

**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS**

***STRESS E EMERGÊNCIA MÉDICA***

**Níveis e Factores de *Stress* em profissionais de Emergência**

**Pré – Hospitalar**

**João Nuno Durães Pinto**

**2010**

Dissertação de Mestrado, ramo de Psicologia Clínica  
e Psicoterapia, apresentada ao Instituto Superior  
Miguel Torga, sob orientação da Professora Doutora  
Susana Ramos

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos os que tornaram possível esta longa e dura caminhada que alternou a dispersão e a integração mental de novos conhecimentos. Expectativa e entusiasmo matizaram este percurso. A minha gratidão:

- À memória dos meus avós com os quais adquiri a capacidade de trabalho e com os quais descobri o valor da palavra Humana.
- À minha mãe pela palavra amiga e pela disponibilidade.
- Ao meu pai pela sua capacidade de me apoiar e de me transmitir conhecimentos de uma forma persistente e honrosa.
- À Professora Doutora Susana Ramos pelos seus ensinamentos preciosos sobre estas temáticas e sobre a estatística.
- A todos os docentes que de alguma forma contribuíram para a minha formação, com poucas palavras pois eles sabem quem são...
- A todos os meus amigos pela sua presença incondicional.
- Aos meus colegas e amigos inéxicos que tornaram este estudo possível.
- À equipa da SIV de Tondela pelos bons e maus momentos a todos sem excepção.
- A todos os seres que permitiram desenvolver o meu gosto pela Emergência pré – Hospitalar e pelas áreas da Psicologia de Emergência.
- Em último lugar mas não menos importante um muito obrigado especial a ti Ana por todos os dias, pelo apoio, total disponibilidade e por toda a compreensão carinho e respeito que condimenta a nossa vida.

## RESUMO

O *stress* é a doença da actualidade, devido à exigência e à pressão emocional que o meio pode exercer sobre todas as pessoas, quer no seu ambiente pessoal quer no ambiente profissional. O termo *stress* serve cada vez mais como justificação ou forma de expressão de irritações, mal-estar físico e mental, cansaço, ansiedade e depressões. Todavia torna-se pertinente percebermos a evolução do *stress* enquanto conceito e enquanto doença.

Neste trabalho contextualizamos o *stress* no âmbito da Emergência Pré – Hospitalar, explorando-o, avaliando-o e analisando-o, de modo a podermos perceber os níveis de *stress* e de que forma os Profissionais de Emergência a ele estão sujeitos.

Considerando a base teórica deste estudo definimos, como objectivo geral do trabalho, a avaliação de níveis e factores de *stress* percebidos pelos profissionais de emergência médica e como objectivos específicos do estudo a descrever e caracterizar, a nível da região centro, os indivíduos que desempenham funções na emergência pré-hospitalar, verificar a percepção dos mesmos no que respeita ao *stress* na sua vida profissional, conhecer como percebem os níveis de *stress* em situações profissionais de emergência e identificar a sua percepção no que concerne aos níveis de *stress* diário no seu quotidiano.

Com estes objectivos, utilizamos uma amostra de 184 profissionais de Emergência Médica divididos por quatro profissões [Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) e Operadores de Central de Emergência Médica (OPCEM)], com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos. Realizámos ainda um estudo descritivo explorando os questionários de *stress* no INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) e o Questionário de Vulnerabilidade do *Stress* com variáveis do estudo demográfico.

Podemos concluir que o *stress* está presente nas actividades de emergência. A sua presença relaciona-se, por um lado, com uma maior ou menor discriminação dos factores *stressantes* e, por outro, numa maior ou menor concentração no sujeito, nomeadamente, um maior perfeccionismo e intolerância à frustração que se apresentam como *distressantes* para a actividade profissional de emergência.

Os aspectos estudados permitem-nos clarificar o sentido e a utilidade do conceito, a sua operacionalidade e a sua importância nos profissionais de emergência.

**Palavras-chave:** *Stress*, Emergência Médica, *Stress* profissional, INEM

## **ABSTRACT**

Stress is the disease of our time, due to the requirement and emotional pressure that the media can have on all people, both in their personal environment and in the professional environment. The word stress increasingly serves as a justification or form of expression of irritation, physical discomfort and mental fatigue, anxiety and depression. However it is pertinent to realize the evolution of stress as a concept and as a disease.

In this work, we contextualize under the stress of the Pre - Hospital Emergency, exploring it, assessing it and analyzing it, so you can see the stress levels and how the Emergency Professionals are subject to it.

Whereas the theoretical basis of this study as a strategic objective of the work, the assessment of levels and stress factors perceived by medical emergency professionals and specific objectives of the study description and characterization, the level of the center, individuals who perform functions in pre-hospital emergency, check their perception with regard to the stress in your life, know how they experience the stress levels of professionals in emergency situations and identify the perceptions of individuals regarding the levels of daily stress in their daily lives.

For this we used a sample of 184 professional of Medical Emergency divided by four professions [(Doctors, Nurses, Technicians Ambulance Emergency (TAE) Operators and Emergency Medical Center (OPCEM)], aged 20 to 56 years We conducted a descriptive study also exploring the questionnaires of stress in INEM (National Institute of Medical Emergency) and Vulnerability Questionnaire Stress with variables of the study population.

We can conclude that stress is present in emergency activities. Its presence is related to, first, with more or less stressful factors of discrimination and, secondly, a greater or lesser concentration on the subject, in particular, greater perfectionism and intolerance to frustration that stand as unstressed for the activity of emergency professionals.

The areas studied will clarify the meaning and usefulness of the concept, its operation and its importance in day-to-day occupation of emergency.

**Key words:** Stress, Medical Emergency, Professional Stress, INEM

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>CAPÍTULO 1- PERSPECTIVA HISTÓRICA E PLURIDISCIPLINAR</b>	2
<b>DO CONCEITO DE <i>STRESS</i></b>	
1.1 - DEFINIÇÕES DE <i>STRESS</i>	3
1.2 - <i>STRESS</i> AMBIENTAL E INDIVIDUAL	4
1.3 - AGENTES INDUTORES DE <i>STRESS</i>	5
1.4- CONSEQUÊNCIAS DO <i>STRESS</i>	9
<b>CAPÍTULO 2- - <i>STRESS</i> PROFISSIONAL, ORGANIZACIONAL E OCUPACIONAL</b>	11
2.1.REACÇÕES COGNITIVAS AO <i>STRESS</i> E <i>COPING</i>	20
<b>CAPÍTULO 3 – EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR</b>	24
3.1 - A EMERGÊNCIA PRÉ – HOSPITALAR EM PORTUGAL /INEM (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA	24
<b>CAPÍTULO 4 – PROFISSÕES INDUTORAS DE NÍVEIS DE <i>STRESS</i> ELEVADOS</b>	26
4.1. DIMENSÃO PESSOAL E INTERPESSOAL NAS RELAÇÕES: PERSPECTIVA DESENVOLVIMENTAL	29
4.2. CONSTRUÇÃO DO <i>SELF</i> , AUTO-CONCEITO E AUTO-ESTIMA	30
<b>CAPITULO 5 - MATERIAL E MÉTODOS</b>	34

(CONT.)	<b>Página</b>
5.1. OBJECTIVOS DO ESTUDO E HIPÓTESES DO ESTUDO	34
5.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS	39
5.4. CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS	46
5.5. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	46
<b>CAPÍTULO 6 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	<b>48</b>
<b>CAPÍTULO 7 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>57</b>
<b>CAPÍTULO 8 – CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	<b>64</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS<sup>1</sup>:</b>	
ANEXO 1	Carta para utilização do questionário STINEM
ANEXO 2	Carta para autorização da realização do estudo
ANEXO 3	Questionário
ANEXO 4	Estatística Descritiva
ANEXO 5	QMFME

---

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Página</b>
Tabela 1: Tabela de frequências da variável “género”	37
Tabela 2: Tabela de estatística descritiva da variável “idade”	37
Tabela 3: Tabela de frequências da variável “estado civil”	37
Tabela 4: Tabela de frequências da variável “número de filhos”	38
Tabela 5: Tabela de estatística descritiva das variáveis “tempo de serviço” e “tempo no meio de emergência”	38
Tabela 6: Tabela de frequências da variável “estado de saúde”	39
Tabela 7: Tabela de estatística descritiva e dos valores da consistência interna para cada um dos factores do STINEM e do STINEMtotal	51

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Página</b>
Quadro 1 – Itens de “identificação dos factores de stress na profissão”	40
Quadro 2 – Itens pertencentes à avaliação “antes da activação”	41
Quadro 3 - Itens pertencentes à avaliação “durante a activação”	41
Quadro 4 – Itens pertencentes à avaliação “após a activação “	42
Quadro 5: Factor 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração	42
Quadro 6: Factor 2 – Inibição e dependência funcional	42
Quadro 7: Factor 3 – Carência de apoio social	43
Quadro 8: Factor 4 – Condições de vida adversas	43
Quadro 9: Factor 5 – Dramatização da existência	43
Quadro 10: Factor 6 – Subjugação	43
Quadro 11: Factor 7 – Deprivação de afecto e rejeição	43
Quadro 12: “Sistema Nervoso”	45
Quadro 13: “Sistema Respiratório”	45
Quadro 14: “Sistema Muscular”	45
Quadro 15: “Sistema Digestivo”	45

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>CODU</b>	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
<b>(CONT.)</b>	Continuação
<b>Dp</b>	Desvio padrão
<b>INEM</b>	Instituto Nacional de Emergência Médica
<b>Max</b>	Sigla estatística que representa o valor Máximo
<b>Mín</b>	Sigla estatística que representa o valor Mínimo
<b>n</b>	Sigla estatística que representa o valor de número de frequência.
<b>OPCEM</b>	Operador de Central de Emergência Médica
<b>PSP</b>	Polícia de Segurança Pública
<b>QMFME</b>	Questionário de Manifestações Físicas de Mal - Estar
<b>QVS</b>	Questionário de Vulnerabilidade de <i>Stress</i>
<b>SBV</b>	Ambulância de Suporte Básico de Vida
<b>SIV</b>	Ambulância de Suporte Imediato de Vida
<b>SNA</b>	Serviço Nacional de Ambulâncias
<b>STINEM</b>	Questionário de <i>Stress</i> no Instituto Nacional de Emergência Médica
<b>TAE</b>	Técnico de Ambulância de Emergência
<b>TOTE</b>	Técnico Operacional de Telecomunicações em Emergência
<b>VMER</b>	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
$\bar{X}$	Sigla estatística que representa o valor da média
<b>%</b>	Símbolo que representa valor em percentagem

## INTRODUÇÃO

O *stress* é a doença da actualidade, devido à roda-viva do quotidiano que faz com que tenhamos momentos intensos e emocionalmente exigentes, daí que o termo *stress* esteja cada vez mais presente no vocabulário dos portugueses para justificar as suas irritações, mal-estar físico e mental, cansaço, ansiedade e depressões, de tal modo que qualquer indivíduo, certamente, já referiu, mencionou, invocou ou sentiu *stress*. Temos consciência de que o *stress* não só se impôs como doença assim como invadiu a vida privada de qualquer ser humano.

Neste trabalho vamos contextualizar o *stress* no âmbito da Emergência Pré – Hospitalar, explorando, avaliando e analisando-o, de modo a podermos perceber os níveis de *stress* a que os Profissionais de Emergência estão sujeitos.

Este estudo decorre do interesse pessoal do investigador pelas áreas de Psicologia de Emergência e de intervenção em catástrofe e da necessidade de perceber melhor os grandes padrões de resposta de *stress* existente nos profissionais de emergência médica, as diferenças de respostas entre profissionais e as relações entre o *stress* e os aspectos pessoais e interpessoais dos profissionais.

O estudo envolve todos os Profissionais da Região Centro do Instituto Nacional de Emergência Médica–INEM, nomeadamente:

- Operadores de Central de Emergência Médica (OPCEM) que atendem a chamada de Emergência do Número Europeu de Socorro, 112;
- Médicos que são a categoria profissional mais diferenciada no socorro Pré - Hospitalar na realidade Portuguesa;
- Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE);
- Enfermeiros de Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Enfermeiros colaboradores em Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER).

## CAPITULO 1 - PERSPECTIVA HISTÓRICA E PLURIDISCIPLINAR DO CONCEITO DE *STRESS*

O *stress* é uma noção emprestada da física, que designa a contracção excessiva sofrida por um material. Na biologia, por outro lado, esta noção designa as agressões que se exercem sobre o organismo (os agentes *stressores*) e a reacção do organismo às agressões.

Os fisiologistas interessaram-se sobretudo pelos sistemas hormonais implicados na reacção de *stress*, quer se trate do sistema simpático e medulo-supra-renal, que intervêm na reacção de urgência descrita por Cannon (1935), ou do sistema hipófiso-córtico-supra-renal, responsável pela activação da síndrome geral de adaptação descrita por Selye (1950). Todavia, o *stress* não consiste unicamente numa libertação de catecolaminas e de glicocorticoesteróides; outras hormonas são afectadas igualmente, como as hormonas sexuais, do crescimento e as endorfinas, cuja libertação é acrescida. A reacção de *stress* é acompanhada de uma atenuação da sensibilidade à dor (analgesia provocada pela tensão consequente do *stress*), que permite aos organismos focarem os seus recursos sobre os meios de fazer face à agressão.

Em Psicologia, o termo *stress* é utilizado para evocar as múltiplas dificuldades a que o indivíduo tem de fazer face (acontecimentos *stressantes* da vida, também chamados acontecimentos vitais) e os meios de que ele dispõe para gerir estas perturbações ou alterações do quotidiano (utilizando estratégias de ajustamento). Fala-se, algumas vezes, de *eustress* para designar o estado em que se encontra um indivíduo que controla perfeitamente a situação; opõe-se o *eustress* ao *distress* que faz referência às reacções negativas que aparecem quando a situação é dificilmente controlável.

Dantzer (2001, citado por Doron & Parot, 2001) considera não haver descontinuidade entre aspectos fisiológicos e psicológicos do *stress*. As reacções hormonais às agressões dependem de factores psíquicos e de personalidade, tais como a novidade e a incerteza contidas na situação provocadora, sendo que a capacidade de agir para a modificar é importante. A percepção da situação e os meios de lhe fazer face são eles próprios influenciados pela actividade hormonal. A principal consequência destas interacções estreitas entre hormonas e comportamento na reacção de *stress* é a de que não há uma maneira única de reagir à agressão mas diversas modalidades reaccionais,

segundo as possibilidades de iniciativa do sujeito e a gravidade das perturbações com que é confrontado. Podemos distinguir dois modos elementares de reacção:

- Activo associado a uma activação simpática;
- Passivo, associado a uma activação do sistema hipófiso-córtico-supra-renal.

Numa perspectiva actual, as investigações sobre *stress* têm que conjugar o estudo das reacções tanto fisiológicas como comportamentais, compreendendo as experiências vividas, a história de vida, os factores genéticos predisponentes e os riscos patológicos que lhe estão associados (Dantzer, 2001, citado por Doron & Parot, 2001).

### 1.1. DEFINIÇÕES DE *STRESS*

O conceito de *stress* remete-nos para o significado etimológico da palavra, pois segundo Mazure & Druss (1995), citados por Serra (1999), o conceito de *stress* provém do latim: *stringo*, *stringere*, *strictum*, que significa apertar, restringir, comprimir. No séc. XVII, R. Hooke, um engenheiro de pontes, estudou como as estruturas devem resistir tendo em conta a “carga” ou a “pressão” (*stress*) na estrutura e a “tensão” ou deformação na estrutura (resposta); partindo desta análise, concluiu que um material rígido quebrará, um maleável dobrará.

No séc. XIX, este termo apareceu para explicar a pressão sobre um órgão ou sobre a mente.

Selye (1936) introduziu a noção de *stress* nos contextos da saúde, associando-o não ao estímulo de carga ou peso, mas sim à resposta do organismo a esse estímulo. Este autor utilizou o termo para descrever o conjunto das alterações inespecíficas do organismo em resposta a um estímulo ou a uma situação estimulante a que chamou “Síndrome Geral de Adaptação” (Selye, 1978).

Alves, citado por Cardoso *et al.* (1998), define *stress* “como um processo dinâmico de transacções mútuas numa relação entre a pessoa e o meio, verificando-se uma discrepância entre as exigências impostas e as competências que julga ter para as enfrentar levando o sujeito a forçar os seus limites funcionando num registo que não é o seu” (p. 16).

Por outro lado, Dunham (1984) associa o *stress* a um processo de reacções comportamentais, emocionais, físicas e mentais causadas por pressões prolongadas ou crescentes, pressões significativamente superiores aos recursos de defesa.

Ramos (2001) define *stress* como uma relação particular entre a pessoa e o seu meio, marcada pela percepção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de *coping* e que pode pôr em perigo o seu bem-estar.

Jesus (1999) refere que na base do *stress* está sempre uma exigência que provoca algum desequilíbrio inicial ao sujeito, sendo necessário este actuar para se adaptar às novas circunstâncias.

Numa perspectiva psicossocial, Frango (1995) define *stress* como uma reacção do organismo às exigências que se lhe colocam, perante as quais o ser humano carece de uma nova adaptação. Quando as causas se tornam frequentes ou prolongadas, o indivíduo deteriora a qualidade da sua vida e aumenta os riscos de doença.

Leventhal & Nerenz (1983), citados por Cardoso *et al.* (2002), definem *stress* através de três interpretações como:

- **Condição ambiental externa** que perturbe o funcionamento regular do indivíduo;
- **Resposta automática e global do organismo** a qualquer agente perturbador;
- **Interacção desajustada** entre as exigências do meio e a capacidade de resposta do indivíduo.

Holmes & Rahe (1967), citados por Cardoso *et al.* (2002), incluem na primeira interpretação o *stress* social, entendendo-o com um estímulo ou uma variável independente, tornando-se importante estudar as propriedades que fazem com que uma situação seja de *stress*.

