

Maria Inês Lopes Martins

Stresse em Profissionais de Saúde das Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados

Relatório Final

5º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins

E Co- Orientação do Professor Doutor João Carvalho Duarte

Janeiro de 2018



“Ser enfermeiro significa ter como agente de trabalho o homem, e, como sujeito de ação, o próprio homem. Há uma estreita ligação entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença”.

(Batista & Bianchi, 2006, p.535)

Agradecimentos

Estas linhas de agradecimentos não são suficientes para demonstrar a minha gratidão para com todas as pessoas que, ao longo do meu Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, me ajudaram a concretizar mais um objetivo académico, fonte de um melhor desempenho profissional. A todas elas deixo, então, algumas palavras de agradecimento.

À Excelentíssima Senhora Professora Doutora Rosa Martins, pela disponibilidade, interesse e apoio demonstrados na sua concretização.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela ajuda indispensável no tratamento estatístico e orientações metodológicas.

Aos profissionais de saúde participantes, pela receptividade e colaboração na investigação e pela partilha da sua realidade *in loco*.

Aos meus pais, irmãos e restantes familiares, que me ajudaram a crescer e a ser a pessoa que sou hoje. Amo-vos.

Finalmente e não menos importante, à minha amiga e colega de curso Mara Abrantes, pela caminhada que percorremos juntas.

A todos, muito obrigada.

Resumo

Enquadramento: No setor da saúde é possível identificar alguns fatores indutores de stresse associados às condições de trabalho, quer seja a nível físico, organizacional, sócio-emocional. Estes influenciam os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, em contextos cada vez mais exigentes a todos os níveis, como é o caso da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Objetivos: Identificar níveis de Stresse nos Profissionais de Saúde em UMDR e ULDM da RNCCI e analisar a sua relação com as variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares.

Metodologia: Trata-se de um estudo não-experimental, quantitativo, com corte transversal e descritivo analítico-correlacional. Os dados foram colhidos numa amostra não probabilística por conveniência, junto de 75 profissionais de saúde de UMDR e ULDM da RNCCI. O instrumento de recolha de dados consistiu num conjunto de questões de caracterização sociodemográfica, profissional e familiar e o Questionário de Stress para Profissionais de Saúde.

Resultados: Constatou-se que o nível global de stresse manifestado pelos profissionais de saúde se situa em média nos 2.36 ± 0.645 (numa escala de 0 a 4 pontos), o que traduz um nível moderado de stresse global. Os fatores, excesso de trabalho, a carreira e remuneração foram os que apresentaram valores médios mais elevados, respetivamente (média= $2,70 \pm 0,740$) e (média= $2,60 \pm 0,671$). Encontramos diferenças estatísticas significativas em todos os fatores, à exceção dos problemas familiares e do stresse global ($p=0,200$). Os maiores níveis de stresse foram encontrados nas mulheres, (nas dimensões lidar com os clientes $p=0,000$, excesso de trabalho $p=0,027$, ações de formação $p=0,001$, problemas familiares $p=0,048$ e stresse global $p=0,013$); nos que têm o ensino secundário como habilitação (nas dimensões carreira e remuneração $p=0,009$; relações profissionais $p=0,030$); nos enfermeiros (carreira e remuneração $p=0,001$; relações profissionais $p=0,001$; stresse global $p=0,043$); nos que exercem numa UMDR (relações profissionais $p=0,046$; problemas familiares $p=0,017$; stresse global $p=0,039$); naqueles que não exercem funções noutra Instituição (carreira e remuneração $p=0,015$, relações profissionais $p=0,005$) e nos que possuem um agregado constituído por 1 elemento (excesso de trabalho $p=0,014$).

Conclusão: Concluiu-se que são os enfermeiros os profissionais de saúde que apresentam um valor médio mais elevado na perceção global de stresse ($X^2=8,169$; $p=0,043$), com diferenças estatisticamente significativas nos fatores carreira e remuneração, relações profissionais e no stresse global. Vimos ainda que a idade, o sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar constituem-se variáveis preditoras do stresse dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Stresse; Profissionais de saúde; Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção; Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Abstract

Background: In the health sector it is possible to identify some stress inducing factors associated with working conditions, be it at the physical, organizational, socio-emotional level. These influence the care provided by health professionals, in increasingly demanding contexts at all levels, such as the National Continuum of Integrated Care Network (RNCCI).

Objectives: To identify Stress levels in Health Professionals in UMDR and ULDM of RNCCI and to analyze their relationship with socio-demographic, professional and family variables.

Methodology: It is a non-experimental, quantitative, cross-sectional and analytical-correlational descriptive study. Data were collected in a non-probabilistic sample for convenience, with 75 health professionals from UMDR and ULDM from RNCCI. The data collection instrument consisted of a set of sociodemographic, professional and family characterization questions and the Stress Questionnaire for Health Professionals.

Results: It was found that the overall level of stress manifested by health professionals is on average 2.36 ± 0.645 (on a scale of 0 to 4 points), which translates into a moderate level of global stress. The factors, overwork, career and remuneration were those with the highest mean values, respectively (mean = 2.70 ± 0.740) and (mean = 2.60 ± 0.671). We found significant statistical differences in all factors, except for family problems and global stress ($p = 0.200$). The highest levels of stress were found in women (in the dimensions dealing with clients $p = 0.000$, work over $p = 0.027$, training actions $p = 0.001$, family problems $p = 0.048$ and overall stress $p = 0.013$); those with secondary education as a qualification (in the career and remuneration dimensions $p = 0.009$; professional relations $p = 0.030$); in nurses (career and remuneration $p = 0.001$, professional relations $p = 0.001$, overall stress $p = 0.043$); ($p = 0.046$, family problems $p = 0.017$, overall stress $p = 0.039$); (career and remuneration $p = 0.015$, professional relations $p = 0.005$) and in those who have an aggregate constituted by 1 element (excess work $p = 0.014$).

Conclusion: It was concluded that the nurses are the health professionals who present a higher average value in the global perception of stress ($X^2 = 8.169$; $p = 0.043$), with statistically significant differences in career and remuneration factors, professional relations and in global stress. We also saw that age, sex, professional experience and family functionality constitute predictors of stress for health professionals.

Keywords: Stresse; Health professionals; Medium Duration and Rehabilitation Units; Long-term Units and Maintenance; National Continuing Care Network.

ÍNDICE

Introdução	19
I Parte – Enquadramento Teórico	23
1. O Stresse.....	25
1.1 Fatores indutores de stresse.....	28
1.2 Stresse ocupacional	30
1.3 Stresse dos Profissionais de Saúde nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração	32
2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	37
3. Estado da Arte	41
II Parte - Estudo Empírico	45
1. Metodologia	47
1.1. Questão de Investigação.....	47
1.2 Tipo de estudo	48
1.3 Objetivos.....	48
1.4 Variáveis	48
1.5 Hipóteses.....	50
1.6 População e amostra.....	50
1.7 Procedimentos e Questões Éticas.....	51
1.8 Instrumento de colheita de dados.....	51
1.9 Tratamento estatístico dos dados	60
2. Apresentação dos resultados	63
2.1. Análise Descritiva	63
2.2. Análise Inferencial	72
3. Discussão dos Resultados	95
3.1. Discussão metodológica.....	95
3.2. Discussão dos Resultados	96
Conclusões e implicações para a prática	103
Referências bibliográficas	107
Anexos	117

Índice de figuras

Figura 1- Modelo conceptual do estudo.....	49
--	----

Lista de tabelas

Tabela 1 – Pontuação atribuída às respostas pela Escala de Apgar Familiar.....	53
Tabela 2 – Pontuação e correspondente Funcionalidade Familiar.....	53
Tabela 3 – Itens que constituem as dimensões e respetiva cotação.....	55
Tabela 4 – Consistência Interna dos itens do Questionário de Stress para Profissionais de Saúde.....	56
Tabela 5 – Alfas de Cronbach por subescala do Questionário de Stress para Profissionais de Saúde.....	58
Tabela 6 – Matriz de Correlação de Pearson entre os factores do Questionário de Stress para Profissionais de Saúde.....	60
Tabela 7 – Estatísticas relativas à idade dos profissionais de saúde.....	63
Tabela 8 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo.....	64
Tabela 9 – Estatísticas relativas à experiência profissional dos profissionais de saúde.....	65
Tabela 10 - Caracterização profissional dos profissionais de saúde em função do sexo.....	67
Tabela 11 – Caracterização familiar dos profissionais de saúde em função do sexo.....	68
Tabela 12 – Estatísticas relativas à funcionalidade familiar dos profissionais de saúde em função do sexo.....	69
Tabela 13 – Dados relativos ao nível de stresse manifestado pelos profissionais de saúde.....	71
Tabela 14 – Estatísticas relativas ao stresse manifestado pelos profissionais de saúde, para cada um dos factores.....	72
Tabela 15 – Teste de U Mann Whitney entre o sexo e o stresse dos profissionais de saúde.....	73
Tabela 16 – Teste T de Student entre a idade e o stresse dos profissionais de saúde.....	74
Tabela 17 – Teste T de Student entre o estado civil e o stresse dos profissionais de saúde.....	75
Tabela 18 – Teste de U Mann Whitney entre a zona de residência e o stresse dos profissionais de saúde.....	75
Tabela 19 – Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e o stresse dos profissionais de saúde.....	76
Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre a profissão desempenhada no local de trabalho e o stresse dos profissionais de saúde.....	77
Tabela 21 – Teste T de Student entre a tipologia da RNCCI em que exerce funções e os stresss dos profissionais de saúde.....	77
Tabela 22 – Teste de U Mann – Whitney entre a experiência profissional na RNCCI e os stresss dos profissionais de saúde.....	78
Tabela 23 – Teste de U Mann Whitney entre a situação contratual com a instituição da RNCCI e o stresse dos profissionais de saúde.....	78
Tabela 24 – Teste de U Mann Whitney entre entre o prestar serviços noutra instituição e o stresse dos profissionais de saúde.....	79

Tabela 25 – Teste T de Student entre a formação específica sobre a RNCCI e o stresse dos profissionais de saúde.....	80
Tabela 26 – Teste de Kruskal-Wallis entre o número de elementos do agregado familiar e o stresse dos profissionais de saúde.....	81
Tabela 27 – Teste de U Mann Whitney entre o possuir elementos no agregado familiar em situação de dependência e o stresse dos profissionais de saúde.....	81
Tabela 28 – Teste de U Mann Whitney entre a funcionalidade familiar e o stresse dos profissionais de saúde.....	82
Tabela 29 – Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator lidar com os clientes.....	83
Tabela 30 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator lidar com clientes.....	84
Tabela 31 – Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator excesso de trabalho.....	85
Tabela 32 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator excesso de trabalho.....	86
Tabela 33 – Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator carreira e remuneração.....	86
Tabela 34 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator carreira e remuneração.....	87
Tabela 35 – Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator relações profissionais.....	88
Tabela 36 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator relações profissionais.....	89
Tabela 37 – Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator acções de formação.....	90
Tabela 38 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator acções de formação.....	91
Tabela 39 – Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator problemas familiares.....	91
Tabela 40 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator problemas familiares.....	92
Tabela 41 – Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o stresse global.....	93
Tabela 42 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o stresse global.....	94

Lista de siglas e abreviaturas

CCI - Cuidados Continuados Integrados

cit. - Citado por

CV - Coeficiente de variação

Dp - Desvio padrão

ECCI - Equipas de cuidados continuados integrados

et al. - e outros [autores]

M - Média

Máx. - Máximo

Min. - Mínimo

n - número/frequência

n.a. - Não aplicável

n.s. - Não significativo

OM - Ordenação Média

P - P-value

p. - Página

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

T - T-Test de Student

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCCI – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidade de Média Duração e Reabilitação

UMW - U Mann-Whitney

Introdução

O stresse tem sido objeto de estudo em inúmeros trabalhos de investigação, uma vez que é considerado um fenómeno universal. Todos dos indivíduos estão diariamente expostos a situações suscetíveis de gerarem fenómenos de stresse. Muitos têm sido os trabalhos apresentados sobre a temática e que enfatizam as preocupantes consequências que o stresse poderá causar no bem-estar físico, psicológico e emocional do individuo, bem como na sua qualidade de vida em geral.

Quando o ser humano se depara com situações cuja resposta ultrapassa os seus limites, surge a incapacidade de manter o equilíbrio, contribuindo para deteriorar a qualidade de vida dos indivíduos, tornando-se potencial de doença (Santos & Teixeira, 2009; Silva, Kessler, Silva, Souza, Bittencourt & Celich, 2016).

O stresse é visto por Lazarus e Folkman, referenciados por Ogden (2014), como resultado da transação/relação entre a pessoa e o meio ambiente, onde este é percebido como nefasto, ameaçando o seu bem-estar. As constantes transformações que sucedem na sociedade atual, as exigências a nível laboral, as pressões emocionais, fazem com que as pessoas diminuam a sua capacidade de suportar/tolerar as adversidades diárias quotidianas, resultando em stresse. O nível de absentismo tem vindo a aumentar e as doenças do foro psiquiátrico, sendo necessário reunirem-se esforços por parte de todos, para que este “mal” atual deixe de acometer tantas pessoas (Santos et al., 2016).

A vivência e as consequências do stresse em diversas profissões tem sido objeto de estudo em alguns países, no entanto em Portugal carece-se deste tipo de análise, nomeadamente no que diz respeito às profissões relacionadas com a saúde e particularmente nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Neste sentido, os profissionais de saúde estão mais vulneráveis às influências e condições do stresse, pelo facto de se tratar de um exercício profissional que lida diariamente com o sofrimento, a morte, a dor e a perda, tornando-se numa das profissões com maior risco de stresse ocupacional. O ambiente de trabalho das UMDR e das ULDM constitui-se de inúmeros elementos stressores, o que pode comprometer a saúde e a qualidade de vida dos profissionais de saúde (Belancieri, Beluci, Silva & Gasparelo, 2010).

Ser profissional de saúde constituiu-se como uma profissão desgastante, uma vez que implica interagir com a pessoa em situação de crise e de sofrimento. Em decorrência da

sobrecarga de trabalho e do stresse enfrentado, a qualidade dos cuidados prestados pode estar comprometida (Morais, 2013). De acordo com a mesma autora, nas UMDR e nas ULDM, os profissionais de saúde precisam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência doente/ambiente/família. No desenvolvimento da sua atividade diária, os profissionais lidam com sentimentos de sofrimento, de dor e de morte, devendo ter presente que cuidados de excelência equivalem as intervenções diferentes para diferentes pessoas.

Cada vez se torna mais difícil para os profissionais de saúde lidarem com as emoções sentidas e vividas em diversos contextos de saúde, como as Unidades de Cuidados Continuados, em decorrência do grau de exigência de que é necessitado por partes dos utentes nos diversos contextos de saúde em que se encontram. A atividade dos profissionais de saúde em contexto de cuidados continuados é muito exigente e geradora de stresse. O confronto com o sofrimento e com as dificuldades perante situações-limite, podem originar sentimentos de impotência, difíceis de gerir (Monteiro, 2015).

Neste contexto, considera-se que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação que exerce a sua atividade nestas unidades, para além da sua prática especializada, assume o papel de formador e orientador dos outros elementos da equipa multidisciplinar, no sentido de capacitá-los para desenvolverem estratégias de *coping* que os ajudem a ultrapassar as situações de stresse ocupacional e, por inerência, prestarem cuidados de saúde capazes de satisfazer plenamente as necessidades dos doentes/família.

A pertinência do presente trabalho de investigação prende-se portanto com a importância da análise das repercussões negativas do stresse, não só a nível físico e emocional nos profissionais de saúde, mas também no risco de acarretar custos organizacionais e para os próprios utentes, devido ao provável declínio da qualidade dos cuidados prestados.

Mediante o exposto anteriormente e tendo como ponto de partida a especificidade dos cuidados prestados nas UMDR e nas ULDM, pretende com este trabalho responder à seguinte questão de investigação: Quais são os níveis e as fontes do stresse apresentado pelos Profissionais de Saúde em UMDR e ULDM da RNCCI?

Em consequência foram delineados os seguintes objetivos:

- Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico, familiar e profissional;
- Identificar níveis de stresse em Profissionais de Saúde das Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, familiares e profissionais no nível de stresse dos participantes;
- Determinar variáveis preditoras do stresse nos profissionais de saúde.

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em duas partes: consta da primeira o enquadramento teórico, onde se apresentam algumas definições de stresse, fazendo-se referência ao stresse ocupacional. Inclui também conteúdos referentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), bem como sobre o stresse dos profissionais de saúde nas UMDR e nas ULDM.

A segunda parte compreende os conteúdos inerentes ao estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se a investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos e legais e a análise dos dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar ainda a apresentação e discussão dos resultados obtidos da análise descritiva e inferencial. O estudo tem o seu *terminus* com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões e objetivos inicialmente formulados.

I Parte – Enquadramento Teórico

1. O Stresse

O termo stresse é um conceito utilizado de forma quase banal no nosso dia-a-dia e muitas vezes referimo-lo de forma incorreta ou fora de contexto. O conceito de stresse surge pela primeira vez em meados do Século XIV, associando-se a situações de adversidade e dificuldade (Novais, 2010). Porém o conceito de stresse tornou-se mais popular através da investigação inicial feita por Selye (1980), acerca das respostas que ocorrem no corpo quando um organismo é exposto a uma situação de stresse. A investigação deste autor, referenciado por Papathanasiou et al. (2015), fez com que melhor se compreendesse acerca das reações fisiológicas aos estímulos aversivos e serviu como paradigma para as conceções posteriores sobre o stresse.

Neste contexto, o stresse tornou-se numa das principais áreas de preocupação e, por excelência, cada vez mais destacado nas sociedades mais industrializadas, tornando-se numa das palavras mais usadas pelas pessoas no seu quotidiano. Mesmo sendo um dos termos mais utilizados, quer pela comunidade científica, quer pelo público em geral, continua a não existir um significado comum unanimemente aceite, já que este contém diversas definições e diferentes perspetivas. No entanto, a maior parte das definições propostas por diversos autores definem o termo stresse como uma resposta não específica do organismo a qualquer estímulo ou exigência externa (Vaz Serra, 2007).

Para o mesmo autor (2007, p. 29), “ninguém está livre de stresse”. Neste sentido, clarifica que uma pessoa se sente em stresse quando está perante um acontecimento que para si é significativo e o qual não controla e/ou que as exigências impostas por este ultrapassam as suas aptidões e os recursos pessoais e sociais para enfrentá-lo. Assim, como o ser humano enfrenta as circunstâncias indutoras do stresse de forma diferenciada, a vulnerabilidade ao stresse também não é uniforme.

O stresse “sempre esteve presente na História da humanidade – embora de formas diferentes – e não é causado apenas por situações traumáticas ou tristes. De facto, quase se pode afirmar que o stresse é universal, está frequentemente presente na vida das pessoas e desde o início da vida humana no planeta” (Pacheco, 2008, p. 90). A mesma autora acrescenta que pode ser gerado por situações muito simples, como, por exemplo, o prazo de entrega de um documento ou por situações mais complexas, como o caso de um problema familiar. Pode também surgir em consequência de situações desagradáveis, como o aparecimento de uma doença grave.

Cardoso (2008, p. 11) define stresse como “um estágio de combate ‘corpo a corpo’ entre o que eu tenho vindo a ser – a minha individualidade, sempre em formação, sempre incompleta, sempre em devir – e o meio (externo e interno) que me quer outro e sujeita a novas exigências, desafios e ameaças, tensões, sobrecargas e obstáculos”. Nestas definições, segundo Pacheco (2008), está claro que o stresse é uma situação gerada pela presença de variados fatores, intrínsecos ou extrínsecos, que conduzem a uma certa “instabilidade” entre a pessoa e o meio que a circunda. Esta instabilidade deve-se ao facto de se estabelecer um desequilíbrio entre as capacidades da pessoa e as solicitações a que ela é sujeita.

Para Lazarus e Folkman (1984), citados por Oliveira (2009, p. 11), stresse “é a relação particular... dinâmica e bidirecional entre a pessoa e o meio que é avaliada como afetando o bem-estar porque excede os recursos adaptativos pessoais, isto é, para a qual o indivíduo não possui respostas prontamente disponíveis”.

Na mesma linha de pensamento Custódio (2010, p.20) refere que, “uma pessoa está em stresse quando sente que o grau de exigência que dada circunstância lhe cria é superior à sua capacidade de resposta, ou seja, aos meios (pessoais ou sociais) de que dispõe para a ultrapassar com êxito”. Por conseguinte, segundo a autora citada, não são os acontecimentos per si que abalam a pessoa, uma vez que o impacto emocional que os acontecimentos possuem depende da avaliação que cada uma faz dos mesmos. É precisamente nesta avaliação que se encontram as dissemelhanças interpessoais na perceção do que é ou não stressante. Deste modo, como explicita Custódio (2010, p. 20), “o desenvolvimento da perceção de controlo, sentido de competência e expectativas de autoeficácia são considerados aspetos cruciais na abordagem clínica do stresse”.

Tendo em conta os malefícios que podem ter para a pessoa, em particular para os profissionais de saúde a exercerem em RNCCI, torna-se de importância fulcral definir o seu conceito, identificar as suas causas e conhecer os seus efeitos. Reiteradamente ouve falar-se de stresse e a expressão “estou stressado” é utilizada para exprimir o aborrecimento e a dificuldade associados a diversas situações. Este tipo de manifestações verbais deve merecer uma análise cuidadosa, de forma a serem identificadas as causas de stresse, face aos aspetos negativos que lhe estão associados. Por outro lado, como afirmam Ramos e Carvalho (2007) e Monteiro (2015) retirar do stresse o que ele tem de enriquecedor, de energético, de motivador e de criativo, significa erguer uma barreira intransponível entre nós e os seus efeitos deletérios.

De facto, o stresse pode ter uma influência positiva ou negativa. Este não deve ser sempre considerado prejudicial. Em situações intermédias o stresse é útil na medida em que se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que o indivíduo decida e resolva problemas, ajudando-o a melhorar o seu funcionamento e as suas aptidões (Vaz Serra, 2007). Ainda a este respeito, Selye (1980, cit. por Vaz Serra, 2007), diferencia as situações de *eustresse* das de *distresse*. Enquanto o *distresse* se refere a uma má adaptação provocando mal-estar, o *eustresse* é uma adaptação positiva, uma tentativa de resolução de um problema.

Também de acordo com Pacheco (2008), uma certa dose de stresse é um elemento necessário e até mesmo benéfico para o ser humano. Quando o cérebro regista uma situação de stresse, há uma descarga de adrenalina que por sua vez pode levar a uma melhor performance. Essa mesma descarga de adrenalina pode fazer com que o indivíduo se torne mais dinâmico, inovador, ou ajudá-lo a encontrar a melhor solução para um problema. Assim, não existe nenhuma vantagem em eliminar completamente o stresse e os seus efeitos, o que é preciso é aniquilar os efeitos maléficos do excesso de stresse sobre a saúde física e mental do ser humano.

O stresse é um fenómeno adaptativo dos seres humanos, que de certa maneira contribui para a sua sobrevivência, para um adequado rendimento nas suas atividades e para um desempenho eficaz em muitas esferas da vida, embora possa tornar-se nocivo quando excessivo e difícil de controlar. Constitui uma resposta global do organismo à ação de fatores que exigem adaptação às influências, às modificações, às solicitações e às tensões a que se encontra exposto o indivíduo. Pode ser benéfico e estimulante ou indesejável e constituir um risco significativo para a saúde física e mental. Desta forma, deve ser reconhecido e controlado, porque a qualidade de vida e da saúde depende da resposta frente aos indutores de stresse (Papathanasiou, Tsaras, Neroliatsiou & Roupa, 2015).

Lazarus (1984, cit. por Papathanasiou et al., 2015) tem sido o representante principal da perspetiva internacional do stresse. De acordo com este autor, o stresse psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, a qual é avaliada pelo indivíduo e considerada como algo que sobrecarrega ou excede os seus recursos e prejudica o seu bem-estar. Na teoria desenvolvida pelo autor existem dois processos centrais que determinam a intensidade de stresse numa determinada situação. O primeiro é a avaliação cognitiva ou avaliação primária; o segundo é o *coping* ou avaliação secundária. A avaliação cognitiva é um processo que determina a forma como é que uma situação é entendida como causadora de stresse e o nível de stresse que essa situação causa ao indivíduo. O *coping* significa que, perante uma situação considerada causadora de stresse, o indivíduo tende a avaliar essa situação de forma a decidir qual a melhor estratégia para chegar ao resultado pretendido. O nível de

stressse que o sujeito experimentar relativamente a uma determinada situação, assim como o sucesso que obtiver em lidar com essa situação irá depender dos recursos de *coping* que possuir (Papathanasiou et al., 2015).

