

Um estudo de caso sobre estresse em residentes de cirurgia vascular periférica em um hospital de ensino**A case study on stress in residents of peripheral vascular surgery in a teaching hospital**

DOI:10.34117/bjdv6n4-205

Recebimento dos originais: 14/03/2020

Aceitação para publicação: 14/04/2020

Alexandre Rodrigues Inácio de Azevedo

Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde

Instituição: Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais –UFMG

Endereço: Avenida Prof. Alfredo Balena, 110 –
Santa Efigênia Belo Horizonte/MG – CEP: 31130-100
E-mail: azevedo.alero@gmail.com**Michelle de Souza Rocha**Mestre e doutoranda em Administração - Gestão de Pessoas e Comportamento
Organizacional

Instituição: Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG

Endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha, Belo Horizonte - MG, 31270-901
E-mail: michelles_rocha@yahoo.com.br**Adriana Maria Lamego Rezende**

Médica Radiologista - Hospital das Clínicas

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG

Endereço: Avenida Prof. Alfredo Balena, 110 –
Santa Efigênia Belo Horizonte/MG – CEP: 31130-100
E-mail: adrianalamegorezende@gmail.com**Jéferson Valente Vieira**

Enfermeiro Hemodinamicista

Instituição: Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG

Endereço: Avenida Prof. Alfredo Balena, 110
Santa Efigênia Belo Horizonte/MG – CEP: 31130-100
E-mail: jeferson.vieira@ebserh.gov.br**Renato Cruz de Sousa**

Médico Radiologista - Hospital das Clínicas

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG

Endereço: Avenida Prof. Alfredo Balena, 110 –
Santa Efigênia Belo Horizonte/MG – CEP: 31130-100
E-mail: re7natosousa@yahoo.com.br

Ana Luisa Carneiro Pereira Gonçalves
Médica Radiologista - Hospital das Clínicas
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG
Endereço: Avenida Prof. Alfredo Balena, 110 –
Santa Efigênia Belo Horizonte/MG – CEP: 31130-100
E-mail: analuisaradio@gmail.com

RESUMO

O estresse ocupacional é uma das grandes preocupações no ambiente laboral, pois pode causar danos na saúde e no desenvolvimento profissional. Esta pesquisa pode ser caracterizada como um estudo de caso, descritivo-exploratório de natureza qualitativa, com o objetivo de avaliar, analisar e descrever a percepção de estresse ocupacional em residentes de cirurgia vascular periférica em um hospital de ensino, através de questionário semiestruturado e entrevistas. O questionário foi dividido em duas partes, a primeira sobre dados sociodemográficos e a segunda com perguntas abertas, baseadas na Escala de Estresse de Paschoal e Tamayo. A população foi composta por 12 residentes, mas apenas 6 retornaram com os questionários. Quanto ao sexo, 50% são do sexo masculino e 50% feminino. Todos trabalham em mais de um hospital/clínica e todos possuem outra residência. Os resultados evidenciam que todos os respondentes se sentem cansados, com excessiva carga horária de trabalho e falta de tempo para vida pessoal. Percebe-se a importância de medidas de intervenção para melhorar a qualidade de vida dos residentes, inclusive a participação mais efetiva da Comissão de apoio aos residentes, que não dá suporte necessário para se evitar os principais fatores que levam ao estresse, incluindo o assédio moral, que de acordo com os respondentes, é recorrente e velado.

Palavras-chave: Estresse Ocupacional. Residência Médica. Hemodinâmica. Hospital de Ensino.

ABSTRACT

Occupational stress is a major concern in the work environment, as it can cause damage to health and professional development. This research can be characterized as a qualitative, descriptive-exploratory case study, with the objective of evaluating, analyzing and describing the perception of occupational stress in peripheral vascular surgery residents in a teaching hospital, through a semi-structured questionnaire and interviews. The questionnaire was divided into two parts, the first on sociodemographic data and the second with open questions, based on the Stress Scale of Paschoal and Tamayo. The population consisted of 12 residents, but only 6 returned with the questionnaires. As for sex, 50% are male and 50% female. Everyone works in more than one hospital / clinic and everyone has another home. The results show that all respondents feel tired, with excessive workload and lack of time for personal life. The importance of intervention measures to improve the quality of life of residents is perceived, including the more effective participation of the Commission to support residents, which does not provide the necessary support to avoid the main factors that lead to stress, including bullying, which according to the respondents, is recurrent and veiled.

Keywords: Occupational Stress. Medical Residence. Hemodynamics. Teaching Hospital.

1 INTRODUÇÃO

A palavra *stress* surgiu no vocabulário inglês ligada à física, mediante o estado de deformidade de um material, quando é submetido a um esforço ou força externa. Mais tarde, esse conceito foi adaptado à medicina devido ao resultado apresentado pelo organismo humano, quando tem que enfrentar situações de ameaça ao seu equilíbrio interno. Os empresários afirmam que certo grau de estresse é interessante para acelerar o processo de produção, assim ele vem se tornando o mal do século XXI, abrindo portas para uma infinidade de doenças físicas e mentais aos trabalhadores (PEREIRA; MELLO, 2016).

A intensa competitividade, desenvolvimento tecnológico, terceirização e outros, fizeram com que ao longo do tempo as mudanças no mundo do trabalho trouxessem impactos nas organizações, e com isto geraram mudanças também nas relações de trabalho (Paschoal; Tamayo, 2004).

Entre os estudiosos da área observa-se que existe um consenso de que a assimilação do sujeito é que mede o efeito no ambiente organizacional sobre o indivíduo, mesmo existindo definições diversas que explicam o estresse ocupacional. Significa que o empregado precisa perceber o agente estressor para a organização entendê-lo como tal.