Selye (1978), por sua vez, associa à segunda interpretação o *stress* fisiológico (ou médico), percebendo-o como uma resposta ou uma variável dependente, de modo a que as reacções do organismo sejam objecto de estudo.

Lazarus & Folkman (1984) incluem o *stress* psicológico (mental ou emocional) na terceira interpretação, relatando-o como um processo de trocas contínuas entre o indivíduo e o meio, de forma a estudar as transformações que vão sofrendo.

## **1.2. STRESS AMBIENTAL E INDIVIDUAL**

Segundo Powell & Enright (1990), o *stress* tem origem em múltiplas fontes que podem ser divididas em duas categorias: ambientais e individuais. Dentro dos factores ambientais, este autor referencia o ambiente de trabalho (ex: níveis de ruído elevados, sobrecarga no trabalho, emprego pouco estimulante, etc.) e o ambiente social, em que os laços sociais parecem ter grande importância na forma como lidamos com os eventos

negativos. Relativamente aos factores individuais, são referidos os tipos de personalidade, o *locus* de controlo (que se refere à percepção que o indivíduo tem do seu nível de controlo sobre o ambiente), bem como outros agentes de *stress* de origem interna, tais como a tendência em interpretar eventos de forma sistematicamente negativa.

Nas circunstâncias do quotidiano que saem da rotina é exigida uma nova adaptação e, nessas alturas, o indivíduo tende a aplicar estratégias idênticas às anteriores, com as quais se saiu bem e assim o problema ficou resolvido. Porém, a adaptação a uma situação nova nem sempre é assim tão simples e, por vezes, o indivíduo não sabe o que deve fazer pelo que o *stress* se instala (Serra, 2000).

### **1.3. AGENTES INDUTORES DE *STRESS***

Segundo Frango (1995), quando se fala de agentes indutores de *stress*, qualquer que seja o tipo de agente, este envolve sempre uma mudança, uma situação nova que desafia as capacidades de adaptação e que confronta o indivíduo com a sua vulnerabilidade pessoal e as aptidões de controlo.

We Farlane (1991), por seu lado, define agente *stressor* como todo o acontecimento que é marcadamente desgastante para a pessoa, causador de enorme receio ou terror no momento

Lazarus & Folkman (1984) consideram que uma situação indutora de *stress* é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus próprios recursos, prejudicando, por isso, o seu bem-estar. Por outras palavras, podemos dizer que uma pessoa está em *stress* quando sente que o grau de exigência que dada circunstância lhe cria é superior à sua capacidade de resposta, ou seja, aos meios de que dispõe (pessoais ou sociais) para a ultrapassar com êxito, o que é sinalizado pelo organismo, de forma global, a vários níveis: fisiológico (imunológico, hormonal, neuronal), psicológico (emocional, cognitivo e comportamental) e social (família, trabalho, comunidade).

Os mesmos autores referem ainda que as situações indutoras de *stress* pertencem a três categorias: ameaça, dano e desafio, sendo a diferença entre elas de natureza temporal:

- A ameaça diz respeito a uma antecipação de uma contingência desagradável que pode vir a acontecer mas ainda não surgiu;

- O dano refere-se a alguma coisa que já ocorreu e ao seu significado ou às suas consequências;
- O desafio representa uma circunstância em que o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas.

Brunner (1990), citado por Ramos (1999), classifica os agentes indutores de *stress* em duas categorias: *stressores* fisiológicos e *stressores* psicossociais, destacando nesta segunda categoria alguns factores como as grandes catástrofes, os acontecimentos do dia-a-dia, os acontecimentos significativos da vida, os pensamentos desagradáveis, as ideias ou as imagens perturbadoras ou potencialmente perturbadoras, os medos e as fobias.

Serra (1999) realça as causas dos agentes indutores de *stress* relacionadas com os parâmetros físicos, psicológicos e sociais. Assim, classifica os acontecimentos que induzem *stress*, da seguinte forma:

- Acontecimentos traumáticos graves que afectam ao mesmo tempo um grande número de pessoas e que aparecem sem antecipação prévia, como por exemplo, ameaça de morte, espancamento, testemunho de homicídio, vítima de catástrofe ou guerra;
- Acontecimentos significativos que ocorrem de repente na vida de um indivíduo, como por exemplo, mudanças bruscas, divórcio, morte, saída dos filhos de casa;
- Situações crónicas que dizem respeito a problemas e assuntos perturbadores que se iniciam insidiosamente e não se sabe quando terminam. Metaforicamente, corresponde a um “processo lento de envenenamento” que ocorre na vida de um indivíduo, como é o caso da realização frequente de tarefas com um prazo limite, cumprir várias solicitações ao mesmo tempo, conflitos frequentes entre o cônjuge ou colegas de trabalho;
- Micro-indutores de *stress* que correspondem a pequenos acontecimentos do dia-a-dia, que cumulativamente são perturbadores: trânsito, barulho de noite, fumadores, vizinhos irritantes;
- Macro-indutores de *stress* relacionados com o papel que o sistema sócio-económico impõe ao indivíduo e que podem ocorrer em dado período de tempo na sua vida, tais como as recessões económicas, as dificuldades de emprego, os tempos difíceis para determinada indústria, os impostos demasiado elevados;

- Acontecimentos frustrantes que não se materializam ou tardam a concretizar-se, isto é, objectivos esperados que não têm lugar (na literatura anglo-saxónica designa-se por *non events*), como por exemplo, promoção no trabalho, gravidez há muito desejada, uma reconciliação que tarda acontecer;
- Traumas no desenvolvimento, ou seja, acontecimentos decorrentes na infância e que poderão vir a ter consequências prejudiciais na vida adulta, uma vez que ocorrem num período crucial de desenvolvimento, como por exemplo, uma criança maltratada ou vítima de abusos sexuais.

Cardoso (1999) considera os seguintes agentes indutores de *stress*, como sendo os mais importantes: 1) processamento acelerado de informação; 2) estímulos traumáticos; 3) sensação de ameaça; 4) alterações fisiológicas; 5) isolamento; 6) repressão e humilhação; 7) pressão de grupo; 8) frustração e conflito; 9) ameaça aos valores e objectivos; 10) falta de controlo.

Segundo Serra (2000), o *stress* faz surgir certas emoções, modifica o comportamento observável e emocional e interfere nos mecanismos biológicos e cognitivos. De acordo com este mesmo autor, estas consequências ocorrem de forma concomitante e influenciam-se de forma mútua; estas respostas são tanto mais acentuadas quanto mais intenso e prolongado o *stress* for. O sistema imunitário, a resposta metabólica e o sistema nervoso vegetativo sofrem alterações quando sujeitos a períodos intensos e prolongados de *stress*

Para além disso, e como refere este autor, o *stress* pode determinar a diminuição do rendimento pessoal do indivíduo ou a manifestação de comportamentos e atitudes sem lógica aparente e pode levar à alteração de determinadas funções intelectuais (a percepção do meio ambiente fica distorcida, a tolerância à frustração diminui, assim como a atenção, apresentando maiores dificuldades na detecção do erro em tarefas que exigem maior atenção). Além das circunstâncias descritas, o *stress* pode ter uma repercussão negativa não só sobre o indivíduo, mas também sobre a família, a vida social e sobre aspectos de natureza económica.

Ramos (1999) afirma que a capacidade de “gerir” o *stress* está correlacionada positivamente com a capacidade de “gerir” a vida quotidiana: se aumentar a frequência ou a duração dos factores de *stress* ou se houver concomitância desses factores, aumentará a probabilidade de contracção de doenças.

Selye, em 1936, estuda as repercussões do *stress* sobre o organismo, ao descrever a resposta observada em circunstâncias indutoras de *stress*, denominando-a “Síndrome Geral de Adaptação”. Segundo Serra (1990), este conceito de síndrome envolve um conjunto de manifestações coordenadas e relativamente independentes; gerais, porque são afectados grandes departamentos orgânicos; de adaptação, uma vez que parece ter como finalidade última reactivar defesas que ajudem a repor o equilíbrio perturbado.

Este autor refere que a Síndrome Geral de Adaptação decorre em três momentos:

1. **Reacção de alarme:** caracterizada pelo início das mudanças corporais no indivíduo face a um agente indutor de *stress* (confusão, desorientação e visão distorcida da realidade) tendo como consequência a diminuição da resistência ou mesmo a morte. Esta fase termina se desaparece o agente indutor de *stress*, impedindo, assim, a passagem para a fase seguinte. A reacção de alarme é semelhante à resposta de ataque ou de fuga, que tem como função mobilizar todos os recursos do organismo. No final desta fase, o organismo está totalmente mobilizado para fazer face ao agente *stressor*; contudo, não pode manter esta intensa estimulação orgânica por muito tempo.
2. **Estádio de resistência:** caracterizado pelo esforço que o indivíduo faz para repor o equilíbrio perdido, e que se manifesta por fadiga, ansiedade, tensão e irritabilidade. Se nesta fase, o indivíduo conseguir lidar com a situação indutora de *stress*, dá-se um apaziguamento geral dos sintomas; no entanto, se o problema se mantém, o indivíduo passa à fase seguinte. Se o agente indutor de *stress* se mantém activo, mas não é suficientemente severo para causar a morte, as reacções fisiológicas entram na chamada fase de resistência. É nesta fase que o organismo se tenta adaptar ao factor causador de *stress*;
3. **Estádio de exaustão:** marcado por uma intensa reacção vegetativa, sendo uma fase reversível logo que as condições de *stress* desapareçam ou se atenuem. Os sinais de perigo no trabalho são o crescente absentismo, o aparecimento de mecanismos de defesa (recusa, ilusão, xenofobia, hiper-racionalização, etc.). Se os factores de *stress* continuarem a influenciar o organismo é muito provável que as doenças e as lesões fisiológicas e psicológicas comecem a aumentar, podendo a morte ocorrer, como fim último deste processo.

Labrador (1992) afirma que a exposição a situações de *stress* não constitui um mal por si só nem implica efeitos negativos, apenas acontece quando as respostas são excessivamente intensas ou duradouras, produzindo diversas perturbações orgânicas. Assim, uma única resposta de *stress* não terá consequências notoriamente significativas, mas, caso essa resposta se repita, poderá tornar-se crónica e causar problemas graves. Este autor apresenta os efeitos negativos produzidos pelo *stress* em três sistemas de resposta:

- **Fisiológico:** aumento do ritmo cardíaco, da sudação, do ritmo respiratório, da tensão muscular, do metabolismo basal e diminuição do fluxo sanguíneo, etc;
- **Cognitivo:** preocupações, incapacidade de tomar decisões, sensação de confusão, mau humor, irritabilidade e incapacidade de concentração, etc;
- **Motor:** falar depressa, tremuras, gaguez, precipitação, explosões emocionais e consumo de álcool e drogas, etc.

Sporcq (1994), citado por Ramos (1999), afirma que as fontes de *stress* podem ser pessoais (ou seja, extra-profissionais, desenvolvendo-se na vida familiar e social do indivíduo), podem surgir ligadas a certas doenças (fontes de *stress* difíceis de gerir) ou encontrar-se nas próprias condições de trabalho. Neste caso podem ser numerosas e estar relacionadas com as condições físicas de trabalho (temperatura elevada, frio intenso, barulho, falta de arejamento, risco de perda de equilíbrio) ou com as condições internas de organização de trabalho (hierarquia mal definida, relações difíceis entre as equipas, não percepção do papel e das suas tarefas), com as condições sociais (dificuldade de obter um emprego de acordo com a formação profissional do indivíduo) e, por fim, com as evoluções sociais.

Um dos agentes de *stress* específicos da nossa época é, para muitos autores, sem dúvida, o trabalho, que integra um conjunto de factores psicossociais condicionantes da saúde física, mental e social dos indivíduos e dos grupos. Para Frango (1995), a conceptualização de ***stress* ocupacional** envolve uma interacção entre os agentes indutores de *stress* originados no meio laboral e os factores pessoais, sociais e familiares; como resultado desta interacção temos o *stress*, que é expresso através de respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais e respectivas consequências a diversos níveis.

#### 1.4. CONSEQUÊNCIAS DO STRESS

O *stress* é então induzido por inúmeros agentes que provocam no organismo uma série de alterações decorrentes do desequilíbrio corporal experimentado. Sabendo quais consequências/efeitos provocados pelo *stress* será, então, mais fácil tomar medidas de prevenção certas.

Powell & Enright (1990), citados por Serra (1990), alegoricamente, referiram que dentro de cada indivíduo existe um “copo” de *stress*, de capacidade diferente consoante as pessoas, que todos os dias recebe umas tantas gotas através da “torneira” de *stress*: quanto mais gotas caíem, mais *stress* o indivíduo experimenta. Mas o *stress* não é necessariamente um aspecto negativo como geralmente se pensa; Selye (1978), citado por Ramos (2001), diferenciou dois tipos de *stress*: definiu *distress* como o *stress* desagradável, aquele que está na origem das doenças de adaptação (perturbações renais, hipertensão, acidentes cardíacos, etc.) e distingue-o do *eustress*, o *stress* agradável e curativo.

Carrilho (2004) refere que o *stress* em certa quantidade é necessário ao funcionamento, ao desenvolvimento e à vida das pessoas, podendo ser uma força impulsora e construtiva que encaminha para o sucesso em qualquer actividade humana, situação que designou de *stress* positivo ou activação. Caso as situações indutoras de *stress* permaneçam por muito tempo, a capacidade de resposta do organismo esgota, passando a designar-se por *stress* negativo.

Para Ramos (2001), o organismo reage de forma geral ao agente indutor de *stress*, isto é, aos níveis fisiológicos (imunológico, neural e hormonal), psicológico (emocional, cognitivo e comportamental) e social (família, trabalho e comunidade).

Serra (1999) refere que quando os mecanismos de compensação se tornam inadequados ou excessivos, podem induzir um fracasso nos mecanismos de homeostase que propiciam o desenvolvimento de consequências nefastas de natureza biológica, cognitiva, emocional e do comportamento observável.

Ao nível biológico sentem-se alterações nos sistemas:

- Cardiovascular (aumento da força e da frequência da contração cardíaca, aumento da tensão arterial, etc.);
- Respiratório (aumento da frequência dos ciclos respiratórios, modificação do equilíbrio ácido-base como a hiperventilação, asma, etc.);
- Digestivo (aparecimento de úlceras, lesões gástricas, etc.);

- Genitourinário (aumento da frequência urinária, diminuição do nível de testosterona, aumento da prolactina e ciclo menstrual irregular);
- Nervoso central (aumento da vigília e emoções desagradáveis);
- Muscular (tensão nos músculos que leva a sensações dolorosas que perduram por algum tempo, etc.);
- Imunitário (diminuição das defesas do organismo).

Ao nível cognitivo, perante uma situação indutora de *stress*, o indivíduo desorganiza a sua actividade e função intelectual: diminui a sua capacidade de percepção do meio ambiente, a tolerância à frustração, a capacidade de decisão, de atenção, etc. Tudo isto pode resultar em acidentes na estrada, no trabalho, etc.

Ao nível emocional, as situações de *stress* desempenham um papel muito significativo; se, por um lado, as emoções indicam como o indivíduo está a avaliar a circunstância, por outro ajudam-no a compreender o comportamento posterior que vai emitir. Uma resposta emocional revela um traço de personalidade e indica-nos como a pessoa se relaciona com o mundo.

Os efeitos do *stress* em relação ao comportamento observável variam em função da circunstância adversa a que a pessoa é sensível e dos recursos e aptidões que tem para lidar com ela. Quanto mais intenso e prolongado for o *stress*, menor será o desempenho do indivíduo: a pessoa passa a um comportamento observável inadequado podendo recorrer a drogas, consumo excessivo de tabaco, de café, etc. Estas mudanças são tanto mais acentuadas quanto mais intenso e prolongado o *stress* for.

## CAPITULO 2 - *STRESS* PROFISSIONAL, ORGANIZACIONAL E OCUPACIONAL

Os níveis de competitividade presentes nos trabalhos de hoje e a exigência física e emocional presente na Emergência Médica e Pré-Hospitalar, desenvolvida pelas duras vivências que se passam no quotidiano de um profissional desta área (acidentes de viação, atropelamentos, paragens cárdio-respiratórias, etc...), explica o aparecimento de alguns dos sintomas de *stress* ocupacional.

Originalmente, o termo utilizado foi *stress* no trabalho, tendo os diversos estudos realçado as principais fontes de *stress*, desde ambiente de trabalho, trabalho parcial, excesso e insuficiência de trabalho, perigo físico e adequação ao ambiente de trabalho.

A partir dos anos 60, o termo usado passou a ser *stress* organizacional, indicando que as origens do *stress* estão no papel representado pelo indivíduo na organização.

Alguns autores como Cooper & Marshall (1982) também designam por *stress* ocupacional os factores negativos do ambiente ou agentes indutores de *stress* (isto é, trabalho em excesso, papel conflito/ambiguidade, condições de trabalho deficientes) associados ao trabalho.

De facto, nos últimos anos, o *stress* ocupacional tem constituído uma área fundamental de estudo e de investigação, nomeadamente pelos “custos” e efeitos do *stress*, não só ao nível individual, mas também ao nível organizacional (Cooper, 1986; Cooper & Payne, 1990; McGrath, 1976; Murphy *et al.*, 1995; Sauter & Murphy, 1995). Mais concretamente, têm sido salientados os efeitos negativos do *stress* ocupacional na saúde física e mental, na satisfação profissional e na produtividade e rendimento dos indivíduos, em particular, e das organizações, em geral<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Mc Grath (1976), ao considerar as relações entre *stress* e comportamento nas organizações, sugere seis classes de *stress* ou fontes de situações *stressantes*:

- *Stress* baseado na tarefa (dificuldade, ambiguidade, sobrecarga, etc.);
- *Stress* baseado no papel (conflito, ambiguidade, sobrecarga, etc.);
- *Stress* intrínseco ao contexto do comportamento;
- *Stress* proveniente do meio físico (ruído/ frio excessivo, forças hostis, etc.);
- *Stress* proveniente do ambiente social (dificuldades e desacordos interpessoais, privacidade e isolamento, etc.);
- *Stress* pessoal, que o próprio indivíduo “traz consigo” para a situação (traço de ansiedade, estilos perceptivos e cognitivos).

