

Instituto Superior Miguel Torga  
Escola Superior de Altos Estudos (ESAE)

**Stresse e Emoções dos profissionais de saúde numa Unidade de Cuidados  
Continuados Intensivos e Lar de Idosos**



Andreia Filipa Rodrigues Monteiro

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica  
Ramo de especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Coimbra, 2015



Stresse e Emoções dos profissionais de saúde numa Unidade de Cuidados Continuados  
Intensivos e Lar de Idosos

Andreia Filipa Rodrigues Monteiro

Dissertação Apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica

Ramo de especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Ana Galhardo

Coimbra, Setembro 2015

## **Agradecimentos**

A vida é feita de etapas, sem dúvida, e mais uma se aproxima do final, mas nada teria sido possível sem o apoio de algumas pessoas, que me acompanharam sempre ao longo deste longo percurso de forma incondicional, contribuindo assim para a minha formação pessoal e profissional.

Agradeço á minha orientadora Professora Doutora Ana Galhardo por todo o empenho, acompanhamento, orientação e dedicação prestada ao longo desta caminhada assim como toda a responsabilidade proposta e inculcada.

Aos profissionais de saúde da Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede, quero agradecer pela colaboração nesta investigação, pelo empenho que tiveram ao responder aos meus questionários.

Á minha mãe pelo apoio e dedicação incondicional, pois sem todo o seu esforço e todo o amor nada disto seria possível.

A toda a minha família pela sensibilização, compreensão e apoio prestado.

Á Maria por toda a força transmitida através do seu lindo sorriso que anima em todos os momentos, bons e maus. É a minha luz de inspiração.

Ao Carlos Santos pela paciência e todo o apoio prestado.

Á Mafalda pela amizade, companheirismo, dedicação e compreensão e toda a dedicação em todos os momentos da minha vida.

Á Maria Carlos por todos os momentos ao longo de todo este curso, pela amizade, ajuda, aceitação e compreensão sempre de forma amiga e condicional.

Á Andreia Santos por toda a amizade, carinho, dedicação, pelas conversas, palavras de estímulo e apoio sempre e pela enorme força que me transmitiu sempre.

Á Carolina Santos pelas gargalhadas e boa disposição sempre juntamente com a força e apoio que precisei.

Ao Ruben Gomes por todo o carinho prestado, apoio incondicional, palavras de força, motivação e entrega total.

Á Libânia a amizade e apoio todo prestado sempre.

À Doutora Sofia Arriaga pelo apoio prestado e pelas conversas.

À Ana Valente pela ajuda e apoio nesta etapa difícil.

Aos meus colegas de curso pelas conversas e apoio sempre prestado e presente.

A todos os meus amigos por toda a dedicação, carinho e apoio sempre

## **Resumo**

Cada vez se torna mais difícil para os profissionais de saúde, conseguir lidar com as emoções sentidas e vividas em diversos contextos de saúde, como lares de idosos e unidades de cuidados continuados, devido ao grau de exigência de que é necessitado por partes dos idosos nos diversos contextos de saúde em que se encontram. O objetivo deste estudo é perceber como os profissionais de saúde lidam com as várias emoções e mesmo situações de stresse nos contextos de saúde. Na presente investigação foi recolhida uma amostra de profissionais de saúde a exercer a sua atividade profissional em contexto de unidade de cuidados continuados e lar de idosos da Santa casa da Misericórdia de Cantanhede. De um universo de 75 profissionais, 50 participantes acederam a participar voluntariamente no estudo. Como instrumentos de avaliação, recorreu-se á Escala de Afeto Positivos e Negativo (PANAS - *Positive and Negative Affect Schedule*, à Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), ao Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS) e a um questionário sociodemográfico.

Conclui-se, relativamente à atividade profissional exercida, que a maioria são ajudantes de lar, e os restantes técnicos de saúde (enfermeiros, terapeutas, e técnicas de serviço social e psicóloga). Em relação à idade foi possível observar que esta se correlaciona negativamente com os níveis de stresse. No que respeita à questão da necessidade da formação, observa-se que a maioria dos participantes consideram este aspeto importante. Quanto ao tipo de vínculo pode concluir-se que a maioria pertence ao quadro, outra parte menor tem contrato a termo e os restantes, e a minoria são prestadores de serviços. Finalmente e no que respeita às variáveis relativas a tempo na área e ao número de horas semanais obteve-se uma correlação positiva com o stresse.

Palavras-chave: Stresse, Emoções, U.C.C.I, Lar de Idosos, Profissionais de Saúde

**Abstract:**

It is becoming more difficult for health professionals cope with felt and experienced feelings in different health contexts, such as nursing homes and continuing care units, due to the level of care that is needed for parts of older people in several health contexts in which they are. The aim of this study is to understand how health professionals deal with various emotions and even situations of stress in health contexts. In the present investigation was taken in a sample of health professionals to carry out their professional activity in the context of continuing care unit and nursing home of the Holy House of Mercy Cantanhede. A universe of 75 professionals, 50 participants agreed to voluntarily participate in the study, both health professionals and not everyone who has direct contact with the elderly. As assessment tools, we used the PANAS (emotions) and EADS (anxiety, depression and stress), QSPS (occupational stress) and a sociodemographic questionnaire.

It is concluded that in relation to professional activity carried out it appears that most are home helpers, and other health professionals (nurses, therapists, and social service techniques and psychologist, in thier age was observed that the higher the younger is stress. With regard to the question of the need for training is observed that most of the respondents said yes, considering important this aspect. As for the type of bond can be concluded that the majority belongs to the table, elsewhere have lower forward contract and the other, and the minority are service providers. Finally, as regards the variables relating to time in the area and the number of hours per week obtained a result of increased stress.

Keywords: Stress, Emotions, UCCI, Sheltered Housing, health professionals

## **Introdução**

O ano de 1999 foi declarado pelas Nações Unidas como o ano dos idosos sob o lema “construir uma sociedade para todas as idades”, pois certamente, o século XXI irá trazer novos desafios para o Homem que brotam de profundas alterações sociais, económicas, científicas e tecnológicas devido ao envelhecimento demográfico a nível mundial (Araújo & Carvalho, 2005).

Apesar de envelhecer não ser sinónimo de adoecer – isto porque a maioria dos idosos desfruta de saúde física, mental e social – a pessoa idosa tem uma maior probabilidade em desenvolver doenças crónicas-degenerativas tais como a demência, que podem comprometer a sua capacidade funcional, aumentando assim o risco de dependência de um cuidador (Fired & Guralnik, 1977).

