

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

**ESTUDO DAS FONTES DE STRESSE EM ENFERMEIROS QUE
TRABALHAM NOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO CLÍNICO
DE UM HOSPITAL CENTRAL**

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Margarida Monteiro Alves

Porto - 2008

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

**ESTUDO DAS FONTES DE STRESSE EM ENFERMEIROS QUE
TRABALHAM NOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO CLÍNICO
DE UM HOSPITAL CENTRAL**

MESTRADO EM PSICOLOGIA

Margarida Monteiro Alves

Porto - 2008

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

**ESTUDO DAS FONTES DE STRESSE EM ENFERMEIROS QUE
TRABALHAM NOS SERVIÇOS DE INTERNAMENTO CLÍNICO
DE UM HOSPITAL CENTRAL**

Margarida Monteiro Alves

Dissertação apresentada à Universidade Fernando
Pessoa para obtenção do grau de Mestre em
Psicologia, sob orientação da Professora Doutora
Inês Gomes e do Mestre Nelson Lima Santos.

Porto - 2008

RESUMO

O presente trabalho pretende contribuir para uma maior compreensão do stresse laboral, fenómeno que é internacionalmente reconhecido, não só pelos efeitos prejudiciais que acarreta para a saúde dos trabalhadores mas também pelas consequências que poderão advir para as organizações, em geral, e, particularmente, para as instituições de saúde.

Concretamente, pretende-se avaliar as principais fontes de stresse de enfermeiros que trabalham nos serviços de internamento de um hospital central, de modo a, de um ponto de vista prático, se poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida destes profissionais de saúde, bem como para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, foram avaliados 333 enfermeiros que trabalham nos serviços de internamento de um hospital central do Porto (257 do sexo feminino e 76 do sexo masculino), através do questionário Fontes de Stresse Profissional em Enfermeiros (FSPE), de McIntyre, McIntyre e Silvério (1999).

Quanto aos principais resultados observou-se que os enfermeiros apresentam, em termos médios, valores de *stresse moderado*. A intensidade de stresse mais elevada (*stresse médio*) corresponde às fontes relacionadas com as sub-escalas *Estrutura Organizacional* e *Carreira e Realização*, enquanto que as cinco fontes com nível mais alto são o Salário insuficiente, a Sobrecarga de trabalho, o Excessivo número de doentes por profissional, o Lidar com o sofrimento e a morte e Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste.

Em suma, conclui-se que é importante continuar os estudos nesta área, sobretudo em Portugal, com amostras de âmbito nacional que possibilitem fazer-se generalizações e inferências, pois só assim será possível haver suporte científico à introdução de processos com vista à prevenção e redução do impacto que os factores de stresse provocam nos profissionais de saúde em geral, e nos enfermeiros, em particular.

ABSTRACT

The present work is intended to contribute to a better understanding of work stress, phenomenon that is internationally recognized, not only by the harmful effects that it brings to the health of the workers, but also, for the consequences that may happen in organizations in general, and in particular, for the Health Institutions.

What is intended is to evaluate the main stress sources in nurses that work in nursing clinical services of a general hospital in a way that, in a practical point of view, we will be able to contribute to the improvement of the life quality of these health professionals as well as to the quality of nursing care.

Thus, there were evaluated 333 nurses who work in the internment service of a general hospital of Porto (257 female and 76 male), with resource to Questionnaire “Fontes de Stresse Profissional em Enfermeiros” (FSPE) - (Sources of Professional Stress in Nurses), of McIntyre and McIntyre e Silvério (1999).

Concerning the main results, we were able to verify that the nurses present, in average terms, *low stress* values. The intensity of higher stress (*average stress*) corresponds to the sources related with the sub scales of the *Organizational Structures* and *Career and Realization*, while the five sources with the highest level are the Insufficient Salary, Work Overburden, the Excessive number of Patients for Worker, the Dealing with Suffering and Death and too many Demands from the patient and/or relatives.

In conclusion, it is important to continue the studies in this area, above all in Portugal, namely with national scope samples that may allow to generalize and infer, since only by this means, it will be possible to have a scientific support to the introduction of processes aiming at the prevention and reduction of the impact that stress factors have on health professionals and in nurses in particular.

RESUME

Le présent travail a pour but de contribuer à mieux faire comprendre le stress au travail, phénomène internationalement reconnu, non seulement en raison des effets préjudiciables qu'il peut causer sur la santé des travailleurs, mais aussi à cause des conséquences qu'il peut avoir pour les entreprises de façon générale, et en particulier les établissements de santé.

Concrètement, nous cherchons à évaluer les principales sources de stress des infirmiers qui travaillent dans les services d'internement d'un hôpital central de manière à pouvoir, de façon pratique, contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de ces professionnels de santé, tout comme de celle des soins infirmiers. Ainsi ont été évalués 333 infirmiers qui travaillent dans les services d'internement de l'hôpital central de Porto (257 de sexe féminin et 76 de sexe masculin) à partir du questionnaire *Fontes de Stresse Profissional em Enfermeiros* (FSPE) de McIntyre S. et Silvério (1999).

Quant aux résultats observés, les infirmiers présentent en moyenne des valeurs de *bas stress*. L'intensité de stress la plus élevée (*stress moyen*) correspond aux sources liées d'abord aux domaines : *Structure Organisationnelle, Carrière et Réalisation*, tandis que les cinq sources avec le plus haut niveau sont le Salaire insuffisant, la Surcharge de travail, le Nombre excessif de malades par professionnel, Côtayer la souffrance et la mort, ainsi que Trop nombreuses exigences du patient et/ ou de la famille de ce-dernier.

En conclusion il est important de poursuivre les études en ce domaine, notamment à partir d'échantillons d'ordre national qui permettent de généraliser et de faire des suppositions. De fait, ce n'est que comme cela qu'il sera possible d'avoir un support crédible à l'introduction de processus visant la prévention et la réduction de l'impact que les facteurs de stress provoquent chez les professionnels de la santé, et en particulier les infirmiers.

AGRADECIMENTOS

A concretização desta investigação não teria sido possível sem a ajuda de todos aqueles que comigo participaram nesta caminhada. A todos os que, de uma forma directa ou indirecta, colaboraram comigo o meu “bem-haja”. Quero no, entanto, deixar aqui um agradecimento, muito particular, àquelas pessoas cujo contributo foi decisivo para a realização deste trabalho.

- Aos meus orientadores: a Professora Doutora Inês Gomes e o Mestre Nelson Lima Santos, pela sua grande disponibilidade, incentivos e preciosas sugestões, a minha gratidão.
- À Professora Doutora Teresa McIntyre e ao Professor Doutor Jorge Silvério, o meu agradecimento, pela disponibilidade, estímulo, colaboração e, sobretudo, pela permissão para usar o instrumento de avaliação utilizado nesta investigação.
- Aos enfermeiros que prontamente se disponibilizaram a fazer parte da amostra o meu grande obrigado, pois, sem a sua colaboração este trabalho não seria possível.
- Por fim, à minha família, a quem dedico esta tese, pelo seu carinho e compreensão, um grande obrigado.

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO -----	1
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO -----	5
2.1 – O Stresse -----	5
2.1.1 – <i>Evolução do Conceito de Stresse</i> -----	5
2.1.2 – <i>Modelos Conceptuais de Stresse</i> -----	7
2.1.2.1 – <i>O stresse como resposta - a perspectiva de Hans Selye</i> -----	7
2.1.2.2 – <i>O stresse como estímulo – Factores indutores de stresse</i> -----	9
2.1.2.3 – <i>O stresse como processo transaccional</i> -----	10
2.1.3 – <i>Factores Moderadores de Stresse</i> -----	13
2.1.3.1 – <i>Suporte social</i> -----	13
2.1.3.2 – <i>Factores individuais</i> -----	14
2.1.3.2.1 – <i>Estilos de coping</i> -----	15
2.1.3.2.2 – <i>Percepção de controlo e robustez</i> -----	16
2.2 – O Stresse Ocupacional -----	17
2.2.1 – <i>Modelos de Stresse Ocupacional</i> -----	20
2.2.1.1 – <i>Modelo Demand/Controle Job Stain de Karasek</i> -----	20
2.2.1.2 – <i>Modelo Effort/Reward Imbalance de Siegrist</i> -----	22
2.2.2 – <i>Fontes de Stresse Ocupacional</i> -----	23
2.2.2.1 – <i>Fontes intra-organizacionais</i> -----	24
2.2.2.1.1 – <i>Factores intrínsecos ao trabalho</i> -----	24
2.2.2.1.2 – <i>O papel do indivíduo na organização</i> -----	26
2.2.2.1.3 – <i>Desenvolvimento na carreira</i> -----	27
2.2.2.1.4 – <i>Modelos de gestão e clima organizacional</i> -----	29

2.2.3 – <i>Stresse Ocupacional e Saúde dos Trabalhadores</i> -----	29
2.2.3.1 - <i>Stresse ocupacional, saúde e género</i> -----	31
2.2.3.2 - <i>O Fenómeno Burnout</i> -----	32
2.3 - A Enfermagem: Profissão de Risco Físico E Psicológico -----	35
2.3.1 - <i>A enfermagem no Contexto Hospitalar</i> -----	35
2.3.2 – <i>Os enfermeiros e o Cuidar</i> -----	37
2.3.3 - <i>O Stresse no Trabalho dos Enfermeiros</i> -----	43
2.4 – Qualidade de Vida no Trabalho e Prevenção do Stresse -----	
2.4.1 - <i>Algumas Noções Sobre Prevenção do Stresse</i> -----	44
2.5 – Síntese -----	45
3 - ESTUDO EMPÍRICO DAS FONTES DE STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS -----	48
3.1 - Objectivos do Estudo -----	49
3.2 – Hipóteses -----	52
3.3 – Variáveis -----	54
3.3.1 – <i>Variáveis Independentes</i> -----	54
3.3.2 - <i>Variáveis Dependentes</i> -----	55
3.4 – Método -----	56
3.4.1- <i>Participantes</i> -----	56
3.4.1.1 – <i>Caracterização da amostra</i> -----	58
3.4.1.1.1 - <i>Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis individuais</i> -----	58
3.4.1.1.2 - <i>Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis laborais</i> -----	59

3.4.2 – <i>Instrumentos</i> -----	61
3.4.2.1 – <i>Questionário Sócio-Demográfico</i> -----	61
3.4.2.2 - <i>Questionário Fontes de Stresse Profissional em Enfermeiros</i> -----	63
3.4.2.2.1 – <i>Estudo das qualidades psicométricas do questionário fontes de stresse profissional nos enfermeiros</i> -----	64
3.4.3 – <i>Procedimento</i> -----	70
3.5 – <i>Resultados</i> -----	70
3.5.1 – <i>Intensidade de Stresse nos Enfermeiros</i> -----	72
3.5.2 – <i>Estudos Diferenciais</i> -----	74
3.6 - <i>Discussão dos Resultados</i> -----	94
3.6.1 – <i>Análise dos Resultados da Intensidade de Stresse nos Enfermeiros</i> ----	95
3.6.2 – <i>Análise dos Estudos Diferenciais</i> -----	97
3.7 - <i>Propostas de Intervenção para Redução do Stresse</i> -----	111
4 – <i>CONCLUSÃO</i> -----	121
5 – <i>BIBLIOGRAFIA</i> -----	124

ANEXOS:

- A) Questionários usados no estudo empírico;
- B) Autorização do Hospital para realizar o estudo empírico.

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> – Fases do Sistema Geral de Adaptação (SGA) de Selye (1973) -----	9
<i>Figura 2</i> – Fontes de Stresse Laboral -----	23
<i>Figura 3</i> - Etapas realizadas para a condução do presente estudo -----	49

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - <i>Reacções desencadeadas pelo stresse baixo, ideal e alto</i> -----	12
Quadro 2 - <i>Fontes de stresse dos trabalhadores hospitalares</i> -----	41
Quadro 3 - <i>Caracterização individual da amostra</i> -----	59
Quadro 4 - <i>Caracterização laboral dos enfermeiros</i> -----	60
Quadro 5 - <i>Estrutura factorial dos itens do questionário FSPE</i> -----	66
Quadro 6 - <i>Consistência interna do questionário FSPE</i> -----	68
Quadro 7 - <i>Estatísticas descritivas e valores de Alpha de Cronbach's para as sub escalas</i> -----	68
Quadro 8 - <i>Medidas de tendência central, coeficiente de assimetria e curtose do questionário FSPE</i> -----	69
Quadro 9 - <i>Intensidade de Stresse segundo as fontes de stresse profissional nos enfermeiros</i> -----	72
Quadro 10 - <i>Fontes de stresse nos enfermeiros que trabalham nos serviços de internamento</i> -----	73
Quadro 11 - <i>Média de stresse das sub-escala</i> -----	74
Quadro 12 - <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Sexo</i> --	76
Quadro 13 - <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função da Idade</i>	77
Quadro 14 - <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Estado Civil</i> -----	79
Quadro 15 - <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Número de Descendentes</i> -----	80

Quadro 16 – <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função das</i> <i>Habilitações</i> -----	82
Quadro 17 – <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do</i> <i>Número Médio de Horas Anuais de Formação</i> -----	83
Quadro 18 – <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função da</i> <i>Antiguidade na Profissão</i> -----	85
Quadro 19 – <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função da</i> <i>Antiguidade no Actual serviço</i> -----	87
Quadro 20 – <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do</i> <i>número de Instituições onde o Enfermeiro Exerce a sua Actividade</i> <i>Profissional</i> -----	89
Quadro 21 – <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Tipo</i> <i>de Horário</i> -----	90
Quadro 22 – <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função da</i> <i>Média de Horas de Trabalho Semanal</i> -----	91
Quadro 23 – <i>Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do</i> <i>Serviço onde exercem funções</i> -----	93
Quadro 24 – <i>Planeamento estratégico de intervenções de combate ao stresse nos</i> <i>enfermeiros que trabalham nos serviços de internamento clínico de</i> <i>um hospital central</i> -----	117

1 - INTRODUÇÃO

A constante evolução do mundo moderno, para além de todo o conforto e facilidades que proporciona, acarreta também, grandes desafios ao ser humano, consistindo a maior das dificuldades, conseguir manter-se em harmonia consigo mesmo, e com o ambiente que o rodeia.

O meio ambiente é, reconhecidamente, um dos agentes determinantes da saúde dos indivíduos e dos grupos, sendo o trabalho e o local de trabalho, dois dos factores que mais contribuem para isso. Um ambiente de trabalho favorável pode estimular e promover o crescimento pessoal e aumentar a produtividade; pelo contrário, "climas" desfavoráveis e conflituantes, podem contribuir para o aparecimento e/ou desenvolvimento da insatisfação e do stresse, nos trabalhadores.

O stresse é um termo usado na linguagem comum, para fazer referência a "algo" que não se sabendo bem o que é, provoca nas pessoas mal-estar e doenças. Esta afirmação, considerada à partida como verdadeira, também é simultaneamente, algo redutora e insuficiente para definir o stresse; limita o conceito apenas à vertente considerada patológica e deixa de fora uma outra na qual o stresse é visto, como já alguém o designou, uma força poderosa, "o sal da vida" (Levi, 2000).

É esta força vital a responsável pelo desenvolvimento dos seres vivos e por isso "o stresse é tão velho como o Homem; foi ele que permitiu à espécie humana passar da natureza para a cultura e está presente sempre que existem obstáculos à satisfação das necessidades" (Levi, 1984, citado por Graça & Reis, 1993, p. 4).

O stresse é hoje considerado como um dos problemas que mais afecta o ser humano, interferindo na homeostase do seu organismo devido à grande quantidade de tensões que enfrenta diariamente. Todos os organismos vivos tendem, sempre, para um estado de equilíbrio que é a regulação dinâmica de um determinado ponto designado como *Homeostase*. Em situação de *Homeostasia* o indivíduo desenvolve uma relação equilibrada com os estímulos do meio que o rodeia, o que lhe permite realizar normalmente as actividades da vida diária.

Mas nem sempre é assim, muitas vezes o potencial desestabilizador dos estímulos ultrapassa a capacidade do organismo de manter o equilíbrio e surgem então situações stressantes. Qualquer estímulo que cause uma quebra da homeostase interna, que exija alguma adaptação, pode ser designado como um stressore. A vulnerabilidade dos indivíduos ao stresse depende do tipo de estímulo e da sua habilidade para lidar com esses eventos (Lipp, 2003).

Nas últimas décadas, o stresse tem sido alvo de múltiplas investigações, em particular, no contexto do Trabalho. Desde sempre o homem tem procurado estratégias e meios que o ajudem a vencer os desafios da sobrevivência e é neste agir sobre a natureza, transformando-a para melhor satisfazer as suas necessidades, que surge o trabalho como “processo permanente de invenção e reinvenção da vida” (Neumann, 2007, p. 21). Inerente à existência da humanidade, o trabalho tem tomado formas que se conjugam com a própria evolução do Homem e apresenta-se como fulcral na vida das pessoas; de tal forma, que “o ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho O trabalho mostra-se como momento fundante de realização do ser, condição para sua existência; é o ponto de partida e motor decisivo do processo de humanização do homem” (Neumann, 2007, p. 24).

No âmbito da actividade humana, hoje mais do que nunca, o trabalho é das áreas onde as transformações têm sido mais vertiginosas e mais exigentes, o que conseqüentemente, origina uma revolução na forma de pensar, sentir e agir das pessoas. Este estado de revolução constante, para a qual nem todos estão preparados, representa sobrecarga física e emocional para o trabalhador e pode traduzir-se em fonte de tensão e conflito que pode ter repercussões no seu estado de saúde. Nem sempre a relação da pessoa com o trabalho é considerada como edificante. O trabalho tanto pode ser uma actividade extremamente enriquecedora para o indivíduo como constituir uma fonte de problemas que, gradualmente, o vai desgastando e o conduz a situações de rotura ou mesmo doença (Vaz Serra, 2002).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT,1986) considera que o stresse no trabalho se deve à acção de um conjunto de fenómenos que atingem o organismo do trabalhador e, como tal, podem afectar a sua saúde. Refere, também, que os principais

factores geradores de stresse presentes no ambiente de trabalho envolvem os aspectos da organização, administração, assim como os sistemas de trabalho e a qualidade das relações humanas. O stresse profissional constante tem como consequência o esgotamento de energia física e mental, com diminuição de resistência à doença, levando à insatisfação e ao absentismo, com perda inerente de rentabilidade; culminando, muitas vezes, no desinteresse total pelo próprio e pelos outros (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Pines & Aronson, 1989).

Apontada como uma das profissões de maior risco físico e psicossocial, encontra-se a enfermagem, dada a influência constante de factores geradores de stresse, devido em parte à especificidade das suas tarefas e às pessoas que são objecto dos seus cuidados; a isto, ainda se pode juntar, os limites à autonomia dos profissionais de enfermagem, a indefinição das suas tarefas e o contacto constante com a doença, o sofrimento e a morte.

O conhecimento nos enfermeiros de factores geradores de insatisfação, stresse e, em última análise, de exaustão, reveste-se de grande importância pelos efeitos negativos que produzem. O despiste precoce dos níveis de insatisfação e de stresse, tendências ou mesmo, de casos de *burnout*, é fundamental para as organizações prestadoras de cuidados de saúde; só assim, será possível delinear estratégias de intervenção que possam facilitar o desenvolvimento e crescimento pessoal, a manutenção da saúde e a prevenção da doença dos profissionais de enfermagem, das pessoas que estes cuidam e da “saúde” da própria organização, Lachman (1989) aponta a autonomia e a independência, como factores que podem prevenir o aparecimento do *burnout*.

Em virtude de se pretender conhecer algo mais sobre esta problemática e esclarecer algumas dúvidas que ao longo dos anos de exercício profissional se vêm acumulando, surge esta investigação que pretende fornecer contributos para uma maior compreensão da intensidade de stresse dos enfermeiros e das principais fontes de stresse.

Assim, a realização deste trabalho tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, em geral, e particularmente, para os que se praticam no hospital onde o estudo se vai realizar, o que passa evidentemente,

pela minimização de factores que possam interferir com a perda da saúde dos enfermeiros.

Esta finalidade pretende ser atingida através da elaboração de propostas de intervenção, que possam minimizar os efeitos negativos que as fontes de stresse provocam nos enfermeiros e, assim, elevar o seu nível de satisfação e a sua qualidade de vida. Deste modo, os objectivos delineados para este trabalho foram:

1. Conhecer as fontes de stresse no trabalho de enfermeiros a trabalhar nos serviços de internamento de um Hospital Central do Porto;
2. Identificar as principais fontes de stresse no trabalho dos enfermeiros e analisar o efeito de variáveis socio-demográficas e laborais na intensidade de stresse;
3. Elaborar um plano de intervenção tendo como ponto de partida as conclusões obtidas neste estudo.

Para isso foi realizado um estudo empírico, de carácter exploratório junto de 333 enfermeiros a exercer funções nos serviços de internamento de um Hospital Central do Porto, tendo sido administrado o Questionário Fontes de Stresse Profissional em Enfermeiros (FSPE), de McIntyre, McIntyre e Silvério (1999).

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira parte é dedicada ao enquadramento teórico sobre o tema em análise – O Stresse. Aqui apresenta-se a definição do construto, os principais modelos de stresse, bem como, os factores que favorecem o stresse. É ainda apresentado os principais modelos de stresse laboral e fontes de stresse, terminando-se com considerações gerais sobre a prevenção do stresse.

A segunda parte é dedicada ao estudo empírico realizado, onde se descreve o método utilizado, os resultados obtidos e respectiva discussão. Apresenta-se, ainda, uma proposta de intervenção fundada nos resultados observados. O trabalho termina com uma conclusão geral onde se apresenta as principais limitações deste estudo.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – O Stresse

Decorrente da descoordenação entre a velocidade das mudanças na vida das pessoas e a sua capacidade de se adaptar às mesmas, surgem reacções como a insatisfação generalizada com o modo de vida, a angústia, as ambiguidades, a ansiedade, a frustração e a alienação no trabalho, entre outras. Estes factores na sua essência, evidenciam a deterioração da qualidade de vida nos dias actuais (Haddad & Fernandez, 2000). Mencionado como sendo um dos factores que mais tem contribuído para a degradação da qualidade de vida surge o stresse. O stresse é uma presença constante nas nossas vidas, nos seus aspectos positivos e negativos, decorrendo na maioria das vezes de tensões emocionais no contexto familiar, profissional e social; a toda a mudança que exige adaptação do organismo encontra-se inerente certo nível de stresse (Lipp, 2001).

O stresse tem consequências para além da sua influência na saúde pessoal, que podem repercutir-se ao ambiente familiar e profissional. É também, considerado um fenómeno universal e transversal e que afecta todas as classes sociais (Levi, 2000; Mota Cardoso & Coelho, 1980; Mota Cardoso, Araújo & *et al.*, 2002; Vaz Serra, 2002). De salientar, todavia, que o stresse não tem só uma conotação negativa, encerrando igualmente um amplo potencial para resultados positivos, “uma força poderosa que acrescenta excitação e desafio às nossas vidas” (Selye, 1979, citado por Lucas, 1984, p. 67).

2.1.1 – *Evolução do Conceito de Stresse*

O termo stresse aparece pela primeira vez no Séc. XIX ligado à física e à engenharia e era utilizado para designar a carga que um determinado material, sujeito a determinadas forças, pode suportar antes de se romper. No início do Sec. XX o termo stresse começou a ser alargado ao campo da saúde, com um significado próximo ao

actual, ou seja, uma condição ambiental externa que perturba o normal funcionamento do organismo.

Claude Bernard (Sec. XIX), considerado o precursor da biologia moderna, salientou a importância das respostas defensivas do organismo perante uma ameaça e introduziu as primeiras noções sobre o conceito de *Homeostasia* declarando que o *meio interno* de um organismo vivo necessita de permanecer constante apesar das modificações ocorridas no meio externo. Mas foi Cannon (1932) que ao estudar os processos coordenadores fisiológicos que mantêm a constância dos estados no organismo, propôs o conceito *Homeostase* (do grego *homolos* – semelhante e *statis* – posição), para designar este estado (Guyton & Hall, 2002). Os seus trabalhos, em particular sobre a reacção de luta e fuga, constituíram a primeira elucidação sobre o sistema biológico de resposta de stresse e concluiu que a sua organização se processava através da mediação do sistema simpático-medular (Vaz Serra, 2002).

Estas pesquisas estão na base do conceito de stresse desenvolvido por autores como Selye, que considera ser o stresse “uma resposta não específica do organismo a todas as solicitações que lhe são feitas, percebidas como agradáveis ou desagradáveis” (Selye, 1956, citado por Graça & Reis, 1993, p. 7).

O conceito de stresse evoluiu ao longo do Séc. XX e tem vindo a ser caracterizado, fundamentalmente, com recurso a três eixos referenciais: como **resposta** do organismo (fisiológica e psicológica), como **estímulo** externo ou condição ambiental potencialmente indutora, e como **processo transaccional** entre as exigências do meio e os recursos pessoais (Guido, 2003).

Dos campos a estudar relacionados com o stresse, que têm sido alvo preferencial dos investigadores, sobressai o domínio laboral. Muitos são os autores que têm vindo a centrar a sua atenção e pesquisa numa série de causas ou factores responsáveis pelas situações de stresse nos trabalhadores, no entanto, ainda subsistem dúvidas acerca dos seus níveis de prevalência e incidência, da natureza e das suas causas e efeitos (Melo, Gomes & Cruz, 1997; Vaz Serra, 2002).

2.1.2 – Modelos Conceptuais de Stresse

Apresenta-se, a seguir, as principais abordagens ao stresse: como resposta do organismo a estímulos adversos de carácter biológico, químico e ambientais (Selye, 1973), enquanto sobrecarga inerente aos acontecimentos de vida indissociáveis dos contextos sociais do indivíduo (Albuquerque, 1987; Holmes & Rahe, 1967) e como interacção desajustada entre as exigências do ambiente e a capacidade de resposta do indivíduo (Lazarus, 1999; Mota-Cardoso *et al.*, 2002).

2.1.2.1– O Stresse como Resposta - a Perspectiva de Hans Selye

Hans Selye (1973) dá ênfase à interpretação das repercussões fisiológicas do stresse baseando-se nas respostas neuroendócrinas do organismo. Este investigador refere-se ao stresse como uma resposta do organismo à acção de estímulos adversos e nocivos, os quais denomina de *stressores*. Nas suas experiências laboratoriais realizadas nos anos trinta do século passado, verificou que a administração de determinados agentes em ratos provocava um padrão de alterações fisiológicas não específicas, o qual designou por *Síndrome Geral de Adaptação* (SGA). Os termos “stresse” e “SGA” não se referem à mesma coisa: um organismo encontra-se em stresse porque experimenta o SGA (*ibid.*).

Nesta perspectiva o stresse é descrito como sendo a resposta não específica que o organismo produz quando confrontado com estímulos oriundos do meio envolvente e que o perturbam, provocando alterações no seu equilíbrio. As respostas físicas ou quimicamente mensuráveis são resultantes da activação fisiológica de três eixos: o neuronal, o endócrino e o neuro-endócrino (Crespo & Labrador, 2003). O SGA descreve as três fases da resposta de stresse: a reacção de alarme, o estado de resistência e o estado de exaustão.

Numa situação de ameaça o indivíduo mobiliza energias para reagir aquilo que considera ser uma situação perigosa. As manifestações individuais coordenam-se e tornam-se parcialmente dependentes umas das outras. A *reacção de alarme* é a resposta imediata do organismo a um estímulo agressivo e faz-se acompanhar de sintomas fisiológicos. Esta fase é marcada por manifestações agudas. Caracteriza-se pela quebra

da homeostase e um estado de prontidão para o ataque ou defesa frente a um stressore e a intensidade da reacção depende da percepção que o indivíduo tem da gravidade da situação. Esta reacção resulta da acção exacerbada do Sistema Nervoso Simpático (SNS) e pela desaceleração do Sistema Nervoso Parassimpático (SNP), nos momentos de tensão, indo-se traduzir em sinais como a hiperventilação, taquicardia, aumento da pressão arterial e ansiedade. É um processo completamente normal para o organismo e vital para os seres vivos que, constantemente, se encontram expostos à acção dos mais diversos estímulos. O organismo lidará com eles por um intervalo de tempo maior ou menor dependendo do indivíduo em questão e também, da natureza do stressore.

Esta primeira reacção será mantida até que o indivíduo tenha a percepção de que o perigo passou ou então, evolui para a fase seguinte, que é a fase de estado de resistência. *O estado de resistência* representa a adaptação do organismo ao stressore; o primeiro mobiliza e concentra a sua energia de adaptação para suportar a acção danosa do segundo. Em poucos minutos pode-se passar da fase de alarme ou alerta para a fase de resistência; o indivíduo tenta adaptar-se instintivamente recrutando as reservas de energia adaptativas que possui enquanto elas forem suficientes ou o stressore deixar de actuar. Durante esta fase a tentativa de adaptação do organismo é mediada por processos hormonais a longo prazo e conforme a adaptação se vai processando assim se assiste à remissão dos sintomas.

Quando a acção do stressore se prolonga para além das capacidades energéticas do organismo as alterações hormonais desencadeadas podem levar ao desenvolvimento de sinais e sintomas característicos da fase de resistência: aumento do córtex supra-renal, atrofia de algumas estruturas relacionadas com a produção de células do sangue, úlceras no aparelho digestivo, insónia, mudanças de humor e diminuição de desejo sexual. Se o estímulo stressante persistir ou a sua intensidade aumentar, o organismo pode esgotar os seus recursos e, como resultado, entrar no *estado de exaustão*, a terceira fase. Esta fase traduz o colapso da capacidade de adaptação do organismo e caso a situação não se resolva, o indivíduo pode desencadear um processo de doença ou, mesmo, chegar ao colapso e até à morte (Ramos, 2004; Selye, 1973; Vaz Serra, 2002).

Segundo Selye, o stresse pode ser encontrado em qualquer uma das fases e não é necessário que as três se desenvolvam para haver o registo do síndrome. A figura 1 representa as três fases do Síndrome Geral de Adaptação.

Este modelo, como pioneiro, é reconhecido pelos investigadores como sendo muito importante na evolução de conceitos que ligam o stresse à saúde e à doença. No entanto, é criticado pela sua perspectiva abrangente e também, porque reduz aos aspectos biológicos, o âmbito das respostas dos sujeitos aos estímulos stressantes, não incluindo os aspectos psicológicos e emocionais.

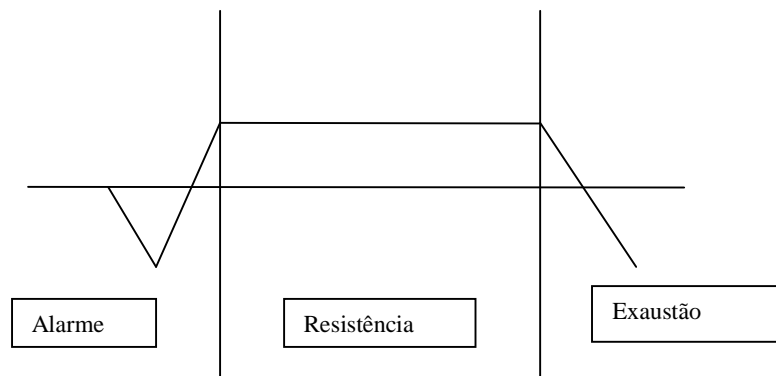


Figura 1 – Fases do SGA de Selye (adaptado a partir de Mendes, 2000).

2.1.2.2 – O Stresse como Estímulo – Factores Indutores de Stresse

Após a Segunda Guerra Mundial e numa época em que a selecção de soldados implicava a procura de novas metodologias que possibilitassem escolher os mais resistentes às situações indutoras de stresse elevado, surgem nos anos sessenta e setenta do Sec. XX, novas linhas de investigação. Estas abordagens caracterizam-se por centrar a sua atenção nos factores causadores do stresse (stressores) e não no efeito que eles vão produzir na pessoa. Nesta linha de investigação os stressores, ou fontes de stresse, são consideradas como variáveis independentes – estímulos externos - que exercem uma determinada acção no sujeito. Esta óptica aproxima-se mais daquele conceito de stresse que é apresentado na linguagem corrente e que pode ser designado sinteticamente como

"o estudo do que acontece **ao** homem (por exemplo, a guerra) e não do que acontece **no** homem (a perturbação)" (Albuquerque (1987, p. 3).

Uma das teorias que se insere nesta perspectiva é a teoria dos acontecimentos de vida de Holmes e Rahe (1967), que enfatiza os acontecimentos do meio enquanto indutores de stresse com efeitos perniciosos no indivíduo, influenciando assim o seu estado de saúde. Estes acontecimentos correspondem a "um qualquer acontecimento que cria mudança no padrão habitual de vida do sujeito, requerendo assim, ajustamento significativo do seu estilo de vida, podendo ser positivo ou negativo, conforme provoca mudanças positivas ou negativas na vida das pessoas" (Bennett, 2002, p. 42).

Para Holmes e Rahe (1967), o grau de stresse, associado a esses acontecimentos, é possível de ser quantificável o que levou ao desenvolvimento do *Life Events Inventory* e, posteriormente, do *Social Readjustment Rating Scale*. Estes instrumentos ordenam os acontecimentos de vida em função da sua gravidade. A contribuição do ponto de vista metodológico de Holmes e Rahe é considerada importante porque deu ênfase aos factores indutores de stresse, numa abordagem social e ambiental. Nesta perspectiva o stresse passou a ser estudado não apenas como resposta biológica isolada, mas em função das circunstâncias antecedentes que o determinam estabelecendo uma relação entre os acontecimentos de vida e doença (Vaz Serra, 2002).

Bennett (2002) considera que este modelo reflecte as fraquezas que foram apontadas ao Modelo SGA; tal como acontece no SGA, também não são consideradas as experiências emocional do stresse e as diferenças individuais perante os mesmos acontecimentos de vida.

2.1.2.3 – *O Stresse como Processo Transaccional*

No decurso das últimas décadas, muitos são os estudos que descrevem os efeitos fisiológicos, cognitivos, emocionais e sociais que os estímulos stressantes provocam no indivíduo, tornando claro que os processos internos ao sujeito são centrais quer na experimentação do stresse, quer nas consequências para a saúde. Esta nova perspectiva de abordagem do stresse foi iniciada por Richard Lazarus e seus colaboradores, na década de sessenta do Século XX, no âmbito dos estudos que realizam sobre as

emoções. Estas investigações vieram revolucionar o conceito de stresse modificando as perspectivas anteriores e introduzindo novos campos de pesquisa ao desenvolverem uma nova vertente que os autores consideram ser um modelo cognitivo, motivacional e relacional (Lazarus & Folkman, 1984).

Trata-se de um modelo que aplica a interação entre o Homem e o Meio, em que o stresse (na sua forma positiva - *Eustress*, ou negativa - *Distresse*) aparece como parte integrante desse sistema complexo (Graça & Reis, 1993). De acordo com esta abordagem interaccionista, onde o Modelo de Adaptação Pessoa-Meio (MAPM) se inclui, o stresse é apresentado como fruto da avaliação individual, ou seja, determinar se uma ocorrência é geradora, ou não, de stresse, depende da avaliação cognitiva da situação por parte do indivíduo. O stresse resulta, então, da avaliação feita pelo indivíduo de situações internas e externas a si e dos recursos disponíveis, identificados por ele mesmo, para as gerir (Lazarus & Folkman, 1984; Regis, 1996). O stresse traduz-se numa “relação particular entre a pessoa e o meio que é avaliada pelo próprio como penalizadora, ou excedendo os seus próprios recursos e ameaçadora do seu bem-estar” (Thelan, Davie & Urden, 1993, p. 982).

Segundo o conceito interaccionista, o stresse é abordado como variável interveniente e passa a ser entendido como um processo; em termos bioquímicos, o organismo responde aos stressores como um sistema, enfatizando-se a importância dos factores individuais, nomeadamente os cognitivos e emocionais, como mediadores da intensidade das respostas aos diferentes estímulos a que cada indivíduo se expõe e que provocam mau estar. É, portanto, apresentado como um fenómeno da percepção individual, logo de ordem psicológica, como defendem vários autores (Cooper & Marshal, 1982; Praag, Kloet & Os, 2005; Ross & Altwaiier, 1994; Vaz Serra, 2002).

Este processo de avaliação compreende três etapas: 1ª) Avaliação Primária: ao confrontar-se com determinada situação o sujeito avalia os riscos ou benefícios recorrendo à experiência e, subjectivamente, dá início a um plano de acção; 2ª) Avaliação Secundária: Nesta fase o indivíduo procura respostas e avalia os recursos pessoais de que dispõe ou julga dispor para lidar com as exigências reconhecidas na ocorrência; 3ª) A Reavaliação: O indivíduo faz um balanço entre as exigências criadas

pela situação e os recursos ou capacidade de resposta e é deste processo que depende o indivíduo vir ou não a sentir stresse (Lazarus & Folkman, 1984; Vaz Serra, 2002).

Com este modelo verifica-se uma viragem epistemológica. O referencial transaccional assenta em dois pontos que são centrais e determinantes ao desencadear do processo de stresse no indivíduo e que são: a avaliação cognitiva do acontecimento, com base nas experiências passadas (de âmbito psicológico), e o controlo do stresse (indivíduo como agente activo do processo).

Mais recentemente, tem-se acentuado a conceptualização do stresse como sendo um “produto da capacidade individual de controlo” (Ogden 1999, p. 263) e justifica-se esta afirmação baseando-se nas teorias de auto-eficácia, robustez e sentimentos de mestria. Estas teorias consideram que o “*coping* e auto-gestão, bem sucedidos, contribuem para diminuir o stress; uma auto-regulação falhada resulta numa resposta ao stresse, e a doença relacionada com o stresse é considerada consequência de um prolongado autocontrolo falhado” (*ibd.*).

Como já foi referido, o stresse não é uma doença; ele cria nos organismos a motivação para a acção, excitando-os para a vida e mantendo-os alerta de forma a poderem responder eficazmente às solicitações do ambiente que os rodeia; há agentes stressantes que são desafiadores e estimulantes, outros são pequenas irritações, e ainda outros que se transformam em pressões devastadoras (Rosenheck & Fontana, 2007). O quadro 1 apresenta algumas reacções individuais desencadeadas pelo stresse quanto à atenção, motivação, realização pessoal, sentimentos e esforço.

Quadro 1 - *Reacções desencadeadas pelo stresse baixo, ideal e alto. Adaptado de Masci (2003).*

SITUAÇÃO	Stresse baixo	Stresse ideal	Stresse alto
ATENÇÃO	dispersa	alta	forçada
MOTIVAÇÃO	baixíssima	alta	flutuante
REALIZAÇÃO PESSOAL	baixa	alta	baixa
SENTIMENTOS	tédio	desafio	ansiedade/depressão
ESFORÇO	grande	pequeno	grande

O stresse em doses adequadas é um factor de motivação; muitas pessoas necessitam de sentir pressão para render e até para criar, mas quando se atingem os extremos, negativo ou positivo, o stresse pode causar, respectivamente, tédio ou dispersão e ansiedade ou cansaço (Masci, 2003).

2.1.3 – *Factores Moderadores de Stresse*

A resposta às situações de stresse é um fenómeno complexo. Quando o indivíduo tenta adaptar-se ou enfrentar as situações stressantes, com vista a restabelecer o estado de equilíbrio, todo o organismo entra em acção e as respostas produzidas variam em função das diferenças individuais; isto é derivado em parte, dos processos cognitivos dos sujeitos e da aprendizagem de técnicas ou habilidades que cada pessoa utiliza na resolução dos seus problemas. Daí o aparecimento de respostas diferentes de pessoa para pessoa, perante situações de stresse similares (Lazarus & Folkman, 1984; Vives, 1994).

Nesta perspectiva surgiram vários estudos que demonstraram o papel de variáveis preventivas e auto-reguladoras do stresse, as quais passaram a ser designadas como “moderadores de stresse, recursos, ou “variáveis tampão” (*buffer variables*). São estas variáveis que influenciam a forma como os indivíduos se comportam e se sentem diante de determinadas situações: suporte social, estilos de coping e variáveis de personalidade (Baptista, Santos & Dias, 2006).

2.1.3.1 - *Suporte Social*

O apoio social é um construto que desempenha um papel importante como moderador nos distúrbios físicos e psicológicos das pessoas e a sua falta encontra-se positivamente associado ao stresse, depressão e problemas de saúde mental (Bernal, Molina & Rio, 2002; Cobb, 1976). Um bom nível de suporte social, nas suas várias formas, relaciona-se positivamente com a saúde e o bem-estar; quando o stresse é elevado e o apoio social é também elevado, este apresenta-se como um amortecedor reduzindo os efeitos do impacto do stresse no indivíduo (Guterres & Ribeiro, 2002; Mendes, 2000).