Quando é intenso, o stressse faz com que o indivíduo se sinta incapaz de reunir a informação necessária para compreender as relações de causa-efeito e de escolher a opção mais adequada para a tomada de decisão, ficando, deste modo, incapacitado para resolver problemas graves. O stressse repercute-se de forma mais acentuada no processo de tomada de decisão quando o indivíduo se encontra perante um dilema no qual está eminente uma ameaça relacionada com sofrimento físico, lesão do organismo ou até mesmo morte (Rainho, Pimenta, Antunes & Monteiro, 2015).

1.1 Fatores indutores de stressse

Para Ramos (2009), o agente stressor pode ser definido como todo o acontecimento que é marcadamente desgastante para a pessoa, causador de enorme receio ou terror no momento.

Todo o acontecimento que é marcadamente desgastante para a pessoa, causador de enorme receio ou terror no momento. Uma situação indutora de stressse é toda a condição em relação à qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, exige uma nova adaptação (Rainho et al., 2015).

São vários os autores que se dedicam ao estudo do stressse e unanimemente consideram que as repercussões do stressse no indivíduo são multivariadas, atingindo a sua esfera social, económica, cultural e biológica, sendo que estas repercussões são tanto mais acentuadas, quanto mais intensa e prolongada for a vivência de situações desencadeadoras (Vaz Serra, 2007). No âmbito destas constatações, emerge a noção do stressse provocado pela atividade profissional e as suas repercussões no trabalho, o qual fundamenta a problemática em estudo, sem se querer, contudo, menosprezar as restantes dimensões que o stressse abrange.

Os acontecimentos significativos de vida não são considerados tão graves como os acontecimentos traumáticos, no entanto estes correspondem a danos ou a ameaças que têm um impacto significativo sobre o indivíduo, podendo mesmo determinar uma alteração do estilo de vida deste (modificação de hábitos, de padrões de atividade e de relações sociais). As situações crónicas que induzem stressse são definidas como “problemas e assuntos perturbadores que são tão regulares no desempenho dos papéis e das actividades diárias de um indivíduo que se comportam como se fossem contínuos” (Vaz Serra, 2007, p. 23).

Quanto à quarta grande classe de acontecimentos que induzem stresse, Vaz Serra (2007) define micro-indutores de stresse como sendo todas aquelas situações do dia-a-dia que, pelas suas características, se tornam irritantes, frustrantes, exigentes e que perturbam as relações interpessoais, constituindo os pequenos aborrecimentos regulares da vida quotidiana (um vizinho incomodativo, o tráfego na ida para o emprego, um amigo aborrecido, etc.). Os macro-indutores de stresse têm a ver com as condições que o sistema socioeconómico impõe ao indivíduo e que podem ocorrer em dado período de tempo na sua vida (dificuldades de emprego, por exemplo).

Por último, os traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento que, segundo Vaz Serra (2007), se referem a acontecimentos traumáticos que ocorrem na infância e que podem ter consequências nefastas na vida adulta, porque o ser humano é apanhado numa fase formativa, com fracas defesas psicológicas e, por isso mesmo, vulnerável, por exemplo, uma criança vítima de maus tratos ou de abuso sexual, ter-se tido um ambiente familiar hostil.

Da mesma opinião são Ramos e Carvalho (2007), que referem existir sete grandes classes de acontecimentos que induzem stresse no ser humano: acontecimentos traumáticos; acontecimentos significativos de vida; situações crónicas indutoras de stress; micro-indutores de stresse; macro-indutores de stresse; acontecimentos desejados que não ocorrem e traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento. Ainda para os mesmos autores, “a personalidade, a autoestima, a autoconfiança, o apoio social, a resistência física, a saúde e as capacidades de lidar com ele, são alguns de entre muitos outros fatores”, os que determinam a predisposição dos diversos indivíduos para o stress. Ramos e Carvalho (2007, p. 4)

Uma situação indutora de stresse pode, deste modo, ser classificada como toda aquela condição em relação à qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, exige uma nova adaptação (Meneghini, Paz & Lautert, 2011). Para os mesmos autores, os acontecimentos traumáticos são circunstâncias dramáticas, como catástrofes naturais ou guerra, que afetam simultaneamente várias pessoas e nas quais as exigências criadas ultrapassam largamente os recursos individuais. Contudo, dentro destes acontecimentos traumáticos são ainda abrangidas situações que, pela sua gravidade, têm um grande impacto emocional sobre a pessoa.

Ainda para os mesmos autores, o que tem importância nas circunstâncias indutoras de stresse não é a situação em si, mas sim a forma como esta é avaliada. As circunstâncias indutoras de stresse podem ser de natureza física, psicológica e social. Tanto os acontecimentos de natureza física como social são suscetíveis de se fazerem acompanhar de

um componente psicológico marcado, podendo ser externas ou internas em relação ao indivíduo Meneghini, Paz & Lautert, (2011).

As emoções têm também sido muitas vezes referidas como fator condicionante do stresse dos indivíduos. Segundo Lazarus (1999) são quinze os tipos de emoções que podem ocorrer durante o stresse: cólera, inveja, ciúme, ansiedade, medo, culpabilidade, vergonha, alívio, esperança, tristeza, felicidade, orgulho, amor, gratidão e compaixão.

As emoções invocadas nas situações de stresse desempenham um papel muito importante, na medida em que, por um lado, indicam o modo como o indivíduo avalia a situação e, por outro lado, permitem entender o comportamento consequente do mesmo. Assim, a emoção surge em consequência do significado subjetivo atribuído pelo indivíduo à situação em que se encontra (Ramos & Carvalho, 2007). Os mesmos autores referem também que as emoções do stresse que surgem em situações de ameaça ou dano são normalmente negativas, tais como a cólera, inveja, o medo, a ansiedade, entre outras. Contudo, em situações de stresse também podem surgir emoções positivas, quando uma situação desagradável termina, dando lugar a uma sensação de alívio, ou quando o indivíduo pensa que ainda pode acontecer algo de bom dentro do contexto desagradável, surgindo assim a esperança. Para além destas, outras emoções positivas podem surgir numa situação de stresse, como é o caso da felicidade, orgulho, amor e da gratidão (Ganhão, 2009).

As emoções assumem um papel fulcral no que diz respeito a situações de stresse. A expressão ou a inibição das emoções, quer na infância, quer na adolescência e na vida adulta, depende do desenvolvimento cognitivo e do contexto cultural em que o indivíduo se insere. As emoções revestem-se de grande importância no desenvolvimento de uma personalidade, da competência social e do eventual surgimento de psicopatologias (Ramos, 2013).

1.2 Stresse ocupacional

O stresse transformou-se, na atualidade, numa das mais relevantes áreas de preocupação com repercussões pessoais e organizacionais com elevados custos para as organizações. Na área da saúde, o stresse ocupacional tem sido alvo de vários estudos.

Nos últimos anos, a relação entre o stresse ocupacional e a saúde mental dos trabalhadores tem sido objeto de estudo de muitos investigadores devido aos níveis significativos de incapacidade temporária, absentismo, aposentadorias precoces e riscos à saúde associados à atividade profissional (Vieira, Guimarães & Martins, 2003).

Seja qual for a profissão, o stresse pode possuir aspetos positivos que desafiam os profissionais e lhes possibilitam evoluir pessoal e profissionalmente, bem como ter aspetos negativos, que lhes colocam obstáculos e deterioram a sua própria atitude perante o trabalho, ao longo do tempo. As formas como os profissionais avaliam os acontecimentos em contexto de trabalho e a forma como lidam com eles têm um impacto a nível da sua saúde física e mental (Seabra, 2008).

O Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (NIOSH, 2008, cit. por Rodrigues & Chaves, 2008), com sede nos Estados Unidos da América, define Stresse Ocupacional como as respostas emocional e física prejudiciais que ocorrem quando os requisitos do trabalho não se adequam as capacidades, recursos, ou necessidades do trabalhador.

Quando existe um desequilíbrio entre as exigências ocupacionais e os recursos ambientais ou pessoais com que conta o trabalhador, surge uma série de reações que podem incluir: respostas fisiológicas (aumento do ritmo cardíaco ou da pressão arterial, hiperventilação, assim como secreção das hormonas de stresse, tais como a adrenalina e o cortisol); respostas emocionais (sentir-se nervoso ou irritado); respostas cognitivas (redução ou limitação na atenção e perceção, falta de memória), e reações comportamentais (agressividade, condutas impulsivas, cometer erros). Quando se está em estado de stresse, geralmente, surgem estados como tensão, preocupação, estar-se menos vigilante ou atento e menos eficiente na execução das tarefas (OMS, 2008, cit. por Rodrigues & Chaves, 2008).

De acordo com Baganha (2010), o stresse ocupacional surge quando há a perceção, por parte do trabalhador, da sua incapacidade para realizar as tarefas solicitadas, o que causa sofrimento, mal-estar e um sentimento de incapacidade para enfrentá-las. O stresse ocupacional é a interação das condições de trabalho com as características do trabalhador, de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas (Ross e Atmaier, 1994, cit. por Miranda, 2011), ou seja, esgota as estratégias de coping para lidar com o stresse.

De facto, ao pensar que o trabalho é um meio social regulador da vida da sociedade que possibilita ao homem lutar pelo seu bem-estar a nível pessoal e social, é necessário considerar todos os fatores de risco que levam a pessoa a viver stresse ocupacional, resultante de condições laborais que nem sempre é capaz de controlar (Miranda, 2011). Na verdade, de acordo com o autor citado, o stresse ocupacional consiste num problema da sociedade atual, na medida em que muitos são os fatores indutores de stresse com origem no contexto de trabalho, tais como: a luminosidade do local, o ruído de máquinas, a temperatura, a sobrecarga de trabalho, as incongruências e as ambiguidades das tarefas, os

problemas com os superiores, entre outros, conduzem a situações de mal-estar no sujeito. Contudo, existem outros fatores que, apesar de não serem inerentes à organização, afetam o desempenho do indivíduo na mesma proporção.

De acordo com a conceptualização de Lazarus (1991, cit. por Papathanasiou et al., 2015), o stress ocupacional é um processo que envolve uma transação entre o indivíduo e o seu ambiente de trabalho. A resposta do trabalhador ao stress laboral pode ser psicológica e física ou ambas e, geralmente, é classificado como agudo, pós-traumático ou crónico (Kendall et al., 2000).

Em conformidade com Bezerra, Silva e Ramos (2012), o trabalho faculto crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, todavia, as constantes transformações às quais os trabalhadores estão sujeitos são suscetíveis de resultar igualmente em problemas, como a insegurança, a insatisfação, o desinteresse e a irritação. Deste modo, o trabalho pode ter implicações na saúde.

Assim, o trabalho em saúde, mesmo com os avanços tecnológicos, continua sustentado pela mão-de-obra intensiva e com díspares níveis de domínio dos componentes que interagem no processo (Valente & Martins, 2010). Todavia, os mesmos autores referem que a perceção da relação do trabalho com a saúde subordina-se ao sentido que os trabalhadores dão à sua situação. Valente e Martins (2010) referem-se ao stress ocupacional como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico relacionado com as experiências de trabalho, que podem resultar na síndrome de *burnout*, que é um acontecimento psicossocial associado diretamente à situação laboral, em que a pessoa procura a realização pessoal através do seu trabalho. Ainda assim, a atividade produtiva não se desenvolve de forma individual, mas num contexto social, em que deve haver o equilíbrio da saúde mental individual e coletiva.

Os fatores relacionados com o trabalho são portanto indutores de stress, incluindo as pressões provocadas pela sobrecarga de trabalho, condições precárias de trabalho, pressão de tempo, não clarificação dos papéis, conflito laboral e a exigência emocional no trabalho, o que pode resultar em *burnout* (Papathanasiou et al., 2015).

1.3 Stress dos Profissionais de Saúde nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração

As situações de trabalho são sentidas como indutoras de stress quando são percebidas como envolvendo exigências que não condizem com os conhecimentos do trabalhador ou com as suas necessidades, ou seja, referem-se à sobrecarga quantitativa ou

subcarga qualitativa, sempre que estes tenham a percepção de suporte social ou de controlo insuficiente (Sacadura-Leite & Uva, 2010).

Estados de stresse relacionados com o trabalho parecem resultar de uma interação negativa do indivíduo com a tarefa e com a organização, em que aspetos como a sobrecarga ou a subcarga de trabalho, a fraca autonomia de decisão, a existência de conflitos, a ambiguidade ou o conflito de papéis, a má comunicação e liderança, as deficientes condições físicas de trabalho e a insegurança no trabalho, constituem exemplos de agentes indutores de estados de stresse (Cox, Griffiths, Rial-González, 2005; Vaz Serra, 2007).

A RNCCI (2007, 2008) desenvolveu dois relatórios de monitorização para o desenvolvimento da Rede, destacando as seguintes conclusões: o trabalho em equipa e a transdisciplinaridade como valores chave na RNCCI; o maior investimento na capacitação dos profissionais, face ao paradigma da Rede; o aperfeiçoamento da avaliação integral: bio-psico-social; a introdução de incentivos nos contratos e sistemas de pagamento que estimulem a eficácia e a qualidade; a insuficiência do número de profissionais para responder às necessidades existentes; a ampliação da participação e o envolvimento do utente e da família/cuidadores nos cuidados e uma adequada compreensão deste novo projeto, reconhecendo a necessidade de uma maior consolidação da filosofia da Rede entre os profissionais. Da análise destes relatórios, algumas barreiras ficam patentes, bem como algumas soluções para o desenvolvimento do cuidado na Rede. Neste contexto, o contributo dos enfermeiros para o sucesso da Rede é indispensável, uma vez que, em todas as tipologias, mais de 80% das horas por cama e dia de internamento são de responsabilidade de enfermeiros e auxiliares de ação médica (RNCCI, 2009).

Uma vez que o enfermeiro é a pessoa que cuida mais de perto do doente, encontra-se mais predisposto a uma carga emocional elevada, sendo que nos cuidados à pessoa em fim de vida, o enfermeiro contacta diretamente com a dor e sofrimento, o que pode ocasionar sentimentos de medo, impotência, solidão e, por conseguinte, uma maior vulnerabilidade profissional (Gómez-Londoño, 2008). Os enfermeiros sentem stresse quando confrontados com a morte (Santos & Teixeira, 2009). Os mesmos autores referem também que lidar com as necessidades emocionais de doentes e familiares, incertezas quanto aos tratamentos, e conflitos entre grupos profissionais, constituem mais fatores potencialmente indutores de stresse ocupacional para os enfermeiros. Rodrigues & Ferreira (2011) desenvolveram um estudo em Portugal que apontou para fatores organizacionais como desencadeadores de stresse nos enfermeiros. Entre eles: a elevada carga de trabalho e estruturas físicas desadequadas.

No que se refere às características de um ambiente potenciador de stresse ao nível dos profissionais de saúde, Rodrigues e Ferreira (2011) identificaram algumas, nomeadamente: os aspetos associados à cultura da organização e inerentes à própria função; a ambiguidade e conflito de papéis; a insuficiência das funções atribuídas; a responsabilidade por pessoas; a insegurança no trabalho, os aspetos relacionados com a evolução e progressão na carreira; os salários; a exclusão da tomada de decisão no que concerne ao trabalho; as deficientes relações interpessoais com superiores, subordinados ou colegas; a exposição à violência no trabalho; o interface/trabalho; o trabalho por turnos e o trabalho noturno.

Os profissionais que exercem a sua atividade em contacto com outras pessoas, principalmente com pessoas em situação de doença, por vezes graves, como é o caso dos enfermeiros, deparam-se com um enorme desafio ligado ao desempenho de novos papéis e de como lidar com as mais diversas perdas: sociais, físicas emocionais e espirituais (Sequeira, 2013). Paralelamente, a responsabilidade em cumprir um elevado conjunto de atividades em tempo útil, o surgimento de situações inesperadas e urgentes, a incapacidade de realizar tudo o que lhe compete, o barulho, o próprio ambiente físico, os cuidados de emergência e a assistência aos familiares poderão ser também agentes stressores (Pereira, Araujo, Gois Junior, Rodriguez & Santos, 2014).

Acrescente-se a sobrecarga laboral, o trabalho por turnos, a insegurança no trabalho e a não progressão na carreira como outros fatores indutores de stresse, sendo que também não se deve descurar das relações entre colegas, superiores e subordinados (Aggio, Rosso, Zanoti-Jeronimo & Junior, 2014).

Rainho, Pimenta, Antunes e Monteio (2015) e Silva et al. (2016) identificaram alguns dos fatores desencadeantes de stresse nos profissionais de saúde, entre as quais se destacam: a sobrecarga de trabalho, as dificuldades no processo de comunicação com utentes, as relações profissionais, a convivência com situações de sofrimento e morte, ambiguidade de papéis, falta de autonomia, pressão do tempo, elevada exigência e responsabilidade, falta de recursos humanos e materiais, remuneração insuficiente e a não progressão na carreira, a falta de apoio entre os superiores e colegas, bem como os problemas familiares. Os profissionais de saúde estão, assim, muito expostos aos vários stressores organizacionais. Inoue, Versa, & Matsuda (2013) consideram que esta é uma das profissões com maior risco de stresse ocupacional, particularmente os enfermeiros.

Importa salientar que entre os profissionais de saúde, os enfermeiros constituem um grupo cuja atividade profissional se inclui nas denominadas profissões de ajuda e se caracteriza, particularmente, por apresentar exigências múltiplas, quer a nível físico, quer a

nível psicológico. Essas últimas exigências parecem contribuir para estados de stresse relacionado com o trabalho e também de *burnout* neste setor de atividade (Lavado, 2016).

No setor da saúde é possível identificar alguns fatores indutores de stresse associados às condições de trabalho, não apenas a nível físico mas essencialmente em aspetos organizacionais, enquanto outros são predominantemente de ordem sócio emocional e relacionam-se com a atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde, em que as exigências a nível emocional são particularmente relevantes. As causas de estados de stresse são variadas e a resposta aos fatores indutores de stresse, nomeadamente aos fatores de natureza profissional, varia entre indivíduos, podendo também variar no mesmo indivíduo em momentos distintos (Lavado, 2016).

Nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, os enfermeiros precisam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência paciente/ambiente/família. No desenvolvimento da sua atividade quotidiana, o enfermeiro lida com sentimentos de sofrimento, dor e a morte, devendo ter presente que bons cuidados designam atos diferentes para diferentes pessoas. Na tentativa de conciliar a prática de cuidados de enfermagem com os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, o enfermeiro poderá estar sujeito a situações de stresse (Morais, 2013; Lavado, 2016).

2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, tendo como fundamento “a instauração de políticas de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde, e de políticas de segurança social que permitam: desenvolver ações mais próximas das pessoas em situação de dependência; investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”. O objetivo geral definido para, foi “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (artº 4º, nº1). Para esse objetivo contribuem “a reabilitação, a readaptação e a reintegração social” e “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis” (artº 5º, nº 1, a) e b), Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho).

Os valores que regem a RNCCI, de acordo com o artº 6º do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, consistem designadamente na: prestação individualizada e humanizada de cuidados; continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, perante a articulação e coordenação em rede; equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; proximidade da prestação dos cuidados, por meio da potenciação de serviços comunitários de proximidade; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; avaliação total das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia; participação das pessoas em situação de dependência, bem como dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede; participação e coresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; otimização do conforto, função e suporte social aos doentes e familiares quando a cura não é factível.

Tendo um modelo de intervenção integrada e articulada, as bases de funcionamento da Rede incluem (artº 8º, Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho): (a) interceção com os

diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social; (b) articulação em rede de forma a garantir a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados; (c) coordenação entre os diferentes setores e recursos locais; (d) organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efetivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas e que favoreçam a otimização dos recursos locais; (e) intervenção baseada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objetivo”.

A coordenação da Rede a nível nacional é assegurada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), sem prejuízo da coordenação operativa, regional e local. A coordenação da rede a nível regional é assegurada por cinco equipas que incluem os representantes das ARS e centros distritais de segurança social. A coordenação “a nível local é assegurada por uma ou mais equipas, em princípio de âmbito concelhio, podendo, designadamente nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, coincidir com uma freguesia ou agrupamento de freguesias” artº 9º, nº 5, Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho).

A RNCCI é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam ou possam vir a prestar cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, quer no domicílio, quer em instalações próprias, resultante de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, bem como com vários prestadores de cuidados de Saúde e de Apoio Social (Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2017). A RNCCI inclui: Unidades de internamento, que podem ser de cuidados continuados de convalescença, cuidados continuados de média duração e reabilitação, cuidados continuados de longa duração e manutenção, cuidados paliativos, que se inserem na Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP); unidades de ambulatório, sendo esta Unidade de dia e promoção da autonomia; equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e equipas comunitárias que se inserem na RNCP; equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) (Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2017). Importa referir que o Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, procedeu à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, integrando na RNCCI o conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, criado pelo Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro.

Segundo os dados da Administração Central do Sistema de Saúde, referentes a novembro de 2015, a RNCCI revela um crescimento traduzido no aumento sustentado do número de camas nas diferentes tipologias de cuidados. No final de 2008, a RNCCI tinha 2.870 camas e, em dezembro de 2015, o número ascende já a 7.759 camas, registando um crescimento na ordem dos 170% (Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, 2016).

A RNCCI conserva um crescimento continuado, não obstante o abrandamento dos anos mais recentes, sendo caracterizado por diversas assimetrias, das quais se destacam as assimetrias regionais, particularmente a carência de camas/lugares nos grandes centros urbanos; as assimetrias por tipologias com claro predomínio para o aumento das Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), que, ainda assim, fica aquém das necessidades e algum abrandamento no aumento das Unidades de Convalescença, mas também com uma progressão lenta e regionalmente desigual das Unidades de Cuidados Paliativos. Por outro lado, destacam-se também a assimetria na tipologia de respostas com claro predomínio das respostas em regime de internamento em detrimento das respostas domiciliadas (Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019, 2016).

Os dados recentes de base populacional portuguesa, nomeadamente, estudos realizados por Costa (2013) e Gonçalves (2013), estimam que das 3.869.188 famílias clássicas (agregados familiares) existentes em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2011), cerca de 2,9% integram, pelo menos, um familiar dependente no autocuidado no domicílio (cerca de 110 mil dependentes), dos quais, uma parte significativa são dependentes “acamados” ou “grandes dependentes”, contabilizando, a cada momento, cerca de 48 mil casos. Este dado é de extrema importância, porquanto estas pessoas dependentes “acamadas”, devido à sua condição de saúde muito vulnerável, ou seja, por causa dos níveis elevados de dependência e compromisso acentuado nos processos corporais, e numa perspetiva de continuidade de cuidados de saúde e apoio social, têm critérios de admissão na RNCCI.

Segundo Petronilho (2016, p. 4), a RNCCI consiste num novo nível de cuidados do Serviço Nacional de Saúde constituído por tipologias de internamento e de cuidados domiciliários. Na sua origem “esteve a ambição de dar respostas efetivas face a uma série de problemas específicos, entre eles, o progressivo envelhecimento da população, o aumento da prevalência das doenças crónicas incapacitantes e a escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados em território nacional”.

Em suma, a criação da RNCCI pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, emergiu com a finalidade de encontrar novas respostas em saúde e de apoio social, variadas e adaptadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos da própria evolução das doenças e condições sociais, resultantes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Paralelamente, estas respostas devem ser impulsionadoras de autonomia e da participação dos destinatários e do desenvolvimento das competências nas famílias para lidar com as necessidades dos familiares dependentes. Por outro lado, subentende que o trabalho deva ser integrado e pró-

ativo entre as equipas de saúde e de apoio social com o envolvimento dos doentes e famílias, tendo em conta as suas necessidades e expectativas.

3. Estado da Arte

Muitos têm sido os estudos realizados sobre o stresse, no entanto a investigação realizada no âmbito do stresse dos profissionais de saúde e mais propriamente no exercício da sua atividade profissional no contexto das UMDR e ULDM é ainda escassa. Apresenta-se de seguida a literatura encontrada na pesquisa bibliográfica sobre a temática.