A cronicidade da doença, a progressiva perda de autonomia do doente – que se traduz num dispêndio de tempo significativo na prestação de cuidados e ao isolamento social, associado às mudanças emocionais e comportamentais do mesmo, bem como, à perda da capacidade de estabelecer uma relação afetiva adequada com o cuidador – são capazes de desencadear sintomas e sentimentos tais como: fadiga, stresse, depressão, ansiedade, hostilidade, frustração, sentimentos de culpa, diminuição da autoestima, etc. (Pinquart & Sorensen,2003).

O nascimento de uma profissão não acontece sem dificuldades de percurso e a psicologia não foge á regra. Se a psicologia pode ser considerada antiga, a profissão só nas últimas décadas é que se tem vindo a estruturar.

A intervenção dos psicólogos padece de uma grande complexidade. Enquanto psicólogos, interessa por um lado, o exercício da psicologia e por outro lado a função da psicologia como cadeia profissional das instituições médicas.

Ao longo da vida, as pessoas são confrontadas com acontecimentos de vida que, exigindo mudanças na sua forma de estar, de pensar, de sentir e de agir, promovendo o desenvolvimento. Os acontecimentos podem ter um carácter normativo se forem decorrentes da idade cronológica e do desenvolvimento pessoal ou de carácter não normativo se não estiverem associados a nenhum padrão homogéneo nem a acontecimentos esperados.

A moderna tecnologia utilizada nos cuidados intensivos transforma o espaço do hospital num ambiente complexo e perturbador para família do doente. A equipa da saúde centra a sua atenção em todos os equipamentos envolventes do doente para a promoção de repleto bem-estar.

A atividade dos profissionais de saúde nos cuidados continuados é bastante exigente e geradora de stresse. O confronto com o sofrimento e com as dificuldades perante situações-limite, podem criar sentimentos de impotência, difíceis de gerir.

Segundo Lazarus (1991,1995), a experiência do *stresse* ocupacional tende a ocorrer quando os trabalhadores começam a sentir que os seus recursos pessoais são insuficientes para lidar com as exigências que lhe são colocadas pela atividade laboral.

Origina-se o stresse profissional a partir da insatisfação por parte dos indivíduos quando percebem que o trabalho não satisfaz as suas necessidades de realização profissional ou quando não vai ao encontro dos seus valores ou ainda quando entendem que não são recompensados adequadamente pelo seu esforço a nível monetário e não só (Siegrist, 1996; Loureiro, 2006).

Segundo Gomes (1998), verifica-se que as respostas disfuncionais por parte do indivíduo em relação à sua ocupação tendem a ocorrer sempre que se verifica uma das seguintes situações: quando o profissional se sente incapaz de controlar as condições de trabalho; quando não possui estratégias de confronto adequadas e adaptadas à situação e, quando não possui qualquer fonte de apoio social que o ajude a lidar com as dificuldades colocadas pela sua profissão. Estas três situações podem originar vários tipos de reações a nível comportamental, fisiológico, emocional e cognitivo (Levi, 1990; Gomes, 1998). Assim, Tattersall e Farmer (1995) referem que o stresse ocupacional pode ser percebido como uma incapacidade do sujeito em adaptar-se às constantes mudanças e exigências colocadas pelo seu contexto de trabalho.

Hoje em dia, o stresse ocupacional e o *Burnout* são vistos como um problema psicossocial. As instituições de saúde, especialmente os hospitais e os centros de saúde constituem ambientes de trabalho com características organizacionais normalmente associadas ao stresse (Silva, Queirós & Rodrigues, 2009).

Define-se o stresse ocupacional como um fenómeno que afeta uma grande percentagem de trabalhadores no mundo do trabalho, sendo que, este stresse ocupacional pode

originar o *Burnout*. Este pode ser conceptualizado como a fase final do stress profissional crónico. De acordo com Maslach (1998, 2006;Oliveira 2008), o *Burnout* pode ser definido como a fase final do stress profissional crónico, apresentando três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuída realização pessoal.

Segundo Chambel (2005; Martins, 2008) pode-se distinguir o grau de atividade que alterna entre ativo e passivo, e o de exigências que alterna entre elevadas e reduzidas. O nível de exigências pode ter efeitos maléficos quer na saúde física quer na saúde psicológica.

Pode-se considerar que o stress é “um desgaste geral do organismo ocasionado por alterações psicofisiológicas diante de situações que despertam, emoções, tanto boas quanto más, que exijam mudanças. Essas situações constituem fontes de stress e podem ter causas internas (geradas no próprio indivíduo, criadas e relacionadas ao tipo de personalidade) e externas (eventos que ocorrem na vida da pessoa, podendo ser agradáveis ou desagradáveis)”. Muniz, Primi e Miguel (2007)

Os hospitais constituem, geralmente, organizações de grande dimensão e sempre de grande complexidade. Aspetos que podem estar na origem dessa complexidade são, designadamente, a existência de relações hierárquicas múltiplas e complexas, a nível formal mas também a nível funcional, a interdependência da atividade dos vários grupos profissionais e os elevados níveis de especialização das tarefas.

Todas essas características constituem fatores de natureza organizacional que podem favorecer, por exemplo, o aparecimento de conflitos interpessoais naquelas organizações (Calhoun, 1980). Outra característica muito importante associada à atividade dos profissionais de saúde diz respeito à responsabilidade por pessoas. Essa responsabilidade abrange não só os doentes, mas também outros aspetos relacionados, por exemplo, com a satisfação de familiares e de amigos, para além da responsabilidade social. A responsabilidade por pessoas parece estar na origem de níveis mais elevados de stress que a responsabilidade por aspetos de natureza material.

É de salientar que os agentes ou as circunstâncias indutoras de estados de stress não têm de ser, necessariamente, de natureza psicossocial. Outros agentes, designadamente de natureza física, química ou biológica, podem constituir uma ameaça percebida pelo trabalhador a qual, por sua vez, poderá estar associada a estados de stress mais ou menos mantidos no tempo. Entre os profissionais de saúde, por exemplo, um fator

indutor de stresse relacionado com o trabalho de natureza biológica poderá ser a ameaça de contágio sentida na prestação de cuidados a doentes infetados com o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ou os vírus das Hepatites, particularmente em profissionais que iniciam a sua atividade em enfermarias de serviços de infeciologia. Os fatores de risco de natureza psicossocial englobam os aspetos da organização, da gestão, do contexto social, do ambiente de trabalho ou da própria atividade e poderão estar relacionadas com o contexto de trabalho ou com o seu próprio conteúdo.

