



Zélia Cristina Coroa Marques Coelho

***Stress Ocupacional* nos Profissionais de Saúde:
Estudo Empírico em Instituições Privadas do
Norte do País.**

Universidade Fernando Pessoa

Departamento de Ciência Política e do Comportamento

Psicologia Social e do Trabalho

Zélia Cristina Coroa Marques Coelho

***Stress Ocupacional* nos Profissionais de Saúde:
Estudo Empírico em Instituições Privadas do
Norte do País.**

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa por Zélia Cristina Coroa Marques Coelho, ao abrigo das “Normas Específicas de Estágio e Monografia” como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Psicologia Social e do Trabalho, sob a orientação do Dr. N. Lima Santos, mestre em Psicologia do Trabalho e das Empresas pela FPCEUP e Provedor de Estudos e Docente da UFP.

Setembro 2001

AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais,
pois, sem eles, este trabalho nunca existiria.

Ao Mestre Nelson Lima Santos,
o meu maior agradecimento por toda a disponibilidade
e orientação prestada ao longo da realização deste
trabalho monográfico.

Às diversas Instituições Privadas,
onde se procedeu à administração do instrumento, pela
total disponibilidade e, em particular, pela colaboração
de todas as pessoas envolvidas na realização do mesmo.

A todos os Amigos e familiares,
que sempre estiveram presentes nos
momentos mais importantes desta etapa da
minha vida.

A todos,
o meu Muito Obrigada.

RESUMO

De acordo com a literatura existente no domínio do *stress* ocupacional, os profissionais da saúde constituem, sem dúvida, um grupo profissional especialmente afectado por este quadro.

A presente investigação aborda o conceito de *stress* nos profissionais de saúde, estabelecendo como objectivos a avaliação do nível de *stress* e a análise do modo como esta problemática se manifesta nos indivíduos constituintes da amostra, tendo em conta determinadas variáveis demográficas como o sexo, a categoria profissional, o exercício de funções de chefia e o tipo de turno praticado.

Após uma revisão dos principais modelos teóricos e conceptuais no domínio do *stress*, a par de uma abordagem à questão do trabalho por turnos, pelo facto de ser uma modalidade de trabalho intimamente relacionada com a população em estudo, apresenta-se um estudo empírico realizado com uma amostra de 180 profissionais de saúde, dos quais 48 são médicos, 79 enfermeiros e 53 administrativos, de instituições privadas do Norte do país, à qual foi administrada a escala “Fontes de Pressão no Emprego” do “*Occupational Stress Indicator*” de Cooper, Sloan e Williams (1988), parcialmente adaptada ao contexto português, tendo sido retirados 3 itens da escala original e alterados outros ao nível da linguagem.

Procedeu-se à avaliação das qualidades psicométricas da respectiva escala, através do estudo da fidelidade, validade e sensibilidade. Relativamente à fidelidade, as subescalas e a escala total apresentaram *alphas de Cronbach* com valores entre 0,72 e 0,95 revelando, assim, uma boa consistência interna. No que respeita à validade, foi efectuada uma análise factorial em componentes principais, com rotação *varimax*, onde se obtiveram seis factores, sendo estes responsáveis por 48,223% da variância total explicada.

No que se refere à sensibilidade, a escala apresenta uma boa sensibilidade, em que os valores da média e mediana estão bastante próximos e os coeficientes de assimetria e de curtose não ultrapassam a unidade, mostrando-se, assim, sensível na discriminação dos sujeitos.

Os resultados obtidos demonstraram a existência de um nível moderado de *stress* ocupacional nos profissionais de saúde. Nos testes de diferenças de médias efectuados, foram evidentes algumas diferenças significativas nos níveis de *stress* em função de variáveis como o sexo e a categoria profissional, pelo que se pensa ter atingido um dos objectivos propostos: constatar a influência de determinadas variáveis sócio-demográficas nos níveis de *stress* ocupacional dos profissionais de saúde de instituições privadas do Norte do país.

Finalmente, os resultados são discutidos, ao mesmo tempo que são apresentadas algumas propostas de intervenção, no sentido de se desenvolver e aprofundar esta temática, neste domínio concreto, por forma a identificar as principais fontes de pressão no emprego e, assim, intervir, prevenindo este tipo de problema neste grupo profissional específico.

ÍNDICE

	PÁG.
1. Introdução Geral	1
2. <i>Stress Ocupacional</i>	4
2.1. Introdução: Evolução Histórica	4
2.2. Perspectivas Teóricas	6
2.2.1. Perspectiva Fisiológica –O modelo de Selye	6
2.2.1.1. Críticas ao modelo de Selye	8
2.2.2. Perspectiva Psicológica – O modelo de Lazarus	9
2.2.2.1. Críticas ao modelo de Lazarus	12
2.2.3. Perspectiva Fisiológica vs. Perspectiva Psicológica	13
2.3. Fontes Ocupacionais de <i>Stress</i> – O modelo de Cooper	15
2.3.1. Factores intrínsecos ao trabalho	16
2.3.2. O papel na organização	17
2.3.3. Desenvolvimento da carreira	19
2.3.4. Relações no trabalho	19
2.3.5. Estrutura e clima organizacional	20
2.3.6. Fontes extra-organizacionais de <i>stress</i>	21
2.4. Mecanismos de Adaptação ao <i>Stress</i>	22
2.4.1. Estratégias de <i>Coping</i>	22
2.4.2. Factores moderadores de <i>Stress</i>	25
2.4.2.1. Suporte social	25
2.4.2.1.1. Efeitos do suporte social na saúde	27
2.4.2.2. <i>Locus</i> de controlo	28
2.5. Estudos empíricos realizados no domínio do <i>Stress Ocupacional</i>	31

	PÁG.
3. Trabalho por Turnos	38
3.1. Introdução: Definição e classificação do conceito	38
3.2. Inconvenientes do trabalho por turnos	40
3.2.1. Modelo conceptual do desempenho do trabalhador por turnos	42
3.3. Consequências do trabalho por turnos	43
3.3.1. Perturbações dos ritmos circadianos e do sono	43
3.3.2. Perturbações na saúde física	45
3.3.3. Perturbações na saúde psicológica	47
3.3.4. Perturbações na vida social e familiar	49
3.4. Conclusão: <i>Stress Ocupacional</i> nos Profissionais de Saúde e Trabalho por Turnos	52
4. Estudo Empírico sobre o <i>stress ocupacional</i> nos profissionais de saúde	54
4.1. Introdução	54
4.2. Objectivos do estudo	54
4.3. Variáveis do estudo	55
4.4. Hipóteses do estudo	56
4.5. Metodologia	57
4.5.1. Amostra	58
4.5.2. Instrumento	60
4.5.3. Procedimento	63

	PÁG.
4.6. Apresentação dos resultados	64
4.6.1. Estudo das qualidades psicométricas da escala	
“Fontes de Pressão no Emprego”	65
4.6.1.1. Fidelidade	65
4.6.1.2. Validade	66
4.6.1.3. Sensibilidade	71
4.7. Análise e discussão dos resultados diferenciais referentes	
às “Fontes de Pressão no Emprego”	72
5. Conclusão Geral	79
6. Bibliografia	84

Anexo:

Versão adaptada da Escala “Fontes de Pressão no Emprego” (N. Lima Santos & Z. Coelho, 2001), do *Occupational Stress Indicator* (Cooper, Sloan & Williams, 1988).

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

	PÁG.
Figura 1: O Síndrome Geral de Adaptação de Hans Selye	7
Figura 2: Modelo de <i>stress</i> no trabalho	15
Figura 3: Modelo conceptual do desempenho do trabalhador por turnos	43
Quadro 1: Síntese Comparativa das Perspectivas do <i>Stress</i>	14
Quadro 2: Características sócio-demográficas da amostra	59
Quadro 3: Análise da fidelidade da escala “Fontes de Pressão no Emprego”	66
Quadro 4: Matriz factorial da escala “Fontes de Pressão no Emprego”	68
Quadro 5: Estatísticas descritivas da escala “Fontes de Pressão no Emprego”	71
Quadro 6: Diferenças de média nos níveis de <i>stress</i> em função do Sexo	73
Quadro 7: Análise de variância dos níveis de <i>stress</i> em função da Categoria Profissional	75
Quadro 8: Diferenças de média nos níveis de <i>stress</i> em função do Exercício de Funções de Chefia	76
Quadro 9: Diferenças de média nos níveis de <i>stress</i> em função do Tipo de Turno que Pratica	77

1. Introdução Geral

Num mundo cada vez mais veloz, são cada vez maiores as exigências que temos de enfrentar. Muitas vezes as expectativas ultrapassam as nossas capacidades, e o resultado dessa pressão é o famoso *stress*, um fenómeno com consequências não totalmente conhecidas e compreendidas.

Durante estas duas últimas décadas, o tema do *stress* e da saúde física e psicológica no local de trabalho tornou-se uma das principais áreas de preocupação por parte dos teóricos e investigadores.

De acordo com Bizarro (1988), o século XX pode ser denominado como o século do *stress*.

Mais do que uma doença em si mesma, o *stress* é uma situação. Sempre que nos deparamos com um momento da nossa vida, em que o mundo está a exigir de nós mais do que aquilo que somos capazes de dar, entramos em *stress*.

E o pior de tudo isto, é que situações como estas tendem a acontecer cada vez mais, porque a sociedade começa a exigir do indivíduo um esforço ao qual, muitas vezes, ele não consegue dar resposta.

Factores relacionados com o estilo de vida acelerado que a sociedade actual nos impõe, levam a que as situações de *stress* aumentem, quer em quantidade, quer em intensidade.

Apesar deste ser um problema universal, que afecta qualquer indivíduo, existem determinados grupos que podem ser especialmente afectados, devido a características particulares que os tornam mais vulneráveis.

É um facto que os profissionais de saúde constituem um grupo profissional especialmente afectado por esta problemática. A literatura existente neste domínio aponta para uma elevada prevalência de *stress* nesta categoria profissional.

A escolha deste tema foi influenciada pela crescente importância atribuída ao fenómeno do *stress* ocupacional, nomeadamente nos profissionais de saúde, pelo facto desta categoria profissional ser considerada como um grupo de risco e, principalmente, pelo facto de, no nosso país, a investigação nesta área específica ainda ser muito escassa.

Neste sentido, o presente estudo é constituído por três capítulos distintos.

No capítulo 2, intitulado “*Stress ocupacional*”, é feito um enquadramento teórico, onde se apresenta a evolução histórica do conceito de *stress*, referenciando as principais perspectivas (Fisiológica e Psicológica). É feita, também, uma síntese comparativa entre estas duas perspectivas, com o objectivo de confrontar os diferentes pontos de vista de cada uma delas. De seguida, são referenciados os mecanismos de adaptação ao *stress*, bem como as principais fontes ocupacionais de *stress*. Salientam-se, ainda, os factores moderadores de *stress*.

Por último, é apresentada uma revisão bibliográfica sobre os estudos empíricos realizados no âmbito desta temática, no sentido de estabelecer uma ligação, fundamentação e confronto entre os resultados dos estudos já realizados e os da presente investigação.

No capítulo 3, intitulado “Trabalho por turnos”, aborda-se a questão do trabalho por turnos, através de uma introdução, onde é definido e classificado o conceito. Referem-se, também, os principais inconvenientes desta modalidade de trabalho, bem como, as suas principais consequências ao nível dos ritmos circadianos e do sono, saúde física e psicológica e da vida social e familiar.

A introdução desta problemática torna-se pertinente, uma vez que a amostra deste estudo é constituída por indivíduos que, maioritariamente, se enquadram nesta modalidade de trabalho.

Assim sendo, considerou-se como um dos objectivos deste estudo explorar a possível relação entre o trabalho por turnos e o nível de *stress ocupacional*.

O quarto e último capítulo, intitulado “Estudo empírico sobre o *stress ocupacional* nos profissionais de saúde”, é destinado à apresentação do estudo empírico, onde se apresentam os resultados de um estudo realizado com uma amostra de 180 profissionais de saúde, dos quais 48 são médicos, 79 enfermeiros e 53 administrativos de diversas instituições privadas do Norte do país. É efectuada uma análise das qualidades psicométricas da escala “Fontes de Pressão no Emprego” do *Occupational Stress Indicator* de Cooper, Sloan e Williams (1988), através do estudo da sua fidelidade, validade e sensibilidade. São, também, efectuados estudos diferenciais através das diferenças de média (Teste *t-Student*), em função do sexo, do exercício de funções de chefia e do tipo de turno praticado, e de análise de variância (Teste *Post-Hoc* de *Scheffé*), em função da variável categoria profissional.

Em seguida é feita uma análise e discussão dos resultados obtidos, finalizando-se com uma reflexão crítica do estudo no seu todo, salientando os principais contributos do mesmo, quer para as instituições onde foi realizado, quer para a investigação neste domínio.

2. *Stress Ocupacional*

2.1. Introdução: Evolução Histórica

O *stress ocupacional* é, provavelmente, o problema mais comum nos dias de hoje. De facto, o *stress* caracteriza toda a vida moderna. Há mesmo quem o considere como a doença social do nosso século, sendo visto como um dos problemas mais preocupantes levantados pela industrialização e pelos avanços tecnológicos. É visto, também, como um problema de saúde pública, responsável por custos directos e indirectos, a nível da saúde e da qualidade de vida das pessoas (Luís, 1998).

Actualmente, o conceito de *stress* é objecto de muitas investigações, contudo, ele já existe há muito tempo.

Há vários séculos que o ser humano “é vítima do *stress*”. Para alguns autores é considerado como uma doença do foro fisiológico, concretamente no caso dos defensores das perspectivas fisiológicas mas, também, há outros autores que consideram o *stress* como uma doença que afecta o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (Luís, 1998).

Ao longo de toda a história temos vindo a assistir ao oscilar entre uma perspectiva centrada na ideia de corpo e mente como inseparáveis e outra que, contrariamente, defende a sua dualidade. Relativamente a esta questão, os gregos foram, sem dúvida, os primeiros a sugerir a existência de uma separação entre corpo e mente. Assume especial relevo, a teoria do humor de Hipócrates que defendia que a doença era fruto de um desequilíbrio dos quatro fluidos circulatorios do corpo. A mente, em nada contribuía para o aparecimento ou desaparecimento de determinada doença. A saúde dependeria, apenas, do re equilíbrio desses fluidos circulatorios (Chrousos & Gold, 1992, cit. por Santos & Castro, 1998).

Já na Idade Média, corpo e mente voltam a unir-se. A doença surgia como forma de castigo divino pelo facto da mente ceder aos prazeres e tentações da “carne”. Deste modo, o corpo era castigado sob a forma de doença e mal-estar (Chrousos & Gold, 1992, cit. por Santos & Castro, 1998).

A partir da Renascença, e até à actualidade, a doença volta a ser centrada no corpo, no ser humano e já não tanto em Deus. Nos anos da Renascença, destacam-se os trabalhos de Claude Bernard, no século XIX, que aprofundou a noção de harmonia ou estado de equilíbrio, implementando o conceito de «*milieu interieur*» ou princípio de uma dinâmica fisiológica interna equilibrada (Chrousos & Gold, 1992, cit. por Santos & Castro, 1998).

Posteriormente, Cannon (1992, cit. por Santos & Castro, 1998) retoma os trabalhos de Claude Bernard com o conceito de «homeostasia» e um alargamento deste conceito aos parâmetros emocionais e físicos. Segundo o autor, o ambiente interno de um indivíduo deveria manter-se estável, independentemente das alterações do meio externo.

Com o seu modelo de luta ou fuga, Cannon afirmava que as ameaças externas levavam a uma resposta de luta ou fuga. De acordo com as mudanças fisiológicas que ocorreriam num indivíduo, é que o mesmo iria evitar a fonte geradora de *stress* ou, então, fazer-lhe frente, de modo a eliminá-la.

O *stress* era definido, segundo o modelo de Cannon, como uma resposta a factores externos geradores de *stress*, factores esses, predominantemente, fisiológicos.

Um século de investigação nesta área, permite-nos pensar o *stress* ocupacional segundo duas diferentes perspectivas (Luís, 1998):

✓ o *stress* como resposta interna do indivíduo (e aqui destaca-se o modelo de Hans Selye);

✓ o *stress* como a interacção de características do indivíduo com factores do meio externo (com destaque para o modelo de Lazarus).

2.2. Perspectivas Teóricas

2.2.1. Perspectiva Fisiológica – O modelo de Selye

No âmbito da *perspectiva fisiológica* destacam-se os trabalhos pioneiros de Hans Selye, ao qual se deve, aquele que é considerado como o primeiro modelo científico do fenómeno do *stress*.

Ao estudar as respostas do organismo humano às exigências que se lhe colocavam, Selye verificou que essas mesmas respostas não eram específicas. Concluiu que, independentemente das exigências internas ou externas, a resposta do indivíduo seguia um padrão universal, que denominou de «Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome de *Stress*» (SGA/SS) (Pereira, 1988).

Foi em 1935, que o autor introduziu a noção de *stress* como sendo:

“a resposta não específica do organismo a qualquer necessidade. Por definição, não pode ser evitado. A completa liberdade em relação ao *stress* é a morte.”

(Selye, 1956, cit. por Fontaine, Kulbertus & Étienne, 1998, p. 56)

Assim, e segundo o autor (*op. cit.*, 1935), o Síndrome Geral de Adaptação inclui três fases (vide figura 1):

A **reacção de alarme**, que não é mais do que a resposta inicial do organismo face à situação de *stress*. Esta resposta funciona como uma defesa à agressão. Como tal, nesta fase, mobilizam-se todos os recursos do organismo de forma a fazer frente ao

agente causador de *stress*. Quando se consegue ultrapassar esta situação, eliminando o agente *stressor*, o indivíduo volta ao estado de equilíbrio.

Se, pelo contrário, o indivíduo não conseguir ultrapassar a situação em que se encontra, passa para a chamada **fase de resistência**. Nesta fase, o organismo procura adaptar-se ao agente *stressor*, de forma a poder lutar contra o mesmo. Para tal, o indivíduo vai tentar inverter os efeitos do estado de alarme, utilizando as estratégias mais adequadas para lidar com a situação de *stress*, de forma a fazer-lhe frente.

Ultrapassados os limites do organismo para resistir, sucede-se a **fase de exaustão**, que surge quando a exposição ao agente *stressor* se prolonga e o organismo esgota os seus recursos energéticos e a sua capacidade de resistência, face à situação de *stress* em que está envolvido. Nesta fase, a morte pode surgir como consequência do desgaste do organismo na tentativa de superar ou eliminar a situação de *stress* (Selye, 1976).

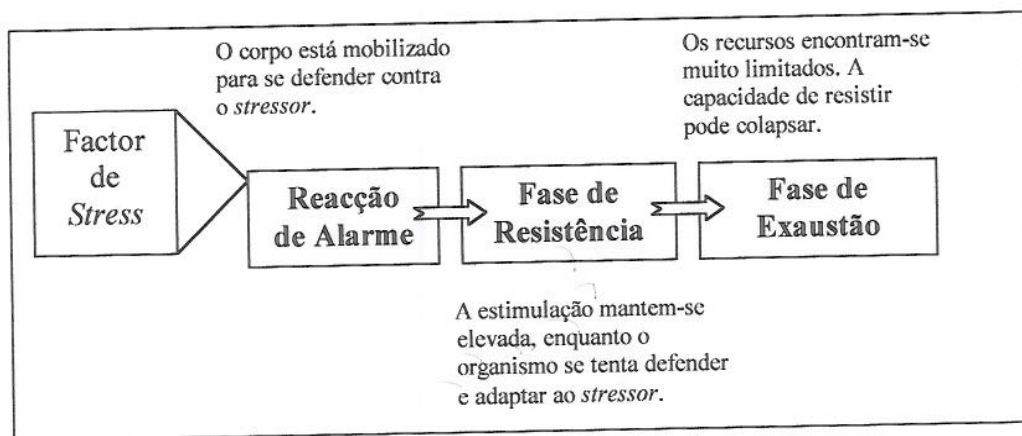


Figura 1: O Síndrome Geral de Adaptação de Hans Selye (Fonte: Santos & Castro, 1998, p. 678).