Rodriguez e Cohen (1998) comprovaram que pessoas socialmente isoladas tinham maior propensão para cometerem suicídio, apresentavam taxas mais elevadas de mortalidade para todas as causas de morte no confronto com indivíduos da mesma idade e igualmente taxas mais elevadas de tuberculose, assim como os transtornos psiquiátricos em indivíduos que viviam sós eram superiores do que nos casados e que possuíam contactos sociais de melhor qualidade.

Outros estudos vêm reforçar estes resultados; as doenças coronárias e a mortalidade encontram-se relacionadas com baixos níveis de apoio social, apresentando os indivíduos viúvos, divorciados e solteiros taxas de mortalidade por doenças coronárias superiores às das pessoas casadas (Lynch, 1977, citado por Ogden, 1999).

Os resultados das pesquisas também demonstram que os aspectos ou dimensões do suporte social têm influência diferente, segundo o grupo etário e o sexo. Em relação à variável idade, verificou-se que o fornecimento de suporte social dependia do grupo etário, com o cônjuge a exercer maior influência no grupo 30-49 anos e a família a ter maior influência no caso de jovens e idosos (Ribeiro, 1999); os idosos são a faixa etária onde a sua falta é mais sentida (Mendes, 2000).

Homens e mulheres podem ter uma percepção diferente das fontes de stresse e também do uso do apoio social. As mulheres são referenciadas como tendo maior capacidade em mobilizar uma maior variedade e efectividade de apoio social durante os períodos de stresse, do que os homens.

Os resultados obtidos em várias investigações sugerem que as intervenções através do apoio social não vão reduzir os efeitos do stresse em todas as vertentes (Bellman, Forster, Still, & Cooper, 2003).

2.1.3.2 – *Factores Individuais*

O modo como os indivíduos reagem às situações de stresse depende, para além de recursos externos, das suas características pessoais: aptidões, atitudes, crenças e características de personalidade. Estes atributos enquanto recursos pessoais podem ser definidos como “características individuais relativamente estáveis” remetendo para o

conceito de personalidade e são estas características que diferenciam as pessoas na maneira de reagir ao stresse (Cohen & Edwards, 1989, citado por Ramos, 2001). A personalidade é considerada a unidade integrativa da pessoa e como tal é a organização dinâmica e interactiva dos aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos e morfológicos do indivíduo (Mota Cardoso & Coelho, 1980).

McConnell (1978, p. 437) define personalidade “como a forma característica na qual uma pessoa pensa e se comporta à medida que se ajusta ou se adapta ao seu ambiente”. Segundo este autor, esta definição inclui tanto a estrutura da mente da pessoa como processos dinâmicos, tais como: - pensamento, sentimentos, percepção e acção. É a estrutura da personalidade que diferencia as pessoas em termos de vulnerabilidade às doenças provocadas pelo stresse (Kobasa, 1979).

Vários autores relacionam o stresse com tipos de personalidade A e B; às pessoas com personalidade do tipo A são atribuídas características que as tornam mais susceptíveis ao stresse tais como: impaciência, velocidade excessiva, agressividade e hostilidade, bruscas na comunicação oral e mesmo gestual e compromisso excessivo com o trabalho. Já as pessoas com personalidade do tipo B são consideradas mais comedidas e tendem a enfrentar as situações com mais calma, não se empenhando em demasia nas actividades que têm de desenvolver (Gonzalez & Ruiz, 1998)

As características individuais podem atenuar ou intensificar as experiências de stresse (Bono & Vey, 2007). É comum encontrar na literatura indicações sobre os vários aspectos da personalidade que parecem influenciar as experiências de stresse, desde conceitos “isolados”, como *locus* de controlo, auto-estima, expectativas de auto-eficácia, até conceitos “compostos” (no sentido que integram e combinam alguns dos anteriores), como o sentido interno de coerência, robustez de carácter *hardiness* (Ramos, 2001; Saboga Nunes, 1999).

2.1.3.2.1 – *Estilos de coping*

As estratégias e os mecanismos utilizados pelos indivíduos perante as situações indutoras de stresse são designadas por *Coping*, que em inglês *to cope* significa lutar, competir, enfrentar.

O *coping* consiste na estruturação de respostas do sujeito, ao nível cognitivo e comportamental, com o objectivo de controlar as solicitações internas ou externas que excedem os recursos pessoais. Considerado nesta perspectiva e vinculado a acções deliberativas, o *coping* depende da aprendizagem e, como tal, pode ser usado e adaptado a cada situação (Folkman & Lazarus, 1985). O *coping* apresenta-se, então, como um processo dinâmico que permite ao indivíduo a definição dos mecanismos e estratégias a serem usadas para enfrentar as situações que lhe causam mau estar. Este processo assenta em avaliações e reavaliações contínuas na relação que estabelece com o meio ambiente (*ibd.*). Aparece assim, a avaliação ou percepção dos acontecimentos como fulcro da questão e “. . . é o significado construído pela pessoa sobre o que está a acontecer, o factor crucial que pode levar à activação das respostas de *stress* . . . “ (Vaz Serra, 2002, p. 63).

As estratégias que o indivíduo utiliza para lidar com situações indutoras de stresse têm modalidades diferentes e podem ser orientadas para a resolução directa do problema, para atenuar as emoções sentidas e/ou para a busca de apoio social. Na mesma linha de pensamento, estão as conclusões de outras pesquisas entre os quais as de Cooper e Baglioni (1988, citado por Matos, 1995) que ao estudarem o stresse profissional, o *coping* (cognitivo e comportamental) e a saúde mental, numa amostra de 475 enfermeiras, em Inglaterra, verificaram que a personalidade e as estratégias de *coping* precedem e determinam a percepção dos acontecimentos profissionais indutores de stresse, os quais afectam o bem-estar mental do indivíduo. De salientar a ênfase dada por estes autores à acção individual adaptativa, não rotineira nem automatizada, dependendo, esta em muito, dos recursos considerados disponíveis.

2.1.3.2.2 - *Percepção de controlo e robustez*

Desenvolver competências de controlo sobre situações desagradáveis, prepara os indivíduos para enfrentar e dar solução adequada às situações indutoras de stresse porque melhoram o sentido de competência, o sentido de previsibilidade de situações potencialmente stressantes e ajudam a pessoa a enfrentar os problemas e a minimizar os riscos dos acontecimentos. Investigações efectuadas nas últimas décadas reforçam o papel importante do controlo e referem-no como sendo um importante mediador do stresse, nomeadamente as teorias de auto-eficácia, robustez (*hardiness*) e sentimentos de mestria (Ogden, 1999).

Vaz Serra (2002) é de opinião que se use a designação de “percepção de controlo” e não apenas controlo, quando relacionado com o stresse, na medida em que a pessoa pode ter as aptidões requeridas para lidar com a situação e pode não fazê-lo por ter a *percepção* de não ser capaz e, pelo contrário, pode ter a *percepção* de ser capaz e não ter a capacidade requerida para lidar com a situação. Para este autor: “. . . ter ou não controlo sobre uma situação potencialmente aversiva tem uma enorme importância psicológica. Influência as *atitudes* perante as fontes de *stress*, a *percepção do risco* e a *predictabilidade dos resultados* que podem vir a ser obtidos” (*ibid.* p. 113).

Atenuar ou intensificar as experiências de stresse, através do autocontrolo inclui também os conceitos de robustez. Para Kobasa, Salvatore e Puccetti (1982), o conceito de “robustez” engloba indivíduos que acreditam na sua capacidade para controlar e influenciar os acontecimentos da sua vida através do empenho, envolvimento e comprometimento. Nesta perspectiva, as personalidades consideradas robustas são mais resistentes ao stresse já que abordam os acontecimentos de forma mais positiva conseguindo mobilizar estratégias de *coping* mais eficazes.

Baptista e colaboradores (2006) consideram que *locus* de controlo e a auto-eficácia são variáveis que se relacionam com o processo saúde/doença e, quando são negativas, encontram-se associadas ao desencadear de sintomatologia depressiva e outras doenças.

2.2 – O Stresse Ocupacional

O desenvolvimento da actividade produtiva tem originado uma lógica na qual o jogo da concorrência económica ocupa lugar central. Muitos têm sido os autores que têm investido na procura de respostas que contribuam para eliminar ou minimizar os efeitos nocivos provenientes da industrialização e introdução de novas tecnologias. O seu contributo tem-se revelado fundamental na identificação dos factores e manifestações, nomeadamente, ao nível do stresse ocupacional. De uma maneira geral as abordagens do estudo do stresse, de cariz anglo-saxónico, são abrangentes e englobam as condições relacionadas com o trabalho em si, modelos organizacionais,

modelos de organização da produção e características dos trabalhadores e visam, sempre, a associação desses elementos com problemas de saúde dos trabalhadores.

Estes modelos de onde se destaca o modelo de Cary Cooper, procuram encontrar incoerências e disfunções organizacionais, as designadas fontes de pressão que criam problemas de stresse nos trabalhadores, ou seja, as características de uma dada situação, extrínsecas ao indivíduo, que podem ser problemáticas para este. Por stresse ocupacional, Cooper e Marshal (1982) entendem ser a designação dada aos factores negativos do ambiente, também, conhecidos por agentes indutores de stresse (*e.g.* trabalho em excesso, o papel na organização, conflito/ambiguidade, condições de trabalho carenciadas) que se encontram associadas a um determinado posto de trabalho.

Gonzalez e Ruiz (1998) também se referem aos stressores ocupacionais como sendo o conjunto de situações físicas e psicossociais que, com frequência, geram tensão e outros resultados desagradáveis na pessoa e, como tal, qualquer aspecto do funcionamento organizacional relacionado com resultados desagradáveis pode ser considerado um stressore.

Nesta linha de pensamento, muito centrada na estrutura organizacional, o indivíduo entra em stresse quando tenta ajustar-se às situações de pressão e não consegue. A identificação das fontes de pressão é um elemento chave para introduzir medidas que visem, se não a eliminação, pelo menos, a redução dos factores provocadores de stresse (Albrecht, 1990; Cooper & Marshall, 1982).

Ponto de vista diferente é defendido pelos autores que consideram que o sofrimento ligado ao trabalho é fruto da organização do processo de trabalho (Merlo & Crespo, 2002). Estas abordagens encontram-se ancoradas na psicopatologia e psicossociologia para a análise dos fenómenos associados ao stresse ocupacional, sendo Dejours um dos autores mais conhecidos e mais referenciado em trabalhos que abordam esta temática. Este investigador tem dedicado grande parte do seu esforço analisando a estruturação do trabalho no processo produtivo porque considera que a sua configuração pode trazer danos ao trabalhador.

Na visão de Dejours (1992), o sofrimento do trabalhador surge quando há uma estruturação demasiado rígida na organização do processo de trabalho porque a prescrição ou normalização em excesso significa a anulação da participação activa, com ausência de comportamentos livres, do trabalhador; o prelongamento destas situações, ano após ano, provoca a despersonalização do trabalhador no seu ambiente de trabalho, causando-lhe sofrimento.

Dejours (*ibid.*) lembra que o sofrimento é uma condição inerente ao trabalho, pelo que não pode ser eliminado e pode manifestar-se de forma patogénica, através de comportamentos prejudiciais à saúde (*e.g.* ingestão de álcool, medicamentos) ou de uma forma criativa (*e.g.* investimento em grandes projectos). Para este psicanalista, ambas as formas são demonstrações de que existe alienação do trabalhador e as organizações utilizam o sofrimento e as incoerências do trabalhador e contradições internas da organização, como forma de obter produtividade.

O stresse no trabalho é uma das principais causas de absentismo e acidentes (Metz & Heinz-Jürgen, 2007) e poderá ocorrer em qualquer sector e em empresas de todas as dimensões, podendo afectar *toda a gente* em todos os níveis (Comissão Europeia, 2002b).

A percepção da capacidade de controlo tem vindo a ser apontada como um dos principais factores inerentes a situações de stresse. Para o Instituto de Saúde e Segurança Ocupacional dos Estados Unidos “. . . *stress* ocupacional é uma resposta física e emocional nociva que ocorre quando as exigências do trabalho superam as habilidades, os recursos e as necessidades do trabalhador . . .” (Metz & Heinz-Jürgen, 2007, p.1).

O Direcção-Geral de Emprego e Assuntos Sociais da Comissão Europeia (2002a) apresenta uma descrição similar: “ trata-se de um conjunto de reacções emocionais, cognitivas, comportamentais e fisiológicas a aspectos adversos e prejudiciais do conteúdo, da organização e do ambiente de trabalho. É um estado caracterizado por elevados níveis de excitação e perturbação, frequentemente, acompanhado de sentimentos de incapacidade . . .” (Comissão Europeia, 2002a, p.7).

2.2.1 – Modelos de Stresse Ocupacional

Nas últimas décadas do séc. XX, surgiram novas metodologias na abordagem e estudo do stresse gerado no ambiente psicossocial do trabalho, destacando-se o modelo *Demand Control Job Stain* de Karasek (2007) e o modelo *Effort-Reward Imbalance*, de Siegrist (1996) sobre os quais se fará uma breve descrição a seguir.

2.2.1.1 - Modelo Demand/Controle Job Stain de Karasek

O modelo *Demand Controle Job Stain* de Karasek estabelece relações entre as exigências de uma determinada ocupação, impostas pela organização do trabalho no ambiente laboral, e a expectativa de controlo por parte do sujeito com as repercussões sobre a estrutura psíquica e orgânica do trabalhador (Guimont, Brisson, Dagenais *et al.*, 2006; Karasek, 2007; Reis, Carvalho, Araújo, Porto & Neto, 2005).

Este modelo compreende duas dimensões: a) o grau de **Controlo** e o nível de **Exigência** (ao nível psicológico) do trabalho, sendo o stresse ocupacional abordado a partir do estudo destas duas dimensões básicas do trabalho (Delcor 2003; Karasek, Brisson, Kawakami, Houtman, Bongers, & Amick, 1998, Loureiro, 2006; Reis *et al.*, 2005).

O **Controlo** é o modo como o sujeito se implica com os aspectos relacionados com o trabalho (criatividade, alto nível de habilidades, possibilidade de aprender novas coisas, realizar tarefas diferentes, trabalho repetitivo e desenvolver habilidades especiais). O indivíduo recorre às suas capacidades para promover novas aprendizagens e para a tomada de decisão, tais como: opinar sobre o trabalho e ter liberdade para decidir como fazer as próprias tarefas, influenciar as políticas (Karasek *et al.*, 1998). Por sua vez, a dimensão **Exigência** abrange os aspectos psicológicos, ou seja, as pressões que o indivíduo enfrenta no desempenho da sua actividade laboral, relacionadas com as tarefas (como volume de trabalho, exigência de tempo, ritmo de trabalho e nível de concentração, esperas relacionadas com as actividades realizadas por outros).

O modelo prevê a avaliação simultânea dos níveis de controlo e do grau de exigência em situações de trabalho específicas e evidencia quatro tipos de experiências em diferentes situações de trabalho, resultantes da interacção dos níveis *alto* e *baixo*:

- **Alta exigência do trabalho:** elevada exigência e baixa percepção de controlo.
- **Trabalho activo:** elevada exigência e alta percepção de controlo.
- **Trabalho passivo:** baixa exigência e baixa percepção de controlo.
- **Baixa exigência:** baixa exigência e alta percepção de controlo.

Segundo este modelo, a maioria das reacções adversas ligadas às exigências psicológicas, tais como a fadiga, a ansiedade, a depressão e a doença física, ocorrem quando o trabalho se caracteriza por altas exigências e baixo controlo, (Araújo, Graça & Araújo, 2003; Delcor, 2003; Karasek, 2007; Reis *et al.*, 2005). Pelo contrário, quando o trabalhador se considera um agente mais activo, evidenciando a percepção de elevado controlo, sente-se mais motivado a desenvolver novos modelos de comportamentos e de *coping*, permitindo-lhe, assim, lidar mais eficazmente com a situação (*ibid.*).

Araújo *et al.* (2003) coloca em evidência os resultados obtidos por outros investigadores desta área que têm apontado para a existência de uma associação mais forte das doenças cardiovasculares com o baixo controlo do trabalhador sobre o próprio trabalho do que com as exigências deste. Os mesmos autores acrescentam que os resultados obtidos nos vários estudos realizados em diferentes países concedem um suporte empírico significativo ao modelo de Karasek, destacando-se: a relação entre exigência/pressão, controlo e saúde mental (Bourbonnais, Comeau, Vézina & Dion, 1998; Stansfeld, North, White & Marmot 1995); qualidade de vida relacionada com a saúde (Lerner, Levine, Malspeis & D'Agostino, 1994); sintomas musculoesqueléticos (Josephson, Lagerström, Hagberg & Hjelm, 1997); e mortalidade geral (Falk, Hanson, Isacsson & Östergren, 1992).

Os resultados de investigações levadas a cabo, nomeadamente, na Suécia corroboram a hipótese de que o desequilíbrio entre as exigências/pressão no trabalho e a percepção de controlo sobre essas exigências resulta na libertação de hormonas do stresse, nomeadamente os glucocorticoides (Frankenhaeuser, 1991 citado por Frankenhaeuser, 2007). Esta reacção, por sua vez, pode desencadear processos de

doença física e/ou mental, dependendo o processo do tempo de exposição do indivíduo ao desequilíbrio (Praag *et al.*, 2005).

Este modelo, apesar de criticado é reconhecido como um importante instrumento na avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho e dos seus efeitos sobre a saúde; tem-se procurado expandir o modelo acrescentando-lhe mais dimensões tais como, as diferenças individuais e o *locus* de controlo, na avaliação das características do trabalho (Karasek, 2007; Wright & Cordery, 1999, citado por Loureiro, 2006).

2.2.1.2 – Modelo *Effort-Reward Imbalance* de Siegrist

O modelo de Siegrist (1996), conhecido também pelo modelo esforço/recompensa, surge como um modelo de referência na avaliação dos efeitos do stresse nos locais de trabalho. Este modelo não se limita a considerar as variáveis estruturais do ambiente de trabalho, mas integra também variáveis individuais; considera que o esforço desenvolvido no trabalho é parte de um contrato baseado na reciprocidade social cujas recompensas são proporcionadas em termos de reconhecimento, salário e oportunidades na carreira profissional; as ameaças à carreira profissional incluem a instabilidade laboral, a falta de perspectivas de promoção e progressão, as mudanças não desejadas e a inconsistência de *status* (*ibd.*).

De acordo com esta abordagem a experiência de falta de reciprocidade de altos *custos* e baixos *ganhos* provoca emoções negativas nas pessoas expostas (Artazcoz, Escribà-Agüir & Cortès, 2004). O stresse laboral advém do desfasamento entre o esforço e a recompensa e o modelo considera que as pessoas caracterizadas por um padrão motivacional de excessivo compromisso com o trabalho e, uma alta necessidade de aprovação apresentam maior risco de tensão; devido ao intercâmbio assimétrico a sua susceptibilidade à frustração, em termos de recompensa, é maior (Chor, Werneck, Faerstein, Alves & Rotenberg, 2008).

Em estudos mais recentes relacionados com o stresse ocupacional é cada vez mais notória a preocupação em efectuar investigações abrangendo, de forma integrada, os factores intra e extra laborais e condições individuais, devido às possíveis relações

que se estabelecem entre estes factores e a saúde e o bem-estar dos trabalhadores (Ruiz, 2003).

2.2.2 - Fontes de Stresse Ocupacional

De uma forma geral, os autores são unânimes na categorização dos agentes indutores de stresse usando como base a taxinomia utilizada no modelo interaccionista de Cooper e Marshall (1982). Para estes autores, as fontes de stresse são equacionadas em dois grandes grupos: a) Os factores intra-organizacionais, ou seja, aqueles factores que são considerados como intrínsecos ao trabalho, como o papel do indivíduo na organização, o desenvolvimento na carreira, as relações no trabalho, a estrutura e o clima organizacional; b) Os factores exteriores à organização, como é o caso dos problemas familiares, de dificuldades financeiras e de crises na vida da pessoa, por exemplo (Evers, Frese & Cooper, 2000).

Como se pode ver na figura 2, Grandjean (1998) usa uma taxionomia idêntica, destacando-se, para além destas fontes, as pressões económico-sociais que estão relacionadas a questões de dinheiro para pagar as contas e o forte apelo consumista exercido pelo *marketing* e pelo mercado de consumo, e sentimentos de incapacidade relacionados com vários factores, como a segurança do emprego e a responsabilidade pela vida e pelo bem-estar dos outros.

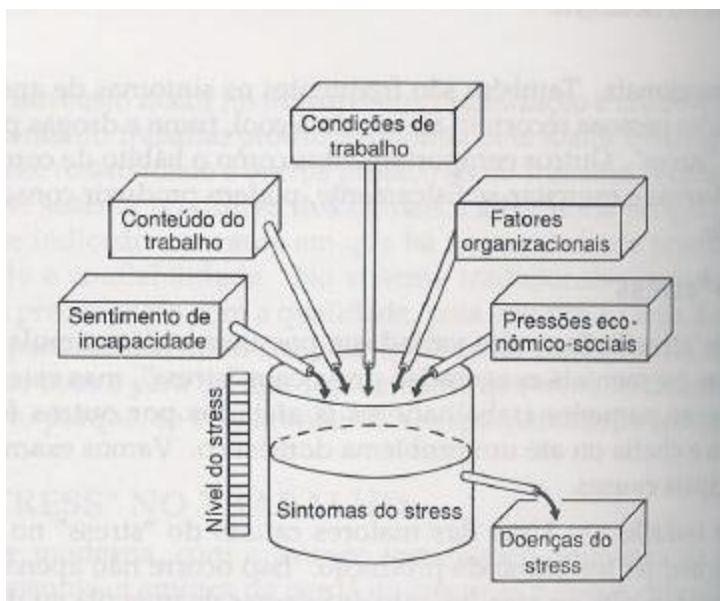


Figura 2 – Fontes de Stresse Laboral (adaptado a partir de Grandjean, 1998).

Estas últimas são situações muito peculiares dos profissionais da área da saúde que podem colocá-los em maior exposição ao stresse. Devido ao carácter da temática desta investigação, dar-se-á mais relevo às fontes intra-organizacionais do que às extra-organizacionais.

2.2.2.1 - Fontes intra-organizacionais

Como já foi assinalado, as conclusões de vários estudos referem que existe uma relação entre a natureza das actividades realizadas com a saúde dos trabalhadores, sendo a sua acção mediadas pelas características individuais e pelas formas de *coping* adoptadas pelos indivíduos.

2.2.2.1.1 – Factores intrínsecos ao trabalho

Vários são os autores que relacionam a saúde mental dos trabalhadores com condições de trabalho desagradáveis, nomeadamente, com esforços físicos elevados com horas de trabalho excessivas e inconvenientes. A saúde física é desfavoravelmente afectada por ambientes repetitivos e desumanizantes (Cooper & Marshall, 1982; Williams & Cooper, 1998).

Para Dejours (1992), os problemas psicopatológicos essenciais ligados à execução das tarefas, advêm das pressões psíquicas que a separação entre trabalho de concepção e de execução ocasiona: “. . . , Confiscando-lhe a concepção e a iniciativa, a organização científica do trabalho cria entre os trabalhadores uma separação entre o corpo e o pensamento” (p.162).

A sobrecarga quantitativa e qualitativa relacionada com o desempenho das tarefas é referida por vários autores, entre eles, Alvarez (2003), que designa sobrecarga quantitativa como ter que executar uma quantidade de tarefas superior ao que é possível cumprir nos tempos e com os recursos disponíveis (humanos, materiais, informação etc.), e sobrecarga qualitativa como ter que executar tarefas para as quais o trabalhador não tem qualificações ou capacidades para as executar. Estas definições estão na linha de resultados obtidos nos anos oitenta do século passado por Cooper e Marshall. Para estes investigadores, tanto a sobrecarga quantitativa “*ter muito que fazer*”, como qualitativa “*ser muito difícil*”, produz, pelo menos, nove sintomas diferentes de tensão

psicológica e física: descontentamento no trabalho, tensão, baixa auto-estima, ameaça, perturbação, níveis altos de colesterol, aumento do ritmo cardíaco, resistência superficial, aumento do número de cigarros fumados (Cooper & Marshall, 1982, p. 156-157).

Em investigações que relacionam as dificuldades ocorridas no trabalho do executivo e o stresse, conclui-se que trabalho duro, responsabilidade, muito trabalho com muitas horas e durante longo período de tempo, não são sozinhas condições suficientes para induzir sintomas de stresse. As situações indutoras de stresse são aquelas que não oferecem as condições necessárias para operacionalização, o que acontece quando os recursos são inadequados ou existem inconsistências na organização (Jaques, 1996, citado por Regis, 1996).

Em relação a esta temática Trucco, Valenzuela e Trucco (1999) afirmam que o stresse ocorre quando as exigências no trabalho são elevadas e/ou os níveis de controlo e o suporte social percebidos pelo indivíduo são baixos, relacionando-se as causas de insatisfação com a relativa impossibilidade de participar e influenciar, assim como a falta de controlo sobre o trabalho desempenhado e também sentir-se pouco valorizado

É de referir que os profissionais ligados à saúde são muitas vezes “forçados” a efectuarem trabalho muito para além do seu horário normal e, por vezes, até têm que prolongar o seu turno. É frequente verificar-se nestes profissionais, por interesse próprio ou por necessidade das organizações em recursos humanos, terem de efectuar horas extraordinárias; também são em número considerável aqueles que recorrem ao duplo emprego.

Existem alguns estudos que correlacionam o turno de trabalho prolongado com o aumento da prevalência de problemas cardiovasculares, abuso de álcool, absentismo, baixa moral e baixa motivação (Alvarez, 2003; Bennett, 2002); os factores de risco para as doenças cardíacas apresentam prevalência mais elevada entre os trabalhadores que fazem turnos (Alfredsson, Karasek e Theorell, 1989). Existindo um risco acrescido nestes trabalhadores, entre 30% a 50%, de virem a sofrer de doença cardíaca (Queirós, Silva & Silvério, 2000).

O trabalho em horários por turnos tem como consequência imediata a alteração dos ritmos biológicos e os indivíduos que trabalham em horários de turnos rotativos revelam dificuldades no equilíbrio de doenças crónicas como a diabetes mellitus, epilepsia, asma, distúrbios gastro-intestinais e alterações do sono, assim como um maior risco de acidentes (Alvarez, 2003; C. Silva, 2000; Costa, Morita & Martinez, 2000).

A exposição aos factores de risco físicos, químicos e biológicos não poderá ser ignorada; as condições físicas, onde o trabalho se desenvolve, são muitas vezes inadequadas. A grande maioria de situações de risco profissional é atribuída às organizações de saúde, sendo os agentes biológicos um importante factor de risco para os profissionais nomeadamente, enfermeiros e outros profissionais que lidam directamente com os doentes (Faria & Uva, 1988; Uva & Faria, 2000). O contágio de doenças infecciosas como a hepatite B e o HIV/SIDA são fontes de stresse referidas frequentemente pelos enfermeiros (Ferreira, 1999; Melo *et al.*, 1997).

A percepção pelo trabalhador de que existe perigo na realização das suas tarefas e mesmo risco para a própria integridade física, é considerado um importante stressore por parte dos investigadores; a acção do stressore é sentida com mais intensidade quando há por parte do profissional a noção de que não existem os meios necessários à prevenção de acidentes e actuação oportuna e eficaz, em caso de ocorrência (Alvarez, 2003). Para Vaz Serra (2002), o stresse varia em função do controlo que o indivíduo tem sobre o grau de exigência criado pelas tarefas. Para ele, o stresse no trabalho constitui um produto final da interacção que se estabelece entre a tarefa, o indivíduo e a empresa.

2.2.2.1.2 – *O papel do indivíduo na organização*

Uma outra fonte maioritária do stresse ocupacional encontra-se associada ao papel desempenhado pelo trabalhador na organização concentrando-se grande parte das pesquisas na ambiguidade e no conflito do papel (Cooper & Marshal, 1982; Cooper & Smith, 2007). São considerados factores que dificultam a relação entre os trabalhadores e as hierarquias: a centralização de funções, ou seja, dificuldade em delegar, a ambiguidade de papéis e a pouca clareza das mensagens (Cooper & Smith, 2007; Simons, 2006).

A ambiguidade existe quando o indivíduo tem informação inadequada sobre o seu papel no trabalho. Há falta de clareza acerca dos objectivos do trabalho associado a um papel desempenhado, das expectativas dos colegas de trabalho, alcance e responsabilidade do mesmo: “. . . O conflito existe quando um indivíduo que desempenha um papel particular no trabalho é assediado por exigências conflituosas ou faz coisas que na verdade não quer fazer ou não pensa fazerem parte da sua tarefa” (Cooper & Marshall 1982, p.158).

Os trabalhadores que sofrem mais conflitos são aqueles que apresentam menor nível de satisfação no trabalho e uma maior tensão relacionada com ele, sendo de notar que quanto maior é o poder ou autoridade das pessoas que " mandam" as mensagens conflituosas, maior é o descontentamento do trabalhador, produzido pelo conflito (Cooper & Marshall, 1982).

Outro importante agente potencial indutor de stresse, também associado ao papel organizacional individual, é a “responsabilidade por pessoas”, que é diferente da responsabilidade por coisas (Grandjean, 1998; Grant & Langan-Fox, 2007; Vives, 1994).

O trabalho executado pelos enfermeiros reveste-se, também, de grande ambivalência; são consideradas como importantes fontes de stresse, nomeadamente pelos enfermeiros menos experientes, a responsabilidade de ter “entre mãos” a vida dos doentes e a pressão de ter que executar o trabalho dentro de tempos limitados e com respeito pelas prioridades e pelas “ordens” emanadas por outros (Cross & Fallon, citado por Bibbings, 1988).

2.2.2.1.3 – *Desenvolvimento na Carreira*

Um outro conjunto de agentes organizacionais de stresse está relacionado com o desenvolvimento da carreira, o impacto da subpromoção, incongruência de *status*, ambição frustrada. A explicação lógica para o stresse induzido pela incongruência do *status* é que o conflito gerado por expectativas incompatíveis com a posição social ocupada pode levar a distúrbios psicológicos e frustrações, que por sua vez são elos da cadeia stresse-doença (Cooper & Marshall, 1982; Gomes, 2003; Siegrist, 1996; Vaz Serra, 2002).

Shell (2007) associa o stresse aos sistemas que oferecem incentivos em função do esforço físico e mental (elevado e constante) do trabalhador e recomenda que os planos de incentivos, sobretudo os de incentivos directos, devem ser avaliados cuidadosamente, de forma a evitar que os trabalhadores venham a desenvolver problemas de saúde.

Fonseca (1998) apresenta as conclusões de estudos realizados por Barnnet (1987), Woborisaka (1995) e Noor (1995), para nos dar conta de que apesar da grande oportunidade que actualmente as mulheres têm para aceder ao mundo do trabalho; a maior parte dos postos de trabalho de alta responsabilidade são ocupados por homens e a maioria das mulheres ocupa cargos de baixo controlo e baixa responsabilidade. Assim, como em casos de igualdade entre mulheres e homens, a estes é dada maior oportunidade de subir na carreira e melhores compensações monetárias. A autora opina que a própria maternidade se apresenta como obstáculo ao acesso, promoção e progressão na carreira.

Na literatura mais recente é frequente a menção aos factores específicos de stresse que se encontram ligados a uma carreira profissional e estes dizem respeito à insegurança sentida na manutenção do emprego, às dificuldades em ir de encontro às ambições pessoais e de promoção, assim como à mudança profissional, considerando-se aqui não só a mudança de empresa/emprego mas também as mudanças originadas pelo desenvolvimento científico e tecnológico (Gomes, 2003; Vaz Serra, 2002).

Estas preocupações são igualmente partilhadas pela Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (AESST) ao mencionar os riscos psicossociais emergentes, que colocam em causa a saúde dos trabalhadores, incluindo nestes o trabalho precário e mal remunerado. Trabalhar em condições instáveis pode gerar insegurança no emprego, o que, por sua vez, agrava significativamente o stresse profissional, esta é, também, a opinião de Juka Takala, Director da Agência Europeia para a segurança e saúde no trabalho (União Europeia, 2007).

Quanto a esta temática, em estudos realizados por Lindström (2007), as medidas de bem-estar nas enfermeiras encontram-se associadas, mais intimamente, ao

compromisso com a carreira e aos compromissos afectivo-organizacionais, como o vínculo efectivo à organização.

2.2.2.1.4 – Modelos de gestão e clima organizacional

O modelo de gestão e o clima organizacional também se encontram associados ao conflito, à ambiguidade de papéis, à falta de autonomia e de participação na tomada de decisão, de resolução de problemas, ao empobrecimento das relações de trabalho e à falta de suporte social (Graça & Reis, 1993). Trata-se de factores que intimamente se encontram ligados às relações interpessoais no trabalho e que incluem a natureza das relações com os superiores, com os pares e com os subordinados. As boas relações entre os membros de um grupo de trabalho são o factor central na saúde individual e organizacional (Argyris, 1964).

Quanto maior a participação do trabalhador no processo de decisão em toda a organização, mais elevada a satisfação, a auto-estima e a produtividade (French & Caplan, 1970). A não participação nas decisões relativas ao trabalho é o mais consistente e significativo indicador de tensão e stresse relacionado com o trabalho (Cooper & Marshall, 1982; Lachman, 1989). A gestão participada permite que os subordinados exerçam maior controlo sobre o seu trabalho contribuindo para a redução da morbilidade e da sinistralidade laboral (Cooper & Smith, 2007; Delbrouk, 2006). Um trabalho exigente associado à autonomia de decisão reduz substancialmente a tensão e estimula o trabalhador; pelo contrário, um trabalho exigente e uma fraca autonomia de decisão induzem stresse e insatisfação aumentando o risco de doença (Delbrouk, 2006; Karasek, 2007; Simons, 2006; Vaz Serra, 2002).

Para além destes factores, há a acrescentar a influência de um outro conjunto de variáveis extra-organizacionais. Os problemas socioeconómicos e familiares, os quais podem ser causa ou consequência de stresse, também são referidos pelos investigadores como sendo factores que muito podem contribuir para o stresse.

2.2.3 – Stresse Ocupacional e Saúde dos Trabalhadores

A Organização Mundial da Saúde (OMS; 1948) no preâmbulo da Constituição da Assembleia Mundial da Saúde) define saúde como “um estado de absoluto bem-estar

físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. A relação entre saúde e doença é um fenómeno de percepção individual e multidireccional; não se adoce apenas quando existem problemas físicos; a condição orgânica sofre a influência das variáveis psicológicas e ambientais, mas estas são também, afectadas pelas condições de saúde do organismo (Baptista *et al.*, 2006).

Cada vez mais, o stresse é mencionado como sendo um dos principais problema de saúde relacionado com o trabalho, isto de acordo com um dos últimos relatórios sobre esta temática da Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho ao assumir que os principais riscos psicossociais estão relacionados com novas formas de contratos de trabalho, insegurança no emprego, intensificação do trabalho, exigências emocionais elevadas, violência no trabalho e difícil conciliação entre a vida profissional e a vida privada (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

O stresse profissional é um dos maiores desafios que a Europa enfrenta no domínio da segurança e saúde no trabalho (SST) e é considerado o segundo problema de saúde mais comum, relacionado com o trabalho na Europa, afectando 22% dos trabalhadores. Estudos indicam que entre 50% e 60% dos dias de trabalho perdidos estão relacionados com este fenómeno. Em 2002, o custo económico anual do stresse profissional na União Europeia foi estimado em 20 000 milhões de euros.

A falta de controlo é apontada como a principal causa de stresse e, na síntese do relatório sobre como enfrentar os riscos psicossociais e reduzir o stresse no trabalho, é reforçado que o *stress* no trabalho pode ocorrer em qualquer sector e em empresas de todas as dimensões. Pode afectar *toda a gente* em todos os níveis (Comissão Europeia, AESST; 2002b).

O stresse leva a ”estados psicológicos negativos”, como a ansiedade e a depressão, os quais por sua vez vão influenciar a saúde física através do efeito directo de alterações nos processos biológicos ou através da aquisição de padrões de comportamentos que são nocivos à mesma, como a adesão a comportamentos de risco como o álcool, o tabaco, drogas ou outros (Dejours 1992; Delbrouck, 2006; Praag *et al.*, 2005). Das doenças relacionadas com o trabalho figuram, entre outras, as cardiopatias, nomeadamente, a doença isquémica do coração, com origem multifactorial, onde os

factores psicossociais têm um peso considerável (Alfredsson *et al.*, 1989; Buceta & Bueno, 1997; Cooper & Marshal 1982; Graça & Reis, 1993; Matos, 1995; Mota Cardoso & Coelho, 1980).

Um dos assuntos que mais tem chamado a atenção dos investigadores da área do stresse prende-se com a velha questão de saber como diferentes acontecimentos podem, no seu conjunto, determinar a situação de saúde da pessoa. Muitos autores questionam-se, também, sobre o porquê de existir uma variabilidade tão grande entre os acontecimentos indutores de stresse e a vulnerabilidade à doença. Sobre esta problemática, Vaz Serra (2002) tem opinião algo divergente ao referir-se ao stresse desta forma: “. . . não podemos admitir como enfermidade uma condição inerente à vida e que todos têm de enfrentar. Além disso (felizmente) a grande maioria das circunstâncias indutoras de *stress* não determina qualquer doença particular” (p. 18).

F. Silva (2000 p. 9) salienta que, de todas as fontes, a mais importante é a “condição Interior” e o mesmo é referido por Fonseca (1998) ao atribuir à pessoa em si a “chave modeladora entre as características do trabalho, o *stress* e a saúde”(p. 70). Para Cotton (1990), um acontecimento indutor de stresse no indivíduo nada mais produz, do que *fazer aparecer* ou *acentuar* uma condição pré existente no indivíduo (vulnerabilidade física ou psicológica). Tal como afirma Vaz Serra (2002) os mais vulneráveis serão os menos resistentes aos stressores e os que têm maior probabilidade de ficar doentes.

A literatura aponta as mulheres como sendo mais vulneráveis ao stresse que os homens, pelo que se justifica aprofundar um pouco mais este tema e é o que se fará no capítulo seguinte.

2.2.3.1 - *Stresse ocupacional, saúde e género*

Na relação género/trabalho afirma-se que as mulheres apresentam mais problemas com o stresse do que os homens devido ao tipo de papéis desempenhados por estas os quais as expõem a mais e diferentes tipos de fontes geradoras de stresse (Gomes & Cruz, 2004; Martínez, 1997; Maslach *et al.*, 2001; Melo *et al.*, 1997). Gomes e Cruz (2004), num estudo com psicólogos apuraram que as mulheres demonstraram níveis

mais elevados para a grande parte das fontes e factores de stresse, mas também, na dimensão de exaustão emocional do *burnout*. É atribuída maior predisposição à mulher devido à sua identidade feminina; quanto a isto, Fonseca (1998) interroga-se “será da natureza das mulheres preocupar-se mais com os outros do que com ela mesma?”.

Para Barnett (1987, citado por Fonseca, 1998), os homens mantêm maior distância emocional em relação aos problemas das outras pessoas, o mesmo não acontecendo com as mulheres, que se preocupam não só com os seus problemas mas também com o bem-estar dos outros, e isso, muitas vezes contribui para aumentar o stresse; situação inerente ao papel desempenhado pelas mulheres casadas e mães que trabalham.

Os papéis desempenhados pelos homens tendem a ser mais instrumentais e os desempenhados pelas mulheres tendem a ser mais nutritivos (Long, 1990, citado por Lima Santos & Bertoquini, 2001). Alguns autores, no entanto, consideram que a mulher que tem emprego revela menores índices de stresse do que as que não trabalham. A acumulação de vários papéis aumentará a satisfação e bem-estar da mulher (e.g. Luchetta, 1995, citado por Fonseca, 1998; Possatti, Dias & Paraíba, 2002).

Matos, Vega e Urdániz (1999), num estudo relacionado com o síndrome de *burnout* em profissionais de saúde, verificaram que não existiam diferenças significativas entre homens e mulheres quanto ao *Burnout*, mas encontraram diferenças significativas para as queixas somáticas, tendo sido as mulheres a apresentarem mais queixas somáticas.

A transformação do paradigma das relações laborais e a maior participação das mulheres no emprego, facto que é, por vezes, acompanhado de segregação entre géneros no mercado de trabalho, são pontos a realçar na estratégia nacional para a segurança e saúde no trabalho (Portugal, Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2008).

