000, p.63).

De acordo com Dejours (1994 *apud* MACEDO, 2004) a subjetividade e individualidade permeiam as relações entre as pessoas no ambiente das organizações, enquanto para muitos o trabalho é fonte de equilíbrio, para outros é causa de fadiga e tensão.

O conceito de prazer tem relação com a carga psíquica proveniente da demanda física, cognitiva e afetiva exigida na realização da tarefa. O trabalho deverá proporcionar condições de pulsão. “Dessa forma, o trabalho pode ser visto como fator de estruturação psíquica quando permite a vivência dessa descarga pulsional e, conseqüentemente, o prazer.”

Para Marx (*apud* CODO; HARUYOSHI HITOMI; SAMPAIO COELHO, 1993, p. 128) “Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula, controla seu metabolismo com a natureza”. Os autores afirmam que a força de trabalho e o trabalho abstrato só se realiza e existe na sociedade na medida em que satisfaz as necessidades humanas de segurança e de prazer, ou seja, enquanto produtor de valores de uso. O trabalho concreto posto como fazer específico, da produção de objetos de uso humano.

O saber produtivo é revelado pelo indivíduo no fazer socialmente valorizado traduzido pela sociedade capitalista pelo trabalho assalariado e capital. Neste contexto o sujeito delimita o saber e o fazer e expressa sua condição de existência enquanto trabalhador.

Para o estudo da psicologia social interessa a relação do indivíduo trabalhador assalariado com o dia-a-dia, o impacto do trabalho diário no equilíbrio individual, as transformações operada no saber produtivo e a forma de apropriação do fazer pela sociedade capitalista.

O equilíbrio no trabalho depende da relação que o homem mantém com este, para Dejours “O tema, *Equilíbrio ou fadiga pelo trabalho*, faz surgir por sua própria formulação o paradoxo psíquico do trabalho, Fonte de equilíbrio para uns, é a causa de fadiga para outros.” (1994, p.22).

3.3.1 Afetividade e trabalho

Na definição de, Codo e Gazzotti (1999, p. 51) “A palavra afeto vem do latim *afectu* (*afetar, tocar*) e constitui o elemento básico da afetividade, conjunto de fenômenos psíquicos que se manifestam sob a forma de emoções.”

O afeto traduzido em cuidado reúne as características de trabalho, a definição é do livro *Educação: Carinho e Trabalho*.

O cuidado, por definição, é uma relação entre dois seres humanos cuja ação de um resulta no bem-estar do outro. Podemos chamar esta ação de trabalho porque ela se enquadra perfeitamente em nossa definição anterior: é uma relação de dupla transformação entre homem (no sentido de ser humano que cuida) e objeto (no sentido de externo ao homem; o outro que recebe o cuidado). Na medida em que cuida de outrem, o cuidador se transforma, na mesma medida em que transfere para o outro parte de si e vê neste o seu trabalho realizado. Ora, nesta definição podemos colocar também o trabalho doméstico que, em sua extensão, termina por enquadrar também o cuidado. Neste sentido não enquadra, necessariamente, apenas as atividades remuneradas (CODO; GAZZOTTI, 1999, p. 53).

Para os autores no desenvolvimento do trabalho é necessária uma relação afetiva, quer seja com os outros quer seja na relação do trabalhador com o produto do trabalho.

Nas relações de trabalho o vínculo de afetividade não se concretiza na sua plenitude gerando contradição. O trabalho torna o homem um animal e rouba a sua história, o seu ser e o seu existir. O trabalho concreto é transformado em abstrato, mercadoria, com valor de troca, e assim, desnuda o trabalho das marcas que importou do trabalhador.

Segundo Codo; Gazzotti (1999), para as pessoas que se dedicam ao ofício de ensinar, o trabalho só é possível na presença da relação afetiva, pré-requisito para alcançar os objetivos do trabalho. A afetividade é catalisadora das relações professor, aluno, família.

O exercício de ensinar requer afetividade, num jogo de encanto que quer despertar o interesse e a atenção do aluno para o conteúdo ensinado. É diante dos vínculos afetivos que ocorre o processo ensino-aprendizagem. Fator obrigatório na relação professor/aluno, enfermeiros/paciente, crianças/cuidador.

Ainda, segundo Codo e Gazzotti (1999), a relação de afetividade no trabalho é contraditória, na medida em que, por um lado requer o dar afetivo e por outro não propicia retorno para o indivíduo, sem o retorno afetivo o circuito não se completa, ou seja, a relação de afetividade não possibilita ao trabalhador a reapropriação do seu trabalho. Para manter o equilíbrio psíquico o trabalhador reapropria do investimento subjetivo de forma simbólica. O sucesso dos mecanismos e estratégias possibilita a manutenção da saúde mental.

O equilíbrio depende das possibilidades de vazão desta afetividade por vias que possam oferecer alívio de tensão. Cada trabalhador, de seu jeito, busca formas de dar vazão a tensão. Exemplo: um ambiente de trabalho hostil influencia os indivíduos que tendem a potencializar e desenvolver sofrimento psíquico, ao contrário, um ambiente de trabalho cooperativo, tende a reduzir a tensão.

Para os autores os laços afetivos ocorrem parcialmente, a lógica é que para realizar bem o trabalho precisa haver envolvimento. Nas relações de cuidado com os clientes, sejam eles, alunos, pacientes etc., para evitar o sofrimento evita-se o envolvimento.

[...] O trabalho requer um vínculo afetivo, mas a forma de organização do trabalho não permite que este circuito afetivo se complete, pois a tarefa requer que se obedeça a algumas regras, que são regidas quer pela técnica, que pelo cronograma preestabelecido, quer pelo programa, quer pelas normas ou determinações dos superiores, quer por questões administrativas, enfim: cuidar não envolve apenas oferecer afeto, mas há princípios a serem obedecidos quando se fala do cuidado profissionalizado (CODD; GAZZOTTI, 1999, p. 57).

3.3.2 O trabalhador e as condições de trabalho

Dejours (1994) fala das condições entre o homem e a realização do trabalho, refere a existência de um espaço que permite invenções e ações do modo operatório, isto é, o trabalhador para atender suas necessidades e desejo exerce uma influência sobre a organização do trabalho, com o bloqueio desta influência, *começa o domínio do sofrimento – e da luta contra o sofrimento*, é neste sentido que segundo Souto (2009), os empresários deveriam dar atenção as sugestões e críticas feitas pelos trabalhadores pois estes percebem melhor as condições de trabalho e tem muito a contribuir.

E, Rodrigues (1994), faz um alerta em relação as condições de trabalho que não permite o processo criativo, onde segundo o autor a monotonia do ambiente de trabalho deve ser motivo de preocupação e questionamento.

Partindo desta inquietação algumas empresas iniciam tímidas ações para melhoria do ambiente de trabalho. Segundo o autor o taylorismo e o fordismo influenciaram os aspectos motivacionais com projetos de cargo e melhorias do ambiente físico de trabalho, proporcionando melhores condições de trabalho, aos trabalhadores da época.

TAYLOR valorizou o trabalhador e lhe deu condições de ganhar proporcionalmente a sua produção. A forma racional de execução das tarefas, apresentadas pelo taylorismo, levou o trabalhador a um desgaste físico quase desumano, numa visão atual, mas, sem dúvida, tornou a tarefa mais significativa.

Os valores introduzidos por TAYLOR aparentemente proporcionaram ao trabalhador, na época, uma melhor Qualidade Vida no Trabalho e serviram de base para o atual estudo do comportamento humano no trabalho.

Assim as idéias de TAYLOR ainda estão vivas. Com outros títulos ou rótulos ou inseridas implicitamente nas diversas escolas sociais ou de produção. Logo não podemos desprezá-las ao analisarmos, hoje, a Qualidade de Vida no Trabalho. Qualidade esta deflagrada no início do século, provavelmente pela expectativa de maiores recompensas ou mesmo pelo fato de se manter ou conseguir um emprego. (RODRIGUES, 1994, p. 30).

O trabalho enquanto mercadoria com valor de troca perde sua relação com a natureza.

Quando considerado enquanto produtor de mercadorias, ele mesmo como mercadoria, quando aparece sob a forma de valor de troca, o trabalho perde sua especificidade e o vínculo estreito que mantinha com a construção da subjetividade do trabalhador, deixa de ser o “metabolismo” entre o homem e natureza, a que se referia Marx, para plasmar uma outra identidade, uma outra subjetividade, a de vendedor da força de trabalho. Trata-se aqui de vendedores de sua força humana real que se identifica com a capacidade de os homens produzirem sua existência. E o trabalho é aqui tomado, principalmente, como a capacidade humana comercializada e geradora de valores materiais socialmente reconhecido em sua utilidade social – valores de troca (CODO; HARUYOSHI HITOMI; SAMPAIO COELHO, 1993, p. 118)

Segundo Macêdo (2004) o trabalhador vivência nas organizações o contraditório entre, prazer e sofrimento, os conflitos e contradições tem sua origem no confronto entre os desejos e as necessidades do corpo e da mente. No contexto de produção das organizações o indivíduo experiencia a angústia, o medo e a insegurança, às vezes inconsciente, e/ou compartilhada por um grupo. A organização, as condições e as relações de trabalho envolvem questões sociais e do ambiente físico do trabalho. E é por isso que Dejours (1994) pondera que a subjetividade deve ser considerada no planejamento da produção.

Macêdo e Mendes (2004) concordam com Dejours que a organização do trabalho envolve aspectos técnicos e sociais que tratam dos aspectos do ambiente físico e das relações de trabalho.

As condições de trabalho envolvem o ambiente físico, como sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som; instrumentos, ferramentas, máquinas, documentação; equipamentos materiais arquitetônicos, aparelhagem e mobiliário; matéria-prima e recursos informacionais; suporte organizacional como informações, suprimentos e tecnologias; e política de remuneração, desenvolvimento de pessoal e benefícios.

As relações sociais de trabalho englobam as interações hierárquicas, interações coletivas intra e inter-grupos e as interações externas com os clientes, usuários, consumidores, representantes institucionais e fornecedores. (MACÊDO E MENDES, 2004, p. 65).

Benevides-Pereira (2002, p. 13) considera o trabalho como essencial na vida do indivíduo. Com esse pensamento acredita que o mundo do trabalho possa vir a ser um espaço de prazer, não apenas de sofrimento, e de subsistência da vida, mas, parte de uma existência com qualidade. Assim, “[...] nos últimos anos tem-se observado e dado maior relevância ao impacto do labor na saúde física e mental.” Dejours (1994), analisa a dinâmica entre o psiquismo/organização do trabalho geradora de sofrimento e de outro lado as estratégias defensivas, individuais e coletivas, com motivação no mesmo sofrimento.

De acordo com Dwyer (2006), o indivíduo ao desempenhar suas atividades laborais desenvolve um conhecimento que combina verdade e justiça, recria uma tradição cultural, que é expressa em seu estilo de vida, na música e nas lutas. Os relatos históricos sobre as condições de vida e de trabalho de um segmento das classes sociais expressam essa tradição cultural.

Macedo (2004) apresenta como geradores de sofrimento os fatores: sobrecarga, ansiedade, frustração, desgaste, sentimento de desânimo, cansaço, tensão emocional, e estresse no trabalho; e ainda, a desvalorização e as cobranças por desempenho e produtividade.

Segundo o autor o uso eficaz de estratégias de mediação re-significa o contexto de produção e pode gerar satisfação na produção de bens e serviços, a identificação com o trabalho promove realização, bem-estar, sentimento de gratificação, orgulho; anseios pessoais e profissionais fruto da certeza de estar livre para pensar, organizar e falar sobre o trabalho.

O prazer é uma vivência que se manifesta por meio da realização, que é o sentimento de gratificação, orgulho e identificação com um trabalho que atende às necessidades profissionais, e liberdade, sentimento de estar livre para pensar, organizar e falar sobre o trabalho. Ele é considerado um dos indicadores de saúde no trabalho por possibilitar estruturação psíquica, identidade e expressão da subjetividade individual em função de uma subjetividade no trabalho que viabilize as negociações, a formação de compromisso e a ressonância entre o subjetivo e a realidade concreta de trabalho. (MACÊDO; MENDES, 2004, p. 66).

Para Macedo e Mendes (2004) as pesquisas têm mostrado que o prazer e o sofrimento coexistem no contexto das relações de trabalho. O ambiente interno de cultura organizacional e externo, ameaças e inseguranças relacionadas ao emprego/desemprego, geram sofrimento. Ao contrário o trabalho como realização, identificação, valorização e reconhecimento, facilita a saúde do trabalhador, e propicia vivências de prazer. A não oportunidade de crescimento profissional e condições de trabalho desfavoráveis levam as estratégias de enfrentamento do sofrimento ao fracasso. Para Caixeta (2004) o indivíduo lança mão de condutas e mecanismos de defesa para suportar o sofrimento no ambiente de trabalho.

O fator tempo contribui objetiva e subjetivamente na construção do sentido do trabalho, o equilíbrio do tempo entre a vida no trabalho e fora dele são interdependentes e influencia a qualidade de vida no trabalho. Todas as estratégias são válidas quando o objetivo é encontrar o caminho que mobiliza a energia psíquica para o encontro do prazer no trabalho. Dejours, concorda com os autores:

“[...] o caminho que conduz ao trabalho saudável é o mesmo que respeita a identidade em sua construção plena dentro de um trabalho cuja organização seja eticamente prescrita, respeitando potenciais e limites da condição humana. Podemos vislumbrar, então, que este é também o itinerário que conduz à criatividade e ao comprometimento com a realização de um trabalho de alta qualidade (DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 1994, p. 18).

O sofrimento do trabalhador é expresso no seu dia-a-dia seja na relação com o produto de seu trabalho ou na sua vida pessoal. O conflito pode ser pessoal, ou seja, o indivíduo em confronto com ele mesmo. Na impossibilidade de realizar o desejado a energia deverá ser canalizada para outros objetivos, do contrário, surgem conflitos internos que levam ao sofrimento psíquico.

Segundo Codo e Gazzotti (1999, p.59), a procura pela resolução do conflito envolve duas dimensões: uma afetiva e outra racional. O conflito pode levar a um crescimento pessoal e profissional. Às vezes é necessária ajuda de psicólogos, terapeutas, conselheiros etc., para redirecionar os conflitos provocados pelo sofrimento, transferindo para o objeto as frustrações e as angústias. Não ocorrendo à transferência para o objeto, pode haver o desgaste emocional com o redirecionamento para o próprio corpo. Neste caso a energia afetiva não encontra vazão, retorna para sua origem e inverte a polaridade, o afeto passa de energia construtiva para energia negativa, destrutiva, de si mesmo. No caso de conflitos afetivos a culpa não pode ser transferida para o objeto.

De acordo com Dwyer (2006, p. 91), em 1918, o Conselho Britânico de Saúde Mental (British Mental Health Board), mais tarde, Conselho de Pesquisa sobre Fadiga Industrial (Industrial Fatigue Research Board), publicou o resultado de uma pesquisa que demonstrava as relações entre fadiga e acidentes: “[...] um aumento da jornada de trabalho de 60 para 72 horas estava associado a duas vezes e meia mais acidentes.” a pesquisa comprovando as relações desfavoráveis de uma extensa jornada de trabalho sobre o número de acidentes de trabalho, foi determinante no resultado das convenções de trabalho aprovadas. “[...] o Escritório Internacional do Trabalho: das 30 convenções aprovadas entre 1919 e 1939, no mínimo oito referiam-se às limitações das horas ou da semana de trabalho.”

Não é de hoje que se busca construir um conhecimento sobre o como o Trabalho pode afetar a Saúde a partir do conhecimento do próprio trabalhador. Uma das experiências conduzidas nesse sentido e conhecida internacionalmente é aquela desenvolvida pelo movimento operário italiano entre fins da década de 60 e meados da década de 70, conhecido como Modelo Operário (Odone e cols., 1986). ... O Modelo Operário expressava uma possibilidade de os trabalhadores de base serem os sujeitos de um processo de geração de conhecimento que viesse a nortear as reivindicações de melhoria de condições de trabalho e saúde. Ele parte do pressuposto de que os trabalhadores são portadores de um conhecimento gerado no seu dia-a-dia de trabalho e que este deve ser privilegiado, sendo o ponto de partida da luta pela saúde nos locais de trabalho (SATO, 1995, p. 48).

De acordo com Sato (1995) a doença carrega implícito a atividade/inatividade e pode encobrir o desejo de afastar-se do trabalho. No entendimento da medicina tem relação com o estado orgânico, funcional e anatômico do corpo.

Pereira, afirma que não só a saúde física, mas, também a mental, sofrem impacto da atividade laboral, [...] nos últimos anos tem-se observado e dado maior relevância ao impacto do labor na saúde física e mental. E o *Estudo da efetividade das ações de intersectorialidade desenvolvidas pelo SUS-Goiânia* cita ações do Ministério da Saúde 2002 na promoção da saúde.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador estabelece que os Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, devem formular ações integradas com o objetivo de garantir condições de trabalho, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental. (POLÍTICA NACIONAL DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR, 2004).

A Portaria Interministerial No. 153, de 13 de fevereiro de 2004, nas suas alíneas (c) e (d) têm como atribuições:

- c) elaborar proposta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, observando as interfaces existentes e ações comuns entre os diversos setores do Governo;*
- d) analisar e propor ações de caráter intersectorial referentes ao exercício da garantia do direito à segurança e à saúde do trabalhador;*

Atendendo ao disposto na Portaria n° 1.679/GM de 19 de julho de 2002 e na Portaria n° 2437/GM de 07 de dezembro de 2005, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) foram Implantados pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). O CEREST oferece retaguarda técnica ao SUS e tem o seu foco de atenção nas ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.

Os Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência Social acolhendo as históricas reivindicações dos trabalhadores brasileiros por melhores condições de vida no trabalho, promovem a 3.a Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador que tem como lema “**Trabalhar sim, adoecer não**” (3a CNST - coletânea de textos. Dezembro, 2003). (grifo nosso).

A Comissão Tripartite Intergestores aprovou, em reunião, de 13 de dezembro de 2007, em Brasília, **a inclusão da Saúde Mental como prioridade no Pacto pela Vida**. Com isso a Saúde Mental deixa de ser prioridade somente do gestor federal e passa a ser pactuada como prioridade dos gestores estaduais e municipais de saúde.

3.4 Trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho

Segundo, Rodrigues (1994), a Qualidade de Vida no Trabalho tem preocupado o homem desde os primórdios dos tempos, com nomes e contexto diferentes, porém, o objetivo é o mesmo, facilitar e satisfazer o bem-estar do trabalhador na efetivação da tarefa.

Na tentativa de compreender e de preservar a saúde do trabalhador, nasce, a medicina do trabalho, nos meados do século XIX, na Inglaterra, após o advento da Revolução Industrial quando o trabalho era realizado em condições de submissão num processo acelerado e desumano de produção, a intervenção foi necessária, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e a reprodução do próprio processo produtivo. Mendes e Dias (1991), citam que Robert Dernham, proprietário de uma fábrica têxtil, contratou seu médico particular Dr. Robert Baker para trabalhar na sua fábrica, iniciando, em 1830, o primeiro serviço de medicina do trabalho.

Segundo Dwyer (2006), o governo da Grã-Bretanha designou em 1898, o primeiro inspetor médico oficial. A França constituiu a inspeção médica no mesmo ano. Embora nestes países e nos Estados Unidos as empresas privadas, já empregavam médicos e enfermeiros muito antes dessa data. Mesmo assim, a primeira associação profissional de médicos do trabalho, dos Estados Unidos, foi criada em 1915. Surge, logo após II Guerra Mundial, na França, a ergonomia como forma de reduzir os impactos do trabalho.

O médico do trabalho para, Dejours e Abdoucheli (1994), está imerso nas relações sociais de trabalho, podendo, eventualmente, perceber no discurso evidente de sofrimento dos

agentes uma ligação com a realidade das situações de trabalho, que ele conhece por suas próprias práticas.

De acordo com Dwyer (2006), os órgãos estatais têm o dever de intervir no local de trabalho, na figura dos técnicos, médicos, enfermeiros, ergonomistas e outros, mediando às relações entre empregador e empregados a respeito dos acidentes industriais. No quadro dos acidentes, o trabalhador torna-se o elemento-chave, a partir dessa idéia surgem disciplinas e subdisciplinas acadêmicas, como a medicina a psicologia do trabalho e a ergonomia que tem como foco o estudo das condições de trabalho e do ambiente de trabalho.

O termo QVT não tem uma definição objetiva, abrange uma série de ações que tem a ver com as condições de trabalho, o ambiente, os benefícios oferecidos pela instituição, o bem estar do trabalhador, e a subjetividade de sua identificação com o trabalho desempenhado, as relações sociais de trabalho os valores morais e princípios éticos de respeito que vigoram na organização.

As experiências vividas são subjetivas e podem influenciar os valores pessoais do trabalhador, transmitidas e compartilhadas com o grupo podem provocar mudanças.

O espaço em que a autonomia é exercida, ou seja, existe criatividade e liberdade para pensar e agir de maneira independente, e que permite as pessoas fazerem opções, criar e explorar a Auto-determinação. Dejours (1994, p. 18) reforça este conceito quando diz que a: “[...] presente conjuntura, para buscar alternativas capazes de uma renovação favorável a uma ética do trabalho na qual o respeito ao trabalhador possa fundamentar a desejada construção do sentido.”

De acordo com Souto (2009) o trabalhador reconquista a sua dignidade humana com o direito ao trabalho e a um ambiente salubre e seguro, para a efetivação desse direito uma equipe multiprofissional, constituída principalmente de médicos do trabalho e engenheiros de segurança do trabalho, ergonomistas, toxicologistas, epidemiologista, estatísticos, fonoaudiólogos, químicos, físicos, psicólogos, advogados, enfermeiros, técnicos em segurança, e ainda outros profissionais das áreas das ciências biológicas e das ciências exatas, de nível superior ou médio, se dedica ao estudo das questões do homem em seu trabalho e do ambiente que o envolve.

Para Dwyer (2006), do final da I Guerra Mundial até o fim da década de 1960, as indústrias vivenciam uma redução dos acidentes, um clima de paz e harmonia como sinal do êxito, das instituições, na prevenção proposta pelos objetivos sociais fixados. Assim, nas décadas de 1920 até 1950 o número de acidentes declina nas nações avançadas, voltando a crescer, em alguns países, no final da década de 1960.

Após a ascensão do Japão como país industrial, a atenção das organizações ocidentais centraliza-se nas técnicas de gestão, deixando de lado os estudos sobre a qualidade de vida no trabalho até o final dos anos de 1970.

Na opinião de Dwyer (2006), a II Guerra Mundial, é responsável pela busca da compreensão do homem, pela necessidade de compreender e operar os complexos dispositivos para a guerra, as forças armadas Americana impulsionam o estudo da compreensão do fator humano, pois, do contrário, poderia significar perdas de pessoal e de equipamentos.

Com o surgimento de estudos e teorias sobre as práticas de qualidade de vida no trabalho muitas empresas tem buscado alternativas para atender os interesses do capital e dos trabalhadores. Rodrigues (1994) chama a atenção para as concepções distintas vivenciadas nas organizações, na primeira metade do século, uma voltada para a produtividade e outra preocupada com a satisfação do trabalhador. Segundo McGregor (1980), citado por Rodrigues (1994), na década de 50 surgem às primeiras teorias que associa esses dois conceitos. “[...] pensava-se que não só era possível unir à produtividade a satisfação, como o bom desempenho do trabalhador lhe proporcionava satisfação e realização.” (p. 19).

Para Goulart e Sampaio (1999 apud CAIXETA, 2004, p.85), “Qualidade de Vida é um termo global que integra aspectos do mundo interno e externo da pessoa, lugar de origem, contexto e subjetividade.”

Para Macedo e Mendes (2004) a QVT ocorre quando a organização consegue atender as necessidades pessoais e profissionais, incluindo a implantação de melhorias inovações gerenciais tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho.

O bom desempenho do negócio depende do planejamento adequado e da participação dos trabalhadores na solução de problemas e tomada de decisões e as estratégias não estão apenas voltadas para o lucro.