Stora (1990) considera que os agentes de *stress* profissional estão relacionados com a função exercida, o papel na organização, o desenvolvimento da carreira, as relações no trabalho, a estrutura e o clima organizacional e, finalmente, com a interface família/trabalho.

Reis (1987, citado por Frango, 1995), considera que os factores de risco psicossocial no trabalho relacionam-se com situações que provocam fadiga mental, medo, depressão, insatisfação, queixas somáticas e outros sintomas de natureza fisiológica, psicológica e comportamental.

Por outro lado, os resultados das investigações mais recentes, nomeadamente Cooper (1986) no seu modelo de *stress* ocupacional, consideram existir seis fontes principais de pressão ou *stress* no trabalho:

- Fontes intrínsecas ao trabalho (condições de trabalho, longas horas de trabalho, viajar, novas tecnologias e sobrecarga de trabalho);
- Papel na organização (ambiguidade ou conflito de papéis e responsabilidades);
- Relações interpessoais no local de trabalho (com superiores, subordinados e colegas);
- Desenvolvimento na carreira (segurança no emprego e avaliação do rendimento profissional);
- Clima e estrutura organizacionais (grau de participação na tomada de decisões e sentido de pertença);
- “Interface” casa-trabalho.

O mesmo autor e Cooper & Marshall (1982) consideram que os sintomas de *stress* se manifestam não só ao nível individual, mas também ao nível organizacional. Os sintomas individuais de *stress* tomam, geralmente, a forma de um estado de humor depressivo, uma crescente irritabilidade, um aumento da pressão sanguínea, um consumo excessivo de tabaco e de álcool, diversas queixas psicossomáticas e implicações para a saúde, nomeadamente, doenças coronárias e saúde mental.

Por outro lado, os sintomas organizacionais do *stress* incluem, entre outros, o elevado absentismo, o abandono do emprego; a dificuldade nas relações; o fraco controlo da qualidade; a diminuição da motivação; a diminuição da satisfação, do rendimento e da produtividade.

A relação entre o *stress* ocupacional e a doença física tem vindo também a ser ilustrada pela investigação; mais concretamente, têm vindo a ser sugeridas as

consequências do *stress* ocupacional em maior absentismo ou faltas prolongadas e de maior vulnerabilidade a acidentes profissionais (maior frequência e gravidade).

Explicitando um pouco mais, Cooper & Marshall (1982) falam em cinco **factores** ou agentes **ambientais indutores de *stress* no trabalho**:

- **Factores intrínsecos** a um emprego em particular: Kornhauser (1965) refere que a falta de saúde mental está directamente relacionada com condições de trabalho desagradáveis, demasiado esforço físico e com horas excessivas e inconvenientes, assim como com ambientes repetitivos e desumanizantes. French & Caplan (1973) consideram que a sobrecarga, tanto qualitativa (trabalho muito difícil) como quantitativa (ter muito que fazer), produz pelo menos nove sintomas diferentes de tensão psicológica e física: descontentamento no trabalho, tensão no trabalho, baixa auto-estima, ameaça, perturbação, níveis altos de colesterol, aumento do ritmo cardíaco e aumento do número de cigarros fumados;
- **Papel na organização**, nomeadamente, o papel da ambiguidade e do conflito:
  - A **ambiguidade** existe quando um indivíduo tem informações inadequadas sobre o seu papel no trabalho, isto é, quando há falta de clareza dos objectivos de trabalho associado ao papel desempenhado, às expectativas dos colegas de trabalho e ao alcance das responsabilidades do mesmo. Kahn *et al.* (1964) verificaram que indivíduos que sofriam de ambiguidade experimentavam uma mais baixa satisfação no trabalho, uma grande tensão relacionada com o trabalho, uma maior futilidade e uma mais baixa autoconfiança. Margolis *et al.* (1974) referem, como indicadores de *stress* relacionados com a ambiguidade, a disposição depressiva, a baixa auto-estima, o descontentamento com a vida, o descontentamento no trabalho, a baixa motivação para o trabalho e a intenção de o deixar.
  - O **conflito** existe quando o indivíduo que desempenha um papel particular no trabalho é assediado por exigências conflituosas ou faz coisas que na verdade não quer fazer ou não pensa fazerem parte da sua tarefa; a mais frequente manifestação desta situação é quando o indivíduo é apanhado entre dois grupos de pessoas que lhe exigem diferentes tipos de comportamentos ou esperam que a sua tarefa implique diferentes

funções. Kahn *et al.* (1964) verificaram que os indivíduos que sofrem mais de conflitos têm uma menor satisfação no trabalho e uma maior tensão relacionada com ele. Dunham (1992) refere que o conflito de papéis e a ambiguidade destes é uma das maiores fontes de *stress*. No conflito de papéis podemos identificar dois tipos de conflito: expectativas contraditórias com as das outras pessoas e papéis contraditórios. A ambiguidade de papéis é talvez a maior fonte de *stress*, tendo como consequências a falta de clarificação sobre os objectivos e responsabilidade no trabalho, a incerteza quanto ao que os seus colegas esperam de si, a falta de informação de como realizar as tarefas adequadamente, a incerteza de como o seu trabalho é avaliado e dúvidas acerca da sua carreira profissional;

- **Desenvolvimento na carreira:** refere-se ao impacto da sobrepromoção, subpromoção, incongruência do *status*, falta de segurança no trabalho, ambição frustrada, etc. Torna-se cada vez mais evidente que o *stress* provocado pelo *status* social é um problema na sociedade ocidental. Segundo Wan (1971), a explicação lógica para o *stress* induzido pela inconsistência do *status* é que o “conflito gerado por expectativas incompatíveis com a posição social ocupada pode levar a distúrbios psicológicos e a frustração, que, por sua vez, são elos da cadeia *stress*-doença” (s/p);
- **Relações no trabalho:** natureza das relações com o patrão, subordinados e colegas, uma vez que diversos cientistas do comportamento sugeriram que as boas relações entre os membros de um grupo de trabalho são o factor central na saúde individual e organizacional. Kahn *et al.* (1964) constataram que a desconfiança em pessoas com quem se trabalha estava positivamente relacionada com uma maior ambiguidade, que levava a uma comunicação inadequada e a “tensão psicológica na forma de pouca satisfação no trabalho e de **sentimento** de ameaça ao bem-estar no trabalho” (s/p);
- **Estrutura organizacional e clima:** “estar” na organização, isto é, aqueles aspectos da estrutura de uma organização que podem tornar a vida do trabalhador ou insatisfatória ou indutora de *stress* como, por exemplo, pouca ou nenhuma participação nos processos de decisão, falta de consulta efectiva, restrições no comportamento, etc. Coch & French (1948) verificaram que, quanto maior era a participação dos trabalhadores, mais alta era a produtividade,

maior a satisfação no trabalho, mais baixo o balanço de entradas e saídas do pessoal, melhores as relações entre patrão e empregado, menor sentimento de ameaça no trabalho e maior auto-estima.

Neste sentido, Ganhão (1993) enumera como **stressores organizativos**:

- A **estrutura organizativa**, que de alguma forma é semelhante ao que foi citado anteriormente por Cooper & Marshall (1982), pelo que não nos iremos repetir.
- A **ambiguidade e/ou os conflitos de papel**, os *stressores* mais frequentes em meio laboral. Os trabalhadores vêem-se confrontados com informações imprecisas e/ou insuficientes no que concerne a objectivos, métodos, recursos, normas, política organizacional a que se aditam “duplas mensagens”, as alterações de ordens da parte das chefias, repercutindo-se toda esta situação num desempenho profissional deficitário. E quanto maior for a reacção às incertezas, à ambiguidade, que varia de indivíduo para indivíduo, maior será a pressão sofrida;
- O **cruzamento de limites territoriais**, onde o trabalhador pode ter de optar pela execução de uma de duas tarefas emanadas de chefias diferentes, em que a decisão se torna difícil, pois o cumprimento de uma implica o incumprimento da outra;
- A **centralização e a baixa participação**, fontes potenciais de *stress* que têm a ver com dificuldades postas à participação dos trabalhadores nos processos de decisão quanto à natureza, ao conteúdo e à gestão das suas tarefas;
- A **política e os jogos de poder na organização**, em que os jogos de poder que a política fomenta e alimenta conduzem à constatação de que não existe determinismo entre aptidões técnicas/profissionais e mobilidade vertical;
- A **sobrecarga, a falta de trabalho e a falta de sentido de pertença**: além da mobilidade dos trabalhadores, há que ter em conta a problemática do seu progresso na carreira. Perante as excessivas solicitações, o indivíduo pode reconhecer que não possui capacidade de resposta adequada ao ritmo imposto (porque se depara com uma carga horária pesada ou as tarefas são demasiadas atendendo ao horário laboral). Mas se a sobrecarga de trabalho é *stressante*, a sua falta não o é menos;

- As **relações interpessoais complexas entre subordinados e chefias**, por um lado, e **inter pares**, por outro. No primeiro caso, salientamos a deficitária comunicação e cooperação, a liderança autoritária ou o contrário, uma liderança tipo *laissez faire*, todas contribuintes de um clima organizacional deteriorado. No entanto, os problemas não se circunscrevem unicamente ao relacionamento hierarquizado como abrangem os que se encontram na mesma categoria; aqui é a competitividade, a indiferença pelas necessidades dos outros, o individualismo, a desconfiança, os ressentimentos, os ciúmes e os boatos que inviabilizam uma relação saudável e agradável entre os que têm que partilhar determinado espaço físico;
- As **características da função directiva** como *stressores* têm a ver com a personalidade do seu dirigente.

Cooper & Marshall (1982) referem que há numerosas fontes de *stress* extra-organizacionais, que afectam o bem-estar físico e mental do indivíduo no trabalho, tais como problemas de família (Pahl & Pahl, 1971), satisfação na vida e crises (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974), dificuldades financeiras, etc.; estes são importantes agentes potenciais de *stress*, visto que actuam numa espiral de *feedback* entre o trabalho e o ambiente exterior: problemas exteriores ao trabalho → afectam → o indivíduo no trabalho → exacerbam → problemas exteriores ao trabalho.

Relativamente às **consequências do stress ocupacional**, iremos apresentar a opinião de Frango (1995), que faz referência a quatro níveis:

- **Nível pessoal e profissional** - as perturbações são múltiplas, desde manifestações fisiológicas, psicológicas e comportamentais. De carácter essencialmente fisiológico, e segundo Mitchell (1988), referimos cefaleias resultantes da tensão, perturbações gastrointestinais e aumento da frequência das micções; o *stress*, a longo prazo, poderá provocar alterações funcionais e estruturais dos órgãos, como sejam úlceras nervosas, depósito de placas de ateroma, hipertensão arterial e outros. As perturbações psicológicas, segundo Kalimo & Mejman, em 1987, citados por Frango (1995), como consequência do *stress*, traduzem-se em atitudes negativas tais como irritação, tensão, tédio e depressão, para além de uma disfunção cognitiva frequente; nas situações em que a sobrecarga de trabalho mental excede as capacidades de resposta do trabalhador, este tende a ter dificuldades na concentração, na memorização, em

tomar decisões ou em avaliar situações de risco para a saúde e segurança de si próprio e de outros, podendo também surgir depressões e, por vezes, ideias de suicídio.

- Em 1976, Selye, citado por Brunner (1990), indica-nos uma lista de distúrbios provocados pelo *stress*, no ser humano, também conhecidos por doenças de adaptação ou má adaptação: pressão sanguínea alta, doenças do coração e de outros vasos sanguíneos, doenças dos rins, eclampsia, artrite reumatóide, doenças inflamatórias da pele e dos olhos, doenças alérgicas e de hipersensibilidade, doenças mentais, distúrbios sexuais, doenças digestivas e doenças metabólicas e cancerosas.
- **Nível organizacional** - As atitudes negativas dos profissionais vítimas de *burnout*, em relação ao trabalho, colegas, supervisores e instituições têm consequências a nível organizacional, na medida em que criam novos atritos com os colegas e com as direcções de pessoal. Estes indivíduos procuram permanecer o mínimo de tempo no local de trabalho, criando um ambiente de hostilidade, de desconfiança e de desrespeito com os colegas; são pessoas que faltam ao emprego, chegam atrasadas, executam de uma forma artificial as suas actividades, estão predispostas a acidentes de trabalho e nunca estão satisfeitas com o local de trabalho. Para Faylor, em 1983, e Giraud, em 1987, citados por Frango (1995), o absentismo ou curtos períodos de ausência ao trabalho são hoje um bom indicador da qualidade do clima organizacional.
- O consumo de álcool, de tabaco e de drogas, por parte dos profissionais, é um importante mecanismo patogénico de reacção aos factores psicossociais negativos ao trabalho e com consequências nefastas para a organização, em termos de absentismo, qualidade e quantidade de trabalho. No contexto das consequências do *stress*, Frasquilho (s..d) reforça a falta de pontualidade, os incidentes de trabalho, a alteração do desempenho e a mobilidade profissional.
- Quanto à capacidade de trabalho do profissional, quando o *stress* é moderado o desempenho é óptimo, mas quando é baixo ou elevado, este diminui, conduzindo a uma baixa produtividade, em termos qualitativos e quantitativos.
- **Nível familiar**- o *stress* profissional, além dos problemas pessoais e organizacionais, pode influenciar a vida familiar de uma forma altamente negativa. Cada família tem o seu modo de agir e gerir o *stress*, originado na

própria família e que, por vezes, é potencializado pelos problemas laborais dos seus membros. Serra (1989) refere que a intensidade do *stress* na família é determinada pelo acontecimento em si, pela ocorrência de outros acontecimentos, pelas privações familiares, pelos recursos existentes e pelas tensões residuais anteriores. Quando os indivíduos trabalham com uma carga muito grande de *stress*, vão para casa e tentam ser pais e cônjuges, mas não conseguem manter uma relação afectiva harmoniosa com os elementos da família, o que, de uma forma geral, prejudica a vida familiar; geralmente são acusadas de valorizarem mais a responsabilidade colectiva e profissional do que a vida familiar. A falta de disponibilidade psicológica, o isolamento, os comportamentos hostis e defensivos, a labilidade emocional e o desgaste físico podem enfraquecer e desnutrir as relações familiares, conduzindo à instabilidade e deterioração da dinâmica familiar.

- São muito frequentes as famílias onde os problemas laborais conduzem o homem ou a mulher ao alcoolismo, à dependência de drogas, a dificuldades económicas, ao desemprego, ao tabagismo e outros, com todas as consequências daí resultantes para o ambiente familiar. Podem ainda ser consequências do *stress* as discussões entre pais e filhos, o ambiente de casa desagradável, a vida familiar insatisfatória, o empobrecimento da comunicação, as doenças físicas ou os fenómenos de somatização. Nesta perspectiva, Frasquilho (s.d.) põe ênfase na qualidade da vida familiar e empobrecimento das relações familiares, em consequência do *stress* ocupacional.
- **Nível social** - as consequências do *stress*, a nível social, podem apresentar duas vertentes: consequências na vida social do indivíduo (tendência para o isolamento social, para a ausência de prazer no contacto com os outros e para a falta de afinidade com outros e solidão) e os encargos sociais das sequelas do *stress*.

Concluindo, podemos afirmar que o *stress* profissional é já uma preocupação dos trabalhadores, dos responsáveis pelas organizações, dos políticos e dos profissionais de saúde, pelas consequências nefastas na saúde do trabalhador, na produtividade das empresas e no bem-estar da sociedade. Começa a ter-se consciência dos aspectos negativos relacionados com o *stress* profissional: doenças agudas e crónicas, diminuição do ritmo de trabalho, absentismo, abandono da profissão e outros. É necessária uma

especial atenção à saúde mental no local de trabalho, dada a sua relação com a produtividade, a realização profissional e a sensação de bem-estar global.

## **2.1. REACÇÕES COGNITIVAS AO STRESS E COPING**

Quando as situações indutoras de *stress* são prolongadas e os mecanismos de *coping* são ineficazes, o indivíduo pode estar sujeito a uma situação de *burnout*.

O termo *burnout* foi introduzido pela primeira vez pelo psicanalista americano de origem alemã Herbert Freudenberg, em 1974. Esta designação evoca a imagem de uma vela a extinguir-se, sendo esta metáfora utilizada pelo psicanalista para definir um estado de fadiga física e mental que ocorre em inúmeros profissionais.

Kyriacou (1987) refere que, muitas vezes, o que define uma situação perturbadora não são os factos em si, mas sim a percepção do sujeito que os experiencia, através da avaliação que este faz das exigências do meio, e posteriormente, das suas competências e recursos pessoais disponíveis. O resultado desta avaliação (que o indivíduo efectua através de um processo automático, involuntário e afectivo) determina a resposta de *stress*.

Cardoso *et al.* (1998), definiram *burnout* como um processo lento e gradual que leva o indivíduo a um estado de esgotamento<sup>2</sup>. Os mesmos autores (1999) referem que um dos principais problemas é a dificuldade de identificação/diagnóstico, na sua disfuncionalidade e reconhecimento, nomeadamente por parte dos profissionais de saúde.