Um indivíduo pode atingir a fase de adaptação ao Síndrome Geral de Adaptação, quando consegue sobreviver às situações de *stress* com que se vai confrontando ao longo da vida. Contudo, um estímulo excessivo e repetido, pode levar a uma fase de esgotamento e, conseqüentemente, à morte (Santos & Castro, 1998).

Tal como nos diz Selye (1976), é impossível viver sem *stress* e é, também, um erro pensar-se que o *stress* é sempre negativo. O próprio (*op. cit.*, 1976) distingue entre *eustress* e *distress*. O *eustress* é considerado como um *stress* positivo que funciona como um mecanismo de acção, isto é, é visto como um estímulo que leva o indivíduo a agir. O *distress* é considerado como o *stress* negativo, uma vez que prejudica o equilíbrio do organismo de um indivíduo.

Nesta investigação, tal como na maioria, optamos por utilizar a palavra *stress* como sinónimo de *distress*, uma vez que o que se pretende é averiguar a influência negativa deste conceito na saúde física e psicológica dos profissionais de saúde.

2.2.1.1. Críticas ao modelo de Selye

Uma das principais críticas a este modelo prende-se com o facto do autor considerar o «Síndrome Geral de Adaptação» como universal, independentemente do factor indutor de *stress*, isto é, todos os factores potenciadores de *stress*, sejam eles internos ou externos, o que se verifica é que há uma certa dificuldade em reconhecer/aceitar que todas as respostas dos indivíduos tenham o mesmo padrão e que, face a situações distintas, as respostas sejam sempre iguais (Luís, 1998).

Este modelo centra-se em aspectos físicos e orgânicos, ignorando os aspectos psicossociais que influenciam as reacções fisiológicas dos indivíduos e, consequentemente, as suas respostas face a situações de *stress*.

Deste modo, e, segundo esta perspectiva, o indivíduo é encarado como um ser passivo, que nada pode fazer para alterar uma situação *stressante*, senão e apenas responder de forma automática às exigências do seu mundo externo (Stora, 1990).

No entanto, neste modelo também se salientam aspectos positivos.

Com base neste modelo, é possível explicar as reacções das pessoas a situações simples como, por exemplo, a exposição a um ambiente de trabalho ruidoso, entre outras. Um outro contributo deste modelo refere-se à noção de *stress* vista como uma experiência que progride ao longo de vários estádios e ao conceito de *eustress*, que potencia a motivação para o crescimento e mudança que o *stress* também comporta (Luís, 1998).

É, então, no sentido de fazer face a esta perspectiva que surge a perspectiva psicológica, que considera o indivíduo como um ser activo e dinâmico capaz de influenciar as suas respostas ao meio interno e externo.

2.2.2. Perspectiva Psicológica – O modelo de Lazarus

A *perspectiva psicológica do stress* surge como forma de ultrapassar os limites de um modelo centrado no indivíduo e focado nas condições externas, propondo uma integração destas duas perspectivas.

Para o estudo do *stress*, esta perspectiva dá ênfase à interpretação do indivíduo face aos acontecimentos exteriores e à avaliação que o mesmo faz dos recursos que possui para lidar com esses acontecimentos (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Deste modo, o *stress* é visto como um processo, no qual intervêm factores de diversas ordens traduzindo-se, assim, numa resposta multidimensional, que envolve aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais. Essa resposta emerge na sequência de uma avaliação cognitiva dos acontecimentos que o indivíduo experencia ao longo da sua vida (Lazarus & Folkman, 1984).

No âmbito da perspectiva psicológica, os trabalhos de Lazarus e Folkman assumem especial relevo.

Lazarus e Folkman (1984) defendem que o *stress* resulta da interação entre o indivíduo e o seu meio envolvente e surge como consequência de um desequilíbrio entre os recursos do indivíduo e as exigências que o meio lhe coloca. Neste sentido, o *stress* manifesta-se sempre que o indivíduo não se sente com capacidade para dar resposta a determinada situação, que percebe como ameaçadora do seu bem-estar.

O *stress* vai traduzir-se num processo interactivo de ajustamentos constantes entre as exigências do meio e as estratégias do indivíduo para lidar com essas mesmas exigências.

As estratégias que o indivíduo vai utilizar para lidar com os problemas com que é confrontado, vão depender da avaliação que o mesmo faz desses problemas.

Neste sentido, Folkman *et al.* (1986) consideram que este processo de avaliação cognitiva é constituído por três etapas:

Na primeira etapa, a que os autores denominaram **avaliação primária**, o indivíduo faz uma avaliação da situação em que se encontra, em termos de benefícios e/ou prejuízos para si próprio. No fundo, ele avalia o grau de ameaça que a situação lhe pode proporcionar. Mediante esta primeira avaliação, o indivíduo pode considerar a situação como **irrelevante**, quando a percebe como inofensiva e, como tal, ignorá-la; **benigna e positiva**, quando verifica que, mediante os recursos que possui, a situação em questão lhe pode proporcionar resultados positivos e benéficos; ou então **nociva e negativa**, quando determinada situação lhe traz consequências negativas, que podem apresentar-se como **dano**, quando implica a perda de algo significativo para o indivíduo; **ameaça**, quando há possibilidade de perda por parte do indivíduo ou **desafio**,

quando o indivíduo sente que tem capacidade para ultrapassar as dificuldades que a situação lhe coloca.

Na segunda etapa, denominada **avaliação secundária**, o indivíduo faz um balanço dos prós e dos contras, através de uma análise do que pode fazer para superar os prejuízos ou aumentar a probabilidade de benefício, bem como dos recursos que possui para enfrentar a situação.

Na última etapa, é feita uma **reavaliação** das avaliações feitas anteriormente. Nesta reavaliação, o indivíduo tem possibilidade de verificar se a situação poderá ou não contribuir para o seu bem-estar podendo, no entanto, entrar em *stress*, se reconhecer que não tem capacidade para lidar com ela.

Numa situação em que tal acontece, o indivíduo, ao passar por uma experiência de *stress*, vai fazer um esforço cognitivo e comportamental para a enfrentar.

Este esforço que o indivíduo faz para enfrentar determinada situação, é definido como *coping*, o qual será desenvolvido mais adiante.

Lazarus e Folkman (1984) desenvolveram um modelo de *stress* caracterizado como sendo relacional, motivacional e cognitivo. **Relacional**, tendo em conta o princípio de que as emoções são consequência das relações que o indivíduo estabelece com o seu meio ambiente. Aliás, esta relação homem/meio, é a base conceptual deste modelo. É considerado como um modelo **motivacional**, na medida em que o indivíduo, em qualquer circunstância, estabelece os seus objectivos, de acordo com o grau de importância ou pertinência para determinada situação, transformando-os em comportamentos que, por sua vez, geram novos objectivos.

Este é um processo dinâmico, onde a motivação assume um papel preponderante.

Este princípio motivacional mostra-nos que as emoções são consequência das avaliações dos objectivos, que fazemos todos os dias e ao longo de toda a nossa vida.

É, também, um modelo **cognitivo**, uma vez que se refere ao conhecimento e à avaliação do que acontece num meio em constante mudança e adaptação.

Este modelo permite-nos compreender o *stress* como uma combinação de assuntos e preocupações pessoais que mudam com os tempos, bem como as fontes e respostas a que um indivíduo pode recorrer face a uma situação considerada *stressante*.

A resposta ao *stress*, é uma resposta transaccional, onde o balanço das exigências e fontes definem o *stress*.

2.2.2.1. Críticas ao modelo de Lazarus

O modelo de *stress* de Lazarus e colaboradores atribui ao indivíduo um total protagonismo relativamente ao controlo e gestão do *stress*.

De acordo com este modelo, mesmo que houvesse um aumento de *stress*, quer em frequência, quer em intensidade, não se verificavam aumentos na gravidade e incidência dos sintomas de mal-estar emocional, nas quebras de produtividade, no absentismo nem na doença. Quer isto dizer que as fontes de *stress* são sempre individuais, pois dependem do modo como o indivíduo as avalia e lida com elas (Brief & George, 1995, cit. por Gomes, 1998).

Embora o *stress* ocorra essencialmente ao nível individual, não podemos deixar de salientar a importância de factores externos que, também, afectam o indivíduo, como é o caso das condições de trabalho, que tendem a afectar a maioria dos trabalhadores expostos a elas.

Se, por um lado, o modelo de Selye (Perspectiva Fisiológica) se centra unicamente em aspectos físicos e orgânicos, ignorando os aspectos psicossociais que influenciam as reacções fisiológicas dos indivíduos e, conseqüentemente, as suas respostas face a

situações de *stress*, por outro, o modelo de Lazarus e colaboradores (Perspectiva Psicológica) centra-se unicamente no indivíduo e na avaliação que ele faz das situações com que é confrontado (Stora, 1990).

Neste sentido, o ideal será a integração dos principais aspectos destas duas perspectivas, não esquecendo, também, os factores sociais que influenciam os anteriores.

O indivíduo enquanto sistema, não poderá ser percebido como corpo ou mente, mas sim, como um conjunto que está em interacção permanente e em que ambiente interno e externo estão em constante mutação e estabelecem relações de interdependência.

2.2.3. Perspectiva Fisiológica vs. Perspectiva Psicológica

Estamos, portanto, perante duas visões distintas do conceito de *stress*.

No quadro 1, por nós elaborado, efectua-se uma comparação entre a perspectiva fisiológica e a perspectiva psicológica do conceito de *stress*, tomando como indicadores os autores considerados mais importantes, as diferentes formas como é definido o mesmo conceito, o desenvolvimento de cada uma das teorias e principais contributos, bem como o papel do indivíduo em todo o processo.

Finalmente, são apresentados os pontos de divergência das duas perspectivas, concretamente ao nível da visão de todo este processo desencadeador do *stress*.

Quadro 1 : Síntese comparativa das perspectivas do *stress*.

Perspectivas	Fisiológica	Psicológica
Autores de referência e Ano	Hans Selye (1976)	Richard Lazarus Susan Folkman (1985, 1988)
Definição de <i>Stress</i>	Resposta interna do indivíduo às exigências que se lhe colocam, sejam elas internas ou externas.	Resposta multidimensional, que envolve aspectos fisiológicos, cognitivos e comportamentais. Resulta da interacção Indivíduo-Meio e surge de um desequilíbrio entre os recursos do indivíduo e as exigências que lhe são colocadas.
Enquadramento Teórico	<p>Síndrome Geral de Adaptação: resposta fisiológica ao <i>stress</i> que inclui 3 fases:</p> <p>Alarme: identificação e reconhecimento da ameaça;</p> <p>Resistência: esforço do organismo para lidar com a situação <i>stressante</i>;</p> <p>Exaustão: incapacidade de superar / ultrapassar a ameaça.</p> <p>Eustress: <i>stress</i> visto de uma forma positiva, uma vez que estimula o indivíduo para a acção.</p> <p>Distress: <i>stress</i> considerado negativo/prejudicial, visto que prejudica o equilíbrio do organismo do indivíduo.</p>	<p>Avaliação Cognitiva: avaliação contínua, por parte do indivíduo, acerca das exigências e limitações da sua interacção com o meio ambiente e o impacto que esta tem no seu bem-estar.</p> <p>2 tipos de avaliação:</p> <p>Primária: avaliação do significado individual do acontecimento que se vivencia.</p> <p>Secundária: avaliação dos recursos que o indivíduo possui para fazer face à situação de <i>stress</i>.</p> <p>Coping: Esforços cognitivos e comportamentais para gerir as exigências internas e externas das transacções Indivíduo-Meio.</p>
Papel do indivíduo neste processo	Passivo Não tem influência no processo	Activo Influencia todo o processo
Divergências	A activação fisiológica perante uma situação de <i>stress</i> é genérica e universal , seja qual for o estímulo ou a situação causadora de <i>stress</i> . Visão estática do processo.	A activação fisiológica perante uma situação de <i>stress</i> é específica , dependendo do tipo de situação e, principalmente, da percepção que o indivíduo tem dessa mesma situação. Visão dinâmica do processo.

2.3. Fontes ocupacionais de stress: O modelo de Cooper

No âmbito do *stress ocupacional*, assumem especial relevo os trabalhos de Cooper e colaboradores. Deste modo, consideramos fundamental abordar, de uma forma mais aprofundada, o modelo de *stress* no trabalho (vide figura 2) formulado por Cooper e colaboradores (Cooper & Marshall, 1982a).

Neste modelo de *stress ocupacional*, os autores procuram identificar os principais agentes ambientais indutores de *stress*, bem como os seus efeitos e consequências, quer para o indivíduo, quer para a organização.

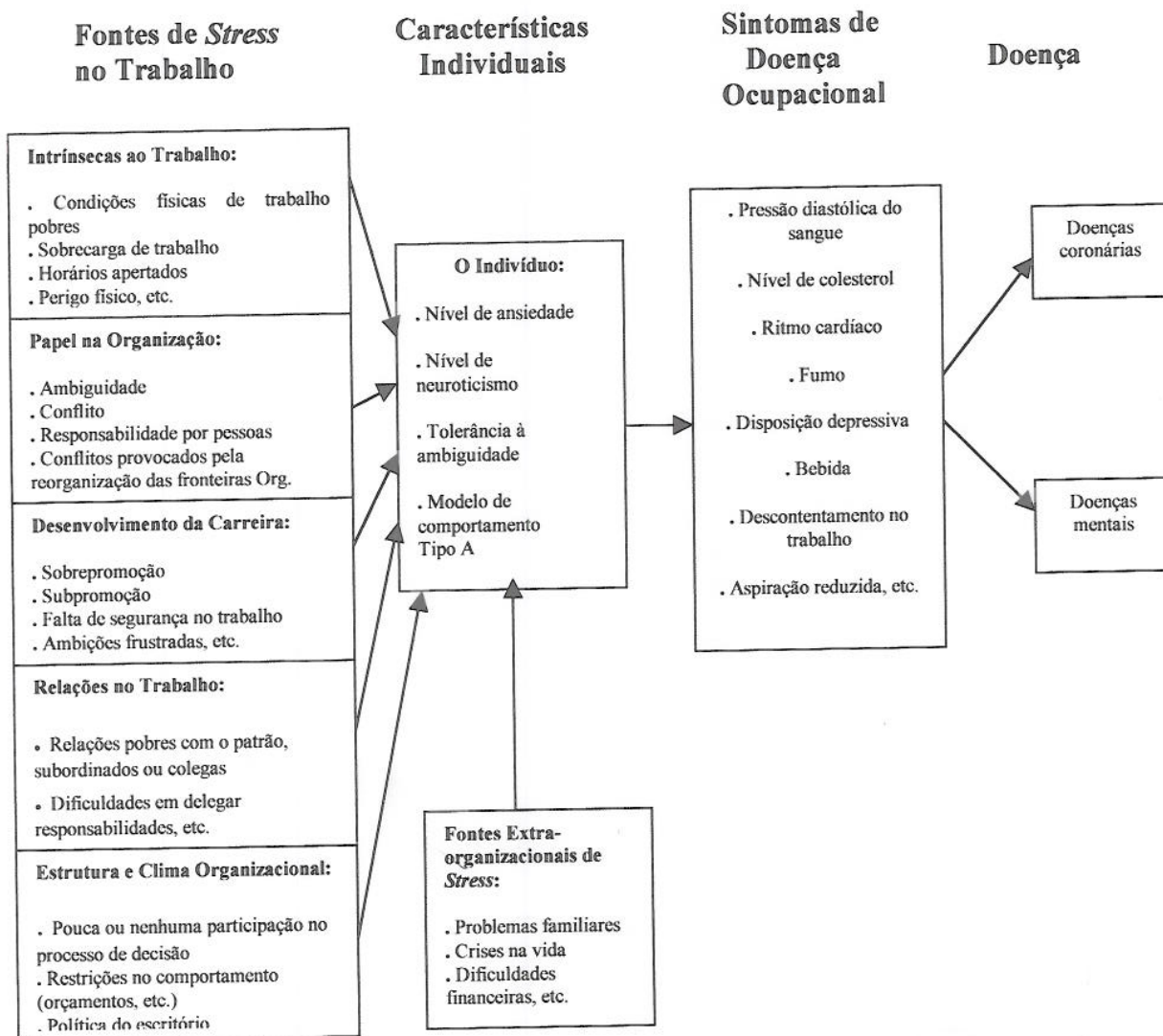


Figura 2: Modelo de *stress* no trabalho (Fonte: Cooper & Marshall, 1982a, p. 154).

Assim, de acordo com este modelo, identificam-se 6 grandes fontes ocupacionais de *stress* que, por sua vez, constituem uma das escalas do *Occupational Stress Indicator* (OSI) - a escala “Fontes de Pressão no Emprego”, por nós utilizada nesta investigação.

O OSI é um instrumento de diagnóstico do *stress* em contextos organizacionais, desenvolvido por Cooper, Sloan e Williams (1988) e que avalia diferentes aspectos do *stress* ocupacional, através de 7 escalas. São elas: “Fontes de Pressão no Emprego” (61 itens); “Personalidade Tipo A” (14 itens); “*Locus* de Controlo” (23 itens); “Estratégias de Confronto / *Coping*” (28 itens); “Satisfação Profissional” (22 itens); “Saúde Mental” (18 itens) e “Saúde Física” (12 itens).

No que respeita à escala “Fontes de Pressão no Emprego”, esta é constituída por 6 subescalas, que não são mais do que as fontes de *stress ocupacional* identificadas por Cooper e colaboradores (1982a) e que serão abordadas, de forma mais detalhada, na parte empírica deste estudo, concretamente, na descrição do instrumento por nós utilizado.

2.3.1. Factores intrínsecos ao trabalho

De acordo com os vários estudos realizados nesta área por diferentes autores, a saúde física e mental de um indivíduo está intimamente relacionada com factores intrínsecos ao trabalho. Aspectos como as más condições físicas de trabalho, os meios e recursos desse mesmo trabalho, o excesso de horas e o excesso de trabalho (quer em qualidade, concretamente, o grau de exigência/dificuldade de determinadas tarefas, quer em quantidade, quando há imenso trabalho para realizar) podem influenciar negativamente o estado de saúde física e mental de qualquer indivíduo (Cooper & Marshall, 1982a).

O mesmo nos diz Kornhauser (1965, cit. por Cooper & Marshall, 1982a, p. 156) ao descobrir que:

“a falta de saúde mental está directamente relacionada com condições de trabalho desagradáveis, necessidade de trabalhar e despende muito esforço físico, e com horas excessivas e inconvenientes”.

A propósito da questão do excesso de trabalho, em 1973, French e Caplan (cit. por Cooper & Marshall, 1982a, p.156) distinguiram sobrecarga **quantitativa** de sobrecarga **qualitativa**. A primeira significa «ter muito que fazer», enquanto que a segunda se refere a trabalho «muito difícil». Contudo, os autores acima referidos alertam para o facto de que as medidas de sobrecarga **quantitativa** e **qualitativa** de trabalho dependem das percepções de cada indivíduo, logo, poderão ser influenciadas pela personalidade de cada um.

Na escala “Fontes de Pressão no Emprego” do OSI, encontram-se 9 itens que constituem esta escala.

2.3.2. O papel na organização

Os estudos nesta área têm-se centrado em três factores principais, a saber: a ambiguidade do papel, o conflito de papéis e o grau de responsabilidade relativamente a “coisas” e a outros.

Assim, a **ambiguidade do papel** surge quando o sujeito não tem informação adequada acerca do seu papel no trabalho, ou seja, existe uma falta de clareza acerca dos objectivos associados às suas funções, às expectativas dos colegas de trabalho, bem como o alcance e responsabilidades do seu trabalho (Cooper & Marshall, 1982a). Ao nível individual, existe um conjunto de indicadores de *stress* que estão relacionados

com este factor, salientando-se a baixa auto-estima, baixa auto-confiança, sentimentos de ameaça ao bem-estar físico e mental, baixa satisfação com o trabalho, descontentamento com a vida e intenção de deixar o trabalho (Cooper & Marshall, 1982a).