A QVT tem um papel importante quando o desejo é o crescimento da produtividade e do bem-estar dos trabalhadores. Existe uma, permanente, busca por melhorias nas organizações e nas relações de trabalho, impulsionada pelo desejo de aumentar a produtividade e gerar recursos que garantam a continuidade de investimento no bem-estar organizacional.

As autoras afirmam que as organizações devem preocupar-se com o bem-estar do trabalhador, levando-se em contas a subjetividade do trabalho e do ambiente de trabalho.

[...] pode-se afirmar que a QVT. Inevitavelmente, requer a construção de um espaço organizacional que valorize a subjetividade dos trabalhadores, considerando-os sujeitos do seu trabalho e não objetos de produção. É importante que haja uma cultura organizacional voltada para o desvendar do potencial criativo de seus trabalhadores, oportunizando a eles a participação nas decisões que afetam sua vida no trabalho. No entanto, nem sempre isso ocorre, fazendo emergir dilemas para as lideranças de como oferecer as condições necessárias para que os esforços humanos se mobilizem efetivamente na realização dos objetivos organizacionais, e ao mesmo tempo, planejando atividades com suficiente significação e recompensa para os trabalhadores e que propiciem, simultaneamente, tanto o reconhecimento pelos seus esforços empreendidos no desempenho das tarefas quanto o incremento da sua produtividade. (MACEDO E MENDES, 2004, p.62).

Segundo Mendonça e Macêdo (2004) o contexto de crises econômicas causa desemprego e instabilidade, fatores geradores de estresse e insegurança para o trabalhador que vê sua qualidade de vida negligenciada em detrimentos de redução de custos e aumento de produtividade. Nessa conjuntura a palavra de ordem é a sustentabilidade financeira a QVT é relegada ao segundo plano.

Para os autores a preocupação com a saúde do trabalhador e a qualidade de vida no trabalho não é assunto de agora, porém, mais recentemente o tema vem preocupando estudiosos e dirigentes de organizações que procuram compreender os fatores que motivam a satisfação do trabalhador. Com isso o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem evoluído e ampliado em direção a humanização do trabalho e responsabilidade social das organizações. Tamayo (2004) concorda com Mendonça e Macêdo (2004) que a qualidade de vida no trabalho tem sido objeto de preocupações e pesquisas.

O termo Qualidade de Vida no Trabalho tem sido utilizado para se referir a uma série de preocupações e projetos, sendo redefinido no transcorrer do tempo, à medida que a concepção de trabalho evoluiu. Este também tem ampla abrangência na organização a ponto de qualquer iniciativa de melhoramento das condições de trabalho, ou mesmo das atividades desenvolvidas, serem denominadas QVT. (TAMAYO, Álvaro et al, 2004, p. 131).

Segundo, Saratto e Olivier-Heckler (1999), tudo que as organizações buscam é um trabalhador satisfeito e comprometido com o trabalho, o sentimento de satisfação no trabalho gera produtividade e qualidade do trabalho. A satisfação no trabalho gera bem-estar e trabalhador saudável, mais produtividade. Para Benevides-Pereira (2002,) os estudos têm demonstrado que o desequilíbrio na saúde do trabalhador provoca conseqüências na qualidade dos serviços prestados e no nível de produção. O resultado desta equação trás redução nos lucros e acréscimo nos custos, influenciado pelo aumento do absenteísmo, auxílio-doença, transferências, novas contratações e treinamento. Estes fatores acenam para a necessidade de mais investigações e maior investimento na qualidade de vida do trabalhador.

No entendimento de Bernadete e Baiocchi Cappi (2004) as pessoas são incentivadas a procurar uma melhor qualidade de vida que segundo os manuais encontrados tem a ver com a moradia a estabilidade no emprego, o tempo dedicado ao lazer, o desempenho de atividade física, o controle exercido sobre o estresse da vida moderna, o estilo de vida etc. No trabalho a busca é por satisfação, motivação e redução de fatores estressantes.

A implantação de programa de qualidade de vida nas organizações requer tempo para o amadurecimento. É comum a resistência às mudanças e a manifestação de temor, frente ao desconhecido a reação é de desconforto e insegurança, daí a importância da comunicação clara, os benefícios nem sempre são percebidos no início e no entendimento do trabalhador o dispêndio de energia não compensa as mudanças que virão. Para os organizadores do livro *Sofrimento Psíquico nas organizações* o caminho para a busca da QVT precisa ser descurtinado.

O projeto Saúde Mental & Trabalho, cuja parte dos resultados são mostrados neste livro, busca a objetividade mas desconfia dela, checa com o próprio sujeito a validade de suas observações, respeita o discurso alheio como critério de verdade, mas não permite que ele seja o único farol a descortinar o caminho (CODD; SAMPAIO COELHO, 1995, p.10).

De acordo com Souto (2009), a empresa ao propiciar condições de saúde e segurança aos seus trabalhadores, contribui para o desenvolvimento e para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Assim como os trabalhadores ao levantarem a voz em defesa do bem comum, contribui para a liberdade de opinião, o direito de saber, a justiça o trabalho digno e seguro.

Para Souto (2009), não existe desenvolvimento sem saúde e nem saúde sem desenvolvimento. As empresas caracterizam-se num importante fórum de discussão e implementação de programas educativos para mudança de cultura e práticas de vida saudáveis, podendo mudar o padrão de saúde dos trabalhadores e de seus dependentes.

Segundo Taveira (2000) para a melhoria da qualidade de vida no trabalho é necessário a implantação de estratégias de intervenção que contemple a prevenção e o enfrentamento dos fatores determinantes da síndrome de Burnout sob o ponto de vista de três perspectivas: estratégias individuais; estratégias interpessoais e grupais; estratégias organizacionais.

“Parece que o exercício profissional é uma das fontes principais da boa ou má qualidade de vida. Sendo assim, a formação do profissional deveria contemplar estratégias que lhe instrumentalizassem quanto ao exercício saudável e prazeroso de sua profissão” (AMORIM, 2002, p. 100).

3.4.1 A prestação de serviço como produto do trabalho

O trabalho quando envolve prestação de serviço, como é o caso do atendimento realizado pelo profissional fisioterapeuta, tem particularidades que torna-o ainda mais extressante. A atividade é realizada, na hora e na frente do cliente, sem que se possa fazer qualquer reparo e está na dependência de quem a desempenha.

[...] Na prestação de serviços, a qualidade depende diretamente do trabalho e unicamente dele. Condições organizacionais podem facilitar ou dificultar, mas quem responde pela qualidade é o trabalhador responsável e ninguém mais. Tudo depende do trabalhador e da sua relação pessoal com o cliente. O produto não é algo concreto que se possa pegar, tal qual uma peça de roupa ou um eletrodoméstico, é bem mais sutil e, por vezes, totalmente abstrato.

O que queremos dizer é que o produto vai se construindo o tempo todo durante a relação entre trabalhador e cliente. A satisfação do cliente, neste caso, ocorre durante o processo e não somente ao final, depois que o trabalhador terminou a sua parte. Disso podemos tirar, pelo menos, duas conclusões. A primeira é que o nível de exigência e de tensão para o trabalhador é muito maior do ponto de vista afetivo e a segunda é que o trabalhador, em função dessa demanda, precisa estar bem do ponto de vista emocional para estar em condições de desempenhar adequadamente sua função e sempre atualizado para conseguir responder às necessidades dos clientes (SARATTO e OLIVIER-HECKLER, 1999, p. 91).

3.4.2 A Mulher e o Trabalho.

História mostra que a mulher iniciou suas atividades ocupacionais, nas profissões ligadas ao cuidar. A fisioterapia durante muitos anos foi considerada uma profissão da mulher ainda, hoje, o número de pessoas do sexo feminino dentre os profissionais fisioterapeuta é bem maior, a correlação encontrada na amostra pesquisada foi de 27,6% homens para 72,4% mulheres. Autores como Formighieri (2003) e Amorim (2002), nos estudos realizados com estudantes e profissionais fisioterapeutas, encontraram, respectivamente, um percentual de 75,5% e 90% de mulheres. Na turma do 2º período de fisioterapia da Universidade Católica de Goiás (UCG) no ano de 2009 somente 10% dos alunos são do sexo masculino.

Antigamente mais que agora, era dever exclusivo da mulher cuidar dos idosos e das crianças, atividade realizada no espaço íntimo, que requer vínculo afetivo e emocional entre o cuidador e a pessoa que recebe os cuidados.

Para Oliveira (2002), a capacidade intelectual e profissional da mulher era questionada, prevalecendo à idéia que a mulher possuía cérebros “pouco desenvolvidos”, tal entendimento considerava a mulher capaz somente de exercer funções que se identificavam com a maternidade, com a capacidade de doação e de vocação. Atividades que envolviam paciência, afetividade, doação, como as funções de “enfermeiras” ou “massagista” eram consideradas tipicamente femininas, profissões que carregavam um estigma de “sacerdócio”, justificando os baixos salários, e a falta de ascensão social.

Para Oliveira (2002, p. 131), contraditoriamente à concepção de pouca inteligência das mulheres “Tanto na medicina informal como na medicina erudita, as referencias ao uso de plantas, minerais e chás caseiros que serviam aos cuidados terapêuticos, também foi um conhecimento dominado pelo saber feminino.”

Batista e Codo (1999) consideram que a mulher ao sair para o mercado de trabalho assume um espaço tido como do homem, porém não se desobriga das tarefas femininas, ao contrario somam-se as tarefas masculinas, caracterizando-se em dupla jornada de trabalho. Assume um novo papel, a mulher profissional não é mais a dona-de-casa (rainha do lar), disputa o mercado de trabalho com o homem e passa a provê o sustenta da família. Para os autores dois papeis conflitantes ao modo de ser da mulher. “Da dona-de-casa se espera a submissão, a paciência, a doçura, da profissional se espera a agressividade, a competição, a imposição de opiniões, a racionalidade” (p. 69)

A entrada da mulher no mercado de trabalho se deu através de suas habilidades construídas naquela longa história, se cuidar era o seu mister, são as profissões que demandam cuidar as primeiras a receber o fluxo de mulheres. Educar, mesmo que profissionalmente, também é sinônimo de profissão feminina (BATISTA; CODO. 1999 p. 62)

Assim também a fisioterapia era considerada uma profissão tipicamente feminina, tendo como precursora as técnicas de massagens recebe a herança de profissão de ‘vocação’ termo que, para Oliveira (2002), esteve associado às fisioterapeutas inglesas desde o início de suas atividades.

3.4.3 O Homem, e o contexto sócio-histórico

Dentre as várias ciências a Psicologia e a Sociologia tenta compreender o homem como ser social e agente construtor de sua história e de suas relações sociais. Para Codo e Vasques-Menezes (1999) o homem é um ser histórico, constituído a partir de suas ações.

Ser humano significa ser histórico. Compreender um ser humano implica em partir do pressuposto de que cada gesto e cada palavra estão imediatamente inseridos num contexto muito maior, que transcende a ele a sua existência. Escrevendo a História de toda a humanidade, todo o passado determina, constrói, reconstrói; explica, significa e re-significa o presente; todo presente engendra, contém e constrói o futuro. Assim, cada ação humana carrega em si toda a História da Humanidade e as possibilidades a serem re-desenhadas amanhã e é também portadora do futuro. Cada ação humana é uma síntese, ao mesmo tempo, única e universal, do nosso passado e do nosso futuro (CODO e VASQUES-MENEZES, 1999, p. 41, grifo dos autores).

Codo, Hitomi e Sampaio Coelho (1993, p. 82), em referência a Marx afirmam que o homem não é um ser social. O sistema de troca universal de produtos torna-o sujeito livre que vive em constante tensão com a sociedade, sendo impossível a compreensão do indivíduo deixando de lado a economia.

Segundo os autores ao homem interessa o processo de construção de sua identidade, as diferenciações e igualdades que defini-o frente a humanidade. A subjetividade do trabalhador a interação com a natureza, faz com que, assumida identidade/subjetividade, perde a capacidade de produzir sua existência, comercializa sua força de trabalho capaz de gerar bens materiais socialmente reconhecidos pela sua utilidade social.

O local de trabalho é palco de atuação de trabalhadores e empregadores, cada qual com seu papel a perspectiva é garantir o desempenho, os insumos incluem tecnologia, leis, condições de mercado, profissionais especialistas, matéria-prima, e gerentes. Analisadas do ponto de vista da sociologia as relações sociais no trabalho apresentam perspectivas sociológicas, que segundo Dwyer (2006) apresenta contínua reprodução das relações de trabalho, influenciadas pelos ciclos econômicos, as tecnologias e as leis são re-transformadas no ambiente de trabalho.

Uma perspectiva sociológica sobre qualquer desses insumos, demanda que explicações de seus papéis sejam sociológicas; ou seja, em vez de procurar explicar o social pelo econômico, pela técnica ou por outras forças não-sociais, esses insumos devem ser vistos como produtos sociais. Em respostas a essa demanda, considero que tudo que vem de fora do local de trabalho e é ali reunido como insumo constitui *relações sociais transformadas*. Cada qual é socialmente produzida fora do local de trabalho e, então, “rearticulada” dentro dele, por meio das relações sociais de trabalho. Vou detalhar: essa produção e articulação são estudadas de maneira

sistemática por várias disciplinas, como a história, a ciência política, estudos de administração e subáreas, como a sociologia política e as sociologias do direito, da ciência, dos movimentos sociais e da estratificação social (DWYER, 2006, p. 142, grifo do autor).

Macedo (2004), afirma que o papel do trabalho na vida do homem é confirmar a sua existência e sua identidade social, não conseguindo o seu propósito o trabalho torna-se fonte de sofrimento podendo levar a sublimação. O sofrimento no trabalho está relacionado com a vivência inadequada dos conteúdos significativos do trabalho, do conteúdo simbólico e do conteúdo ergonômico. As condições físicas e ambientais (ergonômicas) devem dar ao trabalhador condições de se realizar e reconhecer.

Para Codó e Gazzotti (1999), o equilíbrio da vida em sociedade permite ao indivíduo a construção de sua identidade. O ponto de equilíbrio entre a objetividade do trabalho e a subjetividade humana permite a pessoa relacionar-se com o mundo e reconhecer-se enquanto ser humano, único na sua individualidade e igual a tantos outros. Desta forma não é possível excluir o lado subjetivo do trabalho, ademais disso o indivíduo satisfeito produz mais e com melhor qualidade. A demanda afetiva é maior ou menor dependendo do tipo de trabalho desempenhado e do equilíbrio entre a realidade objetiva e o mundo subjetivo. “As atividades que exigem maior investimento de energia afetiva são aquelas relacionadas ao cuidado; estabelecer um vínculo afetivo é fundamental para promover o bem-estar do outro” (p.55).

A sociologia do trabalho se reorganiza para compreender as relações sociais do local de trabalho com um olhar abstrato que analisa os erros nas organizações, e busca um tratamento específico para os acidentes, estas relações subsistem separadas, porém, interligadas, segundo Dwyer (2006), o conflito social entre trabalhadores e empregadores é gerenciado em três níveis: de recompensa, de comando e organizacional. A administração do trabalho e do indivíduo-membro depende do conflito e do controle das relações construídas no local de trabalho e variam de acordo o momento. O estudo da sociologia tem por finalidade analisar os fenômenos decorrentes das relações de trabalho em uma empresa. As várias ciências tem se ocupado do estudo das relações homem x sociedade x trabalho. Para Campos (2000, p. 07) “[...] a história da psicologia, têm evidenciado com freqüência que a construção de conceitos e teorias científicas, nesse campo, guarda fortes vínculos com o contexto sociocultural onde essas teorias e conceitos são desenvolvidos.”

Segundo Codo (1993, p. 84), as tentativas de compreender o homem como sujeito social foram infrutíferas. A psicologia não é capaz de determinar o indivíduo apesar dele, o objeto de estudo da psicologia moderna tem seu interesse na relação sujeito objeto, na inter-

relação entre o mundo e o homem, na tensão entre um e outro. “Cada gesto, ação ou comportamento interessam na exata medida em que transformam o indivíduo à imagem e semelhança do mundo e o mundo à imagem e semelhança do indivíduo.”

Para Dwyer (2006, p. 139), teorizar uma sociologia da produção e prevenção de acidentes é considerar a defesa dos interesses culturais tanto na sociedade quanto nos locais de trabalho. “... *Uma relação social de trabalho é a maneira como são administradas as relações dos trabalhadores com seu trabalho*”. Segundo Campos (2000), para conhecer o ser humano é preciso considerá-lo na sua totalidade, que se constitui pelas relações sociais vividas num determinado contexto sócio-histórico.

Rokeach (1973) apud Macedo (2004, p. 130) afirma “[...] o número de valores que os seres humanos possuem é relativamente pequeno e, por isso, é possível identificá-los e medi-los. Para ele, um sistema de valores é uma organização aprendida de princípios e regras e tem a função de ajudar alguém a fazer escolhas entre alternativas, resolver conflitos e tomar decisões.”

Para Codo e Menezes (1999), a ação humana é potencialmente transcendente e geradora de significados, o trabalho, como ação humana, pereniza o gesto do trabalhador, imortaliza o trabalho, permite ao homem permanecer apesar de si. O produto do trabalho é imortal e possibilita os vínculos com outros homens, com o passado e o futuro. O modo como o homem constrói a si mesmo e se apresenta frente ao outro é o que chamamos de identidade social.

Segundo Batista e El-Moor (1999), as organizações sindicais, historicamente, têm como finalidade a defesa do trabalho assalariado com os novos modelos de trabalho flexível, perdem sua legitimidade e seu propósito. As crises econômico-sociais geram cada vez mais descontentamento, os pobres, cada vez mais pobres, o aparecimento dos conflitos sociais, as demonstrações de auto-estima ferida, humilhação, frustração, alimenta os comportamentos violentos na sociedade. Assim, na análise da subjetividade do trabalhador é assustador constatar o sentimento de impotência perante o cotidiano de violências, como fenômeno social concreto.

Segundo os autores a sociedade deveria ser pensada como uma nova face, solidária e centrada no interesse do coletivo, essa nova perspectiva passa por uma crise, perdeu os modelos éticos, que poderia canalizar a agressividade fruto da humilhação e da frustração social vivida no presente

A satisfação com o trabalho não significa ignorar as coisas que não estão bem, e sim, analisar a realidade sócio-econômica, as ofertas do mercado, as necessidades pessoais, de sobrevivência, de afeto, a segurança e a certeza do trabalho.

3.4.4 Mudanças no Cenário Tecnológico Produtivo e a Qualidade de Vida

Para Rodrigues (1994), na década de 60, a sociedade vive uma convulsão social, e a partir deste movimento o indivíduo torna-se mais consciente, nos Estados Unidos e na Inglaterra ocorre o desenvolvimento e retomada dos estudos iniciados na década anterior designado de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Nos anos 70 influenciado pelo sucesso industrial japonês, o gerenciamento organizacional inicia a aplicação estruturada e sistematizada dentro das organizações da QVT. Nos anos 80 as organizações passam por um avanço tecnológico e de modernização, mudanças políticas econômicas, sociais e tecnológicas tornam o cenário dinâmico e instável.

Autores como Dwyer, (2006), afirmam que se por um lado a informação e o conhecimento científico geram maior competitividade, por outro, cresce os interesses dos trabalhadores por melhores salários, remuneração por produtividade, redução da jornada de trabalho semanal, benefícios de fundos de aposentadoria e de indenização, interesses contrários aos dos empregadores. Os interesses dos trabalhadores não ficaram apenas na esfera econômica, a luta é também pela segurança no trabalho, pela defesa de suas vidas e das condições de trabalho, essa posição dos trabalhadores gera conflito de interesses entre trabalhadores e empregadores. O crescimento dos conflitos e da sociedade industrial impulsiona a criação da legislação de segurança, das negociações coletivas e dos dissídios salariais que buscava solucionar os conflitos entre as partes.

Segundo Macedo (2004), a partir da década de 1990 a competitividade leva as empresas a ter como foco do negócio a satisfação do cliente, os programas de qualidade total, certificação ISO 9000, e métodos centrados na satisfação do cliente são usados para medir e controlar a qualidade dos produtos prestados. Baseado no modelo japonês de gestão do trabalho a implantação destes programas depende de ferramentas administrativas e exige maior participação e envolvimento dos funcionários. No final dessa década surgem os programas de qualidade de vida no trabalho que investigam como melhorar o ambiente de

trabalho e tornar o trabalho mais produtivo e mais satisfatório. A QVT surge como um movimento ideológico e busca entender a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Dentre os ideais do movimento de QVT (1975 a 1980) está o modelo de administração participativa e a democracia industrial.

Dwyer (2006), evidencia o processo de evolução do capitalismo industrial na sociedade britânica, de olho na competitividade, os empregadores industriais investem em recursos técnicos e científicos para garantir a evolução de informações necessárias a execução do trabalho e a geração de novos conhecimentos. As modernas ocupações exigem dos trabalhadores nova capacidade para lidar com as informações, como o avanço da mineração a céu aberto para extração subterrânea; a transformação da força humana e da água em energia a vapor e em eletricidade.

Segundo Corrêa, Barros e Evangelista (2004), a tendência atual de busca por QVT tem a ver com dois fatores, um refere-se ao interesse das organizações pela motivação dos colaboradores. Com foco no aumento da produtividade, procura implementar melhorias no ambiente de trabalho, tratamento mais humano e tecnologias mais adequadas; o segundo fator tem a ver com os próprios trabalhadores, mais conscientes, exercem seus direitos com mais propriedade, e procura um trabalho que contribua com o seu desenvolvimento profissional e social. Para os autores a análise da qualidade de vida no trabalho deve contextualizar o trabalho na percepção do trabalhador, a importância do mesmo para o indivíduo e a sociedade e ainda, o reconhecimento do grupo em que está inserido.

O trabalho, nas sociedades pós-industriais, especialmente nas décadas de 1980 e 1990, a partir da reestruturação produtiva, enfrenta uma transformação significativa passando de modelos de processos produtivos com poucas possibilidades de intervenção e pouca autonomia por parte dos trabalhadores, para um modelo tecnológico, baseado na intelectualização do trabalho, cujas principais referências são o conhecimento técnico e a qualificação profissional. A discussão, agora, sobre a gestão do trabalho, inclui repensar o planejamento e a qualificação do trabalho e do trabalhador (CONASS, 2007).

O Brasil vem adotando atitude de preocupação com a saúde do trabalhador em decorrência da pressão social dos trabalhadores e das imposições legais. Na evolução da história a criação de serviços de saúde nas empresas, para tratar da saúde do trabalhador passa a ser responsabilidade conjunta do Estado e das empresas, os programas de saúde e segurança no trabalho tem como objetivo estudar as condições de trabalho e o ser humano sob todos os aspectos levando em consideração o indivíduo no desempenho de suas atividades laborais.

[...] Desse modo, o movimento em prol da saúde das pessoas em suas ocupações e de melhores condições de trabalho começou a se corporificar como um movimento social depois da Primeira Grande Guerra, quando a comunidade política e trabalhista considerou o direito à saúde como um direito natural (SOUTO, 2009, p. 68).

A organização depende das pessoas que nela trabalha, por isso deve oferecer condições de trabalho que promova satisfação e qualidade de vida aos trabalhadores, caso contrário a produtividade e a qualidade dos serviços podem ser comprometidas. O sucesso da organização depende do conhecimento e da qualidade de vida dos trabalhadores. Para Macedo “[...] deve-se buscar compreender a importância da relação entre o homem e o trabalho, pois dessa relação o homem cria sua história e a si mesmo.” (TAMAYO et al, 2004, p. 129).

No entendimento de Dias e Dias (2004) compatibilizar o desempenho das atividades economicamente produtivas com a qualidade de vida, não é tarefa fácil, pois, exige bom senso e determinação. O conceito isolado e momentâneo de qualidade de vida não expressa à verdade sobre o tema, a meta é beneficiar a todos de maneira equilibrada. Para os autores a QVT é caracterizada pela satisfação das pessoas, motivação e bom humor, assim, é importante que a empresa adote técnicas administrativas de redução de tempo, esforços e custos, em busca de eficiência e eficácia na execução dos processos. Organizações com normas claras e comunicação adequada tende a reduzir erros, menos erros, menor tensão e desgaste humano, a diminuição de esforço humano traz satisfação em relação ao trabalho realizado, e tende a melhorar o ambiente de trabalho, uma vez que essa condição melhora o ambiente de trabalho, ameniza conflitos e *stress* e gera qualidade de vida.