Para Pines (1993), citado por Serra (1999), *burnout* define um estado de exaustão física, emocional e mental causado por todo o envolvimento, a longo prazo, de situações emocionalmente desgastantes:

- A nível físico, denota-se a existência de fadiga, cefaleias, alterações frequentes no sono e do peso, distúrbios gastro-intestinais, dores musculares;

---

<sup>2</sup> Este estado caracteriza-se, essencialmente, por esvaziamento afectivo, despersonalização e redução acentuada da capacidade profissional e traduz-se num conjunto de sintomas psicológicos, físicos e sociais, afectando, principalmente, os indivíduos mais motivados e esforçados, que ao longo do tempo vão sofrendo uma falta de motivação para enfrentar os problemas quotidianos acabando em apatia. A origem deste sintoma prende-se a factores pessoais, sociais e de natureza laboral.

- A nível emocional e mental os sentimentos mais predominantes nestes indivíduos são: fracasso, desilusão, ausência de esperança, depressão, etc<sup>3</sup> e, por isso, medidas redutoras do estado de tensão, podem recorrer de forma excessiva, ao café, tabaco, álcool e drogas<sup>4</sup>.

Para Cardoso *et al.* (1999) este tipo de esgotamento crónico tem maior incidência nos indivíduos com profissões que obrigam a trabalhar com outras pessoas, em que as relações interpessoais são determinantes, nomeadamente, nas áreas de saúde, social e ensino<sup>5</sup>.

Assim, o principal modo de prevenção do *burnout* é a capacidade de ser identificado e diagnosticado pelos mesmos; outro modo de prevenção tem a ver com uma intervenção sobre os factores responsáveis, quer a nível individual, quer a nível organizacional.

Importa, pois, clarificar os modos de resposta às situações de desafio, danosas e/ou ameaçadoras bem como ao desconforto por elas causadas.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> Este autor afirma que estes sintomas surgem nos indivíduos que ingressam numa carreira com grandes expectativas, motivação e investimento pessoal elevados sentindo-se, mais tarde, defraudados nos seus objectivos.

Também Cardoso (1999) afirma que, geralmente, as perturbações do foro emocional (depressão, ansiedade, etc.) são pouco ou mal diagnosticadas, quer pelos sujeitos quer pelos profissionais de saúde.

<sup>4</sup> Também Schaufeli (1992), citado por Cardoso *et al.* (1999) afirma que as principais consequências de um esgotamento são problemas de ordem física e psicológica; consumo exagerado de tabaco, bebidas alcoólicas e psicofármacos; diminuição da produtividade; redução no empenho no trabalho; absentismo e problemas relacionais.

<sup>5</sup> Este autor agrupa as causas de *burnout* da seguinte forma:

- 1- Factores de **tipo social**: estatuto social, problemas orçamentais, individualização e mitos profissionais;
- 2- Factores **individuais**: relacionados com antecedentes pessoais, expectativas e personalidade;
- 3- Factores relacionados com a **natureza do trabalho**: relacionamento desigual, *stress* emocional, moral e físico, imprevisibilidade e responsabilidade;
- 4- Factores **organizacionais**: pressão do trabalho, remuneração e carreiras, *feedback*, clarificação de funções, burocracia e condições de trabalho.

<sup>6</sup> Pereira (1991) considera que existe:

- **Dano** referindo-se a situações desagradáveis, tais como doença, morte, perda de *status* social, perda de relacionamentos significativos ou problemas económicos, entre outros.

Pereira (1991) considera difícil definir o termo *coping*. Na sua tradução para português correspondem-lhe os termos “formas de lidar com” ou “estratégias de confronto”.

Monat e Lazarus (1985), citados por Serra (1990), utilizaram o termo *coping* para se referirem aos “esforços que um indivíduo faz para lidar com a situação de ameaça e de desafio, para as quais não tem preparadas respostas automáticas ou de rotina” (p.37).

Para White (1985), o termo *coping* refere-se às situações que pensamos empreender, implicando modificações drásticas. Pode também referir-se a problemas que para serem resolvidos exigem comportamentos novos, diferentes das formas usuais. Desta forma, *coping* significa para este autor uma necessidade de adaptação em situações difíceis<sup>7</sup>.

Fisher (1986), por seu lado, considera que as estratégias de *coping* dependem de quatro factores:

1. **Da circunstância em si** (ameaça, dano ou desafio) que pode representar uma ameaça para o futuro da pessoa, um dano por associação com experiências prévias e um desafio aos recursos e aptidões dos indivíduos;
2. **Da personalidade**, que é um factor muito importante que vai influenciar a reacção perante o *stress*, uma das razões que leva as pessoas a responder de formas diferentes aos mesmos acontecimentos;
3. **Do custo da estratégia**, que está relacionado com o medo do fracasso e com o benefício para si próprio;
4. **Da estratégia em si.**

- 
- **Ameaça** referindo-se à antecipação daquilo que poderá acontecer, como ocorrências negativas idênticas às do dano, mas que contudo ainda não aconteceram.
  - **Desafio** quando o indivíduo confia que tem possibilidades para ultrapassar as dificuldades.

<sup>7</sup> Folkman *et al.*, citados por Serra (1990), vão no mesmo sentido ao definirem que *coping* consiste no esforço cognitivo e comportamental para lidar com exigências internas e externas, [presentes na] transacção do indivíduo com o meio ambiente, quando [este] excede os recursos pessoais.

Salientam ainda que as respostas de *coping* podem ser dirigidas no sentido da resolução do problema e no controlo de emoções.

Segundo Stora (1990), as pessoas com más estratégias de *coping* sentem mais os problemas da vida, manifestam um auto-conceito mais pobre e revelam uma maior instabilidade emocional. De acordo com Pereira (1991), as estratégias de *coping* têm uma função protectora, que se realiza de três modos diferentes (Serra, 1988):

- **Pela eliminação** ou modificação das condições que criam os problemas, através da utilização das acções que permitem a busca de informação para poder actuar, ou mesmo pelo confronto com aqueles que criam as dificuldades ou problemas;
- **Pelo controlo** perceptivo do significado da experiência ou das suas consequências, em que são utilizadas comparações positivas do problema, como por exemplo “podia ser pior”, ou mesmo minimizando o significado das ocorrências;
- **Pela manutenção** dentro de limites razoáveis das consequências emocionais dos problemas, em que o indivíduo não lida frontalmente com a situação de forma a reduzir os estados de tensão emocional, mas tende a aguentar as consequências emocionais dos mesmos.

## **CAPITULO 3 – EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR**

### **3.1. A EMERGÊNCIA PRÉ – HOSPITALAR EM PORTUGAL /INEM (INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA**

O INEM tem origem no serviço de primeiros-socorros e transporte de feridos e doentes, criado a 13 de Outubro de 1965, pelo Ministério do Interior e pelo Ministério da Saúde e Assistência. O serviço estava a cargo da Polícia de Segurança Pública, sendo activado pelo número telefónico de socorro 115, que acabou por o “baptizar”, informalmente. A funcionar, inicialmente em Lisboa, o serviço foi-se alargando, sucessivamente às outras grandes cidades do país.

Em 22 de Novembro de 1971, foi criado, no Ministério do Interior, o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), encarregue de assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das actividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respectivo transporte. O SNA assumiu a coordenação do serviço 115. Além das suas próprias ambulâncias, que continuavam a ser operadas pela PSP, o SNA coordenava também a prestação de serviços de emergência médica, por parte de outras entidades. Em 1981 o SNA foi transformado no INEM, na dependência do Ministério da Saúde.

O INEM é um instituto público dirigido por um conselho directivo, dependente do Ministério da Saúde. Inclui serviços centrais e delegações (Lisboa e vale do Tejo, Norte, Centro e Sul). Para desempenhar esta actividade o INEM dispõe dos seguintes meios humanos: o INEM tem como profissionais Médicos e Enfermeiros (com cursos de especialização em Emergência Pré-Hospitalar), TAE (com curso de condução, Tripulante de Ambulância de Socorro e Disfibrilhação Automática Externa), OPCEM (com cursos de telecomunicações, bem como o tripulante de ambulância de Socorro), Psicólogo de Emergência e Intervenção em catástrofe; conta ainda com demais técnicos como engenheiros de telecomunicações, membros de logística, membros do gabinete jurídico, etc.

Para exercer a sua actividade, o INEM dispõe de meios de emergência médica, operados directamente ou - através de protocolos, acordos e contratos - por outras entidades, tais como bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa e hospitais. Os principais meios são:

- Ambulâncias SBV (Suporte Básico de Vida) - destinadas à estabilização de transporte de doentes, com capacidade de aplicação de medidas SBV e tripuladas por dois técnicos de ambulância de emergência (TAE);
- Ambulâncias SIV (Suporte Imediato de Vida) - com maiores capacidades do que as ambulâncias SBV, destinadas a garantir cuidados de saúde diferenciados e tripuladas por um Enfermeiro e um TAE;
- Ambulâncias para recém-nascidos - destinadas à prestação de socorro a recém-nascidos em risco e prematuros, transportando-os para os hospitais onde existam unidades de neonatologia. tripuladas por um TAE, um Enfermeiro e Médico neonatologista);
- VMER (Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação) - veículos de intervenção pré-hospitalar, concebidos para um transporte de uma equipa médica directamente ao local onde se encontra a vítima. tripulados por um Médico e um Enfermeiro;
- Helicópteros de emergência médica - equipados com material de Suporte Avançado de Vida e destinados ao transporte de doentes graves entre hospitais ou entre o local da ocorrência e um hospital. tripulados por dois pilotos, um Médico e um Enfermeiro. Além dos helicópteros próprios, o INEM fornece equipas médicas para os helicópteros da Autoridade Nacional de Protecção Civil;
- Motos de emergência médica - equipadas com material para medidas iniciais de estabelecimento da vítima, permitem chegar mais rapidamente ao local, sobretudo em meios urbanos.
- CODU (Centros de Orientação de Doentes Urgentes) - Centros Coordenadores de todas as operações de socorro ao nível da saúde em Portugal.

Quanto aos meios humanos, o INEM tem como profissionais Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE), Operadores de Central de Emergência Médica/Técnicos Operacionais de telecomunicações de Emergência (OPCEM/TOTE) e conta ainda com os demais técnicos como engenheiros de telecomunicações, membros de logística, membros do gabinete jurídico, etc Até 2004 os veículos do INEM eram brancos com faixas azuis. Nesse ano, o instituto introduziu a nova cor Amarelo "Ral 1016", adoptada a nível europeu para facilitar a identificação dos veículos de emergência, (*Via Verde para a vida*, 2008).

## **CAPITULO 4 - PROFISSÕES INDUTORAS DE NÍVEIS DE *STRESS* ELEVADOS**

O desenvolvimento do cotidiano, a nível tecnológico e do domínio de ciências especializadas, poderá ter causado um nível de *stress* aumentado, no trabalho de determinados profissionais.

O *stress* ocupacional pode atingir qualquer trabalhador ao desempenhar a sua profissão. No entanto, existem certas condicionantes nos locais de trabalho como, por exemplo, as tarefas ou funções desempenhadas que requerem muita atenção, exigência física e emocional. Estas podem incrementar reacções de *stress*. Pereira (2001) considera que, para além daquelas profissões que comportam um risco real e que representam casos extremos, existem outras que, sem pôr em risco a própria vida, implicam um forte *stress* emocional. Este poderá resultar numa taxa de mortalidade prematura, agravada pelos hábitos que determinado estilo de vida impõe ao organismo, uma vez que comporta responsabilidades notáveis e implica tomar decisões importantes em tempos muito rápidos.

De entre as várias profissões expostas a altos níveis de *stress*, existe um conjunto de profissões que induzem elevados níveis de *stress*. Abordaremos exemplificativamente algumas dessas profissões mais comuns e com maior interesse para o nosso estudo:

- Os **controladores de tráfego aéreo** que são expostos a situações de discriminação e decisão elevadas, onde o *stress* constitui um risco elevado. As suas funções requerem elevados níveis de atenção, grande fluxo de informações, enorme rapidez de decisão, que implicam grande responsabilidade e ainda uma condição de anonimato em relação ao interlocutor. A tudo isto acresce-se que todas as decisões são tomadas ao analisar um ecrã no qual cada luz representa os aviões das variadas companhias aéreas, sendo que estas decisões representam e implicam centenas de vidas humanas;
- Os **pilotos** de Formula 1, *Powerboat*, avião, submarinos e das naves espaciais e outros pilotos sofrem uma carga de *stress* tanto mais pesada quanto mais reduzida for a possibilidade de erro humano permitida. O *stress* resulta da complexidade e do perigo inerente à função bem como da experiência e da consciência de cada um;

- Os **professores** são também uma classe profissional sujeita a exposição prolongada ao *stress* quotidiano. Jesus (1999), refere várias investigações realizadas que permitem identificar indicadores gerais de níveis de *stress* elevados, nomeadamente: ritmo de vida acelerado, necessidade de respostas rápidas adequadas à mudança de legislação, as próprias respostas aos alunos que querem tudo muito depressa, reacção e gestão às competições a nível académico e por fim a instabilidade profissional. Outros factores indutores de aumento de *stress* são o ruído, o número de alunos excessivos em sala de aula e a própria indisciplina (Pereira, 2003);
- Os **médicos** são um grupo profissional submetido a fortes situações de *stress*. Firth- Cozens (2003) afirmam que nos últimos 20 anos se efectuaram inúmeros estudos dos níveis e fontes *stress* nos médicos dos quais se conclui que podem variar de acordo com a idade, a preparação, a experiência, bem como a especialidade a que se dedicam. Por outro lado, factores que condicionam os níveis de *stress* são as próprias condições de emprego, número de horas de exercício das funções, o trabalho por turnos, assim como a utilização de novas tecnologias e materiais de intervenção técnica para poder intervir e diagnosticar os diversos quadros de doença e os consequentes riscos inerentes à profissão como, por exemplo, o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde. A estrutura, o clima organizacional, a necessidade de tomadas de decisão, a frequente exigência na comunicação entre as pessoas e entre as variadas áreas profissionais e a própria capacidade de estabelecer relações interpessoais são diariamente situações que sujeitam os médicos a tomadas de decisão *stressantes*, que pela sua complexidade e multivariabilidade (científica, técnica e relacional), podem, no limite, envolver o risco de sintomas de *burnout* devido à exigência das suas avaliações em determinados estados de saúde e dos riscos de poderem errar nas suas avaliações.
- Os **enfermeiros** são também uma profissão sujeita a um *stress* intenso. A generalidade dos estudos revela que os profissionais de enfermagem estão sujeitos a situações *stressantes* relacionadas com a proximidade aos doentes, a exposição a situações degradantes da imagem corporal e a situações limite de vida ou morte. Os cuidados que têm de prestar continuamente aos doentes, os conflitos entre as equipas em que estão inseridos ou mesmo a sobrecarga de trabalho (Vaz Serra, 1999, citando Heim, 1992) podem ser geradoras de *stress*.

Por outro lado, o enfermeiro enquanto elemento duma equipa multidisciplinar que estabelece maior e mais permanente contacto com o utente, pode ser perturbado no seu equilíbrio físico e emocional pela extrema dependência do utente e da sua família (Loft, 1994, citado por Amaral, 2004). O seu papel no conforto moral dos pacientes confronta-os com as suas próprias emoções e com a sua própria finitude a partir da sua exposição diária e contínua ao sofrimento e à morte (Beth, 1985, citado por Dias, 1995). Também a falta de comunicação e partilha com os outros elementos da equipa podem induzir situações *stressantes*. Allen e Blegen (1987, citados por Vaz Serra, 1999) consideram que estas situações de *stress* podem ser documentadas pelo facto de, neste grupo profissional, aparecem com frequência:

- Consumo de álcool e de substâncias adictas (drogas, tabaco);
  - Recurso frequente a consultas de psiquiatria;
  - Taxas de suicídio elevadas.
- Um estudo de Palmer (1983), citado por Vaz Serra (1999) conclui que os **Profissionais de Emergência Médica** estão em permanente contacto com indivíduos gravemente lesionados ou que vêm a morrer. Allison *et al.* (1987, citados por Amaral 2004) consideram que estes trabalhadores prestam cuidados médicos em ambientes não familiares e perigosos, onde a sua presença é, por vezes, considerada inoportuna, sendo a sua *performance* profissional posta à prova e avaliada por curiosos e familiares das vítimas. Além disso, são ainda frequentemente submetidos a abusos na solicitação dos seus serviços para situações que não se enquadram na emergência médica. Segundo Caroline (1995), o trabalho que estes profissionais desempenham encontra-se repleto de potenciais situações indutoras de *stress*. Para a autora, a equipa de emergência comunga do princípio da perfeição<sup>8</sup>, tendo como principal salvaguarda a sua capacidade de se sentirem responsáveis não se permitindo cometer erros. Também para Leal (1998), estes profissionais, no decurso das suas funções, confrontam-se diariamente com situações em relação às quais não têm qualquer controlo o que se torna particularmente indutor de *stress*. Segundo Waeckerle (1993), citado por Frade e Frasquilho (1998) é importante referir que estes

---

<sup>8</sup> Sabendo nós que o perfeccionismo é um aspecto indutor de *stress* (Vaz Serra, 2000)

profissionais se encontram expostos a elevados níveis de *stress*, cujos factores podem ser:

- O trabalho por turnos, onde enfrentam a noite e o risco de acidentes a alta velocidade;
- A actuação em ambientes hostis e inhóspitos, em locais marginalizados, enfrentando condições atmosféricas adversas;
- O risco de contaminação com produtos biológicos.

Por outro lado, Christie (1997), citada por Martins (2001), considera que a falta de supervisão e orientação faz parte integrante da emergência pré-hospitalar, pois ninguém sabe como resolver ou lidar com situações *stressantes*. Estes profissionais também são frequentemente confrontados com decisões de vida ou morte, sendo forçados a encontrar maneiras de lidar com as perdas inerentes aos seus trabalhos (Amaral, 2004). Podemos, pois, sintetizar que as situações de *stress* nos profissionais de saúde se devem a situações limite onde a decisão se torna determinante e, muitas vezes, irreversível. A imprevisibilidade e a falta de controlo da situação futura podem também interferir nos níveis de *stress* (Cardoso *et al.* 1998) ou, como refere Pereira (1991) o dano (doença, morte, perda de *status* social, perda de relacionamentos significativos, problemas económicos, etc.), a ameaça por antecipação, aquilo que poderá acontecer e o desafio são eles próprios factores de *stress*.