A afirmação de Stanley e Burrows (2001) é de que o estresse não se baseia numa simples emoção, mas num processo. Cada indivíduo reage de uma maneira aos agentes estressores, o que significa que cada um tem sua própria percepção a cada agente, que podem ser de naturezas comportamentais, fisiológicas e psicológicas.

Tamayo, Paschoal, Rego e Ferreira (2002) acreditam que o estresse ocupacional está correlacionado negativamente em relação à competência, saúde e segurança no trabalho.

A profissão médica defronta-se com situações como a doença, desamparo, sofrimento e morte, que são algumas das mais temidas pelo ser humano. De acordo com Nogueira-Martins (2005), são fatores de estresse tocante ao trabalho médico que permeiam a formação e o exercício da profissão.

Ainda seguindo o autor, está cada vez mais difícil o exercício da medicina no Brasil por causa de um conjunto de fatores que há muito vem levando para um aumento nos níveis de estresse dos profissionais da área, e principalmente aos que trabalham diretamente com assistência.

O médico canadense Hans Selye, foi o primeiro a utilizar o termo estresse na área da saúde, segundo Carvalho *et al.* (2004). De acordo com o autor, o médico usou a palavra estresse para definir o que seria um agrupamento de reações sem especificidades, sejam de

ordens químicas ou estruturais em que se encontra um indivíduo em um cenário cuja tensão seja exacerbada.

Em muitos casos, Selye (1936) notou sintomas em comum em diversas pessoas com várias enfermidades físicas, independentemente de ter diagnóstico. Entre elas observou cansaço, perda de peso e indisposição. Seguindo com seus estudos, em 1959, Selye publica o livro “*The stress of life*”, onde define inicialmente estas reações causadas pelo estresse de “Síndrome de estar apenas doente”.

A residência médica mostra-se ser uma das causas mais importantes de estresse entre os profissionais de medicina. De acordo com Bacheschi (1998) uma característica peculiar do médico residente é sua dupla função, estudante e trabalhador simultaneamente.

Para Brent (1981), é um processo de desenvolvimento no qual o residente deve aprender a lidar com sentimentos de vulnerabilidade, a fazer um balanço entre o desejo de cuidar e curar, além da aprendizagem com enfrentamento de sentimentos como o desamparo em relação ao sistema assistencial e determinar até onde vão os limites entre vida pessoal e profissional.

De acordo com Butterfield (1988), Clever (2002) e Thomas (2004) um dos problemas mais significativos e mais importantes causadores de estresse na residência médica que aparecem na literatura é a depressão e a abdicação do sono.

Em face do exposto, a questão a ser levantada nessa pesquisa é: qual a percepção de estresse ocupacional em residentes de cirurgia vascular periférica em um hospital de ensino?

De modo geral, o objetivo desta pesquisa compreendeu avaliar, analisar e descrever a situação de estresse ocupacional em residentes de cirurgia vascular periférica em um hospital de ensino.

O trabalho aqui apresentado teve como motivação a observação e experiência com os residentes de cirurgia vascular periférica em um hospital de ensino na cidade de Belo Horizonte. Os hospitais de ensino, além do atendimento à população, também servem para estreitar práticas em pesquisa e o ensino, dado a isso a importância de se estudar estresse em ambientes hospitalares.

Cuidar da saúde dentro das organizações, além de uma necessidade econômica, por tentar reduzir absenteísmo, acidentes, afastamentos e entre outros, também é uma necessidade social, pois permite que o indivíduo mantenha sua estabilidade emocional, social e a produtividade em suas tarefas, conforme afirma Paiva e Saraiva (2005):

Em um quadro em que o trabalho se apresenta cada vez mais como (des)estruturante da vida social, um olhar mais atento à questão da saúde associada à atividade profissional faz-se não apenas necessário, mas imprescindível para compreender um pouco mais as distintas facetas do trabalho na atual fase do desenvolvimento humano (PAIVA; SARAIVA, 2004, p. 156).

O artigo está estruturado em mais quatro seções além da introdução, quais são: o referencial teórico, que debate o estresse ocupacional, os estudos de estresse já realizados na área da saúde e na residência médica; a metodologia, que descreve os caminhos que serão percorridos para a execução do trabalho; a apresentação e análise de resultados e as considerações finais, seguidas das referências.

1.1 ESTRESSE OCUPACIONAL

Profissionais de diversificadas áreas têm sofrido mais cobranças relacionadas aos trabalhos executados. Devido a isso, juntamente com o medo da perda de emprego, a competitividade dentro das organizações e altas exigências quanto ao desempenho e resultados, o estresse tem causado em grande escala o desgaste físico e mental dos colaboradores (Limongi-França, 2004).

Para a OMS, cerca de 90% da população mundial é afetada pelo estresse e de acordo com Almeida *et al.* (2015), o estresse talvez tenha surgido pelo fato de estar atrelado no dia a dia das pessoas.

O trabalho deve ser reconhecido como no mínimo uma atividade prazerosa na vida dos profissionais, tanto para seu desempenho como para sua qualidade de vida, afirma Faro e Pereira (2013). E nas diferentes áreas de atuação o estresse é tido como um dos principais fatores que afetam a vida profissional, pois como trata-se de um problema recente, é pesquisado por diversos estudiosos, devido ao risco que representa para o ser humano em relação ao seu equilíbrio normal.

O estresse ocupacional, de acordo com Limongi-França; Rodrigues (2005, p. 36) decorre de:

[...] situações em que a pessoa percebe seu ambiente de trabalho como ameaçador a suas necessidades de realização pessoal e profissional e/ou a sua saúde física ou mental, prejudicando a interação desta com o trabalho e com o ambiente de trabalho,

à medida que esse ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que não contém recursos adequados para enfrentar tais situações.