Para Corrêa, Barros e Evangelista (2004), a QVT envolve aspectos psico-sociais, que influencia a cultura e o clima organizacional e está diretamente ligada a produtividade e a satisfação, e não somente os aspectos físicos ou tecnológicos.

Segundo Dias e Dias (2004), a incerteza gera descrença sobre o resultado do trabalho, aumenta o *stress* das pessoas envolvidas e em consequência reduz a qualidade de vida no trabalho. Nos dias de hoje, está presente na consciência organizacional a necessidade de melhoria de qualidade de vida no trabalho, embora, não consiga satisfazer a todos, uma vez que, as necessidades são diferentes e os objetivos distintos, variando com o momento e os indivíduos. O objetivo das organizações é proporcionar a satisfação de seus colaboradores.

[...] a relação Homem versus Trabalho está voltada para os diversos fatores motivacionais, que compõem o universo do ser humano: fatores emocionais, que fazem parte de sua essência; fatores intelectuais, que são adquiridos durante sua existência; fatores ambientais, que exercem influência em sua vida como um todo; fatores físicos, que são os suprimentos de suas necessidades; e fatores psicológicos, composto pela soma de todo o conjunto citado. (MONTEIRO, 2004, p. 183).

Lopes (1980, p. 34 apud RODRIGUES, 1994) faz referência ao trabalho de Abrahan Maslow como sendo o primeiro a apresentar uma teoria com base na motivação humana, para ele as necessidades humanas básicas apresentam-se de forma hierarquizada. Ratificando o trabalho de Maslow, Trewatha & Neupot (1979, apud RODRIGUES, 1994, p. 40), “[...] o indivíduo tem necessidades viscerogênicas e necessidades psicogênicas. As primeiras são inatas, como por exemplo: a fome, a sede, o oxigênio, o sexo. As segundas são as aprendidas, como por exemplo: o amor, a associação, o reconhecimento, o poder.”

O tema saúde e segurança ocupacional é matéria de suma importância se considerado os prejuízos financeiros e morais decorrentes dos adoecimentos relacionados ao trabalho e suas implicações na qualidade de vida das pessoas, daí, o interesse nacional no assunto, que reúne conferências para propor a revisão das políticas de saúde dos trabalhadores brasileiros e os aspectos peculiares que rodeiam a Saúde do indivíduo. É certo que o sistema de segurança e saúde do trabalhador carece de mecanismos que incentivem medidas de prevenção, propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado, diminuam a existência de conflitos institucionais e possibilite um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais.

Ao Estado cabe a fiscalização e garantia de condições de ambiente de trabalho que assegure qualidade de vida e de saúde ao profissional que ali trabalhe.

Com o final da Primeira Guerra em 1918, o Estado começa a intervir nas relações de trabalho, com o efetivo reconhecimento tático e legal dos direitos trabalhistas e de sua possível e incipiente organização, como decorrência da própria pressão dos trabalhadores. A maior atenção dada pelos poderes públicos aos problemas concernentes às condições de trabalho ocorreu à medida que a sociedade urbana se projetava no quadro econômico, social e político do País. O Estado foi levado a isso não somente pelo crescimento industrial, mas também pelas mudanças socioculturais de um modo geral e, em particular, pelo estágio alcançado pelo movimento dos trabalhadores, pelas competições que envolviam parcelas de todas as classes sociais e pelos levantes militares verificados sob a influência de novas idéias surgidas com a guerra (SOUTO, 2009, p. 124).

A partir de 1919, a saúde do trabalhador aparece como questão social e passa a despertar interesse e preocupações nas diversas áreas que compõem o governo (SOUTO, 2009, p. 124).

No ano de 1957, em Genebra, O Comitê Misto da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), se reuniu para estabelecer os conceitos fundamentais do trabalho:

1. promover e manter o mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações.
2. prevenir todo prejuízo causado à saúde dos trabalhadores pelas condições de seu trabalho.

3. proteger os trabalhadores, em seu trabalho, contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde.
4. colocar e manter o trabalhador em uma função que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas.
5. adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho. (SOUTO, 2009, p. 68)

O trabalhador espera aumentar suas habilidades com esforço, dedicação, empenho nos estudos, aprimoramentos, e com isso ser reconhecido, com melhor colocação e retribuição financeira, subjetivamente alcançar status e objetivamente melhorar o ganho em dinheiro.

O trabalhador procura uma empresa que lhe ofereça boas condições de trabalho, salários adequados, segurança, estabilidade, possibilidade de crescimento profissional, progressão na carreira, recompensa apropriada para seu esforço e reconhecimento social, para listar apenas algumas. Nem sempre, em função das condições do mercado e do valor que este trabalhador conseguiu agregar à sua força de trabalho, o mesmo pode alcançar tudo que almeja, mas pode, ou menos, evitar as piores condições (SARATTO e OLIVIER-HECKLER, 1999, p.94).

[...] É do trabalho ser ancho, como a linha do horizonte, seus segredos sempre estão um pouco à frente. Aqui, é de bom senso evitar ilusões, partir a priori da desilusão em tentar circunscrever o gesto, assumir a priori sua múltipla determinação. A rotina que tantas vezes tem sido apontada como fonte de stress no trabalho, assume uma face de instrumento de combate ao mesmo stress. (CODO; HARUYOSHI HITOMI; SAMPAIO COELHO, 1993, p. 152).

No entendimento dos autores, Codo; Haruyoshi Hitomi e Sampaio Coelho (1993), para a empresa interessa transformar o trabalho em valor impreciso, tornando-o mais caro ou barato dependendo do valor de uso, ao trabalhador interessa a força de trabalho. A competência é trocada por mais salário e a experiência não interessa como saber individual, interessa sim, substituí-la pela experiência genérica acumulada na maquinaria, independente do trabalhador. A especialização torna-se necessária como forma de preservação do emprego, o conhecimento dos processos e tarefas na linha de montagem implica em maior controle e intervenção, pelo operário, no processo de produção, e com isso maior poder de barganha da força de trabalho.

A apropriação da natureza (trabalho) se dá pela negação do trabalho mesmo (força de trabalho, fragmentação), que regurgita trabalho acumulado. A reapropriação do trabalho se dá pela negação do gesto fragmentado e / ou a luta pela reconquista do trabalho enquanto forma de reapropriação da natureza. (CODO; HARUYOSHI HITOMI; SAMPAIO COELHO, 1993, p. 157).

A empresa é um local onde se reúne várias pessoas, orientadas por um conjunto de normas, para um fim comum. No processo de trabalho a análise das relações sociais na empresa não se reduz à sua face visível, só podem ser compreendidas se orientadas pelas

relações humanas na organização do trabalho. Para o autores ao trabalhador, só resta o trabalho. “

O trabalhador aparece na organização ocupando um cargo e desempenhando uma função. Ele já encontra, à sua espera, uma série de tarefas que deve cumprir. Encontra, também, os objetivos e os meios com os quais terá que produzir uma utilidade, um produto. Em outras palavras: o seu trabalho já está determinado. A ele só resta trabalhar. (CODO; HARUYOSHI HITOMI; SAMPAIO COELHO, 1993, p. 162).

[...] De que trabalho estamos falando, de *tripalium* ou *poiesis*?, afinal? Como conceituar saúde/doença mental? Se até agora as teorias que abordam o tema foram construídas à distância dos portões das fábricas? Tratou-se de uma reunião de ensaios articulados, capaz – os autores concordávamos – de compartilhar nossas caminhadas e, com sorte, auxiliar a quem faz do trabalho alheio motivo de reflexão (CODO; SAMPAIO COELHO, 1995, p.7).

3.4.5 Marcos históricos importantes da regulamentação do trabalho no Brasil

Segundo Souto (2009), a partir da Revolução de 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, Decreto nº 19.433 de 23 de novembro de 1930, e o da Educação e Saúde, Decreto nº 19.402 de 14 de novembro de 1930. Em 04 de fevereiro de 1931 o Decreto nº 19.671 cria o Departamento Nacional do Trabalho, com duas seções: a) organização, higiene e segurança, e inspeção do trabalho; b) previdência social, patrocínio operário e atuária. A Revolução de 1930 influencia a criação de diretrizes sobre uma Política Nacional de Saúde, com foco em duas áreas: a Saúde Pública e a Medicina Assistencial Previdenciária. A Saúde Ocupacional não fez parte deste planejamento ficando vinculada a outro setor no Ministério do Trabalho.

O Decreto-Lei nº 6.479, de 9 de maio de 1944, criou a carreira de Médico do Trabalho no Quadro Único do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Era o começo do reconhecimento oficial da atividade.

A Convenção nº 14 da OIT, de 1921, estabelecendo o descanso semanal na indústria.

Em 1922, é criado o Conselho Nacional do Trabalho.

Em 1923, pela Lei nº 4.682 – Lei Eloy Chaves – são autorizadas a funcionar as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que é o início da Previdência Social oficial no Brasil.

Em 1925, baseado no modelo federal, o governo de São Paulo promulgou o Decreto nº 3.876 sobre condições de trabalho, cujos critérios de execução revelavam um alto grau de cultura e capacidade dos médicos da época, responsáveis pela equipe de Medicina do Trabalho. (SOUTO, 2009, p.134-135).

3.4.6 Aspectos Jurídicos do Trabalho

A Constituição Federal de 1988, estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, e que a legislação trabalhista deve garantir aos trabalhadores condições seguras e salubres nos ambientes de trabalho.

3.4.6.1 Dos Direitos Sociais

O Capítulo II da Constituição Federal resguarda os direitos fundamentais do ser humano no que tange aos direitos sociais.

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Alterado pela EC-000.026-2000).

“Art. 7º - São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem a melhoria de sua condição social:

XXII - redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;

A CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO (CLT) em seu CAPÍTULO V - redação modificada pela Lei nº 6.514, de 22.12.1977. O Art. 155 estabelece o controle e fiscalização da Segurança e da Medicina do Trabalho como de âmbito nacional. “II - coordenar, orientar, controlar e supervisionar a fiscalização e as demais atividades relacionadas com a segurança e a medicina do trabalho em todo o território nacional, inclusive a Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho;”

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) que disciplina sobre a proteção e a defesa da saúde, Lei . nº 8.080 de 19 de agosto de 1990 e Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, define o Sistema único de Saúde como: “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Este trabalho é uma tentativa de se estabelecer o caminho dessa revolução em andamento, que é a promoção, a proteção e a recuperação da saúde do trabalhador,

com base em uma fundamentação histórica e pondo em evidência os fatos mais marcantes da evolução desse tema no Brasil e que deram como resultado todo o arcabouço legal de proteção, direta ou indireta, da saúde das pessoas em seu trabalho (SOUTO, 2009, p.89).

3.4.6.2 Primeiros movimentos trabalhistas

Mais uma vez é Souto (2009) que faz um resgate histórico das primeiras manifestações trabalhistas, em busca de melhorias das condições sociais e de trabalho.

- Em 1713, no Piauí, liderado por um índio batizado de Manuel pelos jesuítas e que objetivava a fixação de horas de trabalho e de descanso semanal;
- Durante a ocupação holandesa e por volta de 1640, para aliviar um pouco a consciência com respeito à escravidão, dadas as restrições morais do protestantismo, Maurício de Nassau garantiu o descanso semanal dos negros, proibindo o trabalho pesado aos domingos;
- Em 1720, houve reivindicações, protestos insubordinação em Minas Gerais, liderados por Felipe dos Santos (executado e esquartejado por ordem do Conde de Assumar), reivindicando liberdade, melhor salário e igualdade entre trabalhadores brancos e negros, além de se contrapor ao peso dos impostos sobre a mineração que assumiu várias formas ao longo do século XVIII;
- Em 1791, a paralisação dos trabalhadores da Casa de Armas do Rio de Janeiro pela falta de pagamento de salários.
- Durante o século XVIII, na Bahia, os trabalhadores livres da época organizaram-se em associações com características sindicais e de cooperativas. Estas se constituíram em verdadeiras réplicas das Corporações de Ofício europeias (associações de artesãos e artífices de várias especialidades profissionais), indo culminar na que se considera a mais próxima e eficaz de todas, sob o aspecto de uma futura entidade de defesa dos direitos dos trabalhadores negros: o Quilombo dos Palmares (SOUTO, 2009, p. 95).

3.4.6.3 A medicina do trabalho

Segundo a recomendação 112 da OIT: os Serviços de Medicina do Trabalho são definidos como um serviço destinado a:

1. Assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique a sua saúde, e que possa resultar do seu trabalho ou das condições em que esse se efetue.
2. Contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes à suas aptidões.

3. Contribuir para o estabelecimento e a manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores. (SOUTO, 2009, p. 187-188).

Reconhecer a existência real ou potencial de agentes geradores de riscos e de condições ambientais anormais associadas ao trabalho em suas diversas fases, a par da compreensão de seus efeitos sobre o organismo humano. (SOUTO, 2009, p. 195).

A Medicina do Trabalho tem como princípio a obrigação de proteger o trabalhador no seu ambiente de trabalho.

Propiciar segurança e proteger a saúde das pessoas em seu trabalho, por meio da redução, da neutralização ou do controle dos riscos inerentes ao trabalho, é uma condição fundamental para a qualidade do trabalho, a preservação da vida dos trabalhadores e essencial para o desenvolvimento sustentado da Nação. (SOUTO, 2009, p. 259).

A Lei nº 6.514 de 1977 estabelece as bases práticas da Segurança e da Medicina do Trabalho.

Em 2001 a OIT publicou recomendação sobre a gestão em saúde e segurança do trabalho. (SOUTO, 2009, p. 226).

3.5 Conceito de Saúde e Doença

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) regula desde a sua fundação, a proteção e a promoção dos direitos humanos, particularmente, no que diz respeito à qualidade de vida dos trabalhadores. O Brasil como membro da OIT acata muitas de suas recomendações, das convenções adotadas pela legislação brasileira, destaque para as de interesse ao presente estudo. “**Nº 97** Proteção da saúde dos trabalhadores, 1953. **Nº 121** Prestações nos casos de acidentes e doenças profissionais, 1964. **Nº 155** Segurança e saúde dos trabalhadores, 1981. (SOUTO, 2009, p. 129-130).

Como afirma Souto (2009), a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) é abrangente e não estabelece limite algum para a conceituação de saúde, a palavra bem-estar dificulta ainda mais a delimitação de saúde uma vez que bem-estar é uma condição que tem como referencial o indivíduo e não as condições propriamente. Para a OMS a saúde é tida:

[...] como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

A saúde de todos os povos é condição fundamental para a consecução da paz e da segurança e depende da mais estreita cooperação de indivíduos e de Estados (SOUTO, 2009, p. 17).

Para Souto (2009, p.13), a filosofia popular assegura que “A saúde e o bom estado do corpo estão acima de qualquer riqueza”. É considerada doença qualquer desvio do estado normal, porém o conceito de normalidade admite variáveis que podem tornar os desvios muitas vezes imperceptíveis. E como definir em termos de saúde o que é normal e anormal, que parâmetros usar? As pessoas conseguem definir o que são funções orgânicas, atividades intelectuais e afetivas e funções normais?

O autor classifica a saúde em quatro estágios que vai da saúde perfeita à ausência total de saúde.

1. Um estado de saúde ótima, um estado teórico no qual a vida de um indivíduo se aproxima de suas completas potencialidades (SOUTO, 2009, p. 15).
2. Um estado de saúde subótimo ou de doença incipiente ou subclínica, condição que, em essência, não é um estado de doença, contudo é o antiestado de doença
3. Um estado de doença manifesta ou de incapacidade.
4. um estado de muitas doenças sérias ou de morte aparente. Como se depreende, a escala vai da saúde perfeita à completa ausência da saúde, ou à morte. Entretanto esses dois extremos existem em vários graus intermediários de saúde/doença, muitas vezes difíceis de serem distinguidos. O diagnóstico depende da definição de saúde pela pessoa que faz o julgamento. (SOUTO, 2009, p. 16).

O referido autor afirma que a diferença entre saúde e doença está na graduação, são estágios do mesmo fenômeno onde só é possível identificar um na ausência do outro. Para o autor saúde é:

[...]resultante de um estado de equilíbrio, no qual os múltiplos e diversos fatores que têm influência sobre ela são igualados. É uma relação equilibrada, dinâmica e harmônica entre as condições biológicas e o meio físico e social, isto é, com o meio ambiente. A doença ocorre quando o equilíbrio é perturbado pela alteração da força com a qual um ou mais fatores operam. Quando o sistema está em estado de equilíbrio, a saúde prevalece. Quando, ao contrário, qualquer das forças muda, sobrevém o desequilíbrio e, portanto, a doença. Assim, a doença é sinal de que o equilíbrio foi rompido (SOUTO, 2009, p. 19).

Walter Cannon, referenciado por Souto (2009, p. 20), chamou de *homeostase* o equilíbrio entre os mecanismos humorais e suas respostas aos estímulos externos. “[...] Nesse sentido, o estado de saúde pode ser entendido como o resultado de um contínuo e bem-sucedido equilíbrio entre o indivíduo e o meio que o cerca”.

Segundo Mendes e Dias (1991), a saúde do trabalhador busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, que pode ser entendido como processo de saúde e doença dos grupos

humanos, define as relações trabalho x saúde, e é um campo em construção no espaço da saúde pública. As relações do trabalhador com o trabalho e sua saúde representam um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre. A dimensão humana a subjetividade do trabalho, do processo produtivo e das relações presentes no ambiente de trabalho rompe com a concepção que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico. Os indivíduos encontram as diferenças segundo a época e a nacionalidade se depara com um processo de eterna busca pelo bem estar e o equilíbrio entre o fazer e o ser.

Para Souto (2009), contraditoriamente, a saúde do trabalhador ao longo da revolução vivida pelo processo de trabalho envolve acontecimentos de melhoria na valorização do trabalhador e conquistas sociais. Muito embora a valorização tenha sido fruto de conflitos entre as partes e da intervenção do poder público, é somente com o conflito de ideias e da busca por melhoria que ocorre as transformações, sem as disputas, principalmente de ideias as transformações, por certo não ocorreriam.

O ajustamento e a organização social foram os processos de recuperação da qualificação do trabalhador, em que os governos e o Estado tiveram que abandonar a sua cômoda posição política liberal e tomar firme diretriz na questão traalhistia e social, quando as correntes socialistas, principalmente as do socialismo científico, ameaçaram solapar as bases do capitalismo (SOUTO, 2009, p. 64).

Para o autor, os fatores socioeconômicos vem sendo considerados, por pesquisadores médicos e sociólogos como de suma importância no controle das doenças, segundo estes, as reformas políticas e sociais se caracterizam no recurso mais promissor para melhorar a saúde das populações carentes e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

A saúde deixou de ser considerada como um fenômeno limitado exclusivamente ao setor saúde, para ser entendida como vinculada a uma vasta gama de fatores genéticos, ecológicos, biológicos, psicológicos e a condicionamentos sociais, alguns deles estranhos ao seu próprio campo. Esses fatores se entrelaçam e se inter-relacionam de maneira bastante complexa, transformando a saúde individual em uma unidade coletiva e multidimensional (SOUTO, 2009, p. 29).

4 ESTRESSE LABORAL OU *BURNOUT*

Segundo Codo e Vasques-Menezes (1999, p. 238), *Burnout* é o termo adotado em português para caracterizar algo como: “perder o fogo”, “perder a energia” ou “queimar (para fora) completamente”. Em outras palavras, trata-se de uma síndrome que faz com que o trabalhador perca o sentido de sua relação com o trabalho, nada tem mais importância e qualquer esforço parece ser inútil.

A síndrome *burnout* é definida por Maslach e Jackson (1981) como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. Cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene; grandes responsabilidades espreitam o profissional a cada gesto no trabalho. O trabalhador se envolve afetivamente com os seus clientes, se desgasta e, num extremo, desiste, não agüenta mais, entra em *burnout* (CODO e VASQUES-MENEZES, 1999, p. 238).

De acordo com Benevides-Pereira (2002), quem primeiro usou o termo *burnout* foi Herbert J. Freudenberger em seu artigo *Staff Burn-out* de 1974.

A síndrome é composta por três fatores, exaustão emocional, despersonalização, falta de envolvimento pessoal no trabalho. Os autores conceituam os componentes da síndrome.

- 1) Exaustão emocional – situação em que os trabalhadores sentem que não podem dar mais de si mesmos a nível afetivo. Percebem esgotada a energia e os recursos emocionais próprios, devido ao contato diário com os problemas.
- 2) Despersonalização – desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas e de cinismo às pessoas destinatárias do trabalho (usuários/clientes) – endurecimento afetivo, “coisificação” da relação.
- 3) Falta de envolvimento pessoal no trabalho – tendência de uma “evolução negativa” no trabalho, afetando a habilidade para realização do trabalho e o atendimento, ou contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização.

Benevides-Pereira (2002, p. 34-35) afirma que a síndrome de Burnout, clinicamente, apresenta um conjunto de sintomas: fadiga física e mental, perda do entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de inutilidade e impotência, baixa auto-estima, podendo levar a depressão e até ao suicídio. Fatores individuais somados às condições e relações do trabalho propiciariam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome: “a

Exaustão Emocional, a Despersonalização e a Reduzida Satisfação Pessoal no Trabalho ou simplesmente *Reduzida Realização Profissional.*”

De acordo com, Codo e Vasques-Menezes (1999), os componentes da síndrome devem ser analisados separadamente, sem, contudo dicotomizar, como um processo contínuo com níveis de comprometimento que variam de alto, moderado e baixo, pelo nível de cada um dos três fatores é obtido o nível de *burnout* do indivíduo, um nível moderado de *burnout* requer intervenção vez que o processo é contínuo. Para Codo e Vasques-Menezes (1999, p. 239) a “Falta de motivação, desamparo, desesperança, passividade, alienação, depressão, fadiga, *stress* e agora *burnout*, em última instância se defrontam com a mesma questão: por que as pessoas desistem?”

O autor afirma que o *burnout* passou a ter destaque no mundo do trabalho, quando, explicitou as conseqüências do impacto das atividades laborais no trabalhador e vice-versa.

[...] para aqueles que desenvolvem suas atividades em áreas de segurança no trabalho, médicos e mais especificamente psiquiatras e psicólogos. Conhecer a síndrome e pôr em prática estratégias de prevenção e intervenção faz-se imprescindível, sobretudo no mundo atual, onde as exigências por produtividade, qualidade, lucratividade, associadas à recessão, vêm gerando maior competitividade e, conseqüentemente, problemas psicossociais (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 16).

Para Benevides-Pereira (2002), as investigações possibilitam prevenir e/ou intervir sobre os processos que desencadeiam a síndrome de *burnout*, e assim, minimizam suas conseqüências.

De acordo com Codo e Vasques-Menezes (1999) o *burnout* surge disposto a compreender as contradições do setor de prestação de serviços, no momento em que o setor de produção primário recua e dá lugar ao avanço do setor terciário. Segundo Codo e Vasques-Menezes (1999, p. 239) “A teoria do ser humano solitário na época em que parece se esvanecer a solidariedade; a ênfase na despersonalização quando a ruptura dos contratos sociais parecem ter eliminado a pessoa.”

Os referidos autores ainda afirmam que a etiologia das neuroses a psicologia depara com velhos problemas, a depressão, a ansiedade, ainda cadente: “[...] por que as pessoas desistem? Por que fracassam? Como e quando fogem quando não há razão aparente? Quando a ação não ocorre, o que está imobilizando o sujeito?” (1999, p. 239).

As leis brasileiras de auxílio ao trabalhador já contemplam esta síndrome. No Decreto nº. 3048/99, de 6 de maio de 1996, que dispõe sobre a Regulamentação da

Previdência Social, em seu Anexo II, que trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais, conforme previsto no Art. 20 da Lei nº. 8.213/91. p. 24

De acordo com Benevides-Pereira (2002) a homeostase tem a função de preservar o estado de equilíbrio do organismo, o estresse, quando breve e controlável pode contribuir para a homeostase, capacidade do organismo de garantir a sobrevivência. Portanto, nem sempre o estresse é prejudicial ao organismo. Para Lipp (1996 apud BENEVIDES-PEREIRA, 2002) os estudos sobre estresse evoluem do referencial biológico para o biopsicológico, especialmente depois da II Guerra Mundial, quando, percebeu-se que os transtornos apresentados pelos soldados não se relacionavam somente às condições a que foram expostos, mas também, às pressões psicológicas vivenciadas. É ainda, Benevides-Pereira que classifica os agentes desencadeadores de estresse em três categorias.