As emoções constituem um desafio permanente à capacidade do ser humano pensar sobre si e sobre a sua relação com o mundo. Compreender as emoções, enquanto figuras do comportamento humano, constitui um dos grandes objetivos para quem desenvolve a sua atividade profissional com e para as pessoas.

As emoções não são atos racionais, portanto não são causas (diretas) de cognição. Estas geram sentimentos, atos racionais e por vezes até atos irracionais.

Neste sentido, o propósito de associar a mente emocional e a mente racional orienta-nos para as matrizes emocionais como leme do comportamento humano e do desempenho profissional. A harmonia e o equilíbrio constantes entre as duas mentes (racional e emocional) tornam as pessoas emocionalmente inteligentes: a mente emocional suporta a mente racional; a mente racional assume um papel de ‘controlo’ da mente emocional. A relação constante de equilíbrio entre a mente emocional e a mente racional funde-se numa relação de reciprocidade: quanto mais intenso é o sentimento, maior é o domínio da mente emocional sobre a mente racional; por sua vez a mente racional, através das linhas orientadoras de bom senso e boas práticas que recebe (da mente emocional), controla a mente emocional (Damásio, 2000).

A ansiedade e depressão são claramente distintas do ponto de vista fenomenológico mas empiricamente tem sido difícil separar os dois.

Com o tempo, as relações entre as dimensões afetivas negativas, ansiedade e depressão, têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico como no da saúde mental e, por isso, constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia. A ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão. Até finais do século XIX as perturbações de ansiedade não se separavam de outras perturbações do humor. Os casos menos graves eram, então, denominados de neurastenia (Gelder, Gath, Mayou, & Cowen, 1996).

Estes termos são considerados independentes mas é reconhecida a sobreposição entre a ansiedade e depressão tanto do ponto de vista da saúde mental como do ponto de vista estatístico. Na psicopatologia a ansiedade e a depressão são constituintes determinantes de um grande leque de doenças mentais

A presente investigação pretendeu explorar os sintomas emocionais negativos de depressão, ansiedade e stresse em profissionais de saúde que exercem a sua atividade profissional num contexto de unidade de cuidados continuados intensivos e lar de idosos, bem como os níveis de stresse ocupacional que estes profissionais podem evidenciar. Paralelamente procurou-se averiguar a existência de relações entre os sintomas emocionais negativos e variáveis sociodemográficas e relacionadas com o trabalho.

## **Material e Métodos**

### **Participantes**

Na presente investigação foi recolhida uma amostra de profissionais de saúde a exercer a sua atividade profissional em contexto de unidade de cuidados continuados e lar de idosos da Santa casa da Misericórdia de Cantanhede. De um universo de 75 profissionais, 50 participantes acederam a participar voluntariamente no estudo, tendo havido uma taxa de resposta de cerca de 67%. Destes 50 participantes 90% são do sexo feminino ( $n = 45$ ) e 10% do sexo masculino ( $n = 5$ ). Outros elementos respeitantes à caracterização dos participantes serão apresentados na secção de Resultados.

## **INSTRUMENTOS**

### **Questionário sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico é dividido por duas partes, a primeira integra as variáveis sociodemográficas sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão e a segunda parte engloba questões relativas à situação profissional como o tempo que trabalha na área, se sente necessidade de uma formação mais específica, se sente necessidade de recorrer a ajuda psicológica, se considera útil algum acompanhamento em virtude da profissão, o tipo de vínculo que mantém com a instituição, ou seja, se pertence ao quadro, se é contrato de trabalho a termo ou se é prestação de serviços, o número de horas de trabalho, se tem outro trabalho para além do mesmo e por fim se trabalha por turnos.

## **PANAS**

*Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark e Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha&Pais-Ribeiro, 1988)

A PANAS foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988), com o objetivo de avaliar o bem-estar subjetivo e a afetividade. A escala original é constituída por 20 itens que pretendem avaliar o afeto positivo (10 itens) e o afeto negativo (10 itens), numa escala de Likert que varia entre [muito pouco ou nada (1) e muitíssimo (5)]. Dos vinte itens, dez pertencem à componente positiva/Afeto Positivo (e.g., entusiasmo, inspiração, interesse) e os outros dez à componente negativa/ Afeto Negativo (irritação, medo, nervosismo).

Na versão original deste instrumento os valores de consistência interna das escalas numa amostra de estudantes variaram entre.86 e.90 para a escala de afeto positivo e entre.84 e.87 para a escala de afeto negativo (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). Por sua vez na versão portuguesa da escala os valores de consistência interna revelaram-se de magnitude similar aos encontrados na versão original. Ou seja, utilizando igualmente uma amostra de estudantes, foram encontrados valores de alfa de Cronbach de.86 na escala de afeto positivo e de.89 na escala de afeto negativo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Na amostra do presente estudo foram obtidos valores de alfa de Cronbach de.78 e de.72 para as subescalas de afeto negativo e de afeto positivo, respetivamente.

## **Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS; Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2000 corresponde à versão portuguesa da *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS 21; Lovibond & Lovibond, 1995).

A *Depression, Anxiety and Stress Scale*, é uma versão de 21 itens (DASS-21), é um instrumento que permite avaliar depressão, ansiedade e stresse. A escala original de Lovibond e Lovibond (1995) é composta por três subescalas (depressão, ansiedade e stress), cada uma com 7 itens, que são respondidos segundo uma escala tipo Likert, de 4 pontos (0 - Não se aplicou a mim; 1 - Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo; 2 - Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo; 3 - Aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo). A primeira subescala avalia o

estado emocional de depressão, sintomas de inércia, anedonia, disforia, falta de interesse/envolvimento, auto-depreciação, desvalorização da vida e desânimo, a segunda avalia o estado emocional de ansiedade, a excitação do sistema nervoso autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade e, finalmente, a última subescala avalia o stresse, a dificuldade em relaxar, a excitação nervosa, fácil perturbação/agitação, irritabilidade/reação exagerada e impaciência.

A EADS assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja assume que as diferenças na depressão, ansiedade e stresse experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau.

Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave”. Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as escalas do seguinte modo: a depressão principalmente pela perda de autoestima e de motivação, e está associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stresse sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

Na versão portuguesa desta escala foram encontrados os seguintes valores de consistência interna, medida através do alfa de Cronbach. Os resultados encontrados para a EADS foram respetivamente de 0,85 (0,93 na versão de 14 itens) para a escala de depressão, de 0,74 para a de ansiedade (0,83 na versão de 14 itens) e de 0,81 para a de stresse (0,88 na versão de 14 itens). Como a consistência interna aumenta com o número de itens da escala, uma outra medida indicadora é a correlação item escala a que pertence corrigida para sobreposição. Para a escala de depressão, na versão de 7 itens os valores variaram entre 0,55 e 0,72 com valores dominantes na casa dos 0,60; na versão de 14 itens as correlações variam entre 0,57 e 0,76 com valores dominantes na casa dos 0,70. Para a escala de ansiedade os valores variaram entre 0,34 e 0,57 com valores dominantes na casa dos 0,50, enquanto para a versão de 14 itens esses valores foram entre os 0,29 e 0,63 com valores dominantes na casa dos 0,40. Para escala de stresse os valores variaram entre 0,44 e 0,69 com valores dominantes na casa dos 0,50; para a versão de 14 itens variaram entre os 0,42 e 0,70 com valores dominantes igualmente na casa dos 0,50.

Na nossa amostra a consistência interna das 3 subescalas revelou-se boa, tendo sido obtido um valor de .87 para a subescala de ansiedade, de .90 para a subescala de depressão e de .89 para a subescala de stresse.

### **Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde (QSPS)**

Este instrumento foi desenvolvido a partir dos trabalhos originais de Cruz e Melo (1996), Gomes (1998) e Melo e Cruz (2000).

Realizado por psicólogos portugueses, fazendo-se a adaptação dos itens de avaliação das fontes de stresse de acordo com os profissionais de saúde a que se destina o instrumento.

O questionário compreende duas partes distintas. Na primeira fase é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de stresse que experienciam na sua atividade, através de um único item (0 = Nenhum Stresse; 4 = Elevado Stresse).

Na segunda parte, são avaliadas as potenciais fontes de stresse no exercício da atividade dos profissionais de saúde.

Este questionário apresenta 40 itens e divide-se em seis dimensões. São estas o lidar com clientes; o excesso de trabalho; a carreira e a remuneração; as relações profissionais; as ações de formação e os problemas familiares.

O QSPS revelou os seguintes valores de consistência interna, medida através do alfa de *Cronbach*; em relação a lidar com clientes (4 itens;  $\alpha = .82$ ): refere-se aos sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços; nas relações profissionais (5 itens;  $\alpha = .87$ ): descreve o mal-estar dos profissionais relativamente ao ambiente de trabalho bem como à relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos; no excesso de trabalho (4 itens;  $\alpha = .83$ ): diz respeito à excessiva carga de trabalho e de horas de serviço a realizar; na carreira e remuneração (5 itens;  $\alpha = .89$ ): indica os sentimentos de mal-estar relacionados com a falta de perspectivas de desenvolvimento da carreira profissional e de insatisfação com o salário recebido; em relação às ações de formação (3 itens;  $\alpha = .84$ ): reporta as experiências negativas dos profissionais em situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas; e no que respeita aos

problemas familiares (3 itens;  $\alpha = .51$ ), descreve os problemas de relacionamento familiar e a falta de apoio por parte de pessoas significativas.

No nosso estudo o valor de consistência interna para a escala total foi de .91. Relativamente às 6 dimensões consideradas os valores de alfa de *Cronbach* encontrados foram os seguintes: obteve-se um valor de 0.55 para a subescala QSPS Clientes, um valor de 0.67 para a subescala QSPS Trabalho, um valor de 0.86 para a subescala QSPS Carreira, um valor de 0.77 para a subescala QSPS relação, um valor de 0.64 para a subescala QSPS Formação e por fim um valor de 0.51 para a subescala QSPS Problemas.

De referir que 3 das subescalas revelaram valores de consistência interna na presente amostra que ficam aquém do recomendado de acordo com os critérios de Nunally (1978). Ainda assim, optámos por manter a sua análise dado que possivelmente tal se fica a dever ao reduzido número de itens que as compõem. Por outro lado, DeVellis (1991) considera que no âmbito das ciências sociais valores de consistência interna por volta de .60 podem ser considerados aceitáveis.

## **Procedimentos**

Após ter-se procedido ao desenho da investigação, começou-se por solicitar aos autores dos instrumentos de autorresposta seleccionados a autorização para a sua utilização. Paralelamente, foi requerida ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede, Dr. António Alexandre Henriques a autorização para a realização do estudo nesta instituição. Para este efeito foram explicitados o âmbito e objetivos do estudo e solicitada a colaboração na recolha de dados junto dos profissionais de saúde da Santa Casa, usando para o efeito um conjunto de instrumentos de autorresposta.

Depois de obtidas as respetivas autorizações, deu-se início à administração dos questionários, solicitando a participação voluntária dos referidos profissionais. A finalidade do estudo foi esclarecida e a garantia de anonimato e confidencialidade assegurados, sendo que os participantes eram livres de desistir em qualquer momento, tendo fornecido o seu consentimento informado.

A recolha de dados ocorreu entre Janeiro e Março de 2015.

## **Análise Estatística**

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Visto que a amostra de participantes é superior a 30 (igual a 50), assumiu-se que as variáveis dependentes possuem uma distribuição normal, e as variâncias populacionais são homogéneas, pelo que foram utilizados testes estatísticos paramétricos (Maroco, 2011).

Sempre que se pretendeu comparar pares de médias de variáveis contínuas recorreu-se ao teste t-Student para duas amostras independentes. Por sua vez sempre que a comparação de médias envolveu mais que dois grupos procedeu-se ao cálculo da análise da variância (ANOVA *oneway*). Para a exploração da existência de associações entre as variáveis em estudo foram usadas as correlações de Pearson.

Em todas as análises realizadas foi considerado um nível de significância de  $p = .05$ .

## **Resultados**

De seguida são apresentados os resultados mais relevantes obtidos nesta investigação.

Como se pode observar na Tabela 1, a idade média dos inquiridos é de 39 anos ( $DP = 11,5$ ) e em relação ao estado civil verifica-se que 62% são casados, 28% são solteiros e a restante percentagem corresponde a divorciados (6%) e viúvos (4%).

Quanto ao grau de escolaridade constata-se que 44% tem o ensino básico, 26% o ensino secundário e 30% o ensino superior (tendo a maioria grau de licenciatura, havendo apenas um inquirido com grau de mestrado).