Zangoro e Soeken (2007) desenvolveram um estudo sobre a satisfação profissional de enfermeiros a exercerem em CCI. Segundo os autores, o facto de os enfermeiros serem mais autónomos, participarem no trabalho de equipa e na organização, associado com a redução do stresse profissional, aumenta a satisfação profissional. Batista et al., (2005) procuraram identificar os fatores de motivação e insatisfação no trabalho de enfermeiros, tendo concluído que os fatores motivacionais foram: gostar do que faz, bom relacionamento multiprofissional, crescimento pessoal, condições de trabalho, carga horária, ambiente, apoio do gestor e remuneração. Em relação à remuneração, as autoras referem que este não é o fator principal para a motivação no trabalho, sendo no entanto, um dos fatores de insatisfação mais citados, antecedido pelas condições de trabalho. Os estudos apresentados permitem perspetivar algumas das barreiras sentidas pelos enfermeiros no desenvolvimento do seu cuidado em CCI, o que pode dar origem a stresse face ao trabalho.

Purdy, Laschinger, Finegan, Kerr e Oliveira (2010) realizaram um estudo que consistiu na recolha de dados de 679 enfermeiros de 61 unidades de cuidados continuados do Canadá, cujo objetivo consistiu em determinar a relação entre a perceção dos enfermeiros acerca do ambiente de trabalho e os resultados dos cuidados de qualidade e/ou risco para os doentes. Ficou demonstrado que um número significativo de enfermeiros apresenta elevados níveis de insatisfação decorrente de condições de trabalho, com forte impacte no atendimento aos clientes. Constatou-se a existência de reduzidas condições de trabalho, destacando-se a redução de recursos humanos para a assistência de um número elevado de doentes, a falta de margem de liberdade para planear, organizar, executar e avaliar o trabalho diário, pouco reconhecimento do desempenho profissional por parte da chefia hierárquica ou funcional, bem como a elevada carga horária. Estes fatores têm um impacte negativo ao nível psicológico dos enfermeiros, resultando em stresse, em exaustão emocional e insatisfação com a qualidade da assistência prestada. A capacidade de funcionar como uma equipa é considerada um mecanismo-chave para o alcance da qualidade do cuidado, principalmente

em locais preocupados na capacitação da equipa, sendo preditivos de enfermeiros com um sentimento de mais autonomia, eficiência e motivação para trabalhar.

Alves, Batista e Pimentel (2013) realizaram um estudo a fim de avaliar o nível de stresse e de *burnout* em 96 enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados (Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção) da zona Norte do país. A maioria da amostra era do género feminino (81,9%), tendo uma idade mínima de 22 anos e a máxima de 42 anos. A maior parte da amostra possuía 30 ou mais anos de idade. Os resultados obtidos indicam que, em média, os enfermeiros manifestam um nível moderado de stresse e de *burnout*, tendo as autoras encontrado uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a exaustão emocional, tendo sido os enfermeiros na faixa etária até aos 29 anos de idade os que apresentaram um baixo nível de exaustão emocional, correspondente a 80%, e um nível alto correspondente a 2,9%. Quanto à satisfação no local de trabalho, 71,1% dos enfermeiros apresentaram níveis intermédios de satisfação no trabalho, sugerindo que quando a satisfação no local de trabalho aumenta a realização profissional também segue a mesma tendência, reduzindo a propensão ao stresse face ao trabalho.

No estudo de Lavado (2016), cujo objetivo consistiu em saber qual a incidência e os preditores de stresse profissional e satisfação no trabalho nos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Região do Alentejo, bem como aferir os níveis de stresse ocupacional e identificar as causas indutoras do stresse no trabalho, ficou demonstrado que os enfermeiros manifestam um nível de stresse moderado e um elevado nível de satisfação com o trabalho, considerando que prestar cuidados continuados, no caso a idosos, não representa um problema, nem uma sobrecarga de trabalho para a equipa.

Na mesma linha de pensamento, Morais (2013) refere que a enfermagem é uma profissão desgastante, na medida em implica interagir com a pessoa em situação de crise e de sofrimento. Devido à sobrecarga e ao stresse enfrentado, a qualidade deste relacionamento pode estar comprometida, interferindo na qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, a mesma autora realizou um estudo que teve como objetivos conhecer as características sociodemográficas dos enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados dos distritos de Bragança e Vila Real; verificar se os enfermeiros consideram as suas situações de vida como stressantes; analisar as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e a sua perceção em relação a situações de vida stressantes; delinear estratégias/intervenções por forma a prevenir e/ou reduzir os níveis de stresse dos enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados. Do total dos inquiridos, 51,91% eram dos distritos de Vila Real e 48,1% eram de Bragança, com idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos, sendo a maioria do género

feminino (77,9%). Morais (2013) verificou que o maior número de enfermeiros se concentra nas Unidades de Média e Longa Duração (44,3%), seguindo-se-lhe a Unidade de Longa duração (34,4%), a Unidade de Convalescença e Paliativos (18,3%) e, por fim, a Unidade de Média Duração (3,1%). No que se refere ao vínculo profissional, 50,38% dos enfermeiros encontram-se a contrato, 45,04% fazem parte dos quadros dos respetivos locais de trabalho e 4,58% apresentam outro tipo de vínculo. Do total dos enfermeiros a trabalhar nas Unidades de Cuidados Continuados, 48,8% residem na localidade onde trabalham e os restantes (54,2%) residem fora do meio onde laboram. Relativamente à situação conjugal 54,2% dos enfermeiros são solteiros, seguidos dos 43,51% casados/união de facto. Os enfermeiros registaram um nível de stresse moderado (Média=34,2; DP=4,96), tendo a autora verificado que 33,6% manifestaram um nível de stresse reduzido; 65,7% mostraram ter um nível moderado de stresse e 0,8% registaram um nível elevado de stresse. Apesar de não se terem registado diferenças estatisticamente significativas no nível de stresse global tendo em conta o distrito, a situação de deslocado, o género, a idade, a situação conjugal, o vínculo profissional e a tipologia de Unidade de Cuidados Continuados Integrados, foram os enfermeiros do distrito de Vila Real, os deslocados, os homens, os mais novos, os que não são casados ou vivem em união de facto, os contratados e os que trabalham nas Unidades de Convalescença e Paliativos os que registaram níveis de stresse ligeiramente mais baixos. Face aos seus resultados, Morais (2013) refere que a profissão de enfermagem é stressante e deve ser reconhecida como tal, o que implica a necessidade de discutir e implementar medidas preventivas e minimizadoras de stresse nos locais de trabalho, de modo a promover uma saúde individual e coletiva da equipa de enfermagem, é que a qualidade dos cuidados prestados depende da condição física e emocional da pessoa que cuida.

Pereira (2016) realizou um estudo cujo objeto consistiu em conhecer as fontes de stresse no trabalho de 45 enfermeiros integrados numa equipa de CCI. A sua amostra era constituída, predominantemente, por enfermeiros do sexo feminino (83,3%) na faixa etária dos 20 aos 30 anos (60%) e solteiros (73,3%). A carga horária de trabalho é de mais de 40 horas semanais, dos quais 50% trabalham em duplo emprego e 23,3% trabalha na Instituição há menos de seis meses, tendo pouca experiência profissional. O estudo revela que existem fontes de considerável stresse em todas as dimensões (organização do trabalho, conflitualidade no trabalho, sofrimento dos doentes e controlo da vida ocupacional), embora com maior destaque para as que se associam à dimensão Organização do Trabalho. Pereira (2016) constatou a existência de relações estatisticamente significativas entre a dimensão controlo da vida ocupacional com o sofrimento dos doentes, controlo da vida ocupacional e organização do trabalho, bem como entre conflitualidade no trabalho com controlo da vida ocupacional e organização do trabalho. o sexo feminino tende a sentir como maior fonte de

stresse o sofrimento dos doentes, ter duplo emprego tende a favorecer a perceção de maior fonte de stresse a dificuldade de controlo da vida ocupacional. Foram ainda registadas correlações positivas entre os fatores ambientais com o controlo da vida ocupacional e com a organização do trabalho.

II Parte - Estudio Empírico

1. Metodologia

A segunda parte do presente trabalho é a comumente designada por investigação empírica, na qual se descrevem todos os procedimentos metodológicos adotados. Fortin (2009) refere que a investigação científica é um processo que nos permite estudar um problema relacionado com o conhecimento do mundo real e deverá ser abordado de forma sistemática, rigorosa e controlada, com o objetivo de produzir novos conhecimentos.

Assim sendo a seguir apresentam-se os métodos no qual se incluiu a conceitualização do estudo, as questões de investigação, os objetivos do estudo e o tipo de estudo, os participantes (população e amostra), as variáveis, hipóteses, o instrumento de colheita de dados, bem como os procedimentos formais e éticos adotados e os procedimentos estatísticos utilizados.

1.1. Questão de Investigação

Tendo como ponto de partida a especificidade dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção, procurou-se com esta investigação, responder às seguintes questões de investigação:

- Quais são os níveis e as fontes do stress apresentado pelos Profissionais de Saúde em UMDR e ULDM da RNCCI?

- Que variáveis sociodemográficas interferem no stresse dos profissionais de saúde nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados?

- Que variáveis profissionais interferem no stresse dos profissionais de saúde nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados?

- Que variáveis familiares interferem no stresse dos Profissionais de Saúde nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados?

1.2 Tipo de estudo

O presente estudo de investigação, baseou-se numa abordagem quantitativa e não - experimental, pois pretendeu-se obter generalizações que expliquem a realidade no sentido de a prever e controlar e ainda uma vez que não houve manipulação de variáveis (Fortin, 2009). Trata-se ainda de um estudo descritivo-correlacional, onde se exploraram as relações entre as variáveis em causa, com o objetivo de as descrever (Fortin, 2009). Quanto à duração no tempo é um estudo do tipo transversal, uma vez que o instrumento de colheita de dados foi aplicado num dado momento (Fortin, 2009). Os dados foram colhidos no período compreendido entre 29 de Março e 19 de Junho de 2017.

1.3 Objetivos

O objetivo do estudo trata-se de um enunciado declarativo e é o que nos leva a enunciar as questões e as hipóteses colocadas durante a investigação (Fortin, 2009).

Neste sentido, o objetivo principal desta investigação é identificar níveis de stresse em Profissionais de Saúde das Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Procuram ainda atingir-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico, familiar e profissional;
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, familiares e profissionais no nível de stresse dos participantes;
- Determinar variáveis preditores do stresse nos profissionais de saúde.

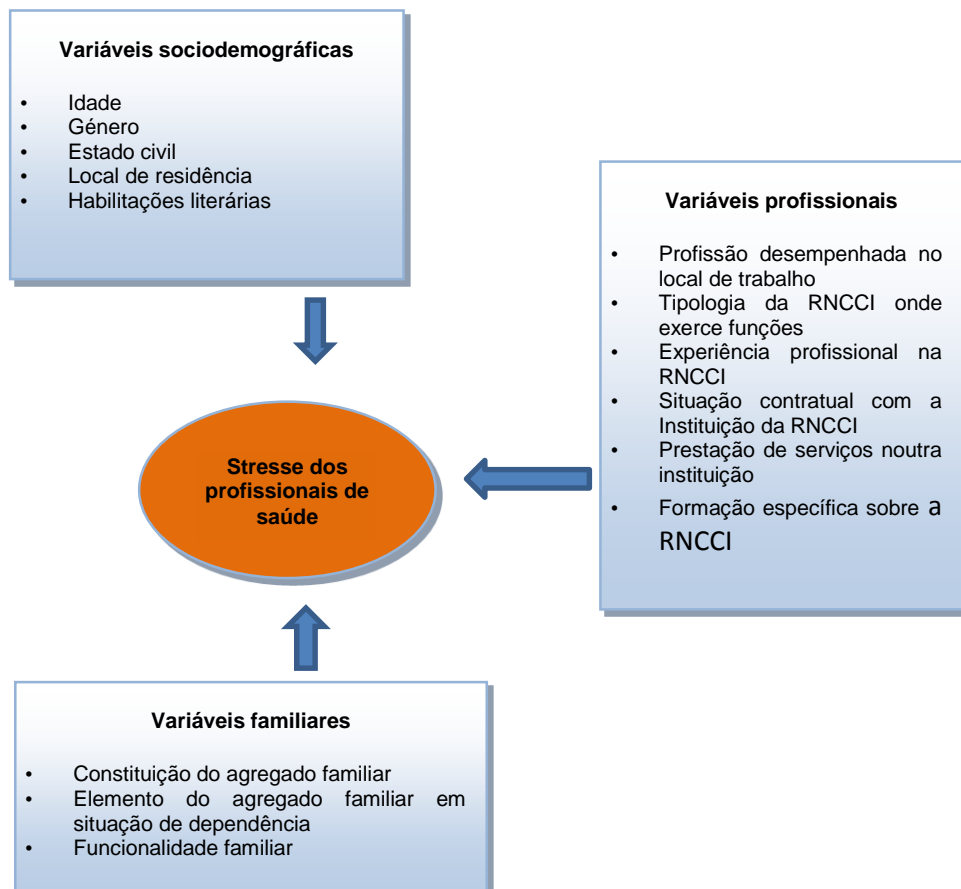
1.4 Variáveis

Na opinião de Fortin (2009, p.171), as variáveis “são unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou de variar no tempo”. O mesmo autor refere ainda que existe relação entre uma variável dependente e outras independentes sendo que a variável dependente “é a que sofre o efeito da variável independente” e as independentes são os “elementos que são introduzidos e manipulados numa situação de investigação”. É o que provoca o efeito produzido na variável dependente.

Neste estudo de investigação, a variável dependente é o stress dos profissionais de saúde. As variáveis independentes foram agrupadas da seguinte forma: variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, local de residência e habilitações literárias), variáveis profissionais (profissão desempenhada no local de trabalho, tipologia da RNCCI onde exerce funções, experiência profissional na RNCCI, situação contratual com a Instituição da RNCCI, prestação de serviços noutra instituição e formação específica sobre a RNCCI) e variáveis familiares (constituição do agregado familiar, elemento do agregado familiar em situação de dependência e funcionalidade familiar).

De seguida apresenta-se o modelo conceptual que representa esquematicamente a relação prevista entre as variáveis em estudo.

Figura 1- Modelo Conceptual do estudo.



1.5 Hipóteses

Tendo em conta os objetivos propostos para este estudo, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

- Hipótese (H1) – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, local de residência e habilitações literárias) e o stresse dos profissionais de saúde em UMDR e ULDM da RNCCI.
- Hipótese (H2) – Existe associação entre as variáveis profissionais (profissão desempenhada no local de trabalho, tipologia da RNCCI onde exerce funções, experiência profissional na RNCCI, situação contratual com a Instituição da RNCCI, prestação de serviços noutra instituição e formação específica sobre a RNCCI) e o stresse dos profissionais de saúde em UMDR e ULDM da RNCCI.
- Hipótese (H3) – Existe associação entre as variáveis familiares (constituição do agregado familiar, elemento do agregado familiar em situação de dependência e funcionalidade familiar) e o stresse dos profissionais de saúde em UMDR e ULDM da RNCCI.
- Hipótese (H4) – As variáveis independentes em estudo são preditoras do nível de stresse dos profissionais de saúde em UMDR e ULDM da RNCCI.

1.6 População e amostra

Pode definir-se população como um conjunto de sujeitos que partilham características comuns e que é incluído no estudo, sendo a amostra a fração de sujeitos retirados dessa população e que deve ser representativa da mesma. A técnica de amostragem utilizada para obtenção da amostra foi do tipo não probabilística por conveniência ou acidental, uma vez que foi a que colaborou na investigação e se mostrou disponível, no local e no momento da colheita de dados (Fortin, 2009).

Para a realização deste estudo, considerou-se como população os profissionais a exercerem funções em UMDR e ULDM da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Seia e da UCCI da Associação de Beneficência Popular de Gouveia. Assim, a amostra ficou constituída por 75 profissionais de saúde, sendo 26 enfermeiros, 7 médicos, 33 auxiliares de ação médica e 9 fisioterapeutas.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Exercer funções em UMDR ou ULDM da RNCCI há pelo menos 3 meses;

- Manifestação voluntária em participar no estudo, mediante preenchimento prévio do termo de consentimento livre e esclarecido.

1.7 Procedimentos e Questões Éticas

Ao longo de todo o processo de pesquisa, pautou-se esta investigação sempre com uma rigorosa conduta ética. Estando-se consciente que qualquer processo de investigação exige um seguimento de normas de conduta por parte dos investigadores, realizaram-se algumas diligências prévias, com a finalidade de proteger o direito e a liberdade dos participantes.

No desenvolvimento da investigação foram salvaguardados os direitos dos participantes e os princípios éticos fundamentais. Simultaneamente à apresentação do questionário foi apresentado o documento de consentimento informado que contempla: o tema e o objetivo da investigação, pedido de colaboração para o preenchimento e referência à necessidade de resposta a todas as questões, para que este não fosse eliminado, garantia de anonimato e confidencialidade das respostas, disponibilização dos resultados, agradecimento da colaboração e disponibilidade dispensadas.

Assim, o primeiro passo consistiu no pedido de autorização ao autor da escala para a utilização da mesma (cf. Anexo I). Seguiu-se o pedido formal de parceria ao Conselho de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (cf. Anexo II). Posteriormente endereçaram-se dois ofícios: um ao Senhor Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Seia e outro ao Senhor Presidente da Associação de Beneficência Popular de Gouveia, solicitando autorização para a recolha de dados/informação junto de profissionais de saúde das respetivas UCCI (cf. Anexo III).

1.8 Instrumento de colheita de dados

Na presente investigação, recorreu-se a um questionário (cf. Anexo IV), pois permite “transformar em dados a informação diretamente comunicada por uma pessoa” (Tuckman, 2005, p.307). O instrumento de recolha de dados, segundo o mesmo autor, permite medir o que o indivíduo sabe, gosta ou pensa sobre o objeto em estudo. Nesta linha de pensamento, tendo em conta a problemática, os objetivos do estudo, as características da amostra e a realidade que a envolve, optou-se por um questionário de autopreenchimento, constituído por 4 secções, nomeadamente: caracterização sociodemográfica, profissional e familiar, e o Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (Gomes, no Prelo). Importa referir que as

3 primeiras secções foram elaboradas *ad hoc*, ou seja, construídas a partir da revisão da literatura efetuada e tendo em conta a experiência profissional.

Secção I – Caracterização sociodemográfica: contém 5 questões, a partir das quais se traça um perfil sociodemográfico da amostra, tendo em conta: idade, género, estado civil, local de residência e habilitações literárias;

Secção II – Caracterização profissional: constituída por 6 questões, designadamente: profissão desempenhada no local de trabalho, tipologia da RNCCI onde exerce funções, experiência profissional na RNCCI, situação contratual com a Instituição da RNCCI, prestação de serviços noutra instituição e formação específica sobre a RNCCI;

Secção III – Caracterização familiar: contém 1 questão relativa à constituição do agregado familiar e 1 referente à existência de algum elemento do agregado familiar que se encontre em situação de dependência; Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (1978), versão portuguesa de Agostinho e Rebelo (1988), que objetiva estudar a funcionalidade familiar e quantifica a existência de disfunção familiar e o grau desta, através de cinco questões. A Escala de Apgar Familiar foi desenvolvida por Smilkstein (1978), traduzida para a versão portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988), e possibilita identificar a funcionalidade familiar. É constituída por cinco perguntas que quantificam a perceção que a pessoa tem do funcionamento da sua família. É um instrumento de medida fidedigna, válida e útil para medir a satisfação da pessoa quanto ao funcionamento familiar (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982). O seu princípio é que os membros de uma família percecionam o funcionamento familiar, o que lhes permite exteriorizar o seu grau de satisfação através do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo APGAR:

- **Adaptação (*Adaptability*)** – utilização dos recursos, dentro e fora da família, para a resolução de problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- **Participação/Comunicação (*Partnership*)** – partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- **Crescimento/Desenvolvimento (*Growth*)** – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização alcançada pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- **Afeto (*Affection*)** – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- **Resolução/Dedicação ou decisão (*Resolve*)** – reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e

emocionalmente, implicando igualmente a decisão na partilha de bens e espaço.

Cada questão possibilita três tipos de resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Pontuação atribuída às respostas pela Escala de Apgar Familiar.

Resposta	Pontuação
Quase sempre	2
Algumas vezes	1
Quase nunca	0

O resultado final é obtido através do somatório da pontuação atribuída a cada uma das perguntas. A cada somatório é atribuída uma classificação da funcionalidade familiar (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Pontuação e correspondente Funcionalidade Familiar.

Pontuação	Funcionalidade familiar
7 – 10	Altamente Funcional
4 – 6	Moderadamente Funcional
0 – 3	Disfunção Acentuada

Em conformidade com alguns estudos que estudaram as propriedades psicométricas deste instrumento, o mesmo apresenta boa consistência interna (Good, Smilkstein, Good, Shaffer & Arrons, 1978; Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982). Numa amostra pequena (N=38), sem perturbação clínica diagnosticada, chegou-se a uma correlação elevada (0.80) entre o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) e o Pless-Satterwhite Family Function Index, um instrumento previamente utilizado para avaliar a funcionalidade familiar (Good, Smilkstein, Good, Shaffer & Arrons, 1978). Os mesmos autores evidenciaram uma correlação também significativa (0.63) entre o APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) e as avaliações dos terapeutas acerca da disfuncionalidade familiar. Importa referir que esta escala avalia unicamente o grau de satisfação familiar manifestado e exprimido pelo próprio respondente (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982).

Considera-se uma família altamente funcional aquela que apresenta um score total entre 7 a 10 pontos; uma família moderadamente funcional a que apresenta um score de 4 a 6; uma família com disfunção acentuada aquela que apresenta um score de 0 a 3.

Secção IV: contém o **Questionário de Stress para Profissionais de Saúde** (Gomes, no Prelo). Trata-se de um instrumento desenvolvido por Gomes (2014), tendo como base os trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), que foram realizados com psicólogos, médicos e enfermeiros. A última versão do questionário é composta por 25 itens, que permitem avaliar as potenciais fontes de stresse no exercício da atividade profissional dos profissionais de saúde (independentemente do contexto, área e/ou domínio de atividade). Os 25 itens apresentam boas propriedades psicométricas (Gomes & Teixeira, 2016). O questionário contempla duas partes distintas, ou seja, na primeira secção é proposto aos profissionais de saúde que avaliem o nível global de stresse que experienciam na sua atividade profissional, através de um único item (0=Nenhum stresse; 2=Moderado stresse; 4=Elevado stresse); na segunda secção são indicados 25 itens referentes às potenciais fontes de stresse associados à atividade profissional. Os itens distribuem-se por seis subescalas, numa escala tipo Likert de cinco pontos (0=Nenhum stresse; 2= Moderado stresse; 4=Elevado stresse). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se os valores encontrados pelo total de itens da subescala respetiva. Deste modo, valores mais elevados sugerem maior perceção de stresse em cada uma das dimensões avaliadas (Gomes & Teixeira, 2016).

As dimensões avaliadas são as seguintes (Gomes & Teixeira, 2016):

1. Lidar com clientes: *stresse* dos profissionais relacionado com a responsabilidade de fornecer os seus serviços aos seus clientes/utentes (ex: possibilidade de cometer erros que prejudiquem os clientes, ter de gerir problemas graves dos clientes, etc.);

2. Excesso de trabalho: *stresse* dos profissionais relacionado com a carga de trabalho e o número de horas de serviço a realizar (ex. trabalhar muitas horas seguidas, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas, etc.);

3. Carreira e remuneração: *stresse* dos profissionais relacionado com as perspetivas de desenvolvimento da carreira profissional e com o salário recebido (ex: impossibilidade de progressão na carreira, baixa remuneração, etc.);

4. Relações profissionais: *stresse* dos profissionais relacionado com o ambiente de trabalho bem como com a relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (ex: conflitos com colegas, falta de apoio dos superiores, etc.);

5. Ações de formação: *stresse* dos profissionais relacionado com as situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas.

6. Problemas familiares: *stresse* dos profissionais relacionado com o relacionamento familiar e com o apoio por parte de pessoas significativas (ex: instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, etc.).

Na tabela 3 apresentam-se os itens que constituem cada dimensão e respetivas cotações.