Estressores Físicos: são provenientes do ambiente externo tais como ruídos, frio ou calor intenso e/ou persistente, acidentes, fome, dor, etc., ou que interferem predominantemente no corpo do indivíduo, como excesso de exercícios físicos, alimentação pesada, utilização de drogas, etc.

Estressores Cognitivos: são avaliados como ameaçadores à integridade do indivíduo ou a seu patrimônio (físico ou psicossocial), tais como a iminência ou a vivência de um assalto, envolvimento em uma discussão, seleção a um emprego, provas, etc.

Estressores Emocionais: sentimentos como perda, medo, ira, entre outros, ou acontecimentos como casamento, divórcio, mudanças (de casa, escola, cidade, etc.), em que o componente afetivo se faz mais proeminente. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 27).

Freudenberger (1975 apud BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 33) afirma que os profissionais que trabalham diretamente na assistência aos outros, estão mais susceptíveis ao *Burnout*. Estes trabalhadores desenvolvem pelo menos três tipos de luta: diante das doenças da sociedade, das necessidades dos indivíduos que buscam sua assistência e as próprias necessidades. O público-alvo destes atendimentos geralmente é composto por pessoas muito carentes, ou que necessitam de cuidados extremos, intensivos, e na maioria das vezes por um tempo prolongado.

Codo e Vasques-Menezes (1999, p. 237), relatam que a partir de 1970 teve início a construção de modelos teóricos com a finalidade de compreender a apatia e o sentimento de desânimo. Foram desenvolvidos instrumentos que detectaram o problema, trata-se de uma “[...] síndrome que afeta principalmente os trabalhadores encarregados de cuidar (*caregivers*).” Na opinião de Pereira e de alguns autores a demanda afetiva proveniente das relações de cuidado geram maior sofrimento psíquico.

[...] há evidência de que a frequência de intensidade dos transtornos experimentados em profissionais de áreas assistenciais têm se revelado maior, (Kurowski, 1999) indicando que o envolvimento afetivo que ocorre em algumas profissões incrementa

e dá um caráter distinto às alterações experienciadas por estes trabalhadores. Também Moraes (2001) relata maior exaustão em Técnicos de Saúde do que nos que trabalhavam em cargos administrativos na mesma instituição (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 15-16).

O *Burnout* também já foi chamado de *A Síndrome do Assistente Desassistido* (Portero & Ruiz (1998 apud BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 33), pela reduzida consideração que se tem despendido aos trabalhadores de serviços de assistência, em relação às condições e suporte no trabalho, ou *A Síndrome do Cuidador Descuidado* (González, 1995 apud BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p.33), em alusão à desatenção do profissional de ajuda consigo mesmo.

Ao percorrer-se o caminho do estresse ou *Burnout*, observa-se uma mudança de perspectiva acentuada, por merecer uma evolução do plano predominantemente individual para o social, ou relacional. Apesar da diversidade de conceituações atribuídas ao *Burnout*, ocorre uma unanimidade entre os pesquisadores, na medida em que todos assinalam a influência direta do mundo do trabalho como condição para a determinação desta síndrome. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 33)

Benevides-Pereira (2002), considera que o *Burnout* é uma resposta a um estado prolongado de estresse que tem preocupado tanto o meio científico como o organizacional. Ocorre quando os processos de enfrentamento falharam. Suas implicações negativas interferem no individual, físico, mental, profissional, social; no profissional, atendimento negligente, lentidão, contato impessoal, cinismo; organizacional, dificuldades em relacionar com os outros, absenteísmo, qualidade dos serviços.

A diferença entre estresse e *burnout* está no grau de comprometimento e nos fatores associados, que podem caracterizar a síndrome. O estresse pode ter aspectos negativos ou positivos e acomete qualquer pessoa independente da atividade laboral, enquanto o *burnout* está relacionado com o trabalho.

[...] Enquanto o estresse pode apresentar aspectos positivos ou negativos, o *Burnout* tem sempre um caráter negativo (distresse). Por outro lado, o *Burnout* está relacionado com o mundo do trabalho, com o tipo de atividades laborais do indivíduo. Além disso, comporta uma dimensão, social, inter-relacional, através da despersonalização, o que não ocorre no estresse ocupacional (Gil-Monte & Peiró, 1997; Moreno, Garrosa & Gonsález, 2001 apud BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 45 e 46).

Tipo de Ocupação: A maioria dos autores concordam que, apesar de qualquer pessoa poder vir a sofrer de estresse ocupacional em função das atividades desenvolvidas, o *Burnout* incide principalmente nos que ajudam, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento de outros, tais como médicos, enfermeiros, professores, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, bombeiros, agentes penitenciários, policiais, enfim, cuidadores em geral.

Segurança: Alguns ambientes de trabalho ou profissões predispõem a riscos físicos e até de vida, como é o caso de funcionários de hospitais, policiais e bombeiros, onde o bom desempenho de suas funções pode vir, eventualmente, a lhes causar danos ou a morte (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 59 e 67).

No estudo feito por Amorim (2002), Síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia: Um Estudo Preliminar, os números são preocupantes.

[...] Nesta perspectiva de que o *Burnout* é consequência da interação pessoa – local de trabalho, realizou-se um estudo para identificar os fatores associados ao *Burnout* em fisioterapeutas de hospitais de reabilitação. O estudo foi realizado por Donohoe, Nawawi, Wilker, Schindler & Jette (1993); [...] Coletaram dados demográficos, aplicaram o MBI e um questionário para identificar atributos do ambiente de trabalho e tipo de personalidade. Com a utilização de análises fatoriais e multivariadas, os principais resultados apontavam que 46% dos entrevistados acusaram altos escores na subescala de *exaustão emocional* do MBI, 20% atingiram altos escores na subescala de *despersonalização*, e 60% relataram escores baixos na subescala de *realização pessoal*. Como um todo, a população investigada apresentou *Burnout* moderado. Três fatores: comunicação / união, realização e tempo restrito foram descritos para 69% da variável *exaustão emocional*, e 73% da dimensão *despersonalização* e *realização pessoal*. Neste estudo não se encontraram graus significativos associados ao tempo de exercício da profissão ou ao número de pacientes atendidos diariamente (AMORIM, 2002, p. 96 e 97).

Em outra pesquisa realizada, 1997, pela Associação Americana de Fisioterapia dos Estados Unidos os pesquisadores relatam que nesta época ainda eram poucos os estudos encontrados sobre *Burnout* em profissionais fisioterapeutas.

[...] em 1997 ainda eram poucos os estudos sobre *Burnout* em fisioterapeutas (Wandling & Smith, 1997); Niehouse & Smith (2000) estudaram 255 fisioterapeutas assistentes, membros da Associação Americana de Fisioterapia, utilizando o MBIU. Receberam o retorno de 36% dos sujeitos selecionados para a pesquisa; os que retornaram o instrumento de pesquisa apresentavam baixos índices de *Burnout* para *despersonalização* e *realização pessoal* e nível médio para *exaustão emocional*. Na análise dos resultados que *demonstravam exaustão* emocional encontrou-se correlação positiva com as percepções do ambiente de trabalho e concluem o estudo com sugestões de futuras pesquisas: 1) avaliar como novos profissionais lidam com estresse no trabalho e enfrentam os fenômenos que causam *Burnout*, 2) estudar os níveis de *Burnout* em estudantes, como eles procedem no decorrer do processo educacional e, talvez, desenvolver programas de combate a *Burnout* durante e após a graduação dos estudantes. Finalmente, afirmam que o reconhecimento dos fatores que contribuem para o *Burnout* podem ajudar a controlar níveis de *Burnout* (prevenir) e manter um ambiente de trabalho positivo com qualidade no cuidado dos pacientes.

[...] o nível de *Burnout* em fisioterapeutas membros da Seção de Geriatria da Associação Americana de Fisioterapia. De uma amostra de 255 fisioterapeutas, 109 responderam; e 57 apresentavam altos escores na subescala de *exaustão emocional* (AMORIM, 2002, p. 97-98).

Para Benevides-Pereira (2002), a dicotomia entre vida e morte guarda associação com a saúde e à doença, assim quem domina o conhecimento da cura é tido como deus. A medicina enquanto profissão carrega consigo uma aura de prestígio, geradora de status social, de outro lado imprime uma carga extra ao profissional médico, uma profissão que predispõe ao estresse e ao *Burnout*.

A confiança e responsabilidade depositadas no médico acarretam uma sobrecarga profissional, segundo indicações da literatura é alto o consumo de substâncias químicas como: álcool, fumo, drogas, sendo alto também a incidência de depressão. Os fatores agravantes do processo são percebidos desde o ambiente acadêmico.

O ambiente nas faculdades de medicina é experienciado como hostil e competitivo, sendo perpetrado de geração a geração de médicos, inclusive com a ocorrência de maus-tratos, como gritos, agressões, humilhações, insultos dos que estão em níveis hierarquicamente superiores (Cataldo Neto, Cavalet, Bruxel, Kappes & Silva, 1998; Silver & Gliken, 1990; Uhari, Kokkonen, Nuutinen, & 1994; Wolf, Randall, VonAlmen & Tynes 1991 apud BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 110).

De acordo com Benevides-Pereira (2002), em pesquisa realizada com 79 alunos do curso de medicina do 1º ao 6º ano, o resultado demonstrou comprometimento em pelo menos duas das três dimensões do MBI, 46,67% apresentou pontuação acima da média esperada. O resultado evidencia um processo de *Burnout* em aproximadamente ¾ dos participantes da amostra. Alunos do 4º ano apresentaram resultados com médias de 33,67 em exaustão emocional, 9,6 de despersonalização e 22,64 em realização profissional. Segundo o autor o elevado índice de *Burnout*, detectado em especial no 4º ano pode ter relação com a proximidade do período de internato, quando o aluno começa a atender os pacientes em hospital-escola. MBI – O Maslach Burnout Inventory, de Maslach e Jackson, é um questionário de auto-informe.

Pesquisa realizada com 114 médicos, com idade entre 30 e 70 anos, de dois hospitais, A e B, apresentaram os seguintes resultados, nas dimensões: exaustão emocional e despersonalização (Hospital A – 22,18 e 5,97) e (Hospital B – 21,71 e 5,34). Na dimensão realização profissional foram encontrados (Hospital A -41,71) e (Hospital B – 41,05).

Em estudo publicado por Benevides Pereira (2002, p. 116), em que se realizou uma pesquisa com 144 médicos foram encontrados, para a escala de *burnout* as médias descritas na tabela 05.

Tabela 05 – Médias de Desvios Padrão do MBI em um grupo de médicos (N=144)

Dimensões	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
EE	22,61	11,4	0,0	50,0
DE	6,03	5,18	0,0	24,0
RP	41,38	5,45	24,0	48,0

Fonte: BENEVIDES PEREIRA (2002, p. 116)

Barbosa e Beresin (2007), em pesquisa sobre a síndrome de burnout em graduandos de enfermagem, realizada com 102 graduandos da 1ª à 4ª série do curso de enfermagem da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein, 95% das pessoas eram do sexo feminino, idade entre 18 e 50 anos. Resultados, **Exaustão Emocional (EE)**: os resultados foram 73,51% apresentavam baixo/moderado nível de EE. **Despersonalização (DE)**: 70,56% apresentavam baixo/moderado nível de DE. **Realização profissional (RP)**: 76% apresentaram alto nível de reduzida realização profissional. Os autores concluíram que não há presença da síndrome de burnout. Existe indicativo da síndrome quando há médias elevadas em exaustão emocional (EE) e despersonalização (DE), combinadas com média baixa em reduzida realização profissional (RP).

Segundo Amorim (2002), são poucos os estudos que abordam o estresse laboral e institucional em profissionais que se relacionam com outras pessoas, como é o caso dos profissionais fisioterapeutas. No Brasil, as categorias, da área da saúde, mais estudadas têm sido os médicos e enfermeiros. Ainda de acordo com o autor, apesar de serem poucos os trabalhos sobre os riscos inerentes ao exercício profissional ou *Burnout* em profissionais fisioterapeutas, a comunidade científica internacional sempre se preocupou com esta categoria das equipes de saúde. Wandling & Smith (1997 *apud* AMORIM, 2002, p. 97), Em 1997 a Associação Americana de Fisioterapia da região central do nordeste dos Estados Unidos afirmava que ainda eram poucos os estudos sobre *Burnout* em fisioterapeutas.

Schlenz, Guthrie e Dudgeon (1995 *apud* AMORIM, 2002, p. 97), mencionam um estudo realizado em 1995, com quarenta terapeutas, das categorias de fisioterapia e terapia ocupacional, que desempenhavam suas atividades em tempo integral em reabilitação de lesões neurológicas, as atividades de desenvolvimento profissional foram mais fortemente associadas com sentimentos de *realização pessoal*. Os resultados demonstraram altas taxas de exaustão emocional entre os terapeutas, porém, evidenciou-se poucos sentimentos de *despersonalização*. Os autores concluíram que atividades de desenvolvimento profissional no local de trabalho podem aumentar sentimentos de realização pessoal e minimizar o *Burnout*.

Em estudo realizado por Niehouse e Smith (2000 *apud* AMORIM, 2002, p. 97), em 255 fisioterapeutas assistentes, membros da Associação Americana de Fisioterapia, usando o MBI, receberam retorno de 36% dos sujeitos, os resultados apresentaram baixos índices de *Burnout* para *despersonalização* e *realização pessoal* e nível médio para *exaustão emocional*. Concluíram que houve uma correlação positiva entre as percepções do ambiente de trabalho e os resultados da dimensão *exaustão emocional*.

Amorim (2002, p. 99) realizou um estudo com 30 estudantes de fisioterapia do quarto ano da PUC-PR, para a coleta de dados usou o MBI (Maslach *Burnout Inventory*), versão traduzida pelo NEPASB – Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas de *Burnout*, e um questionário para a coleta de dados sociodemográficos. Os resultados encontrados na dimensão **Esgotamento/Desgaste Emocional** foram: 70% dos sujeitos apresentavam escore elevados; 23% apresentavam escore moderados e 7% apresentavam escore baixo. Na dimensão **Despersonalização**: 16,5% apresentavam escore alto, 40% apresentavam escore médio ou moderados e 43,5% apresentavam escore baixo. Na dimensão **Satisfação Pessoal**: 7% afirmaram ter alta satisfação, 84% demonstraram escore médio, e 9% apresentaram baixa satisfação pessoal.

Estudo realizado por Formighieri (2003), sobre a influência do Burnout na atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico, em 80 fisioterapeutas, da região oeste do Estado do Paraná. Os resultados demonstraram um predomínio de pessoas do sexo feminino 75,5%, com 92,5% dos indivíduos na faixa etária de 21 a 35 anos, a maioria solteira 78,8% e sem filhos 86,3%. A distribuição da ocorrência das pontuações nas questões do M.B.I. na subescala de EE obteve média igual a 22,8, classificação média que reflete o início de exaustão emocional; na dimensão DE a média foi de 6,0 o que significa um grau médio para despersonalização; quanto a dimensão de Realização pessoal (EP) a autora encontrou média de 33,7, correspondendo à classificação média.

Codo (1999) realizou estudo em trabalhadores da educação, cujos resultados destacamos neste trabalho, por entender ser possível fazer um paralelo entre os profissionais da educação e os profissionais fisioterapeuta, ambos tem uma relação de conflito que advém de suas atividades envolvendo relações de afetividade com a clientela que assiste. Os resultados para uma amostra de quase 39.000 trabalhadores em educação foram: 31,9% apresentando baixo envolvimento emocional com a tarefa, 25,1% apresentando exaustão emocional, e 10,7% com despersonalização. Concluiu pela incidência de 48,4% da categoria em pelo menos uma das três subescalas que compõem burnout.

5 METODOLOGIA DE PESQUISA

O estudo foi realizado no período de março de 2008 a fevereiro de 2010.

5.1 Critérios para inclusão da amostra

- Ser fisioterapeuta.
- Sem distinção de idade, ou sexo.
- Com vínculo de trabalho em alguma Instituição, (Escola, Clínica, Hospital, Centro de Reabilitação, Entidades que prestam serviços de reabilitação em geral etc.)

5.2 Critérios éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP 051/2009) e foi realizado no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) e Hospitais e Clínicas de Fisioterapia de Goiânia.

5.3 Instrumento de coleta de dados

Para a pesquisa foi utilizado o instrumento de pesquisa desenvolvido pelo Laboratório de Pesquisa do Trabalho-LPT, da Universidade de Brasília-UNB. Trata-se de um inventário quantitativo, de auto-informe que usa uma escala progressiva, tipo *likert* com gradação de 1 até 7 pontos, (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 73), sendo que (1)

corresponde a “Discordo totalmente/não se aplica a mim” e (7) corresponde a “Concordo totalmente”. Segundo Richardson (1999 apud SARTORI, 2006, p. 95), a escala de likert é um instrumento apropriado para medições de atitudes.

Os dados foram distribuídos no questionário em três grupos: 1) variáveis sócio-demográficas; 2) escala de *burnout* e 3) Instrumento psicométrico com base na psicologia do trabalho, desenvolvido pelo LPT-UNB, que pesquisa a relação do indivíduo consigo mesmo, com o trabalho e com a sociedade. Acrescentou-se ao formulário de pesquisa uma questão subjetiva que investiga a percepção do Fisioterapeuta sobre a sua profissão - *Para você como é ser Fisioterapeuta?*

A escala de *Burnout*, com base MBI-Maslach Burnout Inventory (Maslach e Jackson, 1986), é composta de 22 itens divididos em três dimensões: 09 itens relativos à exaustão emocional (EE), 05 itens à despersonalização (DE) e 08 itens à realização profissional (RP). (quadro 1).

Para cada uma das dimensões da síndrome a incidência de *burnout* é categorizada pelo grau de severidade em “baixo”, “moderado” e “alto”.

Quadro 1 - Distribuição das questões da escala de burnout por fator.

Fatores	Questões
Exaustão emocional	B2 Eu me sinto emocionalmente exausto/a pelo meu trabalho.
	B5 Eu me sinto esgotado/a ao final de um dia de trabalho.
	B6 Eu me sinto frustrado/a com meu trabalho.
	B7 Sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.
	B10 Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado/a.
	B14 Eu me sinto esgotado/a com meu trabalho.
	B15 Eu me sinto cansado/a quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia de trabalho.
	B17 Eu me sinto como se estivesse no final do meu limite.
	B19 Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim
Envolvimento pessoal no trabalho	B1 Eu me sinto muito cheio/a de energia
	B11 Trato de forma adequada os problemas da minha clientela.
	B13 Eu me sinto estimulado/a depois de trabalhar lado a lado com minha clientela.
	B16 Tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.
	B18 Posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela.
	B20 No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.
	B21 Sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
	B22 Posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas.
Despersonalização	B3 Sinto que trato algumas pessoas da minha clientela como se fossem objetos.

	B4	Acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.
	B8	Acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.
	B9	Sinto que a minha clientela me culpa por alguns dos seus problemas.
	B12	Não me importo realmente com algumas pessoas da minha clientela.

Fonte: adaptado de CODO (1999, p. 244).

Para padronizar e evitar possíveis erros no preenchimento do questionário fez-se uma adaptação no MBI-Maslach Burnout Inventory, adotando-se para este, o mesmo critério de numeração das respostas do questionário de qualidade de vida, ou seja, uma escala do tipo Likert de 7 pontos, indo de 1-7, onde (1) corresponde a *Discordo totalmente*, até o (7) *Concordo totalmente*. Benevides Pereira (2002), para a análise comparativa com os estudos do MBI-Maslach Burnout Inventory, que sugere o uso do com uma escala que vai de “0” como “nunca” a “6” como “todos os dias”. os valores da escala foram convertidos em numeração de respostas 0 a 6.

O instrumento de pesquisa, usado neste estudo, consta de 200 questões, apresentadas em cinco (5) páginas, sendo 39 questões sócio-demográficas, 22 questões da escala de Burnout, 136 do inventário de qualidade de vida, 1 questão aberta sobre o profissional fisioterapeuta.

5.4 Dos critérios da pesquisa

O questionário foi aplicado nos locais de trabalho e de estudo dos profissionais, foi gasto um tempo médio, para o preenchimento do questionário, de 45 minutos, a coleta dos dados se deu entre os meses de novembro e dezembro de 2009.

Para o estudo foram distribuídos 200 questionários, ao final da pesquisa foram coletados 109 questionários respondidos. Dos profissionais que responderam 48 Fisioterapeutas trabalham no CRER e 61 nas demais instituições.

A pesquisa foi realizada em 04 Instituições da Cidade de Goiânia. Sendo elas: CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo; IOG – Instituto de Ortopedia de Goiânia; CEAFI – Centro de Estudos Avançados de Formação Integrada; e Salute Espaço Terapêutico.

No CEAFI a pesquisa foi realizada em seu centro de pós-graduação, na oportunidade foi distribuído o questionário para 04 turmas de pós-graduação em fisioterapia, aos profissionais que atuam nas diversas instituições em Goiânia, além dos próprios profissionais fisioterapeutas que fazem parte do quadro de profissionais do CEAFI que também se dispuseram a participar da pesquisa.

Para a participação as pessoas, inicialmente, foram informadas dos objetivos da pesquisas e dos aspectos legais relacionados à mesma, quando a pessoa sinalizava a disposição de participar como voluntário da pesquisa recebia um envelope contendo o termo de consentimento livre e esclarecido e o questionário.

No CRER a coleta foi realizada em um único momento com a participação das 48 pessoas, reunidas no auditório, quando foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, e em seguida assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e o colocaram em um envelope fechado, só então responderam ao questionário que por sua vez também foi colocado em outro envelope fechado, quando todos os voluntários devolveram os questionários no envelope o mesmo foi recolhido. Com este procedimento procurou garantir o anonimato do voluntário. O mesmo procedimento foi adotado para os outros participantes, os questionários foram recebidos após o seu preenchimento em envelopes separados e em grupos.

Tal procedimento teve a finalidade de evitar exposição das pessoas e resguardar o sigilo da pesquisa.

5.5 Análise estatística

Foram usadas abordagens estatísticas do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para estabelecer as médias, o desvio padrão, os percentuais e o agrupamento dos fatores sócios demográficos.

5.6 Métodos

Esta pesquisa tem abordagem quantitativa e qualitativa na medida em que segue uma metodologia que usa questionário estruturado de caráter descritivo, e ao mesmo tempo aborda questões subjetivas, cheias de simbologia e significados, a cerca de situações específicas do profissional fisioterapeuta e estuda os fenômenos sócio-econômicos que envolvem a profissão, num dado momento e local.

5.6.1 Método Qualitativo

Para o melhor entendimento das abordagens será apresentado conceitos dos dois métodos de pesquisa, qualitativa e quantitativa.

Segundo Mendonça; Rocha e Nunes (2008), o método qualitativo não deseja numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas, tem como objetivo avaliar fenômenos sociais, que não podem ser investigados pela metodologia quantitativa, desse modo, difere do método quantitativo, pois, não usa uma ferramenta estatística como base de análise do fenômeno. Os aspectos qualitativos de uma pesquisa podem estar presentes nas informações quantitativas colhidas, e tem como finalidade explicar situações que os resultados gráficos e numéricos não conseguem explicar, “[...] têm por objetivo ir além de um levantamento de dados estatísticos, pois buscam estabelecer sentido e significação que estão para além da aparência dos fatos,” (p.48).

Para Liebscher (1998 apud DIAS, 2000) os métodos qualitativos de pesquisa são usados quando o objeto de estudo é complexo, e não admite à quantificação. Normalmente, os métodos qualitativos de pesquisa são usados quando envolve fenômenos sociais e culturais, sendo um elemento importante para a pesquisa. Para compreender o método qualitativo é preciso aprender a observar, registrar e analisar interações reais entre pessoas, e entre pessoas e sistemas. Sendo elementos da pesquisa qualitativa a observação, observação participante, entrevista individual semi ou não estruturada, grupo focal e análise documental.