#### **4.1. DIMENSÃO PESSOAL E INTERPESSOAL NAS RELAÇÕES: PERSPECTIVA DESENVOLVIMENTAL**

Na emergência pré-hospitalar, a exigência física e emocional implícita no trabalho e a necessidade de trabalhar em equipa leva-nos obrigatoriamente a falar da construção das relações e das dimensões pessoais e interpessoais das relações.

Nunes (1999, p.31), citando Caldeira (1979) afirma que é no contacto com o outro que o “Homem se torna um «Eu» então este não é verdadeiramente se não alimentado pela relação essencial a um «Tu». É a sociedade e a relação com o outro que condicionam a consciência de si como pessoa”.

Ao recorrermos à perspectiva desenvolvimental do humano, temos que reflectir como o bebé, já antes do nascimento, está provido de competências sensoriais inatas e adquiridas na relação feto ← → mãe, que lhe possibilitam uma interacção íntima com a mãe, através do corpo desta. Assim, durante este período, vai-se desenvolvendo uma

relação mútua entre a mãe e o bebé e “é neste período fetal que podemos encontrar a génese da ligação precoce mãe-filho” (Leal, 2006, p.16).

A vinculação (Bowlby, 1990) e o ambiente suficientemente bom (Winnicott, 1993) garantido pela figura materna possibilitam a emergência de um ser que distingue o Eu do Outro, se pode afirmar e confirmar na relação outorgada do outro consigo. Assim, a relação com a figura cuidadora possibilita o ser pessoa e abre caminho a uma identidade futura construída nas vivências da identificação com as figuras significativas (Pinto, 2006).

Pelo contrário, Rogers (1977) refere que pouco importa que o estímulo venha de dentro ou de fora ou que o ambiente seja favorável ou desfavorável. Em qualquer das condições, o comportamento de um organismo está voltado para a sua manutenção, o seu crescimento e a sua reprodução. Essa é a própria natureza do processo a que chamamos vida.

Nesta perspectiva, (idem, 1977) considera o ser humano como o seu próprio arquitecto, denotando uma tendência direccional à realização das potencialidades construtivas do ser Humano, o próprio elemento motivador, a própria força vital.

#### **4.2. CONSTRUÇÃO DO *SELF*, AUTO-CONCEITO E AUTO-ESTIMA**

Segundo Giordiani (1998), a melhor forma para conhecer uma pessoa é saber o que essa pessoa pensa de si própria e o valor que dá aos elementos que a rodeiam. Este conhecimento do outro nunca será fruto de observações externas nem de interpretações mais ou menos fundamentada. Tem que nos ser transmitido pela própria pessoa, através da compreensão empática que permita uma verdadeira «sintonia» com o outro.

A conduta do indivíduo baseia-se na percepção que ele tem de si mesmo e da realidade externa, pelo que o nosso comportamento não é a resposta a uma realidade no seu objectivo, mas sim à percepção que temos da realidade aqui e agora. O autor acrescenta ainda que a percepção está fortemente influenciada pela imagem que temos de nós mesmos sendo a realidade dada através do filtro desta imagem e na base das experiências vividas (idem, 1998).

O *self* orgânico, que se vai desenrolando e constituindo através das suas experiências, assume-se nas suas vertentes biológicas, psicológicas e sociais. À medida que a pessoa se desenvolve, através de um conjunto complexo de relações intra e interpessoais nos diferentes contextos ambientais, existe uma parte do seu mundo

íntimo que se diferencia do dos outros, isto é, o seu campo fenomenológico diferencia-se surgindo uma parte que se constitui como a experiência de si possibilitando-lhe, progressivamente, a formação do *self*, ou seja, a noção do «Eu».

Segundo Rogers e Deymond (1954), o conceito de *self* é definido como um padrão conceptual estruturado, fluido mas consistente das características do «EU» ou do «Mim» que são admissíveis. O *self* faz parte da experiência orgânica não sendo uma entidade estável, constituindo-se à medida que a pessoa vai construindo o «EU». Por tudo isto, os indivíduos são capazes de crescimento pessoal. Nesta abordagem, o *self* é uma estrutura organizada, em constante mutação, constituída pelo conjunto de percepções vivenciadas pela pessoa, das quais se poderão enumerar as suas características, atributos, qualidades, defeitos e valores que ela reconhece como parte de si e que constituem a sua identidade.

Rogers (1977) estabelece uma distinção entre *self* ideal, sendo este um conjunto de características que o indivíduo mais poderia reclamar como descritivas de si mesmo e o *self* real que se refere ao conjunto de características (qualidades e defeitos) próprias do indivíduo. Para o autor, quanto maior for o grau de discrepância entre o *self* ideal e o *self* real, maior é o seu estado de incongruência, desacordo interno e conseqüente sofrimento, levando a pessoa a experienciar sentimentos de baixa auto-estima, desvalorização, podendo tornar-se fonte de inadequação social.

Nesta relação em que se constrói em interacção com o mundo, o sujeito dá forma ao auto-conceito (*self* concept) que, segundo o Doron e Parot, 2001, no Dicionário de Psicologia, se define como a “representação de si no sistema de conhecimentos do indivíduo. Esta representação é equivalente a uma estrutura cognitiva provavelmente complexa que intervém no tratamento das informações provenientes ou do ambiente social do indivíduo ou do seu próprio comportamento (...)” e “serve para organizar a nova informação relativa ao si”(p.694) Segundo Rogers e Kinget (1977, p. 164) a imagem do «Eu» indica a “ configuração experiencial formada por percepções referentes ao «Eu», e às relações do «Eu» com os outros, com o ambiente e com a vida em geral, com os valores que o sujeito associa a estas distintas percepções”.

Já para Giordani (1998), a imagem de si mesmo é o resultado de uma dupla percepção:

- A percepção que tenho de mim mesmo (a percepção intra-psíquica);
- A percepção que tenho de mim mesmo em relação com os outros e com o meio envolvente (a percepção interpessoal).

O autor refere ainda que a imagem de si próprio mesmo não é fixa, estanque e estável. Está em contínua mudança apesar da sua estrutura organizada e coerente. Parte das experiências do indivíduo ao longo da sua vida e constitui a matéria com que é formada a imagem do eu. Nos seus estudos, Rogers (1977) foi verificando que a pessoa modificava o seu comportamento, a sua forma de estar no mundo, bem como alterava a forma como se percepcionava a si e aos outros à medida que conseguia alcançar um maior equilíbrio interno.

A auto-estima<sup>9</sup> vai-se estabelecendo a partir do reforço emocional positivo que o bebé recebe dos outros, das figuras parentais ou outras significativas, fundamentais ao seu desenvolvimento.

A indicação/avaliação do conceito de auto-estima é-nos dada pela discrepância entre a posição em que a pessoa coloca determinada característica de si e a posição que a coloca quando pensa nessa característica em função do que considera como desejável para si próprio. Daqui podemos depreender não só a forma como o indivíduo se percebe a si próprio em relação a determinado aspecto, mas igualmente a importância que esse aspecto tem para o próprio indivíduo. Uma análise da auto-estima do sujeito poderá revelar-nos a auto-insatisfação ( que, por sua vez, pode gerar uma motivação para procurar ajuda). Desta forma, poderemos dizer que o indivíduo apreende a realidade em função do «Eu», tornando-se esta percepção na própria realidade para este indivíduo.

A relação interpessoal assenta, pois, na sintonia, na reciprocidade e na construção e/ou aceitação dum Eu que se distingue do outro sem deixar de com ele se entrelaçar numa dança comunicacional de futuro incerto, que apela a uma tolerância à frustração (Bion, 1966) de não saber o momento seguinte e, mesmo assim, poder com ele conviver na esperança (Erikson, 1998) de que o desenlace não será comprometedor.

Em síntese, os profissionais de emergência médica, como todos os seres, são únicos e ancoram-se em relações vinculativas precoces e vivências significativas posteriores. Por isso, a perspectiva desenvolvimental torna-se importante dado que estes profissionais, na sua actividade do dia-a-dia, comunicam e relacionam-se com “outros” (seja o companheiro de equipa, membros de outras equipas de socorro e de segurança, vítimas e familiares destas), muitas vezes sob *stress*, e em situações que saem da

---

<sup>9</sup> Erikson (1998) fala da construção duma confiança básica que promove esperança e antecipa a vontade reveladora de auto-estima.

normalidade devido à sua elevada exigência emocional, física e de extrema dureza, onde se revela o mais básico da natureza humana. Estes níveis de exigência podem apelar à sua disponibilidade e à capacidade de reagirem à frustração decorrentes das suas vivências limite.

## **CAPÍTULO 5 - MATERIAL E MÉTODOS**

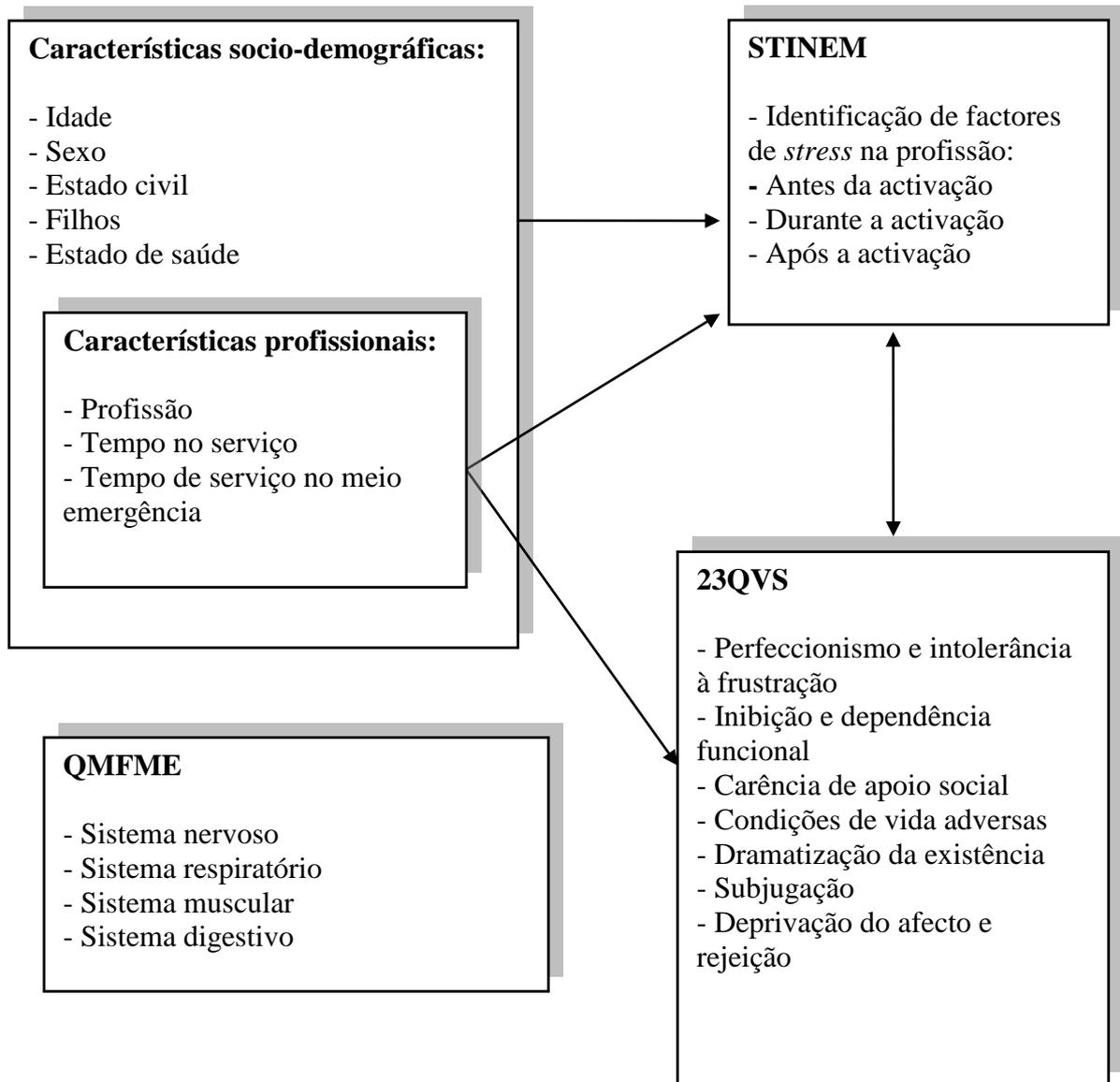
Este capítulo do trabalho tem como finalidade sistematizar todo o conjunto de estratégias, métodos de pesquisa e procedimentos utilizados no estudo. Dele constam os objectivos do trabalho, a população e a amostra utilizada, os instrumentos de recolha de dados e as condições da sua aplicação, os procedimentos estatísticos e as hipóteses de investigação.

### **5.1. OBJECTIVOS DO ESTUDO E HIPÓTESES DO ESTUDO**

Na sociedade actual, influenciada pelo desenvolvimento científico e tecnológico, as exigências profissionais e familiares são factores relevantes e marcantes na personalidade dos indivíduos. Segundo vários autores, o trabalho é, sem dúvida, um agente específico de *stress* que engloba factores psicossociais condicionantes da saúde física, mental e social dos indivíduos e dos grupos.

Ainda segundo Amaral (2004), as profissões ligadas aos cuidados de saúde são indutoras de altos níveis de *stress*, nestas relevamos o grupo de profissionais de Emergência Médica.

Propusemo-nos avaliar os níveis de *stress* em profissionais de Emergência Médica (Médicos, Enfermeiros, TAE, OPCEM) afectos à Delegação do Centro do Instituto Nacional de Emergência Médica. Para tal, perspectivamos um estudo inserido no tipo de investigação não experimental, de forma descritivo-analítico, correlacional e transversal, dado que o seu objectivo é a descrição das características de determinada população ou fenómeno num momento e o estabelecimento de relações entre as variáveis (Gil, 1992) conforme o modelo de investigação da figura 1.



**Figura 1-** Desenho experimental

Considerando a base teórica deste estudo, e relevando o objectivo geral deste trabalho, a avaliação de níveis de *stress* percebidos pelos profissionais de emergência médica definimos como objectivos específicos do estudo os seguintes:

- Caracterizar, a nível da região centro, os indivíduos que desempenham funções na emergência pré-hospitalar;
- Caracterizar as reacções físicas associadas aos níveis de *stress*;
- Verificar a percepção dos indivíduos no que respeita ao *stress* na sua vida profissional;
- Conhecer como percebem os indivíduos os níveis de *stress* em situações profissionais de emergência;

- Identificar a percepção dos indivíduos no que concerne aos níveis de *stress* diário no seu quotidiano;
- Comparar os diferentes níveis de *stress* percebidos;
- Identificar comportamentos indutores de *stress*;
- Caracterizar as reacções físicas associadas aos níveis de *stress*.

Depois de definidos os objectivos do nosso estudo, e tendo em consideração a revisão bibliográfica efectuada, formulamos as seguintes hipóteses:

H<sub>1</sub>: Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis Níveis de *stress* (Vaz Serra) e Categoria profissional (Denominada A<sub>1</sub>)

H<sub>2</sub> Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis Níveis de *stress* (Vaz Serra) e Sexo (Denominada A<sub>2</sub>)

H<sub>3</sub> Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis STINEM e Sexo (Denominada B<sub>1</sub>)

H<sub>4</sub> Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis STINEM e Categoria Profissional (denominada B<sub>2</sub>)

H<sub>5</sub> Existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis STINEM e Níveis de Stress (Vaz Serra) (denominada C<sub>1</sub>).

## **5.2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população estudada compreende todos os profissionais de Emergência Médica, que prestam serviço para a Delegação Centro do Instituto Nacional de Emergência Médica, no ano de 2009.

Incluímos na amostra 184 profissionais, diferenciados por categoria profissional seleccionados numa amostragem não probabilística e de conveniência, de forma sequencial no tempo.

Estudámos como características socio-demográficas a idade, o sexo, o estado civil, o número de filhos, a categoria profissional e o estado de saúde. Nos comentários que a seguir fazemos, apenas referimos os aspectos mais relevantes, uma vez que estas tabelas são de fácil leitura.

	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Médico	17	54,80	14	45,20
Enfermeiro	30	58,80	21	41,20
TOTE/ OPCEM	10	31,20	22	68,80
TAE	49	70,00	21	30,00

**Tabela 1-** Tabela de frequências da variável “género”

Relativamente ao género, a classe médica tem 17 indivíduos do sexo masculino, o que representa 54,80% da população, apresentando 14 elementos do sexo feminino, cuja representatividade é de 45,20%.

Esta amostra é constituída por 30 enfermeiros do sexo masculino, cuja representatividade é de 58,80%, tendo 21 elementos do sexo feminino, cuja representatividade é de 41,20%.

Foram inquiridos 10 TOTE/OPCEM do sexo masculino que representam 31,20% e 22 elementos do sexo feminino cuja representatividade é de 68,80%.

Foram também para o presente estudo, alvo de inquérito 49 TAE's do sexo masculino, o que representa 70,00% e 21 elementos do sexo feminino, cuja representatividade é de 30,00%.

	$\bar{X}$	DP	Mín	Máx
Médico	38,50	8,15	28	56
Enfermeiro	38,63	6,88	25	52
TOTE/ OPCEM	28,97	4,79	20	40
TAE	27,27	3,96	21	37

**Tabela 2 -** Tabela de estatística descritiva da variável “idade”

A população alvo de inquérito abrange quatro classes profissionais distintas como supra referenciado, apresentado a classe médica uma média de idades de 38,50 anos (dp =8,15 anos) face aos 38,63 anos (dp = 6,88 anos) da classe de enfermagem, que contrasta com os 28,97 anos ( dp = 4,79 anos) dos TOTE/OPCEM e com os 27,27 anos ( dp =3,96 anos) dos TAE's.