No que respeita ao **conflito de papéis**, este acontece quando o indivíduo que desempenha uma determinada função no trabalho é assediado por exigências conflituosas ou faz coisas que não quer fazer, ou que não pensa fazerem parte das suas tarefas.

Os autores acima referidos (*op. cit.*, 1982a) salientam o facto de que os trabalhadores que vivenciam maior conflito, tendem a manifestar menor satisfação e maior tensão no trabalho. Um outro aspecto importante relativamente a esta temática, é o facto do conflito de papéis aumentar das profissões que exigem maior esforço físico (ex: operários, agricultores, etc.) para aquelas que exigem um esforço menor (ex: gestores, administrativos, etc.).

Relativamente à responsabilidade assumida pelo trabalhador, dependendo do tipo de profissão, pode dividir-se em dois tipos: **responsabilidade por “coisas”** (ex: equipamentos, orçamentos, edificios, etc.) e **responsabilidade por pessoas**, que parece gerar maiores níveis de *stress* nos profissionais, uma vez que implica passar mais tempo em interacção com outros indivíduos, assistir a reuniões, trabalhar sozinho, entre outras coisas (*op. cit.*, 1982a).

Referentes a esta subescala existem 11 itens na escala “Fontes de Pressão no Emprego” do OSI.

2.3.3. Desenvolvimento da carreira

As fontes de *stress* e pressão relacionadas com o desenvolvimento da carreira têm sido analisadas através de factores como, o impacto da sobrepromoção, da subpromoção, da incongruência do estatuto, da falta de segurança no trabalho e da ambição frustrada, entre outros (Cooper & Marshall, 1982a). Realmente, quando existe incompatibilidade entre as expectativas das pessoas e a posição social que ocupam, podem surgir distúrbios psicológicos e frustrações que, por sua vez, constituem elos de cadeia “*stress*-doença”.

Relativamente a esta subescala, existem 9 itens na escala “Fontes de Pressão no Emprego”.

2.3.4. Relações no trabalho

As relações estabelecidas com os superiores, subordinados e colegas de trabalho, tanto podem funcionar como uma fonte de apoio e ajuda no trabalho, como podem constituir uma fonte potencial de pressão e *stress*. Daí, a importância da análise da natureza deste tipo de relações. É claro que, quanto melhores forem as relações estabelecidas, maiores serão os comportamentos e sentimentos de amizade, confiança, respeito e simpatia entre os trabalhadores de determinada empresa e os restantes membros dessa empresa. Por outro lado, os funcionários que sentem menos consideração relativamente aos superiores hierárquicos, manifestam maiores níveis de tensão no trabalho (Buck, 1972, cit. por Cooper & Marshall, 1982a).

Daqui resulta a ideia de que, quando as relações entre superiores e subordinados são construídas numa base de desconfiança, os níveis de ambiguidade do papel

aumentam enquanto que diminuem os níveis de comunicação, satisfação com o trabalho e bem-estar psicológico. As relações com os colegas também assumem um importante papel, na medida em que, o facto das pessoas passarem grande parte do dia de trabalho em conjunto, tanto pode constituir uma fonte de suporte e apoio social, como também uma fonte de pressão e tensão.

Quando a relação entre colegas é construída numa base de desconfiança, os níveis de tensão psicológica e mal-estar relativamente ao trabalho aumentam. É neste sentido que diversos autores apelam às boas relações nos grupos de trabalho, pois elas são um factor central na saúde individual e organizacional (Cooper & Marshall, 1982a).

Para a avaliação das relações interpessoais no trabalho, estão incluídos 10 itens na escala “Fontes de Pressão no Emprego”.

2.3.5. Estrutura e clima organizacional

Esta fonte de *stress ocupacional* refere-se, basicamente, ao “estar na organização”, isto é, relaciona-se com todos os aspectos da estrutura organizacional que podem tornar a vida do trabalhador satisfatória ou, pelo contrário, indutora de *stress*. Por exemplo, o caso de pouca ou nenhuma participação no processo de tomada de decisão, a inexistência de discussão e a falta de comunicação, restrições no comportamento, políticas administrativas, etc. (Cooper & Marshall, 1982a).

O *stress* e a tensão que resultam da estrutura e do clima organizacional, derivam da própria cultura organizacional e do estilo de gestão adoptado.

De acordo com um estudo realizado por French e Caplan (1973, cit. por Cooper & Marshall, 1982a), quanto maior a participação dos trabalhadores, menores são os índices de saídas e entradas de pessoal e maior é a produtividade, verificando-se, ainda,

melhoramentos na execução do trabalho. Quando a participação é muito reduzida ou não existe, denota-se uma menor satisfação com o trabalho, sendo maiores os riscos para a saúde física e mental dos trabalhadores.

A título ilustrativo, no estudo de Melo, Gomes e Cruz (1997) realizado com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e do ensino (professores), foi possível constatar que as principais fontes de pressão sentidas por estes profissionais estavam directamente relacionadas com o clima e estrutura da organização, com a carreira e realização profissional e com o papel de chefia, bem como, com os factores intrínsecos ao próprio trabalho e com as relações interpessoais.

No que respeita a esta dimensão, encontram-se 11 itens na escala “Fontes de Pressão no Emprego”.

2.3.6. Fontes extra-organizacionais de *stress*

É um facto que as fontes de *stress* extra-organizacionais têm vindo a ser consideradas como factores que afectam o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos no seu local de trabalho. Factores como problemas familiares, dificuldades financeiras e o grau de satisfação com a vida, têm a sua influência directa na saúde física e psicológica dos trabalhadores.

De acordo com Cooper e Marshall (1982a), estas situações funcionam numa espiral de *feedback*, uma vez que são considerados problemas exteriores ao trabalho, mas que acabam por afectar o rendimento do trabalhador o que, por sua vez, o leva a lidar de forma inadequada com os mesmos problemas extra-organizacionais.

Finalmente, na escala “Fontes de Pressão no Emprego” existem 11 itens que avaliam este factor.

Em síntese, os efeitos destas seis fontes de *stress* podem traduzir-se tanto em sintomas e consequências ao nível individual, como ao nível organizacional. Relativamente aos **sintomas individuais** do *stress* ocupacional, salientam-se o aumento da pressão arterial, estados de humor depressivos, consumo excessivo de álcool e tabaco, aumento de sentimentos de irritabilidade e queixas psicossomáticas que podem resultar em doenças coronárias e perturbações psicológicas.

Quanto aos **sintomas organizacionais**, assumem especial relevo o elevado absentismo, frequente abandono do emprego, dificuldades nas relações laborais e fraco controlo da qualidade que pode, por seu turno, promover ausências prolongadas do trabalho, acidentes de trabalho ou sentimentos de apatia.

2.4. Mecanismos de adaptação ao *stress*

2.4.1. Estratégias de *coping*

Ao longo de toda a vida, as pessoas são confrontadas com inúmeras situações indutoras de *stress*. Assim, de acordo com as situações e com o grau de desconforto físico e emocional que elas provocam, os indivíduos vão tentar arranjar formas de reduzir ou eliminar a tensão originada por essas mesmas situações.

O modo de lidar com este tipo de situações, é definido como estratégias de confronto ou de *coping*.

O *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais desencadeados por um indivíduo para gerir as exigências internas e/ou externas resultantes da sua interação com o meio ambiente, relação essa, que é avaliada como ameaçadora

(Folkman, 1984; Folkman *et al.*, 1986; Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1988).

Os esforços que o indivíduo faz para combater o *stress*, são diversos e nem sempre são suficientes para resolver o problema. É, de acordo com a percepção que o indivíduo tem sobre determinada situação (ameaça, dano ou desafio), que irá adoptar a estratégia de confronto (mecanismo de *coping*) considerada mais adequada.

De salientar que os mecanismos de *coping* não são um acontecimento único, e não se adquirem ou reproduzem sempre do mesmo modo, independentemente da situação. Eles são influenciados por factores situacionais e pelas próprias características de personalidade de cada indivíduo. Daí que sejam considerados como um processo dinâmico (Lazarus & Folkman, 1984).

Assim, e de acordo com os autores (*op. cit.*, 1984), o *coping* assume duas funções essenciais:

- ✓ Regulação do estado emocional, por meio de esforços que permitam ao indivíduo pensar e agir de uma forma eficaz – ***coping* focado na emoção.**
- ✓ Modificação ou alteração da relação indivíduo-ambiente, por meio de esforços que permitam lidar adequadamente com situações indutoras de *stress* – ***coping* focado no problema.**

Relativamente ao uso destes dois tipos de estratégias, podemos afirmar que, os indivíduos que, normalmente, utilizam o *coping* focado no problema, serão aqueles que julgam ter algum controlo sobre o que está a acontecer, isto é, quando acreditam que a situação pode ser alterada (Lazarus & Folkman, 1984).

Quando os indivíduos acreditam que nada podem fazer para alterar a situação em que se encontram, então, as estratégias centradas na emoção tendem a prevalecer (Lazarus & Folkman, 1984). Neste caso, as respostas cognitivas e comportamentais

adoptadas pelos indivíduos, passam por negar os factos desagradáveis, desfocando-se do problema.

Segundo Pearlin e Schooler (1978, cit. por Vaz Serra, 1988, p. 303), as estratégias de *coping* têm uma função protectora e podem realizar-se mediante três formas distintas:

- 1) pela **eliminação** ou **modificação** das condições que criam os problemas;
- 2) pelo **controlo perceptivo** do **significado da experiência** ou das suas **consequências**;
- 3) pela **manutenção**, dentro de limites razoáveis, das **consequências emocionais** dos problemas.

Através da **primeira estratégia**, o indivíduo utiliza as acções que lhe permitem a busca de informação para poder agir, ou mesmo o confronto com aqueles que lhe criam as dificuldades ou problemas.

Pela **segunda estratégia**, o controlo perceptivo pode ser reconhecido pela “neutralização da ameaça”, onde são utilizadas comparações positivas do problema (ex. podia ser pior), ou através da ignorância selectiva, considerando banal o significado das ocorrências ou minimizando-as. Pode, também, adoptar a estratégia do “evitamento activo do problema”. As estratégias adoptadas para diminuir ou atenuar as emoções podem passar por: consumo de tabaco e medicamentos, comer ou beber em demasia, aumentar a prática de exercício físico ou, até mesmo, rezar (Lazarus & Folkman, 1984).

A **terceira estratégia** surge, quando o indivíduo não encara os problemas com frontalidade. Numa situação destas, ele vai tentar controlar-se o mais possível, no

sentido de reduzir os estados de tensão emocional e, assim, conseguir suportar as consequências emocionais dos problemas.

Ainda, relativamente à questão da utilização de diferentes estratégias, Vaz Serra (1988) afirma que as influências culturais, podem originar diferentes formas de acção. Salienta o facto de que a aprendizagem de estratégias de *coping* é fortemente influenciada pela aprendizagem de papéis sexuais. Daí que, homens e mulheres utilizem diferentes estratégias para lidar com os problemas.

Podemos, assim, concluir que os mecanismos de *coping* utilizados pelos indivíduos na resolução dos seus problemas, dependem da capacidade que eles têm para confiar ou não nos recursos que possuem.

Do mesmo modo, as respostas às situações indutoras de *stress*, também dependem das experiências passadas dos indivíduos em situações semelhantes, bem como das suas capacidades (aptidões, apoio social/moral, recursos materiais, resoluções de problemas, entre outras).

2.4.2. Factores moderadores de *stress*

2.4.2.1. Suporte social

O suporte social é visto como um conceito multidimensional, de difícil operacionalização, na medida em que procura reflectir um fenómeno social, ele próprio complexo, que se associa à saúde dos indivíduos.

Assim, devido a esta complexidade, diversos autores debruçaram-se sobre esta temática, no sentido de procurar uma definição, mais ou menos coerente, deste conceito.

Autores como Sarason, *et al.* (1983, cit. por Ribeiro, 1999) definem suporte social como a existência ou disponibilidade de pessoas que gostam de nós, que se preocupam conosco e nos dão o devido valor. No fundo, pessoas em quem podemos confiar.

Por sua vez, Dunst e Trivette (1990, cit. por Ribeiro, 1999, p. 547) defendem que o suporte social se refere “aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência” e que têm uma **componente constitucional**, onde se incluem as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente; **relacional**, com destaque para o estatuto familiar, profissional, tamanho da rede social; **funcional**, que inclui o suporte disponível, tipo de suporte, quantidade e qualidade desse suporte; **estrutural**, como a proximidade física, a frequência de contactos, nível de relação, reciprocidade e consistência e uma **componente satisfação**, em termos de utilidade e ajuda fornecida.

De salientar que estas componentes encontram-se inter-relacionadas.

Os autores (*op. cit.*, 1999) propõem, ainda, 11 dimensões de suporte social, consideradas importantes para o bem-estar dos indivíduos. São elas:

O **tamanho da rede social**, isto é, o número de pessoas que constituem a nossa rede de suporte social; a **existência de relações sociais**, sejam elas gerais (ex. pertencer a grupos sociais, como associações, clubes, etc.) ou particulares (ex. casamento); a **frequência de contactos**, que nos diz o número de vezes que o indivíduo entra em contacto com os membros da rede social, quer seja em grupo, quer seja face a face; a **necessidade de suporte**, demonstra-nos a necessidade de suporte que o indivíduo expressa; o **tipo e quantidade de suporte** que é disponibilizado pelos membros que constituem as redes sociais existentes; a **congruência**, que nos indica até que ponto o suporte social que o indivíduo necessita coincide com o disponível; a **utilização**, que nos indica a extensão em que o indivíduo recorre às redes de apoio quando precisa; a

dependência, que nos indica até que ponto o indivíduo pode confiar no apoio social sempre que necessita; a **reciprocidade**, que permite efectuar um balanço entre o suporte social recebido e o fornecido; a **proximidade** sentida em relação aos membros da rede social que disponibilizam o seu apoio e a **satisfação**, relativamente à utilidade e ao nível de ajuda sentida pelo indivíduo perante o suporte social.

De acordo com Kessler *et al.* (1985, cit. por Ribeiro, 1999), o suporte social é considerado como um mecanismo através do qual as relações interpessoais, supostamente, protegem os indivíduos dos efeitos nefastos do *stress*.

Num estudo realizado, Sarason *et al.* (1985, cit. por Ribeiro, 1999) concluíram que a satisfação com o suporte social disponível, era vista como uma dimensão cognitiva que desempenhava um importante papel na redução do mal-estar.

Também, Broadhead *et al.* (1983, cit. por Ribeiro, 1999) afirmaram a existência de uma forte correlação entre as variáveis suporte social e saúde.

Rodin e Salovey (1989, cit. por Ribeiro, 1999, p. 547) sugerem que:

“o suporte social alivia o *distress* em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente, tem um papel positivo na recuperação da doença”.

2.4.2.1.1. Efeitos do suporte social na saúde

Relativamente à questão da relação entre suporte social e saúde, salientam-se os trabalhos de Singer e Lord (1984, cit. por Ribeiro, 1999), que consideram que tal relação se engloba em quatro categorias:

- 1- O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress* sendo, assim, visto como um mediador do *stress*;
- 2- A não existência de suporte social é uma fonte de *stress*, isto é, a ausência de suporte social é um factor gerador de *stress*;
- 3- A perda de suporte social é um *stressor*;
- 4- O suporte social é benéfico, na medida em que torna as pessoas mais fortes, com mais condições para enfrentarem os problemas que surgem ao longo de toda a vida.

Neste sentido, e de acordo com os autores acima referidos (*op. cit.*, 1999), podemos constatar que o papel do suporte social está fortemente relacionado com as manifestações fisiológicas e psicológicas do *stress*, na medida em que as relações sociais ajudam o indivíduo a reagir ao *stress*.

2.4.2.2. Locus de controlo

A variável *locus de controlo* refere-se a uma característica dos indivíduos que tem vindo a ser estudada, na tentativa de explicar as diferenças individuais no comportamento humano.

De acordo com Barros, Barros e Neto (1993), esta variável está inserida num conjunto de variáveis sócio-cognitivas. São elas:

Atribuição de causalidade, que se traduz na forma como os indivíduos explicam os seus comportamentos e os dos outros; **desânimo aprendido**, quando alguém se encontra numa situação em relação à qual, cria a expectativa de que o seu comportamento não tem qualquer influência nas consequências obtidas e, portanto,

deprime, caíndo numa situação de desânimo; e **expectativa de eficácia pessoal**, que não é mais do que a percepção que um indivíduo tem das suas próprias capacidades. Esta expectativa não se refere às competências de um indivíduo, mas sim, aos julgamentos acerca do que o mesmo pode fazer, sejam quais forem as competências possuídas.

Oliveira (1985, p.14), considera o *locus de controlo* como:

“... uma variável cognitiva (expectativa generalizada), que opera através de um grande número de situações, relacionada com a crença de que existe uma relação causal entre o comportamento do indivíduo e os resultados desse mesmo comportamento”.

O conceito de *locus de controlo* foi teorizado por Rotter (1966, cit. por Barros *et al.*, 1993). Ele evidenciou a importância das expectativas que o indivíduo tem acerca do resultado do seu comportamento na explicação do mesmo. Defendeu a ideia de que os indivíduos possuem uma expectativa generalizada acerca do grau de dependência entre as ocorrências da vida diária e os seus próprios comportamentos.

Se um indivíduo tem a expectativa de poder controlar o que lhe acontece, dir-se-á que tem um *locus de controlo interno*.

Se, pelo contrário, percebe o reforço como seguindo-se a uma acção sua, mas não estando completamente dependente dessa acção, então esse indivíduo possui um *locus de controlo externo*. Neste caso, o reforço pode ser percebido como dependente de outros factores como a sorte, o acaso, o destino, entre outros (Barros *et al.*, 1993).

Esta variável (*locus de controlo*) deve ser percebida como um *continuum*, da crença de um controlo interno à crença de um controlo externo, onde o indivíduo, tendencialmente, se posiciona nalgum ponto do seu desenvolvimento.

Rotter (1966, cit. por Barros *et al.*, 1993, p. 25) define uma pessoa com *locus de controlo interno* como sendo “o indivíduo que possui uma forte crença de que pode controlar o seu próprio destino. Deste modo, é provável que: a) esteja atento aos aspectos do meio ambiente que fornecem informações úteis para o seu futuro comportamento; b) procure melhorar as suas condições ambientais; c) atribua maior valor às competências ou reforços de realização e se sinta, geralmente, mais interessado com as próprias capacidades, particularmente com os seus insucessos; d) se mostre mais resistente às tentativas subtis para o influenciar”.

No fundo, podemos definir uma pessoa com um *locus de controlo interno* como sendo mais tolerante, sociável, assertiva, independente, com uma maior eficácia intelectual e com características afectivo-sociais e cognitivas mais positivas.

Uma pessoa com *locus de controlo externo*, será uma pessoa mais agressiva (devido à impotência social e à frustração), dogmática, desconfiada de si e dos outros e que, por isso, utiliza mais mecanismos de defesa (*op. cit.*, 1993).

Existem, ainda, de acordo com os autores (*op. cit.*, 1993), diversas modalidades de externalidade. Assim, uma pessoa com um *locus de controlo externo* “passivo”, será aquela que percepção o reforço como sendo obra do acaso ou devido à sorte, ao passo que uma pessoa que possua um *locus de controlo externo* “defensivo”, terá tendência a perceber o reforço como devido às acções de outros poderosos e nunca dela.

No que respeita às diferenças apontadas entre indivíduos tendencialmente internos ou externos, existem estudos que sugerem que quando está em causa a competência, os indivíduos internos obtêm melhores resultados (Joe, 1971, cit. por Barros *et al.*, 1993).

É de esperar, então, que os indivíduos de maior internalidade aceitem o elogio pelos seus sucessos e a auto-crítica pelos fracassos, enquanto que os de maior externalidade tendem a não aceitar nem uma coisa nem outra.