Na tabela 1, encontram-se as principais características relativas às variáveis sociodemográficas e de trabalho da nossa amostra.

**Tabela 1 - Principais Variáveis Sociodemográficas**

		Amostra total		Feminino		Masculino	
		n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>							
	Feminino	45	90%	45	100%	0	0%
	Masculino	5	10%	0	0%	5	100%
<b>Estado Civil</b>							
	Solteiro	14	28%	10	22.2%	4	80%
	Casado	31	62%	30	66.7%	1	20%
	Divorciado	3	6%	3	6.7%	0	0%
	Viúvo	2	4%	2	4.4%	0	0%
<b>Escolaridade</b>							
	Básico	22	44%	20	44.4%	2	40%
	Secundário	13	26%	12	26.7%	1	20%
	Superior	15	30%	13	28.9%	2	40%
<b>Profissão</b>							
	Ajudantes de lar e Animadores	34	68%	33	73.3%	1	20%
	Técnicos de Saúde	12	24%	8	17.8%	4	80%
	Técnicos de Serviço Social e Psicologia	4	8%	4	8.9%	0	0%
<b>Idade</b>							
	Média	39.0		40.1		28.8	
	DP	11.5		11.4		3.7	

Na tabela 2, serão apresentadas outras características de outras variáveis sociodemográficas estudadas, nomeadamente aquelas que se encontram relacionadas com a função exercida.

Relativamente à atividade profissional exercida constata-se que a maioria são ajudantes de lar (68%), técnicos de saúde (enfermeiros, terapeutas com 28%) e técnicas de serviço social e psicóloga com 8%.

No que respeita à questão da necessidade da formação observa-se que 80% dos participantes responderam sim ( $n = 40$ ), considerando importante este aspeto (esta percentagem é igual em ambos os sexos,  $n = 36$  para o sexo feminino e  $n = 4$  para o sexo masculino).

Em relação à necessidade psicológica o número de respostas positivas foi de 34% ( $n = 17$ ) no que se refere ao total da amostra. Por sexo, os valores foram de 31% ( $n = 14$ ) para o sexo feminino e de 60% ( $n = 3$ ) para o sexo masculino.

Relativamente à utilidade psicológica o número de respostas positivas foi de 62% ( $n = 31$ ) no que se refere ao total da amostra. Por sexo, os valores foram de 60% ( $n = 27$ ) para o sexo feminino e de 80% ( $n = 4$ ) para o sexo masculino.

Quanto ao tipo de vinculação pode concluir-se que 62% ( $n = 31$ ) pertence ao quadro, 26% ( $n=13$ ) tem contrato a termo e os restantes 12% ( $n = 6$ ) são prestadores de serviços. Por sexo os valores são respetivamente 64% ( $n = 29$ ), 27% ( $n = 12$ ) e 9% ( $n = 4$ ) para o sexo feminino, para o sexo masculino verificou-se as seguintes percentagens 40% ( $n = 2$ ), 20% ( $n = 1$ ) e 40% ( $n = 2$ ), respetivamente.

De acordo com os resultados conclui-se também que 82% dos participantes ( $n = 41$ ) não tem qualquer outra atividade profissional, dos restantes, 12% apresentam outra atividade dentro da mesma área 6% ( $n = 3$ ) e 12% numa outra área ( $n = 6$ ). Em relação a este aspeto para o sexo feminino verifica-se que 87% ( $n = 39$ ) não tem qualquer outro tipo de atividade, 4% ( $n = 2$ ) tem outra atividade na mesma área e 9% ( $n = 4$ ) tem outra atividade mas numa área diferente. Para o sexo masculino os valores são 40% ( $n = 2$ ), 20% ( $n = 1$ ) e 40% ( $n = 2$ ) respetivamente.

Quanto ao trabalho por turnos, 74% dos participantes responderam afirmativamente ( $n = 37$ ) e 26% responderam negativamente ( $n = 13$ ). Dos participantes que desenvolvem a atividade por turnos encontram-se 73% do sexo feminino ( $n = 33$ ) e 80% do sexo masculino ( $n = 4$ ).

Finalmente e no que respeita às variáveis relativas a tempo na área e ao número de horas semanais obteve-se uma média de 8.6 anos ( $DP = 9.0$ ) no total da amostra. Para os sexos feminino e masculinos os valores foram, respetivamente, de 9.2 anos ( $DP = 9.2$ ) e 2.8 anos ( $DP = 2.0$ ). Relativamente ao número de horas semanais, obteve-se uma média de 34.5 horas ( $DP = 5.3$ ) no total da amostra. Para os sexos feminino e masculinos os valores foram, respetivamente, de 34.7 anos ( $DP = 5.0$ ) e 32.0 anos ( $DP = 7.5$ ).

**Tabela 2 – Variáveis Sociodemográficas relacionadas com a Atividade Profissional**

	<b>Amostra total</b>		<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Necessidade de formação</b>						
Sim	40	80%	36	80%	4	80%
Não	10	20%	9	20%	1	20%
<b>Necessidade psicológica</b>						
Sim	17	34%	14	31.1%	3	60%
Não	33	66%	31	68.9%	2	40%
<b>Utilidade psicológica</b>						
Sim	31	62%	27	60%	4	80%
Não	19	38%	18	40%	1	20%
<b>Tipo de vínculo</b>						
Pertence ao Quadro	31	62%	29	64.4%	2	40%
Contrato a Termo	13	26%	12	26.7%	1	20%
Prestação de Serviços	6	12%	4	8.9%	2	40%
<b>Outro trabalho</b>						
Sim, na mesma área	3	6%	2	4.4%	1	20%
Sim, outra área	6	12%	4	8.9%	2	40%
Não	41	82%	39	86.7%	2	40%
<b>Trabalho por turnos</b>						
Sim	37	74%	33	73.3%	4	80%
Não	13	26%	12	26.7%	1	20%
<b>Tempo na Área</b>						
Média	8.6		9.2		2.8	
DP	9.0		9.2		2.04	
<b>Número de horas semanais</b>						
Média	34.5		34.7		32.0	
DP	5.3		5.0		7.5	

De seguida serão apresentados os resultados quando considerada a variável sexo (Tabela 3). De realçar que um dos grupos (sexo masculino) tem uma dimensão inferior à adequada, pelo que os resultados obtidos podem não ser totalmente rigorosos.