2.2.3.2 - O fenómeno *Burnout*

O termo *burnout* aparece pela primeira vez em artigos publicados na segunda metade da década de setenta do século passado, nos Estados Unidos da América.

Segundo Maslach *et al.* (2001), os primeiros artigos foram escritos por Freudenberg (1975) e por Maslach (1976).

O *burnout* é uma experiência individual com “características particulares que englobam e excedem o *stress*” (Delbrouk, 2006, p. 49); agrupa sinais e sintomas referentes às três dimensões afectadas que são: o cansaço físico, o esgotamento emocional e o esgotamento mental (Maslach *et al.*, 2001). A fadiga, o desinteresse, o cinismo e os sentimentos desagradáveis indicam o esgotamento de reservas energéticas.

Apesar de existirem diferenças inter-individuais nas manifestações deste síndrome, os autores consideram ser possível identificar quatro fases ou estádios, no desenvolvimento do *burnout*; iniciando-se a primeira pela "*fase da lua de mel*"; nesta fase o indivíduo manifesta grande satisfação, *entusiasmo idealista*, e investe com veemência nos projectos pessoais e/ou em relação ao seu trabalho, até que surgem os primeiros sinais de alerta que se manifestam através de pequenas mudanças, que vão aparecendo sem que se tome consciência (*e.g.*, vago sentimento de perda e de incapacidade); a ineficiência, a fadiga, as insónias e as actividades de escape, são alguns dos sinais de instalação do *burnout* e características da segunda/terceira fase.

O indivíduo chegado a esta fase, que é considerada a fase de aviso, se não diminui o ritmo de trabalho, mas pelo contrário, continua a fazer investimentos maiores que o seu potencial admite, vão surgindo os primeiros sintomas, tais como, a frustração e a apatia, que alertam para a existência de problemas sérios, denunciando a instalação da exaustão. É, geralmente, neste momento que as pessoas começam por se aperceber de que algo não está bem, no entanto, continuam a tentar esconder as suas manifestações adoptando estratégias e mecanismos de defesa que, na maioria das vezes apenas contribuem para agravar a situação, levando-as a atingir o quarto estádio, considerado o estádio crítico, no qual o *burnout* domina já a sua vida.

A entrada neste estádio caracteriza-se por mudanças significativas, o síndrome torna-se mais exuberante com agravamento da sintomatologia psicossomática e com a instalação da fase de obsessão e de despersonalização (Delbrouk, 2006; Edelwich & Brodsky, 1991; Maslach *et al.*, 2001).

O síndrome de *burnout*, geralmente, aparece de uma forma lenta e progressiva, quase sem se dar por isso, mas situações há, em que se pode desenvolver bruscamente. Não aparece como fenómeno isolado, pelo contrário, atinge um número elevado de pessoas, principalmente, aqueles profissionais que apresentam alta motivação, são idealistas e criam altas expectativas relativamente a eles próprios, ao trabalho e aos outros. As pessoas com predisposição a desenvolver o *burnout* esforçam-se muito por alcançar os seus objectivos, não admitem limitações e são atingidas justamente, porque se esforçam muito e por muito tempo (Gil-Monte, 2003; Pines & Aronson, 1989).

Esta situação patológica pode ter incidência bastante elevada nas profissões consideradas de ajuda e que exigem lidar com pessoas, como é o caso dos enfermeiros. A este propósito Delbrouk (2006) acrescenta que cerca de 50% dos prestadores de cuidados não apresenta problemas para além da primeira fase. A escolha de profissões como a Enfermagem e a Medicina é, na maioria das vezes, acompanhada de altos ideais de ajuda ao próximo, o que é reforçado pelo ensino ministrado nas escolas, criando altas expectativas nos futuros profissionais (Gil-Monte, 2003; Pines & Aronson, 1989).

Demir, Ulosoy e Ulusoy (2003) apresentam os resultados de um estudo com enfermeiras, onde concluem que a diminuição do *burnout* se encontra relacionada com níveis mais altos de instrução, com a experiência profissional, categoria profissional e, por sua vez, a ascensão está relacionada com o aumento das horas extraordinárias, com a frustração, com as dificuldades relacionadas com os cuidados aos filhos e quando elas ou os filhos apresentam problemas de saúde.

Para Maslach *et al.* (2001), o excesso de trabalho em volume e qualidade, a diversidade de tarefas, os valores e os objectivos e políticas organizacionais, a falta de coerência com a prática e os níveis de autonomia dos profissionais, são pontos fundamentais e, deverão ser tidos em conta quando se pretende avaliar e identificar as causas que estão na origem do desenvolvimento do stresse e do síndrome de *Burnout*. Os autores são unânimes em considerar que o contacto com a doença, o sofrimento e a morte criam nos profissionais angústias, incertezas e ambivalências, situações que nem sempre, são capazes de enfrentar e ultrapassar (Ross & Altwaiier, 1994).

A introdução de melhorias no ambiente de trabalho tem o potencial de reduzir simultaneamente, os níveis elevados de *burnout* nos enfermeiros e o risco de *turnover* (mobilidade) e aumentar a satisfação dos pacientes ao seu cuidado (Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004).

2.3 - A Enfermagem: Profissão de Risco Físico e Psicológico

As instituições de saúde, em particular os hospitais, são consideradas pelos vários autores como sendo ambientes de trabalho com características muito específicas e geralmente associadas a factores indutores de stresse, tais como: heterogeneidade de profissionais, especialização técnica, níveis múltiplos de autoridade, interdependência de responsabilidades. O hospital é constituído por um complexo sistema de divisão de trabalho, combinando standardização com descentralização, onde a padronização dos processos de trabalho que são decorrentes de padronização de qualificações, é baseada mais nas qualificações/competências individuais do que na divisão do trabalho (Mintezberg, 1995, citado por Parreira, 2005).

2.3.1 - A Enfermagem no Contexto Hospitalar

No contexto hospitalar pela sua natureza coexistem vários actores socioprofissionais, com cultura e ideologia próprias, que constituem a sua identidade (Abreu, 2003) e verificam-se combinações complexas que se estabelecem entre os objectivos de ordem oficiosa, “institucionais”, e os objectivos de ordem operatória, “operacionais, próprios de cada grupo profissional” (Carapinheiro, 2005). Resulta daí a interdependência de actividades e múltiplos níveis de autoridade e hierarquia, destacando-se a autoridade médica. A dicotomia entre médicos e demais profissionais, designadamente os enfermeiros é, sem dúvida, a característica fundamental no surgir de conflitos (Carapinheiro, 2005; Parreira, 2005).

Embora, os vários grupos profissionais sejam detentores de autonomia técnica e científica (Artigo 10º, alínea e) da Lei 27/2002 de 8 de Novembro), continua em realce o poder médico: “O director de departamento se previsto em sede de regulamento interno, é nomeado, em comissão de serviço, por período de três anos, pelo conselho de administração, sob proposta do director clínico, de entre médicos com condições para

serem nomeados directores de serviço” (Artigo 20º, nº 2 do Decreto-lei 188/2003 de 20 de Agosto).

Bennett (2002) refere que existe evidência substancial de que os profissionais de saúde apresentam elevados níveis de stresse em consequência do trabalho em si e do ambiente em que o desenvolvem. O ambiente hospitalar e a qualidade dos cuidados de saúde são dois conjuntos de factores que contribuem para o stresse dos profissionais de saúde relacionado com o trabalho que desenvolvem, “. . . dependendo dos recursos de *coping* que cada um possui para confrontar estes factores, assim se experiêcia mais ou menos *stress*, o que influencia a qualidade dos cuidados de saúde prestados” (Moos & Schaeffer, citado por Bennett, 2002, p.128).

Além, das situações indutoras de stresse ligadas às características inerentes à estrutura e dinâmica organizacional, quem trabalha num ambiente hospitalar, está sujeito, ainda, a uma multiplicidade de riscos, para os quais a própria Organização Mundial de Saúde (1981) chama a atenção, nomeadamente através da Reunião de Haia em 20-22 de Outubro de 1981 – *Les Risques Professionnels dans les Hôpitaux*, onde são referenciadas várias áreas de risco profissional de maior ou menor gravidade: perigo para com a saúde e a própria vida (*e.g.*, acidentes, doenças, perigo de destruição de material,); perigos que provocam o desconforto a insatisfação e a insegurança; as doenças profissionais, as doenças contagiosas, o contacto com produtos agressivos (físicos, químicos e biológicos), equipamentos e outros.

As organizações hospitalares para além de serem sistemas complexos, com características muito próprias ao nível da estrutura e dinâmica, apresentam-se, sobretudo, como lugares onde os profissionais são confrontados, constantemente, com situações emocionalmente intensas de doença, vida e morte, sendo os enfermeiros aqueles que, mais de perto, vivenciam esta realidade inerente à missão do hospital que é prestar cuidados de saúde com qualidade aos cidadãos.

O regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE), criado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro e alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, deu origem a um novo ciclo na profissão de enfermagem mas é com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) pela Lei nº 104/98 de 21 de Abril, que é conferida, à

enfermagem, maior visibilidade social; isto acontece porque são criadas condições para a consolidação da autonomia da profissão de enfermagem, ao legislar-se sobre as intervenções dos enfermeiros, considerando-as autónomas e interdependentes: “. . . os enfermeiros têm direito a exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações que não sejam as decorrentes do Código Deontológico, das leis vigentes e do REPE, . . .” (alínea a, n.º 1, Artigo 76.º, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

Os enfermeiros passaram a acumular grande diversidade de papéis de acordo com as suas qualificações profissionais, entre outras actividades, organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de intervenção e decidem sobre as técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo e família e “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria (Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro).

2.3.2 – *Os Enfermeiros e o Cuidar*

A Enfermagem como actividade estruturada teve início com a Revolução Industrial no século XVI e é, sobretudo, com Florence Nightingale -1820-1910, considerada a fundadora da enfermagem moderna (Graça & Henriques, 2000) que a enfermagem alcança o estatuto de profissão. O seu Modelo considerado como o grande precursor dos actuais modelos reflecte, já, a sua preocupação na abrangência do cuidar, ao integrar o impacto do ambiente na saúde dos indivíduos. A partir das últimas décadas do séc. XX os modelos conceptuais passam então a ser o suporte das práticas dos cuidados em enfermagem e têm fornecido contributos importantes desde a formação dos enfermeiros até à investigação em enfermagem.

A enfermagem como profissão tem como pilar o conhecimento científico e reconstrói o conhecimento apropriado ao desempenho dos profissionais. Estudos de Patrícia Benner (2003) sobre a enfermagem revelam a importância atribuída por esta autora à formação pela experiência, concretizada pelo enfermeiro no desenvolvimento de competências na prática clínica e propõe para a enfermagem o “modelo de Aquisição de Perícia”. Segundo este modelo, o jovem profissional vai progredindo ao longo de cinco níveis de eficácia, percorrendo etapas de desenvolvimento profissional desde

iniciado até se tornar *perito* (*ibd.*). O conhecimento perito, ou o conhecimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento, dando ao enfermeiro a capacidade de agir em circunstância através da transposição dos princípios científicos ao exercício. O saber prático é expresso mais em actos que em palavras e relaciona-se com o saber teórico que é, substancialmente, gerado na acção, transformando-se maioritariamente, num saber tácito (Fernandes, 2007; Queirós, 2007).

Os enfermeiros estão sujeitos fundamentalmente a princípios inerentes ao *cuidado* que constitui o discurso disciplinar da própria enfermagem e a modelos actuais de enfermagem que valorizem uma prática orientada para o cuidar segundo uma visão holística, permitindo o aprofundar da relação enfermeiro/utente, necessária para que se estabeleça uma verdadeira relação de ajuda (Kérouac, 1996).

O cuidar direccionado para a perspectiva holística acarreta alterações ao nível da metodologia de trabalho levando à individualização dos cuidados e à participação do utente/família nas tomadas de decisão, relativamente à resolução de situações de doença e da promoção da sua saúde e coloca o enfermeiro mais próximo do cidadão. O processo de cuidar é um processo interactivo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de forma contínua ou em um determinado momento, mas que tem o poder de conduzir à transformação (Hesbeen, 2000).

Neste contexto o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com as diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. A formação superior dos enfermeiros, ao atribuir maior autonomia no exercício, também acarreta mais responsabilidades e exigências.

2.3.3 - O Stresse no Trabalho dos Enfermeiros

A literatura encontra-se recheada de referências que aliam o stresse aos profissionais ligados à saúde, sendo referenciados os enfermeiros como os mais sujeitos devido às características inerentes à própria profissão. Vives (1994) apresenta as fontes potenciais de stresse em enfermagem, agrupando-as em cinco categorias: 1) Factores ambientais (relacionados directamente com o trabalho); 2) Factores Relacionais (relações interpessoais intra e inter-equipa); 3) Factores organizacionais e Burocráticos

(engloba os estilos de trabalho próprios de cada unidade); 4) Factores profissionais inerentes ao desempenho de papéis (inclui as exigências ligadas ao desempenho de papéis inerentes à profissão); 5) Factores relacionados com precisão e exigência (inclui todas as causas que submetem o enfermeiro a uma tensão constante por ter que realizar acções contrárias às suas próprias expectativas).

Hernandez (2003), num estudo realizado acerca do stresse e *burnout* numa amostra de 287 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) verificou que as fontes de stresse nestes profissionais são diversas e as mais assinaladas foram: a necessidade de actualização da informação especializada, responsabilidade com os cuidados que prestam aos pacientes e baixo reconhecimento da população assistida, questões éticas ligadas à forma de lidar com a informação dos doentes e os problemas emocionais dos pacientes. Ainda neste estudo foi encontrada uma correlação significativa entre o baixo reconhecimento profissional (expressão de recompensa) com os sintomas de stresse e com as manifestações de *burnout*.

Lachman (1989) afirma que os enfermeiros apresentam altos níveis de *turnover*; Segundo este autor, os enfermeiros partem porque ganham pouco, têm poucos benefícios ou sentem-se insatisfeitos com o trabalho que realizam; atribui a insatisfação dos enfermeiros, à pouca autonomia, à supervisão exagerada e à pouca participação nas decisões tomadas no serviço.

As fontes de stresse ocupacional, segundo McIntyre *et al.* (1999), indicadas pelos enfermeiros portugueses, assemelham-se às relatadas na literatura internacional para médicos e enfermeiros e são, sobretudo, de ordem organizacional: sobrecarga de trabalho, más condições físicas e técnicas, carência de recursos e um número excessivo de doentes.

Bennett, Lowe, Matthews, Dourali & Tattersall (2001), numa amostra de enfermeiras britânicas, consideram o relacionamento pessoal como o mais importante moderador da relação Stresse/trabalho. Acrescentam, ainda, que existem poucos estudos onde se demonstra que os factores associados à prestação dos cuidados de saúde sejam, por si só, considerados particularmente stressantes pelos profissionais de saúde. Eles verificaram que as fontes de stresse mais citadas por enfermeiras se relacionavam com

factores organizacionais tais como: a percepção de ser subestimado, comunicação deficiente, inexistência de apoio emocional, pressão do tempo durante a execução das tarefas e o tempo desperdiçado entre o trabalho e a casa.

Estudos demonstram, igualmente, que o stresse ocupacional em trabalhadores da saúde se encontra relacionado com uma deficiente percepção de controlo. Num estudo realizado com profissionais de enfermagem, encontrou-se associação entre níveis altos de exigências psicológicas no trabalho e baixo controlo sobre as actividades desenvolvidas com a prevalência de distúrbios psíquicos menores (Araújo, Aquino *et al.*, 2003). Também, o aumento da responsabilidade decorrente de maior autonomia e por conseguinte de maior controlo, provoca mais carga de trabalho e maior tensão entre os trabalhadores (Gardell & Svensson, 1981 citado por Araújo, Aquino *et al.*, 2003, p. 101).

Há estudo que consideram ser as unidades de cuidados intensivos, os locais de trabalho, onde os enfermeiros adquirem mais rapidamente e mais altos níveis de *burnout* (Pines & Aronson, 1989).

Como resultado da revisão aos vários estudos relacionados com o stresse dos enfermeiros que trabalham nas unidades de cuidados intensivos, Bibbings (1988) conclui que os factores de stresse mais importantes dizem respeito à morte de um doente, ao prolongamento desnecessário da vida, problemas de comunicação e sobrecarga de trabalho, sendo os enfermeiros menos experientes aqueles que apresentam maiores problemas. Também os enfermeiros menos experientes e aqueles que trabalham no turno da noite são os que revelam um nível mais elevado de sintomas psicológicos relacionados com o stresse (*ibid.*, 1988). A este respeito também Bennett (2002) afirma que o trabalho por turnos pode prejudicar o sono e o desempenho em tarefas intelectuais designadamente, as que envolvem a memória.

As fontes de stresse dos trabalhadores em instituições hospitalares, segundo Bennett (2002), podem agrupar-se em três tipos: características individuais, exigências do trabalho e características das instituições hospitalares (cf. quadro 2).

Quadro 2 - *Fontes de stresse dos trabalhadores hospitalares. Adaptado de Bennett (2002).*

Características Individuais	Exigências do trabalho	Características das instituições Hospitalares
<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias de <i>Coping</i> - Competência pessoal - Envolvimento na profissão - Ambiente físico 	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de autonomia - Tipo de paciente - Sobrecarga no trabalho - Estrutura dos turnos - Interface trabalho/Família - Relacionamento interpessoal com colegas - Exigências de tempo - Pacientes “difíceis” - Flexibilidade do trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> - Estilo de Gestão - Grau de apoio pessoal disponível - Trabalho de equipa - Qualidade da comunicação - Reconhecimento do trabalho dos profissionais de saúde - Nível de supervisão e apoio - Cooperação interdisciplinar - Nível de autonomia permitida - Quantidade de treino disponível - Monitorização do desempenho

Em alguns estudos portugueses sobre a avaliação das fontes de pressão e stresse ocupacional nos profissionais de saúde observaram-se níveis de stresse mais elevados nos enfermeiros que trabalham um maior número de horas por semana e em horários de turnos rotativos (Lima Santos & Cortinhas, 2003).

Num outro estudo verificou-se, também, que dos profissionais de saúde avaliados, os enfermeiros evidenciaram níveis de stresse mais elevados estando as principais fontes relacionadas com a “falta de promoção na carreira”, “escassez de pessoal”, “tarefas e exigências contraditórias no papel profissional” e a “orientações e apoio inadequados por parte dos superiores” (Lima Santos & Coelho, 2001).

A falta de condições e a dotação inadequada quer em qualidade quer, em quantidade, das equipas de enfermagem representam importantes factores desencadeantes de stresse e altos índices de tensão no trabalho conduzem a um aumento dos conflitos nos relacionamentos, que podem dificultar o enfrentamento dos stressores (Guido, 2003).

Embora a enfermagem seja considerada pela maioria dos autores como sendo uma profissão de risco, associada a altos níveis de stresse, Luzio Ferreira (1996) num

estudo realizado com enfermeiros a exercer funções em serviços de oncologia, unidades de cuidados intensivos e bloco operatório, obteve resultados que não confirmam estas afirmações: os níveis de stresse apresentavam valores considerados normais e conclui que, para aquela amostra, o nível de stresse não depende do sexo e da idade e que em relação ao estado civil, os indivíduos “divorciados/separados” evidenciam níveis de stresse mais elevados.

Num outro estudo realizado por Ferreira (1999) com enfermeiros a trabalhar em unidades assistenciais à toxicoddependência em Portugal, constatou-se que globalmente, os enfermeiros apresentavam um nível moderado de stresse, relacionando-se a representação de stresse que os enfermeiros têm do seu dia-a-dia de trabalho, com a natureza do conteúdo e organização do trabalho, dor, sofrimento, morte e violência e a disponibilidade de recursos.

Esta mesma autora refere ainda, que de um modo geral, os enfermeiros apresentam menos sintomas e índices globais de stresse sintomático, à medida que decorre o tempo de exercício na profissão e na instituição. A sintomatologia observada com maior frequência relaciona-se com alterações do sono e o stresse sintomático (*domínios da somatização e ideação paranóide*) e associa-se, em particular, com o “conteúdo e organização do trabalho de enfermagem em toxidependência” e com o “desenvolvimento da carreira dos enfermeiros” (*ibd.*).

Bennett (2002) acrescenta que poucos são os estudos que apresentam o trabalho com doentes graves ou moribundos como sendo uma fonte de stresse para os profissionais de saúde.

Em suma, verifica-se que os autores de uma maneira geral, consideram que a enfermagem, enquanto profissão, encontra-se associada ao trabalho fortemente normalizado e ao mesmo tempo fragmentado, devido à divisão das tarefas e técnicas e para além disto, há a acrescentar a excessiva responsabilidade que exige o trabalho com ser humanos, assim como a constante necessidade em ampliar e actualizar conhecimentos.

Resumindo a opinião dos vários autores pode afirmar-se que as características intrínsecas ao trabalho dos enfermeiros exigem muita amplitude na tomada de decisão com conseqüente responsabilização o que impõe grandes exigências psicológicas e controlo. Muitas são as vezes, em que os enfermeiros percebem não ter controlo suficiente que lhes permita fazer frente às responsabilidades que se lhes deparam devido às características inerente ao trabalho e contextos em que o desenvolvem, nomeadamente os menos experientes. A falta de controlo e responsabilidade excessiva podem levar ao desenvolvimento de problemas ao nível físico e psicológico dos enfermeiros (Silva & Melo, 2006).

Alguns estudos mais recentes confirmam que o desenvolvimento do trabalho em equipas multidisciplinares e a metodologia de trabalho em que cada enfermeiro presta cuidados a pacientes específicos, ou seja, de forma individual e personalizada, são factores que proporcionam maior nível de autonomia e, em consequência, contribuem para aumentar a satisfação profissional e redução dos níveis de stresse nos enfermeiros (Guido, 2003).

2.4 – Qualidade de Vida no Trabalho e Prevenção do Stresse

Ligado ao conceito de stresse encontra-se também o conceito de qualidade de vida e, inerente a este, um conceito mais restrito que é a qualidade de vida aliada ao mundo do trabalho (QVT).

A definição de QVT diverge segundo os autores, mas existe um denominador comum, praticamente todas as definições englobam noções como, proporcionar maior humanização do trabalho, aumentar o bem-estar dos trabalhadores e uma maior participação dos mesmos nas decisões e problemas do trabalho (Lacaz, 2000; Neuman, 2007).

A QVT é uma realidade que raramente é encontrada em ambientes hospitalares. Por natureza, o hospital é considerado um meio propício ao adoecer dos que lá trabalham, ou seja, é um recinto insalubre onde os riscos de natureza física e psíquica são uma constante (Couto, 1987; Cruz & Carvalho, 1992; Lipp & Tangannelli, 2002).

2.4.1 – *Algumas Noções Sobre Prevenção do Stresse*

“Prevenir é o melhor remédio”; como diz o ditado; a prevenção é o melhor caminho quando se trata de um problema tão sério como o stresse laboral e para se conseguirem resultados é necessário desenvolver programas que possibilitem a identificação dos problemas, delinear estratégias e consequente planeamento das intervenções, assim como, avaliar e controlar os resultados obtidos. Só assim será possível introduzir as medidas correctivas que se considerem necessárias à diminuição dos factores de risco. Quando se fala de intervenção ao nível do stresse tem de se ter em conta que este fenómeno é uma realidade transversal e multifacetada, que pode ao mesmo tempo ser causa e consequência e que ninguém está livre de sofrer ou vir a sofrer dele.

O combate ao stresse assenta em três tipos de prevenção abrangendo o aspecto organizacional e ou individual/grupal: a primária, a secundária e a terciária. A primeira tem como alvo os factores de risco e fontes de stresse, e os seus objectivos são modificar e otimizar através da gestão das condições pessoais de trabalho e gestão das percepções; a segunda diz respeito a dar apoio, assistir e corrigir, indícios de perturbações e respostas de stresse, recorrendo à gestão do modo de vida que pode incluir: alimentação, exercício físico, técnicas de relaxamento, actividades ao ar livre, bons hábitos de sono. Por fim, a terceira consiste no assistir e recuperar as consequências negativas do stresse; a intervenção a este nível implica o apoio de técnicos especializados, como médico, psicólogo, gestores de recursos humanos, entre outros (Gil-Monte, 2003; Murta, 2005).

Estudos recentes apontam como abordagem privilegiada na pesquisa para intervenção do stresse, o estudo de caso ou múltiplos casos e consideram-no como sendo um dos métodos mais eficazes: “. . . é uma estratégia de pesquisa adequada quando questões ‘como’ e ‘porquê’ são colocadas, tem pouco controlo sobre os eventos e quando o foco está num fenómeno contemporâneo de algum contexto da vida real” (Kompier & Kristensen, 2003, p. 54). Segundo estas autoras este tipo de estudo pode fornecer informações muito úteis em relação ao papel dos factores contextuais e processuais nos programas de prevenção do stresse.

As estratégias de prevenção ao nível organizacional, segundo as recomendações da Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (Comissão Europeia, 2002b), consistem em medidas que visam melhorar o clima organizacional através, por exemplo, da redefinição de funções, melhoria do apoio social, da promoção e da recompensa pelo esforço despendido e, evidentemente, do ajuste das condições físicas de trabalho às capacidades, necessidades e expectativas razoáveis dos trabalhadores. As abordagens a considerar incluem gestão participativa, horários de trabalho flexíveis e progressão na carreira — estas abordagens levam em linha de conta a directiva-quadro da União Europeia e o artigo 152.º do Tratado de Amesterdão (*ibd.*).

Com a adopção de intervenções individuais, unilaterais e fragmentadas corre-se o risco de não considerar todo o contexto e tentar adaptar o trabalhador às características desejáveis ao nível organizacional, podendo assim, correr-se o risco de ainda se estar a aumentar o problema, se não a curto, pode ser a médio ou longo prazo (Murta & Tróccoli, 2004). Opinião idêntica é expressa por Gimeno (2004) quando refere que ao considerar-se que os factores psicossociais de âmbito laboral são inerentes à organização do trabalho, então, o foco de intervenção ao nível da prevenção do stresse deve ser dirigido para este âmbito. As organizações que pretendam o máximo de bem-estar mental, físico e social devem dispor de políticas e procedimentos que adoptem um enfoque integrado ao nível da saúde e da segurança dos seus trabalhadores (Cooper & Cartwright, 2007).

2.5 - Síntese

Como se pode constatar ao longo do referencial teórico, o stresse ocupacional é um campo que tem interessado os investigadores, sendo já vários os estudos efectuados dentro desta problemática, nomeadamente, o stresse nas profissões de saúde tem sido objecto de estudos alagados e rigorosos em países do norte da Europa e Estados Unidos da América (McIntery *et al.*, 2001).

Devido às suas características específicas, é atribuído às instituições de saúde um cunho particularmente stressante, estando associado o stresse dos profissionais a factores como a heterogeneidade profissional, o nível múltiplo de autoridade, a organização do trabalho e a interdependência de autoridade (Abreu, 2003; Carapinheiro,

2005). São, também, considerados stressores os horários de trabalho, as relações interpessoais intra e intergrupos profissionais, a relação com os utentes e familiares, o contacto permanente com o sofrimento e a morte, baixos salários e o baixo reconhecimento profissional (Bennett, 2002; Hernandez, 2003; McIntery *et al.*, 2001; Vives 1994).

Apontadas como profissões de maior risco (físico e psicossocial), temos as profissões ligadas à prestação de cuidados de saúde, sendo a enfermagem referenciada como uma das mais stressantes; vários estudos têm demonstrado que os enfermeiros são susceptíveis ao stresse (Bibbings, 1988, Melo, Gomes, & Cruz, 1997; Pines & Aronson, 1989) e ao *burnout* (Demir *et al.*, 200; Matos *et al.*, 1999, Ross & Altwaier, 1994).

Em Portugal o stresse nas profissões de saúde tem sido alvo de alguns estudos (*e.g.*, Ferreira, 1999; Gomes, 1998; Gomes & Cruz, 2004; Lima Santos & Coelho, 2001; Lima Santos & Cortinhas, 2003; Loureiro, 2006; Luzio Ferreira, 1996; Melo Gomes & Cruz, 1997, McIntery McIntery & Silvério, 1999; McIntery McIntery & Silvério, 2001). Estas investigações têm sido unânimes na referenciação das fontes mencionadas pelos profissionais de saúde como as mais stressantes (*e.g.*, a sobrecarga de trabalho, baixas remunerações, a carência de recursos, a frustração ao nível das expectativas profissionais).

Particularmente, em relação aos enfermeiros e de uma forma geral, os estudos revelam que estes profissionais apresentam níveis de stresse moderados. Quando comparados a outros grupos profissionais, a intensidade de stresse é mais elevada nos enfermeiros (Lima Santos & Cortinhas, 2003; Melo, Gomes & Cruz, 1997) e as fontes consideradas por estes, como mais stressantes, relacionam-se com o clima e estrutura organizacional, com a carreira e realização profissional e com o papel da chefia (McIntery *et al.*, 2001; Lima Santos & Coelho, 2001).

Se, se considerar que a relação com o apoio das chefias tem sido considerado como um preditor importante dos sintomas de stresse ocupacional dos enfermeiros, então “a supervisão é uma área chave de intervenção a nível de prevenção e remediação do stress profissional dos enfermeiros e do aumento da sua satisfação profissional” (McIntery *et al.*, 2001, p. 74).

Esta autora (*ibid.*) acrescenta que os enfermeiros em exercício nos centros de saúde tendem a ser afectados pelo stresse ao nível da sua saúde física e que tendem a externalizar o stresse sobre a forma de hostilidade, irritabilidade e conflito. Os dados revelam, ainda, que 29% dos enfermeiros apresenta sintomas significativos de distresse físico ou problemas em controlar o seu temperamento, apresentando esta situação contornos que justificam a urgência em encontrar soluções específicas de alívio do stresse nestes profissionais (McIntery *et al.*, 2001).

Da revisão da literatura ressalta que esta é uma problemática que requer intervenção célere, pelo que urge, por parte das instituições, desenvolver sistemas eficazes com vista à diminuição das fontes de stresse, o que passa pelo estabelecimento de programas de desenvolvimento e acompanhamento dos trabalhadores que visem o incremento da promoção e manutenção da qualidade de vida no trabalho (Haddad & Fernandez, 2000).

Vários mecanismos poderão ser activados para aliviar o stresse nos enfermeiros, mas todos eles exigem à partida a realização de um diagnóstico exaustivo da situação a intervir. Pelo exposto, torna-se pertinente a análise das fontes de stresse, das respostas ao stresse e dos recursos utilizados pelos enfermeiros para lidar com o stresse, pois, só assim, se poderão alcançar níveis de satisfação profissional que contribuam para a diminuição do stresse e, em consequência, para o aumento da qualidade dos cuidados prestados por estes profissionais ao cidadão.

Tendo por base este quadro geral parece relevante estudar as fontes de stresse profissional em enfermeiros que trabalham nos serviços de internamento de um hospital central, cujo estudo empírico se apresenta, de forma detalhada, nos capítulos seguintes.

3 - ESTUDO EMPÍRICO DAS FONTES DE STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS

A experiência profissional e pessoal da investigadora ao longo de 30 anos, o contacto permanente com problemas relacionados com os enfermeiros e a constatação de que algo não está bem com alguns deles, são factores que estiveram na base da realização do presente estudo.

Na impossibilidade de se fazer uma abordagem global deste tema, delimitou-se o problema ao estudo das fontes de pressão no trabalho dos enfermeiros que desempenham funções em ambiente hospitalar, mais especificamente nos serviços de internamento, com a finalidade de encontrar algumas respostas ou, pelo menos, adquirir informação que possibilite formular propostas de intervenção que possam contribuir para minorar o efeito dos factores nocivos à saúde dos enfermeiros, com consequente repercussão no seu desempenho.

Assim, o presente estudo empírico obedeceu à realização de um conjunto de etapas que se apresentam, de modo esquemático, na figura 3, e que se dá conta a seguir.

Neste capítulo apresenta-se a metodologia utilizada na realização deste estudo, fazendo referência aos objectivos, hipóteses e variáveis, amostra, aos instrumentos utilizados e aos procedimentos adaptados na recolha de dados. Por fim apresentam-se os resultados observados e a respectiva discussão, terminando-se com a apresentação de algumas propostas de intervenção.

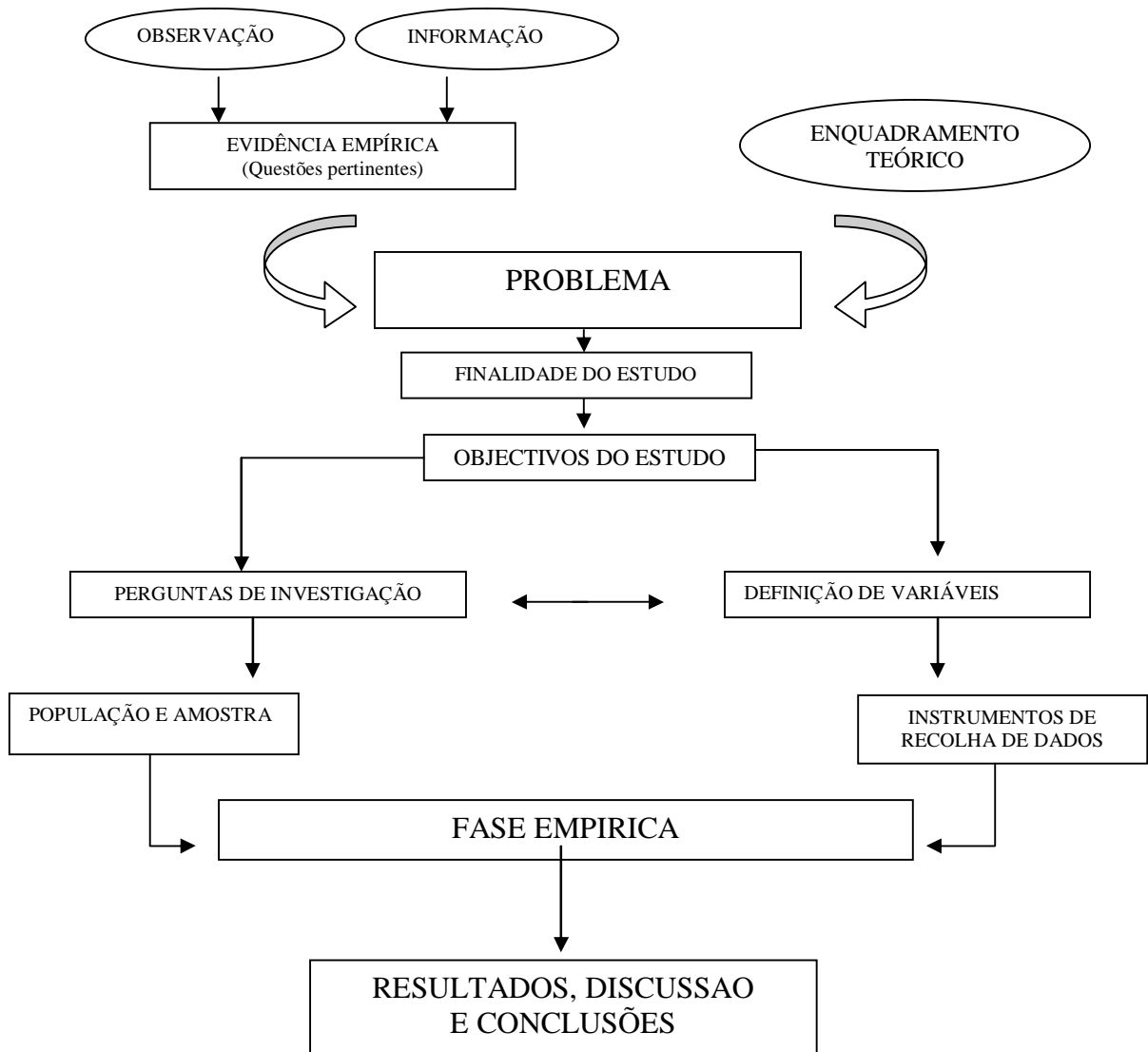


Figura 3 - Etapas realizadas para a condução do presente estudo

3.1 - Objectivos do Estudo

Nas últimas décadas tem-se notado um interesse crescente relativamente à qualidade dos cuidados de saúde, em geral, e da enfermagem, em particular; as referências à qualidade dos cuidados de saúde encontram-se implícitas na Constituição da Organização Mundial de Saúde, nomeadamente, nas recomendações relacionadas

com o estabelecimento de normas e padrões de qualidade e com a avaliação dos serviços de saúde, sendo esta também uma preocupação, existente em Portugal:

. . . as actividades de garantia de qualidade permitem a melhoria da eficácia técnica dos serviços, o aumento da eficiência na utilização dos recursos disponíveis, a diminuição das probabilidades de ocorrência de riscos inerentes à prestação de cuidados e, muito provavelmente, conduzirão a uma maior satisfação da parte dos utentes . . . (Ministério da Saúde, 1985).

Apesar destas recomendações, mais de vinte anos se passaram e ainda não se notaram grandes efeitos práticos destas políticas quer na implementação de programas de qualidade ao nível institucional, quer em relação aos resultados obtidos nos programas existentes, sendo notória a falta de eficácia ao nível da concretização no terreno das directivas emanadas pelos órgãos centrais. Esta dificuldade na concretização de práticas com carácter de transversalidade nas organizações de saúde não é invulgar e resulta das características inerentes às próprias instituições hospitalares, bem como da multiplicidade de grupos a que se associam múltiplas identidades profissionais, entre grupos e inter-grupos, que proporcionam a concepção de diferentes ideias e de práticas divergentes na forma de conduzir os processos (Carapineiro, 2005).

De salientar, ainda, que as exigências colocadas aos enfermeiros em termos de eficácia, eficiência e qualidade dos cuidados de saúde para além de todos os outros factores, passam, também, pela manutenção de profissionais não só competentes, como motivados, satisfeitos e saudáveis. Cabe, pois, às organizações, mormente, aos responsáveis da gestão, criar condições que facilitem o trabalho dos enfermeiros, o que pode passar pelo planeamento das actividades de forma atempada e adequada à realidade das instituições e pela dotação em qualidade e quantidade dos recursos (humanos ou outros) de que os serviços careçam.

É também responsabilidade das organizações detectar factores que provocam disfunções nas várias áreas de exercício profissional e problemas de saúde dos seus profissionais, com vista a criar condições que favoreçam a qualidade de vida no trabalho, tornando os trabalhadores em agentes activos, com capacidade de controlo. Esta capacidade de controlo engloba a autonomia e o poder que os trabalhadores exercem sobre os processos de trabalho, transforma-os em sujeitos na situação: “o

exercício do controle tem tanto uma face objectiva (poder e familiaridade com o trabalho), como uma face subjectiva, ou seja, o limite que cada um suporta das exigências do trabalho (Sato, 1991, citado por Lacaz, 2000, p.154).

Actualmente muitas empresas consideram os Recursos Humanos como o seu capital mais oneroso. Esta percepção está relacionada aos índices crescentes de absentismo, *turnover* e, sobretudo, ao considerável aumento dos problemas de saúde que afecta o desempenho de muitos indivíduos na execução das suas actividades profissionais, assim como, o elevado consumo, por parte dos trabalhadores, de álcool e de drogas (Cooper & Marshall, 1982; Graça & Reis, 1993; Grandjean, 1998; Lachman, 1989; McIntyre *et al.*, 1999).

Se, se considerar, por um lado, que situações deste tipo são inerentes ao exercício profissional dos enfermeiros e que podem resultar em problemas de saúde e, por outro lado, que quanto maior for a participação do trabalhador no processo de decisão em toda a organização, mais elevada é a produtividade (Cooper & Marshall, 1982; Cooper & Smith, 2007; Karasek & Theorell, 1990, citado por Karasek, 2007; Lachman, 1989), então, torna-se importante conduzir estudos que identifiquem as fontes de stresse destes profissionais de saúde.

O despiste precoce dos níveis de stresse nos enfermeiros reveste-se de particular importância devido aos efeitos negativos que produz ao nível da quantidade e qualidade dos cuidados que prestam. Em Portugal existem já alguns estudos efectuados com enfermeiros e embora, os resultados não revelem, ao nível global, níveis de intensidade elevada de stresse nestes profissionais, alertam no entanto, para a necessidade de se realizarem mais estudos, com vista a uma melhor compreensão das variáveis e do fenómeno, pois, só assim, será possível um melhor enquadramento das intervenções a este nível (Ferreira, 1999; Luzio Ferreira, 1996; McIntyre *et al.*, 1999; McIntyre *et al.*, 2001). Alguns estudos apontam para uma relação estreita entre o stresse ocupacional e a satisfação profissional nos profissionais de saúde, influenciando estas variáveis, por sua vez, a qualidade dos cuidados (McIntyre *et al.*, 2001).