	Solteiro		Casado/União de Facto		Divorciado		Viúvo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Médico	5	16,10	25	80,60	0	0,00	1	3,20
Enfermeiro	9	17,60	40	78,40	2	3,90	0	0,00
TOTE/ OPCEM	14	43,80	17	53,10	1	3,10	0	0,00
TAE	42	60,00	27	38,60	1	1,40	0	0,00

**Tabela 3** - Tabela de frequências da variável “estado civil”

O estado civil das classes alvo de inquérito subdivide-se em quatro categorias sendo que a maioria dos profissionais sujeitos a inquérito, independentemente da classe profissional a que pertencem, são casados, ou vivem em união de facto, excepção feita aos TAE's em que 60,00% são solteiros, sendo somente 38,60% os elementos estão casados ou vivem em união de facto.

	Sim		Não	
	N	%	n	%
Médico	19	61,30	12	38,70
Enfermeiro	39	76,50	12	23,50
TOTE/ OPCEM	12	37,50	20	62,50
TAE	10	14,30	60	85,70

**Tabela 4:** Tabela de frequências da variável “número de filhos”

A existência ou não de descendência, foi também alvo de inquérito, sendo que médicos e enfermeiros são quem apresenta a maior percentagem de descendentes (61,30% e 76,50%, respectivamente); fazendo face a esta realidade, só 37,50% dos TOTE/OPCEM apresentam descendência, e apenas 14,30% dos TAE's partilham deste facto com as restantes classes.

	Tempo de serviço (anos)				Tempo no meio de emergência (anos)			
	$\bar{X}$	DP	Mín	Máx	$\bar{X}$	DP	min	Máx
Médico	11,42	7,46	3	30	5,35	3,12	1	11
Enfermeiro	15,73	6,58	5	31	6,61	3,74	1	15
TOTE/ OPCEM	5,81	3,59	1	14	6,63	4,12	1	20
TAE	1,94	0,92	1	6	4,07	3,77	1	15

**Tabela 5** - Tabela de estatística descritiva das variáveis “tempo de serviço” e “tempo no meio de emergência”

O tempo de serviço geral bem como o que foi até ao momento passado no contexto de emergência foi um critério tido em consideração, tendo em média os médicos trabalhado 11,42 anos (dp = 7,46 anos) face aos 5,35 anos (dp =3,12 anos) em ambiente de emergência. A classe de enfermagem apresenta uma média de 15,73 anos (dp =6,58 anos) de serviço e 6,61 anos ( dp = 3,74 anos) em meio de emergência. Os TOTE/OPCEM apresentam um tempo de serviço médio de 5,81 anos (dp =3,59 anos) que contrasta com 6,63 anos ( dp = 4,12 anos) em serviço de emergência. Situação similar ocorre no seio dos TAE's onde estes apresentam 1,94 anos (dp = 0,92 anos) de tempo de serviço médio, contrastante com os 4,07 anos (dp = 3,77 anos) em contexto de emergência.

	Fraco		Razoável		Bom		Muito Bom		Excelente	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Médico	0	0,00	0	0,00	15	48,40	14	45,20	2	6,50
Enfermeiro	0	0,00	5	9,80	20	39,20	24	47,10	2	3,90
TOTE/ OPCEM	0	0,00	2	6,30	22	68,80	7	21,90	1	3,10
TAE	0	0	6	8,60	29	41,40	32	45,70	3	4,30

**Tabela 6** - Tabela de frequências da variável “estado de saúde”

O estado de saúde dos profissionais de emergência médica foi também inquirido, sendo que 48,40% dos médicos considera ter um estado de saúde bom, face aos 45,20% que autoavaliam o seu estado de saúde como muito bom; a classe de enfermagem apresenta 47,10% de indivíduos que autoavaliam o seu estado de saúde como muito bom face aos 68,80% de TOTE/OPCEM que apenas consideram o seu estado de saúde bom. Já 45,70% dos TAE's autoavaliam-se como tendo um estado de saúde muito bom, sendo que 41,40% consideram que somente têm um estado de saúde bom.

### 5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS

De acordo com Quivy & Campenhoudt (1998), o inquérito por questionário consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os

investigadores. Assim, a recolha de dados para a problemática em estudo foi de natureza descritiva.

O questionário inicia-se com uma breve introdução, onde é feita a apresentação do autor do estudo, da temática que versa e a solicitação para a colaboração e disponibilidade para responder, garantindo o total anonimato e confidencialidade.

Estruturou-se o instrumento de recolha de dados em quatro partes, que passamos a descrever sumariamente:

A PARTE I é relativa à “Caracterização Sócio-Demográfica”, constituída por sete questões onde exploramos as variáveis sexo, idade, estado civil, existência de filhos, profissão, tempo de serviço (no serviço e no meio de emergência) e o estado de saúde.

A PARTE II corresponde à adaptação e aplicação do questionário *Stress* em Instituto Nacional de Emergência Médica (STINEM) da autoria de José Manuel Correia Amaral, validado no ano de 2004, no âmbito da sua Tese de Mestrado em Supervisão do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro. Deste questionário fazem parte 64 afirmações, elaboradas sob a forma de uma escala de tipo *Likert* e organizadas segundo 4 grupos, nomeadamente:

- 1- Identificação dos factores de *stress* na profissão
- 2- Antes da activação
- 3- Durante a activação
- 4- Após activação

**Quadro 1** – Itens de “identificação dos factores de *stress* na profissão”

1.	Considero que trabalho horas a mais por semana
2.	Penso que os turnos de trabalho deveriam ser mais curtos
3.	Gosto menos de trabalhar ao fim de semana
4.	Penso que o trabalho por turnos prejudica o meu desempenho
5.	Penso que teria melhor rendimento se tivesse um horário fixo semana
6.	Antes de iniciar qualquer turno tomo ansiolíticos
7.	Depois de terminar o turno, quando chego a casa, sinto dificuldade em adormecer
8.	Quando chego a casa, no fim do turno, fico mais irritável para com a minha família
9.	Sinto-me ainda cansado do turno anterior quando vou iniciar novo turno
10.	Penso que teria mais rendimento trabalhar com um colega de equipa fixo
11.	Nem sempre me sinto seguro com o colega de equipa
12.	Sinto que o serviço decorreria melhor se não existisse coordenador
13.	Penso que a pessoa mais indicada para a supervisão seria um enfermeiro
14.	Sentir-me-ia mais seguro se fizesse equipa com alguém mais experiente

15.	Lidaria melhor com os meus receios se conversasse com alguém
16.	Sentir-me-ia mais satisfeito se discutisse sempre o caso no final de cada actuação

**Quadro 2** – Itens pertencentes à avaliação “antes da activação”

1	Costumo ter pensamentos do tipo “sinto que o colega não vai tolerar uma falha minha”
2	Tenho receio de não actuar correctamente
3	Tenho receio que a população pense que estou a agir incorrectamente
4	Tenho receio da opinião do colega de equipa
5	Estou sempre com a sensação que o telefone vai tocar
6	No turno da noite não consigo dormir
7	Sinto constantemente a boca seca
8	Sinto-me nauseado
9	Sinto vontade de urinar frequentemente
10	Estou constantemente a verificar o sistema de comunicações
11	Como mais que o habitual
12	Fumo mais que o habitual
13	Dou por mim, muitas das vezes, a roer as unhas
14	Deito-me e durmo a maior parte do turno
15	Estudo os manuais e os protocolos de actuação
16	Discuto com o colega da equipa cenários possíveis de actuações

**Quadro 3** - Itens pertencentes à avaliação “durante a activação”

1	Sinto dificuldade a respirar
2	Sinto as extremidades do corpo com caimbrãs
3	Sinto insegurança em relação à situação
4	Penso que algo irá correr mal
5	Penso que tenho que ser o melhor em tudo o que fizer
6	Sinto tensão muscular
7	Sinto epigastralgias
8	Sinto taquicardia
9	Sinto aumento da sudorese
10	Fico mais irritado
11	Durante o trajecto revejo mentalmente o protocolo de actuação
12	Durante o trajecto fico irritado quando o colega permanece constantemente a falar
13	No local da ocorrência falo calmamente com os bombeiros/outros meios INEM/GNR
14	Tento acalmar os familiares e saber pormenores da situação
15	Discuto as informações e a situação com o colega da equipa
16	Antes de sair do local tento dar as informações mínimas aos familiares da vítima

**Quadro 4** – Itens pertencentes à avaliação “Após a activação “

1	Sinto-me um pouco confuso
2	Demoro sempre alguns minutos a começar a falar da situação
3	Fico com a sensação de que poderia ter feito algo mais
4	Tento esquecer de imediato todos os pormenores

5	Fico preocupado sobre o que pensarão de mim as pessoas que socorri
6	Penso que tanto faz esforçar-me ou não, vai dar ao mesmo
7	Penso que não tenho jeito para esta actividade
8	Sinto fadiga extrema
9	Sinto dores musculares
10	Sinto fome
11	Fico muito perturbado quando morre alguém que socorremos
12	Posteriormente, procuro saber a evolução das vítimas que socorri
13	Pergunto sempre ao colega da equipa a sua opinião sobre a actuação
14	Tenho necessidade, depois de sair do turno, de falar com alguém sobre a actuação
15	Sinto-me mais tranquilo após discutir sobre a actuação
16	Sinto-me satisfeito quando elogiam a minha actuação

A PARTE III é relativa ao “Questionário de Stress” de Adriano Vaz Serra (2000). Apresenta-se sob o tipo de escala *Likert* e pretende avaliar a vulnerabilidade ao *stress*, em relação com o desenvolvimento de psicopatologia. Assim, este constitui um instrumento de auto-avaliação, denominado 23QVS, pelo facto da versão final da escala ter ficado com 23 questões. O autor elaborou este estudo com base numa amostra de 368 elementos de uma população em geral, tendo obtido um coeficiente de *Alpha de Cronbach*, para todos os itens, de 0,824.

As correlações mais elevadas com a nota global sugerem-nos que a pessoa vulnerável ao *stress* tem um perfil em que se realçam as características seguintes: pouca capacidade auto-afirmativa, fraca tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver os problemas e preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia.

Através de uma Análise Factorial de Componentes Principais, este questionário agrupa-se em sete factores, que passamos a descrever (ver quadros 5 a 11):

**Quadro 5** - Factor 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
5	Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia
10	Sou um indivíduo que se enerva com facilidade
16	Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas
18	Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto
19	Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero
23	Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço

**Quadro 6** - Factor 2 – Inibição e dependência funcional

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
1	Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas
2	Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas
9	Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver
12	Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado
22	Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar

**Quadro 7** - Factor 3 – Carência de apoio social

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
3	Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes
6	Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar

**Quadro 8** - Factor 4 – Condições de vida adversas

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
4	Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades
21	O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais

**Quadro 9** - Factor 5 – Dramatização da existência

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
8	É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem
20	Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem

**Quadro 10** - Factor 6 – Subjugação

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
11	Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim
13	As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito
14	Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades
15	Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão

**Quadro 11** - Factor 7 – Deprivação de afecto e rejeição

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
7	Dou e recebo afecto com regularidade
17	Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas

A correlação teste/reteste foi realizada num mínimo de 239 dias, sendo a correlação obtida de 0,816 (com N=105), valor altamente significativo ( $p < 0,000$ ) e abonatório de uma boa estabilidade temporal.

Da PARTE III consta ainda a escala “Como me Costumo Sentir Fisicamente” do Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar (QMFME) de José Luís Pais Ribeiro (2003). Este instrumento foi construído com o objectivo de desenvolver uma lista de manifestações físicas susceptíveis de exprimir mal-estar em indivíduos que não padecem de qualquer doença, tendo sido concebido para avaliar a frequência e a intensidade das queixas psicossomáticas ou somatoformes. Para tal, o autor utilizou uma amostra de 609 participantes de ambos os géneros (53% do género feminino), jovens e saudáveis.

Os indivíduos respondem, assinalando a sua opção numa escala de seis pontos para a frequência (5 – ocorre diariamente; 4 – ocorre várias vezes por semana; 3 – ocorre cerca de uma vez por semana; 2 – ocorre cerca de uma vez por mês; 1 – ocorre menos de uma vez por mês; 0 – nunca ocorre) e numa de cinco para a intensidade (4 – é extremamente incómodo quando ocorre; 3 – muito incómodo quando ocorre; 2 – moderadamente incómodo quando ocorre; 1 – ligeiramente incómodo quando ocorre; 0 – não é problema).

No estudo de Ribeiro, os participantes constituem uma amostra de conveniência, tanto para o estudo piloto como para o estudo final. O estudo piloto contou com 128 sujeitos: 108 indivíduos (85,00%) eram do género feminino e 19 (15,00%) do masculino; a idade média dos indivíduos do género feminino era de 22,53 anos, com um desvio padrão de 0,23 anos; a idade média dos indivíduos do género masculino era de 23,78 anos, com um desvio padrão de 2,65 anos. No estudo final, os participantes constituem uma amostra de conveniência com 609 estudantes saudáveis do ensino secundário e universitário: 53% do género feminino, com idades entre os 16 e 30 anos (média de 19,88 anos).

Para o estudo piloto, o questionário de QMFME incluía 24 itens que expressavam manifestações comuns de mal-estar, que abrangia itens de dois questionários: o *Physical Symptoms* de *Mechanic e Hansell* (1987) e o *PSC* de *Attnasio, Andrasik, Blanchard & Arena* (1984). Durante o estudo piloto foi realizada uma análise preliminar da distribuição das respostas a cada item, procurando identificar os itens que não tinham uma função discriminativa, para depois os retirar do inventário, considerando-se que um item tinha uma função discriminativa quando não contribuía

para a nota total, ou seja, um item que recebesse como resposta “nunca ocorre” pela quase totalidade da amostra.

Após esta análise foram retirados 5 itens que, segundo a amostra do estudo piloto, nunca ocorriam em 98, 96, 92, 98 e 91% da população, respectivamente. Quando se examinava a segunda alternativa de resposta (ocorria menos de uma vez por mês) a percentagem passava a 99, 98, 98, 100 e 98%, respectivamente. O questionário ficou, assim, reduzido a 19 itens.

A Análise Factorial utilizada para o QMFME aponta para quatro grandes tipos de manifestações ou de sintomas, que parecem expressar-se, através de diferentes sistemas orgânicos, que são (ver quadros 12 a 15):

**Quadro 12:** “Sistema Nervoso”

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
4	Insónia
5	Fadiga
6	Depressão
8	Tensão Geral
9	Palpitações Cardíacas
13	Fraqueza

**Quadro 13:** “Sistema Respiratório”

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
15	Dores de Garganta
16	Tosse
17	Alergias
18	Acne ou Borbulhas
19	Nariz Tapado

**Quadro 14:** “Sistema Muscular”

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
1	Dor de Cabeça
2	Dores nas Costas
10	Dores nos Olhos associadas à Leitura
14	Dores Musculares

**Quadro 15:** “Sistema Digestivo”

<i>Itens</i>	<b>Formulação</b>
3	Dores de Estômago
7	Enjoo
11	Diarreia ou Prisão de Ventre
12	Tonturas

A nota obtida pode variar para a dimensão “Sistema Nervoso” entre “0” e “120”, para a dimensão “Sistema Respiratório” entre “0” e “100”, para as restantes dimensões, “Sistema Muscular” e “Sistema Digestivo”, entre “0” e “80”; para o questionário total pode variar entre “0” e “380”.

Neste questionário, o autor obteve os seguintes valores para o índice de *Alpha de Cronbach*:

- Para o Sistema Nervoso,  $\alpha = 0,80$ ;

- Para o Sistema Respiratório  $\alpha = 0,55$ ;
- Para o Sistema Muscular  $\alpha = 0,60$ ;
- Para o Sistema Digestivo  $\alpha = 0,83$ .

#### **5.4. CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS**

Pela existência de escalas e questionários sobre a temática do estudo, validados e adaptados para a população, cultura Portuguesa, o primeiro passo destes processos foi o pedido de autorização aos autores, redigindo uma carta (Anexo I) aos mesmos fazendo-a acompanhar de nota explicativa dos objectivos do estudo que pretendíamos levar a efeito.

O segundo passo deste trabalho foi construir o questionário final para utilizar neste trabalho; para tal, foram adaptados os diversos instrumentos havendo necessidade de se excluírem ou modificarem alguns itens.

Seguidamente enviámos um pedido por escrito (Anexo II) ao Instituto Nacional de Emergência Médica para requerer a respectiva autorização para aplicação e recolha de dados na população.

A recolha de dados para a problemática em estudo foi efectuada aplicando-se o questionário a Profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica em todas as bases VMER, SIV, SBV e CODU da Delegação do Centro (ANEXO III) em Setembro e Outubro de 2009.

Foram enviados 300 questionários por correio/ via Logística INEM às referidas bases dos quais foram devolvidos 190, tendo sido eliminados 6 questionários por estarem incompletos.

O índice de resposta foi assim de 61,3%.

#### **5.5. PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS**

Para o tratamento dos dados obtidos recorreremos ao programa estatístico de SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 13.0.

Perspectivámos para o estudo a utilização de estatística descritiva e inferencial; para tal recorreremos a diferentes procedimentos e testes, nomeadamente frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central como a média, a moda e a mediana; medidas de dispersão e variabilidade como o desvio padrão e testes de hipótese como testes T de *Student*, para comparação de médias em amostras independentes e *Anovas*

complementadas com o teste de *Tuckey*. Utilizamos também testes de correlação *r* de *Pearson*.

Para os testes de hipóteses, utilizamos diferentes níveis de significância, considerando:

- Significativos os valores de  $\rho < 0,05$ ;
- Muito significativos os valores de  $\rho < 0,01$ ;
- Altamente significativos os valores de  $\rho < 0,001$ .