**Tabela 3** – Valores médios das variáveis em estudo em função do sexo e teste

		<b>Sexo Feminino</b> <b>(n = 45)</b>	<b>Sexo Masculino</b> <b>(n = 5)</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
		Média (DP)	Média (DP)		
<b>PANAS</b>	Positivo	26.2 (5.8)	27.6 (9.7)	-0.44	0.665
	Negativo	18.0 (5.5)	17.2 (5.8)	1.18	0.243
<b>EADS</b>	Depressão	5.7 (4.8)	6.6 (4.2)	1.01	0.318
	Ansiedade	4.8 (5.0)	5.2 (4.6)	0.88	0.381
	Stresse	6.8 (5.5)	6.8 (4.1)	1.22	0.227
<b>QSPS</b>	Cliente	7.7 (3.1)	6.4 (1.9)	-0.95	0.346
	Trabalho	7.6 (3.1)	8.4 (2.8)	0.50	0.620
	Carreira	10.6 (5.1)	12.6 (4.3)	0.81	0.422
	Relação	10.4 (3.9)	12.8 (6.1)	1.17	0.248
	Formação	5.6 (2.5)	5.8 (2.7)	0.09	0.927
	Problema	6.4 (3.0)	6.2 (2.1)	-0.16	0.875

Da observação da tabela anterior constata-se que não existem diferenças estatisticamente relevantes para as variáveis em estudo em função do sexo. Conclui-se, assim que os valores médios das variáveis principais são semelhantes para homens e mulheres.

Seguidamente procurou-se comparar os valores médios das variáveis principais em função da existência de trabalho por turnos. Na tabela 4 podem encontrar-se os resultados obtidos.

**Tabela 4** - Valores médios das variáveis em estudo em função do turno e teste

		<b>W_Turnos</b> <b>Sim (n = 37)</b>	<b>W_Turnos</b> <b>Não (n = 13)</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
		Média (DP)	Média (DP)		
<b>PANAS</b>	Positivo	26.4 (6.4)	26.3 (5.6)	0.01	0.992
	Negativo	18.1 (5.6)	17.4 (5.1)	0.38	0.708
<b>EADS</b>	Depressão	6.4 (4.9)	4.1 (3.8)	1.48	0.147
	Ansiedade	5.2 (4.7)	3.8 (5.4)	0.89	0.379
	Stresse	7.1 (5.3)	6.3 (5.4)	0.43	0.670
<b>QSPS</b>	Cliente	7.5 (2.9)	7.7 (3.2)	-0.21	0.838
	Trabalho	7.7 (3.1)	7.6 (3.0)	0.17	0.868
	Carreira	10.4 (4.6)	12.0 (6.1)	-0.95	0.349
	Relação	9.7 (3.6)	13.3 (4.6)	<b>-2.84</b>	<b>0.007</b>
	Formação	5.9 (2.3)	5.1 (2.8)	1.04	0.304
	Problema	6.8 (2.9)	5.1 (2.6)	1.81	0.077

Da análise dos valores da Tabela 4 verifica-se que os dois grupos de indivíduos considerados (os que trabalham por turnos e não trabalham por turnos) diferem entre si apenas na variável QSPS Relação ( $p= 0.007$ ). Todas as outras variáveis não revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, ao nível dos sintomas emocionais negativos de depressão, ansiedade e stresse, verifica-se que os valores médios destas variáveis são inferiores no grupo dos indivíduos que não trabalham por turnos.

No caso da depressão o valor médio foi de 4.1, no grupo que não trabalha por turnos e de 6.4 no grupo que trabalha por turnos. Em relação as variáveis ansiedade e stresse observa-se que os valores médios são de 3.8 e 5.2 (no caso da ansiedade) e de 6.3 e de 7.4 no caso do stresse).

Estes resultados corroboram que as pessoas que trabalham por turnos têm índices de depressão, de ansiedade e de stresse superiores aos que não trabalham por turnos.

Em relação ao PANAS (positivo e negativo) os índices médios são semelhantes no que respeita aos dois grupos considerados.

Após a exploração de diferenças entre os sexos e entre o tipo de horário de trabalho (turnos ou não turnos) relativamente aos sintomas emocionais negativos e em relação às dimensões do stresse ocupacional, foi analisada a eventual existência de diferenças nas variáveis consideradas tendo em conta o tipo de vínculo laboral dos participantes. Como a variável vinculação apresenta três grupos de indivíduos (pertence a o quadro, contrato a termo e prestação de serviços) o estudo estatístico foi levado a cabo recorrendo ao teste ANOVA (*oneway*). Na tabela 5 estão sumariados os resultados.

**Tabela 5** - Valores médios das variáveis em estudo em função do tipo de vínculo laboral e ANOVA

		<b>Pertence ao Quadro (n=31)</b>	<b>Contrato a Termo (n=13)</b>	<b>Prestação de Serviços (n=6)</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		
<b>PANAS</b>	Positivo	25.8 (6.2)	26.4 (7.1)	29.1 (3.3)	0.71	0.496
	Negativo	19.0 (6.1)	17.0 (3.8)	14.5 (2.7)	2.06	0.139
<b>EADS</b>	Depressão	6.3 (4.9)	4.0 (2.2)	7.0 (7.1)	1.33	0.274
	Ansiedade	5.2 (5.3)	3.8 (2.6)	5.5 (7.3)	0.39	0.677
	Stresse	7.0 (5.6)	6.3 (4.2)	7.0 (6.8)	0.07	0.935
<b>QSPS</b>	Cliente	7.1 (3.1)	8.2 (2.4)	8.8 (3.5)	1.17	0.319
	Trabalho	7.1 (3.1)	8.9 (2.4)	8.5 (3.6)	1.87	0.165
	Carreira	9.9 (5.1)	11.2 (4.2)	15.0 (4.3)	2.80	0.071
	Relação	10.1 (4.0)	10.1 (3.7)	14.8 (4.3)	<b>3.61</b>	<b>0.035</b>
	Formação	5.1 (2.6)	6.9 (1.7)	5.6 (2.8)	2.28	0.114
	Problema	5.7 (2.7)	7.5 (2.4)	7.3 (4.3)	2.17	0.131

Na comparação dos valores médios dos três grupos, observa-se que apenas a variável QSPS relação apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0.035$ ). Estas diferenças são notórias quando se compara o grupo relativo à prestação de serviços ( $M = 14.8$ ) em relação aos outros dois grupos.