O *locus de controlo* é, assim, definido como uma expectativa generalizada e é uma característica relativamente permanente da pessoa (mas que pode mudar em função da idade e das circunstâncias), que resulta de experiências anteriores, da história individual de cada um e que constitui uma variável importante da personalidade.

Não podemos considerar um *locus* de controlo melhor ou pior (Barros *et al.*, 1993). O *locus de controlo* interno ou externo será mais ou menos adequado, de acordo com uma determinada situação. No entanto, parece viável a ideia de que indivíduos com *locus de controlo* interno, pelo facto de serem mais realistas e observarem mais o meio ambiente, tenderão a ser mais eficazes na resolução dos seus problemas/conflitos.

Conclui-se, então, que a variável *locus de controlo* poderá ser um importante factor moderador de *stress* nos indivíduos, se tivermos em conta o contexto em que a situação se desenrola e o *locus de controlo* considerado mais adequado para a resolução da mesma.

2.5. Estudos empíricos realizados no domínio do *Stress Ocupacional*

A problemática do *stress* tem vindo a ser colocada há já vários anos. Contudo, nos últimos tempos, este conceito tem assumido especial importância, o que justifica o interesse, por parte de inúmeros autores, na investigação e realização de diversos estudos nesta área.

Tal como o número de estudos nesta área, também os seus domínios e contextos profissionais são diversos.

Salientam-se, assim, investigações ao nível da actividade policial, concretamente, num estudo realizado por Costa, Fonseca e Magalhães (1999), onde participaram 528

guardas da PSP da região de Lisboa. O objectivo deste estudo era o de tentar identificar quais os factores que produzem maior perturbação na actividade policial. Os resultados obtidos demonstram que o *stress* é ultrapassado mais facilmente, quando se verifica uma coesão ao nível do grupo e apoio nas relações de trabalho.

Uma outra área de investigação é a do desporto. Barbosa e Cruz (1997) realizaram estudos com atletas de alta competição das modalidades de andebol, voleibol, atletismo e natação, onde tentaram identificar as principais fontes de *stress* e pressão psicológica, bem como analisar as estratégias de confronto psicológico utilizadas pelos atletas para lidarem com o *stress* e a ansiedade da competição. No primeiro estudo foram utilizados o “Inventário de Competências Psicológicas para o Desporto”, a “Escala de Avaliação de Ansiedade no Desporto” e uma “Escala de Avaliação Cognitiva da Competição” e ainda um pequeno questionário de recolha de dados demográficos e desportivos dos atletas. Estes instrumentos foram administrados a 246 atletas, dos quais 139 eram do sexo feminino e 107 do sexo masculino.

No segundo estudo foram utilizados o “Inventário de Fontes de *Stress* no Andebol”, a “Escala de Ansiedade no Desporto”, o “Inventário de Competências de Confronto no Desporto” e a “Escala de Avaliação Cognitiva da Competição” (Percepção de Ameaça). Os dados obtidos nestes estudos confirmaram a existência de *stress*, ansiedade e pressão psicológica no desporto.

No domínio do trabalho, um estudo realizado no sector bancário por Machado e Lima (1998) teve por objectivo estudar a existência de uma possível associação entre cultura organizacional, percepção da ameaça de desemprego e estratégias de *coping* utilizadas. Neste estudo participaram 132 sujeitos de 6 instituições bancárias distintas.

Os resultados do estudo mostram que a possibilidade de desemprego parece constituir uma ameaça relativamente moderada no sector bancário. É possível verificar que a percepção de ameaça de desemprego está directamente associada à cultura organizacional de objectivos e inversamente associada às de apoio e inovação. Também a avaliação de recursos para lidar com a situação de desemprego é maior quando há uma percepção da cultura organizacional orientada para o apoio, inovação e objectivos.

Pires e Castanheira (1987) efectuaram uma pesquisa longitudinal de Psicologia da Saúde levada a cabo numa zona residencial da cidade de Coimbra. Esta pesquisa envolveu 221 sujeitos e tinha como objectivo central estabelecer relações entre *stress*, saúde e emoções. Um outro objectivo desta investigação foi a construção de um diário no qual os sujeitos registavam avaliações do *stress* diário, saúde e emoções. Este instrumento revelou-se altamente satisfatório e a análise dos resultados comprova a forte influência do *stress* nas emoções e na saúde.

Na área do ensino/docência a existência de investigações é bem mais visível. De entre os vários estudos realizados, destaca-se o de Abreu, Jesus, Pereira e Santos (1992) que teve como objectivo a análise dos factores, percebidos pelos docentes, como sendo responsáveis pelo seu mal-estar. Para tal, foi administrado o “*Teacher Occupational Stress Factor Questionnaire*” de Clark (1980, cit. por Abreu, Jesus, Pereira & Santos, 1992) a 151 professores do 2º e 3º ciclos do ensino básico. Os resultados obtidos evidenciaram um maior mal-estar nas professoras em geral, comparativamente com os professores. Tal mal-estar relaciona-se com a sobrecarga e a incontroabilidade das tarefas e com o processo de ensino-aprendizagem. Estes dados levam-nos a observar a “vulnerabilidade” existente nas professoras relativamente a

problemas profissionais, tais como a dificuldade na manutenção da disciplina na sala de aula.

Um outro estudo no âmbito do *stress* e *burnout* nos profissionais de Psicologia em Portugal, foi realizado por Gomes (1998). O estudo envolveu 439 psicólogos portugueses, provenientes de diversos contextos e domínios de actividade profissional. As variáveis avaliadas nesta investigação foram: a) factores de *stress* no exercício profissional da Psicologia; b) *burnout*; c) satisfação profissional e d) saúde física. Os resultados obtidos evidenciaram a existência de fortes relações entre os níveis de *stress*, a experiência de *burnout*, o estado de saúde física e a satisfação profissional dos psicólogos. Foi, também, possível constatar elevadas taxas de *stress* e *burnout* numa percentagem significativa de psicólogos.

Embora exista uma vasta investigação no que respeita a estudos sobre *stress* ocupacional nas diversas áreas, o que se verifica é que, sobre os profissionais de saúde, há uma escassez considerável de estudos, principalmente, no nosso país. No entanto, é sabido que esta é uma das áreas mais afectadas pela questão do *stress*, concretamente, médicos, dentistas e enfermeiros têm vindo a apresentar níveis de *stress* mais elevados do que qualquer outra categoria profissional.

No entanto, ainda existem alguns estudos nesta área específica que relataremos de seguida.

No estudo realizado por Cruz, Gomes e Melo (1997) sobre o *stress ocupacional* em profissionais da saúde e do ensino, os autores procuraram estabelecer comparações entre os níveis de *stress* dos profissionais das diferentes áreas (saúde e ensino). A

amostra incluía 120 profissionais (40 médicos, 40 enfermeiros e 40 professores) dos quais 60 eram do sexo masculino e 60 do sexo feminino. Para tal, foi utilizado um questionário de *stress ocupacional* que incluía a versão portuguesa da escala “Fontes de Pressão no Emprego” do OSI - “*Occupational Stress Indicator*”. O presente estudo, tinha ainda como objectivo identificar as principais fontes de *stress* ocupacional nos dois grupos de profissionais considerados. Os resultados obtidos permitiram considerar como principais *stressores* os itens: ter “uma excessiva carga de trabalho”, “valores pessoais em conflito com os da organização”, “trabalhar com insuficiência de meios e recursos humanos”, “conflitos com outros” e “falta de promoção na carreira”.

As análises efectuadas nos diferentes grupos profissionais, permitiram constatar a existência de diferenças significativas ao nível dos profissionais de saúde, que experienciaram níveis de *stress* no trabalho bastante mais elevados do que os profissionais do ensino.

Verificaram-se, também, diferenças significativas nos níveis de *stress* relativamente a médicos e enfermeiros, sendo que, os últimos, apresentaram níveis mais elevados.

Relativamente às diferenças ao nível da variável sexo, estas verificam-se em ambos os grupos profissionais, com um nível de *stress ocupacional* significativamente mais elevado nos indivíduos do sexo feminino.

McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) realizaram um estudo sobre as fontes de *stress*, as respostas de *stress* e os recursos de *coping* nos profissionais de saúde da região Norte de Portugal. Neste estudo participaram 62 enfermeiros hospitalares do Norte de Portugal a quem foram administrados o “Inventário de Recursos para Lidar com o *Stress*”, o “Inventário de Respostas e Recursos Pessoais”, devidamente adaptados

e validados pelos autores, e um questionário demográfico adequado às necessidades do estudo. Os resultados mostraram que as três principais fontes de *stress* para os enfermeiros se prendiam com a sobrecarga de doentes, sobrecarga de trabalho e más condições físicas e técnicas. Os enfermeiros respondem ao *stress* predominantemente com ideação suicida, negação, sintomas físicos e humor deprimido. Os recursos de *coping* mais utilizados são o suporte social, a capacidade para organizar e gerir recursos e a liberdade financeira. O estudo evidenciou, também, que algumas variáveis demográficas e profissionais como o estatuto profissional, têm um impacto significativo nas respostas ao *stress* e nos recursos de *coping* utilizados.

Ferreira e Ribeiro (2000) desenvolveram um estudo no âmbito do *stress* ocupacional em profissionais de saúde, concretamente, sobre a “saúde de quem trabalha em saúde: Enfermeiros e *stress* no trabalho em toxicoddependência”. Neste estudo participaram 102 enfermeiros, na maioria do sexo feminino, que trabalham na área da toxicoddependência.

Os resultados mostraram que os enfermeiros que trabalham em toxicoddependência apresentam um nível moderado de *stress*, destacando-se como principais *stressores* a indisponibilidade de recursos, a dor, sofrimento, morte e violência no contexto de trabalho, bem como o conteúdo e organização do trabalho. Em contexto hospitalar, o *stress* nos enfermeiros está associado ao contacto directo com o doente e á incapacidade de responder às necessidades e expectativas dos doentes e suas famílias.

McIntyre (1994) faz referência a dois estudos realizados com médicos, que apresentaram resultados preocupantes. Um estudo realizado por Nogueira (1988, cit. por

McIntyre, 1994) com médicos de clínica geral, onde se encontraram sintomas de *burnout* em 86,8% dos clínicos gerais, dos quais, 82% dos casos se caracterizavam por sintomas crónicos. Verificaram-se relações significativas entre a fase crónica e o aparecimento de doenças, depressão e irritabilidade.

Um estudo mais recente de Felício e Pereira (1994, cit. por McIntyre, 1994) com 60 clínicos gerais, os resultados obtidos revelaram níveis moderados de *stress* ocupacional. E, tal como era esperado, os médicos que apresentaram maiores níveis de *stress* ocupacional, também apresentaram um maior número de sintomas de *stress*.

De salientar que, em ambos os estudos, a sobrecarga horária surge como uma fonte de *stress* comum, bem como os sintomas de *stress* de natureza intelectual e comportamental.

Azevedo (1980, cit. por Silva, 2000) efectuou um trabalho com estudantes de enfermagem e verificou que estes, em consequência do trabalho por turnos, apresentavam sintomas associados ao *stress*, como alterações do apetite, do sono e do peso, cansaço, vida social perturbada, alterações do humor e perturbações gastro-intestinais.

Através de um estudo realizado por Huckbay e colaboradores (1979, cit. por Rebelo, 1988) num grupo de 46 enfermeiras de uma Unidade de Cuidados Intensivos, foi possível concluir que a principal causa de *stress* relacionava-se com o contacto frequente com a morte, seguindo-se o esforço físico e o relacionamento interpessoal.

3. Trabalho por Turnos

3.1. Introdução: Definição e classificação do conceito

“se admitirmos que não existem variações circadianas nas nossas funções fisiológicas e psíquicas, admitimos, também, que podemos fazer tudo a qualquer hora”.

(Reinberg, 1994, cit. por Silva, 1999)

O trabalho por turnos ou nocturno é uma modalidade de trabalho que se encontra em permanente evolução, sendo cada vez mais frequente no mundo desenvolvido e industrializado em que vivemos.

Factores como o desenvolvimento económico e o avanço das novas tecnologias, contribuem para o desenvolvimento desta modalidade de trabalho (Melo, 2000).

Nos dias de hoje, o horário habitual das 9h às 17h, de segunda a sexta é, para grande parte dos trabalhadores, uma utopia devido, por um lado, à necessidade da existência de serviços permanentes, 24h por dia e, por outro, à redução dos horários de trabalho proposta pelas instituições sindicais e governamentais (Queirós, 2000).

Como forma de satisfazer as necessidades do mundo actual, o trabalho 24h por dia (que implica trabalho por turnos e, concretamente, trabalho nocturno) é hoje imprescindível.

Mas, se é fundamental proporcionar à sociedade a satisfação das suas necessidades, também é importante respeitar a saúde e toda a vida social e familiar de quem trabalha, e isto porque são estes aspectos que constituem e preenchem a vida dos seres humanos (Queirós, 2000).

A natureza humana, sempre esteve orientada para o trabalho durante o dia e o descanso durante a noite. Normalmente, os fins-de-semana, feriados e férias eram dedicados às actividades de lazer e relacionamento social. Qualquer horário de trabalho que não respeite este princípio, provoca alterações dos ritmos biológicos e das rotinas sociais dos indivíduos. Tendo em conta esta linha de pensamento, torna-se evidente o facto de que o trabalho por turnos prejudica a saúde e a produtividade dos trabalhadores, pondo em risco, também, a sua segurança (Queirós, 2000).

O trabalho por turnos é visto como um modo de organização do horário de trabalho, ao qual se associam problemas de várias ordens. Estes problemas traduzem-se em perturbações de natureza médica, profissional, familiar, pessoal e social. Estas perturbações variam em intensidade, podendo ir do moderado ao grave (Silva, 2000).

Folkard e col. (1985) e Monk, (1989, cit. por Silva, 2000) também assumem como um facto, que o trabalho por turnos ou o trabalho nocturno constitui um problema com implicações médicas e sociais variadas.

Segundo Silva (2000, p.12), o trabalho por turnos é definido como:

“um tipo de organização laboral que visa assegurar a continuidade da produção (de bens e/ou serviços) graças à presença de várias equipas que trabalham em tempos diferentes num mesmo posto de trabalho. Isto é, o trabalho por turnos inclui tanto os turnos rotativos como os turnos fixos nocturnos”.

De acordo com Wilkinson (1992, cit. por Melo, 2000), os sistemas de turnos classificam-se de acordo com a velocidade e o sentido da rotação.

Relativamente à **velocidade de rotação**, identificam-se quatro tipos de sistemas:

- 1- **Rotação rápida:** implicam que as pessoas não ultrapassem mais do que um a três dias no turno da noite.
- 2- **Rotação semanal:** o período de rotação coincide com a semana de trabalho.
- 3- **Rotação lenta ou turno da noite prolongado:** requer períodos de várias semanas ou até meses passados no turno da noite, seguidos de períodos de duração equivalentes ou superiores nos turnos diurnos.
- 4- **Turno da noite permanente:** turnos fixos, sem rotação.

No que respeita ao **sentido de rotação** dos turnos, distinguem-se dois tipos de sistemas:

- 1- **Rotação para a frente**, no sentido horário, também designada por rotação de “atraso de fase” do ritmo circadiano de sono-vigília relativamente ao tempo do relógio (ex: manhã → tarde → noite).
- 2- **Rotação para trás ou de avanço de fase**, no sentido inverso ao sistema de rotação para a frente (ex: noite → tarde → manhã).

Existem, ainda, os sistemas híbridos que combinam os dois anteriores (ex: manhã → tarde → noite → tarde).

3.2. Inconvenientes do trabalho por turnos

É um facto de que o trabalho por turnos e, sobretudo, o trabalho nocturno leva a um acréscimo de problemas para o trabalhador (Adams, Folkard & Young, 1986, cit. por Martins & Martins, 1999), relação esta mediada, normalmente, por factores

individuais e situacionais (Costa, 1996; Folkard, Monk & Lobban, 1979; Gadbois, 1990b; Harma, 1996; Nurminen, 1989, cit. por Martins & Martins, 1999).

Estes problemas podem ser agrupados em três grandes domínios - médico, biológico e social -, os quais estão intrínsecamente relacionados.

Relativamente aos **problemas médicos** associados ao trabalho por turnos, assumem especial relevo os distúrbios do sono e dos hábitos alimentares que podem originar, a longo prazo, desordens ao nível gastrointestinal (colites, gastroduodenites e úlceras pépticas), neuro-psíquico (fadiga crónica, ansiedade e depressão) e cardiovascular (hipertensão e doenças coronárias) (Åkerstedt, Knutsson, Alfredsson & Teorell, 1984; Costa, 1996; Knutsson, Åkerstedt & Johnson, 1988; Koller *et al.*, 1990, cit. por Martins & Martins, 1999).

Nos **problemas biológicos**, destacam-se os distúrbios dos ritmos circadianos normais das funções psicofisiológicas, incluindo o ciclo vigília-sono (Åkerstedt, 1990; Costa, 1996; Dahlgren, 1981; Koller, Kundi, Haider, Cervinka & Friza, 1990; Monk, 1989; Monk *et al.*, 1996, cit. por Martins & Martins, 1999).

No **plano social**, surgem dificuldades ao nível do estabelecimento de relações interactivas com a família, o que influencia, de forma negativa, a qualidade das relações matrimoniais e do cuidado dos filhos, bem como a capacidade em manter os contactos sociais e a prática de actividades de lazer (Adams *et al.*, 1986; Costa, 1996, cit. por Martins & Martins, 1999).

De acordo com Gadbois (1990a, cit. por Martins & Martins, 1999), o trabalho por turnos pode afectar inúmeras actividades sociais fora do trabalho, tais como: actividades domésticas, ocupação de tempos de lazer, relações familiares e sociais, participação na vida associativa, relações de amizade e encontros intra-familiares.

Relativamente a esta problemática, Monk (1989, cit. por Martins & Martins, 1999, p. 531) afirmou:

“A impossibilidade do trabalhador por turnos participar, de forma regular, neste género de acontecimentos, pode levar a um sentimento de alienação da comunidade em que vive”.

3.2.1. Modelo conceptual do desempenho do trabalhador por turnos

Segundo este modelo, o trabalho por turnos pode causar distúrbios em três grandes domínios: ritmos biológicos, sono e vida social e familiar.

Estes distúrbios são mediados por factores individuais e situacionais, como idade, sexo, personalidade, estado civil, número de filhos, nível sócio-económico e condições de trabalho.

Por sua vez, estes vários distúrbios, interagindo com o humor e com o desempenho no trabalho, vão gerar efeitos, normalmente nefastos na saúde física e mental dos trabalhadores.

Na figura 3, na página seguinte, podemos observar, de forma esquemática, os distúrbios a que o trabalho por turnos pode levar, bem como os efeitos adversos mais comuns – no humor e no desempenho – que daí podem resultar e, até, afectar a saúde física e mental dos trabalhadores.