Tabela 3 – Itens que constituem as dimensões e respetiva cotação.

Dimensões	Itens
<p>1. Lidar com clientes (4 itens)</p> <p>Nota: a formulação destes itens pode ser alterada se no contexto em causa se utilizar outra designação distinta de “clientes” para descrever as pessoas a quem os profissionais prestam os seus serviços. Caso ocorra esta alteração, é necessário fazer a mudança deste termo nas instruções dadas ao preenchimento do instrumento.</p>	<p>1, 8, 14, 20</p> <p>Valor total = 0 – 4</p>
2. Excesso de trabalho (4 itens)	<p>4, 12, 16, 22</p> <p>Valor total = 0 – 4</p>
3. Carreira e remuneração (5 itens)	<p>3, 10, 13, 17, 23</p> <p>Valor total = 0 – 4</p>
4. Relações profissionais (5 itens)	<p>2, 7, 9, 15, 21</p> <p>Valor total = 0 – 4</p>
5. Ações de formação (3 itens)	<p>6, 18, 24</p> <p>Valor total = 0 – 4</p>
6. Problemas familiares (4 itens)	<p>5, 11, 19, 25</p> <p>Valor total = 0 – 4</p>
Total	25 itens

Fonte: Adaptado de Gomes (2014); Gomes e Teixeira (2016)

Estudo psicométrico para o presente estudo do Questionário de Stress para Profissionais de Saúde

Ao analisarem-se os resultados da fiabilidade, a Tabela 4 indica as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, dando uma visão sobre a forma como o item se combina com o valor global. Pelos índices médios, assinala-se que as médias oscilam entre 1,53 (item 19) e 2,98 (item 13). Através do alfa de Cronbach, os

itens são classificados de muito bons, oscilando entre $\alpha=0,935$ e $\alpha=0,938$, com um alfa global também classificado de muito bom ($\alpha=0,938$).

Tabela 4 – Consistência interna dos itens do Questionário de Stress para Profissionais de Saúde.

Nº Item	Itens	Média	Dp	r ²	r/item total	α sem item
1	Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes	2,51	0,891	0,544	0,511	0,937
2	O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	2,19	1,182	0,659	0,682	0,935
3	A falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira	2,55	0,905	0,450	0,612	0,938
4	Trabalhar muitas horas seguidas	2,64	0,925	0,551	0,720	0,937
5	Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais	1,89	0,981	0,603	0,656	0,936
6	Falar ou fazer apresentações em público	2,20	0,986	0,491	0,503	0,937
7	A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	2,36	1,147	0,755	0,724	0,934
8	Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	2,47	0,991	0,609	0,720	0,936
9	O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho	2,19	1,171	0,645	0,691	0,935
10	Falta de possibilidades de progressão na carreira	2,45	0,963	0,628	0,764	0,936
11	A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal devido às minhas responsabilidades profissionais	2,03	1,174	0,665	0,653	0,935
12	O excesso de trabalho relacionado com tarefas de caráter burocrático	2,57	0,947	0,411	0,614	0,938
13	Receber um salário baixo	2,92	,801	0,507	0,827	0,937
14	Gerir problemas graves dos meus clientes	2,36	1,009	0,647	0,733	0,935
15	Os conflitos interpessoais com outros colegas	2,05	1,077	0,796	0,820	0,933
16	Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	2,80	0,973	0,708	0,701	0,935
17	Viver com os recursos financeiros de que disponho	2,24	1,051	0,520	0,654	0,937
18	Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	2,03	1,115	0,589	0,819	0,936
19	A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	1,53	1,143	0,538	0,706	0,937
20	Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	2,48	0,906	0,578	0,737	0,936
21	Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	2,37	1,136	0,643	0,739	0,935
22	A sobrecarga ou excesso de trabalho	2,79	0,920	0,680	0,756	0,935
23	Salário inadequado/insuficiente	2,88	0,821	0,441	0,824	0,938
24	Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	2,13	1,031	0,534	0,753	0,937
25	Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	2,47	1,018	0,681	0,708	0,935
Coefficiente alpha Cronbach global						0,938

Analisando-se o **Fator 1 – Lidar com os clientes**, pelos valores médios, o item mais favorável é o 1 “Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes” e o menos favorável o item 14 “Gerir problemas graves dos meus clientes”. Os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos 4 itens que oscilaram entre

$\alpha=0,739$ no item 14 “Gerir problemas graves dos meus clientes” e $\alpha=0,825$ no item 1 “Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes” indicam uma razoável e boa consistência interna, com um alfa total de 0,821. O maior valor de correlação situa-se no item 14 ($r=0,715$) com uma variabilidade de 51,2% e o que apresenta menor correlação é o item 1 ($r=0,523$) com uma percentagem de variância explicada de 30,4%. (cf. Tabela 5)

Reportando-nos ao **Fator 2 – Excesso de trabalho**, o item com melhor índice médio é o 12 “O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático” e o de menor média é o item 22 “A sobrecarga ou excesso de trabalho”, sendo que também este item revela maior valor correlacional ($r=0,719$) a que corresponde uma variabilidade de 59,9% e o de menor correlação no item 12 ($r=0,544$) com uma variabilidade de 30,6%. Os coeficientes alpha de Cronbach obtidos nos quatro itens deste fator oscilaram entre $\alpha=0,688$ no item 22 “A sobrecarga ou excesso de trabalho” e $\alpha=0,775$ no item 12 “O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático” indicam uma razoável consistência interna, sendo que o alfa global foi de 0,795, classificado de bom. (cf. Tabela 5)

Em relação ao **Fator 3 – Carreira e remuneração**, inferimos, pelos valores médios, que a maior média se situa no item 23 (“Salário inadequado/insuficiente”) com 2,88 e a menor no item 17 com 2,24 (“Viver com os recursos financeiros de que disponho”). Quanto aos valores da correlação, o mais elevado é de ($r=0,734$) no item 13 e o menor ($r=0,435$) no item 17, com uma variabilidade de 71,2% e 33,1%, respetivamente. Os coeficientes de alpha de Cronbach neste fator variam entre $\alpha=0,701$ no item 13 “Receber um salário baixo” e $\alpha=0,799$ no item 17 “Viver com os recursos financeiros de que disponho”, podendo considerar-se que existe uma razoável consistência interna, com um coeficiente de alpha global de $\alpha=0,788$. (cf. Tabela 5)

Referente ao **Fator 4 – Relações profissionais**, o item com melhor índice médio é o 21 (“Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho”) e o menor o item 15 (“Os conflitos interpessoais com outros colegas”). Os valores da correlação item total apresentam valores considerados normais e os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos 5 itens deste fator oscilam entre os $\alpha=0,839$ no item 15 “Os conflitos interpessoais com outros colegas” e $\alpha=0,874$ no item 21 “Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho”, com um alfa global de $\alpha=0,885$, indicando boa consistência interna. (cf. Tabela 5)

No que se refere ao **Fator 5 – Ações de formação**, pelos valores médios, o item mais favorável é o 6 “Falar ou fazer apresentações em público” e o menos favorável o item 18 “Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho”. Os coeficientes de alpha

de Cronbach obtidos nos 3 itens e que oscilaram entre $\alpha=0,609$ no item 18 “Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho” e $\alpha=0,885$ no item 6 “Falar ou fazer apresentações em público” indicam uma razoável e boa consistência interna, com um alfa total de 0,8102. O maior valor de correlação situa-se no item 18 ($r=0,782$) com uma variabilidade de 67,2% e o que apresenta menor correlação é o item 6 ($r=0,509$) com uma percentagem de variância explicada de 27,5%. (cf. Tabela 5)

Quanto ao **Fator 6 – Problemas familiares**, o item com melhor índice médio é o 25 (“Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)”) e o menor o item 19 (“A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)”). Os valores da correlação item total apresentam valores considerados normais e os coeficientes de alpha de Cronbach obtidos nos 4 itens deste fator oscilam entre os $\alpha=0,723$ no item 25 “Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)” e $\alpha=0,790$ no item 19 “A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)”, com um alfa global de $\alpha=0,801$, indicando boa consistência interna.(cf. Tabela 5)

Tabela 5 - Alfas de Cronbach por subescala do Questionário de Stress para Profissionais de Saúde.

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
Fator 1 – Lidar com os clientes						
1	Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes	2,51	0,891	0,523	0,304	0,825
8	Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	2,47	0,991	0,703	0,517	0,745
14	Gerir problemas graves dos meus clientes	2,36	1,009	0,715	0,512	0,739
20	Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	2,48	0,906	0,638	0,456	0,777
Coefficiente alfa Cronbach global						0,821
Fator 2 – Excesso de trabalho						
4	Trabalhar muitas horas seguidas	2,64	0,925	0,618	0,531	0,739
12	O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático	2,57	0,947	0,544	0,306	0,775
16	Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	2,80	0,973	0,553	0,352	0,772
22	A sobrecarga ou excesso de trabalho	2,79	0,920	0,719	0,599	0,688
Coefficiente alfa Cronbach global						0,795
Fator 3 – Carreira e remuneração						
3	A falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira	2,55	0,905	0,461	0,410	0,782
10	Falta de possibilidades de progressão na carreira	2,45	0,963	0,556	0,419	0,752
13	Receber um salário baixo	2,92	0,801	0,734	0,712	0,701
17	Viver com os recursos financeiros de que disponho	2,24	1,051	0,435	0,331	0,799

23	Salário inadequado/insuficiente	2,88	0,821	0,716	0,700	0,705
Coefficiente alfa Cronbach global		0,788				
Fator 4 – Relações profissionais						
2	O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	2,19	1,182	0,704	0,504	0,864
7	A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	2,36	1,147	0,691	0,528	0,867
9	O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho	2,19	1,171	0,744	0,581	0,855
15	Os conflitos interpessoais com outros colegas	2,05	1,077	0,816	0,703	0,839
21	Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	2,37	1,136	0,662	0,561	0,874
Coefficiente alfa Cronbach global		0,885				
Fator 5 - Ações de formação						
6	Falar ou fazer apresentações em público	2,20	0,986	0,509	0,275	0,885
18	Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	2,03	1,115	0,782	0,672	0,609
24	Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	2,13	1,031	0,720	0,635	0,684
Coefficiente alfa Cronbach global		0,812				
Fator 6 - Problemas familiares						
5	Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais	1,89	0,981	0,592	0,392	0,763
11	A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal devido às minhas responsabilidades profissionais	2,03	1,174	0,666	0,501	0,725
19	A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	1,53	1,143	0,538	0,316	0,790
25	Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	2,47	1,018	0,676	0,532	0,723
Coefficiente alfa Cronbach global		0,801				

A matriz de correlação de Pearson entre os diversos fatores e o valor global da escala revela valores positivos e significativamente correlacionados. Perante estes resultados, apura-se que o aumento ou diminuição dos índices do stresse para os profissionais de saúde num dos fatores se encontra associado a aumentos ou diminuições nos índices de stresse nos restantes fatores (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores do Questionário de Stress para Profissionais de Saúde.

Fatores	Lidar com os clientes	Excesso de trabalho	Carreira e remuneração	Relações profissionais	Ações de formação	Problemas familiares	Stresse global
Lidar com os clientes	-	,680**	,381**	,566**	,542**	,636**	,785**
Excesso de trabalho	,680**	-	,498**	,584**	,509**	,574**	,793**
Carreira e remuneração	,381**	,498**	-	,705**	,313**	,556**	,748**
Relações profissionais	,566**	,584**	,705**	-	,529**	,679**	,886**
Ações de formação	,542**	,509**	,313**	,529**	-	,486**	,685**
Problemas familiares	,636**	,574**	,556**	,679**	,486**	-	,833**
Stresse global	,785**	,793**	,748**	,886**	,685**	,833**	-

Para o fator global foram criados os seguintes grupos, em função do percentil:

Percentil 25	≤ 49
Percentil 50	50 – 78
Percentil 75	≥ 79

1.9 Tratamento estatístico dos dados

Para a análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e à estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva permitiu determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, designadamente as médias e as medidas de dispersão, como a amplitude de variação, o coeficiente de variação e o desvio padrão, bem como as medidas de forma, como a assimetria e achatamento. Para as variáveis em estudo, utilizou-se a análise univariada e bivariada (Marôco, 2014, p. 37).

No que se refere à análise bivariada, aplicou-se o teste da percentagem residual (resíduos ajustados), que nos dá as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de X^2 , porque, em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das subamostras não possibilitava o uso do referido teste. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de X^2 , como indica Marôco (2014, p. 38), uma vez que os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis.

O coeficiente de variação possibilita comparar a variabilidade de duas variáveis (Marôco, 2014, p. 38), tendo os resultados obtidos sido interpretados da seguinte forma:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

Coeficiente de correlação de Pearson consiste numa medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação aponta que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por convenção, de acordo com Marôco (2014, p. 878), os valores de r devem ser interpretados do seguinte modo:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Em termos de estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e não paramétricos, designadamente:

- Testes t de Student ou teste de U Mann Whitney usados para amostras independentes, ou seja, permitem fazer a comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- Teste de Kruskal Wallis – usado para a comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes;

- Teste de qui quadrado (X^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais, aplicado a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, de modo a inferir-se acerca da relação existente entre as variáveis (Marôco, 2014, p. 38).

Na análise estatística, foram utilizados os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ * - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

- $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados é feita com o recurso de tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para Windows.

No capítulo seguinte faz-se a apresentação dos resultados obtidos, iniciando-se com a análise descritiva seguida da análise inferencial.

2. Apresentação dos resultados

O presente capítulo encontra-se dividido em duas partes: a primeira referente à análise descritiva dos dados e que contempla a caracterização sociodemográfica, familiar e profissional da amostra, bem como a caracterização da amostra no que diz respeito ao stress. Na segunda parte apresentam-se os dados relativos à análise inferencial, onde se dá resposta aos objetivos propostos para esta investigação bem como às questões previamente formuladas. A apresentação dos dados surge de acordo com a estrutura apresentado no Instrumento de colheita de Dados.

2.1. Análise Descritiva

Seguem-se os resultados relativos à caracterização sociodemográfica, profissional e familiar dos profissionais de saúde, bem como relativos ao stress.

Caraterização sociodemográfica da amostra

As estatísticas da idade revelam, para a totalidade da amostra, uma idade mínima de 21 anos e uma máxima de 58 anos, com uma média de 34,15 anos $\pm 8,911$, a que corresponde um coeficiente de variação de 26,09%, sugestivo de dispersão moderada, face à média de idades encontrada. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria (Sk/erro) e curtose (K/erro), curvas mesocurticas e enviesadas à esquerda para a totalidade da amostra (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Estatísticas relativas à idade dos profissionais de saúde.

Idade	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Total	75	21	58	34,15	8,911	26,09	3,15	0,34

Ainda em relação à **idade**, como exposto na Tabela 8, verifica-se que, para a totalidade da amostra, sobressaem os participantes com idade igual ou inferior aos 33 anos (53,3%), no sexo masculino, este grupo representa 52,6% e no feminino 53,6%. Os

participantes com idade igual ou superior aos 34 anos representam 46,7% da amostra, fazendo parte deste grupo 47,4% do sexo masculino e 46,4% do sexo feminino.

Da análise dos resultados relativos ao **estado civil**, pode afirmar-se que há um claro predomínio de participantes sem companheiro(a) (56,0 %), com 63,2% de participantes do sexo masculino e 53,6% do sexo feminino. Dos 44,0% de participantes que têm companheiro(a), 36,8% são do sexo masculino e 46,4% do sexo feminino (cf. Tabela 8).

Em relação à **zona de residência**, a maioria da amostra (56,0%) reside em meio urbano, fazendo parte deste grupo 52,6% dos participantes do sexo masculino e 57,1% do sexo feminino. Quanto aos residentes em meio rural, os mesmos têm uma representatividade de 44,0% da amostra total, sendo 47,4% do sexo masculino e 42,9% do sexo feminino (cf. Tabela 8).

Em relação às **habilitações literárias**, verifica-se um predomínio de participantes com o ensino superior (56,0%). Quando analisamos os resultados por sexo, o maior destaque recai nas mulheres (57,1%), apesar de se registrar 52,6% de homens também com o ensino superior. Constata-se que 28,0% da amostra possui o ensino secundário, com 36,8% de homens e 25,0% de mulheres, estando em menor representatividade os participantes com habilitações literárias até ao 3.º Ciclo do Ensino Básico (16,0%), representando 10,5% dos homens e 17,9% das mulheres (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização sociodemográfica da amostra em função do sexo.

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2				
	(19)	(25,3)	(56)	(74,7)	(75)	(100,0)						
Idade												
≤33 anos	10	52,6	30	53,6	40	53,3	-,1	,1	0,005	0,943		
≥ 34 anos	9	47,4	26	46,4	35	46,7	,1	-,1				
Estado civil												
Sem companheiro(a)	12	63,2	30	53,6	42	56,0	,7	-,7	0,529	0,467		
Com companheiro(a)	7	36,8	26	46,4	33	44,0	-,7	,7				
Zona de residência												
Rural	9	47,4	24	42,9	33	44,0	,3	-,3	0,117	0,732		
Urbana	10	52,6	32	57,1	42	56,0	-,3	,3				
Habilitações literárias												
Até ao 3.º Ciclo do Ensino Básico	2	10,5	10	17,9	12	16,0	-,8	,8	1,239	0,538		
Ensino secundário	7	36,8	14	25,0	21	28,0	1,0	-1,0				
Ensino superior	10	52,6	32	57,1	42	56,0						
Total	19	100,0	56	100,0	75	100,0						

Caracterização profissional da amostra

Constata-se que estão em maior representatividade no total da amostra os auxiliares de ação médica (44,0%), dos quais 47,4% são homens e 42,9% mulheres, secundados pelos enfermeiros (34,7%), fazendo parte deste grupo profissional 31,6% de enfermeiros e 35,7% enfermeiras. Verifica-se que 12,0% são fisioterapeutas, onde 10,5% são do sexo masculino e 12,5% do sexo feminino, estando em menor representatividade os médicos (9,3%) (cf. Tabela 10).

Em relação à tipologia da RNCCI em que os profissionais de saúde exercem funções, verifica-se que a maioria (52,0%) exerce numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, dos quais 73,7% são do sexo masculino e 44,6% do sexo feminino, enquanto 48,0% exercem numa Unidade de Longa Duração e Manutenção, fazendo parte deste grupo 26,3% dos homens e 55,4% das mulheres, resultando em diferença estatisticamente significativa ($X^2=4,794$; $p=0,029$), cujos residuais apontam para diferenças entre os profissionais do sexo masculino a exercerem numa Unidade de Média Duração e Reabilitação e os profissionais do sexo feminino a exercerem numa Unidade de Longa Duração e Manutenção (cf. Tabela 10).

Procurou-se saber qual o tempo de experiência profissional na RNCCI que os participantes possuem, constatando-se que a grande maioria (81,3%) possui 6 ou menos anos de experiência profissional na RNCCI, dos quais 78,9% são do sexo masculino e 82,1% do sexo feminino, enquanto 18,7% têm mais de 6 anos de experiência profissional na RNCCI (sexo masculino 21,1% vs. sexo feminino 17,9%) (cf. Tabela 10). As estatísticas da do tempo de experiência profissional na RNCCI revelam, para a totalidade da amostra, um mínimo de 0 /zero) anos e um máximo de 11 anos, com uma média de 4,61 anos \pm 2,749, a que corresponde um coeficiente de variação de 59,63%, sugestivo de dispersão alta, face à média de anos de tempo de experiência profissional na RNCCI encontrada. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria (Sk/erro) e curtose (K/erro), curvas enviesadas à esquerda e mesocurticas para a totalidade da amostra (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Estatísticas relativas à experiência profissional dos profissionais de saúde na RNCCI.

Idade	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Total	75	0	11	4,61	2,749	59,63	0,28	-1,58

Em relação à situação contratual com a Instituição na RNCCI, constata-se que a maioria dos profissionais de saúde (48,0%) está a contrato por tempo indeterminado, onde se incluem 52,6% dos homens e 46,4% das mulheres, secundados pelos 22,7% profissionais de

saúde que são efetivos, fazendo parte deste grupo 15,8% dos homens e por 25,0% das mulheres. Verifica-se ainda que 22,0% dos profissionais de saúde estão a recebidos verdes, com prevalência das mulheres (23,2%). Apenas 9,3% dos participantes encontram-se em sistema de contrato a termo certo (cf. Tabela 10).

Procurou-se saber se os profissionais de saúde prestam serviço noutra instituição, verificando-se que a grande maioria (74,7%) referiu que não, sendo esta uma situação análoga a 73,7% dos homens e a 75,0% das mulheres, enquanto 25,3% admitem que trabalham noutra instituição para além da RNCCI (homens 26,3% vs. mulheres 25,0%) (cf. Tabela 10).

Verifica-se que 60,0% dos profissionais de saúde tem formação específica sobre RNCCI, sendo 63,2% do sexo masculino e 58,9% do sexo feminino. Contrariamente, 40,0% dos participantes não possuem formação específica em RNCCI, dos quais 36,8% são homens e 41,1% mulheres (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Caracterização profissional dos profissionais de saúde em função do sexo.

Variáveis	Sexo		Total		Residuais		X ²	P		
	Masculino		Feminino		Total					
	nº (19)	% (25,3)	nº (56)	% (74,7)	nº (75)	% (100.0)			1	2
Profissão que desempenha no local de trabalho										
Enfermeiro(a)	6	31,6	20	35,7	26	34,7	-,3	,3	n.a.	n.a.
Médico(a)	2	10,5	5	8,9	7	9,3	,2	-,2		
Auxiliar de Ação Médica	9	47,4	24	42,9	33	44,0	,3	-,3		
Fisioterapeuta	2	10,5	7	12,5	9	12,0	-,2	,2		
Tipologia da RNCCI em que exerce funções									4,794	0,029
UMDR	14	73,7	25	44,6	39	52,0	2,2	-2,2		
ULDMD	5	26,3	31	55,4	36	48,0	-2,2	2,2		
Experiência profissional na RNCCI									n.a.	n.a.
≤ 6 anos	15	78,9	46	82,1	61	81,3	-,3	,3		
< 6 anos	4	21,1	10	17,9	14	18,7	,3	-,3		
Situação contratual com a Instituição da RNCCI									n.a.	n.a.
Recibos verdes	2	10,5	13	23,2	15	20,0	-1,2	1,2		
Contrato a termo certo	4	21,1	3	5,4	7	9,3	2,0	-2,0		
Contrato por tempo indeterminado	10	52,6	26	46,4	36	48,0	,5	-,5		
Efetivo/a	3	15,8	14	25,0	17	22,7	-,8	,8		
Prestar serviço noutra instituição									n.a.	n.a.
Não	14	73,7	42	75,0	56	74,7	-,1	,1		
Sim	5	26,3	14	25,0	19	25,3	,1	-,1		
Formação específica sobre a RNCCI									0,106	0,745
Sim	12	63,2	33	58,9	45	60,0	,3	-,3		
Não	7	36,8	23	41,1	30	40,0	-,3	,3		
Total	19	100.0	56	100.0	75	100.0				

Caracterização familiar da amostra

No que se refere ao número de elementos que constituem o agregado familiar dos sujeitos da amostra, verifica-se que sobressaem os que o seu agregado familiar é constituído por 3 ou mais elementos (49,3%), fazendo parte deste grupo 47,4% dos homens e 50,0% das mulheres, seguindo-se os participantes cujo agregado familiar é constituído por apenas 1 elemento (homens 26,3% vs. mulheres 33,9%). Constata-se ainda que 18,7% dos profissionais de saúde têm um agregado familiar com 2 elementos, sendo semelhante a 26,3% dos homens e a 16,1% das mulheres (cf. Tabela 11).

Em relação à existência de um elemento do agregado familiar em situação de dependência, verifica-se que a grande maioria dos profissionais de saúde (86,7%) refere que não possui, contrariamente a 13,3% que afirmam ter um elemento no agregado familiar em situação de dependência, o que é comum a 15,8% dos homens e a 12,5% das mulheres (cf. Tabela 11).

A maioria dos profissionais de saúde (72,0%) apresenta-se como altamente funcional em termos familiares, onde se incluem 73,7% dos homens e 71,4% das mulheres, seguindo-se os participantes moderadamente funcionais em termos familiares (25,3%), onde se destacam as mulheres (26,8%) (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Caracterização familiar dos profissionais de saúde em função do sexo.