Aplicando o teste ANOVA aos totais médios da variável “Tipo de Vínculo”, para cada grupo de indivíduos, constata-se que não existem diferenças significativas para um nível de significância 5% ( $p = 0.534 > 0.05$ ). No entanto, observam-se valores médios superiores no caso da amostra referente aos indivíduos prestadores de serviços, grupo que se encontra sujeito a mais de situações de stresse.

### Análise de correlação

Foram também neste trabalho efetuados estudos de correlação entre as variáveis principais e as variáveis idade, tempo de trabalho e horas de trabalho semanal. Na Tabela 6 encontram-se os valores referentes a esta análise de correlações.

**Tabela 6** – Correlações entre a idade, o tempo de trabalho, o número de horas de trabalho semanais e as variáveis em estudo

		<b>Idade</b>	<b>Tempo de trabalho</b>	<b>Horas de trabalho semanal</b>
		<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>	<i>r (p)</i>
<b>PANAS</b>	Positivo	-0.16 (0.271)	-0.19 (0.185)	0.25 (0.080)
	Negativo	0.03 (0.850)	0.21 (0.152)	0.10 (0.471)
<b>EADS</b>	Depressão	0.06 (0.695)	0.19 (0.185)	-0.06 (0.691)
	Ansiedade	-0.09 (0.528)	0.16 (0.271)	-0.07 (0.620)
	Stresse	-0.12(0.397)	0.11 (0.447)	-0.02 (0.911)
<b>QSPS</b>	Cliente	-0.25 (0.080)	<b>-0.31 (0.027)</b>	0.09 (0.545)
	Trabalho	<b>-0.39 (0.005)</b>	<b>-0.38 (0.006)</b>	0.04 (0.78)
	Carreira	<b>-0.40 (0.004)</b>	<b>-0.42 (0.003)</b>	-0.09 (0.549)
	Relação	<b>-0.33 (0.018)</b>	<b>-0.42 (0.003)</b>	0.01 (0.970)
	Formação	-0.16 (0.272)	<b>-0.38 (0.007)</b>	-0.07 (0.646)
	Problema	<b>-0.31 (0.028)</b>	<b>-0.28 (0.048)</b>	-0.05 (0.746)

Na tabela anterior foram apresentados os resultados considerados estatisticamente relevantes, isto é quando as correlações eram significativas.

Da análise dos resultados constata-se que as correlações estatisticamente significativas são essencialmente aquelas que relacionam as várias variáveis QSPS com as variáveis idade e tempo de trabalho

As correlações obtidas são todas negativas, o que significa que os valores médios dos valores QSPS diminuem com o aumento da idade e do tempo de trabalho.

Para as variáveis tempo de trabalho e horas de trabalho observa-se que não existe correlação entre estas variáveis e a variável total.

Da análise efetuada verificou-se que tanto as variáveis PANAS como a variável EADS não apresentam uma correlação significativa com as três variáveis mencionadas.

## **Discussão e Conclusão**

O presente estudo pretendeu explorar os sintomas emocionais negativos de depressão, ansiedade e stresse em profissionais de saúde que exercem a sua atividade profissional num contexto de unidade de cuidados continuados intensivos e lar de idosos, bem como os níveis de stresse ocupacional que estes profissionais podem evidenciar. Paralelamente procurou-se averiguar a existência de relações entre os sintomas emocionais negativos, stresse ocupacional e variáveis sociodemográficas e relacionadas com o trabalho.

Para tal efeito procedeu-se à administração de um conjunto de instrumentos de autorresposta junto dos profissionais de saúde da Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede que acederam voluntariamente participar nesta investigação. De um universo de 75 profissionais, 50 participantes aceitaram participar no estudo.

A amostra recolhida foi constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino. Com efeito, este resultado era de algum modo espectável na medida em que os dados foram recolhidos numa instituição onde predominam, enquanto profissionais de saúde, as mulheres. Relativamente ao estado civil, constatou-se que a maior parte dos inquiridos é casado, havendo também um número significativo de solteiros. Quanto ao grau de escolaridade, constata-se que a maioria dos participantes apresenta ter o ensino básico, seguido do ensino secundário e do ensino superior.

Relativamente à atividade profissional exercida constata-se que a maioria são ajudantes de lar, e os restantes técnicos de saúde (enfermeiros, terapeutas, e técnicas de serviço social e psicóloga.

Em relação à idade foi possível observar que quanto maior for a idade menor é o stresse.

No que respeita à questão da necessidade da formação observa-se que a maioria dos participantes responderam sim, considerando importante este aspeto, esta percentagem é igual em ambos os sexos. Zimmerman et al. (2005), por exemplo, verificaram que a falta de formação adequada se associa a elevados níveis de stresse, sobrecarga e insatisfação laboral em cuidadores formais. Além disso, sabe-se que a gestão inadequada dos comportamentos problemáticos leva ao seu agravamento e ao aumento da sobrecarga dos cuidadores formais (Burgio et al., 2002; Cassidy & Sheikh, 2002).

Em relação à necessidade psicológica o número de respostas alcançou a maioria do total da amostra.

Relativamente à utilidade psicológica o número de respostas positivas foi de 62% no que se refere ao total da amostra.

Quanto ao tipo de vínculo pode concluir-se que a maioria pertence ao quadro, outra parte menor tem contrato a termo e os restantes, e a minoria são prestadores de serviços. Observam-se valores médios superiores no caso da amostra referente aos indivíduos prestadores de serviços, grupo que se encontra sujeito a mais e maiores situações de stresse.

Após a exploração de diferenças entre os sexos e entre o tipo de horário de trabalho (turnos ou não turnos) relativamente aos sintomas emocionais negativos e em relação às dimensões do stresse ocupacional, foi analisada a eventual existência de diferenças nas variáveis consideradas tendo em conta o tipo de vínculo laboral dos participantes. Foi notório que quem trabalha por turnos e está em prestação de serviços apresenta valores mais altos de mal-estar relativo ao ambiente de trabalho.

Finalmente e no que respeita às variáveis relativas a tempo na área e ao número de horas semanais obteve-se um resultado de maior stresse.

Constata-se que não existem diferenças estatisticamente relevantes para as variáveis em estudo em função do sexo. Conclui-se, assim que os valores médios das variáveis principais são semelhantes para homens e mulheres.

Da análise dos valores da Tabela 4 verifica-se que os dois grupos de indivíduos considerados (os que trabalham por turnos e não trabalham por turnos) diferem entre si apenas na variável QSPS (stresse nos profissionais de saúde). Todas as outras variáveis não revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, ao nível dos sintomas emocionais negativos de depressão, ansiedade e stresse, verifica-se que os valores médios destas variáveis são inferiores no grupo dos indivíduos que não trabalham por turnos, tendo estes menos stresse associado.