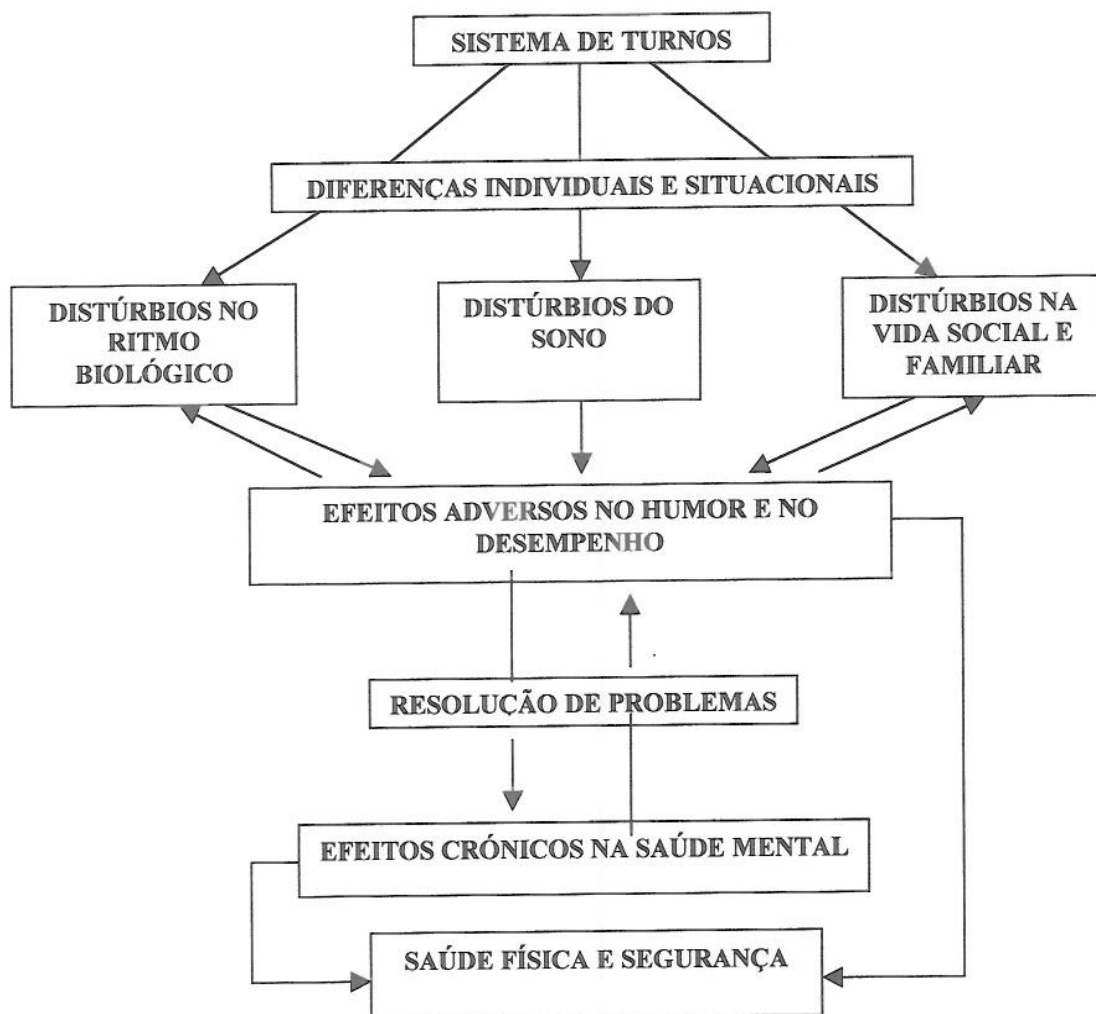


Figura 3: Modelo conceitual do desempenho do trabalhador por turnos

Fonte: Monk, Folkard & Wedderburn (1996, cit. por Martins & Martins, 1999).

3.3. Consequências do trabalho por turnos

3.3.1. Perturbações dos ritmos circadianos e do sono

Como já foi referido anteriormente, o homem está orientado para a actividade durante o dia e o sono durante a noite.

Todo o trabalho que seja realizado à noite e que obriga os trabalhadores a inverter a relação sono-vigília, resulta em perturbações dos ritmos circadianos, e isto

porque há uma dessincronização interna ao nível das funções do nosso organismo, funções essas, que, normalmente, actuam de forma cíclica (Silva, 1999).

É esta dessincronização dos ritmos biológicos que está subjacente à maior parte dos problemas de saúde associados ao trabalho por turnos. Esta perturbação dos ritmos circadianos está associada a diversas queixas por parte dos trabalhadores por turnos. Queixas como sonolência durante o horário de trabalho, insónias, problemas digestivos (associados à irregularidade do horário das refeições e conseqüente falta de apetite), perturbações do sono, irritabilidade, fadiga, diminuição da concentração e do desempenho e diminuição do bem-estar geral dos indivíduos (Minors & Waterhouse, 1981; Reinberg *et al.*, 1980; Comperatore & Krueger, 1990; Healy & Waterhouse, 1991, 1995, cit. por Silva, 1999). No caso concreto dos trabalhadores por turnos, estas queixas são mais frequentes e mais intensas, na medida em que estão sujeitos a mudanças contínuas durante longos períodos.

Tal como nos diz Azevedo e col. (1988, cit. por Silva, 2000), a maioria dos estudos centrados na problemática do trabalho por turnos constatam que este constitui o problema central das perturbações do sono. As queixas mais frequentemente atribuídas ao turno da noite prendem-se com a duração do sono significativamente inferior, dificuldades em iniciar e manter o sono e a má qualidade do mesmo.

Citando Azevedo (1980, cit. por Silva, 2000, p. 35):

“a principal dificuldade dos trabalhadores por turnos reside em não conseguirem um sono reparador durante o dia”.

Estas perturbações do sono sentidas pelos trabalhadores por turnos dizem respeito à sua duração (quantidade) e à sua qualidade.

Relativamente à **quantidade de sono**, verifica-se uma redução significativa no número de horas de sono. Os trabalhadores dormem, em média, entre 4 a 7 horas por dia, o que é considerado muito pouco. Além de dormirem menos, afirmam dormir mal.

No que respeita à **qualidade do sono**, os trabalhadores queixam-se de dificuldades em adormecer, sono fragmentado, despertar precoce, interferências de factores ambientais (ex: ruído, luz), muitos sonhos e cansaço ao despertar.

Cervinka (1993, cit. por Melo, 2000) sugere que o trabalho por turnos pode ser considerado como um factor gerador de *stress* ocupacional e isto porque, para fazer face às perturbações do sono sentidas, os trabalhadores acabam por recorrer a uma utilização excessiva de drogas, concretamente, álcool e substâncias indutoras do sono.

Em síntese, o que se conclui é que o sono dos trabalhadores por turnos, especialmente aqueles que fazem turnos nocturnos ou turnos da manhã, com início muito cedo, é perturbado, principalmente, por razões circadianas, podendo as condições ambientais desfavoráveis também contribuir, resultando num sono curto, frequentemente interrompido e alterado na sequência das suas fases.

3.3.2. Perturbações na saúde física

No que respeita às consequências ao nível da saúde dos indivíduos que trabalham no regime de turnos, assumem especial relevo as desordens gastrointestinais e cardiovasculares (Rosa *et al.*, 1990; Barton *et al.*, 1995; Costa, 1997, cit. por Martins & Martins, 1999).

Relativamente às **desordens gastrointestinais**, salientam-se as alterações do apetite, dispepsia, obstipação, dores de estômago e dores abdominais (Rosa *et al.*, 1990; Monk & Folkard, 1992; Shapiro *et al.*, 1997; Costa, 1997, cit. por Silva, 1999).

Para além da questão da dessincronização interna, concretamente, da actividade das enzimas digestivas e da alteração do horário das refeições, também a alteração do regime alimentar, nomeadamente, na composição das refeições e a frequência com que estas são tomadas, pode favorecer o desenvolvimento destas desordens.

Num estudo realizado por Azevedo (1980, cit. por Silva, 1999) com estudantes de enfermagem, cujo regime alimentar era constituído por três refeições diárias (pequeno-almoço, almoço e jantar), observaram-se algumas alterações a partir do momento em que começaram a trabalhar por turnos. Embora a maioria continuasse a fazer três refeições diárias, comparativamente ao horário de trabalho diurno (fixo), o número de estudantes que o fazia era significativamente menor (em relação ao almoço e ao jantar). Por outro lado, cerca de 70% das estudantes, quando faziam o turno da noite, faziam refeições mais ligeiras (à base de “sandesh e snacks”), típicas de um pequeno-almoço (ex: torradas, chã, doces).

Lennernas *et al.* (1994, cit. por Queirós, 2000) referem-se, também, a um aumento do consumo de bebidas como café ou álcool e à ausência de uma refeição quente nos trabalhadores nocturnos, como sendo uma consequência da modalidade de trabalho por turnos.

Como é possível verificar, as explicações dadas por diversos autores, no que concerne a este tipo de perturbação focam-se, especialmente, na questão da alteração do relógio biológico, nomeadamente, no desfasamento entre as funções do organismo e o horário das refeições e num regime alimentar mais pobre, principalmente durante os turnos que envolvem noites, com uma diminuição do número de refeições e um

aumento do consumo de alimentos ligeiros e, por vezes, bebidas com cafeína, tabaco e álcool (Costa, 1997, 1998; Shapiro *et al.*, 1997, cit. por Silva, 1999).

No que respeita às **alterações do sistema cardiovascular**, verifica-se uma certa discordância relativamente a esta questão, devido à multiplicidade de causas conhecidas e aos resultados, muitas vezes, contraditórios de diversos estudos.

Existem determinados estudos que sugerem uma associação entre este tipo de alterações e o trabalho por turnos (Barton *et al.*, 1995, cit. por Silva, 1999).

Contudo, tem vindo a ser aceite a existência de uma provável via de *stress* para além da via dos estilos de vida (consumo de álcool e tabaco, sedentarismo, obesidade) que será consequência da alteração dos ritmos circadianos e das perturbações do sono associadas a esta alteração.

Knutsson (1998, cit. por Silva, 1999), numa revisão de literatura realizada no âmbito desta problemática, concluiu que trabalhar em horários irregulares (como o trabalho por turnos) leva a uma maior incidência no desenvolvimento de problemas cardiovasculares.

Em síntese, se o trabalho por turnos está associado a alterações fisiológicas, estas alterações dos ritmos biológicos, em interacção com os factores de estilo de vida dos trabalhadores, podem levar a uma maior probabilidade de surgimento de problemas cardiovasculares.

3.3.3. Perturbações na saúde psicológica

Relativamente à questão da saúde psicológica, também se verifica uma certa dificuldade na sua avaliação, devido ao carácter subjectivo desta problemática.

No entanto, e de acordo com grande número de estudos realizados neste âmbito, as queixas ligadas ao sono e o habitual recurso a hipnóticos e sedativos são uma constante.

Num estudo realizado por Costa e col. (1981, cit. por Silva, 1999) com 573 operárias têxteis, onde foram definidos critérios para as desordens neuróticas (sintomas de ansiedade e depressão que exigiam tratamento com drogas psicotrópicas por mais de 3 meses ou hospitalização) verificou-se uma incidência 5 vezes mais elevada nas trabalhadoras dos turnos rotativos, quando comparadas com as trabalhadoras diurnas e uma incidência 15 vezes mais elevada para os trabalhadores nocturnos permanentes. Esta frequência apresentou-se mais elevada nos primeiros anos de trabalho por turnos, independentemente da idade e das condições de trabalho (ruído).

Os autores constataram, também, que 72% das operárias tinham desistido do trabalho nocturno permanente devido a este tipo de problemas.

Outros estudos têm sugerido uma associação entre o trabalho por turnos e alterações do humor.

De acordo com Monk (1994a, cit. por Silva, 1999), estas alterações do humor surgem como uma reacção do organismo ao *stress* provocado pelas mudanças de horários.

No estudo, anteriormente referido, realizado por Azevedo (1980, cit. por Silva, 1999) com estudantes de enfermagem, também foram observadas variações nos estados de humor e no grau de energia. Das 70 estudantes entrevistadas, 80% consideravam ter um humor estável, ao passo que as restantes 20% assumiram ter tendência para estarem de “mau humor”. Porém, durante o turno da noite, a percentagem das que consideravam ter um humor estável diminuiu de 80% para 62,8% e as que assumiam ter tendência

para “mau humor” aumentou para 37,1%, diferenças estas que eram estatisticamente significativas.

Mais uma vez, no estudo já mencionado, de Costa e col. (1981, cit. por Silva, 1999), foi possível observar que, comparativamente com o turno rotativo que alternava manhã e tarde ou com trabalhadores diurnos, a percentagem de operárias que habitualmente recorriam ao uso de drogas era mais elevada entre os turnos que envolviam noites, sendo mais consumidos os hipnóticos e sedativos (72%), fármacos para problemas digestivos (15%) e analgésicos (9%).

Embora hajam alguns estudos nesta área, os autores salientam a necessidade de mais estudos neste domínio, sobretudo de natureza longitudinal, no sentido de possibilitar uma maior sustentação dos resultados dos estudos até então realizados.

3.3.4. Perturbações na vida social e familiar

Além dos problemas ao nível físico e psicológico, o trabalho por turnos pode, também, afectar diversas actividades sociais fora do trabalho, tais como actividades domésticas, ocupação dos tempos de lazer, relações familiares e sociais, participação na vida associativa, relações de amizade e encontros intra-familiares (Gadbois, 1990a, cit. por Martins & Martins, 1999), e isto porque a maior parte das actividades sociais e comunitárias ocorrem durante o final da tarde, à noite e aos fins-de-semana. O facto de um indivíduo trabalhar por turnos impossibilita-o, muitas vezes, de participar neste tipo de acontecimentos e actividades. Esta impossibilidade pode levar a sentimentos de alienação da comunidade em que vive (Monk, 1989, cit. por Martins & Martins, 1999).

A vida familiar acaba, também, por ser afectada, sobretudo, quando existem filhos e/ou cônjuge, uma vez que as regras de convivência mantêm os horários habituais. Deste modo, a partilha das horas das refeições e de convívio familiar ficam prejudicadas, chegando mesmo, no caso dos trabalhadores por turnos e nocturnos, a terem que abdicar delas.

A interferência do horário de trabalho com as actividades sociais e familiares constitui um dos maiores custos que o trabalho por turnos acarreta o que, em casos extremos, pode levar ao isolamento social.

Monk *et al.* (1996, cit. por Martins & Martins, 1999) realizaram um estudo onde questionaram trabalhadores por turnos relativamente à sua satisfação com o tempo que passam com os familiares e amigos. Enquanto que mais de metade dos indivíduos com turnos matinais se mostraram satisfeitos, somente 20/30% dos trabalhadores do turno da tarde e noite se encontravam satisfeitos com este aspecto das suas vidas.

Também Koller *et al.* (1990, cit. por Martins & Martins, 1999), num estudo longitudinal, se preocuparam com esta temática. Só que desta vez, o objectivo era saber até que ponto existiriam diferenças ao nível da satisfação com a vida social e familiar em função do tipo de horário praticado pelos trabalhadores.

A conclusão a que chegaram foi que, num período de 5 anos, a satisfação dos trabalhadores por turnos diminuía consideravelmente, ao passo que nos trabalhadores que praticavam um horário fixo, não se registaram quaisquer alterações.

Ainda relativamente aos problemas familiares, estudos efectuados mostram que há um maior número de casos de divórcio em ex-trabalhadores por turnos do que em trabalhadores diurnos. A grande maioria dos divórcios foi observada após 5 anos de exposição ao trabalho por turnos.

White e Keith (1990, cit. por Martins & Martins, 1999), resolveram estudar os efeitos do trabalho por turnos nas relações maritais, chegando à conclusão de que esta modalidade de trabalho reduz a qualidade destas relações aumentando, assim, a probabilidade de ocorrência de divórcio.

Mas, tal como refere Azevedo (1980, cit. por Silva, 2000, p. 20):

“é arriscado num problema tão complexo como este estabelecer uma relação de causa e efeito apenas com base em opiniões sem ter em conta outros factores porventura mais importantes como, por exemplo, a personalidade do cônjuge, como confirmado numa investigação metodologicamente mais adequada que conclui que a felicidade conjugal é menos sensível a influências ambientais tais como aquelas causadas pelo trabalho por turnos e está mais ligada a factores de personalidade”.

Assim sendo, e de acordo com Koller *et al.* (1990, cit. por Martins & Martins, 1999), podemos concluir que os trabalhadores que praticam um horário fixo, geralmente, têm menos problemas a nível familiar e social do que os trabalhadores por turnos, sendo que, o facto dos trabalhadores estarem expostos aos turnos, contribui para um agravamento destes problemas.

Contudo, é fundamental que se desenvolvam mais estudos neste domínio, já que os dados existentes até então se mostram escassos e inconclusivos (Azevedo, 1980; Weddburn, 1981; Gadbois, 1998, cit. por Silva, 1999).

3.4. Conclusão: *Stress Ocupacional* nos Profissionais de Saúde e Trabalho por Turnos

O *stress* no trabalho é um problema que abarca todos os grupos e categorias profissionais. É, por isso, considerado como um dos maiores problemas de saúde no local de trabalho.

Ao longo deste enquadramento teórico, foram apresentados os principais modelos explicativos do conceito de *stress*, seguidos dos factores que podem ser considerados como indutores e/ou moderadores deste conceito. Foram abordadas as principais fontes ocupacionais de *stress*, através do modelo de Cooper e referenciados alguns dos estudos mais importantes realizados no domínio do *stress ocupacional* em geral e em profissionais de saúde, em particular.

Depois de uma análise detalhada de todos estes estudos, podemos constatar que o *stress ocupacional* é um problema grave, que afecta grande parte dos trabalhadores em geral.

Contudo, foi possível verificar uma maior incidência deste problema nos indivíduos do sexo feminino, bem como em trabalhadores que praticam um horário de trabalho por turnos.

Tivemos, ainda, oportunidade de identificar e justificar os inconvenientes do trabalho por turnos, bem como as suas principais consequências, quer ao nível da saúde física e mental, quer ao nível das relações familiares e sociais de que todo o indivíduo necessita para poder ter uma vida “saudável”.

Pudemos, também, constatar que grande parte dessas consequências tendem a interagir e a reforçarem-se mutuamente. Assim, de acordo com esta análise, admitimos

que esta problemática deva ser encarada de uma forma multifacetada, já que os factores que lhe estão subjacentes são diversos e têm um carácter multidimensional.

Daí que, os efeitos do trabalho por turnos possam variar consideravelmente entre os trabalhadores, podendo diversas variáveis, tais como factores individuais, factores organizacionais, condições de trabalho e, até mesmo, condicionalismos sociais, constituir factores moderadores ou indutores desse impacto.

No entanto, é possível afirmar que esta modalidade de trabalho contribui, em grande escala, para o aparecimento e/ou desenvolvimento de graves problemas de saúde nos trabalhadores, concretamente, no que respeita a alterações dos estados de humor, ritmicidade biológica e social que, quando expostos a estas alterações durante um determinado período de tempo, podem desenvolver doenças crónicas que se vão reflectir em toda a sua vida profissional, pessoal e social.

Os profissionais de saúde são um grupo especialmente afectado por este tipo de problemas, devido, em grande parte, às exigências físicas, sociais e psicológicas que o trabalho que realizam lhes impõe. É neste sentido que se verifica a pertinência destes estudos e, ao mesmo tempo, se constata o reduzido número de estudos realizados com um grupo, considerado de alto risco, como são os profissionais de saúde.

Partilhando da mesma opinião, McIntyre (1994) alerta para a necessidade de, em futuras investigações, se efectuarem estudos mais abrangentes, com amostras mais alargadas, de modo a ser possível uma avaliação da “saúde” dos profissionais de saúde de diferentes especialidades médicas e não médicas.

Assim, no capítulo que se segue, propomo-nos apresentar uma investigação sobre o *stress ocupacional* em profissionais de saúde de especialidades médicas e não médicas.

4. Estudo Empírico sobre o *stress ocupacional* nos profissionais de saúde

4.1. Introdução

Ancorado na vasta literatura existente e revista nos capítulos anteriores, acerca do tema *stress* nos profissionais de saúde, efectuou-se um estudo empírico sobre o *stress ocupacional* em profissionais de saúde.

Neste capítulo pretende-se descrever os objectivos desse mesmo estudo, apresentando as variáveis do estudo e a respectiva formulação das hipóteses. Segue-se a metodologia utilizada, concretamente, a caracterização da amostra, o instrumento utilizado e o procedimento de recolha de dados.

Seguidamente, são apresentados os resultados, onde é possível fazer uma análise das qualidades psicométricas do instrumento e as análises diferenciais efectuadas em função das variáveis independentes consideradas.

A componente empírica deste estudo termina com uma síntese conclusiva, dando especial realce aos resultados obtidos e confrontando-os com os estudos existentes neste domínio.

4.2. Objectivos do estudo

A presente investigação teve como objectivo geral a avaliação do nível de *stress* existente nos profissionais de uma determinada área profissional, concretamente, nos profissionais da área da saúde.