Foi com esta perspectiva de procura e identificação de factores nocivos à saúde dos enfermeiros que surgiu este estudo de carácter exploratório, o qual tem como

finalidade última contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, em geral, e, particularmente, para os que se praticam na instituição onde o estudo se realiza.

Para além do objectivo geral deste trabalho i.e., identificar o nível de stresse nos enfermeiros e suas fontes, foram definidos objectivos específicos que se prendem com a realização de estudos diferenciais em função das variáveis ligadas às características sócio-demográficas e laborais dos sujeitos e, as suas relações com as fontes de stresse.

Assim os objectivos específicos delineados para este estudo foram:

1. Identificar a intensidade de stresse nos enfermeiros;
2. Conhecer as fontes de stresse no trabalho dos enfermeiros;
3. Relacionar as fontes de stresse no trabalho dos enfermeiros com as características sócio-demográficas e laborais da população em estudo;
4. Elaborar um plano de intervenção tendo como ponto de partida as conclusões obtidas neste estudo.

O atingir desta última finalidade passa pela elaboração de propostas que possam contribuir para a minimização dos efeitos negativos que os factores indutores de stresse tendem a provocar nos enfermeiros e no seu desempenho, com vista a contribuir para o desenvolvimento de condições, nomeadamente, de âmbito organizacional, que favoreçam a qualidade de vida destes profissionais.

3.2 – Hipóteses

Decorrente da exploração teórica é consensual que existem grupos profissionais que apresentam maior vulnerabilidade/risco ao stresse, constituindo os profissionais de saúde e, em particular, os enfermeiros, um dos grupos de maior risco. Os factores subjacentes a este fenómeno podem ser o tipo de funções desempenhadas, o contactar frequentemente com o sofrimento e a morte, a falta de liberdade de decisão e autonomia limitada. Mais recentemente, outros factores têm sido considerados, como é o caso das pressões advindas da insegurança no emprego, das limitações na progressão e promoção na carreira e das transições no mercado de trabalho. (Albuquerque, 1987; Graça & Reis, 1993; Maslach *et al.*, 2001; McIntyre *et al.*, 2001; Pines & Aronson, 1989; Vaz Serra, 2002).

Subsequente aos aspectos teóricos e aos objectivos traçados e tendo como referência a escala utilizada nesta investigação, foi levantada a seguinte questão: Será que a intensidade do stresse global percebida pelos enfermeiros, neste estudo, se situa acima da intensidade média?

A literatura científica demonstra que os enfermeiros apresentam níveis elevados de stresse global, no entanto, em relação aos estudos diferenciais as conclusões não parecem ser tão concludentes, havendo por isso a necessidade das hipóteses serem formuladas sob a forma de hipótese nula (H_0). Assim, e dado o carácter exploratório deste estudo, formularam-se as seguintes hipóteses nulas:

H_{01} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função do sexo.

H_{02} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função da idade.

H_{03} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função do estado civil.

H_{04} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função do número de descendentes.

H_{05} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função das habilitações.

H_{06} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função do número médio de horas anuais de formação.

H_{07} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função da antiguidade na profissão.

H_{08} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função da antiguidade no actual serviço.

H_{09} - A intensidade de stresse não altera em função do número de instituições onde o enfermeiro exerce a sua actividade profissional.

H_{010} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função do tipo de horário praticado.

H_{011} - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função do número médio de horas de trabalho semanal.

H₀ 12 - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função do serviço onde exercem funções.

3.3 - Variáveis

3.3.1 – Variáveis Independentes

Por variável independente, ou *atributiva*, neste caso, entende-se o conjunto de características físicas, psicológicas e sociais que podem afectar os resultados nas variáveis dependentes consideradas (Almeida & Freire, 2003). As variáveis independentes consideradas (e respectivas modalidades) no presente estudo foram:

- Variáveis individuais:
 - Sexo: Feminino; Masculino
 - Idade: Até 30 anos; de 31- 40 anos; de 41 - 50 anos; mais de 50 anos.
 - Estado Civil: Solteiro; casado/ união de facto; divorciado/separado e viúvo.
 - Número de descendentes: Nenhum, Um; Dois; mais de Dois.
 - Habilitações: Bacharelato; Licenciatura/Mestrado; Outros.

- Variáveis laborais:
 - Número médio de horas anuais de formação: até 15 h; de 16 - 30 h; de 31 - 60 h; mais de 60h.
 - Antiguidade: na profissão: Até 3 anos; de 4 -10 anos; de 11 - 20 anos; mais de 20 anos.
 - Antiguidade no actual serviço: Até 2 anos; de 3 - 5 anos; de 6 - 10 e mais de 10 anos.
 - Número de instituições onde exerce a actividade profissional: só nesta instituição e noutra(s) instituições(s).
 - Tipo de horário praticado: turnos diurnos; turnos rotativos.
 - Média de horas de trabalho semanal: Até 35 h; de 36 - 42 h; 43 - 50 h e mais de 50 h.
 - Serviço onde exercem funções: Medicina (inclui todos os serviços de Medicina Interna e Especialidades Médicas); Cirurgia (que abrange os Serviços de Cirurgia Geral e Especialidades Cirúrgicas

(Neurocirurgia e Ortopneumatologia); Outros Serviços (incluiu a Pediatria, Obstetrícia e Psiquiatria).

3.3.2 - *Variáveis Dependentes*

A variável dependente diz respeito à característica que aparece ou muda quando a variável independente é intervencionada (Almeida & Freire, 2003).

No caso do presente estudo as variáveis dependentes são as:

- Fontes de Stresse Profissional nos Enfermeiros.

Esta variável engloba 24 fontes de stresse profissional nos enfermeiros e pretende-se verificar a intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros para cada uma das 24 fontes de stresse:

- Más condições físicas e psicológicas
- Carência de recursos humanos
- Carência de recursos materiais
- Lidar com o sofrimento e a morte
- Sobrecarga de trabalho
- Conflitos interpessoais no trabalho
- Ambiguidade de papéis
- Excessivo número de doentes por profissional
- Desumanização do atendimento e do tratamento
- Falta de privacidade
- Exigências hierárquicas
- Responsabilidades profissionais
- Incapacidade de responder às exigências dos utentes
- Rotina do trabalho
- Incerteza e limites de conhecimento
- Riscos para a própria saúde, por ex: - contágio, etc.
- Falta de autonomia
- Falta de oportunidades de formação
- Salário insuficiente
- Estado clínico dos doentes
- Execução de tarefas administrativas
- Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais

- Serviço nocturno e aos Sábados, Domingos e feriados
- Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste

A fim de medir o nível de stresse em cada uma das fontes, para além da possibilidade: “Não se aplica”, foram consideradas mais cinco possibilidades de respostas que podem apresentar valores no intervalo de 1 a 5.

- Muito pouco stresse [1, 2 [;
- Pouco stresse [2, 3 [;
- Stresse médio [3, 4 [;
- Muito stresse [4, 5 [;
- Stresse extremo = 5

Ao nível da escala as possibilidades de resposta podem abranger valores numa amplitude de 24 a 120 pontos, nos seguintes intervalos:

- Muito pouco stresse [24, 48 [;
- Pouco stresse [48, 72 [;
- Stresse médio [72, 96 [;
- Muito stresse [96, 120 [;
- Stresse extremo = a 120

- A Intensidade de Stresse Total nos Enfermeiros:

- É a variável que designa o valor da intensidade de stresse resultante da média da intensidade de stresse obtida em cada uma das fontes acima referidas.

3.4 - Método

3.4.1- *Participantes*

Para além da definição correcta do problema, uma das partes considerada em investigação como uma das mais importantes, prende-se com a escolha da população a estudar, pois é desta que se vai obter a amostra que será o suporte de toda a investigação (Fortin, 1999). A população escolhida para este estudo foi constituída pelos enfermeiros a exercer funções nos serviços de internamento de um Hospital Central do Porto, num

total de 1225. Segundo dados fornecidos pela Direcção de Enfermagem, nestes serviços os enfermeiros estão distribuídos da seguinte forma:

- Unidade Autónoma de Gestão – Medicina>> 480 enfermeiros.
- Unidade Autónoma de Gestão - Cirurgia>> 619 “
- Unidade Autónoma de Gestão - Mulher e Criança ..>>> 126 “

A escolha do campo de estudo recaiu sobre esta instituição por ser um hospital central o qual possui características estruturais e de dinâmica que se enquadram dentro dos objectivos do estudo a realizar, como é o caso de ambientes de trabalho diversificados e de um elevado número de enfermeiros, cerca de 1600 (Universo). Este número permite a obtenção de uma amostra com a grandeza necessária para poder ser considerada representativa da população, “o tamanho de uma amostra deve ser suficiente para atingir um nível de potência aceitável com vista a reduzir o risco de cometer erros de rejeição ou não rejeição das hipóteses nulas no decurso do processo da sua verificação”(Ktaemer & Thiemann, 1977, citado por Fortin, 1999, p. 211).

Na delimitação da população alvo foram tidas em consideração os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

Critérios de inclusão:

- Exercerem funções em serviços de internamento do foro médico, cirúrgico e especialidades médicas e cirúrgicas, obstetrícia, pediatria e psiquiatria;
- Possibilidade de praticar horário diurno e por turnos;
- Existirem todas as categorias profissionais,
- As equipas serem compostas por mais de 15 enfermeiros;
- Terem metodologias de trabalho idênticas.

Critérios de exclusão:

- Exercerem funções em unidades de cuidados intensivos (excluíram-se estes serviços por estar a decorrer um outro estudo de outros autores, com características semelhantes);
- Exercerem funções em Ambulatório e outros serviços onde não se pratica horário por turnos.

Assim, a população acessível é composta por todos os enfermeiros a trabalhar nos serviços seleccionados para o estudo que satisfazem os critérios de selecção, “os sujeitos acessíveis são típicos da população, em relação às variáveis críticas que se pretende medir...” (Polit & Hungler 1995, p. 386). Por se considerar que o grupo de serviços pela sua natureza já apresenta a homogeneidade que respeita as características a estudar e existindo a incapacidade de definir à partida a taxa de aderência dos sujeitos por serviço, não foi feita a estratificação dos grupos segundo os serviços, optando-se antes por retirar uma amostra global que engloba todos os sujeitos que responderam ao questionário nos serviços seleccionados.

Pelas características do estudo e no sentido de preservar o anonimato dos sujeitos, o processo de amostragem utilizado foi a amostragem accidental. A amostragem accidental “é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado” (Fortin, 1999, p. 208).

O uso desta metodologia possibilita que cada um dos enfermeiros a trabalhar nesses serviços, possua a mesma probabilidade de integrar a amostra, visto que “a selecção de um sujeito não interfere ou condiciona a selecção do sujeito seguinte” (Almeida & Freire, 2003, p. 105) permitindo, assim, obter uma amostra suficientemente grande, de forma a garantir a validade dos resultados e possibilitar a generalização à população.

3.4.1.1 – *Caracterização da amostra*

Tendo em consideração estes procedimentos, chegou-se a uma amostra composta por 333 enfermeiros que desempenham funções em serviços de internamento de um Hospital Central do Porto.

3.4.1.1.1 - *Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis individuais*

Pela observação do quadro 3 verifica-se que a amostra é predominantemente do sexo feminino (77%), constituída maioritariamente por enfermeiros com idade igual ou inferior a 30 anos (60%) e que menos de um quarto dos enfermeiros (17%) tem idade superior a 40 anos. Verifica-se igualmente que mais de metade dos sujeitos da amostra

são solteiros (56%), não têm descendentes a seu cargo (64%) e que a grande maioria dos enfermeiros inquiridos tem como habilitação a licenciatura/Mestrado (94%).

Quadro 3 - *Caracterização individual da amostra*

VARIÁVEIS	n	(%)
Sexo		
Feminino	257	(77)
Masculino	76	(23)
Idade (anos)		
Até aos 30	199	(60)
31-40	76	(23)
Mais de 40	58	(17)
Estado civil		
Solteiro	186	(56)
Casado	135	(41)
Divorciado/ Separado	12	(4)
Viúvo	0	(0)
Nº de descendentes a cargo *		
Nenhum	211	(64)
Um	54	(16)
Dois	54	(16)
Mais de dois	12	(4)
Habilitações **		
Bacharelato	21	(6)
Licenciatura/ Mestrado	309	(94)

Nota: * - Foram observadas 2 omissões de resposta

** - Foram observadas 3 omissões de resposta

3.4.1.1.2 - *Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis laborais*

No que respeita às características laborais da amostra que se encontram descritas no quadro 4, constata-se que a maior percentagem dos enfermeiros da amostra têm dez ou menos anos de profissão (66%): 38% trabalham há 3 ou menos anos e os restantes 28% trabalham entre os 4 e 10 anos.

Em relação à antiguidade no actual serviço, os valores são condizentes com os dados obtidos em relação à antiguidade na profissão, e mostram que uma grande percentagem dos enfermeiros trabalha no actual serviço há 5 ou menos anos (72%).

Os dados também mostram que 16% dos enfermeiros da amostra investe mais de 60 horas anuais, em formação profissional.

Dos enfermeiros inquiridos, 65% só trabalha nesta instituição e 35% trabalha também noutra(s) instituições. Quanto ao número de horas de trabalho semanal, 50% dos enfermeiros trabalham de 36 a 42 horas, 35% até 35 horas, 9% de 43 a 50 horas e 6% mais de 50 horas.

Quadro 4 – *Caracterização laboral dos enfermeiros*

VARIÁVEIS	n	(%)
Nº médio de horas anuais de formação*		
Até 15	128	(40)
De 16 a 30	93	(29)
De 31 a 60	48	(15)
Mais de 60	53	(16)
Antiguidade na profissão**		
Até 3	123	(38)
De 4 a 10	93	(28)
De 11 a 20	59	(18)
Mais de 20	53	(16)
Antiguidade no actual serviço***		
Até 2	150	(45)
De 3 a 5	88	(27)
De 6 a 10	46	(14)
Mais de 10	48	(14)
Exercício da actividade profissional****		
Só nesta instituição	217	(65)
Noutra (s) instituição (s)	115	(35)
Tipo horário praticado*****		
Turnos diurnos	56	(17)
Turnos rotativos	276	(83)
Média de horas trabalho semanal		
Até 35	118	(35)
De 36 a 42	165	(50)
De 43 a 50	29	(9)
Mais de 50	21	(6)
Serviço		
Medicina	136	(41)
Cirurgia	129	(39)
Outros	68	(20)

Nota: * - Foram observadas 11 omissões de resposta; ** - Foram Observadas 5 omissões s de resposta

*** - Foram Observadas 1 omissões de resposta; **** - Foram Observadas omissões de resposta

***** - Foram Observadas 1 omissões de resposta.

Quanto ao serviço, a Medicina é o serviço onde trabalha o maior número de enfermeiros (41%), sendo os turnos rotativos (manhãs, tardes e noites) o tipo de horário praticado por 83% dos enfermeiros e os restantes 17% fazem horário diurno (manhãs e/ou tardes).

3.4.2 - Instrumentos

Para se proceder à recolha dos dados conducentes ao estudo das variáveis seleccionadas, foi utilizado um instrumento de pesquisa (c.f. Anexo A) que é composto por:

- Questionário sócio-demográfico e,
- Questionário sobre Fontes de Stresse Profissional em Enfermeiros (FSPE)

O questionário sócio-demográfico foi construído particularmente para o presente estudo com o intuito de obter informação específica sobre a situação individual e laboral dos enfermeiros que constituem a amostra.

3.4.2.1 – *Questionário Sócio-Demográfico*

Este questionário compreende um total de 11 questões: Sexo, Idade, Estado civil, Número de descendentes a cargo, Habilitações, Número médio de horas anuais de formação, Antiguidade na profissão, Antiguidade no serviço, Exercício da actividade profissional, Tipo de horário praticado e Número de horas de trabalho semanal. As questões foram elaboradas, tendo por base a operacionalização das variáveis independentes.

O questionário é constituído por questões fechadas que foram seleccionadas e categorizadas tendo em conta as características dos sujeitos do estudo, a sua situação laboral e o contexto geral onde estão inseridos. Para além das questões relativas à Idade e ao Sexo e ao Estado Civil, o questionário faz referência a outras que se passam a comentar:

- Com a questão *Número de descendentes a cargo*, pretende-se obter informação que permita relacionar o stresse percebido pelos enfermeiros com o número de descendentes. Optou-se por categorizar esta variável em quatro escalões: Nenhum, Um, Dois e Mais de dois.
- Em *habilitações* faz-se referência às habilitações profissionais (bacharelato e licenciatura, e dá-se a oportunidade, em questão aberta, de serem referidas aquelas situações que não estão abrangidas por estas duas categorias: Mestrado e Doutoramento.

- Tendo em conta as referências que são feitas em alguns estudos (Demir *et al.*, 2003), que consideram ser a formação profissional uma das variáveis que poderá ajudar a diminuir a intensidade de stresse sentida pelos trabalhadores nos mais diversos campos; incluiu-se a questão, *Número médio de horas anuais de formação*, a qual é apresentada com quatro possibilidades de resposta: até 15 horas, de 16 a 30 horas, de 31 a 60 horas e mais de 60 horas.

- Em relação à antiguidade da actividade profissional, foram colocadas duas questões, tendo em conta duas modalidades: *Antiguidade na profissão e Antiguidade no actual serviço*. Utilizou-se esta forma por se considerar que o tempo de serviço nas duas situações consideradas pode ter influência no desenvolvimento de situações de stresse, como é afirmado por alguns autores (Pines & Aronson, 1989; Ross & Altwaiier, 1994). A resposta foi solicitada aos inquiridos em termos de *anos* por se considerar que a diferença em meses não seria relevante para os resultados.

- A questão *Exercício da actividade profissional* foi introduzida tendo em vista obter dados que possam fornecer pistas sobre a situação do trabalho em regime de pluriemprego dos inquiridos e assim, poder verificar-se o tipo de relação desta variável com o stresse. A questão apresenta duas possibilidades de resposta: Só nesta instituição e noutras instituições.

- Ao solicitar a informação sobre o *Tipo de horário praticado* dão-se quatro opções de resposta, visto haver a possibilidade dos enfermeiros da amostra praticar as modalidades de horários referidas.

- Na questão *Horas de trabalho semanal*, considera-se como base, as opções de horário referido no Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro e que são o horário normal (35 horas/semana) o horário acrescido (42 horas/semana). Foram, para além destas possibilidades, consideradas mais duas opções porque há enfermeiros que trabalhando apenas numa instituição e praticam o horário superior a 35 horas. São exemplos: - a) os enfermeiros admitidos desde 2005, com contrato individual de trabalho de 40 horas; b) aqueles que trabalham em mais de uma instituição, em duplo emprego; c) os que trabalham para além do horário normal, tempo que pode ser pago como trabalho extraordinário ou ser compensado em folgas. A possibilidade de *Mais de 50 horas* permite obter informação sobre se existe ou não, nesta amostra, sobrecarga de trabalho, em termos de número de horas de trabalho semanal, como, frequentemente, é referenciado na literatura.

De salientar que o questionário não inclui uma questão sobre *Serviço onde Trabalha* por se considerar poder vir a interferir nas respostas, uma vez que pode levar os respondentes a considerar ser posta em questão a confidencialidade dos dados, Tendo-se optado por codificar os questionários depois de serem recebidos. A codificação obedece às características específicas de cada um dos serviços. A opção *Outros* abrange todos os serviços que não se encontram contemplados nas outras possibilidades ou aqueles em que o número de respondentes seja muito diminuto.

3.4.2.2 - *Questionário Fontes de Stresse Profissional nos Enfermeiros*

A avaliação das fontes de stresse foi feita através do questionário “Fontes de Stresse Profissional em Enfermeiros” (FSPE), de autoria de McIntyre *et al.*, (1999), após autorização verbal dos autores. A opção por este instrumento deve-se ao facto de este possuir as características necessárias e desejáveis que permitiam obter a informação pretendida para a investigação que se desejava levar a cabo nesta dissertação, tais como ser um questionário desenvolvido em populações de enfermeiros portugueses, com amostras significativas, e ser constituído por um número breve de itens tornando-o, assim, num instrumento de fácil aplicação.

O questionário FSPE é um instrumento que compreende um total de 24 itens referentes a 24 fontes de stresse profissional. Para cada item há uma escala tipo *Likert*, de 5 pontos, que varia entre “Muito pouco Stresse” e “Stresse extremo”, e uma opção de não aplicável. Para cada fonte de stresse a pontuação pode variar entre 0 e 5 pontos. Quanto maior for a pontuação obtida maior é a intensidade percebida da fonte de stresse. Relacionada a amplitude à escala, os valores podem oscilar entre um mínimo de 0 e um máximo de 120 pontos.

De salientar que este questionário foi utilizado pelos seus autores num estudo efectuado com enfermeiros portugueses em várias instituições de saúde (McIntyre *et al.*, 1999) e num outro, com profissionais de saúde da Região Norte, realizado em parceria no âmbito do protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a Universidade do Minho (McIntyre *et al.*, 2001).

O estudo das qualidades psicométricas revela que existe boa fidelidade, Alpha Cronbach igual a 0.88, e boa validade de construto (Loureiro, 2006). Decorrente do estudo das qualidades deste questionário, extraíram-se cinco factores com valor próprio superior a 1; destes cinco factores seleccionaram-se, por derivação empírica, cinco sub-escalas cuja designação teve por base a significação atribuída ao conjunto dos itens que compõem cada uma delas:

- FACTOR I – Relação Profissional com os Utentes (itens 9, 10, 13, 15).
- FACTOR II – Estrutura Organizacional (itens 1, 2, 3, 5, 6, 8, 11).
- FACTOR III - Exigências Intrínsecas ao Trabalho (itens 4, 12, 14, 20, 23, 24)
- FACTOR IV – Carreira e Realização (itens 16, 17, 18, 19).
- FACTOR V – Conflitos Interpessoais (itens 7, 21, 22).

3.4.2.2.1 – *Estudo das qualidades psicométricas do questionário fontes de stresse profissional nos enfermeiros*

O estudo das qualidades psicométricas dos instrumentos de avaliação em psicologia assenta nas normas ou padrões para interpretação dos resultados brutos: “é mais correcto reportar os coeficientes de sensibilidade, de fidelidade e validade, não ao teste em si mesmo, mas aos *resultados* “ (Almeida & Freire, 2003, p. 155). Estes autores acrescentam que as análises psicométricas de um instrumento de avaliação, não deverão ser realizadas apenas aquando da construção de um novo, mas sempre que esse instrumento seja utilizado importa conhecer estes parâmetros: validade, fidelidade e sensibilidade, dos resultados, para cada amostra ou população.

Validade

A *validade dos resultados* significa, em linguagem mais tradicional, que os resultados do teste medem aquilo que se pretende medir (Almeida & Freire, 2003). Mais recentemente, outro significado é atribuído a este conceito e consiste no conhecimento que se possui daquilo que o teste está a medir. Importa então saber o que o teste está efectivamente a avaliar.

A validade interna e externa do estudo diz respeito aos resultados obtidos e não ao instrumento utilizado e o método mais utilizado na sua apreciação é a *análise*

factorial dos itens e dos resultados (*ibd.*). A carga factorial de um item no factor traduz em que medida esse item representa comportamentalmente um dado traço latente e não é mais do que a percentagem de covariância existente entre esse item e o respectivo factor. A análise factorial permite identificar quais são os itens que melhor avaliam os traços ou dimensões a avaliar.

Neste tipo de análise é considerada a *carga factorial* ou saturação de cada item nos factores isolados, e ela pode variar entre - 1.00 e + 1.00. O valor 0 significa ausência de relação entre o item e o factor e quanto mais próximos os valores se encontrarem da unidade mais estreita é a sua relação. De referir que em análise factorial não é relevante o sinal que as cargas factoriais tomam e mais importante que o sinal, é a sua magnitude. As cargas positivas ou negativas apenas revelam que os itens se encontram relacionados ao pólo positivo ou negativo do factor.

Designa-se por comunalidades a proporção da variância de cada variável explicada pelas componentes principais retidas. As comunalidades iniciais tomam o valor 1 e após a extracção podem variar entre 0 e 1. Existem tantas componentes principais quantas as variáveis. O valor 0 significa que os factores comuns não explicam qualquer variância da variável e o valor 1, pelo contrário, significa que toda a sua variância é explicada pelos factores comuns (Pestana & Gageiro, 2000).

Através da análise do quadro 5, verifica-se que as comunalidades (h^2) estão contidas entre o valor mínimo de 0,426, na fonte “Exigências hierárquicas” e o valor máximo de 0,718, na fonte “Carência de recursos humanos”. Estes resultados significam que 0,426 é o valor menor de variância explicado pelos factores comuns, encontrando-se todos os outros acima deste valor e, portanto, mais próximos da unidade.

Procedeu-se ao estudo da validade recorrendo ao método de análise factorial. Os 24 itens que compõem o questionário FSPE foram submetidos à análise factorial do tipo exploratório, com análise das principais componentes, seguindo-se o método varimax de rotação dos eixos, com oito interacções e recorrendo ao método de normalização de Kaiser extraíram-se cinco factores com valor próprio superior a 1; a escolha de 5

factores pareceu ser adequada em termos de variância total explicada, visto ser superior a 50%; foram considerados os itens com carga factorial superior 0.40.

Quadro 5 - *Estrutura factorial dos itens do questionário FSPE*

FONTES	FACTORES					h^2
	I	II	III	IV	V	
9 - Desumanização do atendimento e do tratamento	,739					,709
10 - Falta de privacidade	,642					,574
13 - Incapacidade de responder às exigências dos utentes	,683					,653
15 - Incerteza e limites de conhecimentos	,579					,507
1 - Más condições físicas e psicológicas		,608				,507
2 - Carências de recursos humanos		,825				,718
3 - Carências de recursos materiais		,704				,643
5 - Sobrecarga de trabalho		,532				,502
6 - Conflitos interpessoais de trabalho		,505				,502
8 - Excessivo número de doentes por profissional		,570				,610
11 - Exigências hierárquicas		,368				,426
4 - Lidar com o sofrimento e a morte			,625			,496
12 - Responsabilidades profissionais			,561			,488
14 - Rotina do trabalho			,513			,466
20 - Estado clínico dos doentes			,687			,552
23 - Serviço nocturno e aos sábados, domingos e feriados			,485			,432
24 - Demasiadas exigências do utente e/ou familiares			,582			,535
16 - Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)				,517		,564
17 - Falta de autonomia				,441		,535
18 - Falta de oportunidades de formação				,732		,608
19 - Salário insuficiente				,780		,688
7 - Ambiguidade de papéis					,797	,683
21 - Execução de tarefas administrativas					,606	,549
22 - Conflito das exigências profissionais, familiares e					,444	,642
Valor próprio (total de variância)	8,349	1,631	1,390	1,209	1,063	
% de Variância	34,789	6,797	5,793	5,039	4,428	
Variância total explicada						$\Sigma = 56,845$

Fidelidade

A validade de uma medida tem a ver com a *congruência*, enquanto a fidelidade tem a ver com a *exactidão* com que a medida é efectuada (Almeida & Freire, 2003, p. 170). A fidelidade dos resultados avalia a confiança ou exactidão que podemos ter da informação obtida e este conceito pode significar que o teste avalia o mesmo quando aplicado em dois momentos diferentes aos mesmos sujeitos, o que nos remete para o conceito de estabilidade e constância dos resultados, ou que os itens do teste formam um todo homogéneo, ou seja, o teste apresenta consistência interna (*ibd*).

Os métodos utilizados no cálculo da fidelidade dos resultados assentam em coeficientes de correlação de resultados e diferem conforme se trata duma análise relacionada com a estabilidade ou com a consistência. Para o primeiro caso utilizam-se os métodos teste-reteste com o mesmo teste ou o teste-reteste em formas paralelas. No segundo caso pode-se recorrer ao método da bipartição dos itens e ao da consistência interna dos itens. Através da análise da consistência interna procura-se avaliar em que grau a variância geral dos resultados na prova se associa ao somatório da variância item a item. A utilização deste método requer apenas uma única aplicação do instrumento usado na avaliação e será este o utilizado para este estudo.

O *Alpha de Cronbach* é uma das medidas mais usadas na verificação da consistência interna de um grupo de itens e define-se como sendo a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens e que meçam a mesma característica, ou seja, informa se os dados poderão ser generalizáveis em função da amostra de itens para outros itens de um mesmo traço ou para outras dimensões (Almeida & Freire, 2003). O valor obtido é um limite inferior da consistência interna e não deve assumir valores negativos; se isso acontecer é sinal de que há correlações negativas, significando que não existe consistência interna dos resultados e, por conseguinte, o instrumento não apresenta os índices de fidelidade necessários à sua utilização pelo que deverá ser revisto: “as variáveis que medem a mesma realidade devem estar categorizadas no mesmo sentido” (Pestana & Gajairo, 2000, p. 415).

Tendo como objectivo avaliar a fidelidade dos resultados obtidos efectuou-se a análise de consistência interna dos itens determinando-se o coeficiente de *Alpha Cronbach* e encontrou-se um coeficiente de fidelidade para o questionário FSPE de 0,914 (cf. Quadro 6). Este valor revela que existe uma consistência interna muito boa porque é superior a 0,8, sendo este o valor considerado como indicador de boa consistência interna (Pestana & Gajairo, 2000). No quadro 6 encontram discriminadas as correlações e os valores de Alpha por item. As correlações obtidas item a item da escala variam entre 0,304 e 0,660 com uma correlação média, inter-itens, igual a 0,313.

Quadro 6 – *Consistência interna do questionário FSPE*

Itens	Correlação	Alpha Cronbach's
Más condições físicas e psicológicas	,530	,911
Carências de recursos humanos	,498	,911
Carências de recursos materiais	,521	,911
Lidar com o sofrimento e a morte	,431	,913
Sobrecarga de trabalho	,551	,910
Conflitos interpessoais de trabalho	,554	,910
Ambiguidade de papéis	,378	,914
Excessivo número de doentes por profissional	,660	,908
Desumanização do atendimento e do tratamento	,629	,909
Falta de privacidade	,615	,909
Exigências hierárquicas	,590	,910
Responsabilidades profissionais	,496	,911
Incapacidade de responder às exigências dos utentes	,645	,909
Rotina do trabalho	,563	,910
Incerteza e limites de conhecimentos	,556	,910
Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)	,575	,910
Falta de autonomia	,581	,910
Falta de oportunidades de formação	,480	,912
Salário insuficiente	,511	,911
Estado clínico dos doentes	,510	,911
Execução de tarefas administrativas	,486	,912
Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais	,645	,909
Serviço nocturno e aos sábados, domingos e feriados	,304	,916
Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste	,510	,911

Foi, também, estimada a consistência interna das escalas baseadas nos factores, cujas estatísticas e valores de consistência interna se encontram descritos no quadro 7. Todas as escalas apresentam valores elevados de consistência interna.

Quadro 7 - *Estatísticas descritivas e valores de Alpha de Cronbach's para as sub escalas*

FACTORES / SUB ESCALAS	M (itens)	DP	Alpha Cronbach's
I – Relação Profissional com os Utentes	2,997	1,00	0,809
II – Estrutura Organizacional	3,090	0,97	0,819
III - Exigências Intrínsecas ao Trabalho	2,973	0,95	0,734
IV – Carreira e Realização	3,034	1,05	0,734
V – Conflitos Interpessoais	2,947	1,11	0,661

Sensibilidade

A *sensibilidade dos resultados* é mais um parâmetro utilizado na definição das qualidades psicométricas de um instrumento de avaliação e é definida como o grau em que os resultados obtidos numa prova aparecem distribuídos diferenciando os sujeitos entre si nos seus níveis de realização.

A análise da sensibilidade dos resultados encontra-se ligada ao conceito de normalidade ou não normalidade da distribuição dos resultados, no sentido da curva de Gausse, pelo que os resultados das medidas de tendência central – média, moda e mediana - deverão estar muito próximas entre si; das medidas de dispersão – os resultados deverão distribuir-se acima e abaixo da média numa amplitude de 2,5 ou 3 unidades de desvio padrão e das medidas de distribuição - coeficientes de assimetria e de curtose - que não deverão afastar-se do zero ou pelo menos, não deverão ultrapassar a unidade (Almeida & Freire, 2003).

No quadro 8, encontram-se discriminadas as medidas de tendência central, dispersão e de distribuição referentes ao questionário FSPE. Pode verificar-se que as medidas de tendência central apresentam valores muito próximos entre si e os valores referentes aos coeficientes de distribuição encontram-se abaixo da unidade.

Quadro 8 – *Medidas de tendência central, coeficientes de assimetria e de curtose do questionário FSPE*

Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Simetria	Curtose
3,01	3	4	1	-0,031	-0,011

Em síntese, os resultados da análise das qualidades psicométricas do questionário FSPE evidenciam que existe uma boa fidelidade, validade de construto e sensibilidade, pelo que se pode considerar um instrumento com qualidade e útil na avaliação das fontes e intensidade de stresse nos enfermeiros, podendo afirmar-se que

globalmente mede o que se pretende medir (validade), mede com qualidade (fidelidade) e distingue os sujeitos entre si (sensibilidade).

3.4.3 – Procedimento

Após ter sido seleccionado o Hospital para a recolha de dados, foi dado conhecimento e solicitada autorização à Enfermeira Directora (cf. Anexo B). No início de Março de 2007 procedeu-se à administração do instrumento para a recolha de dados nos serviços seleccionados (todos os serviços de internamento), tendo previamente sido pedida a colaboração dos enfermeiros chefes para a sua distribuição. Foi também, solicitada a participação dos sujeitos e reforçado o carácter anónimo e a confidencialidade dos dados recolhidos.

Foram entregues 1100 questionários aos enfermeiros chefes dos serviços seleccionados para serem distribuídos pelos enfermeiros em exercício nos respectivos serviços, sendo dado um prazo de 30 dias para a devolução dos mesmos, após o seu preenchimento, em caixa colocada no gabinete do enfermeiro chefe.

Foi preocupação da investigadora ao seleccionar a amostra, atender ao número de sujeitos, de forma a tornar a amostra representativa do universo/população, tendo para isso prolongado o período de recolha dos questionários pelos serviços por mais 15 dias, e insistido junto dos responsáveis para que estes fossem distribuídos ao maior número de enfermeiros possível. No final do mês de Abril procedeu-se à última recolha dos questionários tendo-se obtido 333 questionários correctamente preenchidos. Este número de sujeitos foi considerado suficiente para a composição da amostra de estudo.

3.5 – Resultados

Deste capítulo constará a apresentação e análise dos resultados observados relacionados com a intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros e dos resultados obtidos no estudo das relações entre as variáveis seleccionadas para esta investigação. A análise comparativa efectuada consistiu na realização de testes paramétricos (Teste t e ANOVA), tendo sido considerado um nível de significância de 0,05.

Por se considerar ser necessário para a análise dos dados, apresentam-se as cinco sub-escalas resultantes dos cinco factores auferidos do estudo psicométrico do questionário Fontes de Stresse Profissional nos Enfermeiros (FSPE): - FACTOR I – Relação Profissional com os Utentes (RPU); FACTOR II – Estrutura Organizacional (EO); FACTOR III - Exigências Intrínsecas ao Trabalho (EIT); FACTOR IV – Carreira e Realização (CR); FACTOR V – Conflitos Interpessoais (CI).

Ao nível destas sub-escalas, para cada possibilidade, as respostas podem apresentar os seguintes valores de amplitude.

- Relações profissionais com os utentes: Muito pouco stresse [7,14 [; Pouco stresse [14,21 [; Stresse médio [21,28 [; Muito stresse [28,35 [; Stresse extremo = 35.
- Estrutura Organizacional: Muito pouco stresse [6,12 [; Pouco stresse [12,18 [; Stresse médio [18,24 [; Muito stresse [24,30 [; Stresse extremo = 30.
- Exigências Intrínsecas ao Trabalho: Muito pouco stresse [4,8 [; Pouco stresse [8,12 [; Stresse médio [12,16 [; Muito stresse [16,20 [; Stresse extremo = 20.
- Carreira e Realização: Muito pouco stresse [4,8 [; Pouco stresse [8,12 [; Stresse médio [12,16 [; Muito stresse [16,20 [; Stresse extremo = 20.
- Conflitos Interpessoais: Muito pouco stresse [3,6 [; Pouco stresse [6,9 [; Stresse médio [9,12 [; Muito stresse [12,15 [; Stresse extremo = 15.

Fruto do tratamento preliminar dos resultados verificou-se a necessidade de introduzir o reagrupamento das seguintes variáveis: Idade – as categorias (41- 50 anos) e (>50 anos) foram englobadas numa só categoria (>40 anos); Habilitações - as categorias (Licenciatura) e (Mestrado) foram agrupadas na categoria (Licenciatura/Mestrado) e Tipo de Horário Praticado - foi agrupada em apenas duas categorias (Turnos diurnos) e (Turnos Rotativos), englobando a primeira as categorias de (Normal) e (Turnos Diurnos) e a segunda as categorias (Turnos Rotativos e Turnos Nocturnos).

3.5.1 – *Intensidade de Stresse nos Enfermeiros*

No quadro 9, apresentam-se os resultados referentes à intensidade média de stresse (M) obtida para cada uma das fontes de stresse e respectivo desvio padrão (DP). Os resultados obtidos e, tendo como referência a escala utilizada, permitem dar resposta à questão colocada na génese desta investigação: Será que a intensidade do stresse global percebida pelos enfermeiros, neste estudo, se situa acima da intensidade média?

Quadro 9 - *Intensidade de Stresse segundo as fontes de stresse profissional nos enfermeiros*

Fontes de stresse	M	DP
- Relação Profissional com os Utentes (RPU)		
- Desumanização do atendimento e do tratamento	3.12	1.08
- Incapacidade de responder às exigências dos utentes	3.02	1.03
- Incerteza e limites de conhecimentos	2.65	0.96
- Falta de privacidade	2.97	1.05
- Estrutura Organizacional (EO)		
- Sobrecarga de trabalho	3.35	0.89
- Excessivo número de doentes por profissional	3.29	0.97
- Carências de recursos humanos	3.09	0.99
- Carências de recursos materiais	3.03	0.91
- Más condições físicas e psicológicas	2.97	1.04
- Exigências hierárquicas	2.77	0.95
- Conflitos interpessoais de trabalho	2.69	1.16
- Exigências Intrínsecas ao Trabalho (EIT)		
- Lidar com o sofrimento e a morte	3.21	0.96
- Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste	3.13	1.01
- Estado clínico dos doentes	3.12	0.88
- Responsabilidades profissionais	2.89	0.93
- Rotina do trabalho	2.63	0.88
- Serviço nocturno e aos sábados, domingos e feriados	2.61	1.13
- Carreira e Realização (CR)		
- Salário insuficiente	3.53	1.13
- Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)	3.10	1.02
- Falta de oportunidades de formação	2.86	1.10
- Falta de autonomia	2.58	0.99
- Conflitos Interpessoais (CI)	2.91	
- Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais		1.02
- Execução de tarefas administrativas	2.87	1.13
- Ambiguidade de papéis	2.83	0.12

Pode observar-se, também, que metade das fontes situa-se na categoria de *pouco stresse* e a outra metade na categoria de *stresse médio*, sendo o valor máximo de intensidade igual a 3,53, com um desvio padrão de 1,13 em relação à fonte “Salário insuficiente”; o valor mínimo de intensidade de stresse obtido é de 2,61, com desvio padrão de 1,13, na fonte “ Serviço nocturno e aos Sábados, Domingos e feriados”.

No quadro 10, apresentam-se as fontes de stresse, segundo a intensidade, discriminada por ordem decrescente, nos dois grupos. A distribuição das cinco fontes, em função da intensidade de stresse mais e menos elevada, é respectivamente, a seguinte:

- Stresse médio: -Salário insuficiente; Sobrecarga de trabalho; Excessivo número de doentes por profissional; Lidar com o sofrimento e a morte; Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste.
- Pouco stresse: - Falta de autonomia; Serviço nocturno e aos Sábados, Domingos e Feriados; Rotina do trabalho; Incerteza e limites de conhecimentos; Conflitos interpessoais de trabalho.