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	Masculino									
	nº (19)	% (25,3)	nº (56)	% (74,7)	nº (75)	% (100,0)	1	2		
Número de elementos do Agregado familiar										
1 elemento	5	26,3	19	33,9	24	32,0	-,6	,6	1,074	0,584
2 elementos	5	26,3	9	16,1	14	18,7	1,0	-1,0		
≥3 elementos	9	47,4	28	50,0	37	49,3	-,2	,2		
Elemento do Agregado Familiar em situação de dependência										
Sim	3	15,8	7	12,5	10	13,3	,4	-,4	n.a.	n.a.
Não	16	84,2	49	87,5	65	86,7	-,4	,4		
Funcionalidade familiar										
Disfunção acentuada	1	5,3	1	1,8	2	2,7	,8	-,8	n.a.	n.a.
Moderadamente funcional	4	21,1	15	26,8	19	25,3	-,5	,5		
Altamente funcional	14	73,7	40	71,4	54	72,0	,2	-,2		
Total	19	100,0	56	100,0	75	100,0				

Os resultados obtidos em relação à funcionalidade familiar revelam, para a globalidade da amostra, um mínimo de 0,00 e um máximo de 10,00, ao que corresponde uma média de 7,54 ($\pm 1,757$), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$). Para o sexo masculino e feminino, o mínimo encontrado é 0,00 e o máximo 10,00, correspondendo aos homens a média de 7,57 ($\pm 1,865$) e às mulheres a média de 7,53 ($\pm 1,736$). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada face às médias encontradas, com os homens a demonstrarem mais funcionalidade familiar. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria (Sk/erro) e curtose (K/erro), curvas enviesadas à esquerda e mesocurticas para os dois géneros e para a totalidade da amostra (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Estatísticas relativas à funcionalidade familiar dos profissionais de saúde em função do sexo.

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	P
Masculino	19	3,00	10,00	7,57	1,865	24,63	-1,74	4,59	0,221	0,015
Feminino	56	3,00	10,00	7,53	1,736	23,05	-1,27	-0,74	0,159	0,000
Total	75	3,00	10,00	7,54	1,757	23,30	-1,92	-0,05	0,175	0,000

Caracterização da amostra relativamente ao Stresse manifestado

Os resultados apresentados na Tabela 13 revelam que a maioria dos profissionais de saúde (48,0%) refere que tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os seus clientes é um fator gerador de bastante stresse, enquanto para 28,0% esta situação gera-lhes moderado stresse. Em 34,7% dos participantes o favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no seu local de trabalho gera-lhes moderado stresse, já para 20% é causa de pouco stresse e para 20% de bastante stresse. Verifica-se que 41,3% dos profissionais de saúde afirma que a falta de perspetivas de desenvolvimento na carreira lhes gera moderado stresse, mas para 36,0% é fonte de bastante stresse. A maioria dos participantes (45,3%) admite que trabalhar muitas horas seguidas é fonte de bastante stresse, sendo esta uma causa de moderado stresse para 26,7% dos participantes. Em 40,0% dos casos os problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às suas responsabilidades profissionais é fonte de moderado stresse, porém em 25,3% admitem que lhes causa bastante stresse. Falar ou fazer apresentações em público assume-se como um fator de moderado stresse para 36,0% dos participantes e de bastante stresse para 34,7%.

Apura-se também que a falta de encorajamento e apoio por parte dos seus superiores é causa de moderado stresse para 37,3% dos profissionais de saúde, mas para 22,7% é fator de bastante stresse. A maioria dos participantes (46,7%) admite que o facto de não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de si é gerador de bastante stresse e de moderado stresse para 25,3% da amostra. Sobressaem os participantes (34,7%) que afirmam que o ambiente e “clima” existentes no seu local de trabalho lhes causa bastante stresse, contrariamente a 24,0% que assumem ser este um fator despoletador de pouco stresse. Para 38,7% dos profissionais de saúde, a falta de possibilidades de progressão na carreira é uma potencial fonte de bastante stresse e para 36,0% de moderado stresse.

Verifica-se que a percentagem mais elevada de profissionais de saúde assumem que a falta de estabilidade e segurança na sua vida conjugal e/ou pessoal devido às suas

responsabilidades profissionais lhes causa moderado stresse (32,0%), enquanto 25,3% afirma que isto é fonte de bastante stresse. Prevaecem os participantes para quem o excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático é fonte de bastante stresse (44,0%), mas de moderado stresse para 26,7%. Há um predomínio de profissionais de saúde que admitem que receber um salário baixo lhes causa moderado stresse, contrariamente a 25,3% que admitem que esta é uma causa de elevado stresse. Todavia, 28,0% referem que este fator lhes despoleta pouco stresse. Em 38,7% dos casos gerir problemas graves dos seus clientes é fonte de moderado stresse, mas em 30,7% dos participantes este é um fator de bastante stresse. Verifica-se que a maioria (32,0%) dos participantes assume que os conflitos interpessoais com outros colegas é uma potencial fonte de bastante stresse, enquanto para 29,3% é causa de moderado stresse. A percentagem mais elevada de participantes (48,0%) refere que a falta de tempo para realizar adequadamente as suas tarefas profissionais é um fator despoletador de bastante stresse, porém para 22,7% é causa de elevado stresse. Viver com os recursos financeiros de que dispõem é uma fonte de moderado stresse para 45,3% dos participantes, mas para 22,7% é causa de bastante stresse. Com idêntica percentagem (29,3%, respetivamente) estão os profissionais de saúde para quem preparar ações de formação para realizar no seu local de trabalho é fonte de moderado e bastante stresse, enquanto 24,0% admitem que esta é uma causa potenciadora de pouco stresse.

Pode ainda afirmar-se que 32,0% dos profissionais de saúde consideram a falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos) uma fonte geradora de pouco stresse, seguindo-se os 22,7% de participantes para quem este é um fator potenciador de bastante stresse. Com igual percentagem (21,3%, respetivamente) encontram-se os profissionais de saúde que afirmam ser esta uma causa de moderado stresse e de nenhum stresse. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos seus clientes é fonte de bastante stresse para 45,3% dos participantes e de moderado stresse para 32,0%. A maioria dos profissionais de saúde (34,7%) admite que lhe causa bastante stresse os comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho, mas moderado stresse para 26,7% dos participantes. A grande maioria dos participantes (48,0%) indica que a sobrecarga ou excesso de trabalho é um fator despoletador de bastante stresse.

O salário inadequado/insuficiente é fonte de bastante stresse para 40,0% dos profissionais de saúde, de elevado stresse para 25,3% e moderado stresse para 32,0%. Realizar atividades de formação sob a sua responsabilidade é um fator assumido como despoletador de moderado stresse para 33,3% dos profissionais de saúde, enquanto 30,7% admitem que é fonte de bastante stresse e 22,7% consideram que lhes causa pouco stresse. A falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge,

filhos, amigos, etc.) é tida como fonte de moderado stresse para 40,0% dos profissionais de saúde, mas de bastante stresse para 24,0% e para 20,0% de elevado stresse.

Tabela 13 – Dados relativos ao nível de stresse manifestado pelos profissionais de saúde.

		Nenhum stresse		Pouco stresse		Moderado stresse		Bastante stresse		Elevado stresse	
		N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
1	Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes	1	1,3	10	13,3	21	28,0	36	48,0	7	9,3
2	O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	6	8,0	15	20,0	26	34,7	15	20,0	13	17,3
3	A falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira	2	2,7	4	5,3	31	41,3	27	36,0	11	14,7
4	Trabalhar muitas horas seguidas	1	1,3	8	10,7	20	26,7	34	45,3	12	16,0
5	Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais	7	9,3	17	22,7	30	40,0	19	25,3	2	2,7
6	Falar ou fazer apresentações em público	4	5,3	13	17,3	27	36,0	26	34,7	5	6,7
7	A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	5	6,7	10	13,3	28	37,3	17	22,7	15	20,0
8	Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	3	4,0	10	13,3	19	25,3	35	46,7	8	10,7
9	O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho	6	8,0	18	24,0	16	21,3	26	34,7	9	12,0
10	Falta de possibilidades de progressão na carreira	3	4,0	7	9,3	27	36,0	29	38,7	9	12,0
11	A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal devido às minhas responsabilidades profissionais	9	12,0	15	20,0	24	32,0	19	25,3	8	10,7
12	O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático	1	1,3	10	13,3	20	26,7	33	44,0	11	14,7
13	Receber um salário baixo	2	2,7	21	28,0	33	44,0	19	25,3	-	-
14	Gerir problemas graves dos meus clientes	3	4,0	10	13,3	29	38,7	23	30,7	10	13,3
15	Os conflitos interpessoais com outros colegas	6	8,0	18	24,0	22	29,3	24	32,0	5	6,7
16	Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	2	2,7	6	8,0	14	18,7	36	48,0	17	22,7
17	Viver com os recursos financeiros de que disponho	5	6,7	9	12,0	34	45,3	17	22,7	10	13,3
18	Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	7	9,3	18	24,0	22	29,3	22	29,3	6	8,0
19	A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	16	21,3	24	32,0	16	21,3	17	22,7	2	2,7
20	Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	2	2,7	8	10,7	24	32,0	34	45,3	7	9,3

21	Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	5	6,7	12	16,0	20	26,7	26	34,7	12	16,0
22	A sobrecarga ou excesso de trabalho	-	-	9	12,0	14	18,7	36	48,0	-	-
23	Salário inadequado/insuficiente	-	-	2	2,7	24	32,0	30	40,0	19	25,3
24	Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	4	5,3	17	22,7	25	33,3	23	30,7	6	8,0
25	Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	1	1,3	11	14,7	30	40,0	18	24,0	15	20,0

Os resultados relativos ao stresse indicam que o valor médio mais elevado corresponde ao excesso de trabalho (média=2,70±0,740), onde o mínimo encontrado é 0,75 e o máximo 4,00, seguindo-se a carreira e remuneração (média=2,60±0,671), sendo o valor mais baixo o obtido nos problemas familiares (média=1,98±0,855), resultando em diferenças estatisticamente significativas em todos os fatores, à exceção dos problemas familiares e do total do stresse ($p=0,200$). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada e elevada face às médias encontradas (cf. Tabela 14).

Tabela 14 - Estatísticas relativas ao stresse manifestado pelos profissionais de saúde, para cada um dos fatores.

	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	P
Stresse										
Lidar com os clients	75	0,75	4,00	2,45	0,766	31,26	-1,11	-0,51	0,111	0,023
Excesso de trabalho		0,75	4,00	2,70	0,740	27,40	-2,45	-0,52	0,154	0,000
Carreira e remuneração		1,40	4,00	2,60	0,671	25,80	1,14	-1,24	0,105	0,041
Relações profissionais		0,00	4,00	2,23	0,945	42,37	-0,55	-0,95	0,104	0,045
Ações de formação		0,00	4,00	2,12	0,891	42,02	-0,94	-0,71	0,115	0,016
Problemas familiares		0,25	3,75	1,98	0,855	43,18	0,11	-0,98	0,073	0,200
Stresse global		0,84	3,80	2,36	0,645	27,33	0,00	0,13	0,075	0,200

2.2. Análise Inferencial

De acordo com Pestana & Gageiro (2014), com a análise inferencial dos dados pretende generalizar-se para a população estudada, os resultados obtidos a partir da amostra colhida. Antes da seleção dos teste estatísticos a utilizar é necessária a análise da normalidade ou não da distribuição das variáveis. Neste caso concreto e a partir dos valores

de assimetria (Sk/erro) e curtose (K/erro), foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos como sendo: teste T de student, teste de Kruskal-Wallis, o teste U de Mann-Whitney, teste Qui-quadrado e a análise de regressões múltiplas.

No sentido de aumentar a homogeneidade das distribuições de algumas variáveis independentes e conseqüentemente permitir a utilização dos referidos testes não paramétricos, procedeu-se à recodificação de algumas variáveis, como sendo: a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a experiência profissional, a situação contratual e o número de elementos do agregado familiar.

Apresentam-se de seguida os resultados da análise inferencial, de modo a poder dar-se resposta às questões de investigação e às hipóteses formuladas. As hipóteses complexas formuladas serão posteriormente desdobradas em hipóteses simples.

Hipótese (H1) – Existe associação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, local de residência e habilitações literárias) e o nível de stresse

Sexo

Constata-se que, na globalidade, são os profissionais de saúde do sexo feminino os que têm maior perceção de stresse em cada uma das dimensões avaliadas, com relevância estatística no lidar com os clientes ($p=0,000$), excesso de trabalho ($p=0,027$), ações de formação ($p=0,001$), problemas familiares ($p=0,048$) e na perceção de stresse global ($p=0,013$), sugerindo que a variável sexo interfere na perceção do stresse (cf. Tabela 15).

Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada para todos os fatores, exceto na carreira e remuneração e nas relações profissionais.

Tabela 15 – Teste de U Mann-Whitney entre o sexo e o stresse dos profissionais de saúde.

Stresse	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	P
		OM	OM		
Lidar com os clients		22,63	43,21	240,000	0,000
Excesso de trabalho		28,53	41,21	352,000	0,027
Carreira e remuneração		35,84	38,73	491,000	0,616
Relações profissionais		32,13	39,99	420,500	0,173
Ações de formação		23,71	42,85	260,500	0,001
Problemas familiares		29,50	40,88	370,500	0,048
Stresse global		27,29	41,63	328,500	0,013

Idade

No que se refere à relação entre o stresse e a idade, afere-se que os profissionais de saúde mais novos manifestam maior percepção de stresse em quase todas as dimensões, à exceção das ações de formação e problemas familiares, onde os valores médios mais elevados correspondem aos profissionais de saúde mais velhos. Importa referir que se regista um valor médio idêntico para a percepção de stresse global para ambos os grupos etários instituídos, não existindo diferenças estatisticamente significativas, o que sugere que a idade não interfere na percepção de stresse por parte dos profissionais de saúde (cf. Tabela 16). Rejeita-se portanto a sub hipótese formulada.

Tabela 16 – Test T de student entre a idade e o stresse dos profissionais de saúde.

Stresse	Idade	≤33 anos		≥34 anos		T	P
		Média	Dp	Média	Dp		
Lidar com os clientes		2,47	0,786	2,42	0,753	0,260	0,796
Excesso de trabalho		2,76	0,761	2,62	0,720	0,779	0,439
Carreira e remuneração		2,62	0,645	2,58	0,709	0,233	0,817
Relações profissionais		2,27	0,968	2,18	0,929	0,419	0,677
Ações de formação		2,05	0,954	2,19	0,821	-0,638	0,526
Problemas familiares		1,88	0,835	2,09	0,876	-1,069	0,289
Stresse global		2,36	0,650	2,36	0,650	0,032	0,974

Estado civil

No que se refere ao estado civil, como exposto na Tabela 17, infere-se que os profissionais de saúde sem companheiro(a) percebem mais stresse ao nível dos fatores carreira e remuneração, relações profissionais e problemas familiares, enquanto os profissionais de saúde com companheiro(a) indicam que lidar com os clientes, excesso de trabalho e ações de formação são os fatores que se instituem mais como fontes de stresse. Não obstante, regista-se a mesma média de percepção de stresse global para ambos os grupos, todavia sem relevância estatística, sugerindo que a variável estado civil não interfere na percepção de stresse por parte dos profissionais de saúde. Rejeita-se portanto a sub hipótese formulada.

Tabela 17 – Test T de student entre o estado civil e o stresse dos profissionais de saúde.

Stresse	Estado civil	Sem companheiro		Com companheiro		T	P
		Média	Dp	Média	Dp		
Lidar com os clients		2,41	0,788	2,50	0,746	-0,541	0,590
Excesso de trabalho		2,68	0,839	2,71	0,605	-0,203	0,840
Carreira e remuneração		2,62	0,636	2,58	0,723	0,297	0,767
Relações profissionais		2,30	1,006	2,13	0,868	0,750	0,456
Ações de formação		2,03	0,973	2,23	0,774	-0,967	0,337
Problemas familiares		2,00	0,894	1,94	0,816	0,294	0,769
Stresse global		2,36	0,693	2,36	0,590	0,044	0,965

Zona de residência

Procurou aferir-se se a zona de residência interfere na percepção de stresse por parte dos profissionais de saúde, verificando-se que são os participantes residentes em zona urbana que manifestam uma maior percepção de stresse em quase todas as dimensões, à exceção das ações de formação, percecionadas como maior fonte de stresse para os profissionais de saúde residentes em meio rural. Contudo, não se registam diferenças estatisticamente significativas, indicando que a zona de residência não interfere na percepção de stresse por parte dos sujeitos da amostra (cf. Tabela 18). Rejeita-se portanto a sub-hipótese formulada.

Tabela 18 – Teste de U Mann-Whitney entre a zona de residência e o stresse dos profissionais de saúde.

Stresse	Zona de residência	Rural	Urbana	UMW	P
		OM	OM		
Lidar com os clients		32,64	42,21	516,000	0,057
Excesso de trabalho		33,41	41,61	541,500	0,103
Carreira e remuneração		36,61	39,10	647,000	0,622
Relações profissionais		37,55	38,36	678,000	0,872
Ações de formação		38,45	37,64	678,000	0,872
Problemas familiares		33,86	41,25	556,500	0,144
Stresse global		35,59	39,89	613,500	0,396

Habilitações literárias

Pela análise dos resultados apresentados na Tabela 19, infere-se que os profissionais de saúde com habilitações literárias até ao 3.º Ciclo do Ensino Básico percecionam mais as ações de formação como fonte geradora de stresse, enquanto os profissionais com o ensino

secundário pontuaram mais na carreira e remuneração, relações profissionais e problemas familiares, sendo estes os fatores apontados como potenciais fontes de stresse. Por sua vez, os profissionais de saúde com o ensino superior consideram que os fatores lidar com os clientes e excesso de trabalho se constituem com as maiores fontes geradoras de stresse. Na globalidade, os profissionais com o ensino secundário são os que mais perceção de stresse apresentam, tendo obtido uma média global superior, resultando em diferenças estatisticamente significativas na carreira e remuneração ($X^2=9,479$; $p=0,009$) e nas relações profissionais ($X^2=7,029$; $p=0,030$). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 19 – Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações literárias e o stresse dos profissionais de saúde.

Habilitações literárias	Até ao 3.º CEB	Ensino secundário	Ensino superior	X ²	P
	OM	OM	OM		
Lidar com os clients	34,92	38,12	38,82	0,304	0,859
Excesso de trabalho	29,63	36,52	41,13	2,775	0,250
Carreira e remuneração	36,17	50,19	32,43	9,479	0,009
Relações profissionais	32,21	48,60	34,36	7,029	0,030
Ações de formação	47,00	37,69	35,58	2,604	0,272
Problemas familiares	36,46	46,33	34,27	4,392	0,111
Stresse global	35,79	43,64	35,81	1,957	0,376

Hipótese (H2) – Existe associação entre as variáveis profissionais (profissão desempenhada no local de trabalho, tipologia da RNCCI onde exerce funções, experiência profissional na RNCCI, situação contratual com a Instituição da RNCCI, prestação de serviços noutra instituição e formação específica sobre a RNCCI) e o stresse dos profissionais de saúde em UMDR e ULDM da RNCCI.

Profissão desempenhada

Procurou-se saber se a profissão que os participantes desempenham no local de trabalho interfere na sua perceção de stresse, constatando-se que os enfermeiros veem o excesso de trabalho e as relações profissionais como maiores potenciais fontes de stresse, enquanto os médicos ponderam mais o lidar com os clientes, os auxiliares de ação médica percecionam a carreira e remuneração, as ações de formação e os problemas familiares como potenciais fontes de stresse. São os enfermeiros os profissionais de saúde que apresentam um valor médio mais elevado na perceção global de stresse, com diferenças estatisticamente

significativas na carreira e remuneração ($X^2=15,750$; $p=0,001$), nas relações profissionais ($X^2=15,513$; $p=0,001$) e no stresse global ($X^2=8,169$; $p=0,043$) (cf. Tabela 20). Aceita-se parcialmente a sub hipótese formulada.

Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis entre a profissão desempenhada no local de trabalho e o stresse dos profissionais de saúde.

Profissão desempenhada no local de trabalho	Enfermeiro(a)	Médico(a)	Auxiliar de ação médica	Fisioterapeuta	X ²	P
	OM	OM	OM			
Lidar com os clientes	38,19	46,21	36,95	34,89	1,271	0,736
Excesso de trabalho	47,04	34,93	34,02	28,89	7,393	0,060
Carreira e remuneração	39,98	13,43	45,09	25,39	15,750	0,001
Relações profissionais	43,10	11,93	42,64	26,56	15,513	0,001
Ações de formação	38,44	26,07	41,08	34,72	3,011	0,390
Problemas familiares	38,38	25,57	42,74	29,17	5,367	0,147
Stresse global	42,71	20,93	40,79	27,44	8,169	0,043

Tipologia da RNCC onde exerce funções

Constata-se que os profissionais de saúde que percecionam mais stresse em todos os fatores são os que exercem numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, com destaque para o excesso de trabalho e carreira, remuneração, lidar com os clientes e relações profissionais, resultando em diferenças estatisticamente significativas nas relações profissionais ($t=2,034$; $p=0,046$), nos problemas familiares ($t=2,449$; $p=0,017$) e na perceção de stresse global ($t=2,099$; $p=0,039$) (cf. Tabela 21). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 21 - Test T de student entre a tipologia da RNCCI em que exercem funções e o stresse dos profissionais de saúde.

Tipologia da RNCCI em que exercem funções	UMDR		ULDM		T	P
	Média	Dp	Média	Dp		
Lidar com os clientes	2,57	0,823	2,31	0,685	1,465	0,147
Excesso de trabalho	2,80	0,783	2,58	0,684	1,317	0,192
Carreira e remuneração	2,75	0,724	2,45	0,578	1,996	0,050
Relações profissionais	2,44	1,058	2,00	0,756	2,034	0,046
Ações de formação	2,14	0,926	2,09	0,864	0,254	0,800
Problemas familiares	2,20	0,947	1,73	0,675	2,449	0,017
Stresse global	2,51	0,723	2,20	0,512	2,099	0,039

Experiência profissional

De acordo com os dados apresentados na Tabela 22, infere-se que são os profissionais de saúde com menos experiência profissional na RNCCI que mais percebem os fatores em análise como fontes potenciadoras de stresse, à exceção das ações de formação, onde se destacam os profissionais com mais tempo de exercício profissional na RNCCI. Todavia, não se registam diferenças estatisticamente significativas. Rejeita-se portanto a sub-hipótese formulada.

Tabela 22 – Teste de U Mann-Whitney entre a experiência profissional na RNCCI e o stresse dos profissionais de saúde.

Experiência profissional na RNCCI	≤6 anos	>6 anos	UMW	P
	OM	OM		
Lidar com os clientes	39,50	31,46	335,500	0,211
Excesso de trabalho	39,12	33,11	358,500	0,348
Carreira e remuneração	39,47	31,61	337,500	0,222
Relações profissionais	39,53	31,32	333,500	0,202
Ações de formação	37,66	39,50	406,000	0,774
Problemas familiares	40,09	28,89	299,500	0,082
Stresse global	39,55	31,25	332,500	0,199

Situação Contratual

Verifica-se que as fontes mais potencialmente geradoras de stresse na atividade profissional, para os participantes sem vínculo para com a Instituição RNCCI, são lidar com os clientes e excesso de trabalho; para os profissionais com vínculo à Instituição RNCCI as principais fontes geradoras de stresse são: carreira e remuneração, relações profissionais, ações de formação e problemas familiares, sendo estes os que apresentam uma média superior de stresse global. Regista-se diferença estatisticamente significativa nas relações profissionais ($p=0,036$) (cf. Tabela 23). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 23 – Teste de U Mann-Whitney entre a situação contratual com a Instituição da RNCCI e o stresse dos profissionais de saúde.