Como objectivos específicos, pretende-se:

- 1- Identificar as principais fontes de *stress ocupacional* vivenciadas pelos profissionais de saúde;
- 2- Analisar de que forma se manifesta o *stress ocupacional* nestes sujeitos, tendo em conta determinadas variáveis como: o sexo, a categoria profissional, o exercício de funções de chefia e o tipo de turno praticado.

4.3. Variáveis do estudo

Relativamente às variáveis do estudo, encontramos como variável dependente o nível de *stress* experienciado pelos indivíduos constituintes da amostra e como variáveis independentes o sexo, a categoria profissional, o exercício de funções de chefia e o tipo de turno praticado.

O nível de *stress* experienciado pelos indivíduos é avaliado através de um conjunto de dimensões e respectivos itens – “Factores intrínsecos ao trabalho” (9 itens); “Papel de chefia” (11 itens); “Relações interpessoais” (10 itens); “Carreira e realização” (9 itens); “Clima e estrutura da organização” (11 itens); “Interface casa – trabalho” (11 itens) – avaliados numa escala tipo *Likert*, que varia entre 1 e 6 e onde 1 corresponde a “nunca é fonte de pressão” e 6 “é sempre uma fonte de pressão”.

No que respeita à operacionalização das variáveis independentes, o sexo aparece operacionalizado em duas dimensões (masculino e feminino). A variável categoria profissional assume 3 categorias (médico, enfermeiro e administrativo). A variável exercício de funções de chefia é operacionalizada através de duas dimensões (sim e não), tal como a variável tipo de turno praticado (turnos fixos e turnos rotativos).

De salientar que as restantes variáveis incluídas no questionário sócio-demográfico (idade, habilitações literárias, estado civil, nº filhos, tipo de contrato, antiguidade na instituição, exercício de funções semelhantes noutras instituições e nº horas de trabalho por semana) não serão utilizadas nos estudos diferenciais, uma vez que, na revisão bibliográfica efectuada não foi encontrado suporte para poder, adequadamente, postular hipóteses.

Como tal, serão apenas utilizadas para a caracterização da amostra.

4.4. Hipóteses do estudo

De acordo com Almeida e Freire (1997, p. 43) a hipótese é:

“ a explicação ou solução mais plausível de um problema”.

Assim, e como forma de concretizar os objectivos propostos, foram consideradas as seguintes hipóteses:

- 1- Prevê-se que os sujeitos do sexo feminino apresentem níveis de *stress* mais elevados do que os sujeitos do sexo masculino (Melo, Gomes & Cruz, 1997; Payne & Firth-Cozens, 1987, cit. por Melo, Gomes & Cruz, 1997; Stora, 1990).
- 2- Prevê-se que os enfermeiros apresentem níveis de *stress* mais elevados do que os médicos e os administrativos (Melo, Gomes & Cruz, 1997; Payne & Firth-Cozens, 1987, cit. por Melo, Gomes & Cruz, 1997);

- 3- Prevê-se que os sujeitos que exercem funções de chefia apresentem níveis de *stress* mais elevados do que os sujeitos que não exercem funções de chefia (Leppanen & Olkinuora, 1987, cit. por McIntyre e col., 1999);

- 4- Prevê-se que os sujeitos que praticam turnos rotativos apresentem níveis de *stress* mais elevados do que os sujeitos que praticam turnos fixos (Martins & Martins, 1999).

4.5. Metodologia

Para o presente estudo foi utilizada a escala “Fontes de Pressão no Emprego” do *Occupational Stress Indicator* para recolha e quantificação da informação pretendida.

Quanto ao tipo de estudo realizado, poderemos considerá-lo como um estudo correlacional, na medida em que se tentam estabelecer associações entre as variáveis em estudo, bem como averiguar eventuais interações entre elas, na tentativa de estabelecer diferenças entre os grupos (médicos, enfermeiros, administrativos), sem, contudo, pretender estabelecer relações de causa-efeito entre as variáveis.

Daí que, de acordo com Almeida e Freire (1997, p. 92) este tipo de investigação se situe entre os métodos descritivos e os estudos experimentais, uma vez que (...) *o investigador consegue já estabelecer relações entre variáveis, quantificando inclusive tais relações (...) no entanto, não consegue estabelecer significado de causalidade ao nível das relações encontradas.*

4.5.1. Amostra

No que se refere à constituição da amostra, achamos pertinente apresentar uma amostra com as características da sua população, de modo a que se mostre o mais representativa possível.

Deste modo, optámos por incluir nesta investigação uma amostra estratificada, na medida em que a população é heterogénea. Na maioria das instituições, existe uma maior percentagem de enfermeiros, seguida de médicos, sendo que os administrativos se apresentam em menor número.

Assim, a amostra deste estudo, também ela heterogénea, é constituída por 180 profissionais de saúde, dos quais 48 são Médicos, 79 Enfermeiros e 53 Administrativos

O motivo da escolha desta amostra foi o facto destes profissionais serem considerados, em diversos estudos, um grupo de alto risco.

Relativamente aos administrativos, optámos por incluí-los na amostra, com o objectivo de averiguar possíveis diferenças nos níveis de *stress*, tendo em conta que praticam turnos fixos, ao passo que os restantes elementos praticam turnos rotativos.

Todos os elementos constituintes da amostra são provenientes de diversas instituições privadas do Norte do país.

O **Quadro 2** apresenta as características sócio-demográficas gerais da amostra envolvida no presente estudo.

Quadro 2: Características sócio-demográficas da amostra

Variáveis	N	%
<u>Sexo</u>		
Feminino	125	69,4
Masculino	55	30,6
<u>Idade</u>		
Até 30 anos	73	40,6
Mais de 30 anos	107	59,4
<u>Habilitações Literárias</u>		
Ensino Básico	5	2,8
Ensino Secundário	43	23,9
Bacharelato	67	37,2
Licenciatura	65	36,1
<u>Estado Civil</u>		
Não Casado	78	43,3
Casado	102	56,7
<u>Nº de Filhos</u>		
0 filhos	90	50,0
1 filho	36	20,0
2 filhos	38	21,1
Mais de 2 filhos	16	8,9
<u>Tipo de Contrato/Vínculo</u>		
Efectivo	139	77,2
A Prazo/Prestação de Serviços	41	22,8
<u>Antiguidade na Instituição</u>		
Até 5 anos	79	43,9
Entre 6 e 15 anos	62	34,4
Mais de 15 anos	39	21,7
<u>Categoria Profissional</u>		
Médico	48	26,7
Enfermeiro	79	43,9
Administrativo	53	29,4
<u>Exercício de Funções de Chefia</u>		
Sim	25	13,9
Não	155	86,1
<u>Horário que Pratica</u>		
Turnos Fixos	53	29,4
Turnos Rotativos	127	70,6
<u>Exercício de Funções Semelhantes noutras Instituições</u>		
Sim	113	62,8
Não	67	37,2
<u>Nº de Horas de Trabalho por Semana</u>		
Entre 36 e 50 horas	150	83,3
Mais de 50 horas	30	16,7
TOTAL	180	100

4.5.2. Instrumento

O instrumento utilizado neste estudo foi a escala “Fontes de Pressão no Emprego” do OSI – “*Occupational Stress Indicator*” de Cooper, Sloan e Williams (1988).

O OSI é um instrumento de diagnóstico do *stress* em contextos organizacionais, desenvolvido pelos autores acima referidos, e que pretende avaliar diferentes aspectos do *stress ocupacional*, através de 7 escalas. São elas:

☛ Fontes de Pressão no Emprego	(61 itens)
☛ Personalidade Tipo A	(14 itens)
☛ <i>Locus</i> de Controlo	(23 itens)
☛ Estratégias de Confronto “ <i>Coping</i> ”	(28 itens)
☛ Satisfação Profissional	(22 itens)
☛ Saúde Mental	(18 itens)
☛ Saúde Física	(12 itens)

Todas estas escalas, excepto a “Saúde Mental” e a “Saúde Física”, englobam diferentes subescalas. Este instrumento é multidimensional, o que permite examinar em separado as suas várias componentes.

No estudo de validade do *OSI* efectuado por Robertson, Cooper e Williams (1990) foi possível concluir que as escalas “Saúde Mental”, “Personalidade Tipo A” e “Satisfação no Trabalho” possuem uma boa validade convergente e discriminante. A escala “Satisfação no Trabalho” demonstrou correlações significativas com outras características mensuradas pelo *OSI*. Através da análise de regressão, os resultados demonstraram a existência de uma interacção entre “Pressão no Trabalho” e “Personalidade Tipo A” com a “Saúde Mental” e a “Satisfação no Trabalho”.

Rees e Cooper (1991) também efectuaram um estudo de validade deste instrumento, onde foram encontradas correlações entre as escalas de “Satisfação no Trabalho” e “Saúde Mental” e, ainda, uma correlação inversa entre satisfação no trabalho e ausência de doença.

Este instrumento, foi alvo de um estudo de fidelidade e validade de uma primeira versão portuguesa, efectuado por Cunha, Cooper, Moura, Reis e Fernandes (1992), junto de uma amostra de 108 sujeitos: 62 gestores do sector público, para o estudo da fidelidade e 46 gestores do sector privado, para o estudo da validade. Os resultados obtidos relativamente à fidelidade da versão portuguesa sugeriram, de um modo geral, uma elevada fidelidade para a maior parte das 7 escalas, com excepção de 3 escalas: “Personalidade Tipo A”; “Locus de Controlo” e “Estratégias de Confronto”.

Relativamente à validade desta versão portuguesa, os resultados evidenciaram uma boa validade convergente para as escalas “Satisfação Profissional”; “Saúde Física” e “Saúde Mental” (Cunha *et al.*, 1992, p. 251).

No que respeita à versão portuguesa da escala “Fontes de Pressão no Emprego” do OSI, por nós utilizada, como já foi referido anteriormente, é constituída por 61 itens, distribuídos por 6 subescalas, a saber:

- ☛ Factores intrínsecos ao trabalho (9 itens)
- ☛ Papel de chefia (11 itens)
- ☛ Relações interpessoais (10 itens)
- ☛ Carreira e realização (9 itens)
- ☛ Clima e estrutura da organização (11 itens)
- ☛ Interface casa – trabalho (11 itens)

Neste caso, houve necessidade de efectuar uma pequena adaptação da escala.

Depois de efectuado o pré-teste, com uma amostra de 6 sujeitos (2 médicos, 2 enfermeiros e 2 administrativos), considerou-se pertinente eliminar o item 36 (viagem de negócios e ter que viver em hotéis) pelo facto de não se aplicar à população em estudo e o item 37 (má afectação do tempo pelas outras pessoas) e o item 45 (apenas ser “visível” ou “livre”), pelo facto de não terem sido compreendidos e não ter sido possível encontrar uma boa alternativa. O pré-teste permitiu-nos, também, registar uma certa dificuldade na compreensão de determinados itens (8, 12, 16, 23, 24, 34, 38, 51, 54), pelo que foram efectuadas pequenas alterações ao nível da linguagem, sem contudo alterar o sentido dos mesmos, como no caso do item 12, que passou de “falta de consulta e comunicação” para “não ser ouvido nem ser informado”.

Deste modo, a escala utilizada possui, não 61 itens, mas sim 58 itens, com uma redução de 1 item em cada uma das subescalas de “Factores intrínsecos ao trabalho”, “Papel de chefia” e “Relações interpessoais”, respectivamente (Anexo 1).

Foi ainda utilizado um questionário sócio-demográfico, constituído por 11 questões fechadas e uma questão aberta (nº de filhos), que nos permitem obter informações pertinentes para a presente investigação (Anexo 1).

No que respeita à aplicação dos questionários, estes foram auto-administrados, sem limite de tempo e salvaguardando sempre a garantia de confidencialidade e anonimato dos respondentes. Perante um conjunto de 58 itens, os sujeitos teriam que manifestar o grau de pressão que cada uma das situações lhes proporcionava. Para tal, teriam que se posicionar numa escala de tipo *Likert*, em que 1 “Nunca é uma fonte de pressão” e 6 “É sempre uma fonte de pressão”.

Relativamente à cotação deste instrumento, para cada subescala é calculado um “score” parcial, que resulta da soma dos valores atribuídos a cada um dos respectivos itens e, assim, a partir da soma de todas as dimensões temos uma medida geral de *stress*.

Os “scores” mais elevados traduzem maior percepção de *stress* ou pressão no emprego, associada aos diferentes domínios avaliados.

Adicionalmente, é também possível calcular um “score” total de *stress ocupacional*, resultante da soma dos “scores” das 6 subescalas que constituem a escala “Fontes de Pressão no Emprego”.

4.5.3. Procedimento

Os questionários foram distribuídos pessoalmente pelas diversas instituições (hospitais e clínicas privadas do Norte do país), onde, primeiramente, se efectuou o pré-teste aos 6 sujeitos (2 médicos, 2 enfermeiros e 2 administrativos).

A realização do pré-teste foi bastante pertinente, na medida em que, no momento da administração dos questionários, foram detectadas algumas dificuldades por parte dos respondentes, no que respeita à objectividade e clareza de determinados itens. Desta forma, foram efectuadas as devidas adaptações, já referidas anteriormente.

Uma vez melhorado e clarificado o instrumento, foi estabelecido o contacto com os colaboradores das instituições onde se realizou o estudo, no sentido de proceder á apresentação e explicação dos objectivos do estudo, bem como à explicação das instruções de preenchimento. Foi, também, abordada a questão da confidencialidade e anonimato das informações recolhidas, informando-os de que as respostas dadas em nada os identificariam.

De salientar que devido à dificuldade em estabelecer contacto directo com os sujeitos constituintes da amostra, uma vez que se encontravam em pleno exercício das suas funções, conseguimos a colaboração de determinadas pessoas (pertencentes às respectivas

instituições), que imediatamente se disponibilizaram para procederem à respectiva administração dos questionários à amostra pretendida.

Foi sentida, também, uma certa dificuldade no que respeita ao preenchimento imediato dos questionários, devido à excessiva carga de trabalho dos sujeitos, pelo que, parte dos indivíduos constituintes da amostra tiveram oportunidade de levá-los para casa podendo, assim, preenchê-los com mais calma e atenção.

Depois de recolhidos, os dados foram introduzidos no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*- versão 9.0), onde foi possível efectuar as análises estatísticas em função das hipóteses do estudo, passando depois à respectiva interpretação dos dados obtidos para, assim, retirar as conclusões pertinentes.

4.6. Apresentação dos resultados

Antes da apresentação dos resultados de uma investigação deverá ser efectuada uma análise cuidada das qualidades psicométricas do(s) instrumento(s) utilizado(s).

No entanto, e tal como nos sugerem Almeida e Freire (1997), esta análise deve ser feita tendo em conta os resultados obtidos e não em função do instrumento em si mesmo, e isto porque, por vezes, podem existir características inerentes à amostra ou, até mesmo, à situação de administração do(s) instrumento(s) que afectam os resultados.

Neste sentido, e de acordo com Muniz (1994, cit. por Almeida & Freire, 1997), estamos perante uma das limitações da “teoria clássica dos testes”, uma vez que as propriedades de um teste são descritas em função dos “objectos” medidos.

4.6.1. Estudo das qualidades psicométricas da escala “Fontes de Pressão no Emprego”

4.6.1.1. Fidelidade

De acordo com Almeida e Freire (1997, p.145), a fidelidade dos resultados num instrumento:

“diz-nos algo sobre o grau de confiança ou de exactidão que podemos ter na informação obtida.”

Ainda segundo os autores (*op. cit.*, 1997), este conceito assume dois níveis de significação. Ele refere-se à estabilidade ou constância dos resultados, quando o instrumento tem a capacidade de avaliar o mesmo quando aplicado aos mesmos sujeitos, ainda que em dois momentos distintos, ou à consistência interna, sempre que os itens que constituem o instrumento se apresentam como um todo homogéneo.

O método utilizado para o estudo da fidelidade foi o método de consistência interna, na medida em que, em termos de procedimento, requer apenas uma única aplicação do instrumento. Como as respostas aos itens do instrumento, por nós utilizado, se distribuem por uma escala intervalar, utilizamos o coeficiente *alpha* de Cronbach.

Almeida e Freire (1997, p. 151), afirmam, ainda, que:

“a estabilidade dos resultados será tanto maior quanto mais elevado o coeficiente de consistência interna”.

Relativamente à escala por nós utilizada nesta investigação, podemos afirmar que, na globalidade, apresenta uma elevada consistência interna, na medida em que se obteve um *alpha* de Cronbach que exprime um valor de 0,95. No que respeita às subescalas, os valores de *alpha* de Cronbach exprimem valores entre 0,72 e 0,78, o que se revela satisfatório,

apoiando, assim, o uso das subescalas para fins de comparação inter-grupos, o que constitui um dos objectivos deste estudo.

Como podemos verificar no quadro 3, o valor obtido é consideravelmente superior ao referido por Cunha e colaboradores (1992, p. 249), que não ultrapassa 0,91.

Quadro 3: Análise da fidelidade da escala “Fontes de Pressão no Emprego”

Subescalas	Escala Original		Escala Actual	
	Nº Itens	Alpha de Cronbach	Nº Itens	Alpha de Cronbach
Carreira e realização	9	0,78	9	0,76
Clima e estrutura da organização	11	0,73	11	0,76
Relações interpessoais	10	0,67	9	0,77
Papel de chefia	11	0,66	10	0,78
Interface casa/trabalho	11	0,66	11	0,76
Factores intrínsecos ao trabalho	9	0,65	8	0,72
Índice Geral de Stress*	61	0,91	58	0,95

* Somatório dos itens da escala “Fontes de Pressão no Emprego”

4.6.1.2. Validade

O conceito de validade pode ser definido, por um lado, como a capacidade que um instrumento tem de avaliar ou medir aquilo que pretende medir e, por outro, como o conhecimento que possuímos daquilo que o teste/instrumento se encontra a medir (Almeida & Freire, 1997).

Existem várias metodologias disponíveis para o estudo da validade, salientando-se a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de construto, como sendo as mais utilizadas.

A validade de conteúdo diz respeito ao grau de adequação dos itens em relação à dimensão que se pretende medir e avaliar.

A validade de critério define-se como o grau de relacionamento que é possível obter entre os resultados no instrumento e a realização dos sujeitos em critérios externos associados ou dependentes da dimensão psicológica que o instrumento avalia.

A validade de construto corresponde ao grau em que conhecemos aquilo que o instrumento está a medir (Almeida & Freire, 1997).

Para o estudo da validade da escala “Fontes de Pressão no Emprego” optámos por avaliar a validade de construto do instrumento devido à existência de uma metodologia específica de análise que se denomina de Análise Factorial dos itens (Almeida & Freire, 1997).

Deste modo, foi efectuada uma análise da validade factorial da escala utilizada. Para tal, os dados foram submetidos a uma análise factorial em componentes principais, com rotação *varimax*. O objectivo desta análise é o de identificar, através de inter-relações entre os itens, factores ou dimensões que possam ter sentido, tentando, ao mesmo tempo, perceber a importância de cada um dos factores extraídos para o resultado final.

Deste procedimento foram extraídos 6 factores que explicam 48,223% da variância total dos resultados (vide quadro 4). Para a interpretação dos factores foram consideradas as saturações dos itens nos factores com um valor mínimo de 0,30.

A estrutura factorial encontrada inclui as seis dimensões que constituem a escala original “Fontes de Pressão no Emprego” do *Occupational Stress Indicator*, são elas: “Factores intrínsecos ao trabalho”; “Papel de chefia”; “Relações interpessoais”; “Carreira e realização”; “Clima e estrutura da organização” e “Interface casa-trabalho”.

O quadro 4 apresenta a matriz factorial obtida, onde é possível analisar as saturações dos itens nos diferentes factores obtidos.

Quadro 4: Matriz factorial da escala "Fontes de Pressão no Emprego".