Quadro 10 – Fontes de stresse nos enfermeiros que trabalham nos serviços de internamento

FONTES	
<i>Stresse médio</i>	<i>Pouco stresse</i>
1 - Salário insuficiente - CR	1 - Falta de privacidade - RPU
2 - Sobrecarga de trabalho - EO	2- Más condições físicas e psicológicas - EO
3 - Excessivo número de doentes por profissional - EO	3 – Responsabilidades profissionais - EIT
4 – Lidar com o sofrimento e a morte - EIT	4– Ambiguidade de papéis - CI
5 – Demasiadas exigências dos utentes/familiares - EIT	5– Execução de tarefas administrativas - CI
6 – Estado clínico dos doentes - RPU	6– Falta de oportunidades de formação - CR
7 – Desumanização do atendimento e do tratamento - RPU	7 – Exigências hierárquicas - EO
8 - Risco para a própria saúde - CR	8 – Conflitos interpessoais no trabalho - EO
9 – Carência de recursos humanos - EO	9 – Incertezas e limites de conhecimento - RPU
10 - Carência de recursos materiais - EO	10 – Rotina do trabalho - EIT
11 - Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais CI	11 – Serviço nocturno aos sábados, domingos e feriados - EIT
12 - Incapacidade em responder às exigências dos utentes - RPU	12– Falta de autonomia - CR

De forma sumária apresentam-se as médias de intensidade de stresse para cada uma das sub-escalas e respectivos desvios padrões (cf. quadro 11).

Quadro 11- *Média de stresse das sub-escalas*

FACTORES / SUB-ESCALAS	n	M (itens)	DP (itens)	M Escala	DP Escala
I – Relação Profissional com os Utentes	288	2,997	1,00	11,99	3,96
II – Estrutura Organizacional	277	3,090	0,97	21,63	4,73
III - Exigências Intrínsecas ao Trabalho	286	2,973	0,95	17,84	3,76
IV – Carreira e Realização	302	3,034	1,05	12,11	3,13
V – Conflitos Interpessoais	288	2,947	1,11	8,81	2,53
Intensidade de stresse total	333	3,01	1,00	73,88	13,86

Observa-se que a média global da intensidade de stresse percebido pelos enfermeiros, referenciada à amplitude total da escala, é de 73,88, com o desvio padrão de 13,86, sendo a média do conjunto das fontes de stresse igual a 3.01, com desvio padrão 1,13, correspondendo a valores de intensidade de *stresse médio*. Verifica-se, ainda, que a intensidade menor de stresse obtida, no conjunto das fontes, situa-se na sub escala CI e o valor mais elevado corresponde às sub escalas EO e a sub escala CR.

3.5.2 – Estudos Diferenciais

Como em investigação raramente é possível ter acesso à população, trabalha-se com amostra (s) dessa população. Isto implica que o investigador não possa afirmar, com certeza, se a hipótese nula (H_0) é verdadeira ou falsa, pelo que em contrapartida, apenas se deverá afirmar que não se recusa ou se recusa.

Neste tipo de decisão podem acontecer dois tipos de erro: a) A probabilidade de se rejeitar H_0 , quando ela é verdadeira e deveria ser aceite – ERRO TIPO I; b) A probabilidade de se aceitar H_0 , quando ela é falsa e deveria ser rejeitada – ERRO TIPO II.

A probabilidade de erro coincide com o nível de significância estatística que, normalmente, é de 5%; isto é o mesmo que dizer que existe uma confiança de 95% da decisão tomada ser acertada (Pestana & Gajairo, 2000).

De seguida, apresenta-se os resultados inerentes ao cruzamento das fontes de stresse com as variáveis sócio-demográficas e sócio-laborais de forma a verificar a influência destas variáveis nas respostas de stresse.

Nos quadros que se seguem, a intensidade média de stresse total e a intensidade média de stresse das subs-escalas, assim, como os respectivos desvios padrões, serão apresentadas em função da amplitude total da escala e das sub-escalas.

H₀1 - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não se altera em função do sexo

Pela análise dos resultados (cf. Quadro 12) pode verificar-se que os sujeitos do sexo feminino apresentam níveis de stresse mais elevados, comparativamente aos sujeitos do sexo masculino.

Pode, ainda, verificar-se que das 24 fontes de stresse, apenas 5 atingiram significância, correspondendo: uma a Conflitos Interpessoais; 3 a Exigências Intrínsecas ao Trabalho e uma a Relações Profissionais com os Utentes.

Quando se considera a intensidade de stresse por sub-escalas observa-se a existência de diferenças significativas nas sub-escalas Exigências Intrínsecas ao Trabalho e Relação Profissional com os Utentes.

Relativamente à intensidade de stresse total que é percebida pelos enfermeiros verifica-se que existem diferenças significativas, pelo que, assim, não se confirma a hipótese H₀ 1.

Quadro 12 – *Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Sexo.*

FONTES DE STRESSE	Feminino (n = 257)		Masculino (n = 76)		Teste-t		Sig.
	M	DP	M	DP	t	gl	p*
Estrutura Organizacional (EO)	21,93	4,69	20,64	4,80	1,918	275	0,056
Sobrecarga de trabalho	3,37	0,8)	3,28	0,88	0,808	324	0,420
Excessivo número de doentes por profissional	3,33	0,95	3,15	1,03	1,411	317	0,159
Carências de recursos humanos	3,12	0,98	3,01	1,01	0,786	319	0,433
Carências de recursos materiais	3,04	0,89	3,00	0,97	0,301	323	0,764
Más condições físicas e psicológicas	3,00	1,05	2,89	1,04	0,774	304	0,440
Exigências hierárquicas	2,80	0,93	2,68	1,01	0,970	324	0,333
Conflitos interpessoais de trabalho	2,73	1,19	2,57	1,08	1,00	312	0,318
Exigências Intrínsecas ao Trabalho (EIT)	18,26	3,68	16,42	3,69	3,556	284	<0,001
Lidar com o sofrimento e a morte	3,31	0,93	2,84	0,97	3,842	319	<0,001
Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste	3,21	1,02	2,85	0,93	2,698	327	0,007
Estado clínico dos doentes	3,21	0,87	2,81	0,83	3,501	323	0,001
Responsabilidades profissionais	2,91	0,92	2,81	0,97	0,790	329	0,430
Rotina do trabalho	2,67	1,10	2,59	0,91	0,412	322	0,681
Serviço nocturno e aos sábados, domingos e feriados	2,64	0,88	2,39	1,20	1,882	301	0,061
Carreira e Realização (CR)	12,18	3,06	11,95	3,36	0,550	300	0,583
Salário insuficiente	3,52	1,11	3,57	1,18	-0,283	324	0,777
Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)	3,14	1,01	2,97	1,05	1,243	326	0,215
Falta de oportunidades de formação	2,86	1,04	2,87	1,28	-0,054	318	0,962
Falta de autonomia	2,58	0,98	2,56	1,03	0,151	311	0,880
Relação Profissional com os Utentes (RPU)	12,26	(3,13)	11,10	3,28	2,645	286	0,009
Desumanização do atendimento e do tratamento	3,18	1,07	2,95	1,11	1,623	306	0,106
Incapacidade de responder às exigências dos utentes	3,07	1,02	2,85	1,06	1,612	319	0,108
Incerteza e limites de conhecimentos	2,69	0,96	2,53	0,96	1,184	310	0,237
Falta de privacidade	3,04	1,04	2,74	1,03	2,123	323	0,035
Conflitos Interpessoais (CI)	8,95	2,51	8,32	2,54	1,756	286	0,080
Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais	3,13	1,02	2,68	0,95	3,307	315	0,001
Execução de tarefas administrativas	2,89	1,11	2,82	1,23	0,418	315	0,676
Ambiguidade de papéis	2,85	1,01	2,77	1,05	0,590	306	0,556
Intensidade stresse total	74,935	14,03	70,39	13,50	2,027	209	0,044

p* ≤ 0,05

H₀ 2 – A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função da idade

Observando o quadro 13, verifica-se que as principais fontes de stresse referidas pelos grupos considerados encontram-se relacionadas com as sub-escalas Estrutura Organizacional, Carreira e Realização e Exigências Intrínsecas ao Trabalho.

Uma análise mais fina efectuada através do estudo das diferenças de médias entre os grupos etários e o nível de stresse obtido para cada uma das fontes revelou que

são os enfermeiros mais novos, aqueles que apresentam intensidade de stresse mais elevada, na grande maioria das fontes.

Através da análise dos resultados (cf quadro 13) é visível que a intensidade de stresse é mais elevada nos enfermeiros com idades inferiores ou iguais a 30 anos, correspondendo ao nível de *stresse médio*.

Quadro 13 – *Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função da Idade*

FONTES STRESSE	<=30 Anos (n = 199)		31-40 Anos (n = 76)		> 40 Anos (n = 58)		Teste ANOVA		Sig. p*
	M	DP	M	DP	M	DP	F	GL	
Estrutura Organizacional (EO)	22,11	4,51	20,67	4,80	21,02	5,38	2,50	2	0,084
Sobrecarga de trabalho	3,45**	0,86	3,15**	0,87	3,28	0,96	3,369	2	0,036
Excessivo número de doentes por profissional	3,41**	0,95	3,06**	1,01	3,15	0,96	4,142	2	0,017
Carências de recursos humanos	3,17	0,95	3,03	1,03	2,89	1,05	1,996	2	0,138
Carências de recursos materiais	3,09	0,91	2,88	0,92	3,00	0,86	1,515	2	0,221
Más condições físicas e psicológicas	2,97	1,07	2,99	0,99	2,94	1,04	0,027	2	0,974
Exigências hierárquicas	2,87	0,90	2,64	0,99	2,60	1,05	2,572	2	0,078
Conflitos interpessoais no trabalho	2,77	1,17	2,64	1,05	2,48	1,28	1,360	2	0,258
Exigências Intrínsecas ao Trabalho (EIT)	17,95	3,52	17,84	3,85	17,34	4,60	0,41	2	0,646
Lidar com o sofrimento e a morte	3,19	0,97	3,26	0,89	3,20	1,01	0,176	2	0,838
Demasiadas exigências do utente/familiares	3,19	0,96	2,96	1,03	3,14	1,15	1,398	2	0,248
Estado clínico dos doentes	3,16	0,83	3,09	0,83	3,02	1,09	0,615	2	0,541
Responsabilidades profissionais	2,92	0,90	2,83	0,90	2,84	1,08	0,370	2	0,691
Rotina do trabalho	2,73	0,84	2,51	0,98	2,44	0,86	3,263	2	0,040
Serviço nocturno e aos sáb., dom. e Feriados	2,59	1,04	2,81	1,23	2,40	1,31	1,845	2	0,160
Carreira e Realização (CR)	12,26	3,04	12,18	3,35	11,52	3,17	1,111	2	0,330
Salário insuficiente	3,59	1,07	3,52	1,26	3,34	1,12	1,125	2	0,326
Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)	3,09	1,01	3,21	1,07	2,98	0,97	0,828	2	0,438
Falta de oportunidades de formação	2,95	1,08	2,83	1,15	2,61	1,08	2,087	2	0,126
Falta de autonomia	2,61	0,97	2,55	0,95	2,47	1,10	0,459	2	0,632
Relação Profissional com os Utentes (RPU)	12,18	3,17	11,70	3,17	11,69	3,33	0,773	2	0,463
Desumanização do atendimento e do tratamento	3,21	1,07	3,06	1,01	2,91	1,20	1,800	2	0,167
Incapacidade de responder às exigências	3,10	1,06	2,89	0,93	2,89	1,04	1,659	2	0,192
Incerteza e limites de conhecimentos	2,72	0,94	2,57	1,01	2,52	0,95	1,168	2	0,312
Falta de privacidade	3,02	1,02	2,88	1,05	2,93	1,14	0,504	2	0,605
Conflitos Interpessoais (CI)	9,10**	2,54	8,54	2,51	8,00**	2,31	3,939	2	0,021
Conflito das exigências profissionais, fam. Soc.	3,09	1,02	3,01	0,96	2,81	1,10	1,523	2	0,220
Execução de tarefas administrativas	3,03**	1,13	2,73	1,13	2,50**	1,04	5,629	2	0,004
Ambiguidade de papéis	2,90	1,03	2,75	0,97	2,69	1,02	1,110	2	0,331
Intensidade stresse total	75,04	13,40	72,30	14,6	70,00	15,61	1,743	2	0,178

p* ≤ 0,05

** - Teste *post-hoc* (Bonferroni)

Manifestam também, *stresse médio*, na sub-escala Estrutura Organizacional, os enfermeiros com idade superior a 40 anos.

Das 24 fontes de stresse, apenas 4 atingiram significância: 2 relativas à sub-escala EO e uma à EIT e uma aos CI. Quando utilizado o teste Bonferroni (*post-hoc*) a diferença entre os grupos só atinge significância entre o grupo com idades ≤ 30 Anos e o grupo com idades entre 31- 40 Anos em relação às fontes “Sobrecarga de trabalho” e “Excessivo número de doentes por profissional” e também, entre o grupo com idade ≤ 30 Anos e o grupo com idade > 40 Anos para a fonte “Execução de tarefas administrativas. Em relação á fonte “Rotina no trabalho” embora apresente globalmente significância, quando utilizado o teste Bonferroni (*post-hoc*) não se detectaram diferenças significativas entre os três grupos.

Quando se considera a intensidade de stresse por sub-escala observam-se diferenças significativas, apenas, na sub-escala CI. Aqui, através do teste Bonferroni observam-se que há diferença entre o grupo ≤ 30 anos e o grupo > 40 anos. Em relação á intensidade de stresse geral verifica-se que não existem diferenças significativas, pelo que se confirma a hipótese $H_0 2$.

$H_0 3$ – A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função do estado civil

Pela observação das médias (cf. quadro 14), é evidente que são os enfermeiros solteiros os que apresentam maiores níveis de intensidade stresse, em todas as sub escalas. Os enfermeiros casados apresentam também *stresse médio*, embora a intensidade seja menor que no grupo anterior. Observa-se, ainda, que as principais fontes de stresse, em todos os grupos considerados, relacionam-se com as sub-escalas Estrutura Organizacional e Carreira e Realização.

Do estudo das diferenças de médias entre estas duas variáveis constata-se que, das 24 fontes de stresse, 5 atingiram significância (cf. quadro 14), relacionando-se 4 delas com a Estrutura Organizacional, e uma com a Conflitos Interpessoais. Quando se considera a intensidade de stresse por sub-escala, verifica-se a existência de diferenças significativas apenas para a sub-escala Estrutura Organizacional. As diferenças observadas entre os grupos quando utilizado o teste Bonferroni (*post-hoc*), apenas atingem significância entre o grupo dos Solteiros e o grupo dos Casados, na fonte

“Sobrecarga de trabalho” e o grupo dos Solteiro e dos Divorciados nas fontes “Exigências hierárquicas” e “ Conflitos interpessoais de trabalho”.

Verificam-se, ainda, diferenças significativas entre os grupos dos Solteiro e dos Casado entre si e o grupo dos Divorciado em relação a ambos, nas fontes: “Excessivo número de doentes por profissional” e “ Execução de tarefas administrativas”.

Quadro 14 – *Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Estado Civil*

FONTES DE STRESSE	Solteiro n = 186		Casado n = 135		Divorciado n = 12		Teste ANOVA		Sig. p*
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	F	Gl	
Estrutura Organizacional (EO)	22,20	4,33	20,98	5,18	19,11	5,09	3,490	2	0.032
Sobrecarga de trabalho	3,47**	0,84	3,21**	0,92	3,09	1,04	3,674	2	0.026
Excessivo número de doentes por profissional	3,37⁽¹⁾	0,96	3,25⁽²⁾	0,97	2,50^(1;2)	0,90	4,804	2	0.009
Carências de recursos humanos	3,19	0,94	2,99	1,03	2,64	1,03	2,783	2	0.063
Carências de recursos materiais	3,11	0,93	2,91	0,88	3,09	0,83	1,910	2	0.150
Más condições físicas e psicológicas	2,96	1,05	2,98	1,02	2,90	1,29	0,36	2	0.965
Exigências hierárquicas	2,87**	0,93	2,69	0,95	2,09**	1,04	4,477	2	0.012
Conflitos interpessoais no trabalho	2,79**	1,14	2,63	1,19	1,91**	1,04	3,370	2	0.036
Exigências Intrínsecas ao Trabalho (EIT)	17,96	3,44	17,72	4,11	17,00	5,29	0,360	2	0.698
Lidar com o sofrimento e a morte	3,22	0,97	3,18	0,92	3,30	1,25	0,096	2	0.908
Demasiadas exigências do utente e/ou familiares	3,16	0,99	3,11	1,03	2,83	1,03	0,616	2	0.541
Estado clínico dos doentes	3,15	0,84	3,10	0,90	2,92	1,16	0,451	2	0.638
Responsabilidades profissionais	2,97	0,91	2,78	0,95	2,83	1,03	1,733	2	0.178
Rotina do trabalho	2,69	0,85	2,55	0,92	2,58	0,90	0,909	2	0.404
Serviço nocturno e aos sáb., dom. e feriados	2,54	1,04	2,77	1,23	2,00	1,25	2,937	2	0.055
Carreira e Realização (CR)	12,17	3,16	12,15	3,03	11,00	3,95	0,729	2	0.483
Salário insuficiente	3,53	1,09	3,57	1,15	3,17	1,34	0,700	2	0.497
Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)	3,10	1,05	3,11	0,96	3,00	1,21	0,061	2	0.941
Falta de oportunidades de formação	2,93	1,10	2,82	1,07	2,27	1,19	2,093	2	0.125
Falta de autonomia	2,61	0,99	2,56	0,95	2,25	1,29	0,792	2	0.454
Relação Profissional com os Utentes (RPU)	12,18	3,14	11,84	3,17	10,73	4,13	1,265	2	0.284
Desumanização do atendimento e do tratamento	3,18	1,03	3,09	1,09	2,58	1,56	1,835	2	0.161
Incapacidade de responder às exigências utentes	3,07	1,03	2,98	1,03	2,73	1,01	0,747	2	0.475
Incerteza e limites de conhecimentos	2,73	0,95	2,54	0,97	2,67	0,98	1,516	2	0.221
Falta de privacidade	3,01	1,05	2,97	1,00	2,33	1,37	2,375	2	0.095
Conflitos Interpessoais (CI)	9,03	2,60	8,62	2,44	7,30	1,64	2,765	2	0.065
Conflito das exigências prof., fam.e sociais	3,05	1,02	2,99	1,05	3,00	0,89	0,124	2	0.883
Execução de tarefas administrativas	2,98⁽¹⁾	1,16	2,81⁽²⁾	1,09	1,92^(1;2)	0,67	5,477	2	0.005
Ambiguidade de papéis	2,90	1,04	2,79	0,99	2,20	0,79	2,498	2	0.084
Intensidade stresse total	74,93	12,94	72,44	15,29	68,43	18,15	1,291	2	0.277

p* ≤ 0,05

**:(1;2) - Teste *post-hoc* (Bonferoni)

Relativamente à intensidade de stresse total que é percebido pelos enfermeiros, verifica-se a ausência de diferenças significativas entre os grupos, por conseguinte, confirma-se a H₀ 3.

H₀ 4 – A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função do número de descendentes

A análise dos resultados relativos à influência do número de descendentes (cf. quadro 15) na intensidade de stresse mostra que são os enfermeiros que não têm filhos e os que têm dois, aqueles que apresentam, globalmente, níveis mais elevados de stresse.

Quadro 15 – *Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Número de Descendentes*

FONTES DE STRESSE	Nenhum n = 211		Um n = 54		Dois n = 54		Mais de dois n = 12		Teste ANOVA		Sig. p*
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	GL	
Estrutura Organizacional (EO)	21,99	4,43	20,93	5,02	20,68	5,59	21,44	5,13	1,219	3	0,303
Sobrecarga de trabalho	3,42	0,85	3,28	0,88	3,17	0,96	3,25	1,06	1,346	3	0,259
Excessivo número de doentes por	3,38	0,92	3,16	1,10	3,04	1,00	3,27	1,01	2,044	3	0,108
Carências de recursos humanos	3,17	0,95	2,94	1,02	2,92	1,10	3,10	0,99	1,327	3	0,265
Carências de recursos materiais	3,08	0,93	2,87	0,92	2,98	0,83	2,92	0,79	0,900	3	0,441
Más condições físicas e psicológicas	2,96	1,06	3,10	1,03	2,90	1,05	2,83	0,94	0,408	3	0,748
Exigências hierárquicas	2,81	0,92	2,80	1,03	2,56	0,96	3,00	1,04	1,207	3	0,307
Conflitos interpessoais no trabalho	2,76	1,15	2,46	1,11	2,61	1,28	2,80	1,03	1,012	3	0,387
Exigências Intrínsecas (EIT)	17,94	3,56	17,68	3,82	17,75	4,34	16,00	5,13	0,706	3	0,549
Lidar com o sofrimento e a morte	3,20	0,98	3,18	0,84	3,19	0,86	3,27	1,42	0,032	3	0,992
Demasiadas exigências do utente e/ou	3,15	0,98	2,94	1,00	3,31	1,08	2,58	1,08	2,430	3	0,065
Estado clínico dos doentes	3,14	0,88	3,06	0,82	3,10	0,88	3,00	1,21	0,207	3	0,891
Responsabilidades profissionais	2,92	0,91	2,83	0,93	2,83	1,02	2,58	0,90	0,650	3	0,583
Rotina do trabalho	2,72	0,87	2,48	0,90	2,42	0,84	2,67	1,15	2,228	3	0,085
Serviço nocturno sáb., dom.,	2,57	1,03	2,80	1,25	2,71	1,40	2,00	0,93	1,379	3	0,249
Carreira e Realização (CR)	12,30	3,16	11,79	2,97	11,60	3,21	12,91	3,24	1,053	3	0,369
Salário insuficiente	3,57	1,08	3,52	1,15	3,40	1,26	3,83	1,19	0,599	3	0,616
Riscos para a própria saúde (contágio)	3,12	1,04	3,00	1,04	3,09	0,92	3,27	1,10	0,301	3	0,824
Falta de oportunidades de formação	2,97	1,11	2,71	1,12	2,67	0,94	2,58	1,31	1,782	3	0,150
Falta de autonomia	2,63	0,99	2,42	0,82	2,49	1,14	2,75	0,97	0,829	3	0,479
Relação Profissional (RPU)	12,20	3,17	11,44	3,21	11,56	3,32	12,27	3,23	0,998	3	0,394
Desumanização do atendimento ...	3,21	1,06	2,81	1,10	3,00	1,12	3,27	1,01	2,075	3	0,104
Incapacidade de responder	3,09	1,03	2,80	1,04	2,93	1,04	3,00	0,89	1,248	3	0,292
Incerteza e limites de	2,72	0,94	2,31	1,01	2,70	0,91	2,75	1,22	2,502	3	0,059
Falta de privacidade	3,02	1,05	2,94	1,12	2,76	0,97	3,09	1,04	0,893	3	0,445
Conflitos Interpessoais (CI)	8,97	2,57	8,69	2,50	8,20	2,33	9,29	(2,43)	1,288	3	0,279
Conflito das exigências prof., fam., soc.	3,05	1,04	2,96	1,03	2,96	0,99	3,00	1,00	0,188	3	0,905
Execução de tarefas administrativas	2,96	1,17	2,79	1,06	2,52	0,95	3,18	1,08	2,441	3	0,064
Ambiguidade de papéis	2,86	1,02	2,79	0,99	2,65	0,98	3,45	1,04	2,018	3	0,111
Intensidade stresse total	74,74	13,20	71,17	15,26	72,96	15,60	67,20	21,79	0,970	3	0,408

p* ≤ 0,05

Verifica-se, também, que os enfermeiros com mais de dois filhos são os que globalmente, apresentam menores índices de stresse, no entanto, é este grupo que apresenta níveis mais elevados de stresse nas sub-escalas Carreira e Realização e Conflitos Interpessoais.

Apesar das diferenças, nenhuma fonte de stresse nem sub-escala, nem intensidade de stresse total atingiu significância. O mesmo padrão de resultados foi observado quando se considera a intensidade de stresse total, pelo que não se rejeita a $H_0 4$.

$H_0 5$ – A intensidade do stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função das habilitações

O estudo da diferença de médias na intensidade de stresse em função das habilitações (cf. Quadro 16) revela que os enfermeiros com, pelo menos, a licenciatura são aqueles que, globalmente, apresentam maior intensidade de stresse.

É nas sub-escalas Estrutura Organizacional, Carreira e Realização e Relação Profissional com os Utentes que os níveis de intensidade de stresse são mais elevados. Os níveis de intensidade menores referem-se à sub-escala Conflitos Interpessoais.

Constata-se ainda que as diferenças de intensidade de stresse existentes entre os grupos não são significativas para todas as fontes. O mesmo acontecendo relativamente às sub-escalas e à intensidade total de stresse (cf. Quadro 16). Por conseguinte, não se rejeita a hipótese $H_0 5$.

Quadro 16 – *Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função das Habilitações*

FONTES DE STRESSE	Licenciatura e				Teste-t		Sig. <i>p</i> *
	Bacharelato n = 21		Mestrado n = 309		t	gl	
	M	DP	M	DP			
Estrutura Organizacional (EO)	21,06	5,69	21,68	4,68	-0,488	273	0,626
Sobrecarga de trabalho	3,10	0,97	3,37	0,88	-1,328	322	0,185
Excessivo número de doentes por profissional	3,16	1,12	3,30	0,97	-0,600	314	0,549
Carências de recursos humanos	2,94	1,00	3,10	0,99	-0,662	316	0,508
Carências de recursos materiais	3,05	1,03	3,02	0,90	0,137	320	0,891
Más condições físicas e psicológicas	2,67	1,03	2,99	1,05	-1,271	301	0,205
Exigências hierárquicas	2,58	0,96	2,79	0,95	-0,938	321	0,349
Conflitos interpessoais no trabalho	2,72	1,23	2,70	1,16	0,068	309	0,946
Exigências Intrínsecas ao Trabalho (EIT)	18,11	5,02	17,83	3,68	0,305	282	0,761
Lidar com o sofrimento e a morte	3,37	0,83	3,20	0,97	0,753	316	0,452
Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste	3,14	1,11	3,12	1,01	0,080	324	0,936
Estado clínico dos doentes	3,29	1,15	3,11	0,86	0,883	320	0,378
Responsabilidades profissionais	2,85	0,99	2,89	0,93	-0,200	326	0,842
Rotina do trabalho	2,45	0,76	2,64	0,89	-0,956	319	0,340
Serviço nocturno e aos sábados, domingos e feriados	2,67	1,24	2,61	1,12	0,214	299	0,830
Carreira e Realização (CR)	11,59	3,41	12,18	3,11	-0,753	298	0,452
Salário insuficiente	3,45	1,05	3,55	1,12	-0,392	321	0,696
Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)	3,00	1,14	3,11	1,01	-0,461	324	0,645
Falta de oportunidades de formação	2,71	0,96	2,87	1,11	-0,633	315	0,527
Falta de autonomia	2,53	1,26	2,58	0,97	-0,232	308	0,817
Relação Profissional com os Utentes (RPU)	11,10	3,94	12,10	3,15	-1,245	284	0,214
Desumanização do atendimento e do tratamento	2,95	1,35	3,14	1,07	-0,748	304	0,455
Incapacidade de responder às exigências dos utentes	3,11	1,10	3,02	1,02	0,350	316	0,726
Incerteza e limites de conhecimentos	2,60	0,88	2,66	0,97	-0,274	307	0,784
Falta de privacidade	2,65	1,18	2,99	1,04	-1,412	320	0,156
Conflitos Interpessoais (CI)	8,24	2,51	8,86	2,53	-0,990	283	0,323
Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais	3,00	1,05	3,03	1,02	-0,126	312	0,900
Execução de tarefas administrativas	2,65	1,09	2,89	1,14	-0,932	312	0,352
Ambiguidade de papéis	2,67	1,03	2,85	1,02	-0,741	303	0,459
Intensidade de stresse total	68,36	17,72	74,15	13,80	-1,332	208	0,184

*p** ≤ 0,05

H₀ 6 – A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função do número médio de horas anuais de formação.

Observando o quadro 17, verifica-se que os níveis de intensidade de stresse são mais elevados nos enfermeiros com mais de 30 horas anuais de formação.

Quadro 17 – Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Número Médio de Horas Anuais de Formação

FONTES DE STRESSE	Até 15 H n = 128		De 16 a 30 H n = 93		De 31 a 60 H n = 48		Mais de 60 H n = 53		Teste ANOVA		Sig. p*
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	GL	
Estrutura Organizacional (EO)	21,72	4,97	20,96	4,65	22,00	4,30	22,15	4,91	0,771	3	0,511
Sobrecarga de trabalho	3,33	1,00	3,27	0,82	3,48	0,77	3,40	0,86	0,663	3	0,576
Excessivo nº de doentes	3,24	1,00	3,27	0,91	3,40	1,01	3,33	1,03	0,370	3	0,775
Carências de recursos humanos	3,08	1,07	2,99	0,93	3,08	0,87	3,31	0,98	1,162	3	0,325
Carências de recursos materiais	2,95	0,84	2,92	0,91	3,17	0,82	3,23	1,11	1,944	3	0,122
Más condições	3,00	1,07	2,89	0,98	2,89	1,14	3,10	1,02	0,526	3	0,664
Exigências hierárquicas	2,77	0,94	2,70	0,94	2,79	0,92	2,85	1,06	0,285	3	0,836
Conflitos interpessoais no	2,74	1,25	2,56	1,11	2,89	1,04	2,73	1,17	0,886	3	0,449
Exigências Intrínsecas (EIT)	17,78	4,01	17,72	3,40	18,03	3,87	18,07	3,84	0,120	3	0,948
Lidar com o sofrimento e a morte	3,23	0,94	3,12	0,93	3,21	1,02	3,24	1,07	0,237	3	0,870
Demasiadas exigências do utente/	3,09	1,06	3,18	1,04	3,19	1,08	3,04	0,76	0,304	3	0,822
Estado clínico dos doentes	3,06	0,98	3,17	0,82	3,22	0,70	3,13	0,88	0,440	3	0,724
Responsabilidades profissionais	2,83	1,01	2,83	0,89	3,00	0,88	3,06	0,89	1,108	3	0,346
Rotina do trabalho	2,57	0,90	2,55	0,88	2,70	0,86	2,80	0,80	1,189	3	0,314
Serviço nocturno e aos sáb.,	2,63	1,14	2,54	1,09	2,70	1,32	2,60	1,06	0,229	3	0,876
Carreira e Realização (CR)	12,15	3,13	11,29**	2,96	12,75	2,82	12,88**	3,43	3,518	3	0,016
Salário insuficiente	3,52	1,16	3,21^(1;2)	1,16	3,89⁽¹⁾	0,98	3,81⁽²⁾	1,02	5,389	3	0,001
Riscos para a própria saúde	3,10	1,09	2,99	1,00	3,19	0,92	3,19	1,00	0,613	3	0,607
Falta de oportunidades	2,81	1,10	2,69	1,05	3,00	0,97	3,13	1,19	2,204	3	0,088
Falta de autonomia	2,64	0,98	2,35	0,90	2,66	1,07	2,78	1,07	2,496	3	0,060
Relação Profissional (RPU)	11,99	3,21	11,33	3,07	12,41	3,17	12,71	3,33	2,248	3	0,083
Desumanização do atendimento	3,15	1,09	2,88	1,03	3,26	1,11	3,35	1,06	2,431	3	0,065
Incapacidade de responder	3,04	1,08	2,87	0,96	3,11	1,01	3,11	1,05	0,849	3	0,468
Incerteza e limites /	2,61	0,97	2,60	0,95	2,67	0,93	2,88	0,99	1,076	3	0,360
Falta de privacidade	2,90	0,98	2,82	1,08	3,21	1,15	3,17	1,03	2,241	3	0,083
Conflitos Interpessoais (CI)	8,74	2,60	8,19	2,31	9,67	2,53	9,33	2,49	4,059	3	0,008
Conflito das exigências prof., ...	2,99	1,12	2,85	1,00	3,25	1,00	3,25	0,76	2,517	3	0,058
Execução de tarefas	2,80⁽¹⁾	1,16	2,67⁽²⁾	1,04	3,33^(1;2)	1,10	3,00	1,18	3,878	3	0,010
Ambiguidade de papéis	2,84	0,99	2,61	0,93	3,04	1,01	3,04	1,12	2,841	3	0,038
Intensidade de stresse total	73,15	14,68	70,42	12,62	77,69	11,18	77,19	16,05	2,472	3	0,063

p* ≤ 0,05

**; (1;2) - Teste *post-hoc* (Bonferroni)

Os enfermeiros que têm entre 15 a 30 horas anuais de formação são os que revelam menores níveis de stresse.

Constata-se, também, que as principais fontes de stresse para os enfermeiros relacionam-se com as sub-escalas Carreira e Realização, Relações Profissionais com os Utentes e Estrutura Organizacional, cuja intensidade se situa ao nível de *stresse médio*; de notar que é na fonte “Salário insuficiente” aquela em que os níveis de stresse atingem valores mais elevados.

Pode, também, observar-se que das 24 fontes de stresse, apenas, 3 atingiram significância: 2 integram a sub-escala Conflitos Interpessoais e uma Carreira e realização. Quando se considera a intensidade de stresse por sub-escala, verifica-se a existência de diferenças significativas apenas nas escalas Carreira e Realização e Conflitos Interpessoais.

Após utilizar o teste Bonferroni (post-hoc) verificou-se que a diferença entre os grupos atinge significância apenas, entre o grupo de 31 a 60 H e o grupo com mais de 60 H e, ainda, do grupo 16 a 30 H em relação a estes dois, para a fonte “Salário insuficiente”; observam-se também, diferenças significativas entre o grupo até 15 H e o grupo de 16 a 30 H para a fonte “Execução de tarefas administrativas “; para esta mesma fonte o grupo 31 a 60 H também, apresenta diferenças significativas em relação aos dois anteriores.

Observa-se, ainda, em relação à sub-escala Carreira e Realização, que existem diferenças entre os grupos de 16 a 30 H e o grupo mais de 60 H.

Quando considerada a intensidade de stresse total que é percebida pelos enfermeiros, não se verificam diferenças significativas entre os grupos. Por conseguinte confirma-se a $H_0 6$.

$H_0 7$ - A intensidade do stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função da antiguidade na profissão

Os resultados apresentados no quadro 18 mostram que a influência da antiguidade na profissão sobre a intensidade de stresse é mais elevada nos enfermeiros que exercem a actividade profissional há 10 ou menos anos. No entanto, é nos enfermeiros que trabalham entre os 4 e 10 anos, que o nível de stresse é mais elevado para todas as sub-escalas.

Os enfermeiros que há mais de 10 anos trabalham na instituição apresentam valores de intensidade de stresse mais baixos (*pouco stresse*), verificando-se, entretanto, que globalmente entre estes dois grupos, os níveis de stresse aumentam nos enfermeiros que trabalham há mais de 20 anos.

Quadro 18 – *Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função da Antiguidade na Profissão*

FONTES DE STRESSE	Até 3 anos n = 123		De 4 a 10 anos n = 93		De 11 a 20 anos n = 59		Mais de 20 anos n = 53		Teste ANOVA		Sig. P*
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	GL	
	Estrutura Organizacional (EO)	22,40**	4,13	21,71**	5,02	19,98	5,00	21,05	4,93	2,958	
Sobrecarga de trabalho	3,47	0,79	3,46	0,90	3,14	0,83	3,20	1,00	2,793	3	0,041
Excessivo nº de doentes	3,40	0,85	3,35	1,09	3,10	0,98	3,14	0,97	1,795	3	0,148
Carências de recursos humanos	3,28	0,89	3,12	0,96	2,87	1,07	2,88	1,02	3,284	3	0,021
Carências de recursos materiais	3,20**	0,90	2,99	1,00	2,80**	0,80	2,98	0,75	2,901	3	0,035
Más condições físicas/psicológicas	2,96	0,97	3,03	1,18	2,79	0,99	3,02	1,03	0,654	3	0,581
Exigências hierárquicas	2,81	0,90	2,92	0,93	2,56	0,97	2,64	1,06	2,157	3	0,093
Conflitos interpessoais no trabalho	2,80	1,20	2,71	1,14	2,62	1,10	2,50	1,22	0,840	3	0,473
Exigências Intrínsecas (EIT)	17,53	3,25	18,53	3,89	17,09	4,02	18,11	4,44	1,926	3	0,126
Lidar com o sofrimento e a morte	3,20	1,02	3,13	0,94	3,27	0,89	3,26	0,92	0,314	3	0,796
Demasiadas exigências do utente/ Estado clínico dos doentes	3,06	0,91	3,31	1,02	2,93	1,04	3,21	1,15	2,069	3	0,104
Responsabilidades profissionais	2,80⁽¹⁾	0,86	3,14^(1;2)	0,90	2,56⁽²⁾	0,88	3,02	1,11	5,541	3	0,001
Rotina do trabalho	2,68	0,82	2,82**	0,95	2,40**	0,92	2,41	0,80	3,858	3	0,010
Serviço nocturno e aos sáb.,	2,48	1,01	2,80	1,12	2,62	1,18	2,58	1,45	1,414	3	0,239
Carreira e Realização (CR)	11,85	3,24	12,80	3,04	11,84	3,12	11,64	3,08	2,168	3	0,092
Salário insuficiente	3,35⁽¹⁾	1,11	3,90^(1;2)	0,96	3,47	1,27	3,35⁽²⁾	1,15	5,027	3	0,002
Riscos para a própria saúde	3,09	1,08	3,15	1,02	3,12	0,98	3,00	0,95	0,249	3	0,862
Falta de oportunidades	2,89	1,12	3,04	1,12	2,75	1,11	2,60	1,00	2,085	3	0,102
Falta de autonomia	2,50	0,94	2,74	1,04	2,43	0,88	2,57	1,10	1,429	3	0,234
Relação Profissional (RPU)	11,79	3,07	12,68**	3,27	11,11**	3,27	11,98	3,21	2,656	3	0,049
Desumanização do atendimento ...	3,08	1,07	3,31	1,05	2,89	1,12	3,13	1,14	1,779	3	0,151
Incapacidade de responder	2,97	0,98	3,31**	1,07	2,69**	0,90	2,98	1,10	4,651	3	0,003
Incerteza e limites / conhecimentos	2,68	0,93	2,78	1,03	2,46	0,93	2,54	1,05	1,396	3	0,244
Falta de privacidade	2,82⁽¹⁾	1,07	3,27^(1;2)	0,99	2,72⁽²⁾	0,97	3,02	1,11	4,582	3	0,004
Conflitos Interpessoais (CI)	8,55⁽¹⁾	2,61	9,63^(1;2)	2,56	8,18⁽²⁾	2,35	8,47	2,15	4,699	3	0,003
Conflito das exigências prof., ...	2,91	0,99	3,27	1,10	2,81	0,88	3,06	1,04	3,182	3	0,024
Execução de tarefas administrativas	2,77	1,12	3,29**	1,12	2,68**	1,14	2,61	1,04	6,016	3	0,001
Ambiguidade de papéis	2,80	1,05	3,02	1,04	2,72	0,99	2,67	0,92	1,645	3	0,179
Intensidade de stresse total	73,24	12,77	77,40	14,6	68,11	15,25	72,17	13,63	3,257	3	0,230

p* ≤ 0,05

**; (1;2) - Teste *post-hoc* (Bonferoni)

Os resultados também indicam que as principais fontes de stresse, em todos os grupos, se relacionam com as sub-escalas Carreira e Realização e Estrutura Organizacional.

Do estudo das diferenças de médias entre estas duas variáveis verifica-se que, das 24 fontes de stresse, 10 atingiram significância (cf. quadro 18), relacionando-se 3 delas com a Estrutura Organizacional, 2 com a Relação Profissional com os Utentes, 2

com Conflitos Interpessoais, 2 com as Exigências Intrínsecas ao Trabalho e uma com a Carreira e Realização.

Observa-se ainda, que 3 das 5 sub-escalas apresentam diferenças significativas: Estrutura Organizacional, Relações Profissionais com os Utentes e Conflitos Interpessoais. Aqui, a existência de diferenças observadas entre os grupos, após utilização do teste de Bonferroni (pot-hoc) atingem significância, respectivamente, nos seguintes grupos:

- Entre o grupo até 3 anos e o grupo de 11 a 20 anos para a fonte “Carência de recursos humanos”, “Responsabilidades profissionais” e “Falta de privacidade”. Em relação às últimas duas fontes observa-se também, a existência de diferenças com significância entre o grupo de 4 a 10 anos e os dois anteriores.

- Entre o grupo até 3 anos e o grupo dos 4 a 10 anos para a fonte “Salário insuficiente”;

- Nos grupos dos 4 a 10 anos e o grupo dos 11 a 20 anos, para as fontes “Rotina no trabalho”, “Incapacidade em responder às exigências dos utentes” e “Execução de tarefas administrativas”;

Verificam-se, também, diferenças na sub-escala RPU entre o grupo dos 4 a 10 anos e o grupo dos 11 a 20 anos e na sub-escala CI entre o grupo dos até 3 anos e o grupo dos 11 aos 20 anos e, ainda, do grupo dos 4 aos 10 anos em relação a estes dois.