Lima (2003), destaca que no ambiente profissional, a saúde dentro das organizações é produzida pelo meio em que o indivíduo conduz sua vida profissional, trazendo para si práticas de saúde física e mental, crenças, valores e atitudes, assim também como o ambiente, em termos de organização, cria elementos para melhorar a qualidade de vida de seus trabalhadores.

No ano de 1956 foi dada a primeira definição de estresse, conforme explicita Guerrer (2007), conceituando como uma reação espontânea do corpo a algum evento interno ou externo. Ele também saliente como consequência da vida, sendo algo comum e normal do funcionamento do corpo.

O estresse, para Silva e Silva (2015), pode ser definido como qualquer estímulo que advenha tanto do ambiente externo quanto interno e que ultrapasse a capacidade de um indivíduo se adaptar.

A explicação dada por Paiva e Saraiva (2005), é de que o estresse pode ser compreendido quando ocorre a redução da capacidade laboral ou um desgaste acima do normal do corpo do indivíduo, deixando-o vulnerável e com dificuldades em adaptação para trabalho e convívio social.

O quadro abaixo apresentado (Quadro 1) relata, de acordo com Limongi-França e Rodrigues (2012), as cinco síndromes que mais estão associadas ao estresse ocupacional, que são: somatizações, fadiga, depressão, síndrome do pânico e síndrome de *Burnout*.

Quadro 1 - Síndromes associadas ao estresse

Síndrome	Características
Somatizações	Distúrbios físicos e mentais (carga afetiva e emocional)
Fadiga	Desgaste físico ou mental, mas pelo repouso, acompanhamento específico e alimentação podem ajudar a recuperar-se.
Depressão	São vários sintomas, que juntos, causam desânimo, solidão, isolamento e desejos suicidas.

Síndrome do Pânico	Mal súbito e repentino, atrelado a medo intenso e comportamento agressivo.
Síndrome de <i>Burnout</i>	É o estado de desgaste total, físico e mental do indivíduo. Como se toda sua força vital e energia fossem sugadas pelo ambiente

Fonte: Adaptado de Limongi-França e Rodrigues (2012).

Desta forma, percebe-se que as definições de estresses são numerosas e que ele pode se apresentar em qualquer faixa de idade e sua relação está associada com estilo e qualidade de vida da pessoa.

1.2 ESTRESSE NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Sendo instituídos a partir da lei nº 11.129 promulgada em 30 de junho de 2005, os programas de residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005).

Segundo o Artigo 1º da Portaria Interministerial número 1.077, de 12 de novembro de 2009, a carga horária é de 60 (sessenta) horas semanais, com duração mínima de 02 (dois) anos. A residência acontece sob orientação de princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2009).

Resultando em problemas como apatia, desinteresse e insatisfação pessoal e profissional, o estresse ocupacional de quem atua na área da saúde manifesta-se muitas vezes pelo fato de o profissional estar inserido diretamente no contexto em que no cotidiano a doença se faz presente.

A residência médica é uma das etapas mais estressante do processo de especialização, durante o qual eles trabalham por longas jornadas diárias, enquanto isso sua responsabilidade em cuidar da vida de seus pacientes aumenta no mesmo nível, que seria o ideal aumentar junto com conhecimento e experiência adquirida durante o processo. Mas nem sempre a realidade bate com a expectativa: acumular responsabilidades que extravasem seus conhecimentos e, combinado com a exaustão física e mental, pode definir o cenário para o estresse.

De acordo com as revisões literárias de Thomas (2004) e Prins *et al.* (2007) constataram a escassez em pesquisas direcionadas ao estresse e esgotamento em residentes.

Os níveis de distúrbios emocionais em médicos jovens estão em constante crescente e em um estudo realizado por Smith, Denny e Witzke, (1981), citado por Meleiro (1998), percebeu-se como são raras as publicações sobre medidas de prevenção ao desgaste destes jovens durante a residência médica. Ainda de acordo com Meleiro (1998), o British Medical Journal em 1991 propôs a redução das horas de trabalho de residentes em medicina, mas não foi encontrada nenhuma relação direta entre a jornada de trabalho e os níveis de doenças de origem emocional, o que configura a necessidade mais estudos sobre o tema.

É importante considerar pesquisas sobre estresse em profissionais de saúde, tendo em consideração que os residentes são simultaneamente profissionais e estudantes. Pesquisas realizadas por Santos e Cardoso (2010) e Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012), avaliaram estresse, qualidade de vida e *burnout* em profissionais em Saúde Mental e da Família e identificaram índices altos de estresse.

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesta pesquisa contemplou quatro partes, sendo elas: caracterização da pesquisa; unidades de análise e de observação; técnicas de coletas de dados e técnicas de análise de dados.

No trabalho de campo, o pesquisador não pode se distanciar do objeto, pois ele é o instrumento do trabalho, é nele que o investigador irá mediar o diálogo, e se abrir para sua escuta, conforme identifica Lapassade (1991).

Como foi realizada uma pesquisa de campo, no qual o pesquisador-observador é parte integrante do cenário da pesquisa, não sendo possível a adoção de uma postura isenta. O pesquisador trabalha diretamente como os residentes, tendo com eles convívio diário, trocas de informações sobre pacientes, agendamentos, tanto por telefone, e-mail e redes sociais. Com isso, a função de pesquisador observador participante torna-se nítida e imprescindível para absorver tudo que os questionários não conseguiram mensurar, como a dor e sofrimento de cada residente, as alegrias, as perdas e os sentimentos como um todo. A dor individual ou até mesmo coletiva não pode ser percebida em números, é singular e sentida de forma diferente, com intensidade diferente.