Situação contratual com a Instituição da RNCCI	Sem vínculo	Com vínculo	UMW	P
	OM	OM		
Lidar com os clientes	44,23	35,42	446,000	0,109
Excesso de trabalho	39,00	37,58	561,000	0,797
Carreira e remuneração	34,82	39,32	513,000	0,413
Relações profissionais	29,80	41,41	402,500	0,035
Ações de formação	32,11	40,44	453,500	0,129
Problemas familiares	33,59	39,83	486,000	0,257
Stresse global	34,09	39,62	497,000	0,317

Prestação de serviços noutra instituição

A Tabela 24 reporta-se à relação entre a percepção de stresse e prestar serviços noutra Instituição, donde se afere que os profissionais de saúde que não exercem funções noutra Instituição percecionam a carreira e remuneração, as relações profissionais, as ações de formação e os problemas familiares como os fatores como fontes potencialmente mais geradoras de stresse, enquanto os que prestam serviços noutra Instituição percecionam mais os fatores lidar com os clientes e excesso de trabalho. São os profissionais de saúde que não prestam serviços noutra Instituição que apresentam uma média mais elevada na percepção de stresse global. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na carreira e remuneração ($p=0,015$) e nas relações profissionais ($p=0,005$). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 24 – Teste de U Mann-Whitney entre o prestar serviços noutra Instituição e o stresse dos profissionais de saúde.

Prestar serviços noutra Instituição	Não	Sim	UMW	P
	OM	OM		
Lidar com os clientes	36,60	42,13	453,500	0,336
Excesso de trabalho	36,88	41,32	469,000	0,440
Carreira e remuneração	41,54	27,55	333,500	0,015
Relações profissionais	42,14	25,79	300,000	0,005
Ações de formação	38,94	35,24	479,500	0,519
Problemas familiares	40,57	30,42	388,000	0,078
Stresse global	39,99	32,13	420,500	0,174

Formação específica sobre a RNCCI

Afere-se que os profissionais de saúde que têm formação específica sobre a RNCCI percecionam o excesso de trabalho, a carreira e remuneração, as relações profissionais e os problemas familiares como sendo os fatores que mais potencialmente geram stresse, enquanto os profissionais de saúde que não têm formação específica sobre a RNCCI percecionam mais os fatores lidar com os clientes e ações de formação. Na globalidade, são os profissionais de saúde com formação específica sobre a RNCCI os que apresentam uma média superior na percepção de stresse global, mas sem relevância estatística (cf. Tabela 25). Rejeita-se portanto a sub-hipótese formulada.

Tabela 25 – Test T de student entre a formação específica sobre a RNCC e o stresse dos profissionais de saúde.

Formação específica sobre a RNCC	Sim		Não		T	P
	Média	Dp	Média	Dp		
Stresse						
Lidar com os clientes	2,40	0,879	2,53	0,559	-0,736	0,464
Excesso de trabalho	2,70	0,769	2,69	0,709	0,079	0,937
Carreira e remuneração	2,64	0,683	2,54	0,660	0,643	0,522
Relações profissionais	2,26	1,033	2,18	0,809	0,387	0,700
Ações de formação	2,03	0,961	2,24	0,772	-0,987	0,327
Problemas familiares	2,02	0,904	1,91	0,788	0,521	0,604
Stresse global	2,36	0,737	2,35	0,489	0,070	0,945

Hipótese (H3) – Existe associação entre as variáveis familiares (constituição do agregado familiar, elemento do agregado familiar em situação de dependência e funcionalidade familiar) e o stresse dos profissionais de saúde em UMDR e ULDM.

Número de elementos do Agregado Familiar

Procurou-se saber se o número de elementos do agregado familiar interfere na perceção de stresse por parte dos profissionais de saúde, constatando-se que os que possuem um agregado familiar com 1 elemento percebem o lidar com os clientes, o excesso de trabalho as relações profissionais e os problemas familiares como fatores potencialmente geradores de stresse, enquanto os profissionais de saúde com um agregado familiar constituído por 2 elementos percebem mais a carreira e remuneração e os que o seu agregado familiar é constituído por 3 ou mais elementos percebem mais a preparação das ações de formação. Afere-se que os profissionais de saúde que com um agregado familiar constituído por 1 elemento são os que apresentam uma média mais elevada na perceção de stresse global. Regista-se diferença estatisticamente significativa no fator excesso de trabalho ($X^2=8,553$; $p=0,014$) (cf. Tabela 26). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Tabela 26 – Teste de Kruskal-Wallis entre o número de elementos do agregado familiar e o stresse dos profissionais de saúde.

Número de elementos do agregado familiar	1 elemento	2 elementos	≥3 elementos	X ²	P
	OM	OM	OM		
Stresse					
Lidar com os clientes	42,04	30,29	38,30	2,618	0,270
Excesso de trabalho	47,54	27,11	35,93	8,553	0,014
Carreira e remuneração	39,52	39,75	36,35	0,422	0,810
Relações profissionais	43,77	34,89	35,43	2,497	0,287
Ações de formação	38,56	32,25	39,81	1,264	0,532
Problemas familiares	40,10	33,43	38,36	0,857	0,652
Stresse global	42,92	32,29	36,97	2,268	0,322

Elementos do Agregado Familiar em situação de dependência

A tabela 27 reporta-se à relação entre a perceção de stresse e o ter elementos no agregado familiar em situação de dependência. Da leitura dos dados afere-se que os profissionais que não possuem elementos no agregado em situação de dependência, percecionam os fatores lidar com clients, excesso de trabalho, relações profissionais e ações de formação como fonts potencialmente geradoras de stresse, enquanto que os que têm elementos no agregado familiar em situação de dependência percecionam mais, em primeiro lugar o fator problemas familiares , seguido da carreira e remuneração como fonts potencialmente geradoras de stresse. São os profissionais que não têm elementos no agregado em situação de dependência que apresentam uma media mais elevada na perceção do stresse global. No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, pelo que se rejeita a sub-hipótese formulada.

Tabela 27 – Teste de U Mann-Whitney entre o possuir elementos no agregado familiar em situação de dependência e o stresse dos profissionais de saúde.

Elementos do agregado familiar em situação de dependência	NÃO	SIM	UMW	P
	OM	OM		
Stresse				
Lidar com os clientes	38,80	32,80	273,000	0,415
Excesso de trabalho	38,39	35,45	299,500	0,689
Carreira e remuneração	37,87	38,85	316,500	0,894
Relações profissionais	38,35	35,75	302,500	0,725
Ações de formação	38,58	34,20	287,000	0,551
Problemas familiares	37,36	42,15	283,500	0,516
Stresse global	38,34	35,80	303,000	0,732

Funcionalidade familiar

Afere-se que os profissionais de saúde que possuem uma funcionalidade familiar moderada percebem mais fatores como potenciais fontes de stresse, enquanto os que têm uma funcionalidade familiar alta percebem mais o excesso de trabalho e a preparação de ações de formação. Na globalidade, são os profissionais de saúde com funcionalidade familiar moderada os que apresentam uma média mais elevada de percepção de stresse global, mas sem relevância estatística (cf. Tabela 28). Rejeita-se portanto a sub-hipótese formulada.

Tabela 28 – Teste de U Mann-Whitney entre a funcionalidade familiar e o stresse dos profissionais de saúde.

Funcionalidade familiar	Modernamente funcional	Altamente funcional	UMW	P
	OM	OM		
Lidar com os clientes	38,95	36,31	476,000	0,640
Excesso de trabalho	36,42	37,20	502,000	0,889
Carreira e remuneração	41,26	35,50	432,000	0,306
Relações profissionais	42,29	35,14	412,500	0,205
Ações de formação	36,97	37,01	512,500	0,995
Problemas familiares	44,24	34,45	375,500	0,083
Stresse global	41,42	35,44	429,000	0,291

Hipótese (H4) – As variáveis independentes em estudo são preditoras do nível de stresse dos profissionais de saúde em UMDR e ULDM da RNCCI.

Análise multivariada

Com o objetivo de avaliar a capacidade preditiva de algumas variáveis independentes sobre a variável dependente, efetuaram-se análises de regressões múltiplas, pois trata-se de um método mais utilizado para realizar análises multivariadas, sobretudo quando se pretende analisar em simultâneo mais que uma variável independente e uma variável dependente (Gageiro & Pestana 2014). Este método define um conjunto de técnicas estatísticas utilizadas para modelar relações e prever o valor de uma variável dependente (variável endógena) a partir de um conjunto de variáveis independentes ou preditoras (variáveis exógenas) (Marôco, 2014). Como método de estimação, usamos o método de *Enter* que é um procedimento de seleção de variáveis em que todas elas, em bloco, entram no processo uma única vez.

Relação entre algumas variáveis independentes e o Fator 1 – Lidar com os clientes

O primeiro fator do stresse a ser estudado através da regressão múltipla é **lidar com os clientes**. Assim, na Tabela 28 encontram-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados indicam valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,046$), sexo ($r=-0,397$), experiência profissional ($r=-0,027$) e funcionalidade familiar ($r=-0,021$), sugerindo quanto menor a idade e a experiência profissional, independentemente do sexo, maior é a percepção dos profissionais de saúde em encararem o lidar com clientes como fonte geradora de stresse. Verifica-se ainda que apenas se encontra relevância estatística no sexo ($p=0,000$) (cf. Tabela 29).

Tabela 29 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator lidar com os clientes.

Variáveis	R	P
Idade	-0,046	0,346
Sexo	-0,397	0,000
Experiência profissional	-0,027	0,410
Funcionalidade familiar	-0,021	0,429

As variáveis predictoras do fator **Lidar com os clientes** são a idade, o sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar, explicando 16,5% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 17,7%. O erro padrão de regressão é 0,72023 e o teste F ($f=3,446$; $p=0,013$) e o valor de t ($t=5,513$; $p=0,000$), apresentam significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o fator lidar com os clientes. Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que todas as variáveis estabelecem uma relação inversa com o fator lidar com os clientes, sugerindo que quanto menos idade, e experiência profissional, menos funcionalidade familiar e independentemente do sexo maior é a percepção dos profissionais de saúde a encarar o lidar com os clientes como fonte geradora de stresse (cf. Tabela 30).

O modelo final ajustado para o fator Lidar com os clientes é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Lidar com os clientes} = 2,970 + \text{idade} + -0,007 + \text{sexo} -0,705 + \text{experiência profissional} -0,001 + \text{funcionalidade familiar} -0,013$$

Tabela 30- Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator lidar com os clientes.

Variável dependente: <i>Lidar com os clientes</i>					
R = 0,406					
R ² = 0,165					
R ² Ajustado=0,177					
Erro padrão de estimativa=0,72023					
Incremento de R ² =0,165					
F=3,446					
p=0,013					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	T	P	
Constante	2,970		5,513	0,000	
Idade	-0,007	-0,081	-0,605	0,547	
Sexo	-0,705	-0,403	-3,679	0,000	
Experiência profissional	-0,001	-0,002	-0,017	0,987	
Funcionalidade familiar	-0,013	-0,030	-0,270	0,788	
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	7,151	4			
Residual	36,311	70	1,788	3,446	0,013
Total	43,462	74	0,519		

Relação entre algumas variáveis independentes e o Fator 2 – Excesso de trabalho

O segundo fator do stresse a ser estudado através da regressão múltipla é o **excesso de trabalho**. Na Tabela 30 apresentam-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados mostram valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,146$), sexo ($r=-0,252$) e para a funcionalidade familiar ($r=-0,116$), sugerindo que quanto menor a idade e a funcionalidade familiar, independentemente do sexo, maior é a percepção dos profissionais de saúde em encararem o excesso de trabalho como potencial fonte geradora de stresse. Verifica-se ainda que apenas se encontra relevância estatística no sexo ($p=0,015$) (cf. Tabela 31).

Tabela 31 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator excesso de trabalho.

Variáveis	R	P
Idade	-0,146	0,106
Sexo	-0,252	0,015
Experiência profissional	0,081	0,245
Funcionalidade familiar	-0,116	0,160

As variáveis preditoras do **excesso de trabalho** são a idade, o sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar, explicando 14,8% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0,9%. O erro padrão de regressão é 0,70337 e o teste F ($f=3,029$; $p=0,023$) e o valor de t ($t=7,340$; $p=0.000$) apresentam significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o excesso de trabalho.

Através dos coeficientes padronizados beta, constata-se que a idade, o sexo e a funcionalidade familiar estabelecem uma relação inversa com o excesso de trabalho, indicando que quanto menor a idade e a funcionalidade familiar, independentemente do sexo, maior é a possibilidade dos profissionais de saúde considerarem que o excesso de trabalho é uma fonte geradora de stresse. A experiência profissional estabelece uma relação direta com o excesso de trabalho, sugerindo que quanto mais tempo de experiência profissional maior é a possibilidade de o excesso de trabalho ser um fator gerador de stresse (cf. Tabela 32). Aceita-se parcialmente a sub-hipótese formulada.

O modelo final ajustado para o excesso de trabalho é dado pela seguinte fórmula:

Excesso de trabalho = $3,862 + \text{idade} + -0,026 + \text{sexo} -0,448 + \text{experiência profissional } 0,062 + \text{funcionalidade familiar } -0,057$

Tabela 32- Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator excesso de trabalho.

Variável dependente: <i>Excesso de trabalho</i>					
R = 0,384					
R ² = 0,148					
R ² Ajustado=0,099					
Erro padrão de estimativa=0,70337					
Incremento de R ² =0,148					
F=3,029					
p=0,023					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	T	P	
Constante	3,862		7,340	0,000	
Idade	-0,026	-0,317	-2,361	0,021	
Sexo	-0,448	-0,265	-2,392	0,019	
Experiência profissional	0,062	0,231	1,732	0,088	
Funcionalidade familiar	-0,057	-0,136	-1,218	0,227	
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	5,994	4			
Residual	34,631	70	1,498	3,029	0,023
Total	40,625	74	0,495		

Relação entre algumas variáveis independentes e o Fator 3 – Carreira e remuneração

O terceiro fator do stresse a ser estudado através da regressão múltipla é a **carreira e remuneração**. Na Tabela 33 estão expostas as correlações alcançadas com as variáveis em análise, cujos resultados indicam valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,084$), sexo ($r=-0,080$) e para a funcionalidade familiar ($r=-0,157$), sugerindo quanto menor a idade e a funcionalidade familiar, independentemente do sexo, maior é a percepção dos profissionais de saúde encararem a carreira e remuneração como potenciais fontes geradoras de stresse. Não se registam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo (cf. Tabela 33).

Tabela 33 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator carreira e remuneração.

Variáveis	R	P
Idade	-0.084	0.236
Sexo	-0.080	0.246
Experiência profissional	0,041	0,364
Funcionalidade familiar	-0,157	0,089

As variáveis preditoras da carreira e remuneração são a idade, o sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar, explicando 0,05% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0,00%. O erro padrão de regressão é 0,67160 e o teste F ($f=1,010$; $p=0,408$), sem relevância estatística, o valor de t ($t=6,929$; $p=0.000$), o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão não têm poder explicativo sobre a carreira e remuneração. Rejeita-se a sub-hipótese formulada.

Os coeficientes padronizados beta indicam que a idade, o sexo e a funcionalidade familiar estabelecem uma relação inversa com a carreira e remuneração, sugerindo que quanto menor a idade e a funcionalidade familiar, independentemente do sexo, maior é a possibilidade dos profissionais de saúde em considerarem que a carreira e remuneração se constituem como potenciais fontes geradoras de stresse. A experiência profissional estabelece uma relação direta com a carreira e remuneração, indicando que quanto mais tempo de experiência profissional maior é a possibilidade de a carreira e remuneração ser um fator gerador de stresse (cf. Tabela 34).

O modelo final ajustado para a carreira e remuneração é dado pela seguinte fórmula

Carreira e remuneração = $3,480 + \text{idade} + -0,014 + \text{sexo} -0,134 + \text{experiência profissional } 0,029 + \text{funcionalidade familiar } -0,066$

Tabela 34- Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator carreira e remuneração.

Variável dependente: <i>Carreira e remuneração</i>					
R = 0,234					
R ² = 0,055					
R ² Ajustado=0,001					
Erro padrão de estimativa=0,67160					
Incremento de R ² =0,055					
F=1,010					
p=0,408					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	T	P	
Constante	3,480		6,929	0,000	
Idade	-0,014	-0,186	-1,314	0,193	
Sexo	-0,134	-0,088	-0,752	0,455	
Experiência profissional	0,029	0,120	0,856	0,395	
Funcionalidade familiar	-0,066	-0,171	-1,455	0,150	
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média Quadrados	F	P
Regressão	1,822	4	0,455		
Residual	31,573	70	0,451	1,010	0,408
Total	33,395	74			

Relação entre algumas variáveis independentes e o Fator 4 – Relações profissionais

O quarto fator do stresse a ser estudado através da regressão múltipla é **relações profissionais**. Na Tabela 35 apresentam-se as correlações obtidas com as variáveis em análise, cujos resultados mostram valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,045$), sexo ($r=-0,177$) e para a funcionalidade familiar ($r=-0,159$), sugerindo que quanto menor a idade e a funcionalidade familiar, independentemente do sexo, maior é a percepção dos profissionais de saúde a encararem as relações profissionais como potenciais fontes geradoras de stresse. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator relações profissionais.

Variáveis	R	P
Idade	-0,045	0,352
Sexo	-0,177	0,065
Experiência profissional	0,064	0,293
Funcionalidade familiar	-0,159	0,087

As variáveis preditoras das relações profissionais são a idade, o sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar, explicando 0,07% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0,02%. O erro padrão de regressão é 0,93605 e o teste F ($f=1,378$; $p=0,250$), sem relevância estatística, o valor de t ($t=4,814$; $p=0,000$), inferindo-se que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão não têm poder explicativo sobre as relações profissionais. Rejeita-se a sub-hipótese formulada.

Os coeficientes padronizados beta mostram que a idade, o sexo e a funcionalidade familiar estabelecem uma relação inversa com as relações profissionais, sugerindo que quanto menor a idade e a funcionalidade familiar, independentemente do sexo, maior é a possibilidade dos profissionais de saúde em considerarem que as relações profissionais são potenciais fontes geradoras de stresse. A experiência profissional estabelece uma relação direta com as relações profissionais, indicando que quanto mais tempo de experiência profissional maior é a possibilidade de as relações profissionais se constituírem como fator gerador de stresse (cf. Tabela 36).

O modelo final ajustado para as relações profissionais é dado pela seguinte fórmula:

Relações profissionais = 3,371 + idade + -0,016 + sexo -0,391 + experiência profissional 0,042 + funcionalidade familiar -0,090

Tabela 36 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator relações profissionais.

Variável dependente: <i>Relações profissionais</i>					
R = 0,270					
R ² = 0,073					
R ² Ajustado=0,020					
Erro padrão de estimativa=0,93605					
Incremento de R ² =0,073					
F=1,378					
p=0,250					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	T	P	
Constante	3,371		4,814	0,000	
Idade	-0,016	-0,153	-1,095	0,277	
Sexo	-0,391	-0,181	-1,570	0,121	
Experiência profissional	0,042	0,122	,874	0,385	
Funcionalidade familiar	-0,090	-0,167	-1,427	0,158	
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	4,830	4			
Residual	61,333	70	1,207	1,378	0,250
Total	66,163	74	0,876		

Relação entre algumas variáveis independentes e o Fator 5 – Ações de formação

O quinto fator do stresse a ser estudado através da regressão múltipla é **ações de formação**. Na Tabela 37 apresentam-se as correlações obtidas com as variáveis em análise, cujos resultados apontam para valores correlacionais negativos, para o sexo ($r=-0,391$) e para a funcionalidade familiar ($r=-0,042$), sugerindo que quanto menor é a funcionalidade familiar, maior é a percepção dos profissionais de saúde em encararem as ações de formação como potenciais fontes geradoras de stresse. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas no sexo ($p=0,000$) e na experiência profissional ($p=0,022$) (cf. Tabela 37).

Tabela 37 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator ações de formação.

Variáveis	R	P
Idade	0,143	0,111
Sexo	-0,391	0,000
Experiência profissional	0,233	0,022
Funcionalidade familiar	-0,042	0,359

As variáveis preditoras das ações de formação são a idade, o sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar, explicando 0,20% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 15,4%. O erro padrão de regressão é 0,81997 e o teste F ($f=4,367$; $p=0,003$), o valor de t ($t=3,388$; $p=0,001$), com relevância estatística, inferindo-se que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre as ações de formação. Aceita-se a sub-hipótese formulada.

Os coeficientes padronizados beta demonstram que a idade, o sexo e a funcionalidade familiar estabelecem uma relação inversa com as ações de formação, sugerindo que quanto menor a idade e a funcionalidade familiar, independentemente do sexo, maior é a possibilidade dos profissionais de saúde em sentirem stresse com as situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas. A experiência profissional estabelece uma relação direta com as ações de formação, indicando que quanto mais tempo de experiência profissional maior é a possibilidade de a elaboração e condução de ações de formação e a realização de apresentações públicas serem fontes geradoras de stresse (cf. Tabela 38).

O modelo final ajustado para as ações de formação é dado pela seguinte fórmula

Ações de formação = 2,078 + idade + -0,001 + sexo -0,778 + experiência profissional 0,072 + funcionalidade familiar -0,007

Tabela 38- Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator ações de formação.

Variável dependente: Ações de formação					
R = 0,447					
R ² = 0,200					
R ² Ajustado=0,154					
Erro padrão de estimativa=0,81997					
Incremento de R ² =0,200					
F=4,367					
p=0,003					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	T	P	
Constante	2,078		3,388	0,001	
Idade	-0,001	-0,013	-0,098	0,922	
Sexo	-0,778	-0,382	-3,562	0,001	
Experiência profissional	0,072	0,222	1,720	0,090	
Funcionalidade familiar	-0,007	-0,013	-0,119	0,906	
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média Quadrados	F	P
Regressão	11,744	4			
Residual	47,065	70	2,936	4,367	0,003
Total	58,809	74	,672		

Relação entre algumas variáveis independentes e o Fator 6 – Problemas familiares

O sexto fator do stresse a ser estudado através da regressão múltipla são **os problemas familiares**. Na Tabela 39 encontram-se as correlações obtidas com as variáveis em análise, cujos resultados indicam valores correlacionais negativos para o sexo ($r=-0,203$) e para a funcionalidade familiar ($r=-0,303$), sugerindo que quanto menor a funcionalidade familiar, maior é a percepção dos profissionais de saúde em encararem os problemas familiares como potenciais fontes geradoras de stresse. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas no sexo ($p=0,041$) e na funcionalidade familiar ($p=0,004$) (cf. Tabela 39).

Tabela 39 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o fator problemas familiares.

Variáveis	R	P
Idade	0,036	0,380
Sexo	-0,203	0,041
Experiência profissional	0,052	0,327
Funcionalidade familiar	-0,303	0,004

As variáveis preditoras dos problemas familiares são a idade, o sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar, explicando 13,3% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0,83%. O erro padrão de regressão é 0,81957 e o teste F ($f=2,680$; $p=0,039$), o valor de t ($t=5,390$; $p=0,000$), com relevância estatística, inferindo-se que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre os problemas familiares. Aceita-se a sub-hipótese formulada.

Os coeficientes padronizados beta evidenciam que a idade, o sexo e a funcionalidade familiar estabelecem uma relação inversa com os problemas familiares, sugerindo que quanto menor a idade e a funcionalidade familiar, independentemente do sexo, maior é a possibilidade dos profissionais de saúde em considerarem que os problemas familiares são potenciais fontes de stresse. A experiência profissional estabelece uma relação direta com os problemas familiares, aludindo que quanto mais tempo de experiência profissional maior é a possibilidade de os profissionais de saúde considerarem que os problemas familiares são fontes geradoras de stresse (cf. Tabela 40).

O modelo final ajustado para os problemas familiares é dado pela seguinte fórmula

Problemas familiares = 3,304 + idade + -0,005 + sexo -0,394 + experiência profissional 0,010 + funcionalidade familiar -0,148

Tabela 40 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o fator problemas familiares.

Variável dependente: <i>Problemas familiares</i>					
R = 0,364					
R ² = 0,133					
R ² Ajustado=0,083					
Erro padrão de estimativa=0,81957					
Incremento de R ² =0,133					
F=2,680					
p=0,039					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	P	
Constante	3,304		5,390	0,000	
Idade	-0,005	-0,047	-0,347	0,729	
Sexo	-0,394	-0,202	-1,806	0,075	
Experiência profissional	0,010	0,033	0,244	0,808	
Funcionalidade familiar	-0,148	-0,304	-2,692	0,009	
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média Quadrados	F	P
Regressão	7,202	4			
Residual	47,018	70	1,800	2,680	0,039
Total	54,220	74	0,672		

Relação entre algumas variáveis independentes e o stresse global

Estudou-se o **stresse global** através da regressão múltipla. Na Tabela 40 encontram-se as correlações obtidas com as variáveis em análise, cujos resultados indicam valores correlacionais negativos para a idade ($r=-0,035$), sexo ($r=-0,298$) e para a funcionalidade familiar ($r=-0,176$), sugerindo que quanto menor a funcionalidade familiar, maior a perceção dos profissionais de saúde em encararem o lidar com os clientes, o excesso de trabalho, a carreira e remuneração, as relações profissionais, as ações de formação e os problemas familiares como fontes geradoras de stresse. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas no sexo ($p=0,005$) (cf. Tabela 41).