De acordo com Glazier (1992, apud DIAS, 2000), a pesquisa qualitativa, para comprovação dos resultados, lança mão da comparação dos achados e/ou observações com

aqueles encontrados na análise detalhada da literatura, usa ainda da triangulação, isto é, emprega métodos diferentes de coleta dos mesmos dados e compara os resultados, estas medidas têm por finalidade dar consistência, confiabilidade e validade aos resultados dos estudos.

[...] Se a pesquisa trabalha com a subjetividade, valores e crenças que orientam as ações humanas, o que interessa é a natureza das respostas, dos sentimentos, das opiniões, das crenças; não o quanto, mas aquilo que as pessoas sentem, pensam, defendem, valorizam. Nesse processo, o maior ou menor grau de aproximação ou de confiabilidade das conclusões resultará da consistência teórica e metodológica com que a pesquisa é conduzida, permitindo fazer interpretações, captar as implicações de diferentes elementos entre si e estabelecer uma nova compreensão de fenômenos que são produtos mentais, culturais, subjetivos (MENDONÇA; ROCHA; NUNES, 2008, p. 48).

5.6.2 Método quantitativo

A investigação quantitativa emprega técnica e recursos estatísticos quantitativos para coleta e análise dos dados, lida com dados objetivos evitando interpretações subjetivas e de acordo com Mendonça; Rocha; Nunes (2008), é muito usado em estudos descritivos, propõe investigar o “que é”, para tanto usa como recurso de coleta de dados: observação, questionários, formulários, testes e tabelas. Para Miranda (2008), o método quantitativo apresenta como objetivo a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências observáveis. Essa metodologia usa medidas numéricas para testar hipóteses mediante uma rigorosa coleta de dados. De acordo com Neves (1996), a pesquisa quantitativa procura seguir com rigor um plano previamente estabelecido e emprega instrumentos estatísticos para análise dos dados.

Para os autores citados anteriormente, o método quantitativo apresenta limitações para tratar questões de ordem social e situações que envolvem a compreensão da subjetividade dos fenômenos psicológicos e sociais.

5.6.3 Método quali-quanti, porquê e quando usar?

Segundo Kaplan & Duchon (1988, apud DIAS, 2000), estudos que combinam os métodos quantitativos e qualitativos usam uma base contextual que possibilita uma melhor interpretação e validação dos resultados. Neves (1996), afirma que as diferenças dos métodos quantitativo e qualitativo devem ser usadas em benefício do estudo e assegura que a combinação de métodos distintos pode contribuir para o enriquecimento da análise.

A seleção do método deve considerar o tipo de estudo os dados colhidos e os resultados que se espera encontrar. De acordo com Miranda (2008), o método de pesquisa escolhido deverá responder de maneira clara o que o pesquisador busca com o estudo. A pergunta é “Qual método será o mais útil ou apropriado para a investigação?”. Os autores, Mendonça; Rocha; Nunes (2008) concordam com Miranda (2008) ao afirmarem que as abordagens qualitativa e quantitativa têm natureza diferente, e não existe entre elas contradição, pelo contrário, se complementam. Assim sendo, o pesquisador deve verificar a natureza do objeto e dos problemas a investigar, de forma a identificar os caminhos metodológicos que serão trilhados.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Os resultados mostraram que o questionário de qualidade de vida no trabalho, apresenta correlação entre as variáveis confirmando sua utilização para detectar aspectos relacionados ao trabalho e qualidade de vida no trabalho. Na análise fatorial feita pelo SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) dos 136 itens do questionário de qualidade de vida, 110 apresentaram saturação acima de 0,35, consistência que variou de ($\alpha = 0,94$ para o item 01; $\alpha = 0,91$ para o item 02 e $\alpha = 0,83$ para o item 03), os 26 itens restantes não alcançaram pontuação suficiente para serem considerados relevantes, portanto, não serão discutidos neste trabalho.

6.1 Apresentação dos resultados socioeconômicos

A amostra ficou composta por 27,6% de pessoas do sexo masculino e 72,4% do feminino. Nos primórdios, esta profissão, era exercida essencialmente pelas mulheres. No entanto, nos últimos anos os homens vêm se interessando pela profissão.

Os profissionais fisioterapeutas, hoje exercendo a profissão, são em sua maioria, adultos jovens, com 78,5% das pessoas, entre 22 e 31 anos.

A maioria das pessoas, 63,3%, responderam que possui casa própria, quitada, 12,8% possui casa própria financiada, 22% mora de aluguel e o restante 1,8% mora em casa cedida.

Nos aspectos relacionados ao trabalho 97,1% dos entrevistados exerce regularmente a profissão de fisioterapeuta, 2,9% exerce cargo de gestor e/ou outras áreas. Os postos de exercício profissional da amostra foram: emergência, UTI, internação, atendimento a pacientes adultos e crianças.

Quanto à remuneração do grupo: 35,65% recebem até R\$: 1800,00; 19,8% entre R\$: 1.801,00 e 2.400,00; 13,9% recebem entre R\$: 2.401,00 e 3.000,00; de R\$: 3.001,00 e 3.900,00 estão 8%; 7,9% dos sujeitos pesquisados ganham entre R\$: 3.901,00 e 4.800,00; 5% ganham entre R\$: 4.801,00 e 5.700,00; e somente 3% dos sujeitos ganham acima de 5.701. (anexo D, p. 112 contendo todos os dados).

Os profissionais fisioterapeutas, na maioria, 81,2%, gastam menos de 30 minutos, no trajeto de casa para o trabalho; 15,8% gastam entre 30 minutos e 60 minutos, o que demonstra que Goiânia ainda é uma cidade que possibilita um deslocamento rápido e ainda, que permite as pessoas morarem próximas do seu local de trabalho.

No exercício clínico da Fisioterapia: 17,1% trabalham menos de 30 horas; 63,8% 30 horas semanais; 2,9% entre 31 a 35 horas; 9,5% de 36 a 40 horas e 6,7% exerce um jornada de mais de 41 horas semanais. Esta jornada de trabalho representa a carga horária de trabalho neste emprego, ou seja, na empresa pesquisada.

E, quase a metade das pessoas entrevistadas, 49,1%, respondeu que exerce outra atividade remunerada, o que demonstra que estes profissionais têm uma jornada dupla de trabalho, seja com atividades de docência ou mesmo no exercício clínico da fisioterapia, contrariando, assim, as recomendações do conselho de fisioterapia que preconiza uma jornada máxima de 30 horas semanais, este fato acontece pela necessidade de melhorar os rendimentos uma vez que a profissão é mal remunerada.

Os turnos de trabalho variam entre matutino com, 35,6% dos entrevistados exercendo suas atribuições neste período; outros 33,7% no período vespertino; 5,8% trabalham à noite, 18,3% exerce uma jornada de trabalho em período integral; 2,9% trabalham em regime de escala e os 3,8% trabalham nos três turnos (manhã/tarde/noite).

Nos aspectos de aperfeiçoamento e capacitação profissional 75,7% do grupo respondeu que ainda está estudando regularmente. E, dos treinamentos oferecidos pela Instituição 78,3% responderam que participam. Observou-se que 71% dos entrevistados disseram que participaram de algum treinamento nos últimos 2 anos. Os motivos que impediram a participação em algum treinamento foram ou incompatibilidade de horários ou problemas financeiros.

6.2 Apresentação e análise dos resultados da pesquisa escala de burnout

O objetivo desta pesquisa foi realizar um estudo com profissionais fisioterapeutas, que atuam na Cidade de Goiânia, para identificar a qualidade de vida no trabalho e os níveis de *Burnout*, dos 200 questionários distribuídos 109 profissionais (54,5%) devolveram o questionário, os resultados encontrados para a escala de *burnout* foram:

- **Exaustão Emocional (EE):** 43,80% das pessoas apresentaram baixos índices, enquanto 38,10% apresentaram índices moderados e 18,10% apresentaram índices altos de EE. A média das respostas na dimensão EE ficou em 21,74 e o desvio padrão foi 9,48, tabela 06.

Tabela 06 – Categorização da **Exaustão Emocional (EE)**

		Frequência	Percentual (%)	Percentual válido (%)	Percentual Acumulado (%)
Válidos	Baixa	46	42,20	43,80	43,80
	Moderada	40	36,70	38,10	81,90
	Alta (problema)	19	17,40	18,10	100,00
	Total	105	96,30	100,00	-
Não Válidos		04	3,70	-	-
Total		109	100,0	-	-

- **Despersonalização (DE):** o N válido nesta dimensão foi N=107, o que significa que dois dos questionários não tiveram as respostas válidas para esta dimensão, a média da amostra foi 5,61 e o desvio padrão foi de 5,28. 77,60% dos indivíduos pesquisados apresentaram baixos índices de DE, 16,80% apresentaram índices moderados e 5,60% apresentaram altos índices de DE.

Tabela 07 – Categorização da dimensão **Despersonalização (DE)**

		Frequência	Percentual (%)	Percentual válido (%)	Percentual Acumulado (%)
Válidos	Baixa	83	76,20	77,60	77,60
	Moderada	18	16,50	16,80	94,40
	Alta (problema)	6	5,50	5,60	100,00
	Total	107	98,20	100,00	-
Não Válidos		02	1,80	-	-
Total		109	100,0	-	-

- **Envolvimento pessoal com o trabalho ou Realização Profissional (RP):** 22,60% baixos índices de RP, 33,00% das pessoas apresentaram índices moderados e os outros 44,40% apresentaram altos índices de RP. A média das respostas na dimensão RP ficou em 28,34 e o desvio padrão foi 3,21.

Tabela 08 – Categorização da dimensão **Realização Profissional (RP)**

		Frequência	Percentual (%)	Percentual válido (%)	Percentual Acumulado (%)
Válidos	Baixa (problema)	24	22,00	22,60	22,60
	Moderada	35	32,10	33,00	55,60
	Alta	47	43,10	44,40	100,0
	Total	106	97,20	100,0	-
Não Válidos		03	2,80	-	-
Total		109	100,00	-	-

Tabela 09 – Médias de Desvios Padrão do MBI em um grupo de Fisioterapeuta que atuam na cidade de Goiânia.

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
EE	105	4,0	44,0	21,74	9,48
DE	107	0,0	21,0	5,61	5,28
RP	106	19,0	42	28,34	3,21

A dimensão EE apresenta uma pontuação mínima de 4 e máxima de 44 com média de 21,74 o que sugere que a maioria das pessoas está mais para o limite inferior de EE, ou seja, estão mais próximos de baixo que de moderado, mostra um desvio padrão considerável o que explica um número de respostas com altas pontuações e um indicativo de estresse laboral apresentado por um percentual das pessoas pesquisadas.

Na subescala de despersonalização (DE) os valores mínimos e máximos foram 0 e 21 e a média 5,61, nesta dimensão a média ficou mais próxima do limite inferior demonstrando que as pessoas não apresentam indicativo de despersonalização.

No fator envolvimento pessoal com o trabalho (realização profissional-RP) os valores mínimos e máximos encontrados foram: 19 e 42 com a média ficando em 28,34 o que demonstra um baixo nível de realização pessoal no trabalho, corroborando com o indicativo de estresse laboral.

Para Benevides Pereira (2002), os níveis de burnout diferem de cultura para cultura e de categorias profissionais para categorias profissionais. Burnout, historicamente, tem sido considerada como a síndrome que acomete profissionais que trabalham diretamente com o cuidado, como é o caso de profissionais da área da saúde, porém, pode acometer outros profissionais. Codo (1999, p. 249) corrobora com este pensamento, afirmando que a investigação de burnout envolve múltiplas inter-relações. “O que se diz aqui é que *burnout*, é

um problema internacional, não pode ser considerado como privilégio desta ou daquela realidade educacional ou social, desta ou daquela cultura, deste ou daquele país.”

Segundo autores como Gil Monte e Peiró (1995), Martinez (1997) e Mendes (2002, apud FORMIGHIERI, 2003, p. 56), a síndrome se inicia pela dimensão exaustão emocional (EE). Na análise do estresse laboral autores como Freudenberger (1974 apud BENEVIDES PEREIRA, 2002, p.114) defendem que o profissional começa a apresentar os sintomas da síndrome após um ano de atividade na organização, por outro lado, De la Fuente, Gracia, Ortega & De la Fuente (1994 apud AMORIM, 2002 p. 92) na análise do estresse laboral e institucional dos profissionais que se relacionam constantemente com outras pessoas, foi constatado que quanto mais tempo de profissão, maior a segurança no trabalho e menor a vulnerabilidade em relação á tensão.

Pontuações médias em EE, combinada com despersonalização e sentimento de baixa realização pessoal e envolvimento no trabalho, refletem o início da Síndrome de Burnout. Assim, os autores concluem que elevadas pontuações nas subescalas de Esgotamento Emocional e Despersonalização e baixas pontuações na subescala de Realização Pessoal são indicativos de um grau alto da síndrome de burnout. Ao contrário, baixas pontuações nas subescalas de Esgotamento Emocional e de Despersonalização e uma alta pontuação na subescala de Realização pessoal e envolvimento no trabalho refletem um grau baixo de burnout.

Com base na literatura estudada pode-se dizer que a média 21,74 encontrada na dimensão exaustão emocional (EE) sugere indícios de estresse laboral. Os índices da dimensão despersonalização (DE), comparadas com outros estudos, estão baixos o que demonstra que apesar dos números sugerirem nível de estresse laboral os profissionais da amostra tem conseguido mecanismos de compensação dos fatores estressores. A média de envolvimento pessoal com o trabalho (realização profissional-RP) de 28,34 está abaixo dos estudos comparativos, o que sugere uma insatisfação no trabalho. Houve uma correlação positiva entre o estresse laboral e a quantidade de horas trabalhadas.

Tabela 10 - comparativo dos resultados do MBI – Maslach Burnout Inventory

Dimensões	NEPASB 1997	Manual da Espanha 2000	Docentes da área da saúde 2002	Fisioterapeutas 2003	Fisioterapeutas – Goiânia - 2010
	N = 595	N = 1.138		N = 80	N = 109
Médias					
EE	20,93	20,86	24,7	22,8	21,74
DE	6,31	7,62	6,0	6,0	5,61
RP	37,49	35,71	33,7	33,7	28,34

Fonte: FORMIGHIERI (2003, p. 56), (adaptado).

Tabela 11 - Distribuição da frequência das respostas do MBI feita pelo SPSS referente à Exaustão Emocional (EE) N=109

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não discordo, nem concordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
Fator multiplicador de cada resposta	0	1	2	3	4	5	6
B2	23	27	13	8	28	9	1
B5	7	22	12	8	28	23	7
B6	36	20	18	10	14	6	4
B7	16	24	11	18	23	11	4
B10	44	28	8	2	19	3	4
B14	25	29	10	8	25	11	1
B15	23	20	13	12	30	9	2
B17	44	39	10	3	7	2	3
B19		3	7	6	8	40	45

Tabela 12 - Distribuição da frequência das respostas do MBI feita pelo SPSS referente a envolvimento pessoal no trabalho e/ou Realização Profissional (RP) N=109

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não discordo, nem concordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
Fator multiplicador de cada resposta	0	1	2	3	4	5	6
B1	9	35	38	5	18	2	2
B11	1			5	15	61	26
B13	22	33	30	11	7	1	4
B16			3	6	19	53	28
B18		3	1	3	15	54	32
B20		1	12	4	22	50	20
B21	31	60	12	1	2	3	
B22	1		5	13	37	43	10

Tabela 13 - Distribuição da frequência das respostas do MBI feita pelo SPSS referente à Despersonalização (DE) N=109

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não discordo, nem concordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
Fator multiplicador de cada resposta	0	1	2	3	4	5	6
B3	76	14	4	4	8	2	1
B4	60	22	7	2	12	3	3
B8	44	25	13	6	11	4	5
B9	47	33	4	5	12	4	4
B12	59	34	4	3	5		3

A análise estatística (teste T) confirma a multivariabilidade dos fatores estressores ligados ao desempenho profissional e pessoal. As pessoas do sexo feminino apresentaram médias maiores para as escalas de EE de burnout. Na dimensão RP de burnout os homens foram os responsáveis pelas melhores médias, As mulheres, historicamente, têm maior responsabilidades em relação às atribuições relacionadas aos cuidados com a família e as atividades do lar, somado as atribuições profissionais tornam o tempo de atividade laboral maior, aumentando os fatores predisponentes de desgaste, que refletem no estresse laboral, confirmado pela apresentação de menores médias também na dimensão realização profissional (RP).

6.3 Apresentação dos resultados do questionário de qualidade de vida

Na análise fatorial realizada os itens do questionário de qualidade de vida foram classificados em 03 dimensões ou fatores. Na dimensão 01, com 50 itens, 45,45%, refere-se aos **Aspectos Pessoais**, envolvendo situações que tratam: da sexualidade, do nível de energia e disposição, da ansiedade, da memória, da auto-estima. O fator 02, contendo 42 itens, ou 38,18%, refere-se os **Aspectos Profissionais**, que envolve questões da relação do indivíduo com o trabalho como: irritação, cansaço físico e mental, relações inter-pessoais, desempenho das atividades. O fator 03, com 18 itens, (16,36% do total), explica as questões relacionadas ao **Relacionamento com o Superior e a Empresa**, que envolve questões do ambiente organizacional como: confiança, reconhecimento, segurança, auto realização pessoal e profissional.

Para o questionário de qualidade de vida os valores encontrados encontram-se demonstrados no quadro 14.

Tabela 14 – Distribuição das Médias do Inventário de Qualidade de Vida

Dimensões	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
01 - Aspectos Pessoais (50)	93	62	237	113,73	36,20
02 - Aspectos Profissionais (42)	86	60	221	143,30	36,02
03 - Relacionamento com o Superior e a Empresa (18)	98	44	119	91,86	16,81

Obs.: Para a obtenção dos valores mínimos e máximos foi considerado uma escala de *Likert* de 1-7.

Na primeira dimensão do questionário de qualidade de vida que trata dos aspectos negativos relacionados às questões pessoais, como: “*Tenho pensamentos estranhos e peculiares*” ou “*Freqüentemente atravesso a rua para não ter que encontrar com alguém*”, 72,8%, das respostas corresponderam aos itens, “*discordo totalmente ou discordo*”; 19,6% das respostas foram: “*Discordo em parte, Não discordo, nem concordo e Concordo em parte*”; 7,6% das respostas foram para as afirmativas “*Concordo e Concordo totalmente*”, tabela 15.

Tabela 15 - Frequências das respostas na dimensão (01) Aspectos Pessoais – aspectos negativos da relação do indivíduo com ele mesmo. (N109)

Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não discordo, nem concordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7
46,0%	26,8%	5,9%	7,1%	6,6%	5,0%	2,6%

Para a segunda dimensão que tratou das questões negativas relacionados aos aspectos profissionais tais como: “*Meu trabalho é rotineiro*” ou “*Às vezes, quando não estou me sentindo bem, fico ranzinza*”, os resultados foram: 43,0% das pessoas responderam que “*discordo totalmente ou discordo*”; 36,0% responderam que “*Discordo em parte, Não discordo, nem concordo e Concordo em parte*” e 21,0% responderam “*Concordo e Concordo totalmente*”.

Tabela 16 – Frequências das respostas na dimensão (02) **Aspectos Profissionais** – aspectos negativos da relação do indivíduo com as pessoas e com o trabalho. (N109)

Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não discordo, nem concordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7
21,0%	22,0%	10,0%	10,0%	16,0%	14,0%	7,0%

Para o nível 03 que trata das questões de satisfação no trabalho e com o superior como: “*Meu chefe é gentil com seus subordinados.*” Ou “*Eu realmente me interesso pelo destino desta organização.*” os resultados encontrados foram 58% disseram que “*Concordo e Concordo totalmente*”; 28,0% responderam que “*Discordo em parte, Não discordo, nem concordo e Concordo em parte*” e 14,0% responderam “*discordo totalmente ou discordo*”.

Tabela 17 – Frequências das respostas na dimensão (03) **Relacionamento com o Superior e a Empresa** – aspectos positivos da relação do indivíduo com a empresa e com o superior. (N109)

Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não discordo, nem concordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7
8,0%	6,0%	5,0%	11,0%	12,0%	36,0%	22,0%

Tabela 18 – Distribuição percentual das frequências de Burnout e do inventário de qualidade de vida, por tipo de respostas.

Dimensões	Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não discordo, nem concordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
Burnout							
EE	23,3	21,5	10,9	8,5	18,7	11,1	7,0
DE	53,6	24,0	5,2	3,1	8,5	2,4	3,2
RP	7,3	15,3	11,7	5,7	15,6	30,3	14,1
QV							
01	46,0	26,8	5,9	7,1	6,6	5,0	2,6
02	21,0	22,0	10,0	10,0	16,0	14,0	7,0
03	8,0	6,0	5,0%	11,0	12,0	36,0	22,0

Para a os fatores que envolvem os aspectos negativos pessoais (01) e os aspectos negativos profissionais (02), as respostas consideradas ótimas estão no item, 1 e 2 correspondendo a “*discordo totalmente ou discordo*”. O que pode ser traduzidos por um menor nível de estresse e menor envolvimento com os aspectos negativos relacionados às questões pessoais e profissionais. Enquanto para o relacionamento com o superior e a empresa as respostas que traduzem uma satisfação estão nos itens 6 e 7 que corresponde “*Concordo e Concordo totalmente*” o que significa uma satisfação com a empresa e o ambiente organizacional.

Os fatores do inventário de qualidade de vida corroboram com os resultados da escala de burnout demonstrando que a maiorias dos profissionais da amostra apresentam pouco a moderado envolvimento com os aspectos negativos pessoais e profissionais. Não foi possível comparar os aspectos de realização profissional dos dois instrumentos. Na burnout os aspectos relacionados à dimensão de RP referem-se à relação do profissional com seu cliente enquanto, no questionário de qualidade de vida os aspectos abordados pelo item 03 têm a ver com o Relacionamento com o Superior e a Empresa, ou seja ambiente organizacional. Altas pontuações na dimensão 03 do QV sugerem um bom ambiente organizacional o que pode contribuir para a diminuição de níveis de estresse e de melhor qualidade de vida no trabalho.

6.4 Análise da questão “Para você como é ser Fisioterapeuta?”

Os resultados da análise qualitativa da pesquisa são em alguns aspectos divergentes dos resultados encontrados pelo questionário de burnout, demonstram que as pessoas que escolheram esta profissão, na maioria, estão satisfeitas com a atividade laboral, no entanto, fazem crítica à baixa remuneração.

As declarações dos profissionais fisioterapeutas ao tempo em que ressaltam a profissão como sendo uma forma de ajudar as pessoas, parece traduzir um contraditório entre a técnica profissional e o exercício da profissão. Deixa transparecer que o desempenho da profissão é quase um sacerdócio, e não uma atividade profissional qualificada, que usa técnica e recursos com comprovação científica. Talvez tal fato esteja ligado ao próprio exercício da profissão que tem intrínseco na atividade o

cuidado, o que reflete um envolvimento emocional e uma troca de afetividade compensada pelos resultados favoráveis da intervenção terapêutica e pela satisfação do cliente/paciente.

Os depoimentos colhidos, sobre o profissional fisioterapeuta, corroboraram com Codo (1999), que cita a desvalorização dos profissionais da educação, assim, também, pode-se dizer, dos profissionais da saúde, neste caso, os fisioterapeutas, que esbarram na dicotomia dos sentimentos sociais que, *valoriza-os no discurso e desvaloriza-os na prática*. O reconhecimento social do trabalho é muito importante e está fortemente relacionado com a síndrome de burnout. “Quando o trabalhador sente o produto do seu trabalho como não importante, aumentam os sentimentos de burnout” (CODO; VASQUES-MENEZES; VERDAN, 1999, p. 294). (grifo nosso).

Em relação à pergunta “*Para você como é ser Fisioterapeuta?*” os depoimentos são acalorados, porém, com um grau de insatisfação em relação à remuneração, sentimento percebido na maioria das respostas. Os relatos falam de realização profissional, das possibilidades do exercício da profissão, de trabalhar com amor, carinho e cuidado com o outro, da oportunidade de proporcionar melhor qualidade de vida ao outro, incluindo os pacientes e cuidadores.