Serva e Jaime Jr (1995), citados por Bulgacov e Vizeu (2006), afirmam no campo organizacional, os primeiros estudos de observação participante ocorreu na década de 70, nos Estados Unidos, Canadá e Argélia.

Ainda seguindo os conceitos de Serva e Jaime Jr (1995), o processo de Observação Participante pode ser simplesmente definida com uma investigação de um grupo em que o pesquisador participa de alguma atividade dentro dele, o processo de coleta de dados se dá face a face em seu ambiente natural de vida dos elementos observados e tem como objetivo o compartilhamento de informações e experiências vividas com sujeitos do grupo observado.

Moreira (2002) acrescenta que há necessidade de um acordo, um prévio consentimento por parte dos observados, onde ficam claros os objetivos, as obrigações e as promessas. Neste caso em específico o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Livre sela um acordo em o grupo de residentes observados e o observador participante.

No caso das pesquisas que exigem a interação face a face, de acordo com Machado (2002) citado por Berg (2008), o elemento observado, a relação dentro da pesquisa deve ser modulada pela subjetividade de cada observador, visto que todo pesquisador precisa conhecer sua posição frente ao outro, se isentar de julgamento de valores e princípios para impossibilitar interpretações distorcidas do conhecimento absorvido.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa pode ser caracterizada como um estudo de caso, descritivo-exploratório (Trivinõs, 1987), de natureza qualitativa, com o objetivo de avaliar, analisar e descrever a percepção de estresse ocupacional em residentes de cirurgia vascular periférica em um hospital de ensino.

O estudo de caso para Gil (1999, p. 72), “é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado”. Yin (2001, p. 32), para complementar, ainda define o estudo de caso como um processo que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

A pesquisa descritiva para Gil (1999), tem como propósito estudar as características de um determinado grupo de indivíduos, e com isso as atitudes, crenças e opiniões destes poderão ser abordadas. Também concordando com Gil (1999), Triviños (1987, p. 110) salienta que o

estudo descritivo objetiva “descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

Vergara (2010) aponta que a pesquisa descritiva tem a função de expor algumas características de um grupo determinado ou algum fenômeno.

Segundo Minayo (2002), “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível da realidade que não pode ser quantificado.” Em outro estudo Minayo (2008) afirma que o método qualitativo é o mais adequado aos estudos das percepções, interpretações e opiniões humanas durante sua vivência.

No mesmo estudo de 2008, Minayo evidencia que na pesquisa qualitativa o mais importante é ser objetivo, usando as técnicas corretas de coleta de dados e analisar todo o contexto e com isso distanciar qualquer possibilidade de incursão de juízo de valores durante o processo.

Minayo (2012) esclarece que existe a necessidade de se colocar no lugar do outro para exercitar a capacidade de compreensão. E compreender é o verbo principal de uma análise qualitativa, pois para compreender deve-se levar em conta que o indivíduo é singular e que devem ser consideradas suas experiências e vivências em um determinado grupo.

Ou seja, esse tipo de pesquisa foca no pesquisador e o ambiente é o centro de informações coletadas e não se preocupa com instrumentos estatísticos para analisar os dados. A característica principal deste tipo de pesquisa, sendo assim dito, é baseada em interpretações, experiências situacionais e humanísticas, com sua singularidade e contexto (Stake, 2011, p. 41).

2.2 UNIDADES DE ANÁLISE E OBSERVAÇÃO

A unidade de análise desta pesquisa foi um hospital de ensino em Belo Horizonte, Minas Gerais, que possui um setor de Hemodinâmica com doze residentes em cirurgia vascular periférica. Esse dado foi obtido na coordenação da unidade de Análise, que se encontra em um dos andares do hospital.

A unidade de observação é o residente em cirurgia vascular periférica em um hospital de ensino em Belo Horizonte. Dessa forma, a amostra desta pesquisa pode ser considerada não probabilística e foi composta por 6 respondentes.

Antes da iniciação do estudo foi realizada pesquisa de busca de artigos publicados nos últimos 10 anos, de 2008 a 2019, sobre o tema estresse em residentes de cirurgia vascular periférica. A base de dados escolhida foi o Scientific Electronic Library Online (SciELO) do

Brasil e o Scientific Periodicals Electronic Library (SPELL), pela confiabilidade e por serem conhecidos como uma das mais completas base de dados de pesquisas acadêmicas.

Para realizar a busca dos artigos foram utilizadas as palavras-chave: estresse ocupacional, residência médica, hemodinâmica e hospital de ensino.

Ao pesquisar utilizando o critério das palavras-chave foram encontrados 1.431 artigos no Scielo e 26 artigos no Spell. Continuando com a busca, o segundo critério utilizado para amplificar a probabilidade de encontrar pesquisas relacionadas ao tema foi o título. Somando todos os artigos encontrados com a busca pelo título que tenha relevância com o tema, foram encontrados 172 artigos no Scielo, enquanto que no Spell, não foi encontrado nenhum artigo.

Com isso, verificou-se que não há estudos sobre estresse direcionados para residentes em hemodinâmica, poucos estudos de estresse ocupacional seguindo a abordagem qualitativa e a maioria voltados para área da saúde lidaram com profissionais em enfermagem.

2.3 TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS

Para a pesquisa qualitativa, de acordo com Godoi e Mattos (2006), atende como técnica de investigação que possibilita alcançar profusão de informações e com isso auxilia o pesquisador a obter conhecimentos mais aprofundados sobre o participante da pesquisa, através de um roteiro semiestruturado, com nove (nove) questões sobre dados sociodemográficos e 7 (sete) perguntas formuladas para respostas abertas, para o construto estresse ocupacional e com isso dar ao respondente a oportunidade de expor suas percepções com mais franqueza.