Relativamente à intensidade de stresse total que é percebido pelos enfermeiros, não se verificam diferenças significativas entre os grupos. Perante estes resultados aceita-se a $H_0 7$.

$H_0 8$ – A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função da antiguidade no actual serviço.

Ao observar o quadro 19, verifica-se que são os enfermeiros que trabalham entre os 3 e os 10 anos no serviço, aqueles que apresentam níveis de stresse mais elevados; dos três, evidencia-se o grupo dos 6 a 10 anos ao apresentar índices mais elevados que os outros dois. Os enfermeiros que trabalham há mais de 10 anos são os que apresentam a menor intensidade de stresse total.

Quadro 19 – Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função da Antiguidade no Actual serviço

FONTES DE STRESSE	Até 2 anos n = 150		De 3 a 5 anos n = 88		De 6 a 10 anos n = 46		Mais de 10 anos n = 48		Teste ANOVA		Sig. <i>p</i> *
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	GI	
	Estrutura Organizacional (EO)	21,66	4,30	21,79	4,83	21,51	5,00	21,15	5,92	0,151	
Sobrecarga de trabalho	3,36	0,85	3,44	0,90	3,30	0,94	3,22	0,95	0,656		0,580
Excessivo número de doentes ...	3,22	0,93	3,37	0,94	3,30	1,13	3,36	1,03	0,494	3	0,687
Carências de recursos humanos	3,13	0,93	3,19	0,96	3,00	1,01	2,86	1,15	1,274	3	0,283
Carências de recursos materiais	3,07	0,91	3,03	0,91	2,89	0,90	2,98	0,90	0,522	3	0,667
Más condições físicas/psicológicas	2,91	1,03	3,05	1,06	2,95	1,11	3,03	1,00	0,366	3	0,778
Exigências hierárquicas	2,76	0,92	2,79	1,00	2,84	0,93	2,68	1,00	0,244	3	0,865
Conflitos interpessoais no trabalho	2,69	1,15	2,71	1,17	2,66	1,06	2,67	1,32	0,020	3	0,996
Exigências Intrínsecas (EIT)	17,47	3,37	17,81	3,52	19,13	4,18	17,82	4,85	1,925	3	0,126
Lidar com o sofrimento e a morte	3,09**	0,99	3,20	0,88	3,58**	0,94	3,19	0,92	3,017	3	0,030
Demasiadas exigências do utente ...	3,03	0,96	3,16	1,08	3,24	1,02	3,28	1,04	1,038	3	0,376
Estado clínico dos doentes	3,07	0,85	3,08	0,79	3,41	0,82	3,09	1,14	1,845	3	0,139
Responsabilidades profissionais	2,87	0,85	2,97	1,01	2,93	0,93	2,77	1,05	0,536	3	0,658
Rotina do trabalho	2,68	0,87	2,59	0,83	2,71	1,01	2,44	0,89	0,971	3	0,406
Serviço nocturno e aos sáb., dom. fer.	2,46	1,07	2,65	1,06	2,95	1,32	2,68	1,21	2,128	3	0,097
Carreira e Realização (CR)	11,80	3,41	12,31	2,83	12,88	2,71	11,90	3,10	1,497	3	0,215
Salário insuficiente	3,36	1,20	3,64	1,03	3,80	0,89	3,61	1,19	2,368	3	0,071
Riscos para a própria saúde (contágio)	3,01	1,06	3,14	0,9	3,34	1,01	3,11	0,91	1,283	3	0,280
Falta de oportunidades de formação	2,85	1,17	2,92	1,04	3,09	1,00	2,54	1,03	2,034	3	0,109
Falta de autonomia	2,53	0,98	2,56	0,98	2,71	1,06	2,57	0,97	0,376	3	0,770
Relação Profissional (RPU)	11,80	3,12	12,12	3,29	12,41	3,17	11,78	3,27	0,481	3	0,695
Desumanização do atendimento ...	3,02	1,07	3,28	1,07	3,07	1,11	3,19	1,10	1,045	3	0,373
Incapacidade de responder	2,94	1,00	3,05	1,11	3,30	0,95	2,92	1,01	1,500	3	0,214
Incerteza e limites de	2,73	0,96	2,55	0,99	2,68	0,88	2,51	0,98	0,881	3	0,451
Falta de privacidade	2,83	1,06	3,16	0,99	3,09	1,04	2,89	1,07	2,169	3	0,092
Conflitos Interpessoais (CI)	8,71	2,57	9,42**	2,19	9,03	2,63	7,70**	2,60	4,349	3	0,005
Conflito das exigências prof. ...	2,97	1,00	3,15	0,96	3,11	1,13	2,84	1,09	1,156	3	0,327
Execução de tarefas administrativas	2,83	1,16	3,14**	1,08	2,80	1,09	2,58**	1,14	2,798	3	0,040
Ambiguidade de papéis	2,82	1,01	3,04**	1,02	2,90	0,92	2,43**	1,04	3,477	3	0,016
Intensidade stresse total	72,21	13,3	73,45	13,14	76,43	14,6	71,61	17,6	1,438	3	0,233

*p** ≤ 0,05** - Teste *post-hoc* (Bonferroni)

Como indicam os valores, as principais fontes de stresse para todos os grupos considerados, relacionam-se com as sub-escalas Carreira e Realização e Estrutura Organizacional.

Analisando os resultados (cf. Quadro 19) observa-se que do estudo das diferenças de médias entre estas duas variáveis, das 24 fontes de stresse, apenas 3

atingiram significância, correspondendo às sub-escalas Exigências Intrínsecas ao Trabalho e Conflitos Interpessoais.

Ao considerar a intensidade de stresse por sub-escala, verifica-se a existência de diferenças significativas apenas para as sub-escalas Exigências Intrínsecas ao Trabalho e Conflitos Interpessoais. Nestas observa-se a existência de diferenças de intensidade de stresse entre os grupos, no entanto, quando utilizado o teste Bonferroni (post-hoc) essa diferença só atinge significância entre o grupo até 2 anos e o grupo de 6 a 10 anos, na fonte “Lidar com o sofrimento e a morte” e entre o grupo de 3 a 5 anos e o grupo mais de 10 anos, em relação às fontes “Execução de tarefas” e “Ambiguidade de papéis”. Observa-se, também, que existem diferenças entre o grupo de 3 a 5 anos e o grupo mais de 10 anos na sub-escala CI.

Verifica-se, relativamente à intensidade de stresse total que é percebida pelos enfermeiros, a ausência de diferenças significativa entre os grupos. Por conseguinte confirma-se a $H_0 8$.

$H_0 9$ – A intensidade de stresse não altera em função do número de instituições onde o enfermeiro exerce a sua actividade profissional.

Pela análise do quadro 20, verifica-se que os dois grupos apresentam níveis de intensidade de stresse total correspondentes ao *stresse médio*. As principais fontes de stresse para os dois grupos relacionam-se com as sub-escalas Estrutura Organizacional e Carreira e Realização.

Do estudo das diferenças de médias entre estas duas variáveis, das 24 fontes de stresse, apenas uma atingiu significância e integra a sub-escala Conflitos Interpessoais.

Quando se considera as sub-escalas nenhuma atingiu valores significativos, assim como em relação à intensidade total de stresse, pelo que não se rejeita a hipótese $H_0 9$.

Quadro 20 – *Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Número de Instituições onde o Enfermeiro Exerce a sua Actividade Profissional*

FONTES DE STRESSE	Só nesta		Noutra(s)		Teste-t		Sig.
	instituição		Instituição(s)		t	gl	
	n = 217		n = 115				p*
	M	DP	M	DP			
Estrutura Organizacional (EO)	21,54	(4,76)	21,86	4,72	-0,537	274	0,592
Sobrecarga de trabalho	3,35	0,91	3,36	0,86	-0,048	323	0,961
Excessivo número de doentes por profissional	3,31	0,99	3,24	0,94	0,608	316	0,544
Carências de recursos humanos	3,04	1,02	3,21	0,92	-1,462	318	0,145
Carências de recursos materiais	3,02	0,90	3,05	0,92	-0,203	322	0,839
Más condições físicas e psicológicas	2,99	1,02	2,94	1,10	0,374	303	0,709
Exigências hierárquicas	2,80	0,95	2,73	0,96	0,616	323	0,539
Conflitos interpessoais no trabalho	2,66	1,14	2,76	1,23	-0,696	311	0,487
Exigências Intrínsecas ao Trabalho (EIT)	18,01	(3,78)	17,50	3,73	1,096	283	0,274
Lidar com o sofrimento e a morte	3,25	0,98	3,12	0,91	1,192	318	0,223
Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste	3,15	1,01	3,09	1,02	0,526	326	0,599
Estado clínico dos doentes	3,17	0,87	3,03	0,91	1,393	322	0,165
Responsabilidades profissionais	2,95	0,94	2,77	0,92	1,626	328	0,105
Rotina do trabalho	2,62	0,89	2,63	0,88	-0,093	321	0,926
Serviço nocturno e aos sábados, domingos e feriados	2,59	1,17	2,62	1,05	-0,230	300	0,818
Carreira e Realização (CR)	12,20	3,08	12,01	3,23	0,474	299	0,636
Salário insuficiente	3,57	1,11	3,48	1,15	0,709	323	0,479
Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)	3,13	1,04	3,05	0,97	0,679	325	0,498
Falta de oportunidades de formação	2,89	1,11	2,81	1,07	0,630	317	0,529
Falta de autonomia	2,54	0,92	2,64	1,10	-0,854	310	0,419
Relação Profissional com os Utentes (RPU)	12,037	3,14	11,90	3,31	0,349	286	0,727
Desumanização do atendimento e do tratamento	3,14	1,07	3,08	1,10	0,505	305	0,614
Incapacidade de responder às exigências dos utentes	3,06	0,98	2,94	1,12	1,036	319	0,321
Incerteza e limites de conhecimentos	2,66	0,93	2,64	1,02	0,104	309	0,917
Falta de privacidade	3,02	1,06	2,88	1,03	1,174	322	0,241
Conflitos Interpessoais (CI)	8,96	2,57	8,52	2,44	1,410	285	0,160
Conflito das exigências profissionais, familiares e	3,08	1,04	2,93	0,99	1,246	314	0,214
Execução de tarefas administrativas	2,98	1,14	2,67	1,11	2,295	314	0,022
Ambiguidade de papéis	2,85	1,03	2,81	1,00	0,359	305	0,720
Intensidade de stresse total	73,78	14,12	73,93	13,87	-0,068	209	0,946

p* ≤ 0,05

H₀ 10 – A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função do tipo de horário praticado.

A influência da variável tipo de horário praticado na intensidade de stresse é idêntica em ambos os grupos (*stresse médio*). Os níveis de intensidade de stresse são, levemente, mais elevados no grupo que pratica o horário por turnos diurnos, nomeadamente, em relação às sub-escalas, Estrutura Organizacional e Relações Profissionais com os Utentes (cf. Quadro 21).

Quadro 21 – *Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Tipo de Horário*

FONTES DE STRESSE	T. Diurnos n = 35		T. rotativos n = 297		Teste-t		Sig.
	M	DP	M	DP	t	gl	p*
Estrutura Organizacional (EO)	22,32	4,35	21,49	4,81	1,092	275	0,276
Sobrecarga de trabalho	3,27	0,95	3,38	0,87	-0,807	323	0,421
Excessivo número de doentes por profissional	3,33	0,93	3,29	0,98	0,314	316	0,753
Carências de recursos humanos	3,16	0,92	3,09	0,99	0,528	318	0,598
Carências de recursos materiais	3,09	0,91	3,02	0,91	0,538	322	0,591
Más condições físicas e psicológicas	3,11	1,01	2,94	1,05	1,094	304	0,275
Exigências hierárquicas	2,81	1,01	2,76	0,94	0,385	323	0,701
Conflitos interpessoais no trabalho	2,85	1,15	2,67	1,17	1,026	311	0,306
Exigências Intrínsecas ao Trabalho (EIT)	17,70	4,60	17,88	3,64	-0,248	283	0,837
Lidar com o sofrimento e a morte	3,15	0,91	3,22	0,97	-0,487	318	0,627
Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste	3,09	1,03	3,14	1,01	-0,340	326	0,734
Estado clínico dos doentes	3,17	0,94	3,11	0,87	0,420	322	0,675
Responsabilidades profissionais	2,82	0,97	2,90	0,93	-0,584	328	0,560
Rotina do trabalho	2,54	0,83	2,65	0,89	-0,864	321	0,388
Serviço nocturno e aos sábados, domingos e feriados	2,60	1,22	2,61	1,12	-0,052	300	0,959
Carreira e Realização (CR)	11,90	3,19	12,67	3,13	-0,553	299	0,581
Salário insuficiente	3,42	1,21	3,55	1,11	-0,804	323	0,422
Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)	2,96	1,03	3,13	1,01	-1,131	325	0,259
Falta de oportunidades de formação	2,89	1,04	2,86	1,11	0,174	317	0,862
Falta de autonomia	2,58	0,97	2,58	0,99	0,064	310	0,949
Relação Profissional com os Utentes (RPU)	12,33	3,00	11,96	3,23	0,785	286	0,433
Desumanização do atendimento e do tratamento	3,26	1,10	3,10	1,08	0,976	306	0,330
Incapacidade de responder às exigências dos utentes	2,85	1,12	3,06	1,01	-1,342	318	0,181
Incerteza e limites de conhecimentos	2,53	0,97	2,68	0,96	-1,036	309	0,302
Falta de privacidade	3,13	1,10	2,94	1,04	1,232	322	0,219
Conflitos Interpessoais (CI)	8,78	2,11	8,81	2,61	-0,091	286	0,927
Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais	2,98	1,05	3,03	1,02	-0,344	315	0,731
Execução de tarefas administrativas	2,87	1,07	2,87	1,15	-0,039	314	0,969
Ambiguidade de papéis	2,81	0,88	2,84	1,04	-0,203	305	0,839
Intensidade de stresse total	75,46	14,27	73,60	14	0,634	209	0,527

p* ≤ 0,05

Do estudo das diferenças de médias entre estas duas variáveis verifica-se que não existem diferenças significativas quando se consideram as fontes de stresse.

Observa-se, também, a não existência de diferenças significativas relativamente às sub-escalas e à intensidade de stresse total. Assim, não se rejeita a hipótese H_0 10. Por conseguinte a intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função do tipo de horário praticado.

H₀ 11 – A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função da média de horas de trabalho semanal.

A análise dos resultados obtidos, relativos ao efeito das horas de trabalho semanal no stresse dos enfermeiros, mostra que são os enfermeiros que trabalham até 50 horas por semana os que evidenciam níveis mais elevados de stresse (cf. Quadro 22).

Quadro 22 – *Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função da Média de Horas de Trabalho Semanal*

FONTES DE STRESSE	Até 35 H n = 118		De 36 a 42 H n = 165		De 43 a 50 H n = 29		Mais de 50 H n = 21		Teste ANOVA		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	GL	p*
Estrutura Organizacional (EO)	21,54	4,95	21,65	4,64	22,29	4,86	21,15	4,57	0,234	3	0,873
Sobrecarga de trabalho	3,27	0,91	3,38	0,88	3,34	0,97	3,57	0,75	0,833	3	0,477
Excessivo número de doentes ...	3,28	1,03	3,30	0,97	3,43	0,92	3,10	0,83	0,479	3	0,697
Carências de recursos humanos	3,08	1,01	3,10	0,98	3,00	1,04	3,25	0,91	0,260	3	0,854
Carências de recursos materiais	3,00	0,86	3,05	0,95	3,00	0,93	3,05	0,83	0,080	3	0,971
Más condições físicas/psicológicas	3,06	0,95	2,94	1,09	2,92	1,02	2,85	1,18	0,403	3	0,751
Exigências hierárquicas	2,72	1,02	2,82	0,90	2,68	1,02	2,76	0,83	0,339	3	0,797
Conflitos interpessoais no trabalho	2,63	1,19	2,72	1,13	2,89	1,34	2,57	1,08	0,452	3	0,716
Exigências Intrínsecas (EIT)	18,34	3,78	17,70	3,78	17,73	3,90	16,58	3,11	1,348	2	0,259
Lidar com o sofrimento e a morte	3,32	0,90	3,16	0,99	3,11	0,97	3,05	0,94	0,904	3	0,439
Demasiadas exigências do utente ...	3,19	0,99	3,12	1,05	3,10	0,98	2,86	0,85	0,646	3	0,586
Estado clínico dos doentes	3,14	0,96	3,11	0,82	3,29	0,94	2,90	0,79	0,775	3	0,509
Responsabilidades profissionais	2,97	1,02	2,87	0,86	2,86	0,95	2,67	0,97	0,703	3	0,551
Rotina do trabalho	2,64	0,96	2,61	0,85	2,86	0,85	2,38	0,67	1,212	3	0,305
Serviço nocturno e aos sáb., dom. fer.	2,71	(1,20)	2,61	1,11	2,41	1,01	2,38	1,07	0,857	3	0,464
Carreira e Realização (CR)	12,31	3,06	12,05	3,27	12,22	3,13	11,47	2,46	0,425	3	0,735
Salário insuficiente	3,56	1,13	3,54	1,15	3,48	1,02	3,45	1,15	0,073	3	0,974
Riscos para a própria saúde	3,15	0,99	3,12	1,04	3,03	1,15	2,81	0,75	0,712	3	0,545
Falta de oportunidades de formação	2,81	1,14	2,89	1,10	3,00	1,05	2,79	0,98	0,296	3	0,828
Falta de autonomia	2,64	0,96	2,55	1,02	2,56	0,97	2,47	0,90	0,263	3	0,852
Relação Profissional (RPU)	12,15	3,10	12,01	3,31	11,96	3,19	10,88	2,74	0,767	3	0,514
Desumanização do atendimento ...	3,12	1,06	3,16	1,10	3,04	1,15	2,95	1,03	0,290	3	0,833
Incapacidade de responder ...	2,99	0,97	3,09	1,05	2,89	1,03	2,75	1,12	0,909	3	0,437
Incerteza e limites de ...	2,61	0,98	2,68	0,97	2,78	0,93	2,47	0,84	0,472	3	0,702
Falta de privacidade	3,06	1,00	2,94	1,07	2,93	1,25	2,75	0,79	0,644	3	0,587
Conflitos Interpessoais (CI)	8,89	2,52	8,86	2,59	8,52	2,76	8,31	1,40	0,371	3	0,774
Conflito das exigências prof. ...	3,14	1,03	3,01	1,02	2,89	1,10	2,75	0,85	1,088	3	0,354
Execução de tarefas administrativas	2,80	1,14	2,99	1,13	2,66	1,20	2,65	0,93	1,294	3	0,277
Ambiguidade de papéis	2,88	1,03	2,82	1,02	2,93	1,09	2,58	0,77	0,575	3	0,632
Intensidade stresse total	74,70	13,46	73,57	14,40	74,71	15,67	69,82	9,99	0,422	3	0,738

p* ≤ 0,05

Da análise dos resultados verifica-se que as principais fontes de stresse para os enfermeiros relacionam-se com a sub-escala Estrutura Organizacional e Carreira e Realização.

Os níveis de intensidade de stresse menos elevado, em todos os grupos, encontram-se na sub-escala Conflitos Interpessoais.

Do estudo das diferenças de médias entre estas duas variáveis observa-se que não existem diferenças significativas quando se considera as fontes de stresse, as sub-escalas e a intensidade de stresse total, pelo que não se rejeita a hipótese H_0 11.

H_0 12 - A intensidade do stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função do Serviço onde exercem funções

Pela análise do quadro 23, constata-se que os enfermeiros que trabalham nos serviços de Medicina revelam níveis mais elevados de stresse, nomeadamente nas sub-escalas Estrutura Organizacional, Carreira e Realização e Conflitos Interpessoais. Nos Serviços de Cirurgia e Outros Serviços, os resultados evidenciam *pouco stresse*.

As principais fontes de stresse em todas as categorias relacionam-se com as sub-escalas Carreira e Realização e Estrutura Organizacional.

Do estudo das diferenças de médias entre estas duas variáveis verifica-se que das 24 fontes de stresse, 12 atingiram significância (cf. quadro 23), relacionando-se 6 delas com Estrutura Organizacional, 3 com Conflitos Interpessoais, 2 Relação Profissional com os Utentes e uma com Exigência Intrínsecas ao Trabalho.

Observam-se ainda, diferenças significativas nas sub-escalas, Estrutura Organizacional e Conflitos Interpessoais.

Quadro 23 – Intensidade média de stresse por fonte de stresse em função do Serviço onde exercem funções

FONTES DE STRESSE	Medicina n = 136		Cirurgia n = 129		Outros Serviços n = 68		Teste ANOVA		Sig. <i>p</i> *
	M	DP	M	DP	M	DP	F	GL	
Estrutura Organizacional (EO)	22,56**	4,22	21,28	4,75	19,39**	5,74	6,383	2	0,002
Sobrecarga de trabalho	3,50⁽¹⁾	0,89	3,35⁽²⁾	0,82	2,91^(1;2)	0,97	7,582	2	0,001
Excessivo número de doentes por	3,38⁽¹⁾	0,98	3,34⁽²⁾	0,91	2,80^(1;2)	1,07	5,976	2	0,003
Carências de recursos humanos	3,27**	0,93	3,03	0,98	2,77**	1,09	4,901	2	0,008
Carências de recursos materiais	3,01	0,85	3,12	0,92	2,80	0,98	2,148	2	0,118
Más condições físicas e psicológicas	3,17**	0,99	2,83**	1,04	2,83	1,15	3,845	2	0,022
Exigências hierárquicas	2,96**	0,88	2,70	0,92	2,41**	1,11	6,598	2	0,002
Conflitos interpessoais no trabalho	2,90**	1,07	2,59	1,18	2,40**	1,29	4,206	2	0,016
Exigências Intrínsecas ao Trabalho	18,46	3,41	17,43	4,00	17,25	3,74	2,865	2	0,059
Lidar com o sofrimento e a morte	3,33	0,86	3,16	1,00	3,00	1,05	2,212	2	0,111
Demasiadas exigências do utente e/ou	3,20	0,98	3,16	1,01	2,81	1,04	2,824	2	0,061
Estado clínico dos doentes	3,30**	0,76	3,01**	0,92	2,96	0,99	4,997	2	0,007
Responsabilidades profissionais	2,96	0,90	2,91	0,95	2,62	0,95	2,476	2	0,086
Rotina do trabalho	2,72	0,94	2,62	0,83	2,38	0,82	2,593	2	0,076
Serviço nocturno e aos sáb., dom. e	2,60	1,12	2,58	1,12	2,76	1,23	0,377	2	0,686
Carreira e Realização (CR)	12,40	3,14	12,01	3,08	11,56	3,28	1,189	2	0,306
Salário insuficiente	3,66	1,07	3,44	1,09	3,46	1,35	1,460	2	0,234
Riscos para a própria saúde (contágio, etc.)	3,17	1,04	3,07	0,98	2,98	1,07	0,681	2	0,507
Falta de oportunidades de formação	2,89	1,05	2,83	1,12	2,87	1,17	0,126	2	0,882
Falta de autonomia	2,71	0,99	2,53	0,94	2,34	1,08	2,611	2	0,075
Relação Profissional com os Utentes	12,20	3,14	12,04	3,16	11,03	3,45	1,831	2	0,162
Desumanização do atendimento/	3,21**	1,05	3,15	1,08	2,72**	1,15	3,293	2	0,038
Incapacidade de responder às exigências/	3,13**	1,00	3,02	1,01	2,68**	1,12	3,141	2	0,045
Incerteza e limites de conhecimentos	2,73	1,00	2,67	0,90	2,36	0,98	2,408	2	0,092
Falta de privacidade	3,06	1,02	2,97	1,05	2,71	1,12	1,876	2	0,155
Conflitos Interpessoais (CI)	9,48^(1;2)	2,46	8,47⁽¹⁾	2,43	7,83⁽²⁾	2,59	8,521	2	<0,001
Conflito das exigências prof., fam., sociais	3,25^(1;2)	0,98	2,90⁽¹⁾	1,02	2,80⁽²⁾	1,05	5,488	2	0,005
Execução de tarefas administrativas	3,11**	1,10	2,80	1,10	2,41**	1,17	7,102	2	0,001
Ambiguidade de papéis	3,02**	0,98	2,75	1,01	2,53**	1,06	4,361	2	0,014
Intensidade stresse total	76,02	12,66	73,37	14,43	64,33	15,30	5,622	2	0,004

*p** ≤ 0,05

** - Teste *post-hoc* (Bonferroni)

As diferenças de intensidade de stresse entre os grupos, quando utilizado o teste Bonferroni (post-hoc) atingem significância entre os seguintes grupos:

- A Medicina e Outros Serviço em relação às fontes, “Exigências hierárquicas” e “Conflitos interpessoais no trabalho”, “Desumanização do atendimento e do tratamento” “Incapacidade de responder às exigências dos utentes”, “Execução de tarefas administrativas” e “Ambiguidade de papéis”;

- A Medicina e a Cirurgia nas fontes “Más condições físicas e psicológicas” e o “Estado Clínico dos doentes”;

- A Medicina e a Cirurgia e por sua vez, entre Outros Serviços e os dois anteriores, nas fontes “Sobrecarga de trabalho” e “Excessivo número de doentes por profissional”;

- A Cirurgia e Outros Serviços e entre a Medicina em relação aos dois anteriores serviços, na fonte “Conflito das exigências profissionais, familiares”.

Verifica-se, também, a existência de diferenças entre o grupo da Medicina e dos Outros Serviços na sub-escala EO e entre o Outros serviços, a Medicina e a Cirurgia na sub-escala CI.

Considerada a intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros, verifica-se a existência de diferenças significativas entre os grupos. Por conseguinte, não se confirma a H_0 12.

3.6 - Discussão dos Resultados

O presente estudo decorreu num hospital central do Norte de Portugal, numa amostra de 333 enfermeiros a exercer funções nos serviços de internamento clínico desta unidade hospitalar.

Para a recolha de dados relacionados com as fontes de stresse foi utilizado um instrumento de pesquisa o questionário Fontes de Stresse Profissional; os resultados obtidos da análise das qualidades psicométricas efectuadas ao questionário revelam que existe uma boa fidelidade, validade de construto e sensibilidade.

Dos dados sobre a caracterização amostra, sobressai que esta é composta, maioritariamente, pelo sexo feminino, que mais de metade apresenta idade igual ou inferior a 30 anos e a grande maioria é licenciado. Relativamente à caracterização laboral constata-se que mais de um quarto da amostra é constituída por enfermeiros com poucos anos de experiência profissional e mais de dois terços trabalha no serviço há 5 ou menos anos; a Medicina é o serviço onde trabalha o maior número de enfermeiros.

Por fim, refira-se que, na presente reflexão, também, procuramos encontrar um sentido para as diferenças não significativas (devidas ao acaso), no pressuposto de se irem construindo pistas para futuros estudos.

3.6.1 – *Análise dos resultados da intensidade de stresse nos enfermeiros*

Da análise dos resultados verifica-se que os enfermeiros apresentam *pouco stresse* em metade das fontes que compõem a escala FSPE, e *stresse médio* nas restantes. As fontes que, em termos médios, os enfermeiros percebem como menos stressantes são: “Falta de autonomia”, “Efectuar serviço nocturno aos Sábados, Domingos e feridos”, “Rotinas de trabalho”, “Incerteza e limites de conhecimento”, assim como, os “Conflitos interpessoais”.

Ao nível do stresse global percebido pelos enfermeiros os resultados demonstram que as fontes de stresse, que integram as sub-escalas Carreira e Realização e Estrutura Organizacional e Exigências Intrínsecas ao Trabalho, são as que apresentam índices mais elevados de stresse (*stresse médio*). As cinco fontes onde se verificam os níveis mais elevados de intensidade de stresse (*stresse médio*) são: “Salário insuficiente”, “Sobrecarga de trabalho”, “Excessivo número de doentes por profissional”, “Lidar com o sofrimento e a morte” e “Demasiadas exigências do utente e/ou familiares”.

É de referir que embora nesta investigação, de forma geral, não se observem níveis elevados de stresse, é sobretudo, nas fontes de carácter organizacional, sobre as quais os enfermeiros têm pouco controlo que a intensidade é mais elevada. Estes dados estão de acordo com os referidos por McIntyre *et al.* (2001); segundo estes autores “estes profissionais de saúde estão a identificar fontes de stresse que apontam problemas crónicos das organizações portuguesas de saúde ao nível do rácio profissionais/utentes” (p. 41).

Os mesmos autores relacionam o stresse nos enfermeiros a fontes como (*e.g.*, Sobrecarga de trabalho, Más condições físicas e técnicas, Carências de recursos humanos, técnicos e materiais, Excessivo número de doentes por enfermeiro e

Incapacidade em responder às exigências emocionais dos doentes e ainda Riscos para a saúde).

Níveis elevados de tensão nos enfermeiros estão, também, relacionados com a direcção da enfermagem, na unidade, a responsabilidade pela vida dos doentes e a pressão resultante da necessidade de acabar o trabalho no tempo disponível (Bibbings, 1988), assim como: as relações interpessoais, o clima e estrutura organizacionais, a pouca autonomia, percepção de ser subestimado e a interface casa-trabalho, inexistência de apoio emocional são também, relatadas como relevantes fontes de stresse (Bennett *et al.*, 2001 Lachman, 1989, Lima Santos & Coelho, 2001).

Foi encontrada uma relação significativa entre o baixo reconhecimento profissional (expressão de recompensa) com os sintomas de stresse e com as manifestações de *burnout* (Hernandez, 2003). Também as más condições de trabalho e indisponibilidade de recursos são referidos como factores indutores de stresse na actividade dos enfermeiros (Ferreira, 1999; Guido, 2003).

A sobrecarga quantitativa e qualitativa, relacionada com a quantidade de tarefas superior ao que é possível cumprir nos tempos e com os recursos disponíveis, é focada por vários investigadores como sendo factores a considerar na indução de stresse nos trabalhadores (Alvarez, 2003; Cooper & Marshall, 1982; Grandjean, 1998; Grant & Langan-Fox, 2007; Vives, 1994).

As ameaças à carreira profissional com a conseqüente instabilidade laboral, assim como a falta de perspectivas de promoção e progressão, as mudanças não desejadas e a inconsistência de *status*, são consideradas importantes fontes de stresse por (Artazcoz *et al.*, 2004; Siegrist, 1996).

A não observância nos enfermeiros de elevados níveis de stresse é uma situação que não é inédita nos enfermeiros portugueses; já num estudo de Luzio Ferreira (1996) os níveis de stresse apresentavam valores considerados normais.

Bennett (2002) também acrescenta que são poucos os estudos que apresentam o trabalho com doentes graves ou moribundos como sendo uma fonte de stresse para os

profissionais de saúde. Esta vertente é reforçada por Bennett e colaboradores (2001) ao referirem que há poucos estudos onde se demonstra que os factores associados à prestação dos cuidados de saúde sejam, por si só, considerados particularmente stressantes pelos profissionais de saúde e mencionam também, que as fontes de stresse mais citadas por enfermeiras se relacionam com factores organizacionais tais como: a percepção de ser subestimado, comunicação deficiente, inexistência de apoio emocional, pressão do tempo durante a execução das tarefas e o tempo desperdiçado entre o trabalho e a casa.

3.6.2 – *Análise dos Estudos Diferenciais*

H₀1 - A intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros não altera em função do sexo.

Dos estudos diferenciais efectuados relativamente à hipótese H₀1 resulta que são as enfermeiras a apresentar, globalmente, níveis de intensidade de stresse superiores aos enfermeiros em todas as sub-escalas, apresentando-se as diferenças de género significativas nas sub-escalas Exigências Intrínsecas ao Trabalho e Relações Profissionais com os Utentes

Quando considerada a intensidade média de stresse total, independentemente da fonte, também, se verifica que existem diferenças significativas; daqui, resulta que a intensidade de stresse percebida pelos enfermeiros altera em função do sexo. Estes resultados vão de encontro aos mencionados na literatura (Gomes & Cruz, 2004; Martínez, 1997; Maslach *et al.*, 2001; Melo *et al.*, 1997) ao afirmar-se que as mulheres são mais propensas ao stresse que os homens.

Também Gomes e Cruz (2004), num estudo com psicólogos, apuraram que as mulheres demonstraram níveis mais elevados de stresse na maioria das fontes e factores de stresse, e também, na dimensão de exaustão emocional do *burnout*.

Em relação ao papel do género afirma-se que as mulheres apresentam mais problemas com o stresse do que os homens devido ao tipo de papéis desempenhados por

estas os quais as expõem a mais e diferentes tipos de fontes geradoras de stresse (Possatti *et al.*, 2002).

As identidades imputadas ao género feminino são também, mencionadas por alguns autores; aos homens é atribuída maior distância emocional em relação aos problemas das outras pessoas, o mesmo não acontece com as mulheres, elas preocupam-se não só com os seus problemas, mas também, com o bem-estar dos outros (Fonseca, 1998); estas características, atribuídas maioritariamente ao sexo feminino, contribuirão para aumentar o stresse, especialmente, nas mulheres casadas e mães que trabalham.

Os papéis desempenhados pelos homens tendem a ser mais instrumentais e os desempenhados pelas mulheres tendem a ser mais nutritivos (Long, 1990, citado por Lima Santos & Bertoquini, 2001).

H₀ 2 - A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função da idade

Os resultados obtidos da associação entre as fontes de stresse e a variável idade apontam no sentido de serem os enfermeiros mais jovens que mais sofrem de stresse, nomeadamente os que têm idade igual ou inferior a 30 anos. É este grupo que apresenta níveis mais elevados de intensidade de stresse na grande maioria das fontes, nomeadamente as que integram a sub-escala Estrutura Organizacional.

Os grupos apresentam diferenças entre si, embora, a diferença entre os vários grupos apenas seja significativa em relação a algumas das fontes. Do estudo das diferenças de médias entre estas duas variáveis observaram-se diferenças significativas apenas na sub-escala Conflitos Interpessoais.

Os resultados observados estão de acordo com o exposto por vários autores, quando fazem referência a factores específicos de stresse que dizem respeito à insegurança sentida na manutenção do emprego e também aos aspectos relacionados com o desenvolvimento da carreira, o impacto da sub-promoção, incongruência de

status, ambições frustradas (Cooper & Marshall, 1982; Gomes, 2003; Siegrist, 1996; Vaz Serra, 2002).

Hoje mais do que nunca a instabilidade no campo laboral deve-se não só, à dificuldade em conseguir emprego, como também à precariedade em termos de segurança e manutenção do mesmo (Vaz Serra, 2002), traduzindo-se também, na impossibilidade de progressão e promoção dentro da carreira profissional. Muita desta desestabilização deve-se à indefinição de políticas quanto aos princípios de relação jurídica no emprego e ao nível da legislação laboral em geral, e são os profissionais mais jovens aqueles que mais sentem estas dificuldades.

As condições de instabilidade, a insegurança no emprego são referidas como factor agravantes das situações de stresse laboral pelo Director da Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (União Europeia, 2007).

A falta de promoção na carreira, e as orientações e apoio inadequados por parte dos superiores, também, são factores apontados pelos enfermeiros como stressantes (Lima Santos & Coelho (2001). Lindström (2007) menciona que as medidas de bem-estar nas enfermeiras aparecem associadas ao compromisso com a carreira e aos compromissos afectivo-organizacionais, como o vínculo efectivo à organização.

Poderão, no entanto, estes resultados ser justificados também pela discrepância existente entre os conhecimentos adquirido nas escolas de enfermagem e a realidade da prática no exercício. É necessário não esquecer que muitos enfermeiros escolhem esta profissão baseados em altos ideais de ajuda ao próximo, enquanto que, para muitos outros frequentar o curso de Enfermagem não foi a sua primeira escolha, muitos estiveram condicionados às vagas de outros cursos universitários.

Altos ideais, elevadas expectativas, assim como a responsabilidade pelos cuidados, constante contacto com o sofrimento e a morte e o baixo reconhecimento da população assistida, particularmente, em enfermeiros de nível primário, por conseguinte mais jovens, são considerados como sendo factores predisponentes ao stresse (Hernandez, 2003; Pines & Aronson, 1989).

H₀ 3 – A intensidade do stresse não altera em função do estado civil dos enfermeiros

O estudo da relação entre as fontes de pressão e a variável estado civil observa-se que são os enfermeiros solteiros a apresentar os níveis mais elevados de intensidade de stresse. Os resultados apontam para a existência de diferenças entre todos os grupos, no entanto, as diferenças, só, atingem significância em relação a algumas das fontes. Também, se constata que, apenas, existem diferenças significativas na sub-escala Estrutura Organizacional; já, quando considerada a intensidade de stresse total não se verificaram diferenças significativas.

De notar que são os enfermeiros solteiros e divorciados os que apresentam maiores níveis de stresse em relação à fonte “Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais”. Num estudo realizado por Luzio Ferreira (1996), em relação ao estado civil, os indivíduos “divorciados/separados” evidenciaram níveis de stresse mais elevados que os restantes grupos.

É lógico considerar que a maioria dos enfermeiros solteiros pertencem aos grupos etários de menor idade e como tal as fundamentações atribuídas em relação à hipótese H₀ 2, podem, também, ser justificativas dos resultados obtidos na relação da intensidade de stresse com a variável estado civil.

Os indivíduos que vivem sós estão mais dispostos às dificuldades e ao stresse; Rodrigues e Cohen (1998) comprovaram que pessoas socialmente isoladas tinham maior propensão para cometerem suicídio. Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos em alguns estudos que aliam o stresse e apoio social ao sugerirem que problemas de saúde atribuídos ao stresse, particularmente, as doenças coronárias e a mortalidade encontram-se relacionados com baixos níveis de apoio social e de controlo (Karasek, 2007; Mota Cardoso & Coelho, 1980); apresentando os indivíduos viúvos, divorciados e solteiros, taxas de mortalidade por doenças coronárias superiores às das pessoas casadas (Lynch, 1977, citado por Ogden, 1999).

H₀ 4 – A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função do número de descendentes

Os dados decorrentes da relação entre as fontes de pressão e o número de descendentes revelam que são os enfermeiros que não têm filhos e os que têm mais de dois, a apresentarem níveis mais elevados de stresse, designadamente, em relação às fontes que integram as sub escalas Carreira e Realização e Estrutura Organizacional. Não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias consideradas.

Se considerarmos, que a amostra é constituída, na sua grande maioria, pelo sexo feminino, estes resultados divergem das opiniões expressas na literatura ao atribuir á mulher, sobretudo, ao estatuto de mulher/mãe e profissional, a origem de sobrecarga de trabalho e de desgaste físico e psicológico (Bennett, 2002; Cooper & Marshall, 1982; Demir, 2003; Gomes & Cruz, 2004; Lazarus & Folkman, 1984).

H₀ 5 – A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função das habilitações

Em relação a esta hipótese confirma-se que a intensidade do stresse total percebido pelos enfermeiros não altera em função das habilitações académicas; embora, o estudo da diferença de médias da intensidade de stresse em função das habilitações académicas revele que globalmente são os enfermeiros com pelo menos a licenciatura a revelarem intensidade de stresse mais elevada (*stresse médio*), designadamente, nas fontes que integram as sub-escalas Estrutura Organizacional, Carreira e Realização e Relação Profissional com os Utentes.

Dever-se-ão estes resultados à constituição da amostra, que maioritariamente é composta por enfermeiros jovens? Assim sendo, reflectirão os resultados, naturalmente, a insegurança relacionada com a escassez de experiência ao nível do exercício e inerente deficiência na aquisição de competências profissionais?

Pouca experiência profissional e deficiente aquisição de habilidades no domínio de técnicas específicas de intervenção são apontadas como fontes de stresse (Ferreira, 2007; Leppanen & Olkinuora, 1987 citado por Ferreira, 1999).

Resultante da conjuntura inerente à evolução da Enfermagem, nas últimas décadas, pode ter pertinência a colocação de uma outra questão. Será que os enfermeiros ao adquirirem a licenciatura conceberam expectativas de realização profissional que não se concretizaram na prática?

De facto, ao nível da prática do exercício profissional não existe entre os três grupos, diferenciação de actividades em função do grau de formação.

A expectativa de diferenciação ao nível do desempenho profissional tem legitimidade e pode ser suportada pela evolução da formação base dos enfermeiros, que a partir de 1997, ano em que o Curso de Licenciatura em Enfermagem, decorrente da alteração do Art.º 13 da Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro, consignada na Lei n.º 115/97 de 19 de Setembro, passou a formação inicial a conferir o grau de Licenciatura em Enfermagem. Mais tarde, também, o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, criado pela Portaria 799-E/99, veio assegurar a atribuição do grau de Licenciado em Enfermagem aos enfermeiros titulares do grau de Bacharel em Enfermagem ou equivalente legal.