Tabela 41 - Correlações de Pearson entre algumas variáveis independentes e o stresse global.

Variáveis	R	P
Idade	-0,035	0,383
Sexo	-0,298	0,005
Experiência profissional	0,087	0,230
Funcionalidade familiar	-0,176	0,066

As variáveis preditoras do stresse global são a idade, o sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar, explicando 14,1% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0,91%. O erro padrão de regressão é 0,61547 e o teste F ($f=2,863$; $p=0,029$), o valor de t ($t=7,041$; $p=0,000$), com relevância estatística, inferindo-se que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o stresse global. Aceita-se a sub-hipótese formulada.

Os coeficientes padronizados beta mostram que a idade, o sexo e a funcionalidade familiar estabelecem uma relação inversa com os problemas familiares, sugerindo que quanto menor a idade e a funcionalidade familiar, independentemente do sexo, maior é a possibilidade dos profissionais de saúde em sentirem stresse perante o lidar com os clientes, o excesso de trabalho, a carreira e remuneração, as relações profissionais, as ações de formação e os problemas familiares como fontes geradoras de stresse. A experiência profissional estabelece uma relação direta com os problemas familiares, aludindo que quanto mais tempo de experiência profissional maior é a possibilidade de os profissionais de saúde considerarem os referidos fatores como potenciais fontes de stresse (cf. Tabela 42).

O modelo final ajustado para o stresse global é dado pela seguinte fórmula

Stresse global = 3,241 + idade + -0,012 + sexo -0,446 + experiência profissional 0,034 + funcionalidade familiar -0,067

Tabela 42 – Regressão múltipla entre algumas variáveis independentes e o stresse global.

Variável dependente: <i>Stresse global</i>					
R = 0,375					
R ² = 0,141					
R ² Ajustado=0,091					
Erro padrão de estimativa=0,61547					
Incremento de R ² =0,141					
F=2,863					
p=0,029					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	P	
Constante	3,241		7,041	0,000	
Idade	-0,012	-0,169	-1,255	0,214	
Sexo	-0,446	-0,302	-2,722	0,008	
Experiência profissional	0,034	0,146	1,093	0,278	
Funcionalidade familiar	-0,067	-0,182	-1,617	0,110	
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	P
Regressão	4,338	4			
Residual	26,517	70	1,085	2,863	0,029
Total	30,855	74	0,379		

3. Discussão dos Resultados

Neste capítulo é efetuada a análise e discussão dos principais resultados encontrados, tentando, sempre que possível, compará-los e discuti-los à luz da literatura existente e estudos realizados neste domínio. São também analisados os constrangimentos e limitações do estudo, que poderão ter influenciado os resultados, enumeram-se algumas propostas para futuras investigações, bem como se faz referência os ganhos alcançados e menciona-se a evidência científica gerada.

3.1. Discussão metodológica

Começa-se por referir que a estratégia metodológica seguida nesta investigação teve em consideração o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos e o tipo de amostra, tendo-se escolhido, como instrumento de recolha de dados, o questionário de autorresposta. Considera-se que a sua aplicação a 75 profissionais de saúde a exercerem funções em UMDR e ULDM foi a mais ajustada, uma vez que possibilitou identificar, num curto espaço de tempo, o nível de stresse nos referidos profissionais de saúde. Todavia, importa ressaltar que a veracidade dos resultados está dependente da honestidade e da sinceridade das participantes, ou seja, as suas respostas poderão ter sido mais dirigidas a condutas desejáveis, sem que traduzam as condutas concretas.

Importa também referir a dimensão da amostra, que não é representativa da população portuguesa com as mesmas características, não permite que se façam generalizações dos resultados obtidos. Contudo, considera-se que se alcançaram informações robustas para a compreensão do fenómeno em análise.

Enquadrando-se o estudo empírico num tipo de pesquisa descritiva analítica-correlacional, com enfoque transversal, considera-se que estes pressupostos também se constituem como uma limitação metodológica, uma vez que as avaliações foram realizadas num único “momento”, não existindo um período de seguimento das participantes. É consensual que este tipo de estudo tem as suas vantagens, sobretudo por ser mais rápido, menos dispendioso, menos complexo em termos logísticos, sem que se apresente sensível a problemas, designadamente as perdas de seguimento, o que é uma característica dos

estudos longitudinais. Contudo, considera-se que o tipo de estudo empírico seguido foi o mais apropriado para estudar o stresse nos profissionais de saúde, tendo em conta o espaço profissional, social e familiar em que se inserem. Por outro lado, possibilitou identificar a inter-relação entre a variável dependente (stresse) e variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares), tendo-se obtido evidências que permitem explicar a forma como decorre o fenómeno em estudo no âmbito das Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção.

3.2. Discussão dos Resultados

A amostra deste estudo é constituída maioritariamente por mulheres (74,7%), com uma idade mínima de 21 anos e uma máxima de 58 anos, correspondendo a uma média de 34,15 anos \pm 8,911, prevalecem os profissionais de saúde com idade igual ou inferior aos 33 anos (53,3%). Há um claro predomínio de participantes sem companheiro(a) (56,0 %), residentes em meio urbano (56,0%) e com o ensino superior (56,0%). Estão em maior representatividade os auxiliares de ação médica (44,0%), secundados pelos enfermeiros (34,7%). Alves, Batista e Pimentel (2013) realizaram um estudo a fim de avaliar o nível de stresse e de *burnout* em enfermeiros que trabalham nas UCC (UMDR e ULDM) da zona Norte do país, cuja maioria também era do género feminino (81,9%), tendo uma idade mínima de 22 anos e a máxima de 42 anos. A maior parte da amostra possuía 30 anos ou mais anos de idade. De igual modo, Lavado (2016) também registou uma maioria de profissionais de saúde a exercerem em CCI do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos, com predomínio de enfermeiros, não estando estes últimos resultados em conformidade com a nossa amostra, onde a maioria são auxiliares de ação médica, todavia com uma representatividade significativa de enfermeiros.

Em relação à tipologia da RNCCI em que os profissionais de saúde exercem funções, 52,0% exercem numa UMDR e 48,0% numa ULDM, possuindo a maioria (81,3%) 6 ou menos anos de experiência profissional em CCI, com um mínimo de 0 (zero) anos e um máximo de 11 anos, correspondendo a uma média de 4,61 anos \pm 2,749. Estes resultados estão em conformidade com os encontrados por Pereira (2016), onde a maioria dos profissionais de saúde trabalham na Instituição há menos de seis anos, revelando já experiência profissional em CCI. Constatou-se que a maioria dos profissionais de saúde (48,0%) está a contrato por tempo indeterminado com a Instituição na RNCCI, não prestando maioritariamente (74,7%) serviço noutra instituição, contrariamente à amostra do estudo de Pereira (2016), onde 50% trabalham em duplo emprego. No estudo de Lavado (2016) a maioria dos profissionais de

saúde, no que respeita à situação contratual, tem um contrato por tempo indeterminado e também não trabalham noutra instituição, resultados estes também confirmados no presente estudo.

Apurou-se que 60,0% dos profissionais de saúde tem formação específica sobre CCI, sendo este um fator que se considera de grande relevância, pois, segundo Santos, Covita e Pacheco (2011), a necessidade de formação em CCI é uma prioridade, uma vez que as competências adquiridas pelos profissionais de saúde podem assumir-se como uma oportunidade propiciadora da cadeia de valor CCI, onde o desempenho e o potencial das equipas e das pessoas constituem o valor que é reconhecido pelo cidadão a quem se prestam cuidados.

Quanto às características familiares, sobressaem os participantes cujo agregado familiar é constituído por 3 ou mais elementos (49,3%), bem como prevalecem os que não possuem um elemento na família em situação de dependência (86,7%), apresentando-se a maioria altamente funcional em termos familiares (72,0%). Importa, neste contexto, referir que a vida dos trabalhadores desenvolve-se nos contextos familiar e profissional, cuja relação poderá resultar em influências positivas e/ou negativas. Segundo Adekola (2010), o facto de a pessoa possuir uma boa funcionalidade familiar parece assumir-se como um meio de minimizar o stresse no trabalho. A relação entre a família e o trabalho, no âmbito do stresse ocupacional, foi estudada por Paschoal e Tamayo (2005), cujos resultados indicaram uma interferência família-trabalho com impacto nos níveis de stresse ocupacional, sendo que quanto maior a funcionalidade familiar, menor o stresse sentido. Contudo, trata-se de uma temática ainda controversa e as posições que investigadores assumem face ao equilíbrio trabalho-família são dicotómicas, ou seja, uns reconhecem o conflito no seio familiar não como problemático (Rocha, Almeida, Silva, & Cezar-Vaz, 2011), outros assumem que esse conflito é problemático, decorrente da incompatibilidade entre os horários de trabalho extensos e exigências familiares, podendo resultar no aumento dos níveis de stresse (Chambel, & Ribeiro, 2014). Neste sentido, pode referir-se que no presente estudo na dimensão problemas familiares a média encontrada foi $1,98 \pm 0,855$, reforçando que a amostra em estudo apresenta boa funcionalidade familiar.

Apurou-se que relativamente ao nível global de stress manifestado pelos profissionais de saúde no exercício da sua atividade profissional, o valor médio situa-se em 2.36 ± 0.645 (mínimo 0 e máximo de 4), o que traduz um nível moderado de stress global dos profissionais de saúde estudados. Os resultados relativos ao stresse revelam ainda que o valor médio mais elevado corresponde ao excesso de trabalho (média= $2,70 \pm 0,740$), seguindo-se a carreira e remuneração (média= $2,60 \pm 0,671$) e lidar com os clientes (média= $2,45 \pm 0,766$), sendo o valor mais baixo o obtido nos problemas familiares (média= $1,98 \pm 0,855$). Estes resultados não vão

de encontro aos encontrados por Lavado (2016), uma vez que a dimensão lidar com clientes foi a mais pontuada, seguindo-se as relações profissionais, o excesso de trabalho e a dimensão carreira e remuneração.

No que se refere à primeira questão de investigação, através da qual se procurou saber se as variáveis sociodemográficas interferem no stresse dos profissionais de saúde nas UMDR e ULDM da RNCCI, começa-se por referir que o sexo é uma variável com interferência estatística, sendo, na globalidade, os profissionais de saúde do sexo feminino os que têm maior perceção de stresse em cada uma das dimensões avaliadas, com relevância estatística no lidar com os clientes ($p=0,000$), excesso de trabalho ($p=0,027$), ações de formação ($p=0,001$), problemas familiares ($p=0,048$) e na perceção de stresse global ($p=0,013$). No estudo de Morais (2013), apesar de ter sido apenas com enfermeiros a exercerem em CCI, ficou demonstrado que os homens revelam índices mais baixos de stresse, o que está em conformidade com os resultados encontrados no presente estudo.

As mulheres apresentam uma maior perceção de stresse, comparativamente aos homens. Existem vários estudos a confirmar que o género feminino apresenta níveis de stresse superiores aos profissionais de saúde do género masculino. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Inoue, Versa e Matsuda (2013), Rosso, Junior, Aggio, Trincaus, Possolli e Zanoti-Jeronymo (2014) e Teixeira et al. (2015). Estes autores referem que o sexo feminino, paralelamente à sobrecarga de trabalho, têm a responsabilidade das tarefas domésticas e a educação dos filhos, podendo ocasionar a sobrecarga de atividades, frustração e, conseqüentemente, níveis de stresse mais elevados. O estudo de Teixeira et al. (2015) revela que as mulheres têm menos capacidade de adotar estratégias baseadas no problema do que os homens, sendo elas mais emocionais e, como tal, mais propensas a níveis mais elevados de stresse.

Embora se tenha constatado que a idade não interferiu no stresse dos profissionais de saúde, aferiu-se que os mais novos manifestam maior perceção de stresse em quase todas as dimensões, à exceção das ações de formação e problemas familiares, onde os valores médios mais elevados correspondem aos profissionais de saúde mais velhos. Contudo, registou-se um valor médio idêntico para a perceção de stresse global para ambos os grupos etários instituídos, não existindo diferenças estatisticamente significativas. Os resultados encontrados estão em conformidade com os de vários estudos realizados (Costa & Martins, 2011; Pereira, Araujo, Gois, Junior, Rodriguez & Santos, 2013), os quais referem que ter encontrado uma relação inversa entre idade dos trabalhadores e níveis de stresse, ou seja, os profissionais de saúde mais jovens apresentam maior perceção de stresse. Costa & Martins (2011) mencionam que parece haver relação entre a maturidade e melhores esforços e estratégias, diminuindo, deste modo, os níveis de stresse. Um outro estudo (Filha, Costa, &

Guilam, 2013) mostra que os profissionais de saúde têm diferentes fatores que poderão ser impulsionadores de stresse ocupacional, nomeadamente conflitos no ambiente de trabalho e que, mais do que os fatores sociodemográficos, designadamente a faixa etária, aponta para a importância do ambiente harmonioso para prevenção do stresse profissional. Por sua vez, Teixeira, Pereira, Cardoso, Selegim, Reis e Gherardi-Donato (2015) afirmam que os profissionais de saúde de faixas etárias mais elevadas apresentam maior capacidade de criar estratégias para lidar com stresse, o que pode ser justificativo dos resultados encontrados no nosso estudo.

Verificou-se que as habilitações literárias interferem na perceção de stresse por parte dos profissionais de saúde, sendo, na globalidade, os profissionais de saúde com o ensino secundário os que mais perceção de stresse apresentam, tendo obtido uma média global superior, resultando em diferenças estatisticamente significativas na carreira e remuneração ($X^2=9,479$; $p=0,009$) e nas relações profissionais ($X^2=7,029$; $p=0,030$). O estudo de Inoue et al. (2013) revelou que a perceção de stresse foi positivamente influenciada pelo nível de formação, tendo os profissionais de saúde com menos habilitações literárias maior perceção de stresse laboral.

No que diz respeito à segunda questão de investigação, que objetivava avaliar se as variáveis profissionais interferem no stresse dos profissionais de saúde nas UMDR e ULDM da RNCCI, constatou-se que os enfermeiros veem o excesso de trabalho e as relações profissionais como maiores potenciais fontes de stresse, enquanto os médicos ponderam mais o lidar com os clientes e os auxiliares de ação médica atribuem maior destaque à carreira e remuneração, ações de formação e problemas familiares. São os enfermeiros os profissionais de saúde que apresentam um valor médio mais elevado na perceção global de stresse, com diferenças estatisticamente significativas na carreira e remuneração ($X^2=15,750$; $p=0,001$), nas relações profissionais ($X^2=15,513$; $p=0,001$) e no stresse global ($X^2=8,169$; $p=0,043$). Estes resultados confirmam a literatura encontrada (Morais, 2013; Inoue et al. 2013; Lavado, 2016; Pereira, 2016), segundo a qual a profissão de enfermagem é stressante e deve ser reconhecida como tal. Estes profissionais de saúde são significativamente afetados pelo stresse ocupacional, uma vez que se expõem a grandes cargas de pressão no ambiente de trabalho. A enfermagem constitui-se como uma profissão com elevados níveis de stresse, pela complexidade no cuidar e pelo tipo de utentes que necessitam de cuidados, nomeadamente doentes críticos.

Constatou-se que os profissionais de saúde que percecionam mais stresse em todos os fatores são os que exercem numa UMDR, com destaque para o excesso de trabalho e carreira, remuneração, lidar com os clientes e relações profissionais, resultando em diferenças estatisticamente significativas nas relações profissionais ($t=2,034$; $p=0,046$), nos problemas

familiares ($t=2,449$; $p=0,017$) e na percepção de stresse global ($t=2,099$; $p=0,039$), o que está em conformidade com o estudo de Lavado (2016), onde foram os profissionais a exercer numa UMDR os que manifestaram maior percepção de stresse. Importa referir que, segundo Miranda (2011), investigações anteriores (Ribeiro, 2005; Delbrouck, 2006) referem que estudos efetuados ao nível dos profissionais de saúde têm comprovado a exposição destes profissionais a algumas fontes de stresse, designadamente o excesso de trabalho, o excesso ou défice de responsabilidades e progressão na carreira e remuneração, a ambiguidade de papéis, conflito entre colegas e dificuldades relacionais com o doente.

Outra variável com interferência estatística é prestar serviço noutra instituição, tendo sido os profissionais de saúde que não exercem funções noutra Instituição os que apresentam um valor de ordenação média mais elevado no stresse global, apontando como principais fatores potencialmente mais geradoras de stresse a carreira e remuneração, as relações profissionais, as ações de formação e os problemas familiares, com diferenças estatisticamente significativas na carreira e remuneração ($p=0,015$) e nas relações profissionais ($p=0,005$). Estes resultados poder-se-ão justificar com o facto de estes profissionais se sentirem mais stressados com as perspetivas de desenvolvimento da carreira profissional e com o salário recebido, como, por exemplo, impossibilidade de progressão na carreira e baixa remuneração, o que os leva a trabalhar noutra instituição. Por outro lado, revelam que o ambiente de trabalho e a relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos, as situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas, bem como o relacionamento familiar e o apoio por parte de pessoas significativas, nomeadamente a instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, são potenciais fontes geradoras de stresse. Pereira (2016) refere, com base no seu estudo, que ter duplo emprego tende a favorecer a percepção de maior fonte de stresse e a dificuldade de controlo da vida ocupacional.

No que concerne à terceira questão de investigação, através da qual se procurou avaliar se as variáveis familiares interferem no stresse dos profissionais de saúde nas UMDR e ULDM da RNCCI, constatou-se que o número de elementos do agregado familiar é uma variável com interferência estatística, sendo os profissionais de saúde com um agregado constituído por 1 elemento os que apresentam um nível global mais elevado de stresse, seguidos pelos que têm 3 ou mais elementos na constituição do seu agregado familiar, com diferença estatisticamente significativa no fator excesso de trabalho ($X^2=8,553$; $p=0,014$), sendo este o fator mais apontado como potencial fonte geradora de stresse por parte dos profissionais com um agregado familiar constituído apenas por 1 elemento. O stresse dos profissionais relacionado com a carga de trabalho e o número de horas de serviço a realizar

poder-se-á dever ao facto de trabalharem muitas horas seguidas e por terem falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas.

Em suma, apurou-se ainda que as variáveis preditoras de stresse foram a idade, sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar. Assim, constatou-se que quanto menos idade e experiência profissional, menos funcionalidade familiar e independentemente do sexo maior é a perceção dos profissionais de saúde a encarar o lidar com os clientes, o excesso de trabalho, a carreira e remuneração, as relações profissionais, as situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas e os problemas familiares como potenciais fontes geradoras de stresse. A experiência profissional estabelece uma relação direta com os fatores geradores de stresse, aludindo que quanto mais tempo de experiência profissional maior é a possibilidade de os profissionais de saúde os considerarem potenciais fontes de stresse.

Conclusões e implicações para a prática

O stresse é um construto que tem suscitado uma vasta discussão nos últimos anos uma vez que apresenta riscos para o equilíbrio emocional do ser humano. Além disso, os profissionais de saúde são significativamente afetados pelo stresse ocupacional, uma vez que se expõem a grandes cargas de pressão no ambiente de trabalho. Por tal, tem-se procurado estudar as causas desse stresse e os efeitos negativos que esse problema pode acarretar para a saúde física e mental dos profissionais de saúde, bem como o comprometimento da qualidade dos cuidados prestados.

A grande complexidade e o aumento da diversidade das problemáticas de saúde exigem cada vez mais quer para as unidades de saúde, quer para as equipas que as constituem. Os profissionais de saúde que exercem nas UMDR e ULDM da RNCCI são responsáveis por prestarem cuidados à saúde do utente de uma forma holística, levando em consideração muitos outros fatores além dos cuidados básicos de saúde.

A evidência representada nos dados permite referir que os profissionais de saúde da amostra em estudo manifesta um nível moderado de stresse global (média=2.36_+0,645) sendo que os valores mínimo e máximo, oscilam entre 0 e 4. Constatou-se ainda que os profissionais de saúde percecionam o excesso de trabalho, a carreira e remuneração e o lidar com os clientes como os fatores que potencialmente mais lhes geram stresse.

Tendo-se como objetivo identificar que variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares interferem no stresse dos profissionais de saúde nas UMDR e ULDM da RNCCI, concluiu-se que o sexo, as habilitações literárias, a profissão desempenhada no local de trabalho, a tipologia da RNCCI onde exerce funções, prestar serviço noutra instituição, o agregado familiar foram as variáveis que tiveram relevância estatística.

Deste modo, as conclusões mais relevantes, que dão resposta às questões de investigação e permitiram alcançar os objetivos delineados, revelam que:

- as mulheres têm maior perceção de stresse em cada uma das dimensões avaliadas, com relevância estatística no lidar com os clientes, excesso de trabalho, ações de formação, problemas familiares e na perceção de stresse global;

- os profissionais de saúde com o ensino secundário são os que mais consideram a carreira e remuneração, bem como as relações profissionais como potenciais fontes geradoras de stresse;

- são os enfermeiros os profissionais de saúde que apresentam um valor médio mais elevado na perceção global de stresse, com diferenças estatisticamente significativas na carreira e remuneração, nas relações profissionais e no stresse global;

- os profissionais de saúde que exercem numa UMDR consideram que com o excesso de trabalho e carreira, remuneração, lidar com os clientes e relações profissionais são fontes geradoras de stresse, apresentando mais stresse global;

- os participantes que não exercem funções noutra Instituição revelam mais stresse global, apontando como principais fatores potencialmente mais geradoras de stresse a carreira e remuneração, as relações profissionais, as ações de formação e os problemas familiares;

- os profissionais de saúde com um agregado constituído por 1 elemento apresentam um nível global mais elevado de stresse, seguidos pelos que têm 3 ou mais elementos na constituição do seu agregado familiar, sendo este o fator mais apontado como potencial fonte geradora de stresse por parte dos profissionais com um agregado familiar constituído apenas por 1 elemento;

- os participantes que não exercem funções noutra Instituição apontam como principais fatores potencialmente mais geradoras de stresse a carreira e remuneração, as relações profissionais, as ações de formação e os problemas familiares.

Aferiu-se que as variáveis preditoras de stresse foram a idade (ainda que com menor relevância estatística), o sexo, a experiência profissional e a funcionalidade familiar, depreendendo-se que quanto menos idade e experiência profissional, menos funcionalidade familiar e independentemente do sexo maior é a perceção dos profissionais de saúde a encarar o lidar com os clientes, o excesso de trabalho, a carreira e remuneração, as relações profissionais, as situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas e os problemas familiares como potenciais fontes geradoras de stresse. Quanto mais tempo de experiência profissional maior é a possibilidade de os profissionais de saúde considerarem esses fatores como potenciais fontes de stresse.

Mediante os resultados apurados, considera-se que os profissionais de Enfermagem de Reabilitação têm aqui oportunidade de assumir um papel fundamental no combate de elevados níveis de stresse laboral e das fontes geradoras desse stresse. Não é, portanto, ao acaso que os Programas de Ginástica Laboral e o ensino de técnicas de controlo do stresse, como instrumentos de prevenção do Acidente Vascular Cerebral, estão na linha da frente de prioridades da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. O Enfermeiro de Reabilitação, fundamental no processo de reabilitação do doente e no desenvolvimento de

estratégias que lhe permitam recuperar a autonomia, tem de atuar cada vez mais na fonte dos problemas.

No âmbito da prestação de cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, sugere-se o desenvolvimento de projetos e a adoção de medidas de gestão das equipas de profissionais que promovam a sua saúde e o bem-estar, que minimizem a fadiga e aumentem a disposição para o trabalho.