Os questionários semiestruturados foram uma adaptação a partir da versão completa da Escala de Estresse no Trabalho (EET) criada pelos autores Paschoal e Tamayo (2004), validadas a partir do estudo de Almeida *et al.* (2015), que em trinta e três bombeiros aplicaram a escala de estresse ocupacional de Paschoal e Tamayo (2004) com o objetivo de conhecer os níveis de estresse resultantes das respostas de cada entrevistado.

Os questionários foram entregues aos 12 respondentes junto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Destes apenas seis devolveram o questionário e o termo assinado. Foi realizado contato pessoal e por e-mail pedindo a participação dos demais, mas não obtive retorno. No momento da entrega dos questionários, foi possível observar uma postura jocosa, fisionomias, risadas e brincadeiras do tipo “estresse aqui, nunca tivemos”.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declara que não haverá, em hipótese alguma, a identificação do hospital de ensino cuja pesquisa foi realizada, como também a identidade dos respondentes será preservada e as respostas mantidas em sigilo.

Complementarmente aos questionários, foi elaborado pelo pesquisador um diário de campo, no qual constavam as observações sobre o dia a dia do setor. As confidências, comentários e ocorrências foram anotadas e as percepções descritas. Dessa forma, reforça-se um posicionamento de não-neutralidade, uma vez que o pesquisador também faz parte do ambiente. No entanto, dada a riqueza das informações que foram obtidas no processo, julgou-se importante a inclusão dessas percepções no decorrer da pesquisa.

Os respondentes não arcaram com nenhuma despesa relacionada a pesquisa. Todos os gastos necessários para concretização foram de responsabilidade do pesquisador.

A forma de acesso aos residentes foi pelo critério de acessibilidade de Vergara (2013), que descreve que não está diretamente associado a algum processo seletivo, mas sim pela facilidade de acesso ao público-alvo.

2.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Para fazer a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo para averiguar os dados da entrevista, que segundo Bardin (2010) citado por Ferreira *et al.* (2018), engloba questões de cunho social e psicológico, salientando o que foi debatido e decodificando as expressões, atitudes e falas.

Ainda de acordo com Ferreira *et al.* (2018) os objetivos da aplicação dessa técnica são captar e interpretar o que não foi explicitado nos questionários, mas manifestado durante o processo de comunicação entre entrevistado e entrevistador. A coleta realizada de forma verbal possibilita que seja mais profunda a análise e direcionando a entrevista ao que se objetiva.

Franco (2012) complementa afirmando:

São perfeitamente possíveis e necessários o conhecimento e a utilização da análise conteúdo, enquanto procedimento de pesquisa no âmbito de uma abordagem metodológica crítica e epistemologicamente apoiada numa concepção de ciência que reconhece o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento (Franco, 2012 p. 10).

3 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta seção é dedicada a apresentação e análise dos dados que foram coletados durante a pesquisa. A organização dos dados se dará através de texto e tabelas. A apresentação dos dados está dividida em duas partes, a primeira a análise dos dados demográficos e a segunda da análise de conteúdo, identificando através do que foi lido, ouvido e interpretado pelas entrevistas.

Ao final do estudo, após coleta e análise, esses dados serão armazenados, havendo possibilidade de posteriormente serem divulgados para a empresa afim de criar métodos de prevenção caso haja resultados negativos, além de oportunidades de publicação, devido a relevância da pesquisa e a escassez de estudos sobre o tema.

Abaixo segue a análise e resultados dos dados sociodemográficos, como mostrado na tabela 1.

Tabela 1 – Análise dos dados sociodemográficos

Tempo de residência	Frequência	Porcentagem
Até 1 ano	2	33,3
até 3 anos	1	16,7
4 anos ou mais	3	50,0
Escolaridade:	Frequência	Porcentagem
Pós-graduação Completo	6	100
Faixa etária:	Frequência	Porcentagem
26 a 30 anos	2	33,3
31 a 40 anos	4	66,7
Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Solteiro	4	66,7
Casado	2	33,3
Filhos:	Frequência	Porcentagem
Não tenho	5	83,3
1 filho	1	16,7
Sexo	Frequência	Porcentagem
Masculino	3	50,0
Feminino	3	50,0
Tempo de conclusão de curso de medicina	Frequência	Porcentagem
Não respondeu	1	16,7
De 3 a 4 anos	2	33,3
Mais de 5 anos e menos de 10 anos	2	33,3
Acima de 10 anos	1	16,7
Recebe bolsa (valor monetário):	Frequência	Porcentagem
Sim	1	16,7
Não	5	83,3
Plantonista em outros hospitais/clínicas?	Frequência	Porcentagem
Sim	6	100,0
Não	0	0,0
Primeira residência?	Frequência	Porcentagem
Sim	0	0,0
Não	6	100,0

Fonte: dados da pesquisa (2019)

Dos seis respondentes, apenas dois estão no primeiro ano de residência, todos os outros quatro respondentes estão com mais de três anos. Todos os residentes respondentes possuem uma especialização. Quatro deles tem idade de 31 a 40 anos e dois estão na faixa etária dos 26 aos 30 anos. Dos respondentes, 50% são do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Dois dos respondentes concluíram o curso de medicina há 3 anos, dois concluíram a 4 anos, um não respondeu e apenas 1 se formou há mais de 10 anos. Somente um recebe bolsa e todos dão plantões em mais de um hospital. Todos os respondentes já fizeram outra residência.

O questionário foi desenvolvido a partir de uma adaptação da Escala de Estresse de Pascoal e Tamayo, que em como objetivo avaliar a percepção de estresse. Quanto a análise de

conteúdo, podemos verificar após a transcrição das entrevistas dos questionários semiestruturados, conversas paralelas e das observações de campo a análises abaixo:

O objeto da primeira questão é saber de que forma surgiu o interesse pela residência, se foi escolha própria ou por influência. Foi questionado ainda sobre a competitividade da área.