Frases como as que seguem sugerem que apesar das constantes qualificações e aprimoramentos dos profissionais fisioterapeutas, evidenciadas na pesquisa, os resultados do trabalho parecem estar ligados ao vínculo emocional e ao cuidado e não somente as técnicas aplicadas da fisioterapia.

O sentimento expresso nos depoimentos, dos fisioterapeutas a respeito da profissão, deixa transparecer certa simplicidade quase ingenuidade, próprias dos jovens, “É uma experiência única ajudar a quem precisa.”, “É uma dádiva Divina, minha alegria, minha paixão, minha almejada profissão.”, “É minha vida e Deus vai me ajudar a vencer.”, “É muito prazeroso, poder cuidar, poder ajudar ao próximo.”, “É ter um dom de auxiliar o outro.”, “É sentir uma satisfação pessoal constantemente, é sentir que eu tenho uma tarefa importante na sociedade e que Deus guia meus passos ou melhor, minhas mãos.”, para quem lê os relatos, a impressão, é que se pode fazer milagres.

Em 80% dos depoimentos sobre a profissão de fisioterapia foi encontrado frases como as que seguem: *É realmente gratificante. É muito gratificante e recompensador. Um trabalho gratificante e edificante. Ser fisioterapeuta é maravilhoso. Profissão excelente*. (grifo nosso).

As questões relacionadas a pouca valorização financeira foram repetidas vezes encontradas nas respostas dos fisioterapeutas, “Realizado como profissional, mas infeliz com a remuneração.”, “Este trabalho não é bem remunerado.”, “[...] a remuneração deveria ser melhor.”, muito embora, tenham feito críticas severas em relação à remuneração percebida pela categoria, ainda assim, percebe-se que os profissionais se apropriam do fazer, fortalecidos pela satisfação do cliente, num retorno afetivo carregado de subjetividade, que possibilita o reapropriar do trabalho.

A satisfação pelo trabalho desempenhado parece estar relacionada ao sucesso dos mecanismos e estratégias de enfrentamento ligado à fé e ao reforço afetivo. “É ser um instrumento de Deus para a vida do paciente, ferramenta de reabilitação do Senhor Deus aqui na terra.”, “Aprender diariamente a respeitar o limite/ dificuldade / opinião / desejo/ sonho/ crença / a esperança / as diferenças do outro.”

As estratégias de enfrentamento relacionadas ao trabalho ainda, hoje, tem uma relação muito forte com a origem da profissão que está ligada as atividades do cuidado com o outro, tarefa esta, a cargo da mulher.

“Ser fisioterapeuta é ter a oportunidade de plantar uma “muda” de esperança em cada paciente para colher sorrisos de satisfação depois. É o amor incondicional e a alegria plena como forma de pagamento. Obrigada Deus!!...”

CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi identificar o perfil dos profissionais fisioterapeutas, os aspectos de qualificação profissional, as condições de trabalho, a remuneração e sua relação com o trabalho, os níveis de estresse laboral, e a qualidade de vida do profissional no trabalho.

O grupo estudado são na sua maioria mulheres 72%, jovens entre 22 e 31 anos, solteiros e moram com os pais. Não foi detectada correlação positiva entre o fator remuneração e os aspectos de qualidade de vida, o que leva a crer que estas pessoas ainda não têm compromissos financeiros com o núcleo familiar. 58% disseram que a sua remuneração é a menor parte da renda familiar. Nas questões subjetivas a insatisfação com a remuneração foi percebido com muita frequência.

Muito embora os níveis salariais da categoria estejam em patamares baixos, à satisfação no trabalho não foi influenciada por este fator, tão pouco os aspectos de comprometimento profissional estão relacionados com a remuneração, as influencias negativas estão antes relacionadas ao desgaste físico do desempenho das atividades e da relação com seu cliente/paciente.

Não foram encontradas diferenças significativas entres os profissionais que atuam no CRER e os profissionais que atuam em outras instituições, muito embora os níveis de remuneração da empresa CRER sejam maiores em relação à oferta salarial do mercado goiano.

A pesquisa demonstrou um maior comprometimento dos profissionais do sexo feminino em relação às dimensões da escala de burnout EE e RP, traduzidos por médias mais altas na dimensão EE e médias mais baixas em relação RP.

A maioria dos profissionais fisioterapeutas da amostra declarou que desempenha uma carga horária semanal entre 30 e 35 horas, no emprego pesquisado, 51,8 % atende até 10 pacientes por dia, sendo que tem profissionais que atendem até mais de 50 pacientes por dia. 49% das pessoas disseram trabalhar em outro emprego. Fatores como jornada de trabalho excessiva, atuação em mais de um local de trabalho, quantidade de pacientes atendidos diariamente, interferem na demanda emocional, nos níveis de irritabilidade e disposição física, predispondo uma sobrecarga física e mental no desempenho da atividade, podendo levar o profissional a um estresse laboral.

Foi pesquisado o tempo de atuação no emprego atual com o objetivo de detectar os níveis de estresse em relação ao trabalho, os resultados encontrados foram 34,6% menos de um ano; 40,4% entre 01 e 05 anos e restante, 25% responderam que tem mais de 05 anos que atuam nesta empresa. Não foi detectada correlação entre o tempo de trabalho e a diminuição e/ou o aumento dos níveis de estresse.

O Inventário de qualidade de vida e a questão aberta da percepção do profissional sobre sua área e formação/atuação foram usados como ferramenta para verificar a sua relação com o Burnout. O instrumento contribuiu com a análise dos profissionais nas questões similares e possibilitou um melhor entendimento dos fatores que compõem o estresse laboral, além de permitir que se verificasse como é a relação do profissional com a escolha de sua profissão.

Constatou-se médias baixas nas dimensões EE e DE o que reflete um menor índice de estresse laboral dos profissionais da pesquisa comparado a outros estudos em relação a diversas categorias profissionais. No entanto a média baixa na dimensão RP merece mais atenção, na busca dos fatores que estão influenciando a baixa realização profissional, sugere-se estudos específicos dos itens desta dimensão, uma vez que as impressões subjetivas do profissional fisioterapeuta não refletem níveis de insatisfação profissional.

Na análise da pesquisa percebeu-se que existe uma preocupação constante das empresas e dos profissionais de realizar atividade de aperfeiçoamento / aprimoramento. No estudo 70,1% das pessoas responderam que a *“Empresa custeia treinamentos e contribuem para o desenvolvimento profissional.”*. 71,0% referiram que, nos últimos 02 anos, participou de algum treinamento e 75,7% relataram que ainda estão estudando. Dentre os motivos que os impediram de participar de algum treinamento os mais frequentes foram incompatibilidade de horário e recursos financeiros. Os itens acima demonstram uma disposição e ao mesmo tempo uma necessidade imposta pelo desempenho da profissão, por ser esta uma área da saúde, requer constantes atualizações e aprimoramentos.

A oferta de vagas para formação de profissionais fisioterapeutas cresceu muito nos últimos anos sendo necessário elucidar aspectos como: mercado de trabalho e remuneração percebida pelos profissionais fisioterapeutas.

A presente pesquisa sobre os profissionais fisioterapeutas evidenciou a necessidade de futuros estudos que abordem estes aspectos. O desempenho profissional e sentimentos de realização pessoal devem ser mais amplamente avaliados com o objetivo de minimizar as questões relacionadas ao estresse laboral.

Na busca da qualidade de vida do profissional as empresas devem buscar sempre a motivação, e estratégias que possibilitem o enfrentamento das situações estressantes, relacionadas ao desempenho profissional.

Envidar todos os esforços para reduzir ou eliminar o poder dos agentes estressores. O estresse tem sido o vilão que assola a qualidade de vida dos profissionais. Na composição da equação deve-se considerar as diferenças individuais, o ambiente de trabalho, as relações interpessoais, e o tipo de atividade, sendo que o trabalho com pessoas tem sido determinante no estresse laboral.

Conclui-se que os resultados encontrados nesta pesquisa corroboram os de outros estudos. Sugere-se a realização de outras pesquisas que abordem esta e outras categorias profissionais afins, que possibilite uma análise comparativa e busque identificar os fatores estressantes num dado tempo e espaço. Espera-se que as pesquisas sejam usadas, cada vez mais, como ferramentas administrativas e gerenciais, que possibilitem conhecer as causas e nortear a intervenção precoce junto aos fatores e agentes estressores, na busca constante da qualidade de vida dos profissionais, especialmente os que atuam na área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE DE REABILITAÇÃO (ABBR). *Estudo para normatização reabilitação física nos centros de alta e média complexidade*. 2, 2005. Manual. Rio de Janeiro. 2005.

ANDRADE, Arméle Dornelas de; LEMOS, Jadir Camargo;
DALL'AGO, Pedro. *A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde*. 350 f. (Artigo). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/201a350_graduacao.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2009.

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. Tradução de Roberto Raposo. 9. ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro: 1999.

BARBOSA, Juliana Inhauser Riceti Acioli; BERESIN, Ruth. *A síndrome de burnout em graduandos de enfermagem*. 2007, 6 f. Artigo – Trabalho realizado na Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo (SP), Brasil. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/599-einstein.5.3.1.portugues.225-230.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2010.

BARROS, Fabio Batalha Monteiro de. *Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/16.pdf>> Acesso em: 14 abr. 2009.

BATISTA, Anália Soria; CODO, Wanderley. Crise de identidade e sofrimento. In: CODO, Wanderley (coord.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. cap. 3, p. 60-85.

_____; EL-MOOR, Patrícia Dário. Violência e agressão. In: CODO, Wanderley (coord.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. cap. 7, p. 139-160.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. (org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. *Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho*. In: _____(org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. cap. 2, p. 21-91.

AMORIM, Clovis. Síndrome de *Burnot* em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia: um estudo preliminar. In: BENEVIDES-PEREIRA. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. cap. 3, p. 93-104.

BERNADETE, Maria S.; BAIOCCHI CAPPI, Marucia Crispim. Qualidade de Vida no Trabalho em Indústria Alimentícia: um estudo de caso. Ruguê, In: MACEDO, Kátia Barbosa (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho: o olhar da psicologia e da administração*. Goiânia, Go: Ed. da UCG, 2004. cap. 9, p. 241-290.

BRASIL, Constituição Federal, 1988, Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf006a011.htm>. Acesso em: 08 jul. 2009.

_____. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/Del5452.htm>>. Acesso em 08 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde: - ProgeSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 290 p. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 116 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5)

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Legislação e Resoluções. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_lis.asp?psecao=9>. Acesso em 18 ago. 2009.

DEJOURS, Chistophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação Maria Irene Stocco Betiol. Tradutores Maria Irene Stocoo Betiol et al. São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, Cláudia. *Pesquisa qualitativa – características gerais e referências*. 2000. Disponível em: < www.geocities.com/claudiaad/qualitativa.pdf>. Acesso em 11 ago. 2009.

Dwyer, Thomas Patrick. *Vida e morte no trabalho: acidentes do trabalho e a produção social do erro*. Tom Dwyer. Campinas, SP: Ed. Da UNICAMP; Rio de Janeiro, RJ: Multiação Editorial, 2006.

CAIXETA, Cássia Maria Moura Pereira. Psicodinâmica do Trabalho: a percepção de trabalhadores em um contexto de qualidade de vida no trabalho. In: MACEDO, Kátia Barbosa (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho: o olhar da psicologia e da administração*. Goiânia, Go: Ed. da UCG, 2004. cap. 3, p. 85-112.

CAMPOS, Regina Helena de Freitas; GUARESCHI, Pedrinho A. (Orgs.). *Paradigmas Em Psicologia Social: a perspectiva latino-americana*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

CODO, Wanderley; HARUYOSHI HITOMI, Alberto; SAMPAIO COELHO, José Jackson. *Indivíduo trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

CODO, Wanderley; GAZZOTTI, Andréa Alessandra. Trabalho e Afetividade. In: CODO, Wanderley (coord.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. cap. 2, p. 48-59.

CODO, Wanderley (coordenador). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999.

CODO, Wanderley; VASQUES-MENEZES, Iône. O que é *Burnout*?. In: CODO, Wanderley (coord.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. cap. 13, p. 237-260.

CODO, Wanderley; VASQUES-MENEZES, Ione; VERDAN, Cláudia S. Importância social do trabalho. In: CODO, Wanderley (coord.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. cap. 20, p. 293-299.

CORRÊA, Avelino; BARROS, João Bosco de; EVANGELISTA, Maria Aparecida Vaz. Programa de Qualidade Goiás: contribuições para a qualidade de vida no trabalho. In: MACEDO, Kátia Barbosa (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho: o olhar da psicologia e da administração*. Goiânia, Go: Ed. da UCG, 2004. cap. 8, p. 213-240.

COTOLLENGO, Vila São José Bento.

http://www.cottolengo.org.br/2009/index.php?Conhe%E7a_a_Vila.

DIAS, Silvana; DIAS, Ricardo. O Processo de Organização Empresarial como Fator Promotor da Qualidade de Vida. In: MACEDO, Kátia Barbosa (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho: o olhar da psicologia e da administração*. Goiânia, Go: Ed. da UCG, 2004. cap. 6, p. 151-176.

DWYER, Thomas Patrick. *Vida e morte no trabalho: acidentes do trabalho e a produção social do erro*. Tom Dwyer. Campinas, SP: Ed. Da UNICAMP; Rio de Janeiro, RJ: Multiação Editorial, 2006.

FUNDAÇÃO PESTALOZZI, Goiânia, <<http://www.pestalozzi.goiania.org.br/historico.html>>

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio Século XIX: O minidicionário da língua portuguesa*. Coordenação de edição, Margarida dos Anjos. 4. ed. Revisada ampliada, RJ: Nova Fronteira, 2002.

FORMIGHIERI, Valana Justina. *Burnout em fisioterapeutas: influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico*./ Valana Justina Fomighieri; orientador Roberto Moraes Cruz. 2003. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2003. Disponível em: <<http://www.maxipas.com.br/principal/pub/anexos/2008111702253510119.pdf>>. Acessado em: 11 fev. 2010.

GIUSTINA, Bianca D. *A história da fisioterapia e ações multidisciplinares e Interdisciplinares na saúde*. Disponível em: <<http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/03b/bianca/artigobiancadelagiustina.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2009.

HITOMI, Alberto H. Ideologia e Reprodução. In: CODO, Wanderley (coord.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. cap. 2, p. 17 – 47.

LEITE, Nádia Maria Beserra. *Síndrome de burnout e relações sociais no trabalho: um estudo com professores da educação básica*. 2007. 168 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

LUCAS, Ricardo Wallace das Chagas. *Fisioterapia: denominação inadequada para uma atuação profissional moderna*. 2005. (Artigo). São José dos Pinhais, 2005. Disponível em: <<http://d.scribd.com/docs/18336oymeofmeqqic5wj.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2009.

MACEDO, Kátia Barbosa et al. O Prêmio Sesi Qualidade no Trabalho em Goiás: a percepção dos trabalhadores. In: _____ (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho: o olhar da psicologia e da administração*. Goiânia, Go: Ed. da UCG, 2004. cap. 1, p. 17-60.

MACEDO, Kátia Barbosa; MENDES, Ana Magnólia. Vivências de Prazer e Sofrimento em Trabalhadores de Organizações com contexto de Qualidade de Vida no Trabalho. In: MACEDO, Kátia Barbosa (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho: o olhar da psicologia e da administração*. Goiânia, Go: Ed. da UCG, 2004. cap. 2, p. 61-84.

MARQUES, Amélia Pasqual; SANCHES, Eugênio Lopes. *Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais*. 1994. (Artigo). Universidade de São Paulo. 1994. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/fofито/fisio/pessoal/amelia/artigos/origem.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2009.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. *Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador*. São Paulo, 1991.

Disponível em:

<http://www.recursoshumanos.sp.gov.br/qualidadedevida/servicos/prevencao_doencas/Da%20medicina%20do%20trabalho%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20do%20trabalhador.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2009.

MENDONÇA, Alzino Furtado de; ROCHA, Cláudia Regina Ribeiro; NUNES, Heliane Prudente. *Trabalho acadêmicos: planejamento, execução e avaliação*. Goiânia: Faculdades Alves Faria, 2008.

MENDONÇA, Helenides; MACEDO, Kátia Barbosa. Percepções de Justiça Organizacional em Contexto de Qualidade de Vida no Trabalho. In: MACEDO, Kátia Barbosa (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho: o olhar da psicologia e da administração*. Goiânia, Go: Ed. da UCG, 2004. cap. 4, p. 113-128.

MIRANDA, Bruno. *Método Quantitativo versus Método Qualitativo*. 2008. Disponível em: <<http://adrodomus.blogspot.com/2008/06/mtodo-quantitativo-versus-mtodo.html>>. Acesso em 11 ago. 2009.

MONTEIRO, Geraldo Fernandes. Condições de Trabalho Versus Produtividade: um estudo de caso no setor de transportes urbanos em Goiânia. In: MACEDO, Kátia Barbosa (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho: o olhar da psicologia e da administração*. Goiânia, Go: Ed. da UCG, 2004. cap. 7, p. 177-212.

NEVES, José Luis. *Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades*. In: Caderno de Pesquisas em Administração. São Paulo, V. 1, n. 3, 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em 11 ago. 2009.

OLIVEIRA, Valéria Rodrigues Costa de. *A história dos currículos de fisioterapia: a construção de uma identidade profissional*. 2002. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2002.

TAVEIRA, Paulene Campos. *BURNOUT: síndrome da desistência - o trabalho e o cuidado do profissional de enfermagem no HMIB – Hospital Materno Infantil de Brasília*. 2000. 6 f. Artigo (Bolsista do Curso de Educação em Saúde Mental aos Moldes de Residência Multiprofissional da FHDF, Distrito Federal, 2000.

Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília, Nov. 2004. (PNSST – versão de 12/11/2004)

Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081014-105206-701.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2009.

RODRIGUES, Marcus Vinicius Carvalho. **Qualidade de Vida no Trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil

Disponível em: <http://fjg.rio.rj.gov.br/publique/media/Relatorio_20anos_Caracas.pdf>

Acesso em: 16 mar. 2009.

RESOLUÇÕES da 3ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR (VERSÃO FINAL - 24/03/06)

Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/dominios/CTN/anexos/relatorio_final.pdf>.

Acesso em: 16 mar. 2009.

SARTORI, Leonardo Fávero. *Avaliação de burnout em policiais militares: a relação entre o trabalho e o sofrimento*. 2006. 194 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2006.

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA O VÍNCULO E O DIÁLOGO NECESSÁRIOS.

Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2009.

SARATTO, Lúcia; OLIVIER-HECKLER, Cristiane. *Trabalho: atividade humana por excelência*. In: CODO, Wanderley (coord.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes/Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 1999. cap. 05, p. 111-121.

SATO, Leny. O Conhecimento do Trabalhador e a Teoria das Representações Sociais. In: CODO, Wanderley; SAMPAIO COELHO, José Jackson (Org.). *Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. cap. 2, p. 48-57.

SILVA, Flávia Pietá Paulo da. *BURNOT: um desafio à saúde do trabalhador*. 2000. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>>. Acesso em: 16 mar. 2009.

SOUTO, Daphnis Ferreira. *Saúde no trabalho: uma evolução em andamento*. 1ª reimp. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2009, 336 p. Publicado em parceria com o Senac Nacional.

TAMAYO, Álvaro et al. O PQVT e sua Relação com os Valores Individuais e Organizacionais em Organizações Públicas. In: MACEDO, Kátia Barbosa (Org.). *Qualidade de Vida no Trabalho: o olhar da psicologia e da administração*. Goiânia, Go: Ed. da UCG, 2004. cap. 5, p. 129-150.

UTIDA, Victor Hugo de Sousa; PAGANINI, Junyce; OLIVEIRA, Valéria Rodrigues Costa de. *Estrutura Curricular dos Cursos de Fisioterapia em Goiás: um destaque a saúde coletiva*. Goiânia, 2009.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Divaina Alves Batista, sou Fisioterapeuta e responsável pelo projeto de pesquisa.

Após ler com atenção este documento ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, Divaina Alves Batista, telefones: (62) 3232-3021, (62) 9653-9637, E-mail: divaina@crer.org.br e com o Dr. Paulo César Bontempo - Prof. Orientador, E-mail: pcbontempo@ajato.com.br, pcbontempo@mackenzie.com.br. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 32 69 83 38 – 32 69 84 26.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

- Título: O *SER* FISIOTERAPEUTA: DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

- Eu, Divaina Alves Batista, fisioterapeuta, coordenadora do serviço de reabilitação e readaptação do CRER, desde sua implantação, mestranda no Mestrado Profissional de Desenvolvimento Regional – MDR das Faculdades Alfa, responsável pelo presente projeto de pesquisa, esclareço que você só deverá responder o questionário se estiver de acordo com esta pesquisa e com o termo de consentimento livre e esclarecido.

- Esclareço que ao responder o questionário você estará contribuindo com a pesquisa que tem como objetivo levantar dados sobre os profissionais fisioterapeutas, para: Identificar o perfil e as áreas de atuação do profissional fisioterapeuta que atua na cidade de Goiânia; Analisar as condições de trabalho e a qualidade de vida do profissional fisioterapeuta que atua na cidade de Goiânia, tendo como base as diferentes áreas de sua atuação; Compreender o crescimento da profissão de fisioterapia na Região Centro Oeste, notadamente em Goiânia; Identificar a carga horária de trabalho diária / semanal desempenhada pelos profissionais fisioterapeutas; Identificar os níveis de remuneração dos profissionais fisioterapeutas.

- Com este trabalho espero poder contribuir para a melhoria das relações trabalhista, tornando público os dados levantados por meio de artigos científicos e participando aos voluntários da pesquisa os resultados obtidos das condições de saúde e de qualidade de vida do profissional fisioterapeuta, para tal será usado o meio eletrônico E-mail para a divulgação aos voluntários dos resultados obtidos.

- Qualquer que seja o resultado final da pesquisa o mesmo será enviado para os voluntários em forma de gráficos resumidos com explicações sobre os resultados obtidos.

- O questionário terá informações pessoais sobre o voluntário, esclareço que serão tratadas com o devido sigilo, e que a contribuição do voluntário será preciosa no sentido de ajudar a traçar um panorama da atual situação dos profissionais da fisioterapia.

- Não haverá nenhum tipo de risco ou prejuízo para a sua vida.

- Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações, para tal o questionário não deve conter identificação.

- Todas as informações prestadas serão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

- A Resolução nº 196/96 – II.12 – prevê que você tem o direito de pleitear indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes de sua participação nesta pesquisa.

- Esclareço que você não receberá qualquer tipo de pagamento pela participação na pesquisa, porém, caso você tenha despesas decorrentes de sua participação na pesquisa as mesmas serão ressarcidas.

- Sua participação na pesquisa será pelo tempo necessário para responder o questionário o que deverá ocorrer em um único momento, por um tempo que estimamos de 60 minutos.

- Esclareço que os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos.
- Asseguro que as informações constantes do questionário serão tratadas com a máxima descrição e ética profissional.
- Esclareço que você tem a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, caso em que será inutilizado o termo de consentimento livre e esclarecido, sem penalização alguma e sem prejuízo para você voluntário da pesquisa.
- Declaro que os dados coletados serão usados para esta pesquisa, não podendo ser usados para outro fim, e/ou pesquisa futuras.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG, nº _____
 CPF: _____, concordo em participar do estudo sobre O *SER* FISIOTERAPEUTA: Desenvolvimento Profissional e Qualidade de Vida no Trabalho, respondendo ao questionário de qualidade de vida que consta de questões com respostas objetivas e uma questão aberta das impressões sobre a minha profissão como fisioterapeuta, estudo este sob a responsabilidade da Fisioterapeuta Divaina Alves Batista, como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Divaina Alves Batista, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade.

Goiânia, ____/____/____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Pesquisadora: Divaina Alves Batista Assinatura: _____

Prof. Orientador: Dr. Paulo César Bontempo Assinatura: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceito do sujeito em particular.