Esta progressão ao nível da formação académica não se tem repercutido na vertente de valorização social e profissional, nomeadamente, na actualização da carreira e consequente integração nos quadros das instituições como técnicos superiores com os inerentes ajustes remuneratórios. Esta realidade cria nos enfermeiros, de forma generalizada, sentimentos de injustiça porque se sentem “marginalizados” e “desconsiderados” como é frequente ouvi-los dizer.

É possível que estas situações conduzam ao desenvolvimento de sentimentos de desvalorização pessoal e profissional, com repercussões negativas ao nível da auto-estima dos enfermeiros e do seu auto-conceito de competência, contribuindo para a diminuição da auto-confiança, desfavorecendo, assim, a autonomia e a responsabilidade, nos vários contextos da sua vida e nomeadamente ao nível do laboral (Albuquerque, 1999; Faria & Simões, 2002; Vaz Serra & Firmino, 1986).

H₀ 6 – A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função do número médio de horas anuais de formação.

Os resultados do estudo da relação entre a intensidade do stresse e o número médio de horas anuais de formação apontam para a existência, de níveis médios de stresse, nos enfermeiros que têm 30 ou mais horas anuais de formação.

Observa-se igualmente que 2 das 5 sub-escalas apresentam diferenças significativas, revelando assim, que, apenas, em relação às sub-escalas Conflitos Interpessoais e Carreira e Realização, o stresse percebido pelos enfermeiros altera em função do número médio de horas anuais de formação, no entanto, quando considerada a intensidade de stresse total verifica-se a não existência de diferenças significativas entre os grupos.

Estes resultados divergem dos obtidos num estudo realizado por Demir *et al.*, (2003), com enfermeiras, no qual concluiu que a diminuição do *burnout* se encontra relacionada, para além de outras variáveis, com níveis mais altos de instrução, com a experiência profissional, categoria profissional.

Embora, não sendo globalmente significativas a diferença de médias revela que são os enfermeiros que mais investem na formação a evidenciar níveis mais elevados de stresse. Estes resultados poderão ser indicadores de que os enfermeiros sentem que não existe reconhecimento pelos esforços e investimento por eles desenvolvidos.

O esforço que tem vindo a ser feito pelos enfermeiros, em Portugal, em relação ao alargamento do âmbito dos seus conhecimentos é sobejamente conhecido, basta consultar as universidades, quer públicas, quer privadas, para verificar que muitos dos alunos de pós graduações e mestrados, nos cursos de Ciências Humanas, nomeadamente Psicologia, são enfermeiros.

É opinião da investigadora, baseada no conhecimento adquirido ao longo de trinta anos de exercício profissional neste campo, de que o esforço despendido pelos enfermeiros na sua formação profissional, na grande maioria das vezes, não se repercute ao nível do seu desempenho porque raras são as oportunidades para tal.

Para além da situação sócio-política do país nos últimos anos, a qual surge como condicionante do ingresso e da progressão na carreira de enfermagem, o não

reconhecimento por parte dos seus superiores hierárquicos, não compensa os investimentos económicos, pessoais e familiares que os enfermeiros fazem.

Os enfermeiros que investem na formação profissional demonstram empenho e querem chegar mais longe, mas é nas instituições onde trabalham que encontram os maiores entraves. Estas demonstram pouco interesse em reconhecer aos enfermeiros competências para integrar, salvo raras excepções, grupos multiprofissionais de investigação ou outros, onde se desenvolvem actividades que vão além da prestação directa dos cuidados.

O baixo reconhecimento profissional (expressão de recompensa), a percepção de ser subestimado, comunicação deficiente, inexistência de apoio emocional, são factores apontados por vários autores como fontes de stresse sentidas pelos enfermeiros (Bennett, 2002; Hernandez, 2003; Karasek, 2007; Siegrist, 1996).

Kanter (1993, citado por Costa, 2007), defende que só é possível alcançar os objectivos pessoais e organizacionais se os ambientes de trabalho estiverem estruturados de tal forma que possam providenciar acesso à consecução de poder, à informação, ao suporte e aos recursos necessários para realizar o trabalho, assim como o acesso à oportunidade de aprender e crescer.

H₀ 7- A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função da antiguidade na profissão.

O estudo da influência da antiguidade na profissão sobre a intensidade de stresse demonstra que são os enfermeiros mais jovens a manifestar níveis mais elevados de stresse (*stresse médio*), destacando-se o grupo que trabalha entre os 4 e 10 anos, ao apresentar os níveis de stresse mais elevados, em todas as sub escalas. Já, os enfermeiros que trabalham na instituição entre os 11 e 20 anos são os que apresentam valores de intensidade de stresse mais baixa (*pouco stresse*).

As fontes que integram as sub escalas Carreira e Realização e Estrutura Organizacional são as que apresentam intensidade de stresse mais elevada. A diferença de médias mostra que existem diferenças significativas em 3 das 5 escalas: Estrutura

Organizacional, Relação Profissional com os Utentes e Conflitos Interpessoais. No entanto, quando considerada a intensidade de stresse total verifica-se que não existem diferenças significativas entre os vários grupos.

Estes resultados, embora, não se observando, globalmente, diferenças significativas entre os grupos, vêm consolidar os obtidos nos cruzamentos anteriores; são os enfermeiros mais jovens a apresentar níveis de stresse mais elevado. Se tivermos em conta que 60% dos enfermeiros têm idade igual ou inferior a 30 anos, é muito provável que sejam atribuídas tarefas de grande responsabilidade a enfermeiros ainda muito jovens e com pouca experiência, e muitas são as vezes em que eles acumulam estas actividades com a prestação directa dos cuidados, tais como: ser o responsável de equipa, integrar enfermeiros e orientar alunos em estágio.

Este tipo de tarefas requer para além de outras competências, conhecimentos e capacidade de liderança e tomada de decisão, atributos que não é suposto ser exigido a profissionais tão jovens, pelo menos em grau tão elevado, devido à sua natural imaturidade profissional e não consolidação de competências.

É manifesto que cada vez mais, as equipas são compostas por profissionais muito jovens e que nelas faltam os elementos de referência com grande experiência profissional a que Benner (1984) apelida de *enfermeiros peritos*. Estes elementos, para além de servirem como modelo aos menos experientes, são também a figura de suporte em situação de crise e são estes os mais capacitados a fazer a ligação adequada entre as decisões clínicas (técnicas e científicas) e as decisões éticas (Queirós, 2007).

Aos enfermeiros, mesmo no desempenho normal das suas actividades, é-lhe exigida, frequentemente, muita amplitude na tomada de decisão com conseqüente responsabilização, o que impõe grandes exigências psicológicas e controlo; mas muitas são as vezes em que os enfermeiros percebem não ter experiência e controlo suficiente para enfrentar as situações que se lhe deparam. A falta de controlo e responsabilidade excessiva podem levar ao desenvolvimento de problemas ao nível físico e psicológico nos enfermeiros (Karasek, 2007; Lautert, Chaves & Moura, 1999, citado por Silva & Melo, 2006).

Existe a associação entre níveis altos de exigências psicológicas no trabalho, baixo controlo sobre as actividades desenvolvidas e a prevalência de distúrbios psíquicos (Alvarez, 2003; Araújo *et al.*, 2003; Maslach *et al.*, 2001). O stresse varia em função do controlo que o indivíduo tem sobre o grau de exigência criado pelas tarefas (Vaz Serra, 2002).

H₀ 8 – A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função da antiguidade no actual serviço.

Os dados alcançados no estudo da relação da intensidade do stresse em função da antiguidade no actual serviço vem fortalecer os resultados obtidos no estudo da hipótese H₀ 7. São os enfermeiros que trabalham no serviço entre os 3 e os 10 anos, aqueles que revelam intensidade de stresse mais elevada, assim como, são os enfermeiros mais velhos os que apresentam menor intensidade de stresse. A intensidade do stresse é mais elevada em relação às fontes que integram as sub escalas Carreira e Realização e Estrutura Organizacional.

Os resultados auferidos do estudo da associação da intensidade do stresse com a variável antiguidade no actual serviço mostram que, em relação à intensidade de stresse total, não se observam diferenças significativas entre os grupos, embora, existam diferenças significativas em relação às sub-escalas Exigências Intrínsecas ao trabalho e Conflitos Interpessoais.

Altos ideais, elevadas expectativas, assim como a responsabilidade pelos cuidados, constante contacto com o sofrimento e a morte e o baixo reconhecimento da população assistida e dos superiores hierárquicos, particularmente em enfermeiros com poucos anos de exercício, são considerados por vários autores como sendo factores predisponentes ao stresse (Hernandez, 2003).

Estes resultados poderão também não ser alheios à situação política e laboral que hoje se vive; a desmotivação e insatisfação podem para além de outros factores, ter origem nas indefinições em termos de acesso, promoção e progressão na carreira dos profissionais inseridos nestes grupos etários, uma vez que o vínculo jurídico de relação de emprego com o Hospital, criada como Instituição Pública Empresarial (EPE) através

do Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, é de contrato individual de trabalho (CIT) e, como tal, sem vínculo à função pública.

Esta é uma situação que limita os enfermeiros que se encontram nesta condição a ter acesso à carreira de enfermagem da função pública, consignada em legislação através do Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro e alterações posteriores. Não existindo modelo alternativo as suas possibilidades de promoção e progressão, simplesmente, não existem.

H₀ 9 – A intensidade do stresse não altera em função do número de instituições onde o enfermeiro exerce a sua actividade profissional.

A intensidade de stresse resultante da influência da variável exercício da actividade profissional situa-se abaixo dos valores de stresse médio, conforme resultados do quadro 20, no entanto verifica-se a existência de diferenças entre as duas categorias, sendo de notar que são os enfermeiros que exercem funções em mais do que uma instituição os que referem menor intensidade de stresse. As fontes integrantes das sub escalas Estrutura Organizacional e Carreira e Realização, são aquelas em que os enfermeiros apresentam níveis mais elevados de stresse.

Do estudo das diferenças de médias entre as duas variáveis não foram encontradas diferenças significativas em relação às fontes, às sub-escalas e à intensidade de stresse total, podendo afirmar-se que, para esta amostra, a intensidade do stresse não altera em função do número de instituições onde os enfermeiros exercem a sua actividade profissional.

Tendo em conta a literatura consultada dir-se-ia que esta variável apresenta um sentido inverso ao indicado por vários autores, os quais referem, como factores de stresse a ter em conta, o excessivo número de horas de trabalho ou a sobrecarga de trabalho (Alvarez, 2003; Bibbings, 1988; Cooper & Marshall, 1982).

Esta realidade seria de esperar em enfermeiros que desempenham a sua actividade em, pelo menos, duas instituições, no entanto, também há quem pense de maneira diferente; trabalho duro e de muitas horas, responsabilidade, não são

consideradas por si só condições suficientes para induzir sintomas de stresse (Jaques, 1996, citado por Regis, 1996).

Uma vez que trabalhar em mais do que uma instituição é uma opção pessoal, será que neste caso e para esta amostra, o ditado popular se pode aplicar? - “Quem corre por gosto não cansa”.

Mudar de local de trabalho, trabalhar com outras pessoas, e por vezes desempenhar tarefas diferentes, poderá revelar-se um factor positivo na diminuição do stresse, ou, será apenas o factor financeiro a considerar?

Visto ser a fonte Salário insuficiente, referenciada como a mais stressante para os enfermeiros desta amostra, pode muito bem, o pluriemprego, ou melhor, o que ele representa economicamente, ser uma vertente a considerar na diminuição do stresse; ao adquirir maior capacidade em termos financeiros, pode ajudar o indivíduo a fazer frente a alguns problemas, conferindo-lhe uma maior percepção de controlo da sua vida, com consequente estabilidade familiar, profissional e social. O papel do controlo como sendo um importante mediador do stresse encontra-se reforçado por vários autores (Karasek, 2007; Lazarus & Folkman, 1984; Ogden, 1990; Vaz Serra, 2002).

H₀₁₀ – A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função do tipo de horário praticado.

A influência da variável tipo de horário praticado na intensidade de stresse é idêntica em ambos os grupos (*stresse médio*), sendo levemente mais elevada no grupo que pratica o horário diurno, nomeadamente em relação às sub-escalas Estrutura Organizacional e Relações Profissionais com os Utentes.

A análise dos resultados revela que a intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função do tipo de horário praticado, visto não existirem diferenças significativas resultantes do cruzamento destas duas variáveis, em relação às fontes, às sub-escalas e à intensidade de stresse total.

Estes resultados, muito embora, e aparentemente, possam não estar na linha para a qual a literatura aponta, poderão conter uma mensagem que encaminha para a necessidade de uma leitura cuidada e integrada com os resultados obtidos nos anteriores cruzamentos. É necessário lembrar que 60% dos enfermeiros que integram a amostra têm idade inferior ou igual a 30 anos, o que remete para a imaturidade profissional e consequente dificuldade para lidar com a burocracia, com os familiares dos doentes e diferentes grupos profissionais (Benner, 2003; Carapinheiro, 2005). Os turnos diurnos caracterizam-se por grande movimento nos serviços e, por conseguinte, as solicitações são muitas e variadas, exigindo por parte dos profissionais experiência e, para além, dos conhecimentos específicos inerentes ao cuidado aos doentes, é necessário ter conhecimentos abrangentes da estrutura e dinâmica da instituição.

Uma das fontes onde se observam menores níveis de stresse é “Serviço nocturnos, aos sábados, domingos”; este resultado poderá, para além, do referido anteriormente, revelar ligações a outras fontes para as quais os enfermeiros referem ser das mais stressantes, que são: “Salário insuficiente” e “Execução de tarefas administrativas”. Os turnos nocturnos, aos sábados, domingos e feriados são pagos a preço superior que os turnos diurnos, podendo este motivo ser sentido pelos enfermeiros como um factor motivacional.

Outro dos motivos que poderá estar associado a estes resultados é a possibilidade dos tempos diurnos serem utilizados pelos enfermeiros para formação; muitos destes profissionais encontram-se a frequentar cursos de especialidades e outras formações. Não esquecer também que alguns enfermeiros têm pluriemprego, pelo que o horário rotativo, também lhe facilita trabalhar noutra instituição.

H₀ 11 – A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função da média de horas de trabalho semanal.

Contrariamente ao esperado, verifica-se que a intensidade do stresse é mais baixa nos enfermeiros que trabalham, em média, mais horas por semana, sendo os enfermeiros que trabalham entre 42 a 50 horas, em média, por semana, aqueles que revelam níveis mais elevados de stresse.

A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função da média de horas de trabalho semanal. Embora as diferenças não sejam significativas os resultados obtidos poderão ter explicação no facto de 60% dos enfermeiros ter idade igual ou superior a 30 anos e serem os enfermeiros mais jovens, por imposição contratual, a praticar o horário de 40 horas semanais. Esta situação, na prática leva-os a trabalhar mais 20 horas por mês que os enfermeiros do quadro, e, sem remuneração acrescida, podendo ser considerada pelos enfermeiros como uma situação de injustiça.

Esta justificação surge reforçada pelos resultados obtidos na fonte, Salário insuficiente, onde se pode observar que são os enfermeiros que trabalham em média de 35 a 42 horas, por semana, aqueles que apresentam intensidade de stresse mais elevada. Os enfermeiros, que trabalham acima das 40 horas semanais, praticam esses horários voluntariamente e são remunerados por isso, ao trabalharem em horas extraordinárias e/ou, porque trabalham noutras instituições.

Demir *et al.*, (2003) apresentam os resultados de um estudo com enfermeiras, por si realizado, onde concluem que a ascensão do *burnout*, para além de outros factores, está relacionada com o aumento das horas extraordinárias e com a frustração. Em estudos realizados por McIntyre *et al.* (1999, 2001), a sobrecarga de trabalho é, também, referenciada pelos enfermeiros, como sendo uma das principais fontes de stresse ocupacional.

O stresse laboral advém do desfasamento entre o esforço e a recompensa; a discrepância entre altos *custos* e baixos *ganhos*, quando relacionado com os investimentos no trabalho, provoca emoções negativas nas pessoas expostas (Artazcoz *et al.*, 2004; Chor *et al.*, 2008).

H₀ 12 - A intensidade do stresse percebido pelos enfermeiros não altera em função dos serviços onde exercem funções.

Da análise do estudo das diferenças de médias na intensidade de stresse em função do serviço onde os enfermeiros exercem funções, verifica-se que é nesta variável onde os grupos apresentam diferenças significativas em relação ao maior número de fontes, como documenta o quadro 23. Também se verifica a existência de diferenças

significativas em relação às sub-escalas Estrutura Organizacional e Conflitos Interpessoais e quando considerada a intensidade de stresse total.

Os enfermeiros que trabalham nos serviços de Medicina são os que revelam intensidade de stresse mais elevada, em todas as sub-escalas (*stresse médio*). Estes serviços são considerados, ao nível institucional, como sendo os serviços com maior carga de trabalho, quer em termos qualitativos, quer em termos quantitativos. O grau de dependência dos doentes que em muito é agravado pela idade avançada dos mesmos, a grande rotatividade de doentes, com demoras médias à volta dos 8 dias e a taxa de ocupação elevada, ultrapassando em muito, os 100% nos meses de Inverno, são factores que contribuem para que estes serviços sejam considerados os mais “pesados” dentro do hospital (HSJ, 2007).

Os resultados obtidos encontram-se em consonância com a opinião de vários investigadores quando relacionam problemas de saúde mental dos trabalhadores com condições de trabalho desagradáveis, nomeadamente, com esforços físicos elevado e horas de trabalho excessivas e inconvenientes (Cooper & Marshall 1982). Níveis elevados de tensão obtidos nos enfermeiros encontram-se relacionados com a direcção da enfermagem, na unidade, a responsabilidade pela vida dos doentes e a pressão resultante da necessidade de acabar o trabalho no tempo disponível (Bibbings, 1988).

Bennett (2002) também é de opinião que existe evidência substancial de que os profissionais de saúde apresentam elevados níveis de stresse em consequência do trabalho em si e do ambiente em que o desenvolvem.

Em suma, os resultados diferenciais mostram que, apenas, se verificaram diferenças significativas em duas das 12 variáveis estudadas, concluindo-se que, nesta amostra, a intensidade do stresse total é influenciada pelo sexo e pelo serviço onde os enfermeiros trabalham e não é influenciada pela idade, estado civil, habilitações, nº médio de horas de formação, nº de descendentes, antiguidade na instituição e no serviço, nº de instituições onde o enfermeiro trabalha, tipo de horário e horas de trabalho semanal.

3.7 - Propostas de Intervenção para redução do Stresse

Ao longo do referencial teórico ficou bem patente que o stresse no trabalho dos enfermeiros é considerado, actualmente, um problema com dimensões consideráveis que deve ser levado a sério por todos os intervenientes do processo, desde as políticas, passando pelas instituições escolares, instituições onde estes profissionais exercem a sua actividade e, também, pelos próprios profissionais.

Tendo em conta as consequências deste fenómeno é de toda a conveniência a implementação de intervenções com vista à sua redução. É responsabilidade das organizações detectar factores que provocam disfunções nas várias áreas de exercício profissional e problemas de saúde dos seus profissionais, que, neste caso, deverá abranger o despiste precoce de factores nocivos à saúde dos enfermeiros, quer eles se situem ao nível organizacional, ou ao nível pessoal.

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional que se obtém do esforço de todos os intervenientes que compõem o substrato laboral da instituição; a este respeito Ordem dos Enfermeiros é clara:

A excelência do exercício profissional, nunca é acidental. Exige compromisso e dedicação. É um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. Cabe a cada enfermeiro, quer individualmente, quer em colectivo, no contexto do seu exercício, assumir este compromisso reflectindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca da excelência do exercício. Todavia é essencial que a este compromisso dos enfermeiros esteja associado o esforço e compromisso das organizações prestadoras de cuidados tendo como finalidade e centralidade da conjugação de esforços a melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos como parte integrante dos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Neste quadro, e tendo em consideração os resultados observados no presente estudo apresenta-se, de seguida, uma proposta de intervenção que possa contribuir para minimizar os efeitos dos factores nocivos à saúde dos enfermeiros e, por conseguinte, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados que estes profissionais proporcionam ao cidadão.

Ora, o ponto de partida de qualquer programa é a informação sobre a temática a intervir; a informação adequada deve aparecer como primeira linha de intervenção, que segundo aconselha a Associação de Medicina Britânica, deve ter início ao nível pré-graduado, nas escolas. Aos estudantes e futuros enfermeiros deverão ser transmitidos conhecimentos que lhe possibilite a aproximação ao mundo real onde mais tarde desenvolverão a sua actividade profissional, de modo a que o indivíduo não crie expectativas erradas e pouco realistas sobre o que o espera e o que se espera de si (Pines & Aronson, 1989; Vaz Serra, 2002).

Os resultados justificam que se deixe o alerta às escolas de Enfermagem relacionado com o ensino clínico dos estudantes. O ensino prático dos estudantes de Enfermagem, mais do que nunca, deverá permitir-lhe vivenciar as situações que se lhe deparam no dia-a-dia do seu estágio e reflectir sobre elas, possibilitando-lhe, desta forma, adquirir maiores níveis de maturidade e de autoconfiança. Esta prática baseada em modelos de desenvolvimento profissional como os propostos por Benner (2003) favorece o desenvolvimento de competências, não apenas técnicas, como sociais e interpessoais (Queirós (2007).

Fernandes (2007) afirma que a aprendizagem prática será mais facilmente adquirida recorrendo ao ensino tutelado por enfermeiros que nos seus locais de trabalho acompanhem e supervisionem o ensino clínico dos estudantes de enfermagem:

A figura do tutor é uma peça importante no quadro da formação actual no ensino da enfermagem. No processo de integração do estudante nas dinâmicas do serviço e na profissionalização, os seus dotes de observação, de sensibilidade, de simpatia, de escuta e sobretudo de saber, podem explicar ao estudante o desempenho desejável durante o período de ensino crítico e marcá-lo como futuro profissional de enfermagem (*ibid.*, p. 117).

É desejável que os estudantes de enfermagem contactem o mais precocemente com as realidades dos serviços clínicos das instituições de saúde, que por vezes são experiências muito intensas e, para alguns, completamente desconhecidas. Este contacto faseado contribui para o criar de expectativas mais realistas e, ao mesmo tempo, também possibilita o desenvolvimento de estratégias para lidar com situações menos agradáveis.

O contacto progressivo favorece a criação de “anticorpos” que facilitam a adaptação, permitindo o crescimento do estudante não só como futuro profissional, mas também como pessoa:

Ao propor o modelo de desenvolvimento de competências baseado em autores como Dreyfus e Dreyfus (1986) e nas teorias do ensino experiencial, Benner chama a atenção para que as enfermeiras ao desenvolverem a sua aprendizagem em contextos de grandes especificidades e complexidades, em que encontram sofrimento e vulnerabilidade a todo o momento, precisam também de desenvolver um sentido de grande responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais que devem estar inerentes às perícias clínicas (Queirós, 2007, p. 3).

A constituição da amostra estudada nesta investigação, na qual 60% dos enfermeiros têm idade igual ou inferior a 30, com conseqüente maturação profissional pouco desenvolvida, remete para a necessidade de se encontrar caminhos que levem ao desenvolvimento de competências profissionais que lhes permita atingir os níveis de eficácia desejáveis a uma prática do cuidar eficiente e eficaz.

No que diz respeito às fontes de stresse, os principais resultados apontam para a existência de dois conjuntos de fontes para as quais os enfermeiros referem níveis mais elevados de stresse: as fontes pertencentes às sub escalas, Estrutura Organizacional (EO) e Carreira e Realização (CR). Estes resultados conduzem para a necessidade de elaborar estratégias de intervenção dirigidas para as fontes que mais stresse laboral provocam nos enfermeiros, nomeadamente: Salário insuficiente (CR); Sobrecarga de trabalho (EO); Excessivo número de doentes por profissional (EO); Lidar com o sofrimento e a morte (EIT); Demasiadas exigências dos utentes/familiares (EIT); Estado clínico dos doentes (RPU); Desumanização do atendimento e do tratamento (RPU); Risco para a própria saúde (CR); Carência de recursos humanos (EO); Carência de recursos materiais (EO); Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais (CI); Incapacidade em responder às exigências dos utentes (RPU).

Paralelamente, o programa de intervenção deverá ser conceptualizado e ajustado em função dos seus destinatários, privilegiando grupos-alvo que se encontrem mais vulneráveis ao stresse.

De acordo com o presente estudo, os enfermeiros que percepcionaram níveis mais elevados de stresse manifestam as seguintes particularidades: Sexo feminino; Solteiros e divorciados; Sem filhos ou com mais de dois filhos; Com idade até 40 anos; Trabalham apenas numa instituição; Trabalham na profissão há 10 ou menos anos; Trabalham no serviço há 10 ou menos anos; Trabalham de 36 a 42 horas semanais.

Tendo como referência o grupo alvo, as propostas de intervenção ao nível organizacional poderão ter um carácter mais macro ou mais micro, dependendo dos objectivos que se pretendem atingir. Não sendo pretensão, ao concluir esta investigação, de propor intervenções dirigidas a todas as áreas problema para as quais os resultados remetem, decidiu-se introduzir propostas com carácter mais abrangente, estratégico, que impliquem a formação e envolvimento da direcção de enfermagem ao nível das chefias intermédias e operacionais da instituição.

Com base em resultados que consideram o apoio das chefias como um preditor importante dos sintomas de stresse ocupacional dos enfermeiros, esta deve ser uma área chave de intervenção a nível de prevenção e remediação do stresse profissional dos enfermeiros e do aumento da sua satisfação profissional (McIntery *et al.*, 2001). Não quer dizer que se esgotem aqui as propostas de intervenção, existem fontes como “Salário Insuficiente” que exigem intervenções de nível nacional, inseridas nas políticas de emprego e de salários; assim como, a intervenção de carácter individual não deverá ser esquecida. Dado, esta investigação remeter para questão de carácter mais organizacional, será esta, então, a vertente a ser considerada.

O planeamento das propostas de intervenção será apresentado sobre a forma de quadro (cf. Quadro 24) tendo como suporte o diagnóstico resultante dos resultados obtidos nesta investigação, pelo que as áreas a intervir terão como base de referência as 11 fontes para as quais os enfermeiros referem níveis mais elevados de stresse.

É muito importante que as instituições de saúde, mesmo seguindo as políticas e legislação vigentes, sejam capazes de aproveitar os aspectos positivos nelas inseridos para criar ambientes capazes de motivar e proteger os seus profissionais, desenvolvendo estratégias de forma a criar climas de confiança e segurança, onde a comunicação seja

clara e o espírito de equipa impere, com vista a formar um substrato sólido a que os profissionais recorram sentindo-se confiantes.

Os enfermeiros têm de ter a noção clara que a organização não é apenas constituída por estruturas reguladoras e, por vezes, repressoras; também têm de sentir que essas estruturas tendo carácter de exigência podem, concomitantemente, ser sistemas de suporte e apoio onde existem dinâmicas que sejam capazes de utilizar as sinergias existentes em prol da satisfação e motivação dos trabalhadores.

Gostar do que se faz e trabalhar com quem se gosta são, evidentemente, duas premissas fundamentais à motivação e ao sucesso, que devem e podem ser uma realidade nas instituições de saúde. Para além disso, crê-se que, o sentimento de pertença e o “vestir a camisola” nos enfermeiros se reveste da maior importância devido, sobretudo, às características do ambiente onde trabalham. A vivência constante com realidades tão efémeras como a vida e a morte, criam nos enfermeiros ambivalências e sentimentos de insegurança que podem ser minimizados pelo sentir que estão ligados a algo e que esse, algo, lhes pertence. O *seu serviço* e a *sua equipa* podem servir de ponto de apoio ou porto de ancoragem em momentos de crise.

Esta linha de pensamento insere-se na convicção de que existem factores de stresse que poderão ser minimizados bastando que haja, por parte dos responsáveis das instituições hospitalares, a consciência de que é necessário criar climas de segurança onde os profissionais sintam que o seu trabalho é considerado e o seu empenho recompensado e, acima de tudo, que possam perceber quão importantes são ao todo que é a organização e para os cidadãos que cuidam.

Para além das intervenções referidas no quadro 24 é importante que outras, com carácter mais abrangente, sejam desenvolvidas. Apetrechar os enfermeiros de ferramentas que os ajudem a enfrentar as situações mais penosas do seu dia-a-dia de trabalho passa pela informação/formação e o acompanhamento de profissionais preparados para tal, daí que a promoção da formação sobre a gestão do stresse e dos factores indutores de stresse e a constituição de equipas multidisciplinares integradas nas equipas de Saúde Ocupacional, serem investimentos que urge introduzir a nível institucional.

Quadro 24 – *Planeamento estratégico de intervenções de combate ao stresse nos enfermeiros que trabalham nos serviços de internamento clínico do HSJ*

Área a intervir	Objectivos estratégicos	Estratégias	Actividades	Intervenientes
Sobrecarga de trabalho	Reduzir a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros	<p>1 – Organizar os horários de acordo com as normas legais.</p> <p>2 – Adequar da metodologia de trabalho às necessidades do serviço, dos doentes e dos enfermeiros.</p> <p>3 – Impulsionar o trabalho em equipa multiprofissional.</p> <p>4 – Prover o serviço de manuais de normas e procedimentos.</p> <p>5 – Libertar os enfermeiros das actividades ou tarefas que competem a outros profissionais.</p> <p>6 – Gerir as situações internas ou externas ao serviço, que interferem negativamente com o desempenho dos enfermeiros.</p>	<p>1.1 - Elaborar dos horários tendo em conta: - A distribuição harmoniosa dos turnos de forma a não sobrecarregar os enfermeiros; - Manter os períodos de descanso entre os turnos; - Garantir as folgas semanais e sempre que possível juntar os dias de folga; - Permitir a troca de horários se solicitada.</p> <p>1.2 - Programar os períodos de descanso em cada turno.</p> <p>2.1 – Utilização da metodologia científica na prestação de cuidados. 2.2 - Elaboração do plano de trabalho com antecedência pelo menos de um dia. 2.3 - Ajustar o plano de trabalho procedendo à distribuição equitativa da carga de trabalho.</p> <p>3.1 – Discussão de casos clínicos em equipa multidisciplinar. 3.2 - Participação dos enfermeiros, como parceiros, nas decisões de carácter clínico. 3.3 – Promoção, sempre que se justifique, da reflexão dos problemas estruturais e de dinâmica do serviço, em equipa multidisciplinar.</p> <p>4.1 – Criação de normas de desempenho para o serviço com base nas normas institucionais. 1.4.2 – Elaboração de manuais de procedimentos de acordo com as normas e critérios do serviço.</p> <p>5.1 – Organização do trabalho de acordo com as atribuições específicas de cada grupo profissional. 5.2 – Responsabilização dos profissionais em situações de incumprimento.</p> <p>6.1 - Promover informação através de catálogos e outros instrumentos de informação com vista à utilização adequada dos recursos materiais. 6.2 - Proceder ao levantamento de situações disfuncionais para o desempenho dos enfermeiros, tais como: - Identificação inadequada de prioridades; - Utilização deficiente e inadequada de recursos, quer humanos, quer materiais; - Atitudes e/ou procedimentos de elementos da equipe de saúde que promovem a desorganização. 6.3 - Identificação de necessidades de formação.</p>	<p>Direcção da Unidade Autónoma de Gestão</p> <p>Director do serviço</p> <p>Enfermeiro Supervisor</p> <p>Enfermeiro Chefe</p>
Excessivo número de doentes por profissional	Diminuir o número de doentes atribuídos a cada enfermeiro	<p>1 - Adequar o número de enfermeiros à taxa de ocupação dos serviços e ao nível de dependência dos doentes</p> <p>2 – Responsabilizar os enfermeiros com base em critérios de competência.</p>	<p>1.1. Distribuição dos doentes por profissional com base na fórmula procedente do Ministério da Saúde.</p> <p>2.1 – Constituição das equipas de trabalho de forma a integrarem enfermeiros dos vários níveis de competência, com relevância para os enfermeiros peritos.</p>	

(Continuação)

(Continuação)

Área a intervir	Objectivos estratégicos	Estratégias	Actividades	Continuação Intervinentes
Lidar com o sofrimento e a morte	Preparar os alunos de enfermagem e os enfermeiros recém-formados para lidar com o sofrimento e a morte	<p>1 - Promover a maturação saudável ao nível pessoal e profissional dos alunos de enfermagem e dos enfermeiros recém formados.</p> <p>2 - Promover a integração adequada aos enfermeiros recém admitidos ao serviço</p> <p>3 – Identificar necessidades de formação relacionadas com esta problemática.</p> <p>4 – Criar mecanismos facilitadores do diálogo e da expressão de sentimentos.</p>	<p>1.1 - Providenciar a elaboração de protocolos com as escolas de enfermagem tendo em vista a preparação de profissionais (tutores) destinados ao acompanhamento do ensino clínico nos serviços.</p> <p>1.2 - Dotar os serviços para que seja possível aos tutores fazer o acompanhamento e supervisão do trabalho desenvolvido pelos alunos em estágio.</p> <p>1.3 - Criar oportunidades de aprendizagem aos alunos de maneira a poderem experienciar o maior número de situações, em grau de complexidade de acordo com o seu desenvolvimento, conferindo-lhe progressivamente habilidades, através do questionamento e reflexão das práticas, rumo à autonomia de decisão.</p> <p>2.1 - Propiciar a integração dos enfermeiros com recurso ao tutor.</p> <p>2.2 - Dotar o serviço de instrumentos facilitadores da integração tais como: manual de integração, manuais de uso de equipamentos, filmes, etc.</p> <p>2.3 - Efectuar entrevista inicial de forma a transmitir informações genéricas e específicas sobre a dinâmica e estrutura do serviço e também, obter informações sobre o recém-chegado que possam contribuir para a sua integração.</p> <p>3.1 - Planear a formação em função das necessidades identificadas.</p> <p>3.2- Promover a realização da formação.</p> <p>3.3 Avaliar o impacto da formação realizada na alteração de comportamentos dos enfermeiros relacionados com esta situação.</p> <p>4.1 - Fomentar a discussão e reflexão das situações de maior complexidade, em grupo ou individualmente.</p> <p>4.2 – Conceber momentos de privacidade que propiciem à expressão de sentimentos.</p> <p>4. 3 – Identificar situações individuais que requerem intervenção especializada.</p>	<p>Direcção da Unidade Autónoma de Gestão</p> <p>Director do serviço</p> <p>Enfermeiro Supervisor</p> <p>Enfermeiro Chefe</p>
Demasiadas exigências dos utentes e familiares	<p>- Habilitar os enfermeiros para:</p> <p>- Lidar com as exigências dos utentes e familiares.</p> <p>- Contribuírem para a diminuição das exigências dos utentes/familiares.</p>	<p>1 - Propiciar o acolhimento dos utentes/familiares segundo normas do serviço.</p>	<p>1.1– Providenciar informação por escrito aos enfermeiros sobre as normas de acolhimento do utente/família.</p> <p>1.2 – Manter a informação acessível para consulta, sempre que necessário.</p> <p>1.3- Aprofundar a formação dos enfermeiros sobre a humanização dos cuidados incluindo as boas práticas de acolhimento, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Informar o utente/família de normas relacionadas com a dinâmica do serviço: horários de refeições, visitas, etc.; – Apresentar o utente/família aos outros membros da equipe presentes; – Proporcionar o máximo de privacidade possível. <p>1.4 - Programação da alta atempadamente com inerente ensino ao doente e família.</p> <p>1.5 - Programar os horários das visitas com base nas normas institucionais e de acordo com as necessidades do utente e família.</p>	

(Continuação)

(Continuação)

Área a intervir	Objectivos estratégicos	Estratégias	Actividades	Intervenientes
Estado clínico dos doentes	Garantir condições que capacitem os enfermeiros a proporcionar cuidados com a qualidade que o estado clínico dos doentes requer	1 - Aumentar a capacidade de intervenção dos enfermeiros 2 - Actualização de conhecimentos 3 – Trabalhar em equipa	1.1 - Proporcionar momentos formais de discussão e reflexão da prática. 1.2 – Criar condições para fazer investigação (e.g. estudos de casos) 1.3 – Providenciar o acompanhamento dos enfermeiros menos experientes, em casos mais complicados e que requerem maior capacidade de decisão e intervenção. 2.1- Propiciar oportunidades de formação aos enfermeiros em áreas diagnosticadas como mais deficitárias. 3.1 – Discussão dos casos clínicos com participação do enfermeiro responsável do doente.	Direcção da Unidade Autónoma de Gestão Director do serviço
Desumanização do atendimento e do tratamento	Promover condições que promovam a humanização dos cuidados aos utentes.	1 - Utilização do método de trabalho de prestação de cuidados individualizados. 2 - Integração do utente/familiares na prestação dos cuidados.	1.1 - Prestação de cuidados personalizados. 1.2 - Reduzir, ao máximo, a mobilidade dos enfermeiros responsáveis do utente. 2.1 – Dar oportunidade ao utente e família para integrar o planeamento e a prestação dos cuidados. - Fazer ensino ao utente/família sobre os cuidados a prestar no hospital ou depois da alta. - Iniciar a programação da alta logo que o doente dá entrada no serviço. - Facilitar as visitas em horários diversificados e que se ajustem à necessidade do doente e família.	Enfermeiro Supervisor Enfermeiro Chefe
Risco para a própria saúde	Proporcionar condições que contribuam para a diminuição de riscos para a saúde dos enfermeiros.	1 - Dotar o serviço com materiais e equipamento adequado ao desempenho das actividades nele desenvolvidas. 2 – Introduzir metodologias adequadas à deslocação de pesos e outras actividades de risco.	1.1 - Informar os trabalhadores sobre os recursos disponíveis no serviço. 1.2 – Proporcionar informação simples, clara e concisa e por escrito sobre as normas de uso de produtos químicos, espécimes para exames laboratoriais: - Fichas técnicas, manuais de utilização, etc. 1.3 – Elaborar normas de utilização, quando necessário. 1.5 – Identificar incumprimento das normas. 1.6 – Proporcionar formação interna e externa ao serviço, sempre que se justifique. 2.1 – Elaborar procedimentos sobre: - Deslocação de equipamentos pesados. - Mobilização dos utentes. 2.2 – Providenciar o acondicionamento adequado de produtos e materiais.	
Incapacidade em responder às exigências dos utentes	Identificar as áreas para as quais os enfermeiros apresentam incapacidade em responder às exigências dos utentes.	1 – Elaborar projecto de investigação	1.1 – Criar condições para o estudo desta problemática.	

(Continuação)

(Continuação)

Áreas a intervir	Objectivos estratégicos	Estratégias	Actividades	Intervenientes
Carência de recursos humanos	Reduzir as carências dos serviços em recursos humanos	<p>1 - Prover as equipas dos serviços com o número de enfermeiros adequado às necessidades.</p> <p>2 - Reformular políticas de mobilidade tendo em conta as necessidades dos serviços e as preferências dos profissionais.</p> <p>3 - Equipar o serviço com auxiliares de acção médica de acordo com as necessidades.</p>	<p>1.1 - Dotar os serviços de enfermeiros com base na fórmula emanada pelo Ministério da Saúde.</p> <p>1.2 - Constituir equipas cuja distribuição dos enfermeiros seja feita com base em critérios de competência.</p> <p>2.1 - Elaboração de critérios de mobilidade gerais e específicos tendo em conta a constituição das equipas.</p> <p>2.3 - Informar os enfermeiros sobre os critérios de mobilidade.</p> <p>2.4 - Elaborar/reformular manuais de integração aos serviços para enfermeiros. - Proporcionar o tempo necessário à integração adequada dos enfermeiros.</p> <p>3.1 - Integrar os enfermeiros chefes no recrutamento dos auxiliares de acção médica.</p> <p>3.2 - Dotar os serviços com auxiliares de acção médica com base na fórmula emanada pelo Ministério da Saúde.</p> <p>3.3 - Seleccionar os auxiliares de acção médica em função dos serviços a desempenhar.</p> <p>3.4 - Elaboração manuais de integração à instituição e ao serviço para auxiliares de acção médica.</p> <p>3.5 - Proporcionar o tempo necessário à integração adequada ao serviço dos auxiliares de acção médica.</p> <p>3.6 - Promover formação inicial básica, teórico e prática, antes de integrar estes profissionais nas equipas.</p>	<p>Direcção da Unidade Autónoma de Gestão</p> <p>Director do serviço</p> <p>Enfermeiro Supervisor</p> <p>Enfermeiro Chefe</p>
Carência de recursos materiais	<p>Reduzir as carências dos serviços em recursos materiais</p> <p>Introduzir programa da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) nos serviços</p>	<p>1 - Equipar os serviços com os recursos materiais adequados às necessidades.</p> <p>2 - Dotar os serviços de internamento com o equipamento necessário à implantação da CIPE.</p>	<p>1.1 - Proceder ao levantamento das necessidades em material clínico e equipamentos.</p> <p>1.2 - Providenciar a reposição do material clínico por níveis.</p> <p>1.3 - Promover a utilização adequada do material e dos equipamentos: - Utilização das fichas técnicas e manuais.</p> <p>2.1 - Fazer o levantamento das necessidades de formação.</p> <p>2.3 - Criar condições aos formadores para acompanhamento da instalação do programa nos serviços.</p>	
Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais	Diminuir as situações de conflito das exigências profissionais, familiares e sociais dos enfermeiros.	1 - Identificação dos casos problemáticos.	<p>1.1 - Diminuir a sobrecarga horária.</p> <p>1.2 - Adequar, sempre que possível, os turnos às necessidades dos enfermeiros.</p> <p>1.3 - Permitir trocas de turnos.</p>	

4 - CONCLUSÃO

A motivação para a realização deste estudo partiu do incómodo provocado por algumas situações vivenciadas no exercício da actividade profissional em que se observaram manifestações de mal-estar, desânimo e de desmotivação nos enfermeiros. Ora estas manifestações são, com frequência, associadas ao stresse profissional (Pines & Aronson, 1989) o que incentivou a realizar o presente trabalho com o objectivo último de obter informação de carácter científico que servisse de base à elaboração de propostas de intervenção.