“A escolha foi desde antes de ingressar na faculdade. Se não fosse para fazer cirurgia não teria escolhido a medicina. O ambiente é competitivo e os egos são parte fundamental da hierarquia e personalidade de muitos.” (R1)

A percepção obtida é de que o ambiente é muito competitivo, devido também ao mercado. Como todos os respondentes trabalham em mais de uma unidade de saúde, eles possuem uma percepção geral do ambiente de trabalho, uma visão ampla em relação a área de trabalho tanto no hospital estudado como em outros.

A próxima questão objetivou entender sobre a distribuição das tarefas se é organizada, o controle em relação às ações e autonomia em suas decisões.

“As tarefas são organizadas, há um controle sobre as nossas decisões. Temos autonomia até certo ponto, ou seja, há regras para as nossas decisões e escolhas.” (R3)

O respondente diz que existe autonomia até certo ponto, o que é esperado, uma vez que são residentes e estão estudando e especializando-se em uma determinada área, sobre a qual ainda não possuem domínio.

Mas com base no depoimento de outro respondente, pode-se perceber que há conflitos de informações. A organização na distribuição de tarefas, escalas e a comunicação entre o grupo não é tão fácil quanto parece. O hospital não tem ferramentas apropriadas que possam gerar a comunicação de forma integrada e muitas vezes mudanças ocorrem em cima da hora, sem avisos ou até mesmo sem notificar quem esteja envolvido no processo, conforme a fala abaixo:

“A distribuição das tarefas não é de forma organizada. Todo início de mês recebo uma escala extra de atividades/plantões obrigatórios e por isso não consigo saber qual dia da semana terei trabalho extra obrigatório com antecedência. Além disto, inúmeras vezes somos informados pela secretaria de que fomos obrigados a fazer mais plantões de última hora. Já cancelei inúmeras vezes compromissos pessoais

como dentista, médico e etc. Apesar de especializando, tenho autonomia para realização dos trabalhos”. (R1)

A terceira questão versa sobre comunicação entre os colegas e preceptores, se ela acontece de maneira eficaz e sobre a forma pela qual ocorre a comunicação sobre distribuição diária das tarefas.

Os questionamentos aqui são muito parecidos com o da questão anterior, mas destaca o relacionamento interpessoal e comunicação da equipe.

Um dos respondentes analisa da seguinte forma: *“Não. As tarefas são passadas no boca-a-boca e os fluxos de hospital não são claros.” (R2)*. Esta informação está bem conectada com as informações da questão anterior, mas de acordo com outro respondente, a situação revelada neste questionamento se torna mais complexa:

“Nem sempre as informações são passadas claramente e, frequentemente, há problemas causados por falta de comunicação. Principalmente entre colegas.” (R6)

Aqui fica claro que existe uma dificuldade de comunicação entre os residentes, em alguns casos por falta de clareza na comunicação e em outros por motivos pessoais. O último motivo é o que mais leva ao desgaste dos residentes no final do plantão, pois ao realizar algum procedimento que não foi comunicado de forma correta ou se algum residente se julga boicotado por motivos pessoais, os problemas recaem sobre outros que estão indiretamente relacionados com a equipe de residentes, como enfermagem, administrativo e fornecedores.

O tema da próxima questão foi o questionamento sobre o estado emocional dos residentes, se eles se sentem bem e confortáveis no momento ou se estão isolados da equipe por algum motivo. Também é questionado sobre a reação ao ser corrigido e como se sente quando o colega passa por esta situação.

De acordo com um dos respondentes: *“Sensação de não conseguir cumprir de maneira organizada a totalidade das demandas. Não me sinto isolado. Não é confortável. Aceito sem questionar.” (R4)* Esta fala deixa claro a pressão exercida pela falta de tempo, e que, frente às diversas demandas, o respondente opta por manter uma postura de aceitação passiva. Como observador e participante, em contato diário com o grupo pesquisado e com seus preceptores, através do ambiente de trabalho, das mídias sociais, telefone, *whatsapp*, entre outros, foi possível desenvolver sensibilidade para compreender tanto o comportamento dos residentes quanto dos médicos preceptores e suas cobranças. Na maioria dos casos, os residentes

reclamam da forma como são feitas as críticas pelos preceptores, gerando desconforto ao ouvir uma crítica feita de maneira grosseira. Ao invés de assumir uma postura aberta e didática, na percepção dos residentes, o que frequentemente ocorre é uma violência verbal em uma situação crítica, no qual está em risco a vida de um paciente, levando a uma intimidação do residente frente ao seu preceptor.

Esta questão abordou a capacidade de produção (produção no sentido de realização de serviços e atendimentos), se o respondente se sente confortável em produzir acima ou abaixo de sua capacidade ou se algum membro é favorecido de alguma forma.

“Desenvolvo atividades acima da minha capacidade física, porém não acima das minhas habilidades técnica e de conhecimento. Sim, como já delatado na questão 04, existe um membro da residência que é claramente favorecido; foi autorizado por um do chefes a chegar mais tarde, ir embora mais cedo, chegar tarde do ambulatório, avaliar os pacientes de enfermaria no período da tarde (enquanto todos os outros avaliam de manhã), e também não faz plantões extras para descansar nos finais de semana e trabalhar em emprego remunerado durante a semana (no período da residência). Vale ressaltar que a residência não é remunerada e todos os outros residentes não tem esta liberação para trabalhar em emprego remunerado durante o período da residência, apenas esta pessoa. O motivo ninguém sabe e nunca foi explicado. Quando este chefe foi questionado ele apenas começou a gritar e senti o tom de ameaça ou a possibilidade alguma retaliação. Por medo dele não consegui ir à coordenação do hospital, hoje me arrependo.” (R3)

O respondente conecta a resposta desta questão ao que foi respondido na questão 2, sobre autonomia. Levanta o questionamento acerca do favorecimento de um residente em detrimento dos demais, o que ainda não havia sido exposto por nenhum outro respondente, mesmo no contato pessoal com eles. O favorecimento, de acordo com todos os residentes, não existe.