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

ANEXO B – PROTOCO CEPMHA/HC UFG N. 051/2009

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 051/2009

Goiânia, 30/04/2009

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: *Fisio. Divaina Alves Batista*

TÍTULO: *"O ser fisioterapeuta: desenvolvimento profissional e qualidade de vida no trabalho".*

Área Temática: *Grupo III*

Local de realização: *Crer - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo e Clínica de Fisioterapia de Goiânia*

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal analisou e aprovou o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

- Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.
- O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).
- O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*).


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL
PARECER CONSUBSTANCIADO

REGISTRO CEP: 051/2009

DATA DE ENTRADA: 15/04/2009

DATA DO PARECER: 29/4/2009

PROJETO DE PESQUISA: “*O ser fisioterapeuta: desenvolvimento profissional e qualidade de vida no trabalho*”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Divaina Alves Batista.*

INSTITUIÇÃO: *CRER – Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santilo e Hospitais e Clínica de Fisioterapia de Goiânia.*

ÁREA TEMÁTICA ESPECIAL: *Grupo III.*

OBJETIVO GERAL: Compreender o contexto social e histórico em que se insere o profissional fisioterapeuta da região centro oeste com foco na cidade de Goiânia, as áreas de desenvolvimento profissional e a qualidade de vida no trabalho.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar o perfil e as áreas de atuação do profissional fisioterapeuta que atua na cidade de Goiânia; analisar as condições de trabalho e a qualidade de vida do profissional fisioterapeuta que atua na cidade de Goiânia, tendo como base as diferentes áreas de atuação e compreender o crescimento da profissão de fisioterapia na região centro oeste, notadamente em Goiânia.

SUMÁRIO: O referido projeto pretende estudar o papel do Fisioterapeuta, como profissional da saúde, o desenvolvimento da profissão, a partir da criação do curso, sua atuação nas diferentes áreas e a qualidade de vida no trabalho. A metodologia a ser adotada será a pesquisa bibliográfica e a pesquisa empírica com questionários estruturados.

COMENTÁRIOS: Projeto de pesquisa apresentado como requisito para inscrição no curso de Mestrado Profissional de Desenvolvimento Regional das Faculdades Alfa. Este estudo pretende conhecer o papel do Fisioterapeuta, como profissional da saúde, o desenvolvimento da profissão, a partir da criação do curso, sua atuação nas diferentes áreas e a qualidade de vida no trabalho. O projeto está devidamente instruído sob o aspecto metodológico e contempla as recomendações da Resolução CNS 196/96. O termo de consentimento livre e esclarecido está redigido em linguagem acessível e contempla todos os requisitos da Resolução CNS 196/96.

O projeto atende aos aspectos fundamentais das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos não apresentando nenhum óbice ético. Razão pela qual recomendamos sua **aprovação**.



José Mário Coelho Moraes

Farmacêutico

Coord. do Comitê de Ética em Pesq. Médica Humana e Animal
Hospital das Clínicas / UFG

ANEXO D – Variáveis sócio-demográficas dos Fisioterapeutas que participaram da pesquisa

Dados sócio-demográfico	Divisão	Nºs. (válidos)	Percentuais (válidos)
Gênero	Homens	29	27,6
	Mulheres	76	72,4
Idade	De 22 a 26	50	46,7
	De 27 a 31	34	31,8
	De 32 a 36	19	17,8
	De 37 a 41	3	2,8
	de 42 a 46	0	0,0
	acima de 47	1	0,9
Estado civil	Solteiro	68	62,4
	Casado	36	33,0
	Separado(a) / Divorciado	4	3,7
	Vive com companheiro(a)	1	0,9
Tem filhos	Sim (1)	13	11,9
	Sim (2)	4	3,7
	Não	92	84,4
Moradia	Alugada	24	22,0
	Cedida	2	1,8
	Própria (quitada)	69	63,3
	Financiada	14	12,8
Vínculo de trabalho	CLT	64	62,7
	Sem vínculo	27	26,5
	Contrato temporário	11	10,8
Turno de trabalho	Manhã	37	35,6
	Tarde	35	33,7
	Noite	6	5,8
	Integral	19	18,3
	Escala:	3	2,9
	3 Turnos	4	3,8

Tempo de serviço no Emprego atual	Menos de 1 ano	36	34,6
	Entre 1 e 3 anos	28	26,9
	Entre 3 e 5 anos	14	13,5
	Entre 5 e 7 anos	16	15,4
	Entre 7 e 9 anos	8	7,7
	Entre 9 e 11 anos	1	1,0
	Mais de 21anos	1	1,0
Tempo gasta para chegar ao trabalho	Menos de 30 min.	82	81,2
	De 30 min a 1 hora	16	15,8
	De 1 a 2 horas	2	2,0
	Mais de 2 horas	1	1,0
Carga horária de trabalho semanal	Menos de 30 horas	18	17,1
	30 horas	67	62,8
	De 31 a 35 horas	3	2,9
	De 36 a 40 horas	10	9,5
	Mais de 41 horas.	7	6,7
Total de remuneração percebida	Até 1800	36	35,6
	De 1801 a 2100	8	7,9
	De 2101 a 2400	12	11,9
	De 2401 a 2700	5	5,0
	De 2701 a 3000	9	8,9
	De 3001 a 3300	6	5,9
	De 3301 a 3600	5	5,0
	De 3601 a 3900	3	3,0
	De 3901 a 4200	6	5,9
	De 4201 a 4500	1	1,0
	De 4501 a 4800	2	2,0
	De 4801 a 5100	2	2,0
	De 5101 a 5400	1	1,0
	De 5401 a 5700	2	2,0
	5701 ou mais	3	3,0
Quanto ao sindicato da sua categoria é associado?	Sim	44	43,1
	Não	58	56,9

Quando associado ao sindicato, participa regularmente?	Sim	8	7,3
	Não	78	71,6
	Não responderam	23	21,1
Quanto à escolaridade	Graduado	19	17,4
	Aperfeiçoamento ou Especialização	84	77,1
	Mestrado	5	4,6
	Doutorado	1	0,9
Está estudando regularmente.	Sim	78	75,7
	Não	25	24,3
Participa dos treinamentos que são oferecidos?	Sim	83	78,3
	Não	23	21,7
Nos últimos 2 anos, você participou de algum treinamento?	Sim	71	71,0
	Não	29	29,0
A empresa custeia treinamentos que contribuem para o desenvolvimento profissional?	Sim	68	70,1
	Não	29	29,9
Trabalha em hospital/clínica da rede privada	Sim	59	62,8
	Não	34	36,2
Número médio de leitos/pacientes assistidos	Até 5	20	37,7
	De 6 a 10	18	34,0
	De 11 a 20	6	11,30
	De 21 a 30	5	9,4
	De 41 a 50	1	1,9
	Mais de 51	3	5,7
Em quantas Instituições trabalha?	1 Hospital/Clínica	61	67,8
	2 Hospitais/Clínicas	20	22,2
	3 Hospitais/Clínicas	2	2,2
	4 Hospitais/Clínicas	1	1,1

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa a partir da adaptação do modelo de (LEITE, 2007, p. 113).

ANEXO E – Distribuição da carga fatorial do inventário de qualidade de vida obtida pelo SPSS

Rotated Component Matrix(a)		Componentes		
		1	2	3
Q001	Tenho uma vida social ativa			
Q002	Em geral, estou satisfeito/a com o meu emprego atual.		-0,418	0,358
Q003	Meu chefe é gentil com seus subordinados			0,598
Q004	Mesmo sendo experiente, preciso me esforçar demais no meu trabalho		0,578	
Q005	Tenho o hábito de contar coisas que não são importantes, tais como lâmpadas, sinais luminosos, etc.			-0,383
Q006	Meu trabalho é rotineiro		0,487	
Q007	Sinto constantemente uma sensação de peso sobre os ombros		0,640	-0,465
Q008	Às vezes, quando não estou me sentindo bem, fico ranzinza.	0,484	0,505	
Q009	Sinto falta de alguém que me ouça	0,355	0,495	
Q010	Sinto que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber			
Q011	Tenho mais dificuldades em que os demais parecem ter.	0,598		
Q012	Tenho muito para fazer e pouco tempo para fazê-lo.		0,577	
Q013	No meu trabalho, às vezes sou obrigado a fazer coisas que não sei ou não posso fazer.	0,447		
Q014	Creio que estou sendo seguido/a.	0,581		
Q015	Tenho dificuldades em iniciar as coisas.	0,457		
Q016	O que os outros pensam de mim não me preocupa.			
Q017	Tenho tido medo de coisas e pessoas, apesar de saber que não me podiam fazer mal.	0,667		
Q018	Eu me arrependo de ter escolhido esta profissão.		0,384	
Q019	Fico sem saber o que fazer quando recebo um presente.			
Q020	Freqüentemente, tenho sentido que pessoas estranhas estavam me olhando com ar crítico.	0,586		
Q021	Quando tenho tédio, gosto de provocar algo excitante.			
Q022	Sempre procuro ouvir meu chefe.			0,603
Q023	Às vezes, penso que não presto para nada.	0,486	0,390	
Q024	Sinto-me constrangido/a de me exibir numa festa, ainda que os outros estejam fazendo o mesmo.		0,361	
Q025	Algumas pessoas são tão mandonas, que sinto vontade de fazer justamente o contrário do que elas pedem, mesmo quando sei que elas têm razão	0,393		
Q026	Meu chefe estimula seus subordinados.			0,658
Q027	Vejo problemas sérios com a minha sexualidade.	0,482		
Q028	As pessoas me aborrecem porque criticam o meu modo de beber.			

Q029	Se eu pudesse, mudaria de emprego		0,520	
Q030	Não posso concentrar-me numa só coisa.	0,356		
Q031	Estou em um trabalho sem futuro		0,406	
Q032	Freqüentemente quando estou fazendo amor me pergunto porque estou ali.	0,389		
Q033	Estou certo/a que a vida é cruel comigo.	0,500		
Q034	Alguém me deseja mal.	0,570		
Q035	Ao me sentir atraído/a por alguém, tenho muito medo de sofrer.	0,395		
Q036	Meus pais e minha família encontram mais defeitos em mim do que deveriam		0,373	
Q037	Algumas vezes, persisto numa coisa até que os outros percam a paciência comigo			
Q038	Encontrar prazer pleno na sexualidade é ilusão.	0,403	0,364	
Q039	Sinto que, freqüentemente, tenho sido castigado/a sem razão			
Q040	Quaisquer que sejam os problemas do meu trabalho, estou satisfeito/a com a minha escolha			
Q041	Parece que ninguém me compreende.	0,619		
Q042	Quanto menos eu trabalhasse, mais tempo teria para ficar junto da minha família.			
Q043	Algumas vezes, a parte superior da minha cabeça fica muito sensível.		0,594	
Q044	Sinto-me chateado/a comigo mesmo/a pela maneira com que costumo beber			
Q045	Sempre que o trabalho me exige, sinto que estou fazendo falta para a minha família.		0,513	
Q046	Algumas vezes, sinto que estou a ponto de estourar		0,722	
Q047	Não gosto de todas as pessoas que conheço		0,614	
Q048	Às vezes, sinto falta de companhia.		0,624	
Q049	Acho difícil puxar conversa quando conheço novas pessoas.		0,535	
Q050	Aprendo muito com as explicações de meu chefe.			0,745
Q051	Nem sempre digo a verdade			
Q052	Nem sempre digo a verdade		0,481	
Q053	Constantemente me parece doer toda a cabeça.		0,544	
Q054	Se eu não me esforçar muito, o trabalho fica pendente.		0,545	
Q055	Gostaria de ter um trabalho menos rotineiro.		0,601	
Q056	Tenho bons amigos no trabalho.			
Q057	Às vezes, me divirto tanto com a esperteza de um vigarista, que chego a desejar que ele seja bem sucedido.	0,382		
Q058	Esforço-me demais para fazer meu trabalho		0,472	
Q059	É difícil receber ajuda mesmo quando estou realmente necessitado/a.		0,444	

Q060	Muitas vezes, quando estou trabalhando, sinto que estou perdendo tempo.			
Q061	Na maior parte do tempo, eu desejaria estar morto/a.	0,658		
Q062	Tenho que me esforçar muito no trabalho porque preciso aprender como fazer as tarefas.		0,413	
Q063	Não tenho vivido de maneira correta	0,426		
Q064	Sinto vergonha dos meus desejos sexuais.	0,516		
Q065	Gosto do meu relacionamento com as pessoas onde trabalho	-0,405		0,368
Q066	Freqüentemente, sinto como se as coisas não fossem reais.	0,611		
Q067	Sempre que preciso de ajuda no meu trabalho, tenho a quem recorrer.		-0,406	
Q068	Tenho certeza que andam falando de mim.	0,530		
Q069	Sinto falta de um ombro amigo.		0,492	
Q070	Com freqüência fico sem jeito quando alguém me abraça			
Q071	Se as pessoas não me quisessem prejudicar, eu teria tido muito mais sucesso.	0,622		
Q072	Estou contente por ter escolhido esta organização para trabalhar, comparando com outras organizações que considerei na época da contratação.			0,677
Q073	Fico sem saber o que fazer quando alguém me elogia.			
Q074	Sinto ansiedade por algo ou por alguém, quase todo o tempo	0,429	0,508	
Q075	Posso contar com as pessoas com quem trabalho.		-0,400	
Q076	Tenho dificuldades em concentrar-me num trabalho ou numa tarefa.			
Q077	Algumas vezes, algum pensamento sem importância me vem à mente e incomoda-me durante dias	0,440	0,350	
Q078	Freqüentemente sinto uma fraqueza geral.		0,530	
Q079	Acho as opiniões de meu chefe importantes para as diretrizes da empresa.			0,777
Q080	Sinto dificuldades de lidar com minhas necessidades sexuais.	0,406	0,385	
Q081	A maior parte do tempo estou melancólico/a.	0,467	0,501	
Q082	Fico facilmente embaraçado/a.	0,383		
Q083	O que eu estou fazendo no meu trabalho não serve para nada.	0,551		-0,491
Q084	Uma ou mais vezes por semana, fico muito excitado/a.			0,384
Q085	Nem sempre digo a verdade.			
Q086	Sinto-me um/a fracassado/a quando ouço falar do êxito de alguém que conheço.	0,365		
Q087	Tenho que me esforçar muito para dar conta de todas as minhas tarefas.		0,413	
Q088	O meu modo de fazer as coisas tende a ser mal interpretado pelos outros.	0,541		
Q089	Tenho mais tarefas que tempo.		0,471	

Q090	Tem dias que sinto um mal-estar tão grande que não tenho vontade de sair da cama.	0,446	0,441	
Q091	Várias vezes tenho desistido de fazer algo por ter duvidado da minha habilidade.	0,404	0,489	
Q092	Mesmo sabendo como fazer minhas tarefas, preciso me esforçar muito no meu trabalho.		0,405	
Q093	Gostaria de nunca sentir necessidade de sexo.	0,420		
Q094	Costumo beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca.	0,478		
Q095	Eu me sinto orgulhoso/a de dizer às outras pessoas que sou parte da organização em que trabalho.			0,815
Q096	Faltam desafios no meu trabalho.			
Q097	Palavras feias, muitas vezes terrivelmente feias, vêm a minha mente e não consigo me livrar delas.	0,495		
Q098	Sinto que o produto do meu trabalho é importante.	-0,404		0,522
Q099	Mesmo quando estou acompanhado/a, sinto-me só a maior parte do tempo.	0,680		
Q100	Meu trabalho permite que eu decida como executar minhas tarefas.			0,408
Q101	Fico ansioso/a e nervoso/a quando tenho que sair de casa, mesmo que seja para fazer uma curta viagem.	0,351		
Q102	Creio que estão tramando alguma coisa contra mim.	0,712		
Q103	Uma qualidade de meu chefe é respeitar seus subordinados como pessoa.			0,757
Q104	Acho que escolho mal os meus parceiros sexuais.	0,521		
Q105	Sinto que o tempo que dedico ao trabalho seria melhor utilizado se fosse dedicado à minha família.		0,369	
Q106	Tenho pensamentos estranhos e peculiares.	0,596		
Q107	A maior parte do tempo, a vida é para mim um peso.	0,713		
Q108	Tenho períodos de tanta inquietação que não posso permanecer sentado por muito tempo.	0,495		
Q109	Uma ou mais vezes em minha vida, senti que alguém, hipnotizando-me, induzia-me a fazer coisas.	0,532		
Q110	Procuo defender a organização onde trabalho quando ela é criticada.			0,784
Q111	De vez em quando, penso em coisas tão feias que nem posso falar sobre elas.	0,493		
Q112	Eu me encontro freqüentemente com pessoas para bater papo.			
Q113	Sinto que realizo um trabalho vazio.	0,482	0,398	-0,423
Q114	Freqüentemente me sinto culpado/a quando estou no meu trabalho e deveria estar junto com minha família.		0,362	
Q115	Faz parte da minha rotina sair ou encontrar com amigos.	-0,395		
Q116	Sinto que nunca estou satisfeito/a sexualmente.	0,408		
Q117	Com freqüência, ainda que tudo vá bem, sinto que nada me importa.	0,641		
Q118	Faço muitas coisas das quais mais tarde me arrependo.			

Q119	Meu trabalho permite que eu tome decisões.			0,448
Q120	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.			
Q121	Posso confiar no meu chefe.			0,797
Q122	Impacienta-me ter alguém me pedindo conselhos ou interrompendo-me quando estou trabalhando em algo importante.			
Q123	Meu trabalho permite que eu decida o ritmo de minhas atividades.			
Q124	Eu realmente me interesso pelo destino desta organização.			0,777
Q125	Algumas pessoas de minha família têm hábitos e costumes que muito me aborrecem e incomodam.		0,577	
Q126	Por vezes, sem causa aparente, sinto muitas dores pelo corpo.		0,709	
Q127	Às vezes, meus pensamentos correm mais depressa do que eu posso exprimi-los com palavras.	0,461		
Q128	Não gosto de todas as pessoas que conheço.		0,350	
Q129	Freqüentemente atravesso a rua para não ter que encontrar com alguém.	0,410		
Q130	Algumas vezes, gosto de ferir as pessoas que amo.			
Q131	Tenho muitos amigos no trabalho.			
Q132	Alguém controla a minha mente.	0,584		
Q133	Tenho um trabalho importante para a sociedade.			0,566
Q134	Meu chefe é bacana.			0,818
Q135	Tenho vontade de desistir imediatamente quando as coisas vão mal.	0,378	0,408	
Q136	No meu trabalho, estou sempre correndo atrás do tempo.		0,492	
	Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.			
a	Rotation converged in 6 iterations.			
	Domínio 01 – Comprometimento pessoal - alfa = 0,94			
	Domínio 02 – Comprometimento Profissional – Alfa = 0,91			
	Domínio 03 - Satisfação no trabalho – Alfa = 0,83			

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados da pesquisa.

ANEXO F – INVENTÁRIO DE PESQUISA

Prezado/a Amigo/a,

Estamos realizando uma pesquisa sobre trabalho e qualidade de vida no trabalho. Para isto, pedimos a sua colaboração respondendo a este inventário. Para que nossa pesquisa seja bem sucedida é imprescindível a sua colaboração. É importante você saber que sua identidade será protegida. Ninguém saberá do conteúdo de suas respostas. Muito obrigada pela sua participação!

Adaptado do Laboratório de Psicologia do Trabalho – UnB

Idade: (I01) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Estado civil (I02) <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Separado(a)/Divorciado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a) <input type="radio"/> Vive com companheiro(a)	Tem filhos? Se sim, quantos? (I03) Sim: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Mais de 3 Não <input type="radio"/> Se você é casado/a ou vive com alguém, seu companheiro/a trabalha fora? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não (I04)
Sexo: (I6) <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	Sua casa é: (I05) <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Cedida <input type="radio"/> Própria (quitada) <input type="radio"/> Financiada	
Ao todo, quantas pessoas vivem na sua casa? (I06) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Mais de 6		Área em que trabalha atualmente: (I09) _____
Cargo de origem: (I07) _____	Cargo que exerce atualmente: (I08) _____	Tem função comissionada: (I10) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Exerce cargo de chefia? (I11) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		Tem outra atividade remunerada? (I12) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Carga horária de trabalho neste emprego: (I13) (semanal) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Tipo de vínculo: (I14) <input type="radio"/> CLT <input type="radio"/> Sem vínculo <input type="radio"/> Contrato temporário	
Turno de trabalho Instituição: _____ (assinale quantas alternativas forem necessárias) (I15) <input type="radio"/> Manhã <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noite <input type="radio"/> Integral <input type="radio"/> Escala: _____ h por _____ h		Sua remuneração é: (I16) <input type="radio"/> Toda a renda familiar <input type="radio"/> Metade da renda familiar <input type="radio"/> A maior parte da renda familiar <input type="radio"/> A menor parte da renda
Tempo de serviço, na Instituição: _____ (I17) <input type="radio"/> Menos de 1 ano <input type="radio"/> Entre 11 e 13 anos <input type="radio"/> Entre 1 e 3 anos <input type="radio"/> Entre 13 e 15 anos <input type="radio"/> Entre 3 e 5 anos <input type="radio"/> Entre 15 e 17 anos <input type="radio"/> Entre 5 e 7 anos <input type="radio"/> Entre 17 e 19 anos <input type="radio"/> Entre 7 e 9 anos <input type="radio"/> Entre 19 e 21 anos <input type="radio"/> Entre 9 e 11 anos <input type="radio"/> Mais de 21 anos		Renda em outra atividade remunerada: (valores em R\$) (I18) <input type="radio"/> De 600 a 900 <input type="radio"/> De 2401 a 2700 <input type="radio"/> De 4201 a 4500 <input type="radio"/> De 901 a 1200 <input type="radio"/> De 2701 a 3000 <input type="radio"/> De 4501 a 4800 <input type="radio"/> De 1201 a 1500 <input type="radio"/> De 3001 a 3300 <input type="radio"/> De 4801 a 5100 <input type="radio"/> De 1501 a 1800 <input type="radio"/> De 3301 a 3600 <input type="radio"/> De 5101 a 5400 <input type="radio"/> De 1801 a 2100 <input type="radio"/> De 3601 a 3900 <input type="radio"/> De 5401 a 5700 <input type="radio"/> De 2101 a 2400 <input type="radio"/> De 3901 a 4200 <input type="radio"/> 5701 ou mais
Total de remuneração percebida: (valores em R\$) (I19) <input type="radio"/> Até 1800 <input type="radio"/> De 3001 a 3300 <input type="radio"/> De 4501 a 4800 <input type="radio"/> De 1801 a 2100 <input type="radio"/> De 3301 a 3600 <input type="radio"/> De 4801 a 5100 <input type="radio"/> De 2101 a 2400 <input type="radio"/> De 3601 a 3900 <input type="radio"/> De 5101 a 5400 <input type="radio"/> De 2401 a 2700 <input type="radio"/> De 3901 a 4200 <input type="radio"/> De 5401 a 5700 <input type="radio"/> De 2701 a 3000 <input type="radio"/> De 4201 a 4500 <input type="radio"/> 5701 ou mais		Quanto tempo você gasta para chegar ao seu trabalho? (I20) <input type="radio"/> Menos de 30 min. <input type="radio"/> De 30 min a 1 hora <input type="radio"/> De 1 a 2 horas <input type="radio"/> Mais de 2 horas
Renda familiar total:: (valores em R\$) (I22) <input type="radio"/> De 500 a 1000 <input type="radio"/> De 2501 a 3000 <input type="radio"/> De 4501 a 5000 <input type="radio"/> De 6501 a 7000 <input type="radio"/> De 8501 a 9000 <input type="radio"/> De 1001 a 1500 <input type="radio"/> De 3001 a 3500 <input type="radio"/> De 5001 a 5500 <input type="radio"/> De 7001 a 7500 <input type="radio"/> De 9001 a 9500 <input type="radio"/> De 1501 a 2000 <input type="radio"/> De 3501 a 4000 <input type="radio"/> De 5501 a 6000 <input type="radio"/> De 7501 a 8000 <input type="radio"/> De 9501 a 10.000 <input type="radio"/> De 2001 a 2500 <input type="radio"/> De 4001 a 4500 <input type="radio"/> De 6001 a 6500 <input type="radio"/> De 8001 a 8500 <input type="radio"/> 10.001 ou mais		