## CAPÍTULO 6 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Depois de no capítulo anterior termos definido os objectivos e as hipóteses do estudo, de caracterizarmos a amostra, de descrevermos os instrumentos de medida utilizados bem como as condições de aplicação dos mesmos e os procedimentos estatísticos utilizados, passamos à apresentação dos principais resultados obtidos. Por uma questão de simplificação e de fácil leitura, esta apresentação será feita de forma sequencial conforme a estrutura dos instrumentos de medida (no anexo 4 podem ser visualizados os *outputs* obtidos).

### A – NÍVEIS DE *STRESS*

#### A<sub>1</sub> – Níveis de *stress* (*Vaz Serra*) x sexo

De acordo com o conhecimento teórico que sintetizámos na primeira parte deste trabalho, hipotetizámos que o nível de *stress* difere com o género dos profissionais (hipótese 1).

Para estudarmos esta hipótese utilizámos o teste *t de Student* (anexo 4) e cruzamos cada uma das dimensões do questionário sobre *stress* com a variável género do qual resultaram os seguintes dados:

##### A<sub>1.1</sub> Perfeccionismo e intolerância à frustração x sexo

Os resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,03$ ). Verifica-se, pois, que os profissionais apresentam significativamente mais perfeccionismo e intolerância à frustração do que as profissionais (médiahomens = 18,66 e médiamulheres = 17,14 ).

##### A<sub>1.2</sub> Inibição e dependência funcional x sexo

Os resultados indicam não existir diferença entre as variáveis em estudo.

##### A<sub>1.3</sub> Carência de apoio social x sexo

Os resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,000$ ). Assim, observamos que os profissionais apresentam significativamente maior carência de apoio social do que as profissionais (médiahomens = 4,42 e médiamulheres = 3,68).

#### A<sub>1.4</sub> Condições de vida adversa x sexo

Os dados não indicam qualquer diferença estatística entre as variáveis em estudo.

#### A<sub>1.5</sub> Dramatização da existência x sexo

Os resultados não estabelecem qualquer diferença estatística entre as variáveis em estudo.

#### A<sub>1.6</sub> Subjugação x sexo

Os resultados indicam não existir diferença entre as variáveis em estudo.

#### A<sub>1.7</sub> Deprivação do afecto e rejeição x sexo

Os resultados indicam uma diferença entre as variáveis em estudo ( $p=0,002$ ), em que os profissionais apresentam significativamente maior deprivação do afecto e rejeição do que as profissionais (médiahomens = 5,75 e médiamulheres = 5,19).

#### A<sub>1.8</sub> *Stress* total x sexo

Observamos a existência duma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,005$ ), em que os profissionais apresentam significativamente maior *stress* total do que as profissionais (médiahomens = 72,46 e médiamulheres = 69,37).

Partindo dos resultados, podemos concluir que os profissionais apresentam maiores níveis de *stress* total que as suas colegas de profissão, embora um estudo mais minucioso revele que esta diferença assenta, sobretudo, no perfeccionismo e intolerância à frustração, na carência de apoio social e na deprivação e rejeição, confirmando-se, assim, a nossa hipótese.

### **A<sub>2</sub> – Níveis de *stress* ( *Vaz Serra*) x categoria profissional**

Atendendo à exposição diferenciada dos profissionais às situações de emergência, considerámos como hipótese que o nível de *stress* difere com a categoria profissional (hipótese 2).

Para estudarmos esta hipótese utilizámos o teste *Anova* (anexo 4) e o teste de

*Tukey*. Para isso cruzámos cada uma das dimensões do questionário sobre *stress* com a variável categoria profissional do qual resultaram os seguintes dados:

A<sub>2.1</sub> Perfeccionismo e intolerância à frustração x categoria profissional

Os resultados do teste *Anova* revelam uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,08$ ). O teste de *Tukey* especifica que os Enfermeiros apresentam significativamente mais perfeccionismo e intolerância à frustração ( $p=0,024$ ), e ainda uma diferença limite da significância ( $p=0,050$ ) comparativamente aos TOTE.

A<sub>2.2</sub> Inibição e dependência funcional x categoria profissional

Os resultados indicam não existir diferença entre as variáveis em estudo.

A<sub>2.3</sub> Carência de apoio social x categoria profissional

Não se observam diferenças significativas entre os profissionais.

A<sub>2.4</sub> Condições de vida adversa x categoria profissional

Os dados não indicam qualquer diferença estatística entre as variáveis em estudo.

A<sub>2.5</sub> Dramatização da existência x categoria profissional

O teste *Anova* mostra-nos que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,045$ ). O teste de *Tukey* especifica que os Médicos dizem ter significativamente maior dramatização da existência ( $p=0,033$ ) do que os TAE.

A<sub>2.6</sub> Subjugação x categoria profissional

Os resultados indicam não existir diferença entre as variáveis em estudo.

A<sub>2.7</sub> Deprivação do afecto e rejeição x categoria profissional

Não existem diferenças significativas neste cruzamento de variáveis.

A<sub>2.8</sub> *Stress* total x categoria profissional

Os dados não indicam diferenças significativas quanto à variável *stress* total.

Concluimos que não existem diferenças significativas nos níveis de *stress* total, embora um estudo mais minucioso revele que existe diferença, no perfeccionismo e intolerância à frustração, na dramatização da existência. Os Enfermeiros relatam sentir maiores níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração do que os Médicos e que estes últimos apresentam maiores níveis de dramatização da existência do que os TAE. A nossa hipótese é, por isso, parcialmente confirmada.

## B –STRESS NO INEM

Antes de comentarmos os resultados obtidos com o STINEM, apresentamos, para além da estatística descritiva relativa a cada um dos factores deste questionário, o valor da sua consistência interna (*Alpha de Cronbach*).

Questionário <i>Stress</i> no INEM (STINEM)										
	Médico					Enfermeiro				
F1	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
	40,13	9,92	23	57	0,831	38,31	7,36	17	56	0,724
F2	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
	33,19	8,59	21	53	0,804	32,55	7,71	19	50	0,832
F3	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
	39,94	7,14	30	52	0,781	39,59	7,11	28	64	0,774
F4	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
	37,39	8,734	23	57	0,683	35,75	7,51	19	52	0,819
Ftotal	$\alpha$ total 0,919					$\alpha$ total 0,923				
	OPCEM/TOTE					TAE				
F1	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
	44,09	6,95	29	56	0,619	35,03	8,07	20	62	0,737
F2	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	X	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
	36,25	9,44	20	59	0,815	33,01	7,77	19	55	0,775
F3	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
	39,00	9,07	19	58	0,815	39,32	6,27	27	54	0,698
F4	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
	40,41	7,84	28	58	0,762	35,10	6,78	25	57	0,710
Ftotal	$\alpha$ total 0,906					$\alpha$ total 0,927				

**Tabela 7** - Tabela de estatística descritiva e dos valores da consistência interna para cada um dos factores do STINEM e do STINEMtotal

Analisando a tabela 7, e de acordo com Bryman e Cramer (1990 e 1993) podemos afirmar que este questionário possui muito boa consistência interna uma vez que os valores de *alpha* obtidos são superiores a 0,900.

### **B1 – STINEM x sexo**

O *stress* (no INEM) é, de acordo com a teoria, uma variável essencial para as boas respostas de *coping*. Assim, hipotetizamos que o *stress* no INEM difere com o género sexual dos profissionais (hipótese 3).

Para o estudo desta hipótese foi utilizado o teste *t de Student* (Anexo 4). Fizemos o cruzamento de cada uma das dimensões do questionário sobre *stress* com a variável género do qual resultaram os seguintes dados:

#### **B<sub>1,1</sub> Identificação de factores de *stress* na profissão x sexo**

Os resultados não indicam diferenças entre as variáveis em estudo.

#### **B<sub>1,2</sub> Antes da activação x sexo**

Não se verificam existir diferenças entre estas variáveis.

#### **B<sub>1,3</sub> Durante a activação x sexo**

Os resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,012$ ). As profissionais apresentam significativamente maior identificação do *stress* durante a activação do que os colegas de profissão. (médiahomens = 38,27 e médiamulheres = 41,03).

#### **B<sub>1,4</sub> Depois da activação x sexo**

Existe diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,000$ ), em que as profissionais apresentam significativamente maior identificação do *stress* depois da activação do que os colegas de profissão (médiahomens = 34,74 e médiamulheres = 39,10 ).

#### **B<sub>1,5</sub> *Stress* no INEM Total (STINEMtotal) x sexo**

O cruzamento das variáveis mostra existir diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,02$ ), em que as profissionais

apresentam significativamente maior *stress* no INEM total que os colegas de profissão (médiahomens = 143,03 e médiamulheres = 154,71).

Tendo em conta os resultados, podemos concluir que as profissionais apresentam maiores níveis de *stress* do que os seus colegas de profissão. Um estudo mais minucioso revela que esta diferença assenta, sobretudo, na identificação do *stress* durante e depois da activação e no *stress* no INEM total, confirmando-se, assim, a nossa hipótese.

## **B<sub>2</sub>–*STINEM* x categoria profissional**

Atendendo à exposição diferenciada dos profissionais às situações de emergência, considerámos como hipótese que a identificação dos factores de *stress* difere com a categoria profissional (hipótese 4).

Para estudarmos esta hipótese utilizámos o teste *Anova* (anexo 4) e o teste de *Tukey*. Para isso cruzámos cada uma das dimensões do questionário sobre *stress* com a variável categoria profissional, o que apresentamos de seguida:

### **B<sub>2.1</sub> Identificação dos factores de *stress* na profissão x categoria profissional**

O teste *Anova* revela uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,000$ ). O teste de *Tukey* especifica que os Médicos apresentam significativamente maior identificação dos factores de *stress* na profissão ( $p=0,019$ ) do que os TAE; os TOTE apresentam, também, diferenças significativas comparativamente aos Enfermeiros ( $p=0,009$ ) e aos TAE ( $p=0,000$ ).

### **B<sub>2.2</sub> Antes da activação x categoria profissional**

Os resultados indicam não existir diferença entre as variáveis em estudo.

### **B<sub>2.3</sub> Durante a activação x categoria profissional**

Não se observam diferenças significativas entre os profissionais.

### **B<sub>2.4</sub> Depois da activação x categoria profissional**

Os dados do teste *Anova* revelam uma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ( $p=0,09$ ). O teste de *Tukey* especifica que os TOTE apresentam significativamente maior identificação do *stress* depois da activação

( $p=0,033$ ) do que os Enfermeiros; os TOTE apresentam, também, diferenças significativas comparativamente aos TAE ( $p=0,006$ ).

B<sub>2.5</sub> *Stress* no INEM total (STINEMtotal) x categoria profissional

O teste *Anova* mostra-nos que existe uma diferença entre as variáveis em estudo ( $p=0,017$ ). O teste de *Tukey* especifica que os TOTE apresentam significativamente uma maior identificação do *stress* nos três momentos ( $p=0,011$ ) do que os TAE.

Concluimos que existem diferenças estatisticamente significativas na identificação dos factores de *stress* na profissão e do *stress* no INEM total (STINEM). Um estudo mais minucioso revela que, ainda assim, não existem diferenças significativas antes da activação e durante a activação, embora os Médicos e TOTE revelem identificar mais *stress*. A nossa hipótese é, por isso, genericamente confirmada.

## **C – STRESS NO INEM (STINEM) E NÍVEIS DE STRESS (Vaz Serra)**

### **C<sub>1</sub> – Stress no INEM (STINEM) x Níveis de stress (Vaz Serra)**

Propusemo-nos relacionar o *stress* no INEM total e os níveis de *stress*. Considerámos como hipótese que o *stress* no INEM se relaciona (positiva ou negativamente) com os níveis de *stress* (hipótese 5).

Para o estudo desta hipótese foi utilizado o teste de Correlação de *Pearson* (anexo 4). Fizemos o cruzamento de cada uma das dimensões do questionário sobre *stress* com a variável género do qual resultaram os seguintes dados:

C<sub>1.1</sub> Identificação dos factores de *stress* na profissão x perfeccionismo e intolerância à frustração

Os resultados mostram-nos a existência de uma correlação negativa moderada ( $r = - 0,418$ , ou seja, 17,47% dos casos). Assim, nestes casos, confirmamos o incremento da identificação dos factores de *stress* na profissão diminuem os comportamentos de inibição e dependência funcional.

C<sub>1.2</sub> Antes da activação x perfeccionismo e intolerância à frustração

Os resultados mostram-nos a existência de uma correlação negativa moderada ( $r = - 0,506$ , ou seja, 25,60% dos casos). Confirmamos, assim, que um maior perfeccionismo se relaciona com uma diminuição da identificação dos factores de *stress* antes da activação.

C<sub>1.3</sub> Durante a activação x perfeccionismo e intolerância à frustração

A relação entre estas variáveis confirma a existência de uma correlação negativa moderada ( $r = - 0,505$  ou seja 25,50% dos casos). Confirmamos, então, que um maior perfeccionismo e intolerância à frustração se relaciona com uma diminuição da identificação dos factores de *stress* durante a activação.

C<sub>1.4</sub> Depois da activação x perfeccionismo e intolerância à frustração

Verifica-se que a relação entre estas variáveis confirma a existência de uma correlação negativa moderada ( $r = - 0,489$ , ou seja, 23,95% dos casos). Confirmamos, então, que um maior perfeccionismo e intolerância à frustração se relaciona com uma diminuição da identificação dos factores de *stress* depois da activação.

C<sub>1.5</sub> *Stress* no INEM Total (STINEMtotal) x perfeccionismo e intolerância à frustração

A relação entre estas variáveis mostra-nos uma correlação negativa moderada ( $r = - 0,583$ , ou seja, 33,99% dos casos). Os resultados confirmam que um maior perfeccionismo e intolerância à frustração se relaciona com uma diminuição da identificação dos factores de *stress* durante a activação.

C<sub>1.6</sub> Durante a activação x *stress* total

A relação entre estas variáveis mostra-nos uma correlação negativa moderada ( $r = - 0,439$ , ou seja, 19,17% dos casos). Os resultados confirmam um nível de *stress* total elevado se relaciona com uma diminuição dos níveis de identificação do *stress* durante a activação

C<sub>1.7</sub> *Stress* no INEM Total (STINEM) x *Stress* total

A relação entre estas variáveis mostra-nos uma correlação negativa moderada

( $r = -0,439$ , ou seja, 19, 17% dos casos). Os resultados confirmam que o *stress* no INEM total se relaciona com uma diminuição dos níveis de *stress* total.

Partindo destes resultados podemos concluir que, quanto maior for o perfeccionismo e a intolerância à frustração, menor será a capacidade de identificação dos factores de *stress* na profissão, antes, durante e depois da activação. Esta tendência confirma-se na variável *stress*. Um estudo mais minucioso revela que esta diferença assenta, sobretudo, na identificação do *stress* durante e depois da activação, confirmando-se o mesmo sentido de relação na variável *stress* no INEM total. Estes resultados parecem indicar que uma concentração demasiada na *performance* dos profissionais os torna menos capazes de identificar os factores de *stress*, reduzindo-lhe as competências de *coping* e aumentando o risco de *burnout*.

## CAPÍTULO 7 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A caracterização da nossa amostra revelou-nos que a maioria dos profissionais Médicos, Enfermeiros e TAE são homens, enquanto nos TOTE/OPCEM predominam as mulheres (68,80%).

A média de idades dos Médicos é superior (38,50 anos) face aos 38,63 anos dos Enfermeiros, aos 28,97 anos dos TOTE/OPCEM e aos 27,27 anos dos TAE's.

A maioria dos profissionais sujeitos a inquérito, independentemente da classe profissional a que pertence, são casados ou vivem em união de facto, excepção feita aos TAE's em que 60,00% são solteiros, enquanto somente 38,60% dos elementos estão casados ou vivem em união de facto.

No que respeita à existência de filiação os resultados da nossa amostra revelam que Médicos e Enfermeiros são quem apresenta maior percentagem de descendentes (61,30% e 76,50%, respectivamente), enquanto só 37,50% dos TOTE/OPCEM e apenas 14,30% dos TAE's têm descendência.

Os resultados referentes ao tempo de serviço geral, bem como ao que foi passado no meio de emergência, revelam que em média os Médicos trabalharam 11,42 anos e somente 5,35 anos em ambiente de emergência. A classe de enfermagem apresenta uma média de 15,73 anos de serviço e 6,61 anos em meio de emergência. Os TOTE/OPCEM apresentam um tempo de serviço médio de 5,81 anos que contrasta com 6,63 anos em serviço de emergência; situação similar ocorre no seio dos TAE's: estes apresentam 1,94 anos de tempo de serviço médio, contrastante com os 4,07 anos em contexto de emergência.

Quanto ao estado de saúde dos profissionais de emergência médica, 48,40% dos Médicos considera ter um estado de saúde bom, face aos 45,20% que autoavaliam o seu estado de saúde como muito bom; a classe de enfermagem apresenta 47,10% de indivíduos que autoavaliam o seu estado de saúde como muito bom, face aos 68,80% de TOTE/OPCEM que apenas consideram o seu estado de saúde bom. Já 45,70% dos TAE's autoavaliam-se como tendo um estado de saúde muito bom, sendo que 41,40% consideram ter um estado de saúde bom.

Destes resultados podemos perceber que as classes profissionais envolvidas nos serviços de emergência por nós estudados são heterogéneas na idade, no estado civil, na

descendência, na relação tempo de serviço e tempo de serviço em emergência e até no género.

Estes resultados permitem-nos considerar que as intervenções clínicas em contexto de rua são feitas maioritariamente por homens, enquanto nos serviços de coordenação e orientação dos meios de emergência predominam profissionais do sexo feminino, ou seja, estas decidem a orientação dos recursos e, na maioria dos casos, perdem o desenrolar dos acontecimentos.