O setor responsável pelos residentes dentro do hospital, a Comissão de Residência Médica (COREME) foi procurada para obter mais informações sobre como os residentes podem realizar denúncias acerca dos problemas relatados. As respostas obtidas foram surpreendentes, na medida em que o residente não pode fazer denúncia anônima. Se sofre assédio, seja moral ou sexual, ele é obrigado a se identificar e identificar o seu assediador, com isso, quase não há denúncias pelo medo de retaliação, conforme dito pelo respondente. O setor também não soube informar dados quantitativos sobre afastamentos por adoecimento, causas e retorno sobre residentes que são encaminhados para acompanhamento psiquiátrico ou

psicológico. A impressão é de que tudo é mantido em sigilo para não provocar situações ameaçadoras aos residentes, no entanto, o que se percebe é o efeito contrário: um residente de outra área relatou, em conversa com o pesquisador, um caso no qual um preceptor foi denunciado e a equipe responsável pela vistoria informou o nome do residente ao denunciado. Como resultado, o residente sofreu retaliações durante todo o período em que atuou no hospital.

A próxima questão solicitou ao residente que relatasse alguma situação constrangedora que passou ou já tenha visto algum colega passar, como exposição em público ou assédio. Foi pedido ainda que relatasse se houve ou não reação do respondente.

“Já passei por situações constrangedoras, bem como, meus colegas. Tento passar por essas situações com leveza, minimizando o tempo de constrangimento e tentando aprender com a situação. A relação varia de acordo com o chefe, mas a maioria nos trata bem. O problema são os poucos, que quando tratam mal, tratam muito mal.”
(R5)

A maior parte das confidências nessa questão versaram sobre o tratamento que às vezes é ríspido e acreditam que não contribui para o desenvolvimento como profissionais. No entanto, eles afirmam que acabam por reproduzir o tratamento ríspido e agressivo, pois acabam se tornando o reflexo do meio que vivem.

Nos discursos apurados nesta pesquisa, eles apontam que nem todos os preceptores agem desta forma, o que gera tranquilidade em determinados dias em que estão com os preceptores para realização de procedimentos e contribui para diminuir os aspectos relacionados ao estresse durante os procedimentos.

Por fim, foi solicitado que os residentes avaliassem a sua qualidade de vida, se dormem e se alimentam bem e como estão se sentimento no momento, física e emocionalmente.

Ao analisar as respostas à essa pergunta e nas conversas com os residentes sobre o cotidiano, lazer, prazeres e outros assuntos relacionados à vida pessoal, ficou exposto as percepções de cansaço e reclamações por dormir pouco, em média, quatro horas diárias de sono.

Como visto nas informações sociodemográficas, todos os residentes pesquisados trabalham em mais de um lugar, dessa forma, são plantões seguidos em diversos locais, que contrasta ainda com longos plantões no próprio setor, com duração de mais de 20 horas, devido a procedimentos longos ou agenda excessiva. Nesse ponto, foi notada a vontade dos residentes

de terminar seu período de estudos e não iniciar outra especialização, tendo em vista ainda que, de acordo com os dados demográficos, todos os pesquisados possuem mais de uma especialização. A vontade de desistir entra em choque constante com a vontade de finalizar residência. Dois residentes fizeram coro ao exposto pelo entrevistado R3: *“Quero ir embora e não voltar mais. Só não desisti por causa de algumas pessoas que gostava muito e me estimulavam quando estava quase em estágio de estafa”* (R3). O entrevistado R5 expõe esse mesmo conflito:

“Meu sono não é satisfatório. Durmo em média 6h por noite. Passo mais tempo dentro da hemodinâmica que na minha própria casa. A carga horária é enorme e desgasta qualquer pessoa, me sinto extremamente cansada, alguns dias (a maioria) chego em casa e escolho se prefiro dormir ou comer; realmente não sei se faria nada disso novamente. Quero ir embora logo e não voltar mais neste local, apenas contando os dias. Aprendi muito, um dia da semana em especial é muito bom; com preceptores justos e que realmente ensinam, porém o somatório é muito desgastante e quanto mais você consegue fazer algo mais atividade é dada porque julgou que você dá conta; enquanto outras pessoas são protegidas e ficam descansando (e eu além de ser obrigada a fazer infinitos plantões extras ainda tenho que levar relatórios para casa e atendo metade do ambulatório toda semana)”.(R5)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi compreender, analisar e descrever a situação de estresse ocupacional em residentes de cirurgia vascular periférica em um hospital de ensino. Foi identificada situação de estresse sobre a qual estão submetidos, através dos relatos de cansaço contínuo por noites mal dormidas ou poucas horas de sono e o medo de retaliação por assédio moral e sofrida durante todo o período de residência.

A falta de suporte da COREME que é responsável pelos residentes no hospital, também é um dos principais fatores causadores do adoecimento. Percebe-se uma falha na comunicação entre o órgão e os residentes.

Percebe-se a ausência de trabalhos que abordem de forma específica a incidência do estresse em médicos residentes. O presente estudo foi realizado em um único hospital, com isso, recomenda-se ampliação dos estudos e a realização de novas pesquisas em outros hospitais nos âmbitos estadual e nacional.