Assinale "S" nos itens que você tem em casa e "N" nos demais: (I23)		Quanto ao sindicato da sua categoria: (I24) (assinale uma ou mais)	
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S TV	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Geladeira	Você é associado? Sim: <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S TV a Cabo ou assemelhada	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Freezer	<input type="radio"/> SINDSAÚDE	
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Vídeo	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Microondas	<input type="radio"/> _____	
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Filmadora	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Máquina de lavar roupa	Participa regularmente? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Som	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Secadora de roupa		
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Máquina de escrever	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Máquina de lavar louça		
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Computador	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Aspirador de pó		
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Telefone	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Um carro		
<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Telefone Celular	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S Mais de um carro		
Grau de escolaridade: (I25)		Você ainda está estudando regularmente? (I26)	
<input type="radio"/> Universitário Completo	<input type="radio"/> Aperfeiçoamento ou Especialização	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
<input type="radio"/> Mestrado	<input type="radio"/> Doutorado		
<input type="radio"/> Pós-Doutorado			
Esteve afastado do trabalho por motivo de saúde no último mês? (I27)			
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Quanto aos treinamentos (cursos, palestras ou treinamentos internos) oferecidos pela Instituição: (I28)			
Chega até você, em tempo hábil, informação sobre os treinamentos que são oferecidos? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Você deixou de participar de algum treinamento que tivesse interesse? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
Se sim, qual foi o principal motivo (assinale apenas uma alternativa):			
<input type="radio"/> Pessoal	<input type="radio"/> Horários incompatíveis com o trabalho		
<input type="radio"/> Chefia não permitiu	<input type="radio"/> Problema de orçamento		
<input type="radio"/> Poucas vagas	<input type="radio"/> Desconhecimento		
<input type="radio"/> Necessidade de trabalho (acúmulo de serviço)			
Os treinamentos custeados pela empresa onde você trabalha contribuíram para seu desenvolvimento profissional? (I29)	Nos últimos 2 anos, você participou de algum dos treinamentos? (I30)	Você participa de treinamentos custeados por fontes diferentes? (I31)	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
PARA ESPECIALISTAS			
Com que tipo de leitos você trabalha atualmente neste e em outros hospitais e/ou clínicas (assinale quantas alternativas forem necessárias): (E1)		Número de leitos/pacientes: (E2)	
<input type="radio"/> Emergência	Internação: <input type="radio"/> Ambulatório	<input type="radio"/> 01 a 5 <input type="radio"/> 21 a 25 <input type="radio"/> 41 a 45	
<input type="radio"/> Adulto	<input type="radio"/> Infantil	<input type="radio"/> 06 a 10 <input type="radio"/> 26 a 30 <input type="radio"/> 46 a 50	
<input type="radio"/> UTIs		<input type="radio"/> 11 a 15 <input type="radio"/> 31 a 35 <input type="radio"/> Mais de 50	
		<input type="radio"/> 16 a 20 <input type="radio"/> 36 a 40	
Tipos de atividades remuneradas exercidas. (assinale quantas alternativas forem necessárias) (E3)		Já tem uma aposentadoria como trabalhador da área de saúde? (E4)	
<input type="radio"/> Área de Saúde <input type="radio"/> Fora da Área de Saúde		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Trabalha em Hospital/Clínica da rede privada? (E5)		Número total de Hospitais/Clínicas em que trabalha: (E6)	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		<input type="radio"/> 1 Hospital/Clínica <input type="radio"/> 2 Hospitais/Clínicas	
		<input type="radio"/> 3 Hospitais/Clínicas <input type="radio"/> 4 Hospitais/Clínicas	
		<input type="radio"/> Atividade de Docência	
Número médio de leitos/pacientes assistidos em outros Hospital(is)/Clínica(s) em que trabalha: (E7)			
<input type="radio"/> Até 5	<input type="radio"/> De 11 a 20	<input type="radio"/> De 31 a 40	<input type="radio"/> Mais de 51
<input type="radio"/> De 6 a 10	<input type="radio"/> De 21 a 30	<input type="radio"/> De 41 a 50	

O questionário a seguir trata de questões sobre seu trabalho. **É essencial que todas as questões sejam respondidas.** Por favor, escolha entre as alternativas disponíveis a que lhe parecer mais apropriada. Procure responder com o máximo de sinceridade a cada uma das afirmações, lembrando que não existem respostas certas ou erradas.

Você deve circular o número que melhor corresponde a sua opinião a respeito do que está sendo perguntado. Sua resposta deve se posicionar entre os números 1 e 7, sendo que **1** significa "**discordo totalmente/não se aplica a mim**" e **7** significa "**concordo totalmente**". Circule o número que melhor lhe convier, considerando a tabela a seguir:

Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Não discordo, nem concordo	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6	7

Lembre-se:

Qualquer dúvida que você tiver, chame o aplicador.

Não deixe nenhuma resposta em branco; quando a pergunta não se aplicar a você, marque 1 (discordo totalmente).

Procure deixar as marcas das suas respostas bem nítidas para que não haja dúvidas sobre a sua opinião.

Procure não deixar respostas para depois, respondendo o questionário na mesma ordem em que ele é apresentado.

PARA TODOS OS FISIOTERAPEUTAS ENTREVISTADOS			
Eu me sinto muito cheio/a de energia. (B1) 1 2 3 4 5 6 7	Eu me sinto emocionalmente exausto/a pelo meu trabalho. (B2) 1 2 3 4 5 6 7	Sinto que trato algumas pessoas da minha clientela como se fossem objetos. (B3) 1 2 3 4 5 6 7	Acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho. (B4) 1 2 3 4 5 6 7
Eu me sinto esgotado/a ao final de um dia de trabalho. (B5) 1 2 3 4 5 6 7	Eu me sinto frustrado/a com meu trabalho. (B6) 1 2 3 4 5 6 7	Sinto que estou trabalhando demais no meu emprego. (B7) 1 2 3 4 5 6 7	Acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente. (B8) 1 2 3 4 5 6 7
Sinto que a minha clientela me culpa por alguns dos seus problemas. (B9) 1 2 3 4 5 6 7	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado/a. (B10) 1 2 3 4 5 6 7	Trato de forma adequada os problemas da minha clientela. (B11) 1 2 3 4 5 6 7	Não me importo realmente com algumas pessoas da minha clientela. (B12) 1 2 3 4 5 6 7
Eu me sinto estimulado/a depois de trabalhar lado a lado com minha clientela. (B13) 1 2 3 4 5 6 7	Eu me sinto esgotado/a com meu trabalho. (B14) 1 2 3 4 5 6 7	Eu me sinto cansado/a quando me levanto de manhã e tenho de encarar outro dia de trabalho. (B15) 1 2 3 4 5 6 7	Tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho. (B16) 1 2 3 4 5 6 7
Eu me sinto como se estivesse no final do meu limite. (B17) 1 2 3 4 5 6 7	Posso criar facilmente um ambiente tranquilo com a minha clientela. (B18) 1 2 3 4 5 6 7	Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim. (B19) 1 2 3 4 5 6 7	
No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma. (B20) 1 2 3 4 5 6 7	Sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho. (B21) 1 2 3 4 5 6 7	Posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas. (B22) 1 2 3 4 5 6 7	

Q001	Tenho uma vida social ativa	1	2	3	4	5	6	7
Q002	Em geral, estou satisfeito/a com o meu emprego atual.	1	2	3	4	5	6	7
Q003	Meu chefe é gentil com seus subordinados.	1	2	3	4	5	6	7
Q004	Mesmo sendo experiente, preciso me esforçar demais no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q005	Tenho o hábito de contar coisas que não são importantes, tais como lâmpadas, sinais luminosos, etc.	1	2	3	4	5	6	7
Q006	Meu trabalho é rotineiro.	1	2	3	4	5	6	7
Q007	Sinto constantemente uma sensação de peso sobre os ombros.	1	2	3	4	5	6	7
Q008	Às vezes, quando não estou me sentindo bem, fico ranzinza.	1	2	3	4	5	6	7
Q009	Sinto falta de alguém que me ouça.	1	2	3	4	5	6	7
Q010	Sinto que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber.	1	2	3	4	5	6	7
Q011	Tenho mais dificuldades que os demais parecem ter.	1	2	3	4	5	6	7
Q012	Tenho muito para fazer e pouco tempo para fazê-lo.	1	2	3	4	5	6	7
Q013	No meu trabalho, às vezes sou obrigado a fazer coisas que não sei ou não posso fazer.	1	2	3	4	5	6	7
Q014	Creio que estou sendo seguido/a.	1	2	3	4	5	6	7
Q015	Tenho dificuldades em iniciar as coisas.	1	2	3	4	5	6	7
Q016	O que os outros pensam de mim não me preocupa.	1	2	3	4	5	6	7
Q017	Tenho tido medo de coisas e pessoas, apesar de saber que não me podem fazer mal.	1	2	3	4	5	6	7

Q018	Eu me arrependo de ter escolhido esta profissão.	1	2	3	4	5	6	7
Q019	Fico sem saber o que fazer quando recebo um presente.	1	2	3	4	5	6	7
Q020	Freqüentemente, tenho sentido que pessoas estranhas estavam me olhando com ar crítico.	1	2	3	4	5	6	7
Q021	Quando tenho tédio, gosto de provocar algo excitante.	1	2	3	4	5	6	7
Q022	Sempre procuro ouvir meu chefe.	1	2	3	4	5	6	7
Q023	Às vezes, penso que não presto para nada.	1	2	3	4	5	6	7
Q024	Sinto-me constrangido/a de me exibir numa festa, ainda que os outros estejam fazendo o mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
Q025	Algumas pessoas são tão mandonas, que sinto vontade de fazer justamente o contrário do que elas pedem, mesmo quando sei que elas têm razão.	1	2	3	4	5	6	7
Q026	Meu chefe estimula seus subordinados.	1	2	3	4	5	6	7
Q027	Vejo problemas sérios com a minha sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
Q028	As pessoas me aborrecem porque criticam o meu modo de beber.	1	2	3	4	5	6	7
Q029	Se eu pudesse, mudaria de emprego.	1	2	3	4	5	6	7
Q030	Não posso concentrar-me numa só coisa.	1	2	3	4	5	6	7
Q031	Estou em um trabalho sem futuro.	1	2	3	4	5	6	7
Q032	Freqüentemente quando estou fazendo amor me pergunto porque estou ali.	1	2	3	4	5	6	7
Q033	Estou certo/a que a vida é cruel comigo.	1	2	3	4	5	6	7
Q034	Alguém me deseja mal.	1	2	3	4	5	6	7
Q035	Ao me sentir atraído/a por alguém, tenho muito medo de sofrer.	1	2	3	4	5	6	7
Q036	Meus pais e minha família encontram mais defeitos em mim do que deveriam.	1	2	3	4	5	6	7
Q037	Algumas vezes, persisto numa coisa até que os outros percam a paciência comigo.	1	2	3	4	5	6	7
Q038	Encontrar prazer pleno na sexualidade é ilusão.	1	2	3	4	5	6	7
Q039	Sinto que, freqüentemente, tenho sido castigado/a sem razão.	1	2	3	4	5	6	7
Q040	Quaisquer que sejam os problemas do meu trabalho, estou satisfeito/a com a minha escolha.	1	2	3	4	5	6	7
Q041	Parece que ninguém me compreende.	1	2	3	4	5	6	7
Q042	Quanto menos eu trabalhasse, mais tempo teria para ficar junto da minha família.	1	2	3	4	5	6	7
Q043	Algumas vezes, a parte superior da minha cabeça fica muito sensível.	1	2	3	4	5	6	7
Q044	Sinto-me chateado/a comigo mesmo/a pela maneira com que costumo beber.	1	2	3	4	5	6	7
Q045	Sempre que o trabalho me exige, sinto que estou fazendo falta para a minha família.	1	2	3	4	5	6	7
Q046	Algumas vezes, sinto que estou a ponto de estourar.	1	2	3	4	5	6	7
Q047	Não gosto de todas as pessoas que conheço.	1	2	3	4	5	6	7
Q048	Às vezes, sinto falta de companhia.	1	2	3	4	5	6	7
Q049	Acho difícil puxar conversa quando conheço novas pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
Q050	Aprendo muito com as explicações de meu chefe.	1	2	3	4	5	6	7
Q051	Nem sempre digo a verdade.	1	2	3	4	5	6	7
Q052	Algumas vezes, tenho sentido que as dificuldades se acumulavam a tal ponto que não podia vencê-las.	1	2	3	4	5	6	7
Q053	Constantemente me parece doer toda a cabeça.	1	2	3	4	5	6	7
Q054	Se eu não me esforçar muito, o trabalho fica pendente.	1	2	3	4	5	6	7
Q055	Gostaria de ter um trabalho menos rotineiro.	1	2	3	4	5	6	7
Q056	Tenho bons amigos no trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q057	Às vezes, me divirto tanto com a esperteza de um vigarista, que chego a desejar que ele seja bem sucedido.	1	2	3	4	5	6	7
Q058	Esforço-me demais para fazer meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q059	É difícil receber ajuda mesmo quando estou realmente necessitado/a.	1	2	3	4	5	6	7
Q060	Muitas vezes, quando estou trabalhando, sinto que estou perdendo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
061	Na maior parte do tempo, eu desejaria estar morto/a.	1	2	3	4	5	6	7
Q062	Tenho que me esforçar muito no trabalho porque preciso aprender como fazer as tarefas.	1	2	3	4	5	6	7
Q063	Não tenho vivido de maneira correta.	1	2	3	4	5	6	7
Q064	Sinto vergonha dos meus desejos sexuais.	1	2	3	4	5	6	7

Q065	Gosto do meu relacionamento com as pessoas onde trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q066	Freqüentemente, sinto como se as coisas não fossem reais.	1	2	3	4	5	6	7
Q067	Sempre que preciso de ajuda no meu trabalho, tenho a quem recorrer.	1	2	3	4	5	6	7
Q068	Tenho certeza que andam falando de mim.	1	2	3	4	5	6	7
Q069	Sinto falta de um ombro amigo.	1	2	3	4	5	6	7
Q070	Com freqüência fico sem jeito quando alguém me abraça.	1	2	3	4	5	6	7
Q071	Se as pessoas não me quisessem prejudicar, eu teria tido muito mais sucesso.	1	2	3	4	5	6	7
Q072	Estou contente por ter escolhido esta organização para trabalhar, comparando com outras organizações que considerei na época da contratação.	1	2	3	4	5	6	7
Q073	Fico sem saber o que fazer quando alguém me elogia.	1	2	3	4	5	6	7
Q074	Sinto ansiedade por algo ou por alguém, quase todo o tempo.	1	2	3	4	5	6	7
Q075	Posso contar com as pessoas com quem trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q076	Tenho dificuldades em concentrar-me num trabalho ou numa tarefa.	1	2	3	4	5	6	7
Q077	Algumas vezes, algum pensamento sem importância me vem à mente e incomoda-me durante dias.	1	2	3	4	5	6	7
Q078	Freqüentemente sinto uma fraqueza geral.	1	2	3	4	5	6	7
Q079	Acho as opiniões de meu chefe importantes para as diretrizes da empresa.	1	2	3	4	5	6	7
Q080	Sinto dificuldades de lidar com minhas necessidades sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
Q081	A maior parte do tempo estou melancólico/a.	1	2	3	4	5	6	7
Q082	Fico facilmente embaraçado/a.	1	2	3	4	5	6	7
Q083	O que eu estou fazendo no meu trabalho não serve para nada.	1	2	3	4	5	6	7
Q084	Uma ou mais vezes por semana, fico muito excitado/a.	1	2	3	4	5	6	7
Q085	Nem sempre digo a verdade.	1	2	3	4	5	6	7
Q086	Sinto-me um/a fracassado/a quando ouço falar do êxito de alguém que conheço.	1	2	3	4	5	6	7
Q087	Tenho que me esforçar muito para dar conta de todas as minhas tarefas.	1	2	3	4	5	6	7
Q088	O meu modo de fazer as coisas tende a ser mal interpretado pelos outros.	1	2	3	4	5	6	7
Q089	Tenho mais tarefas que tempo.	1	2	3	4	5	6	7
Q090	Tem dias que sinto um mal-estar tão grande que não tenho vontade de sair da cama.	1	2	3	4	5	6	7
Q091	Várias vezes tenho desistido de fazer algo por ter duvidado da minha habilidade.	1	2	3	4	5	6	7
Q092	Mesmo sabendo como fazer minhas tarefas, preciso me esforçar muito no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q093	Gostaria de nunca sentir necessidade de sexo.	1	2	3	4	5	6	7
Q094	Costumo beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca.	1	2	3	4	5	6	7
Q095	Eu me sinto orgulhoso/a de dizer às outras pessoas que sou parte da organização em que trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q096	Faltam desafios no meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q097	Palavras feias, muitas vezes terrivelmente feias, vêm a minha mente e não consigo me livrar delas.	1	2	3	4	5	6	7
Q098	Sinto que o produto do meu trabalho é importante.	1	2	3	4	5	6	7
Q099	Mesmo quando estou acompanhado/a, sinto-me só a maior parte do tempo.	1	2	3	4	5	6	7
Q100	Meu trabalho permite que eu decida como executar minhas tarefas.	1	2	3	4	5	6	7
Q101	Fico ansioso/a e nervoso/a quando tenho que sair de casa, mesmo que seja para fazer uma curta viagem.	1	2	3	4	5	6	7
Q102	Creio que estão tramando alguma coisa contra mim.	1	2	3	4	5	6	7
Q103	Uma qualidade de meu chefe é respeitar seus subordinados como pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
Q104	Acho que escolho mal os meus parceiros sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
Q105	Sinto que o tempo que dedico ao trabalho seria melhor utilizado se fosse dedicado à minha família.	1	2	3	4	5	6	7
Q106	Tenho pensamentos estranhos e peculiares.	1	2	3	4	5	6	7
Q107	A maior parte do tempo, a vida é para mim um peso.	1	2	3	4	5	6	7
Q108	Tenho períodos de tanta inquietação que não posso permanecer sentado por muito tempo.	1	2	3	4	5	6	7
Q109	Uma ou mais vezes em minha vida, senti que alguém, hipnotizando-me, induzia-me a fazer coisas.	1	2	3	4	5	6	7
Q110	Procuro defender a organização onde trabalho quando ela é criticada.	1	2	3	4	5	6	7

Q111	De vez em quando, penso em coisas tão feias que nem posso falar sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
Q112	Eu me encontro freqüentemente com pessoas para bater papo.	1	2	3	4	5	6	7
Q113	Sinto que realizo um trabalho vazio.	1	2	3	4	5	6	7
Q114	Freqüentemente me sinto culpado/a quando estou no meu trabalho e deveria estar junto com minha família.	1	2	3	4	5	6	7
Q115	Faz parte da minha rotina sair ou encontrar com amigos.	1	2	3	4	5	6	7
Q116	Sinto que nunca estou satisfeito/a sexualmente.	1	2	3	4	5	6	7
Q117	Com freqüência, ainda que tudo vá bem, sinto que nada me importa.	1	2	3	4	5	6	7
Q118	Faço muitas coisas das quais mais tarde me arrependo.	1	2	3	4	5	6	7
Q119	Meu trabalho permite que eu tome decisões.	1	2	3	4	5	6	7
Q120	Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q121	Posso confiar no meu chefe.	1	2	3	4	5	6	7
Q122	Impacienta-me ter alguém me pedindo conselhos ou interrompendo-me quando estou trabalhando em algo importante.	1	2	3	4	5	6	7
Q123	Meu trabalho permite que eu decida o ritmo de minhas atividades.	1	2	3	4	5	6	7
Q124	Eu realmente me interesso pelo destino desta organização.	1	2	3	4	5	6	7
Q125	Algumas pessoas de minha família têm hábitos e costumes que muito me aborrecem e incomodam.	1	2	3	4	5	6	7
Q126	Por vezes, sem causa aparente, sinto muitas dores pelo corpo.	1	2	3	4	5	6	7
Q127	Às vezes, meus pensamentos correm mais depressa do que eu posso exprimi-los com palavras.	1	2	3	4	5	6	7
Q128	Não gosto de todas as pessoas que conheço.	1	2	3	4	5	6	7
Q129	Freqüentemente atravesso a rua para não ter que encontrar com alguém.	1	2	3	4	5	6	7
Q130	Algumas vezes, gosto de ferir as pessoas que amo.	1	2	3	4	5	6	7
Q131	Tenho muitos amigos no trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
Q132	Alguém controla a minha mente.	1	2	3	4	5	6	7
Q133	Tenho um trabalho importante para a sociedade.	1	2	3	4	5	6	7
Q134	Meu chefe é bacana.	1	2	3	4	5	6	7
Q135	Tenho vontade de desistir imediatamente quando as coisas vão mal.	1	2	3	4	5	6	7
Q136	No meu trabalho, estou sempre correndo atrás do tempo.	1	2	3	4	5	6	7

Para você como é ser Fisioterapeuta? _____

ANEXO G - INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR - NÚMERO DE VAGAS DISPONÍVEL POR IES ESTADO DE GOIÁS

Instituição de Ensino Superior (IES)	Local	Portaria MEC	Data Reconhec.	Data início Funcion.	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Instituição de Ensino Superior (IES)															
Universidade Estadual de Goiás - UEG	Goiânia	5.219	19/04/00	20/02/94	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Universidade Católica de Goiás - UCG	Goiânia	248	21/01/04	02/08/99	110	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220
Universidade Paulista - UNIP	Goiânia	2.447	16/11/01	14/02/01	0	0	460	460	460	460	460	460	460	460	460
Faculdade Padrão - PADRAO	Goiânia	826	17/11/08	01/08/02	0	0	0	100	100	100	100	100	100	100	100
Universidade Salgado de Oliveira - UNIVERSO	Goiânia	1.311	06/07/01	09/02/04	0	0	0	0	0	400	400	400	400	400	400
Faculdade Tamandaré - FAT	Goiânia	2.498	20/08/04	01/02/05	0	0	0	0	0	0	200	200	200	200	200
Faculdade Estácio de Sá de Goiás - FESGO	Goiânia	723	10/10/06	27/11/06	0	0	0	0	0	0	0	0	200	200	200
Faculdade Cambury - CAMBURY **	Goiânia				0	0	0	0				0	0	0	0
Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA	Anápolis	2.921	18/12/01	14/12/01	0	0	0	120	120	120	120	120	120	120	120
Faculdade Anhanguera de Anápolis	Anápolis	339	27/01/04	16/02/04	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	100
Faculdade do Instituto Brasil - FIBRA	Anápolis	1.144	28/12/06	01/08/08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120
Faculdade Alfredo Nasser - FAN	Aparecida de Goiânia	174	10/02/09	10/02/09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
Faculdade de Ensino Superior de Catalão - CESUC	Catalão	819	30/10/06	01/02/07	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100
Faculdade Mineirense - Fama	Mineiros	455	25/05/07	01/08/07	0	0	0	0	0	0	0	0	100	200	200
Instituto de Ensino Superior de Rio Verde - IESRIVER	Rio Verde	419	06/06/07	06/08/08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	100
Universidade de Rio Verde - Fesurv	Rio Verde	5.363	28/02/01	13/03/01	0	0	90	90	90	90	90	90	90	90	90
Faculdade Montes Belos - FMB	S.L.M.Belos	452	09/08/06	01/08/06	0	0	0	0	0	0	0	100	200	200	200
Faculdade União de Goyazes - FUG	Trindade	692	03/08/07	07/08/07	0	0	0	0	0	0	0	0	50	100	100
Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires - FACESA	Valparaíso	2491*	12/07/05*	18/08/05	0	0	0	0	0	0	100	200	200	200	200
Total de vagas ofertadas pelas IES do Estado de Goiás/ano					170	280	830	930	930	1430	1730	1930	2430	2580	2850

* informação obtida no site da FACESA, <<http://www.senaaires.com.br/facefa/faculdade.html>>. acesso em: 21/08/09

** Não foi possível ter acesso aos dados da Cambury, que atualmente está incorporada à PUC-Go e não disponibiliza vagas para o curso de Fisioterapia.

Fonte: Elaborado pela Autora.