Referências bibliográficas

- Adekola, B. (2010). *Gender differences in the experience of work burnout among university staff*. African Journal of Business Management, 4(6), 886-889.
- Aggio, C. M., Rosso, E. Zanoti-Jeronimo, D. V., & Junior, E. J. L. (2014). *Avaliação do nível de estresse entre os profissionais de enfermagem atuantes no SAMU de Guarapuava-PR*. Universidade Estadual do Centro-Oeste – Unicentro, Guarapuava. Acedido em <http://anais.unicentro.br/cis/pdf/iiv2n1/155.pdf>
- Alves, L.F.A., Batista, G., & Pimentel, M.H. (2013). *Burnout em enfermeiros dos cuidados continuados*. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança. Escola Superior de Saúde. Pp.147-156. ISBN 978-972-745-159-3. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9128/3/Ebook%20Jornadas%20Enfermagem%202014%2011%203.pdf>
- Baganha, C.A.C. (2010). *Stress ocupacional e adaptação ao trabalho: um estudo com tripulações de voo*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho. Escola de Psicologia. Braga. Acedido em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/26979/1/C%C3%A1tia%20Alexandra%20Cordeiro%20Baganha.pdf>
- Belancieri, M. F., Beluci, M. L., Silva, D. V. R., & Gasparelo, E. A. (2010). *A resiliência em trabalhadores da Área da Enfermagem*. Estudos em Psicologia, 27(2), 227-233.
- Bezerra, F.N., Silva, T.M., da, & Ramos, V.P. (2012). *Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura*. Acta Paul Enferm.; 25(Número Especial 2), 151-156. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_24.pdf

Cardoso, R.M. (2008). *O Stress na profissão docente: Como prevenir, como manejar*. Porto: Porto Editora.

Chambel, M.J., & M.T. Ribeiro (2014). *A relação entre o trabalho e a família: do conflito ao enriquecimento*. Lisboa: RH Editora.

Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Costa, S.T., & Martins, M.C.F. (2011). *Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico*. *Rev Esc Enferm USP*; 45(5),1191-1198.
Acedido em <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40822/44210>

Cox, T., Griffiths, A., & Rial-González, E. (2005) *Investigación sobre el estrés relacionado con el trabajo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. ISBN 92-95007-88-3.

Custódio, S. (2010). *Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Tese de Doutoramento. Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em <https://dlweb.dropbox.com/get/Projecto%20de%20Gradua%C3%A7%C3%A3o/pesquisas/doc16StressSuportSocialOptimismoeSa%C3%BAdeemEstudantesdeEnfermagemEnsinoCl%C3%ADnico.pdf?w=3615391b>

Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho. Diário da República n.º 145/2015, Série I de 2015 de julho de 2015. Acedido em https://dre.pt/home/-/dre/69879425/details/maximized?p_auth=0kL55c3B

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho. Diário da República — I SÉRIE-A n.º 109 - 6 de junho de 2006. Acedido em <http://ucccb.pt/wp-content/uploads/2014/04/Decreto-Lei-n%C2%BA-101-2006-de-6-de-junho.pdf>

- Filha, M. M., Costa, M. A., & Guilam, M. C. (2013). *Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem*. Revista Latino-Am. Enfermagem; 21(2), 1-9. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0475.pdf
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Ganhão, M.T. (2009). *Condicionantes e estratégias redutoras do stress organizacional*. Forum Sociológico, 3, 89-106.
- Gomes, A. R. (1998). *Stress e burnout nos profissionais de Psicologia*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. R. (2014). *Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros*. Revista Interamericana de Psicologia, 48(1), 118-130.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). *Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25(3), 307-318. Disponível em [Available at] <http://hdl.handle.net/1822/9921>
- Gomes, A. R., & Teixeira, P. (2016). *Stress, cognitive appraisal, and psychological health: Testing instruments for health professionals*. Stress and Health, 32, 167-172. doi: 10.1002/smi.2583
- Gómez-Londoño, E. (2008). *El Cuidado de Enfermería del Paciente en Estado Crítico: una perspectiva bioética*. Revista Persona y Bioética. [S.l.]. ISSN: 0123-3122. Vol. 12, 3, 145-157. Acedido em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200006
- Gonçalves, P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Porto.

- Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2017). Instituto da Segurança Social, I.P. Acedido em http://www.seg-social.pt/documents/10152/27195/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Inoue, K. C., Versa, G. L., & Matsuda, L. M. (2013). *Stress level among intensive care nurses in the municipality of Paraná (Brazil)*. Acta Paulista de Enfermagem, pp. 69-77.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos de 2011: principais indicadores*. Acedido em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic
- Kendall, E., Murphy, P., O'Neill, V., & Bursnall, S. (2000). *Occupational Stress: factors that Contribute to its Occurrence and Effective Management*. Centre for Human Services. Western Australia. Acedido em <https://pdfs.semanticscholar.org/7706/1942133eb05a543864c7f37b99ade2ecc332.pdf>
- Lavado, C. (2016). *Stress ocupacional e satisfação dos cuidadores formais que desempenham funções numa Unidade de Cuidados Continuados da região Alentejo*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18084/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final%20-%20Mestrado2016.pdf>
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com SPSS Statistics*. (6.ª Ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Meneghini, F., Paz, A. A., & Lautert, L. (2011). *Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem*. Texto & Contexto Enfermagem, 20(2), 225-233.

- Miranda, S.C.C. (2011). *Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Braga. Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8796/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Susana%20Miranda.pdf>
- Monteiro, A.F.R. (2015). *Stresse e Emoções dos profissionais de saúde numa Unidade de Cuidados Continuados Intensivos e Lar de Idosos*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos (ESAE). Acedido em http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/511/1/TESE%20DE%20MESTRADO_Andreia%20FINAL%20%C3%9ALTIMA%20%281%29.pdf
- Morais, C.A.S. (2013). *O nível de stresse nos enfermeiros dos Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9209/1/Cristina%20Alexandra%20Sacas%20Morais.pdf>
- Novais, J. T. (2010). *Stress Ocupacional num Serviço de Urgência - Estudo de Caso Exploratório*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Ogden, J. (2014). *Psicologia da saúde*. Coimbra: Climepsi editores.
- Oliveira, E. A. (2009). *Delimitando o conceito de stress*. Revista de Ciências Biológicas e Saúde. Acedido em: <http://www.medtrab.ufpr.br/arquivos%20para%20download%202011/saude%20mental/Delimitando%20o%20conceito%20de%20stress.pdf>.
- Pacheco, A.C.L. (2008). *Ansiedade, depressão, stress, estratégias de coping e suporte social em enfermeiros que trabalham por turnos e em horário fixo diurno*. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de

Psicologia e Ciências da Vida. Acedido em
<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/4996/ANACAROLINACOELHOEITEPACHECO1.pdf?sequence=1>.

Papathanasiou, I., Tsaras, K., Neroliatsiou, A., & Roupá, A. (2015). *Stress: Concepts, Theoretical Models and Nursing Interventions*. American Journal of Nursing Science, 4(2), 45–50. Acedido em <https://doi.org/10.11648/j.ajns.s.2015040201.19>

Paschoal, T., & Tamayo, A. (2005). *Impacto dos valores laborais e da interferência família – trabalho no estresse ocupacional*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol. 21, 2, 173-180. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n2/a07v21n2.pdf>

Pereira, D.S., Araújo, T.S., Gois, C.F.L., Gois Júnior, J.P., Rodriguez, E.O. L., & Santos, V. (2014). *Occupational stressors among nurses working in urgent and emergency care units*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 35(1),55-61.

Pereira, G. (2016). *Stresse ocupacional: fontes de pressão no trabalho dos enfermeiros numa equipa de Cuidados Continuados Integrados*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17320/1/C%C3%B3pia%20de%20seguran%C3%A7a%20de%20STRESSE%20OCUPACIONAL.wbk%20%281%29.pdf>

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Descobrimo regressão: com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.

Petronilho, F. (2016). *Ganhos em Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): O caso dos dependentes acompanhados pelos prestadores de cuidados da área de abrangência da ECL do ACES do Alto Ave*. Universidade do Minho. Centro de Investigação em Enfermagem (CIE). Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/42603/1/Ganhos%20em%20saude%20na%20RNCCI.pdf>

- Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019 (2016). *Cuidados continuados. Apoio e saúde social*. República Portuguesa. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>
- Purdy, N., Laschinger, H.K.S, Finegan, J., Kerr, M., & Oliveira, F. (2010). *Effects of work environments on nurse and patient outcomes*. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 901-913.
- Rainho, M. d., Pimenta, G., Antunes, M. C., & Monteiro, M. J. (2015). *Validação da escala de stress profissional em enfermeiros*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 48-54. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a07.pdf>
- Ramos, C. (2013). Pessoas. In Álvaro Lopes Dias; Miguel Varela; José Lopes Costa *Excelência Organizacional* (pp. 228- 238). Lisboa: Editora Bnomics.
- Ramos, M. (2009). *Desafiar o desafio: prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, S. & Carvalho, A. (2007). *Nível de stresse e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano universitário de Coimbra*. Portal dos Psicólogos. Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2009). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI 2008*. UMCCI. Acedido em http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_desenvolvimento_actividadeRNCCI_2008.pdf
- Rocha, L.P., Almeida, M.C.V., Silva, M.R.S., & Cezar-Vaz, M.R. (2011). *Influência recíproca entre atividade profissional e vida familiar: percepção de pais/mães*. *Acta Paul Enferm*, 24(3), 373-380. Acedido em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023873011>
- Rodrigues, A.B., & Chaves, E.C. (2008). *Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 16(1), 24-28.

Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000100004&script=sci_arttext&tlng=pt

- Rodrigues, V.M.C.P., & Ferreira, A.S.S. (2011). *Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 19(4), 1-9. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_23.pdf
- Rosso, E., Junior, E. J., Aggio, C. d., Trincaus, M. R., Possolli, G. T., & Zanoti-Jeronymo, D. V. (2014). *Avaliação do nível de estresse entre os profissionais de enfermagem atuantes no SAMU de Guarapuava-PR*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, pp. 13-17.
- Sacadura-Leite, E., & Uva A. S. (2010). *Stress (relacionado com o trabalho) e imunidade. Saúde & Trabalho: Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do trabalho. Setembro, Cadernos avulso 06 (2010), 150 p. Acedido em <http://www.spmtrabalho.com/downloads/ca06.pdf>
- Santos, I, Covita, H., & Pacheco, C. (2011). *Identificar necessidades de formação em cuidados continuados integrados*. Acedido em http://www.mcci.min-saude.pt/SiteCollection/Docullents/relatorio_necessidades_formacao_2011.pdf
- Santos, J.M., & Teixeira, Z. (2009). *O stresse profissional dos enfermeiros*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 368-378.
- Seabra, A. (2008). *Síndrome de burnout e a depressão no contexto da saúde ocupacional*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19388/2/Tesefinal.pdf>
- Sequeira, D.I.R. (2013). *O stress no enfermeiro cuidador do doente em fim de vida*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo-Escola Superior

de Saúde. Acedido em

http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1182/1/Diana_Sequeira.pdf

Silva, T. G., Kessler, R., Silva, P. C., Souza, S. S., Bittencourt, J. V., & Celich, K. L. (2016).

Estress de profissionais enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva do estado de Santa Catarina. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, 5, 29-30.

Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982) *Validity and Reliability of the Family*

Apgar Score as a Test of Family Function. The Journal of Family Practice, 15, 303-311. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7097168>

Teixeira, C.A.B., Pereira, S.de S., Cardoso, L., Selegim, M.R., Reis, L.N. dos, & Gherardi-

Donato, E.C.S. (2015). *Estresse ocupacional entre auxiliares e técnicos enfermagem: enfrentamento focado no problema*. Invest Educ Enferm.; 33(1), 28-34. Acedido em <https://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/21814/18077>

Valente, G.S., & Martins, C.C. (2010). *Influence of the stress in the occupational nurses'*

health who works in hospital emergency. Rev Enferm UFPE; 4(2): 533-538. Acedido em

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/697/pdf_31

Vaz Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª, Ed.) Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Vieira, L. C., Guimarães, L. A. M., & Martins, D. A. (2003). *O estresse ocupacional em enfermeiros*. In Guimarães, L. A. M., & Grubits, S. (Org.). Série saúde mental e trabalho (pp. 209-230). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). *A meta-analysis of studies os nurse`s Job*

satisfaction. Research in nursing & Health, 30, 445-458. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654483>

Anexos

Anexo I

Pedido de autorização ao autor da escala

António Rui Silva Gomes <rgomes@psi.uminho.pt>

23/09/16

para mim

Olá,

No nosso site abaixo ardh.gj, encontra informação sobre o instrumento e pode usar.
Bom trabalho

Rui Gomes
Professor Auxiliar / Assistant Professor
Universidade do Minho / University of Minho
Escola de Psicologia / School of Psychology
Campus de Gualtar
4710-057 Braga
Portugal
Tel: [+351 253.604.232](tel:+351253604232). Gabinete 1018
www.ardh-gj.com/ (Grupo de investigação / Research Group)

Anexo II

Pedido formal de parceria ao Conselho de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu



S. R.
Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Professor Doutor Carlos Pereira
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida nº 102
3500-843 Viseu

ASSUNTO: PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA SOBRE O ESTUDO/INVESTIGAÇÃO

O orientador/docente Prof. Dra. Rosa Maria Lopes Martins e o estudante Maria Inês Lopes Martins do Curso Mestrado em Enfermagem de Reabilitação no âmbito da unidade curricular de Relatório Final vêm solicitar a V. Exa. se digne submeter o pedido do estudo/ investigação sobre o tema Stress dos Profissionais de Saúde nas Unidade de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados à apreciação da Comissão de Ética da ESSV a fim de ser emitido parecer.

Para o efeito junta-se em anexo 1 o modelo "Dados do Projeto de Investigação" e em anexo 2 o instrumento de recolha de dados

Nota: Nos casos de dados pessoais sensíveis, nomeadamente os dados de saúde, dados genéticos, dados da vida privada e/ou dados relativos à raça ou etnia, o tratamento só é permitido quando se verificarem as condições de legitimidade constantes do n.º 2 do art. 7º da Lei nº 67/98 (LPD) pelo que deve fazer prova de ter essa autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Data

Pede Deferimento

O orientador/docente

O estudante



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

*Resposta ao interessado
27.10.2016*

FORMULÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ÉTICA DE PROJECTOS

PARECER Nº 20/2016

Estudante(s)	Maria Inês Lopes Martins
Orientador(es)	Profª Doutora Rosa Maria Lopes Martins
Curso	Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
No âmbito de	Relatório Final
Identificação do Estudo/Projecto	STRES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES DE MEDIA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
Data de submissão	14/10/2016
Relator	Enfermeiro Supervisor José Luís Gomes <i>José Luís Gomes</i>
A presidente da CE da ESSV	Prof. Doutora Ernestina Silva

<input checked="" type="checkbox"/>	PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (A proposta é eticamente aceitável)	MOTIVOS:
<input type="checkbox"/>	PARECER ÉTICO CONDICIONADO A AVALIAÇÃO (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos)	MOTIVOS: (ver requisitos)
<input type="checkbox"/>	PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL (como tal, o projecto não pode ser aprovado)	MOTIVOS:

Anexo III

Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
☎ 232 419 100
☎ 232 419 800
☎ 232 428 343



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Ex. Sr.

Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Seia
Dr. Alóides Henriques
Rua da Creche
6270-459
Seia



VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Maria Inês Lopes Martins do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Stress dos Profissionais de Saúde nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados". Pretende-se com este estudo identificar o nível de Stress dos Profissionais de Saúde das UCCI das Santas Casas da Misericórdia de Seia, Mangualde e Tábua, determinar correlações entre variáveis socio demográficas, familiares e profissionais, bem como identificar as potenciais fontes geradoras desse stress.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de Novembro e Dezembro de 2016, na Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Seia.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira



Ministério da Educação e Ciência
 Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
 3500-843 VISEU
 Telf. 232 419 100
 Telem. 961 011 800
 Fax 232 428 343

Ex.Sr.

Presidente da Associação de Beneficência Popular de
 Gouveia

Av. Cidade da Covilhã, Apartado 52
 6290 – 322
 Gouveia

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	Data: /06/2014
Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Maria Inês Lopes Martins do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Stress dos Profissionais de Saúde nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados". Pretende-se com este estudo identificar o nível de Stress dos Profissionais de Saúde das UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Seia e da Associação de Beneficência Popular de Gouveia, determinar correlações entre variáveis socio demográficas, familiares e profissionais, bem como identificar as potenciais fontes geradoras desse stress.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação, nos meses de Março e Abril de 2017, na Unidade de Longa Duração e Manutenção e Média Duração e Reabilitação da vossa Instituição.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a professora coordenadora Rosa Maria Lopes Martins é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSH,

 Professor Doutor Carlos Pereira

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

De: "João Granado" <joaogranado@abpg.pt>

Enviar: 8 de março de 2017 23:05

Para: essvgeral@essv.ipv.pt

Cc: "Luís Carrilho" <luis carrilho@abpg.pt>

Assunto: Solicitação de autorização para recolha de dados pela estudante Maria Inês Lopes Martins

Exmo Senhor

Doutor Carlos Pereira
Presidente da ESS Viseu

No âmbito da solicitação de autorização para recolha de dados a efetuar na Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Associação Beneficência Popular de Gouveia, pela estudante Maria Inês Lopes Martins do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação sob orientação da Srª Profª Drª Rosa Martins, venho informar que a mesma está autorizada.

No entanto, uma vez que o instrumento de colheita de dados é extenso e demoroso obriga a que a investigadora se desloque a esta UCCI para a sua aplicação (efetuar um contacto prévio).

Desde já muito obrigado pela escolha da nossa instituição.

Atentamente

Enfº Chefe

João Granado

Anexo IV

Instrumento de recolha de dados



MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu



Unidade Científico Pedagógica: Relatório Final

Investigador Principal: Rosa Maria Lopes Martins

Investigador Colaborador: Maria Inês Lopes Martins

Curso: Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

**O STRESS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS UNIDADES DE MÉDIA
DURAÇÃO E REABILITAÇÃO E LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO DA RNCCI**

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

NOTA DE ESCLARECIMENTO

Caro(a) Senhor(a),

Chamo-me Maria Inês Lopes Martins, sou aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viseu e encontro-me a desenvolver a minha Dissertação de Mestrado, sob a orientação da Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins, que pretende avaliar o Stress dos Profissionais de Saúde nas UMDR e ULDM da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Desta forma, venho por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste formulário.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si da forma mais honesta possível, **não existem respostas certas ou erradas**. É importante responder a todas as questões de acordo com a sua opinião.

As respostas são totalmente anónimas e serão apenas lidas pela equipa de investigação. Neste contexto, será garantida a sua confidencialidade sendo o mais importante a sua participação neste estudo.

Atenciosamente,

Maria Inês Lopes Martins

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo com o tema – “O Stress dos Profissionais de Saúde nas UMDR e ULDM da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ” e cujo objetivo principal é identificar o nível de Stress dos Profissionais de Saúde nessas Unidades, determinar correlações entre variáveis socio demográficas, familiares e profissionais, bem como identificar as potenciais fontes geradoras desse stress.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este formulário.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____ BI/CD n.º: _____,
data/validade _____

Morada: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador _____

Assinatura _____

SECÇÃO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Idade** _____ (anos)

2. **Género:** (assinale com um X)

Masculino

Feminino

3. **Estado Civil:** (assinale com um X)

Solteiro

Casado/União de facto

Divorciado/Separado

Viúvo

4. **Local de Residência:** (assinale com um X)

Meio Rural

Meio Urbano

5. **Habilitações literárias:** (assinale com um X)

- Não sabe ler nem escrever
- 1º Ciclo (4ª classe)
- 3º Ciclo (9º ano)
- Ensino Secundário
- Ensino Superior

SECCÃO II - CARATERIZAÇÃO PROFISSIONAL

1. **Profissão que desempenha no Local de Trabalho:** (assinale com um X)

- Enfermeiro
- Médico
- Auxiliar de Ação Médica
- Fisioterapeuta

2. **Tipologia da RNCCI em que exerce funções:** (assinale com um X)

- UMDR (Unidade de Média Duração e Reabilitação)
- ULDM (Unidade de Longa Duração e Manutenção)

3. **Experiência profissional na RNCCI** _____ (anos)

4. **Situação contratual com a Instituição da RNCCI** (assinale com um X)

- Recibos verdes
- Contrato a termo certo
- Contrato por tempo indeterminado
- Efetivo/a

5. **Presta serviços noutra Instituição?** (assinale com um X)

- Não
- Sim Se sim, em quantas instituições? _____

6. **Teve formação específica sobre a RNCCI?** (assinale com um X)

- Sim
- Não

SECÇÃO III - CARATERIZAÇÃO FAMILIAR

1. **Número de elementos do Agregado familiar:** (assinale com um X)
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 ou mais

2. **Algum elemento do Agregado Familiar se encontra em situação de dependência:** (assinale com um X)
 - Sim
 - Não

ESCALA DE APGAR FAMILIAR (Funcionalidade Familiar)

(Smilkstein, 1978; Versão Portuguesa: Agostinho & Rebelo, 1988)

Nesta secção, por favor, escolha a resposta que melhor representa a sua experiência familiar.

1. **Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?** (assinale com um X)
 - Quase sempre
 - Algumas vezes
 - Quase nunca

2. **Está satisfeito de como a sua família discute os assuntos** (assinale com um X)
 - Quase sempre
 - Algumas vezes
 - Quase nunca

3. **Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?** (assinale com um X)
 - Quase sempre
 - Algumas vezes
 - Quase nunca

4. **Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?** (assinale com um X)
 - Quase sempre
 - Algumas vezes
 - Quase nunca

5. **Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?** (assinale com um X)
 - Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca

SECÇÃO IV - AVALIAÇÃO DO STRESS

QUESTIONÁRIO DE STRESS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Gomes, A. R. (no prelo)

1ª PARTE

Na escala que se segue, assinale com um círculo o número que melhor indicar o nível de stress que sente geralmente no exercício da sua atividade profissional.

Em TERMOS GERAIS, a minha atividade profissional provoca-me...

Nenhum Stress	Pouco stress	Moderado Stress	Bastante stress	Elevado Stress
0	1	2	3	4

2ª PARTE

Apresentam-se seguidamente várias fontes potencialmente geradoras de stress na sua atividade profissional. Por favor, assinale com um círculo o número que melhor indicar o nível de stress/pressão gerado por cada potencial fonte ou fator no exercício da sua atividade profissional (0 = Nenhum stress; 2 = Moderado stress; 4 = Elevado stress). Se alguma das situações referidas não se aplicar ao seu caso particular, por favor não responda a essa questão deixando-a "em branco". Tenha igualmente em consideração o facto de neste questionário o termo "clientes" ser utilizado para identificar as pessoas a quem presta os seus serviços, cuidados, tratamentos ou instrução. Nas suas respostas pense nessas pessoas como "clientes" do serviço que presta, mesmo que possa usar outro termo no seu trabalho.

	NENHUM STRESS			ELEVADO STRESS	
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes	0	1	2	3	4

2.	O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
3.	A falta de perspectivas de desenvolvimento na carreira	0	1	2	3	4
4.	Trabalhar muitas horas seguidas	0	1	2	3	4
5.	Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares devido às minhas responsabilidades profissionais	0	1	2	3	4
6.	Falar ou fazer apresentações em público	0	1	2	3	4
7.	A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	0	1	2	3	4
8.	Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	0	1	2	3	4
9.	O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
10.	Falta de possibilidades de progressão na carreira	0	1	2	3	4
11.	A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou pessoal devido às minhas responsabilidades profissionais	0	1	2	3	4
12.	O excesso de trabalho relacionado com tarefas de carácter burocrático	0	1	2	3	4
13.	Receber um salário baixo	0	1	2	3	4
14.	Gerir problemas graves dos meus clientes	0	1	2	3	4
15.	Os conflitos interpessoais com outros colegas	0	1	2	3	4
16.	Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	0	1	2	3	4
17.	Viver com os recursos financeiros de que disponho	0	1	2	3	4
18.	Preparar ações de formação para realizar no meu local de trabalho	0	1	2	3	4
19.	A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	0	1	2	3	4
20.	Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	0	1	2	3	4
21.	Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	0	1	2	3	4
22.	A sobrecarga ou excesso de trabalho	0	1	2	3	4
23.	Salário inadequado/insuficiente	0	1	2	3	4
24.	Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade	0	1	2	3	4
25.	Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	0	1	2	3	4

O preenchimento do formulário terminou.

Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.