Nessa pesquisa, os residentes homens e mulheres expressaram formas semelhantes de desgaste e atribuíram seu sofrimento ao cansaço bem como outros fatores de estresse como: o quantitativo de horas de trabalho (determinada por lei) associado as práticas abusivas do

cotidiano e falta de intervenção das organizações em que trabalham/estudam. No entanto, para uma melhor avaliação sobre as diferenças de percepção de estresse entre homens e mulheres seria necessária uma amostra maior.

É necessário o interesse e adaptação das organizações, principalmente públicas, em trabalhar efetivamente para reduzir o estresse e o adoecimento mental em funcionários da saúde, o que requer uma quebra de paradigmas, melhorando a comunicação e formas mais justas de distribuição das atividades. O papel da comissão precisa ainda estar mais próximo dos colaboradores, proporcionando um ambiente de maior segurança e confiança para os residentes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Damiana Machado de; *et al.* Estresse ocupacional na perspectiva dos bombeiros da cidade de Santa Maria/RS. **ReCaPeRevista de Carreiras e Pessoas São Paulo**, v. 5, n. 1, Jan/Fev/Mar/Abr, 2015.

ALBUQUERQUE, F. J. B. de, Melo, C. de F., & Araújo Neto, J. L. de. Avaliação da síndrome de Burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3),542-549. 2012

BACHESCHI, L.A. A residência médica. In: Marcondes, E. & Lima- Gonçalves, E. (orgs). *Educação Médica*, São Paulo: Sarvier. 1998

BERG, C.C.F.M. Modalidades de interação em entrevistas de pesquisa, 2008. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portalrepositorio/File/revistalapip/berg_carmen_artigo.pdf. Acesso em 02 de Maio de 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (2005). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2009). Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Recuperado de http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8862.

BRENT, D.A. The residency as a developmental process. *J Med Educ*, 56,417-22. 1981

BULGACOV, Y.L.M ; VIZEU, F. . A relação pesquisador e pesquisados - contribuição da área de comportamento para utilização do método de pesquisa participante nos estudos organizacionais. In: ENANPAD, 2006, SALVADOR. ANAIS ENANPAD. Salvador, 2006.

BUTTERFIELD, P.S.. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med*, 148, 1428-35. 1988

CARVALHO, Daclé Vilma *et al.* Enfermagem em setor fechado: estresse ocupacional. **REME. Rev Mineira de enfermagem**, v.1, n. 21., jul./dez. 2004.

CLEVER, L.H. (2002). Who is sicker: patients – or residents? Residents' distress and the care of patients. *Ann Intern Med*, 136(5), 391-3.

FERREIRA, Jesuína Maria Pereira et a. Estresse, retaliação e percepção de injustiça nas organizações: proposição de modelo teórico integrativo. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 774-787, dez. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167939512018000400774&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 17 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395167310>.

FRANCO, M. L. P. B. Análise de conteúdo – Brasília, 4. ed.: Liber Livros, 96 p. – (Série Pesquisa; v. 6) 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

GUERRER, Francine Jomara Lopes. **Estresse dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva no Brasil**. São Paulo: Dissertação de mestrado da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

LAPASSADE, G. *Grupos, organizações e instituições*. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LIMA, Valquíria de. **Ginástica laboral: atividade física no ambiente de trabalho**. São Paulo: Phorte, 2003.

LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Qualidade de vida no trabalho - QVT: conceitos e práticas na sociedade pós-industrial**. São Paulo: Atlas, 2004.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 191 p.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES, A. L. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas. 2012.

MELEIRO, A. M. A. S. **Suicídio entre médicos e estudantes de medicina**. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 44(2), 135-140. – 1998.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MINAYO, Maria Cecília (org) et al, **Pesquisa Social-Teoria, método e criatividade**. 21^a ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. S. C, **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. *Ciência e saúde coletiva* 2012. V.17(3), 621-626.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- NOGUEIRA-MARTINS, L.A. **Residência Médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo 2005.
- PAIVA, K. C. M.; CASALECHI, T. T. Relações de poder, Assédio Moral e *Burnout*: um estudo em uma escola particular. São Paulo, ANPAD 2009.
- PAIVA, Kely César Martins de; SARAIVA, Luiz Alex Silva. **Estresse ocupacional de docentes do ensino superior**. *R.Adm.*, São Paulo, v.40, n.2, p.145-158, abr./maio/jun. 2005.
- PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. **Validação da escala de estresse no trabalho**. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.
- PEREIRA, Jesane Graciotti; MELLO, Fabiane. **Causas e efeitos do Estresse no trabalho**. Universidade UNIS. *Revista UNIS*. Minas Gerais: p. 146-164, mai. 2016. Disponível em: <<http://interacao.unis.edu.br/>>.
- PRINS JT, GAZENDAM-DONOFRIO SM, TUBBEN BJ, van der HEIJDEN FM, van de WIEL HB, HOEKSTRA-WEEBERS JE: *Burnout in medical residents: a review*. *Medical Education* 2007, 41:788-800.
- SANTOS, A. F. O. & CARDOSO, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: Manifestação de stress e Burnout. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 27(1),67-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2010000100008>
- SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: IBRASA, 1959. 396p.
- SERVA, M. e JAIME JR, P. Observação participante e pesquisa em administração: uma postura antropológica. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo: FGV, v. 35, n. 1, p. 64-79, mai./jun., 1995.
- SILVA, Débora de Paula da; SILVA, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira. **O trabalhador com estresse e intervenções para o cuidado em saúde**. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 201-214, 2015.
- STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.
- THOMAS NK: **Resident burnout**. *Jama* 2004, 292:2880-2889.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.
- VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205p.