Itens	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI	Comunalidades
9 (ICT)	,694						,637
7 (CR)	,690						,560
8 (FIT)	,597						,435
5 (CEO)	,587						,379
0 (CEO)	,578						,546
9 (CR)	,563						,555
6 (PC)	,562						,420
1 (CEO)	,550						,598
2 (CEO)	,507						,639
13 (ICT)	,496						,596
0 (CR)	,483						,484
8 (RI)	,456						,461
16 (CEO)	,380						,348
17 (RI)		,637					,605
54 (PC)		,636					,496
18 (PC)		,582					,454
52 (FIT)		,553					,609
53 (RI)		,525					,562
56 (ICT)		,521					,560
21 (PC)		,521					,450
31 (PC)		,498					,500
57 (ICT)		,477					,438
44 (FIT)		,469					,445
30 (CR)		,402					,398
5 (RI)			,686				,566
15 (PC)			,656				,574
14 (FIT)			,624				,552
1 (FIT)			,612				,432
6 (RI)			,575				,578
9 (PC)			,525				,527
7 (ICT)			,498				,482
17 (RI)			,468				,378
32 (CR)			,434				,531
8 (FIT)			,394				,327
33 (FIT)			,374				,402
26 (RI)				,614			,615
28 (CEO)				,610			,436
27 (RI)				,568			,538
24 (PC)				,534			,468
25 (CR)				,533			,498
20 (FIT)				,532			,484
23 (CEO)				,465			,336
13 (ICT)				,464			,465
29 (ICT)				,456			,489
22 (CEO)				,425			,481
42 (PC)				,415			,504
55 (CR)					,683		,573
50 (RI)					,656		,548
51 (CR)					,626		,538
58 (CEO)					,486		,360
2 (PC)					,458		,299
3 (CR)					,359		,380
4 (ICT)					,315		,202
46 (ICT)						,645	,508
34 (RI)						,538	,458
19 (ICT)						,514	,405
45 (CEO)						,442	,337
41 (ICT)						,438	,524
Valor próprio	15,319	3,742	2,988	2,229	1,884	1,808	
% Variância explicada	26,411	6,452	5,152	3,843	3,248	3,117	$\Sigma = 48,223$

Legenda:

ICT – Interface casa-trabalho
 CR - Carreira e realização
 FIT - Factores intrínsecos ao trabalho
 CEO - Clima e estrutura da organização
 RI - Relações interpessoais
 PC - Papel de chefia

Assim, o primeiro factor, é constituído por uma mistura de 13 itens provenientes das 6 dimensões existentes (“Factores intrínsecos ao trabalho”; “Papel de chefia”; “Relações interpessoais”; “Carreira e realização”; “Clima e estrutura da organização” e “Interface casa-trabalho”), predominando os itens da dimensão “Clima e estrutura da organização”. Assim, analisando os itens que compõem esta dimensão, parece-nos possível designá-lo como **Clima e Estrutura**. Este primeiro factor apresenta um valor próprio de 15,319 e explica 26,411% da variância dos resultados.

O segundo factor, apresenta um valor próprio de 3,742 e explica 6,452% da variância dos resultados e é constituído por 11 itens. Os itens que compõem este factor encontram-se misturados e são provenientes de 5 dimensões distintas (“Factores intrínsecos ao trabalho”; “Papel de chefia”; “Relações interpessoais”; “Carreira e realização” e “Interface casa-trabalho”), predominando os itens da dimensão “Papel de chefia”, o que nos leva a designá-lo por **Chefia**.

O terceiro factor possui 11 itens, mais uma vez, provenientes de 5 dimensões diferentes (“Factores intrínsecos ao trabalho”; “Papel de chefia”; “Relações interpessoais”; “Carreira e realização” e “Interface casa-trabalho”), predominando os itens da dimensão “Factores intrínsecos ao trabalho”, o que nos leva a designá-lo como **Factores intrínsecos ao trabalho**. Apresenta um valor próprio de 2,988 e explica 5,152% da variância dos resultados.

O quarto factor, é por nós designado **Relacional**, apresentando um valor próprio de 2,229 e explica 3,843% da variância dos resultados. Este factor encontra-se saturado por 11 itens que, por sua vez, pertencem às 6 dimensões existentes (“Factores intrínsecos ao trabalho”; “Papel de chefia”; “Relações interpessoais”; “Carreira e realização”; “Clima e estrutura da organização” e “Interface casa-trabalho”). No entanto, de entre os 11 itens que compõem este factor, assumem especial relevo os itens pertencentes às dimensões “Clima e estrutura da organização”; “Relações interpessoais” e “Interface casa-trabalho”. Contudo,

embora os referidos itens pertençam a diferentes dimensões, ao analisarmos o conteúdo de cada um deles, constatámos que se encontram, de algum modo, relacionados ao nível das relações interpessoais, o que nos leva a admitir que os sujeitos possam ter entendido e considerado os referidos itens como estando associados, por isso a nossa opção de denominar este factor como **Relacional**.

O quinto factor apresenta um valor próprio de 1,884 e explica 3,248% da variância dos resultados. Este factor encontra-se saturado por 7 itens pertencentes a 5 dimensões diferentes (“Papel de chefia”; “Relações interpessoais”; “Carreira e realização”; “Clima e estrutura da organização” e “Interface casa-trabalho”), predominando os itens da dimensão “Carreira e realização”, o que nos leva a designá-lo por **Carreira**.

Finalmente, o sexto factor encontra-se saturado por 5 itens provenientes de 3 dimensões distintas (“Interface casa-trabalho”; “Clima e estrutura da organização” e “Relações interpessoais”). Contudo, verifica-se uma predominância dos itens correspondentes à dimensão “Interface casa-trabalho”, pelo que parece pertinente designá-lo como **Interação Casa-Trabalho**. Este factor apresenta um valor próprio de 1,808 e explica 3,117% da variância total dos resultados.

Dado que a estrutura factorial obtida se mostra pouco clara, optamos por usar as subescalas originais para os estudos diferenciais, pois os seus *alphas* apresentaram-se satisfatórios.

Deste modo, enfatiza-se a necessidade de prosseguir, no futuro, o estudo da validade factorial desta escala.

4.6.1.3. Sensibilidade

A sensibilidade ou poder discriminativo de um dado instrumento ou prova, é definida, segundo Almeida e Freire (1997, p. 144), como:

“o grau em que os resultados obtidos aparecem distribuídos diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de realização”.

Deste modo, um instrumento será sensível ou terá um bom poder discriminativo, sempre que as respostas ao mesmo se apresentem distribuídas segundo a curva normal de Gauss.

Para a determinação da sensibilidade foram tidos em linha de conta os procedimentos de análise postulados pelos autores (*op. cit.*, 1997), que se referem a uma apreciação da proximidade entre os resultados da média e da mediana, assim como a uma análise dos coeficientes de assimetria e de curtose, esperando que não se afastem da unidade.

Quadro 5: Estatísticas descritivas da escala “Fontes de Pressão no Emprego”

Subescalas	Média	Mediana	D. P.	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Factores intrínsecos ao trabalho							
Papel de chefia	30,18	30,00	5,53	14	46	-,122	,095
Relações interpessoais	40,46	41,50	6,71	21	53	-,458	-,307
Carreira e realização	38,20	39,00	6,81	12	55	-,387	,500
Clima e estrutura da organização	37,13	38,00	6,60	19	52	-,554	,161
Interface casa-trabalho	44,83	46,00	6,85	21	60	-,518	,295
Índice Geral de Stress*	42,34	43,00	8,25	20	59	-,344	-,345
	229,32	232,50	35,05	110	297	-,500	-,018

* Somatório dos itens da escala “Fontes de Pressão no Emprego”

Uma vez constatando, através do quadro 5, que as médias e medianas apresentam valores próximos e os coeficientes de assimetria e de curtose não se afastam da unidade, vamos ao encontro do que os autores (*op. cit.*, 1997) consideram como sendo uma escala sensível, com uma distribuição das respostas segundo a curva normal.

4.7. Análise e discussão dos resultados diferenciais referentes às

“Fontes de Pressão no Emprego”

Para efectuarmos a análise diferencial dos resultados obtidos através da administração do questionário, foram utilizados dois procedimentos estatísticos de diferenças de médias, no sentido de verificar as hipóteses da nossa investigação.

Uma vez que a estrutura factorial obtida se mostra pouco clara, no estudo das diferenças serão utilizadas as subescalas originais.

Os dados que serão apresentados de seguida referem-se à análise dos diferentes testes de diferenças de médias utilizados para as variáveis em estudo.

Assim, para as variáveis independentes constituídas por duas categorias, recorreremos ao *T-Test*. Relativamente à variável categoria profissional, operacionalizada em três categorias, foi efectuada uma análise de variância através do procedimento *One Way*, no sentido de comprovar (ou não) a existência de diferenças significativas nos níveis de *stress* em função das características da amostra em estudo, utilizando o teste *Scheffé* para as comparações entre mais de dois grupos.

O estudo das diferenças de média nos níveis de *stress* em função do sexo revelou resultados significativos, o que nos leva a confirmar a hipótese 1.

Como podemos observar pela análise do quadro 6, os sujeitos do sexo feminino apresentam níveis de *stress* mais elevados, comparativamente aos sujeitos do sexo masculino, quer na escala em geral, quer nas subescalas “Papel de chefia”, “Relações interpessoais” e “Clima e estrutura da organização”.

Estes resultados confirmam os dados obtidos em estudos anteriores efectuados por Melo, Gomes e Cruz (1997) e Payne e Firth-Cozens, (1987, cit. por Melo, Gomes e Cruz, 1997), onde as mulheres apresentam níveis de *stress*, em geral, significativamente superiores e, mais concretamente, nas fontes de pressão relacionadas com “Clima e estrutura da organização”, “Papel de chefia” e “Relações interpessoais”.

Quadro 6: Diferenças de média nos níveis de *stress* em função do Sexo

Sexo	Sexo Masculino (N=55)		Sexo Feminino (N=125)		gl	t-test	p
	M	DP	M	DP			
Índice Geral de Stress	219,87	37,33	233,48	33,31	178	-2,432	,016*
Factores intrínsecos ao trabalho	29,49	5,80	30,48	5,40	178	-1,107	,270
Papel de chefia	38,71	6,51	41,22	6,68	178	-2,345	,020*
Relações interpessoais	36,29	7,35	39,04	6,41	178	-2,531	,012*
Carreira e realização	36,04	7,05	37,62	6,35	178	-1,485	,139
Clima e estrutura da organização	42,16	7,65	46,01	6,14	178	-3,580	,000*
Interface casa/trabalho	41,04	7,85	42,91	8,38	178	-1,409	,161

* $p \leq 0,05$

Também, os estudos de Stora (1990) vão ao encontro dos resultados obtidos na nossa investigação, no que concerne às diferenças nos níveis de *stress* em função do sexo.

O autor (*op. cit.*, 1990) explica os elevados níveis de *stress* manifestados pelas mulheres, salientando a questão dos problemas que as mulheres têm com a sua “dupla carreira”, na empresa e nos seus lares.

Para Stora (1990), as mulheres apresentam um perfil de alto risco de *stress*, devido às fortes tensões a que estão submetidas no local de trabalho, induzidas pelo excesso de tarefas. Para além disso, na esfera social e doméstica, não beneficiam do suporte/apoio dos seus companheiros, deparando-se com os tradicionais conflitos esposa/desempenho de carreira e carreira/vida familiar.

No que concerne à hipótese 2, que prevê a existência de diferenças significativas nos níveis de *stress* em função da categoria profissional dos sujeitos, podemos constatar, através da análise do quadro 7, que existem diferenças significativas entre os grupos considerados, apresentando os enfermeiros níveis superiores de *stress*, seguidos dos administrativos e dos médicos.

No entanto, após uma análise *Post-Hoc*, mediante o teste *Scheffé*, detectou-se que as diferenças se verificam entre os 3 grupos considerados.

Estes dados confirmam os resultados de estudos anteriores efectuados com estes grupos profissionais específicos, como é o caso dos estudos realizados por Payne e Firth-Cozens (1987, cit. por Melo, Gomes & Cruz, 1997) e por Melo, Gomes e Cruz (1997).

Resultados similares foram encontrados pelos autores Melo, Gomes e Cruz (1997), quando verificaram a existência de diferenças nos níveis de *stress* relativamente a médicos e enfermeiros, sendo que, os últimos, apresentaram níveis mais elevados.

Quadro 7: Análise de variância dos níveis de *stress* em função da Categoria Profissional.

Categoria Profissional	Médico (G1)		Enfermeiro (G2)		Administrativo (G3)		gl	F	p	Scheffé
	N=48		N=79		N=53					
	M	DP	M	DP	M	DP				
Índice Geral de <i>Stress</i>	215,35	36,76	238,05	32,36	228,96	33,77	2	6,661	,002*	G2 > G1, G3
Factores intrínsecos ao trabalho	28,83	5,94	30,97	4,91	30,21	5,87	2	2,274	,106	—
Papel de chefia	38,42	6,55	42,11	6,43	39,83	6,77	2	5,081	,007*	G2 > G1
Relações Interpessoais	35,46	6,81	39,11	6,37	39,32	6,89	2	5,588	,004*	G2, G3 > G1
Carreira e Realização	34,94	7,06	38,78	5,95	36,66	6,54	2	5,540	,005*	G2 > G1
Clima e estrutura da organização	41,33	7,27	46,46	6,37	45,58	6,09	2	9,644	,000*	G2, G3 > G1
Interface Casa-trabalho	40,00	8,35	44,43	7,46	41,34	8,66	2	5,079	,007*	G2 > G1

$p \leq 0,05$

Também na nossa investigação foram encontradas essas diferenças, sendo que os enfermeiros se apresentam como a categoria profissional com níveis de *stress* mais elevados, seguidos dos administrativos e só depois dos médicos.

As principais fontes de *stress* e pressão para os enfermeiros parecem relacionar-se com as subescalas “Papel de chefia”, “Carreira e realização”, “Clima e estrutura da organização”, “Relações interpessoais”, “Interface casa/trabalho” e com o *stress* ocupacional em geral.

Numa análise mais profunda, podemos ainda verificar que os administrativos e enfermeiros tendem a experienciar níveis significativamente mais elevados do que os médicos, no que diz respeito às fontes de pressão relacionadas com as “Relações interpessoais” e com o “Clima e estrutura da organização”.

Podemos, assim, referir que o grau de *stress* gerado pelas fontes de pressão no emprego difere de profissão para profissão.

Por exemplo, “ter que sacrificar a vida familiar para avançar na carreira” e “implicações de erros que se possam cometer”, parecem constituir as maiores e mais importantes fontes de pressão para os médicos.

Relativamente aos enfermeiros, as suas principais fontes de pressão relacionam-se com a “falta de promoção na carreira”, a “escassez de pessoal”, “tarefas e exigências contraditórias no papel profissional” e a “orientação e apoio inadequados por parte dos superiores”.

Paralelamente, a “falta de comunicação e de consulta na tomada de decisões”, bem como “lidar com intrigas de gabinete”, parecem ser geradoras de elevados níveis de pressão, principalmente, para os administrativos.

Quanto à hipótese 3, que pretende verificar a existência de diferenças significativas nos níveis de *stress* dos sujeitos em função do exercício ou não de funções de chefia, também não foram encontradas quaisquer diferenças significativas, quer ao nível da escala geral, quer ao nível das subescalas que a constituem. Deste modo, apenas se apresentam os resultados referentes à escala geral.

Efectuando uma análise do quadro 8, podemos constatar isso mesmo.

Quadro 8: Diferenças de média nos níveis de *stress* em função do Exercício de Funções de Chefia.

Exercício de Funções de Chefia	Sim		Não		gl	t-test	p
	(N=25)		(N=155)				
	M	DP	M	DP			
Índice Geral de <i>Stress</i>	223,36	32,04	230,28	35,51	178	-0,916	,361

Os resultados obtidos nesta investigação contrariam os dados divulgados relativamente a estudos efectuados no estrangeiro (Leppanen & Olkinuora, 1987, cit. por McIntyre e col.,1999) que admitem a existência de uma experiência de *stress* mais acentuada em enfermeiros que exercem funções de chefia.

Finalmente, em relação à hipótese 4, que prevê a existência de diferenças significativas nos níveis de *stress* em função do tipo de turno praticado pelos sujeitos, contrariamente ao que seria de esperar, não foram encontradas diferenças significativas, quer ao nível da escala geral, quer ao nível de cada uma das subescalas. Ao efectuar uma análise do quadro 9, concluímos que os níveis de *stress* dos sujeitos que praticam turnos fixos não são significativamente diferentes dos níveis dos sujeitos que praticam turnos rotativos.

Mais uma vez, optamos por apresentar, somente, os resultados relativos à escala geral.

Quadro 9: Diferenças de média nos níveis de *stress* em função do Tipo de Turno que Pratica.

Tipo de Turno que Pratica	Turnos Fixos		Turnos Rotativos		gl	t-test	p
	(N=53)		(N=127)				
	M	DP	M	DP			
Índice Geral de Stress	228,96	33,77	229,47	35,70	178	-0,089	,929

Estudos realizados no contexto do sistema de horário de trabalho, revelam a importância da adopção de estratégias de *coping* por parte dos sujeitos, nomeadamente como forma de prevenir o *stress* (Olsson, Kandolin & Kauppinen-Toropainen, 1990, cit. por Martins & Martins, 1999).

De acordo com os resultados obtidos nos estudos realizados pelos autores (*op. cit.*, 1990), podemos tentar explicar os resultados a que chegamos, admitindo a hipótese de que os

sujeitos que trabalham num regime de turnos rotativos tendem a utilizar com mais frequência estratégias para lidar com as situações e, por isso, não apresentem níveis de *stress* superiores aos sujeitos que se encontram num regime de turnos fixos.

No estudo realizado por Martins e Martins (1999) sobre a satisfação e estratégias de *coping* numa amostra de enfermeiros, tendo em conta o regime de horário de trabalho (turnos fixos e rotativos) e a vida social e doméstica dos sujeitos, os resultados revelaram a existência de diferenças significativas entre estes dois grupos, somente no que diz respeito à adopção de algumas estratégias de *coping*.

Deste modo, também os profissionais de saúde que trabalham em regime de turnos rotativos poderão utilizar diferentes estratégias no sentido de moderar o *stress* provocado pelo tipo de trabalho que realizam.

Outro aspecto que também poderá ter contribuído ou, de certa forma, poderá explicar os resultados obtidos, poderá ser o facto do regime de horário de trabalho praticado pelos sujeitos ter sido escolhido livremente pelos mesmos e não imposto pelas instituições, o que poderá fazer com que estejam mais satisfeitos e, assim, realizem o seu trabalho da melhor forma possível, contornando mais fácil e eficazmente as situações mais complicadas que dele advêm.

5. Conclusão Geral

O *stress*, é sem dúvida, a doença social do nosso século.

Tema da moda, a problemática do *stress* está a estragar a vida a muitos empregados e a sair muito caro a muitos patrões.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), as falhas causadas pelo *stress* têm um custo superior a 10 por cento do produto nacional bruto.

O *stress* é uma problemática que revela o mal-estar das sociedades industriais evoluídas, em que o homem, com estruturas familiares e sociais fragilizadas, reduzido aos seus próprios recursos psicológicos e físicos, já não consegue fazer face às solicitações do meio ambiente, bem como às suas modificações (Stora, 1990).

Conciliar as exigências do emprego com as da vida familiar, é hoje, um enorme desafio colocado a muitos trabalhadores.

Paterson e Neufeld (1989, cit. por Labrador, 1992, p. 197) afirmam que “a humanidade é de certo modo vítima da sua própria ingenuidade. A sua capacidade para manipular o ambiente levou-a a desenvolver uma sociedade para a qual o seu corpo não está adaptado”.

De facto, o *stress ocupacional* tem sido alvo de um enorme conjunto de investigações devido, principalmente, aos custos e consequências que acarreta, não só a nível individual, como também ao nível das organizações, afectando os profissionais de todas as áreas: educacional, saúde, policial, desportiva, entre outras.

Os profissionais de saúde constituem-se como um grupo especialmente afectado por esta problemática, daí o interesse na realização de uma investigação neste domínio.