Foi possível verificar também que os profissionais que trabalham por turnos apresentam maior cronicidade à depressão do que os profissionais que não trabalham por turnos.

Estes resultados corroboram que as pessoas que trabalham por turnos têm índices de depressão, de ansiedade e de stresse superiores aos que não trabalham por turnos.

Cuidar de idosos está pois associado a elevados níveis de *stress* e insatisfação laboral, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença, segundo Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011).

Em relação ao trabalho (turnos ou não turnos) relativamente aos sintomas emocionais negativos e em relação às dimensões do stress ocupacional, foi analisada a eventual existência de diferenças nas variáveis consideradas tendo em conta o tipo de vínculo laboral dos participantes

As correlações obtidas são todas negativas, o que significa que os valores médios dos valores QSPS (stress nos profissionais de saúde) diminuem com o aumento da idade e do tempo de trabalho.

Para as variáveis tempo de trabalho e horas de trabalho observa-se que não existe correlação entre estas variáveis e a variável total, ou seja, não está implícito o aumento ou diminuição do stress, ansiedade e depressão.

O stress profissional origina-se a partir da insatisfação por parte dos indivíduos quando percecionam que o trabalho não satisfaz as suas necessidades de realização profissional, quando não vai ao encontro dos seus valores ou quando entende que não é recompensado adequadamente pelo seu esforço (Siegrist, 1996; Loureiro, 2006).

Assim, como podemos verificar o profissional de saúde está exposto a diversas situações de stress ocupacional que afeta diretamente o seu bem-estar (Carlotto, 2009), que por sua vez vai afetar diretamente o utente (Melo, Gomes, Cruz, 1997). E como referem Shapiro, Astin, Bishop e Cordova (2005), estes profissionais precisam de mais apoio de forma a gerirem e a enfrentarem as várias situações de stress com que se deparam diariamente no seu trabalho. Contudo, independentemente das especificidades das diversas áreas profissionais da saúde, existem muitos aspetos que são partilhados por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, etc. Assim, o sofrimento psíquico do próprio trabalho no contexto hospitalar é considerado comum a todos estes profissionais (Nogueira-Martins, 2003).

De acordo com Benevides-Pereira (2002), estas profissões possuem diversos aspetos que a tornam propensa aos stress e à exaustão emocional (*Burnout*) a começar pela própria formação nestas áreas que exigem anos de preparação e constantes atualizações,

provocando eventualmente um sentimento de insegurança e ansiedade, que pode se expressar durante o desenvolvimento da carreira.

Segundo este estudo, Carvalho, Emmanoel e Malagris, foi possível detetar que os resultados de stresse dos participantes encontrados vão de encontro às classificações obtidas nesta investigação, pois os valores de stresse dos profissionais de saúde são igualmente elevados.

O facto de mais da metade dos profissionais de saúde da instituição se encontrar em stresse gera preocupação quanto à qualidade dos atendimentos prestados e quanto à sua própria qualidade de vida.

No que se refere à relação entre o stresse a profissão, foi observado na medida em que se encontrou um maior número de profissionais em stresse. Supõe-se, com tais resultados, que a prática profissional leva a um sofrimento, e este se torna mais vulnerável ao stresse. Esses dados condizem com a literatura (Abreu et al., 2002; Hernandez, 2003; Malagris, 2004), que chama a atenção para o desenvolvimento da síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde.

A competência relacional pode servir como um recurso de *coping* par reduzir os fatores de stresse interpessoais e promover assim uma avaliação mais positiva para o desenvolvimento, segundo Carpenter e Scott (1992; Carpenter& Hansson, 1994, p. 85).

Os resultados apontam assim para a necessidade do desenvolvimento de programas de intervenção com os cuidadores formais que visem não só a promoção de conhecimentos e competências específicas no contexto dos cuidados com idosos, mas também o desenvolvimento de estratégias que promovam o autocuidado e a gestão do *stress* e sobrecarga emocional.

Seria interessante num futuro utilizar e trabalhar técnicas de relaxamento com os profissionais de saúde com vista a diminuir a exaustão emocional e promover a realização pessoal.

Como qualquer estudo científico, este possui também suas limitações. Um dos fatores que restringe os resultados refere-se ao pequeno número de participantes, em vista da quantidade de profissionais. Embora com os seus limites, espera-se que este estudo possa contribuir para um bom entendimento da questão do stresse em profissionais de saúde e sirva de base para outras formulações a respeito do tema e para estudos mais abrangentes posteriormente. Também como limitações a este estudo, ainda em

desenvolvimento, poderiam ter sido utilizadas outras escalas igualmente fidedignas de relações interpessoais em relação ao fator de stresse.

Embora preliminar, este estudo contribuiu para o levantamento de questões importantes a respeito da relação do stresse entre profissionais de saúde, além de disponibilizar alguns dados para outras pesquisas sobre o tema.

Foi crucial perceber também em relação ao presente estudo que os profissionais de saúde, devido à peculiaridade das suas atividades, necessitam de estar atentos à sua saúde mental, pois daí vai depender a qualidade do seu trabalho.

## Referências Bibliográficas

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa das Escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.

Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 1, 229-239.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). *Escalas de ansiedade, depressão e stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond*. Psicologia.

Gomes, A. R. (2010). *Questionário de Stress para Profissionais de Saúde (QSPS)*. Braga: Universidade do Minho.

Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 219-227.

Emotional Competence of the Nurse: The significance of the construct. Acedido a 3 de Setembro de 2015, [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1\\_3\\_19.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_19.pdf)

Fatores Indutores de Stress em Profissionais de Saúde. Acedido a 3 de Setembro de 2015, <http://www.spmtrabalho.com/downloads/st8/01.pdf>

DeVellis, R. (1991). *Scale development: theory and applications*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Braga, R. J. P. (2014). *A relação entre a formação e os níveis de stresse, ansiedade e depressão em cuidadores formais de Centros Sociais*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Braga.

Strongman, T. K. (1996). *A Psicologia da emoção*. Lisboa: Climepsi Editores.

Lima, M. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Carnelle, C. (1997). *Os psicólogos nas instituições*. Lisboa: Instituto Piaget.

Oliveira, J. (2012). *A Psicologia do idoso*. Porto: Livpsic.

Vaz Loureiro, N. (2009). *A Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Fernando Pessoa, Porto.