Como ficou bem patente ao longo do enquadramento teórico, o stresse pode ser motivado por factores externos presentes na vida das pessoas e/ou por factores internos inerentes ao indivíduo, sendo os seus efeitos mediados pelas estratégias e recursos de *coping* percebidos por este. Da interacção entre a valoração atribuída à situação e aos recursos disponíveis, depende a classificação da situação em dano, ameaça ou desafio, daí situações idênticas serem vivenciadas de forma diferente de pessoa para pessoa e, até, pela mesma pessoa em momentos diferentes da sua vida.

O stresse é um aspecto inevitável à vida e sendo o trabalho um dos aspectos mais relevantes na vida das pessoas é por inerência também um dos factores que ao desenrolar-se em ambientes com particularidades inerentes ao exercício profissional, mais pode contribuir para o seu bem, ou mal, estar.

Apontadas como profissões de maior risco (físico e psicológico) encontram-se as designadas profissões de ajuda, nas quais se integra a enfermagem. A enfermagem é considerada, por natureza, uma profissão stressante devido, fundamentalmente, à especificidade e diversidade das actividades desempenhadas pelos enfermeiros, ao ambiente onde o trabalho se desenrola e acima de tudo, porque o objecto do seu trabalho são as pessoas. Esta é uma profissão caracterizada geralmente, por altos ideais de ajuda ao próximo, onde o contacto com a doença, o sofrimento e a morte é uma constante, daí os profissionais de enfermagem serem considerados um grupo de alto risco (Lucas, 1984; Pines & Aronson, 1989; Ross & Altwaier, 1994).

Devido aos efeitos negativos que produz no desempenho e na qualidade dos cuidados que prestam, é importante proceder ao despiste precoce de problemas relacionados com o trabalho dos enfermeiros, sobretudo os ligados ao stresse. Assim, surgiu este estudo de carácter exploratório, o qual teve como finalidade - contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, em geral, e, particularmente, para os que se praticam na instituição onde o estudo se realizou.

Em termos mais específicos, os principais objectivos a alcançar com a realização deste trabalho foram:

- Identificar a intensidade de stresse nos enfermeiros;
- Conhecer as fontes de stresse no trabalho dos enfermeiros;
- Relacionar as fontes de stresse, no trabalho dos enfermeiros, com as Características sócio-demográficas e sócio-laborais da população em estudo;
- Elaborar um plano de intervenção tendo como ponto de partida as conclusões obtidas neste estudo.

Estes objectivos foram atingidos na sua totalidade e os resultados obtidos permitiram a elaboração de propostas que se crê, poderem vir a contribuir para a minimização dos efeitos negativos que os factores indutores de stresse tendem a provocar nos enfermeiros e no seu desempenho. Para isso é importante que os responsáveis da organização tomem conhecimento dos resultados desta investigação os quais poderão contribuir para o desenvolvimento de condições, nomeadamente, de âmbito organizacional, que favoreçam a qualidade de vida destes profissionais e o seu desempenho.

Verificou-se que os 333 enfermeiros avaliados referem, em média, valores de stresse moderados. Correspondendo o valor menor de stresse obtido às fontes que integram a sub-escala Conflitos Interpessoais e o mais elevado às fontes relacionadas com as sub-escalas Estrutura Organizacional e Carreira e Realização.

Os resultados mostraram, ainda, que são os enfermeiros do sexo feminino, solteiros e divorciados, licenciados, sem filhos ou com mais de dois e com idade até aos 40 anos, que apresentam níveis mais elevados de stresse. O mesmo se observa para os enfermeiros que iniciaram a actividade profissional há 10 anos ou menos, os que

trabalham no serviço entre os 4 e 10 anos, os que trabalham apenas em uma instituição, entre 36 a 42 horas por semana e os que fazem horários por turnos incluindo os nocturnos.

De salientar que tendo em conta o tipo de estudo e a metodologia de amostragem utilizada neste trabalho, existem reservas quanto à generalização dos resultados. No entanto, a amostra utilizada é uma amostra de grandeza considerável que atribui consistência aos resultados, pelo que com algum cuidado poderão ser aproveitados como suporte em futuras investigações e poderão, acima de tudo, contribuir para delinear estratégias de intervenção dirigidas para esta problemática, tendo em vista se não a resolução, pelo menos a minimização de problemas relacionados com o stresse no trabalho dos enfermeiros.

Por mais estudos que se realizem dentro desta temática, os autores são de opinião bastante consentânea de que ainda muito há a fazer, sobretudo, no que respeita ao estudo da ligação do impacto das variáveis individuais na modelação do stresse. É importante continuar os estudos nesta área, sobretudo em Portugal onde ainda escasseiam, nomeadamente com amostras de âmbito nacional que possibilitem fazer-se generalizações e inferências: considera-se que só assim será possível haver suporte credível à introdução de processos interventivos com vista à prevenção e redução do impacto que os factores de stresse têm nos profissionais de saúde e nos enfermeiros, em particular. Nunca será possível atingir uma saúde de qualidade se não se investir na saúde daqueles que cuidam.

5 - BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. C. (2003). *Saúde doença e diversidade cultural - Pensar a complexidade dos cuidados a partir das memórias culturais*. Lisboa: Stória Editores, Lda.
- Albrecht, K. (1990). *O gerente e o estresse: Faça o estresse trabalhar para você* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Albuquerque, A. (1987). *Stress causas, prevenção e controlo – Um guia prático*, Lisboa: Texto Editora.
- Albuquerque, C. M. (1999). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Alfredsson, L., Karasek, R. & Theorel, T. (1989). Myocardial infarction risk and psychosocial work environment: An analysis in Malé Swedish working force. *Social Science Medicals*, 16, 463-467.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Alvarez, M. A. (2003, Fevereiro). Estrés y productividad. *Revista Odontología Ejercicio Profesional*, 4, (2). Consultado a 20 de Janeiro de 2007 em <http://www.odontomarketing.com/art78feb2003.htm>
- Alves, M. G. M., Chor, D., Faerstein, E., Lopes, C. S. & Werneck, G. L. (2004, Abril). Versão resumida da "job stress scale": Adaptação para o português. *Rev. Saúde Pública*, 38 (2), 164-171. Consultada a 6 de Junho de 2006 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200003&lng=en&nrm=iso.doi:10.1590/S0034-89102004000200003
- Araújo, T. M., Aquino, E. *et al.* (2003, Agosto). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, 37 (4), 424-433. Consultada a 27 de Fevereiro de 2005, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Araújo, T. M., Graça, C. C. & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 8 (4): 991-1003. Consultada a 24 de Maio de 2006, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a21v8n4.pdf>

- Argyris, C. (1964). *Integrating the individual and the organisation*. TR. Fr. *Participation et organization*. Paris, Dunot.
- Artazcoz, L., Escriba-Argüir, V. & Cortès, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2): 24-35. Consultada a 25 de Setembro de 2005, em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500001&lng=es&nrm=iso. ISSN 0213-9111
- Baptista, M. N., Santos, K. M. & Dias, R. R. (2006, Janeiro/Março). Auto-eficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento*, Curitiba, 24 (44): 27-36. Consultado a 3 de Março de 2007, em <http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA/PA?dd1=135&dd99=view>
- Bebbington, P. E., Hurry, J., Tennant, C., Sturt, E. & Wing, J. (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11: 561-579.
- Bellman, S., Foster, N., Still, L. & Cooper, C. (2003). Gender differences in the use of social support as a moderator of occupational stress. *Stress and Health*, 10 (1): 45-58. Consultado a 28 de Julho de 2005, em http://services.inist.fr/cgi-bin/public/views_doc.
- Benner, P (2003). *De iniciado a perito* (1ª ed.). Lisboa: Quarteto Editora.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M., & Tattersall, A. (2001). Stress in nurses: Coping, managerial support, and work demand. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 17 (1): 55-63.
- Bernall, G., Molina, M. & Rio, M. R. S. (2002). Development of a Brief Scale for Social Support: Reliability and validity in Puerto Rico, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (2): 251-264.
- Bibbings, J. (1988). O "Stress" numa UCI. *Nursing. Revista Técnica de Enfermagem*, 1 (1): 37-40.
- Bono, J. & Vey, M. (2007). Personality and emotional performance: Extraversion, Neuroticism, and Self-Monitoring. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (2): 177-192.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Vézina, M. & Dion, G. (1998). Job strain, psychological distress, and burnout in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 34: 20-28.
- Bruno F. J. (1979). *História da psicologia*. Lisboa: Socicultur.

- Buceta, J. M. & Bueno, A. M. (1997). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (capítulo II)., Madrid: Ed. Dykinson, Pirâmide.
- Cannon, W. B. (1932). *The Windom of the body*. New York: W. W. Norton.
- Carapinheiro, G. (2005). *Saberes e poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Ed. Afrontamento, Lda.
- Chalifour, J. (1989). *La Relation D'Aide en Soins Infermiers, Une prespective holistique - Humaniste*, Ed. Lamarre, Paris.
- Chor, D., Werneck, G. L., Faerstein, E., Alves, M. G. M., & Rotenberg, L. (2008 Janeiro/Fevereiro). The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad. Saúde Pública*, 24 (1): 219-224. Consultado a 12 de Agosto de 2008 em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2008000100022 &lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2008000100022&lng=pt&nrm=iso)
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5): 300-314.
- Comissão das Comunidades Europeias (2002). *Adaptação às transformações do trabalho e da sociedade: Uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança, 2002-2006*. Consultado a Consultado a 16 de Março de 2007, em http://ec.europa.eu/employment_social/news/2002/mar/new_strategy_pt.pdf
- Comissão Europeia. Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002a). *O "Stress" no trabalho. Sal da vida ou morte anunciada?* - Síntese. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Consultado a 16 de Março de 2007, em <http://agency.osha.eu.int>
- Comissão Europeia. Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002b). *Como enfrenta os riscos psicossociais e reduzir o stresse no trabalho*. Síntese de um relatório. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Consultado a 16 de Março de 2007, em <http://agency.osha.eu.int>
- Commission Européenne (1999). *Manuel d'Orientation sur le stress lié au travail*. Bruxelas: Emploi & Affaires Sociales.
- Cooper, C. & Cartwright, S. (2007). Resumen de las estrategias generales de prevencion y control. In *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (3ª ed; pp. 34.75 - 34.77). Consultado a 18 de Fevereiro de 2008, em <http://www.mtas.es/publica/enciclo>.

- Cooper, C. L. & Marshall, J. (1982). 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. & Smith, M. (2007). Estilos de dirección. In *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (3ª ed; pp. 34.39 - 34.40). Consultado a 18 de Fevereiro de 2008, em <http://www.mtas.es/publica/enciclo>.
- Costa, E. S., Morita, I., & Martinez, M. A. R. (2000, Janeiro/Junho). Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem num hospital universitário do Estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, 16 (2): 553-555. Consultado a 2 de Fevereiro de 2005, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200025&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2000000200025
- Costa, J. S. (2007). *Métodos de prestação de cuidados*. Viseu: Escola Superior de Enfermagem. Consultado a 10 de Abril de 2007, em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>
- Cotton, D. H. G. (1990). *Stress management: An integrated approach to therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Couto, H. A. (1987). *Stress e qualidade de vida dos executivos*. Rio de Janeiro: COP.
- Crespo, M. & Labrador, F.J. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.
- Cruz, C. V. & Carvalho, O. (1992). *Qualidade uma filosofia de Gestão*. Lisboa: Texto Editora.
- Cruz, J. F., Melo, B. & Gomes, A. R. (2000). Modelos teóricos e conceptuais de stress. In J. F. Cruz, A. R. Gomes & B. Melo (Eds.), *Stress e Burnout nos Psicólogos Portugueses*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Dejours, C. (1992). *Uma nova visão do sofrimento nas organizações. O indivíduo na organização, dimensões esquecidas*. S. Paulo: Ed. Atlas.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de exaustão (burnout)*. Manuais Universitários, Lisboa: Climepsi Editores.
- Delcor, N. S. (2003). *Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino em Vitória da Conquista*. Dissertação Mestrado, Universidade Federal da Bahia.
- Demir, A., Ulosoy, M. & Ulusoy, M. F. (2003, Março/Abril). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studis*, 40 (2): 142-9. Issue 8. Consultado a 27 de

Setembro de 2005 em http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7T-493P68C-1&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=c&_acct=000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=f23b858396d4e12d570768d6704a1b47

Dierendonck, D., Schaufeli, W. B. & Buunk, B. P. (2001). Burnout and inequity among human service professionals: A longitudinal study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6 (1), 43-52.

Edelwich, J. W & Brodsky, A. W (1991). *Sexual dilemmas for the helping professional*. Consultado a 22 de Abril de 2008, em http://books.google.pt/books?id=ddpnjdGOQG4C&dq=Edelwich+Brodsky+1980&source=gbs_summary_s&cad=0.

Escribà-Aguir, V., Pons, R. M. & Reus F. (2003, Novembro). Validation of the Job Content questionnaire in hospital nursing staff, (pp. 807-827). Consultado a 23 de Maio de 2006, em <http://un.yhs.search.yahoo.com/avg/search?p=Validationof +the +Job+Content+questionnaire+in+hospital+nursing+staff+Escrib%C3%A0-guir%2C +Pons%2C+R.+M+%26+Reus+F.+%282003&fr=yhs-avg&ei=UTF-partnerid=yhs-avg>

Evers, A. F., Frese, M. & Cooper, C. (2000). Revisions and further developmensts of the Occupational Stress Indicator: Lisrel results from four dutch Studies. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73: 221-240. Consultado a 20 de Setembro de 2005, em <http://www.encyclopedia.com/doc/1G1-63263892.html>

Falk A., Harsen. B; Isacson, S. & Östergren, P. (1992). Job strain and mortality in elderly men: Social network, support, and influence as buffers. *American Journal of Public Health*, 82 (8): 1.136-1.139.

Faria, L. & Simões, L. (2002). Auto-eficácia em contexto educativo, *Psychologica*, 31: 177-196.

Faria, M. & Uva, A. (1988). Diagnóstico e prevenção das doenças profissionais: Algumas reflexões. *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, 9 (10): 360-371.

Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.

- Ferreira, T. J. R. (1999). *A saúde de quem trabalha em saúde: Enfermeiros e stress no trabalho em toxicodependência*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade do Porto.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes. A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 839- 852.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it be a process. Study of emotion and coping during stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1): 150-170.
- Fonseca, C. N. (1998). Mulher, trabalho e stress. In R. Mota Cardoso *et al.* (1998). *A outra metade da medicina* (pp. 69-77). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontana, D. (2007). *Personalidade, características e estresse do professor*. Consultado a 12 de Dezembro 2007, em [http://www.serprofessoruniversitario .pro.br/ler.php? modulo=7&texto=211](http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=7&texto=211).
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*, Loures: Lusociência.
- Frankenhaeuser M. (2007). La carga de trabajo. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (3ª ed.; pp. 34.20 - 34.21). Consultado a 18 de Fevereiro de 2007 em <http://www.mtas.es/publica/enciclo>.
- French Jr, J. R. P.& Caplan, R.D. (1970). Psychosocial factors in coronary heart disease. *Ind. Med.*, 39: 383-97.
- Gil-Monte, P. R. (2003, Agosto). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de *Burnout*) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy*, 1 (1): 19-33. Consultado a 3 de Maio de 2007, em <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
- Gimeno, D. (2004). Los factores de riesgo laboral de naturaleza psicosocial y su prevención. *Arch Prev Riesgos Labor*, 7 (3): 119-120.
- Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (2004). A experiência de stresse e “burnout” em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 9: 193-212.
- Gomes, F. & Miguéz, M.A. P. (2006). Avaliação da satisfação e estresse no trabalho entre funcionários de uma unidade de alimentação e nutrição no Rio de Janeiro. *Ceres, Nutrição e Saúde*; 1 (1): 29-42.

- Gomes, J. C. R. (2003). *Desemprego, depressão e sentido de coerência: Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública*. Dissertação de Mestrado, Escola de Saúde Pública, Lisboa.
- Gonzalez, F. A. & Ruiz, J. R. L (1998, Dezembro). Estrés ocupacional: Una perspectiva ergonómica y su proteccion in diseno organizacional. *Boletim Factores Humanos*, 18. Consultado a 15 de Março de 2006, em [http://195.235.92.45/documentos/boletin/ numero 18_4.pdf](http://195.235.92.45/documentos/boletin/numero_18_4.pdf)
- Gouveia, J. L. R. V. (2004). *Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo nos pós enfarte agudo do miocárdio*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Braga.
- Graça, L. & Henriques, A. I. (2000). Florence Nigthingale e Ethel Fenwick: Da ocupação à profissão de enfermagem. Consultado a 10 de Setembro de 2005, em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos63.html>
- Graça, L. & Reis, M. J. (1993). *Os factores psicossociais no trabalho e os seus efeitos na saúde*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Grandjean, G. (1998). *Manual de ergonomia: Adaptando o trabalho ao homem* (4 ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Grant, S. & Langan-Fox, J. (2007). Personality and the occupational stressor-strain relationship: The role of the big five. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (1): 20-33.
- Guido, L. A. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica*. Tese de Doutoramento, Universidade de São Paulo.
- Guterres, M. C. & Ribeiro, J. L. P. (2002, Julho). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas com perturbações mentais*. Consultado a 7 de Março de 2007, em <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/soCIALf.htm>.
- Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2002). *Fundamentos de Guyton: Tratado de fisiologia médica* (10ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Haddad, M. C. & Fernandez, L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Revista Espaço Para a Saúde*, 1 (2): 75-88. Consultada a 12 de Abril de 2006 em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>
- Hernandez, J. R. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la saúde e los níveis primário e secundário de atención, *Cubana Salud Pública*, 29 (2): 103-10.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. K. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-218.
- Hospital de S. João (2007). Dados estatísticos. Serviço de Gestão e Estatística.
- Ivancevich, J. M. (2007): La ambigüedad sobre el futuro del empleo. In *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (3ª ed.; pp. 34.34-34.35). Consultada a 18 de Novembro de 2007, em <http://www.mtas.es/publica/enciclo>.
- Josephson, M., Lagerström, M., Hagberg, M. & Hjelm, E. (1997). Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: study over a three years period. *Occupational and Environmental Medicine*, 54: 681-685. Consultado a 26 de Maio 2006, em <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1128844&blobtype=pdf>
- Karasek, R. (2007). El modelo de demanda/control: Enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. In *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (3ª ed.; pp. 34.6-34.16). Consultada em 18 de Novembro 2007, em <http://www.mtas.es/publica/enciclo>.
- Karasek, R; Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (4): 322-355. Consultado a 6 de Agosto de 2006 em http://www.sph.uth.tmc.edu/course/occupational_envHealth/bamick/home/job%20content%20Q%20JOHP%20.pdf.
- Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S.A.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful Life events and Health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37: 1-11.
- Kobasa, S. C., Salvatore, M. R., & Puccetti, M. C. (1982). Personality and Exercise as buffers in the stress-illness relationship. *Behavioral Science and Medicine*, 5 (4): s/pág.
- Kompier, M. & Kristensen, T. S. (2003). Organizational work stress interventions in a theoretical, methodological and practical context. *Cad. Psicol. Soc.Trab.*, 6: 37-58. Consultado a 27 de Janeiro de 2008, em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172003000200004&lng=pt&nrm=iso

- Lacaz, F. A. C. (2000). Quality working life and health/illness. *Ciênc. Saúde coletiva*, 5 (1): 151-161. Consultado a 2 de Abril de 2006, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1413-8123200000100013&lng=en&nrm=iso.
- Lachman, Vick D. (1989). *Stress management: A manual for nurses*. New York: Grune & Stratton.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stresse appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lerner, D. J., Levine, S., Malspeis S. & D'Agostino R. B. (1994). Job strain and health-related quality of life in a national sample. *American Journal of Public Health*, 84 (10): 1.580-1.585.
- Levi, L. (2000). *Guia sobre stress relacionado ao trabalho. Tempero da vida, ou beijo da morte?*. Consultado a 15 /10/2007, em http://www.europa.eu.int/comm/employmentsocial/h&s/publicat/pubintro_en.htm
- Lima Santos, N. & Bertoquini, V. (2001). Stress ocupacional: Estudo de avaliação entre professores de escolas do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário do norte de Portugal. *Revista de Psiquiatria*, XXIII: 53- 72.
- Lima Santos, N. & Coelho, Z. (2001). Stress ocupacional: Estudo de avaliação entre profissionais de saúde de instituições privadas do norte de Portugal. *Revista de Psiquiatria*, XXIII, 3 (4): 15-31.
- Lima Santos, N. & Cortinhas, S. (2003). Avaliação das “Fontes de Pressão no Emprego” em Profissionais de Saúde de Instituições Públicas do norte de Portugal. *Revista de Psiquiatria*. XXIV, 3 (4): 43-50.
- Lindström, K. (2007). Etapas de la carreira Profissional. In *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (3ª ed.; pp. 34.6-34.16). Consultado a 18 de Novembro de 2007, em <http://www.mtas.es/publica/enciclo>.
- Lipp, M. E. N. (2001). Estresse emocional: A contribuição de estressores internos e externos. *Rev. Psiq. Clín.*, 28 (6): 347-349. Consultado a 3 de Março de 2007, em http://www.geocities.com/sitecognitivo/marilda_lipp_estresse_emocional.htm
- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In M.E.N. Lipp (Org.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teorias e aplicações clínicas* (pp.17-22). São Paulo.Casa do Psicólogo.

- Lipp, M. E. N. & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicol. Reflex. Crit.* 15 (3). Consultado a 2 de Outubro 2006 em [doi:0.1590/S0102-79722002000300008](https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000300008)
- Loureiro, E. M. F. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho. Consultado a 10 de Janeiro de 2007, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/dspace/handle/1822/6407>
- Lucas, J. S. (1984). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: Teorias e conceitos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (1): 63-68.
- Luzio Ferreira, F. C. M. (1996). *Stresse em enfermeiros de oncologia, cuidados intensivos e bloco operatório*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra.
- Marshall, J. (1981). *White collar and professional stress: Stress amongst nurses* (cap. 2), Londres: Jonhs Wiley & Sons Ltd.
- Martínez, J. C. A. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (3): 293-303.
- Masci, C. (2003). *A Hora da Virada: Enfrentando os desafios da vida com equilíbrio e serenidade* (4a. ed.). Consultado a 07 de Abril de 2007, em http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?Codnoticia=577.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout new directions in research and intervention. *Annu Ver. Psychol*, 52: 397-422. Consultado a 7 de Março de 2004, em <http://psyencelab.com/library/documents/docs/Job%20Burnout.pdf>
- Matos, A. P. S. (1995). *Factores psicológicos na doença coronária*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra.
- Matos, H. S. S., Veja, E. D. & Urdániz, A. P. (1999). Estudo do síndrome de burnout entre os profissionais de saúde dum hospital geral. *Psiquiatria Clínica*, 20, (1): 125-138.
- McConnell, J. (1978). *Psicologia*. Rio de Janeiro: Editora Interamericana.
- McIntyre, T., McIntyre S. & Silvério J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 513-527.
- McIntyre T., McIntyre, S. & Silvério, J. (2001). *Estudo aprofundado da satisfação profissional, stress e recursos de coping dos profissionais dos serviços de saúde na região norte – Centros de saúde*. Administração Regional de Saúde do Norte.

- Melo, B. T., Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 53-72.
- Mendes, A. M.O. C. (2000). *Stress em estudantes de enfermagem e imunidade*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto.
- Merlo, Á. & Crespo, R. (2002). Psicodinâmica do trabalho. In M. G. Jaques & W. Codo (org.). *Saúde mental & trabalho* (pp.130-140). Consultado a 23 de Novembro de 2005, em [http://www.saudeetrabalho.com.br/download/psicodinamica-merlo .pdf](http://www.saudeetrabalho.com.br/download/psicodinamica-merlo.pdf)
- Metz, A.M. & Heinz-Jürgen R. (2007, Junho). *Guerra de nervos no trabalho*. Consultado a 20 de Dezembro 2007, em http://www.adur-rj.org.br/5com/pop-up/guerra_nervos_trabalho.htm
- Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos (1985). *Princípios de Garantia da Qualidade*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mota Cardoso., R., Araújo, A. *et al* (2002). *O Stress nos professores portugueses*. Porto: Porto Editora.
- Mota Cardoso, R. & Coelho, R. A. (1980). Doentes coronários: Grupoterapia e psicodrama. *Psiquiatria Clínica*. 1 (2): 121 - 125.
- Murta, S. G. (2005). Programas de manejo de estresse ocupacional: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7: 159-177. Consultado a 23 de Fevereiro de 2007, em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_rtext&pid=S1517-55452005000200003&lng=pt&nrm=is
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20: 39-47. Consultado a 23 de Fevereiro de 2007, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200016 &lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Neumann, V. N. (2007). *Qualidade de vida no trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais. Consultado a 10 de Maio de 2008, em <http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/Vera%20Nilda%20Neumman.pdf>.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Consultado a 22 de Outubro de 2007, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- Ordem dos Enfermeiros / Conselho de Enfermagem (2007). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Abertura de candidaturas para parcerias sobre o*

- projecto. Consultado a 10 de Dezembro de 2007, em <http://www.Ordem.enfermeiros.pt/>.
- Organização Internacional do Trabalho (1986). *Factores psicosociales en el trabajo*. Genebra.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2007). *Relatório sobre a saúde pública relacionada com o trabalho na Europa, centrado nas doenças cardiovasculares e na saúde mental. Arquivos para a Categoria 'Segurança e Saúde no Trabalho'*. Consultado a 20 de Fevereiro 2008, em <http://bemcomum.wordpress.com/category/seguranca-e-saude-no-trabalho/>
- Organização Mundial de Saúde (1948). *Constituição da Assembléia Mundial da Saúde*. Consultado a 25 de Abril de 2008, em <http://www.who.int/about/en/>
- Organização mundial de Saúde (1981). *Les risque professionnels dans les hôpitaux, Rappots sur une réunion de l'OMS*, La Haye.
- Parreira, P. D. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.
- Pestana, M. H. & Gajeiro, J. N. (2000). *Análise dos dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Pines, A. & Aronson, E. (1989). *Career burnout, causes and cures*. New Yourk: First Free Press Paperbak Ed.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem (3.ed.)* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Possatti, I. C., Dias, M. R. & Paraíba, U. F. (2002). Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2): 293-301.
- Praag, H. M. V., Kloet, R., & Os, J. V. (2005). *Stress, o cérebro e a depressão*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Queirós, A. (2007). *As competências dos profissionais de enfermagem: Como as afirmar e as desenvolver*. Consultado a 20 de Dezembro de 2007, em http://www.Fórumenfermagem.org/index.php?option=com_magazine&func=show_article&id=99.
- Queirós, A. L., Silva, C. F. & Silvério, J. M. (2000). Trabalho por turnos, diferenças individuais e ritmos circadianos cardiovasculares. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2: 313-328.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio. Prevenção do stresse no trabalho*, Lisboa: RH Editora.

- Ramos, R. C. (2004). *Acontecimentos de vida na infância e percepção de stresse na adultez*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Braga.
- Regis, L., M. O. (1996). *O stress ocupacional no executivo: Relação entre os causadores de stress na vida profissional e estado de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade de S. Paulo.
- Reis, E. J. F. B., Carvalho, F. M., Araújo, T. M., Porto, L. A. & Neto, A. M. S. (2005). Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia. *Cad. Saúde Pública*. 21 (5): 480-1490.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 547-558.
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3: 535-544.
- Rosenheck, R. A., & Fontana, A. F. (2007). Recent trends in VA treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) and other mental disorders. *Health Affairs*, 26 (6): 1720-1727.
- Ross, R. & Altwaier, E. (1994). *Intervention in occupational stress*. London: Bristish Library.
- Ruiz, E. J. G. F. (2003). Tesis sobre el *burnout*. Consultado a 27 de Maio de 2007, em <http://www.abacolombia.org.co/postnukemodules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=359&mode=thread&order=0&thold=0>
- Saboga Nunes, L. Â. (1999). The sense of coherence: Operationalization of a concept that influences mental health and life quality. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa. Consultado a 27 de Maio de 2005, em <http://www.google.pt/search?hl=pt-PT&q=Saboga+nunes+Saboga+Nunes%2C+Compreender+o+Cidad%C3%A3o+e+Fortalec%C3%AA-lo+na+Gest%C3%A3o+do+Stress&meta=>
- Sato, L. & Bernardo, M. H. (2005, Outubro/Dezembro). Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciênc. saúde coletiv*, 10 (4). Consultado a 22 de Maio de 2006, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400011&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S1413-81232005000400011
- Selye, H (1973). The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61: 692 – 699.
- Shell, R. (2007). Medicion y remuneracion del rendimiento. In *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (3ª ed.; pp. 34.43-34.44). Consultado em 18 de Novembro de 2007, em <http://www.mtas.es/publica/enciclo>.

- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of High-effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1: 27-41.
- Silva, C. F. (2000). *Distúrbio do sono do trabalho por turnos, factores psicológicos e cronobiológicos*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Silva, F. P.P. (2000) Burnout: Um desafio à saúde do trabalhador. *PSI – Revista de Psicologia Social e Institucional*, Consultado a 7 de Fevereiro de 2005, em <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revistatexto2n15.htm>
- Silva, J. L. L. & Melo E. C. P. (2006). Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. *Informe-se em Promoção da Saúde*, 2 (2): 16-18. Consultado a 6 de Setembro de 2007, em <http://www.uff.br/promocaodasaude/estr.trab.pdf>.
- Simons, C. C. (2006). A exaustão profissional dos enfermeiros em instituições. In M. Delbrouck (1ª ed.). *Síndrome de Exaustão (Burnout)* pp.169-176). Lisboa: Climepsi.
- Stansfeld, S. A., North, F.M., White, I; Marmot, M.G. (1995). Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49: 48-53.
- Thelan, L. A., Davie, J. K. & Urden, L. D. (1993). *Enfermagem em cuidados intensivos, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Lusodidatica.
- Trucco, M., Valenzuela, P. T. & Trucco, D. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *Rev. Méd. Chile*, 127 (12): 1453-1461. Consultado a 2 de Setembro de 2004, em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0034-9887
- União Europeia (2007). *Annual management plan & work programem. Final version*. Bilbao. European Agency for Safety and Health at Work. Consultado a 23 de Maio de 2008, em http://osha.europa.eu/en/publications/work_programmes/view
- União Europeia (2002). *Saúde e Segurança no Local de Trabalho*. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Consultado a 23 de Maio de 2007, em <http://bemcomum.wordpress.com/2008/01/31/agencia-europeia-para-a-seguranca-e-saude-no-trabalho/>
- Uva, A. & Faria, A. (2000). Exposição profissional a substâncias químicas: Diagnóstico das situações de risco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 18 (1): 5-10.
- Vaher, D C., Aiken, L. H., Sloane, D.M., Clarke, S. P. & Vargas, D. (2004, Novembro). Nurses Burnout and patient satisfaction, *Medi Care*. Consultado a 20 de Novembro de 2006, em <http://www.rwjf.org/pr/product.jsp?id=14338>

- Vaz Serra, A. (2002). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Ld^a.
- Vaz Serra, A & Firmino, H. (1986), O Auto-conceito nos Doentes com Perturbações Emocionais, *Psiquiatria Clínica*, 7 (2): 91-96.
- Vinokur, A. D. (2007). El desempleo. In *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. (3^a ed., pp. 34.35-34.36). Consultada a 18 de Fevereiro de 2008, em <http://www.mtas.es/publica/enciclo>.
- Vives, J. F. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Revista ROL de Enfermería*, 186: 31-39.
- Williams, S. & Cooper, C. L. (1998). Measuring Occupational Stress: Development of the Pressure Management Indicator. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (4):h 306-321.

LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA:

- Portugal, Presidência da República. Lei nº 46/86 14 de Outubro
- Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro
- Portugal, Ministério da Saúde. Portaria nº 239/94 de 16 de Abril.
- Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril.
- Portugal, Presidência da República. Lei nº 115/97 de 19 Setembro.
- Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 104/98. de 21 de Abril.
- Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 412/98 de 30 de Dezembro.
- Portugal, Ministério da Educação. Portaria 799-E/99.
- Portugal, Ministério da Saúde. Portaria nº 464/ 2000 de 21 de Julho.
- Portugal, Presidência da República. Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro.
- Portugal, Presidência da República. Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro.
- Portugal, Presidência da República. Decreto nº 53/2002 de 8 de Novembro.
- Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto.
- Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 206/2004 de 19 de Agosto.
- Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro.
- Portugal, Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2008. Estratégia Nacional Para a Segurança e Saúde no Trabalho - 2008/2012.

ANEXOS

ANEXO A:
Questionários usados no estudo empírico

Questionário dirigido aos enfermeiros(as)

Com frequência ouvimos expressões como estas: “estou cansado” ... “sinto-me mal e nem sei porquê” . Estes desabafos podem ser o reflexo, por exemplo, de que algo vai mal na relação do indivíduo com o seu trabalho.

No trabalho muitos são os factores que, a dado momento, podem contribuir para o mal-estar das pessoas e já é significativo o número de pesquisas que relacionam as fontes do stresse laboral com os problemas de saúde dos trabalhadores nas profissões, em geral, e na Enfermagem, particularmente, que é considerada como sendo uma profissão de risco.

Com o objectivo de identificar fontes de stresse no exercício da profissão pelos enfermeiros (as), surge este trabalho de investigação, o qual se encontra inserido no Mestrado de Psicologia, área de Psicologia Social e das Organizações, ministrado pela Universidade Fernando Pessoa, motivo pelo qual se solicita a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue.

A sua participação, bem como as suas opiniões sinceras, são muito importantes, pois só assim será possível obter dados que permitam vir a propor medidas concretas para melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros.

Os dados deste estudo são anónimos e confidenciais, não havendo acesso a resultados individuais. Por favor transmita-nos a sua opinião e responda a todas as questões.

Agradecemos desde já, a vossa disponibilidade e colaboração.

Margarida Monteiro Alves

DADOS DEMOGRÁFICOS

Margarida MONTEIRO ALVES E Nelson LIMA SANTOS

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade Fernando Pessoa

O presente questionário tem como objectivo conhecer as percepções que os Enfermeiros têm do seu trabalho. Não há acesso a resultados individuais e o questionário é anónimo e confidencial.

Muito obrigada pela sua colaboração

Por favor, para cada um dos itens assinale com uma cruz (X) a alternativa de resposta adequada a si.

Sexo:	Feminino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
Idade:	Até 30 anos	<input type="checkbox"/>	De 31 a 40 anos	<input type="checkbox"/>
	De 41 a 50 anos	<input type="checkbox"/>	Mais de 50 anos	<input type="checkbox"/>
Estado civil:	Solteiro	<input type="checkbox"/>	Casado/União de facto	<input type="checkbox"/>
	Divorciado/Separado	<input type="checkbox"/>	Viúvo	<input type="checkbox"/>
Nº de descendentes a cargo:	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Um	<input type="checkbox"/>
	Dois	<input type="checkbox"/>	Mais de dois	<input type="checkbox"/>
Habilitações	Bacharel	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
	Outra	<input type="checkbox"/>	Qual	<input type="checkbox"/>
Nº Médio de horas anuais de formação:	Até 15 horas	<input type="checkbox"/>	De 16 a 30 horas	<input type="checkbox"/>
	De 31 a 60 horas	<input type="checkbox"/>	Mais de 60 horas	<input type="checkbox"/>
Antiguidade na profissão:	Até 2 anos	<input type="checkbox"/>	De 6 a 10 anos	<input type="checkbox"/>
	De 11 a 20	<input type="checkbox"/>	Mais de 20 anos	<input type="checkbox"/>
Antiguidade no actual serviço:	Até 2 anos	<input type="checkbox"/>	De 3 a 5 anos	<input type="checkbox"/>
	De 6 a 10 anos	<input type="checkbox"/>	Mais de 10 anos	<input type="checkbox"/>
Exercício da actividade profissional:	Só nesta instituição	<input type="checkbox"/>	Em várias instituições	<input type="checkbox"/>
Tipo de horário praticado:	Normal	<input type="checkbox"/>	Turnos diurnos	<input type="checkbox"/>
	Por turnos	<input type="checkbox"/>	Turnos rotativos	<input type="checkbox"/>
Média de horas de trabalho semanal:	Até 35 horas	<input type="checkbox"/>	De 36 a 42 horas	<input type="checkbox"/>
	De 42 a 50 horas	<input type="checkbox"/>	Mais de 50 horas	<input type="checkbox"/>

FONTES DE STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS

de McIntyre, McIntyre, S. e Silvério (1999)

Por cada uma das fontes de stresse abaixo apontadas, indique numa escala de 1 a 5 a intensidade dessa fonte de stresse profissional nas últimas quatro semanas. No caso de alguma fonte de stress não se aplicar à sua situação profissional assinale Não se Aplica (NA).

Muito obrigada

FONTES DE STRESSE PROFISSIONAL	INTENSIDADE					NA
	1 Muito pouco stresse	2 Pouco stresse	3 Stresse médio	4 Muito stresse	5 Stress extremo	
1 - Más condições físicas e psicológicas						
2 - Carências de recursos humanos						
3 - Carências de recursos materiais						
4 - Lidar com o sofrimento e a morte						
5 - Sobrecarga de trabalho						
6 - Conflitos interpessoais no trabalho						
7 - Ambiguidade de papéis						
8 - Excessivo número de doentes por profissional						
9 - Desumanização do atendimento e do tratamento						
10 - Falta de privacidade						
11 - Exigências hierárquicas						
12 - Responsabilidades profissionais						
13 - Incapacidade de responder às exigências dos Utentes						
14 - Rotina do trabalho						
15 - Incerteza e limites de conhecimentos						
16 - Riscos para a saúde (contágio etc.)						
17 - Falta de autonomia						
18 - Falta de oportunidades de formação						
19 - Salário insuficiente						
20 - Estado clínico dos doentes						
21 - Execução de tarefas administrativas						
22 - Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais						
23 - Serviço nocturno e aos Sábados, Domingos e Feriados						
24 - Demasiadas exigências do utente e/ou familiares deste						

Margarida Monteiro Alves

ANEXO B:
Autorização do Hospital

Exma Senhora Enfermeira Directora
Hospital
Porto

Margarida Monteiro Alves, Enfermeira Chefe desta instituição e Licenciada em Psicologia, vem junto de Vossa Exa. solicitar se digne autorizar que proceda à recolha de dados, através da administração dos questionários que se anexam, aos enfermeiros a exercer funções nos serviços de internamento dessa instituição.

Esta informação destina-se à realização de uma investigação, no âmbito do Mestrado de Psicologia Social e das Organizações, da Universidade Fernando Pessoa, a qual tem por objectivo identificar Fontes de Stresse Profissional em Enfermeiros que trabalham nos serviços acima referidos.

Pretende-se que a recolha seja efectuada no primeiro trimestre de 2007.

Porto, 2006-12-14

Pede deferimento



Margarida Monteiro Alves

Rectarizao

M. Alves
19/12/06

Ad. J. P.

Por favor fazer
os procedimentos habituais

Ad. J. P.

19/12/06

M. Alves