Ao longo de todos estes anos, muitos têm sido os autores a realizarem investigações, escreverem livros e artigos neste domínio, de modo a darem o seu contributo para o estudo do *stress*, procurando a sua origem e explicação, bem como implementando propostas de intervenção, no sentido de prevenir e/ou reduzir as suas consequências nefastas.

Embora sejam muitas as perspectivas teóricas relacionadas com este tema, assumem especial relevo as perspectivas Fisiológica e Psicológica que, embora com posições divergentes, parecem produzir um efeito de complementaridade no estudo desta temática.

Tendo em conta que a perspectiva psicológica, desenvolvida por Lazarus e Folkman (1984), preconiza uma constante interação entre o indivíduo e o meio ambiente, facilmente admitimos a sua utilidade, no sentido de orientar os indivíduos nos seus comportamentos avaliativos e, conseqüentemente, na escolha das estratégias mais adequadas para lidar com as diferentes situações com que se deparam todos os dias. Na realidade da vida e, de acordo com esta perspectiva, a avaliação dos acontecimentos é extremamente importante, na medida em que é ela que determina, ou não, uma dada situação como *stressante* ou não *stressante*.

Findo este trabalho de investigação, é possível chegar a uma síntese conclusiva relativamente ao estudo empírico por nós realizado, onde tentamos averiguar as principais fontes de pressão no emprego sentidas pelos médicos, enfermeiros e administrativos que constituem a nossa amostra, e estabelecer relações entre os níveis de *stress* experienciado, em função de determinadas variáveis demográficas.

Em primeiro lugar, podemos constatar que os profissionais de saúde da nossa amostra apresentam níveis moderados de *stress ocupacional*, sendo que, as principais fontes de pressão manifestadas, parecem estar relacionadas com o “Clima e estrutura da organização”, o “Papel de chefia” e aspectos ligados à “Carreira e realização profissional”. Tais resultados parecem ir de encontro aos resultados obtidos em estudos anteriores efectuados por Cooper e Payne (1988, cit. por Melo, Gomes e Cruz, 1997) e Melo, Gomes e Cruz (1997).

Relativamente às análises efectuadas no sentido de comprovar as hipóteses formuladas no presente estudo, apenas se verificaram diferenças significativas nos níveis de *stress* em função das variáveis sexo e categoria profissional.

Verificámos que os sujeitos do sexo feminino, comparativamente aos sujeitos do sexo masculino, apresentam níveis de *stress* mais elevados nas dimensões “Papel de chefia”, “Relações interpessoais” e “Clima e estrutura da organização”, bem como na escala em geral. Resultados similares foram obtidos por Melo, Gomes e Cruz (1997), Payne e Firth-Cozens (1987, cit. por Melo, Gomes & Cruz, 1997) e Stora (1990).

Relativamente à variável categoria profissional, os resultados evidenciaram níveis de *stress* mais elevados nos enfermeiros em todas as dimensões, com excepção da subescala 1 (“Factores intrínsecos ao trabalho”), seguidos dos administrativos e, com níveis de *stress* significativamente mais baixos, os médicos. Resultados idênticos foram obtidos por Payne e Firth-Cozens (1987, cit. por Melo, Gomes & Cruz, 1997) e Melo, Gomes e Cruz (1997).

Comparativamente aos médicos, os administrativos apresentaram níveis superiores de *stress* nas dimensões “Relações interpessoais” e “Clima e estrutura da organização”.

No que diz respeito às variáveis exercício ou não de funções de chefia e tipo de turno praticado (fixo ou rotativo), não foram encontradas diferenças significativas, quer ao nível da escala geral, quer ao nível das subescalas que a constituem.

Concretamente, em relação à variável tipo de turno praticado, na qual esperávamos identificar diferenças nos níveis de *stress*, podemos constatar que, embora não sejam estatisticamente significativas, os níveis de *stress* dos sujeitos que praticam turnos rotativos mostram-se superiores em mais de 50% dos itens que constituem a escala. Os resultados do estudo realizado por Martins e Martins (1999) revelaram a existência de diferenças significativas entre estes dois grupos, somente no que diz respeito à adopção de algumas estratégias de *coping*. Talvez os profissionais de saúde da nossa amostra que trabalham em regime de turnos rotativos, também utilizem diferentes estratégias no sentido de moderar o *stress* provocado pelo tipo de trabalho que realizam.

Falando, agora, das qualidades psicométricas do instrumento utilizado, podemos afirmar que a escala “Fontes de Pressão no Emprego” do *OSI*, adaptada à nossa amostra, apresenta bons níveis de consistência interna. No que se refere à estrutura factorial, foi possível extrair 6 factores que, apesar de comportarem itens pertencentes a diferentes dimensões do instrumento original, são passíveis de interpretação nesta amostra. De salientar, ainda, que, os resultados obtidos nos estudos diferenciais permitiram a comprovação de algumas hipóteses, o que constitui um apoio à validade de construto da escala. No entanto, parece-nos pertinente investir no estudo da validade factorial da escala “Fontes de Pressão no Emprego” por nós adaptada e utilizada.

Relativamente ao estudo da sensibilidade, podemos considerar a escala sensível, uma vez que discrimina os sujeitos entre si.

No que concerne às implicações práticas desta investigação e, tendo em conta os resultados obtidos, sugerem-se algumas áreas de intervenção, no sentido de prevenir e controlar as fontes geradoras de *stress ocupacional*, quer para os profissionais de saúde, em geral, quer para as instituições onde exercem funções.

Assim, sugerimos um alargamento dos quadros, com a abertura de mais vagas na área de saúde para fazer face à falta de recursos humanos e à sobrecarga de doentes; a atribuição de meios financeiros suficientes para modernizar e melhorar as condições físicas e técnicas nas instituições de saúde e, principalmente, a necessidade de intervir ao nível da formação profissional e do apoio psicológico aos profissionais de saúde, devido às sequelas biopsicológicas do *stress ocupacional* que este grupo específico (concretamente os enfermeiros) está a sofrer, especialmente em termos de depressão e mal-estar físico. A formação específica na gestão do *stress* ajudaria, também, a minimizar os efeitos nefastos do *stress ocupacional*, através da promoção de recursos/estratégias de *coping* adequados.

Desta forma, será possível melhorar a qualidade de vida destes profissionais, bem como aumentar a qualidade e quantidade de trabalho (Warp, 1987, cit. por McIntyre e col., 1999).

Cooper (1986, cit. por Melo, Gomes & Cruz, 1997) e Ivancevich *et al.* (1990, cit. por Melo, Gomes & Cruz, 1997) evidenciam as potencialidades, a eficácia e os efeitos benéficos, ao nível da saúde física e psicológica, dos programas de controle do *stress ocupacional* em grandes organizações. Para tal, é importante a inclusão dos serviços de Psicólogos nas organizações, em geral, e nos hospitais e centros de saúde, em particular. Se conseguirmos unir organizações, psicólogos e médicos, no sentido de efectuarem um trabalho conjunto nesta área, poderemos dar grandes contributos não só às ciências sociais, de gestão e médicas, como também ao bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos no seu trabalho.

Se actuarmos de imediato, através de intervenções psicossociais adequadas, não só estaremos a agir e, até, a prevenir os efeitos nefastos do *stress*, mas estaremos também a promover a satisfação profissional, a qualidade de vida laboral destes profissionais e, conseqüentemente, a desenvolver a qualidade dos cuidados/serviços prestados nesta área tão importante para uma sociedade cada vez mais afectada pelo *stress ocupacional*.

6. Bibliografia

- Abreu, M., Jesus, S., Pereira, A. & Santos, E. (1992). Estudo dos factores de mal-estar na profissão docente. *Psychologica*, 8, 51-60.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT.
- Barbosa, L. & Cruz, J. (1997). Estudo do *stress*, da ansiedade e das estratégias de confronto psicológico no andebol de alta competição. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 523-548.
- Barros, A., Barros, J. & Neto, F. (1993). *Psicologia do controlo pessoal – aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Instituto de Educação da Universidade do Minho.
- Bizarro, L. (1988). Uma perspectiva desenvolvimentalista no estudo do *stress*. *Psiquiatria Clínica*, 9, 277-280.
- Cooper, C. & Marshall, J. (1982a). Fontes ocupacionais de *stress*: uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com saúde mental. *Análise Psicológica*, II (2/3), 153-170.
- Cooper, C., Sloan, J. & Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator*. Management Guide. Windsor: NFER-NELSON.
- Costa, R., Fonseca, M. & Magalhães, D. (1999). Factores indutores de *stress* na actividade policial: estudo exploratório com uma amostra de guardas da PSP de Lisboa. In A. Soares, S. Araújo & S. Caires (Orgs), *Avaliação psicológica: formas e contextos*, (vol. VI, pp. 262-266). Braga: APPORT.
- Cunha, R., Cooper, C., Moura, M., Reis, M. & Fernandes, A. (1992). Portuguese Version of the OSI: A study of reliability and validity. *Stress Medicine*, 8, 247-251.

- Ferreira, T. R. & Ribeiro, J. L. (2000). A saúde de quem trabalha em saúde: Enfermeiros e stress no trabalho em toxicod dependência, In J. Ribeiro, I. Leal e M. Dias (Orgs.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1, 150-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 3, 466-475.
- Folkman, S. & Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- Fontaine, O., Kulbertus, H. & Étienne, A. M. (1998). *Stress e cardiologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gomes, A. (1998). *Stress e "Burnout" nos profissionais de Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Labrador, F. J. (1992). *O Stress: Novas técnicas para o seu controlo*. Lisboa: Edições Temas da Actualidade, S.A..
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Luis, I. S. (1998). *Stress : não mata mas mói*. *Revista Pessoal*, 81, 4-19.
- Machado, R. & Lima, M. (1998). Ameaça de Desemprego. *Stress e estratégias de coping em diferentes culturas organizacionais: um estudo no sector bancário*. *Psicologia*, XII, 63-84.

- Martins, P. & Martins, A. C. (1999). O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: Satisfação e estratégias de *coping* – um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 529-546.
- McIntyre, T. M. (1994). *Stress* e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 193-200.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E. & Silvério, J. (1999). Respostas de *stress* e recursos de *coping* nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 513-527.
- Melo, I. M. (2000). *Estudo de um instrumento de medida da perturbações do sono como indicador de risco de intolerância ao trabalho por turnos*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Humana pela Universidade do Minho.
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). *Stress* ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Oliveira, M. (1985). *Locus* de controlo: antecedentes e sua relação com a realização escolar. *Jornal de Psicologia*, 4 (4), 14-18.
- Pereira, O. G. (1988). *Stress*: Factores sociais e psicossociais. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 213-218.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (1998). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, C. M. & Castanheira, L. J. (1987). *Stress* diário, emoções e saúde: Uma pesquisa longitudinal de Psicologia da saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXI, 555-581.
- Queirós, A. (2000). *Avaliação do efeito do trabalho por turnos na variação circadiana da frequência cardíaca e tensão arterial*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Humana pela Universidade do Minho.
- Rebelo, A. (1988). *Stress* em cuidados intensivos. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 343-345.

- Rees, D. & Cooper, C. (1991). A criterion oriented validation study of the OSI outcome measures on a sample of health service employees. *Stress Medicine*, 7, 125-127.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Robertson, I., Cooper, C. & Williams, J. (1990). The validity of the occupational stress indicator. *Work and Stress*, 4(1), 29-39.
- Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). *Stress*. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 675-690.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Silva, C. F. (2000). *Distúrbios do sono do trabalho por turnos: Factores psicológicos e cronobiológicos*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Silva, I. M. (1999). *Trabalho por turnos: efeitos nos estados de humor, ritmicidade biológica e social*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade do Minho.
- Stora, J. B. (1990). *O Stress*. Porto: Rés-Editora.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre *coping*: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-316.

ANEXOS

ANEXO 1

Versão adaptada da

Escala “Fontes de Pressão no Emprego” (N. Lima Santos & Z. Coelho, 2001)

do *Occupational Stress Indicator* (Cooper, Sloan & Williams, 1988).

QUESTIONÁRIO

O objectivo deste questionário é recolher informação sobre as fontes de pressão no emprego/trabalho, para levar a cabo uma pequena investigação, no âmbito da elaboração de uma monografia para conclusão da licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho na Universidade Fernando Pessoa.

As suas respostas são anónimas e confidenciais.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Por favor, vire a folha e comece a responder.

Quase tudo pode ser fonte de pressão (para alguém) num dado momento, e os indivíduos apercebem-se das fontes potenciais de pressão de formas diferentes. A pessoa que está “ sob uma tremenda pressão no trabalho no momento “ geralmente quer dizer que tem muito trabalho. Mas isto é só parte do cenário.

Os itens em baixo são potenciais fontes de pressão. É-lhe pedido que os classifique em termos da sua percepção ou opinião sobre o grau de pressão que cada um lhe pode colocar.

Por favor responda a todas as questões colocando uma cruz (X) no algarismo correspondente à sua resposta na escala apresentada.

<u>É sempre uma</u> fonte de pressão	<u>É uma</u> fonte de pressão	<u>Geralmente é</u> <u>uma</u> fonte de pressão	<u>Geralmente</u> <u>não é uma</u> fonte de pressão	<u>Não é uma</u> fonte de pressão	<u>Nunca é uma</u> fonte de pressão
6	5	4	3	2	1

1. Ter muito trabalho	6	5	4	3	2	1
2. Falta de poder e influência	6	5	4	3	2	1
3. Sobrepromoção - ser promovido acima do meu nível de capacidades	6	5	4	3	2	1
4. Não ter trabalho suficiente	6	5	4	3	2	1
5. Dirigir ou supervisionar o trabalho de outras pessoas	6	5	4	3	2	1
6. Lidar com políticas internas	6	5	4	3	2	1
7. Levar o meu trabalho para casa	6	5	4	3	2	1
8. Nível de retribuições (incluindo prémios e benefícios extra)	6	5	4	3	2	1
9. Ideias pessoais em conflito com as da organização	6	5	4	3	2	1
10. Subpromoção - trabalhar a um nível inferior ao das minhas capacidades	6	5	4	3	2	1
11. Orientação inadequada ou recuos por parte de superiores	6	5	4	3	2	1
12. Não ser ouvido nem ser informado	6	5	4	3	2	1
13. Não conseguir “ desligar ” em casa	6	5	4	3	2	1
14. Manter-se ao nível das novas técnicas, ideias, tecnologia ou inovações ou novos desafios	6	5	4	3	2	1
15. Ambiguidade na natureza das funções do trabalho	6	5	4	3	2	1
16. Falta de planeamento e de qualidade da formação na instituição	6	5	4	3	2	1
17. Frequentar reuniões	6	5	4	3	2	1
18. Falta de apoio social pelas outras pessoas no trabalho	6	5	4	3	2	1
19. A atitude do meu cônjuge/parceiro em relação ao meu trabalho e à minha carreira	6	5	4	3	2	1

<u>É sempre uma</u> fonte de pressão	<u>É uma</u> fonte de pressão	<u>Geralmente é</u> <u>uma</u> fonte de pressão	<u>Geralmente</u> <u>não é uma</u> fonte de pressão	<u>Não é uma</u> fonte de pressão	<u>Nunca é uma</u> fonte de pressão
6	5	4	3	2	1

20. Ter de trabalhar durante muitas horas	6	5	4	3	2	1
21. Exigências e tarefas conflitantes na função que desempenho	6	5	4	3	2	1
22. Discriminação e favoritismo disfarçados	6	5	4	3	2	1
23. Tarefas administrativas ou “ trabalhos por escrito “ habituais	6	5	4	3	2	1
24. Impossibilidade ou incapacidade de delegar	6	5	4	3	2	1
25. Ameaça pendente de despedimento ou reforma antecipada	6	5	4	3	2	1
26. Sentir-se isolado	6	5	4	3	2	1
27. Falta de encorajamento por parte de superiores	6	5	4	3	2	1
28. Falta ou muita rotação de pessoal	6	5	4	3	2	1
29. Exigências que o meu trabalho impõe no meu relacionamento com cônjuge/filhos	6	5	4	3	2	1
30. Ser subvalorizado	6	5	4	3	2	1
31. Ter que assumir riscos	6	5	4	3	2	1
32. Mudar de emprego para progredir na carreira	6	5	4	3	2	1
33. Muita ou muito pouca variedade no trabalho	6	5	4	3	2	1
34. Trabalhar com pessoas de outro sexo	6	5	4	3	2	1
35. Informação inadequada em relação aos resultados do meu trabalho	6	5	4	3	2	1
36. Apenas ser visto como “ chefe “ ou “ superior hierárquico “	6	5	4	3	2	1
37. Perspectivas de promoção pouco claras	6	5	4	3	2	1
38. Efeitos cumulativos de tarefas menores	6	5	4	3	2	1
39. Falta de apoio emocional fora do trabalho	6	5	4	3	2	1
40. Finanças ou recursos insuficientes para poder trabalhar	6	5	4	3	2	1
41. Exigências que o meu trabalho impõe à minha vida privada/social	6	5	4	3	2	1
42. Alterações na forma como devo realizar o meu trabalho	6	5	4	3	2	1
43. Falta de apoio prático pelos outros fora do trabalho	6	5	4	3	2	1
44. Factores fora do meu controlo directo	6	5	4	3	2	1
45. Partilha de trabalho e responsabilidade	6	5	4	3	2	1
46. Vida particular com o cônjuge/parceiro que também segue uma carreira	6	5	4	3	2	1
47. Lidar com situações ambíguas ou “ delicadas “	6	5	4	3	2	1
48. Ter que adoptar uma atitude negativa (tal como repreender ou, até, despedir alguém)	6	5	4	3	2	1

<u>É sempre uma</u> Fonte de pressão	<u>É uma</u> fonte de pressão	<u>Geralmente é</u> <u>uma</u> fonte de pressão	<u>Geralmente</u> <u>não é uma</u> fonte de pressão	<u>Não é uma</u> fonte de pressão	<u>Nunca é uma</u> fonte de pressão
6	5	4	3	2	1

49. Ausência de qualquer avanço potencial na carreira	6	5	4	3	2	1
50. Clima moral e da organização	6	5	4	3	2	1
51. Alcançar os níveis de desempenho/resultados de trabalho	6	5	4	3	2	1
52. Tomar decisões importantes	6	5	4	3	2	1
53. Choques de “ personalidade “ com outros	6	5	4	3	2	1
54. Consequências de erros que se cometam	6	5	4	3	2	1
55. Oportunidades de desenvolvimento pessoal	6	5	4	3	2	1
56. Ausência de estabilidade ou confiança em casa	6	5	4	3	2	1
57. Seguir uma carreira em detrimento da vida familiar	6	5	4	3	2	1
58. Características da estrutura da organização	6	5	4	3	2	1

Escolha apenas uma opção, assinalando uma **cruz (X)** no quadrado correspondente.

59. Qual é o seu sexo?

Masculino

Feminino

60. A que faixa etária pertence?

Até 30 anos

Mais de 30 anos

61. Qual o seu estado civil?

Não Casado (a)

Casado (a)

62. N.º de filhos _____

63. Quais são as suas habilitações literárias?

Ensino Básico (até ao 9º ano ou equivalente)

Ensino Secundário (até ao 12º ano ou equivalente)

Bacharelato

Licenciatura

64. O seu tipo de vínculo/contrato?

- Efectivo
- A prazo / Prestação de Serviços (recibo “ verde ”)

65. Qual é a sua antiguidade na Instituição?

- Até 5 anos
- Entre 6 e 15 anos
- Mais de 15 anos

66. A que categoria profissional pertence?

- Médico (a)
- Enfermeiro (a)
- Administrativo (a)

67. Exerce funções de chefia?

- Sim
- Não

68. Qual é o horário que pratica?

- Turnos fixos
- Turnos rotativos

69. Exerce funções semelhantes em “*part-time*”, noutras instituições?

- Sim
- Não

70. Qual o número médio de horas que trabalha por semana?

- De 36 a 50 horas
- Mais de 50 horas

Obrigada pela sua colaboração.