A idade (entre os 20 e os 56 anos), o estado civil e a descendência é dispar nos diversos profissionais e permite-nos perceber que as exigências e obrigações de conjugalidade e parentalidade podem colocar os profissionais em situações diferentes de *stress*, nomeadamente nos tempos de lazer e na ocupação dos turnos considerada por vários autores (Vaz Serra, 1999) como factores acrescido de *stress*.

Por outro lado, os TAE e os TOTE/OPCEM parecem ter começado o seu contacto com os serviços de emergência antes mesmo de entrarem na profissão. Esta indicação permite-nos pensar que estes podem ter vivido experiências de voluntariado em emergência médica antes de entrarem na profissão (Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa), contrariamente aos Médicos e Enfermeiros que manifestam ter mais tempo de serviço do que tempo de serviço em Emergência Médica.

Os resultados do estudo inferencial serão discutidos pela mesma ordem de apresentação do estudo, feita no ponto anterior. Assim, partindo da hipótese de que o nível de *stress* difere com o género dos profissionais (hipótese 1) concluímos que os profissionais homens apresentam maiores níveis de *stress* total do que as suas colegas de profissão, embora um estudo mais minucioso revele que esta diferença assenta, sobretudo, no perfeccionismo e intolerância à frustração, na carência de apoio social e na privação e rejeição, tendo-se confirmado a nossa hipótese.

Estes resultados mostram, pois, que o perfeccionismo e a intolerância à frustração são incrementadores significativos de *stress*, sendo superior nos homens o que está de acordo com Frango (1995), quando esta fala de agentes indutores de *stress*, qualquer que seja o tipo de agente sempre que está envolvida uma mudança, uma situação nova que desafia as capacidades de adaptação e que confronta o indivíduo com a sua vulnerabilidade pessoal e as aptidões de controlo. Por outro lado, os homens são aqueles que, como vimos anteriormente, estão maioritariamente ligados às intervenções

clínicas em contexto de rua, indo ao encontro de We Farlane (1991) quando este define agente *stressor* como todo o acontecimento que é marcadamente desgastante para a pessoa, causador de enorme receio ou terror no momento, como pode acontecer em situações de emergência onde se corra o risco real de perda de controlo da situação. Também Allison *et al.* (1987) consideram que os trabalhadores prestam cuidados médicos em ambientes não familiares e perigosos, onde a sua presença é, por vezes, considerada inoportuna, sendo a sua *performance* profissional posta à prova e avaliada por curiosos e familiares das vítimas, torna-se um factor pressionante para estes profissionais de rua.

A carência de apoio social e a deprivação e rejeição são também aspectos em que os homens revelam ter significativamente mais *stress*, podendo decorrer, no entender de Ganhão (1993), da sobrecarga e da falta de sentido de pertença. Por outro lado, as relações interpessoais com os pares podem envolver competitividade, indiferença pelas necessidades dos outros, individualismo, desconfiança, ressentimentos, ciúmes e boatos que inviabilizam uma relação saudável e agradável entre os que têm que partilhar determinado espaço físico, diminuindo a proximidade e restringindo a rede social do indivíduo. Kalimo & Mejman (1987), citados por Frango (1995), referem como consequência do *stress*, o aparecimento de atitudes negativas tais como irritação, tensão, tédio e depressão, que podem incrementar o sentimento de deprivação e de rejeição no profissional. Selye (1980, citado por Brunner, 1990) indicamos uma lista de distúrbios provocados pelo *stress*, nomeadamente, as consequências do *stress*, a nível social, na vida social do indivíduo tendência para o isolamento social, para a ausência de prazer no contacto com os outros e para a falta de afinidade com outros e solidão.

No nosso estudo considerámos como hipótese que o nível de *stress* difere com a categoria profissional (hipótese 2) e verificámos que não existem diferenças significativas nos níveis de *stress* total. No entanto, um estudo mais minucioso revela existirem diferenças no perfeccionismo e intolerância à frustração e na dramatização da existência. Os Enfermeiros relatam sentir maiores níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração do que os Médicos, uma vez que os primeiros são profissionais sujeitos a um *stress* intenso de exposição (Vaz Serra, 1999, citando Heim, 1992) a situações limite de vida ou morte onde os gestos técnicos não podem falhar. A sua formação no cuidado e a sua focalização na relação interpessoal empurra-os para a

criação duma área de sintonia com o sofrimento, numa dança comunicacional de futuro incerto, que parece despertar comparativamente aos Médicos uma intolerância à frustração (Bion, 1966) e uma [des]esperança (Erikson, 1998) de que o desenlace não será comprometedor. As funções desempenhadas requerem muita atenção, exigência física e emocional, de tal modo que estas podem incrementar reacções de *stress*; uma vez que comportam um risco real e implicam, também, um forte *stress* emocional (Pereira, 2001).

Os Médicos apresentam maiores níveis de dramatização da existência do que os TAE. Estes resultados revelam que os Médicos têm uma maior capacidade para lidar com a tolerância à frustração e são capazes duma maior simbolização da realidade onde as situações desagradáveis podem ser dramatizadas, isto é, agidas através do humor e das competências pessoais. Neste sentido, estes resultados revelam que os Médicos utilizam melhor o *coping* (Pereira, 1991) para lidar e confrontar com a situação de ameaça e de desafio, para as quais não têm preparadas respostas automáticas ou de rotina” [Monat & Lazarus, citados por Serra (1990, p.37)]. Rogers (1979), por seu lado, refere que pouco importa que o estímulo venha de dentro ou de fora ou que o ambiente seja favorável ou desfavorável, pois em qualquer das condições, o comportamento de um organismo está voltado para a sua manutenção, o seu crescimento e a sua reprodução. Essa é a própria natureza do processo a que chamamos vida. Nesta perspectiva, o autor considera o ser humano como o seu próprio arquitecto, denotando uma tendência direccionada à realização das potencialidades construtivas do ser Humano, o próprio elemento motivador, a própria força vital. Este resultado do nosso estudo parece ressaltar esta ideia de Rogers, pois, na adversidade estes profissionais conseguem encontrar significativamente maiores competências para usar o chiste como elemento catártico do seu desconforto do que os TAE, que estabelecem uma relação assimétrica e hierarquizada que os remete para uma dimensão mais concreta da realidade.

No nosso estudo cruzou-se, também, a variável STINEM e sexo, partindo da hipótese de que o *stress* no INEM (STINEM) difere com o género dos profissionais (hipótese 3) e concluímos que as profissionais identificam mais factores de *stress* do que os seus colegas de profissão. Um estudo mais minucioso revela que esta diferença assenta, sobretudo, na identificação do *stress* durante e depois da activação e no *stress* no INEM total.

Os resultados parecem indicar que as profissionais discriminam melhor os factores de *stress* do que os seus colegas. Atendendo a que a maioria das profissionais está na coordenação e orientação dos meios de emergência podemos ir ao encontro de Lazarus & Folkman (1984) quando referem que as situações indutoras de *stress* pertencem a três categorias: a ameaça que diz respeito a uma antecipação de uma contingência desagradável, do que pode vir a acontecer mas ainda não surgiu; o dano ao referir-se a alguma coisa que já ocorreu e ao seu significado ou às suas consequências e o desafio que representa uma circunstância em que o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas.

Partindo da hipótese de que a identificação dos factores de *stress* difere com a categoria profissional (hipótese 4) concluímos que os Médicos apresentam significativamente maior identificação dos factores de *stress* na profissão do que os TAE. Os TOTE apresentam, também, diferenças estatisticamente significativas comparativamente aos Enfermeiros e aos TAE. Os dados do cruzamento das variáveis “Depois da activação” e categoria profissional revelam que os TOTE apresentam significativamente maior identificação do *stress* depois da activação do que os Enfermeiros e apresentam, também, diferenças significativas comparativamente aos TAE.

Do cruzamento das variáveis *Stress* no INEM total (STINEMtotal) x categoria profissional, concluímos que os TOTE apresentam significativamente uma maior identificação do *stress* nos três momentos que os TAE.

Em síntese, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas na identificação dos factores de *stress* na profissão e do *stress* no INEM total (STINEM). Um estudo mais minucioso revela que, ainda assim, não existem diferenças estatisticamente significativas antes da activação e durante a activação. Médicos e TOTE revelam identificar mais *stress* do que os TAE e os TAE e Enfermeiros, respectivamente.

Os resultados indicam-nos que Médicos e TOTE identificam mais factores de *stress* do que os restantes profissionais e mostram que estes profissionais discriminam melhor as alterações fisiológicas e emocionais decorrentes da profissão, embora os resultados anteriores mostrem também que os Médicos são capazes de dramatizar a situação, enquanto os TOTE por não fazerem um acompanhamento tão próximo mostram maiores níveis de *stress* depois da activação, ou seja, depois de deixarem de

controlar a situação e terem sido expostos a tomadas de decisão e uso ou não das suas estratégias de *coping* (Vaz Serra, 1999)

Por fim, estudámos as variáveis *Stress* no INEM e Níveis de *stress*. Considerámos como hipótese que o *stress* no INEM se relaciona (positiva ou negativamente) com os níveis de *stress* (hipótese 5).

Do cruzamento da Identificação dos factores de *stress* na profissão x perfeccionismo e intolerância à frustração resultou uma correlação negativa moderada ( $r = - 0,418$ , ou seja, 17,47% dos casos). Nestes casos, o incremento da identificação dos factores de *stress* na profissão diminuiu os comportamentos de inibição e dependência funcional. Tal resultado indica uma tendência funcional para a identificação dos factores de *stress*, uma vez que estes parecem ser autonomizantes para o indivíduo. Destes dados podemos perceber também que a identificação do *stress* pode não ser por si perturbadora (o *eustress*).

O cruzamento das variáveis Antes da activação, Durante a activação, Depois da activação e o Perfeccionismo e intolerância à frustração mostra-nos a existência de uma correlação negativa moderada, confirmando-se, nos casos referidos, que um maior perfeccionismo se relaciona com uma diminuição da identificação dos factores de *stress* antes da activação.

O cruzamento das variáveis *stress* no INEM Total (STINEMtotal) e o Perfeccionismo e intolerância à frustração confirma a tendência das respostas parciais reforçando a correlação negativa moderada.

Os resultados, no seu todo, confirmam o que foi anteriormente expresso, pois uma melhor discriminação da variável Identificação dos factores antes da variável se relaciona negativamente com o perfeccionismo e a intolerância à frustração, revelando que conhecer o *stress* pode adequar-se neste caso a melhores estratégias de *coping* (Vaz Serra, 1999).

O cruzamento das variáveis Durante a activação, *Stress* no INEM Total (STINEM) e o *Stress* total confirmam, respectivamente, que um nível de *stress* total elevado se relaciona com uma diminuição dos níveis de identificação do *stress* durante a activação e que o *stress* no INEM total se relaciona com uma diminuição dos níveis de *stress* total.

Estes resultados levam-nos a concluir que quanto maior for o perfeccionismo e a

intolerância à frustração menor será a capacidade de identificação dos factores de *stress* na profissão, antes, durante e depois da activação. Esta tendência confirma-se na variável *stress*. Um estudo mais minucioso revela que esta diferença assenta, sobretudo, na identificação do *stress* durante e depois da activação, confirmando-se o mesmo sentido de relação na variável *stress* no INEM total. Estes resultados parecem indicar que uma centração demasiada na *performance* dos profissionais os torna menos capazes de identificar os factores de *stress*, reduzindo-lhe as competências de *coping* e aumentando o risco de *burnout*.

## CAPÍTULO 8 – CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Depois da caracterização da amostra, concluímos que a maioria dos profissionais Médicos, Enfermeiros e TAE são homens, enquanto que nos TOTE/OPCEM predominam mulheres (68,80%).

A média de idades dos Médicos é mais alta (38,50 anos), face aos 38,63 anos dos Enfermeiros, aos 28,97 anos dos TOTE/OPCEM e aos 27,27 anos dos TAE's.

A maioria dos profissionais são casados, ou vivem em união de facto, excepção feita aos TAE's em que 60,00% são solteiros, e somente 38,60% dos elementos estão casados ou vivem em união de facto.

Os Médicos e os Enfermeiros apresentam a maior percentagem de descendentes (61,30% e 76,50%, respectivamente), enquanto só 37,50% dos TOTE/OPCEM e apenas 14,30% dos TAE's têm descendência.

Os Médicos trabalharam 11,42 anos e somente 5,35 anos em ambiente de emergência. A classe de enfermagem apresenta uma média de 15,73 anos de serviço e 6,61 anos em meio de emergência. Os TOTE/OPCEM apresentam um tempo de serviço médio de 5,81 anos que contrasta com 6,63 anos em serviço de emergência. Situação similar ocorre no seio dos TAE's onde estes apresentam 1,94 anos de tempo de serviço médio, contrastante com os 4,07 anos em contexto de emergência.

Concluimos que 48,40% dos Médicos considera ter um estado de saúde bom, face aos 45,20% que autoavaliam o seu estado de saúde como muito bom; a classe de enfermagem apresenta 47,10% de indivíduos que autoavaliam o seu estado de saúde como muito bom, face aos 68,80% de TOTE/OPCEM que apenas consideram o seu estado de saúde bom. Já 45,70% dos TAE's autoavaliam-se como tendo um estado de saúde muito bom, sendo que 41,40% consideram ter um estado de saúde bom.

Concluimos, pois, que as classes profissionais envolvidas nos serviços de emergência por nós estudados são heterogéneas na idade, no estado civil, na descendência, na relação tempo de serviço e tempo de serviço em emergência e até no género sexual.

Estes resultados permitem-nos considerar que as intervenções clínicas em contexto de rua são feitas maioritariamente por homens, enquanto nos serviços de coordenação e orientação dos meios de emergência predominam profissionais do sexo

feminino, ou seja, estas decidem a orientação dos recursos e, na maioria dos casos, perdem a desenrolar dos acontecimentos.

Os TAE e os TOTE/OPCEM parecem ter começado o seu contacto com os serviços de emergência antes mesmo de entrarem na profissão. Esta indicação permite-nos pensar que estes podem ter vivido experiências de voluntariado em emergência médica antes de entrarem na profissão (Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa), contrariamente aos Médicos e Enfermeiros que manifestam ter mais tempo de serviço do que tempo de serviço em Emergência Médica.

Concluimos, ainda, que os profissionais apresentam maiores níveis de *stress* total do que as suas colegas de profissão, embora um estudo mais minucioso revele que esta diferença assenta, sobretudo, no perfeccionismo e intolerância à frustração, na carência de apoio social e na privação e rejeição.

Concluimos que, embora não existam diferenças estatisticamente significativas nos níveis de *stress* total, um estudo mais minucioso revela que existem diferenças, no perfeccionismo e intolerância à frustração, na dramatização da existência. Os Enfermeiros relatam sentir maiores níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração do que os Médicos e que estes últimos apresentam maiores níveis de dramatização da existência do que os TAE.

Ficou claro que as profissionais apresentam maiores níveis de *stress* do que os seus colegas de profissão. Um estudo mais minucioso revela que esta diferença assenta, sobretudo, na identificação do *stress* durante e depois da activação e no *stress* no INEM total.

Concluimos, também, que existem diferenças estatisticamente significativas na identificação dos factores de *stress* na profissão e do *stress* no INEM total (STINEM). Um estudo mais minucioso revela que, ainda assim, não existem diferenças estatisticamente significativas antes da activação e durante a activação, embora os Médicos e os TOTE revelam identificar mais *stress*. A nossa hipótese é, por isso, genericamente confirmada.

Partindo dos resultados podemos concluir que quanto maior for o perfeccionismo e a intolerância à frustração menor será a capacidade de identificação dos factores de *stress* na profissão, antes, durante e depois da activação. Esta tendência confirma-se na variável *stress*. Um estudo mais minucioso revela que esta diferença assenta, sobretudo, na identificação do *stress* durante e depois da activação, confirmando-se o mesmo sentido de relação na variável *stress* no INEM total. Estes

resultados parecem indicar que uma concentração demasiada na *performance* dos profissionais os torna menos capazes de identificar os factores de *stress*, reduzindo-lhe as competências de *coping* e aumentando o risco de *burnout*.

Os limites deste trabalho referem-se à amostra que inviabilizou um estudo "mais fino" por ter poucos respondentes nalgumas categorias. Outro aspecto liga-se à extensão dos questionários e à dificuldade de resposta ao Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar (Respostas ao QMFME, anexo 5).

Outra dificuldade teve a ver com a dispersão territorial das bases do INEM que impossibilitou uma recolha pessoal dos questionários.

Contudo, e apesar destas limitações, o alcance deste trabalho foi ter ajudado a consolidar conhecimentos científicos e permitir perspectivar novas investigações, nomeadamente com uma amostra mais alargada e em equipa para poder estudar as componentes fisiológicas do *stress*.

# Bibliografia

- Amaral, J. (2004). *Stress nos técnicos do INEM: Contributos da supervisão*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Bion, W. (1966). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Bowlby, J. (1990). *Apego*. S. Paulo: Martins Fontes Editores.
- Brunner, J. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bryman, A.; & Cramer, D. (1990 e 1993). *Análise de dados em Ciências Sociais – Introdução às técnicas utilizando o SPSS*, 2ª ed. Oeiras: Celta Editora.
- Cannon, W.(1935) Stresses and strains of homeostase. *America Journal Ned. Science*, v. 189, p. 1-14.
- Cardoso, R. M. (org) (1999). O Stress na profissão docente: Como prevenir como manejar. Dossier Novos Rumos. *Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional – IPSSO* Nr 9. Porto: Porto Editora.
- Cardoso, R. M. Araújo, A.; Ramos, R. C.; Gonçalves, G.; & Ramos, M. (2000). *O Stress nos professores portugueses. Estudo do Instituto de prevenção do Stress e Saúde Ocupacional – IPSSO*. Coleção mundo dos saberes 31. Porto: Porto Editora.
- Cardoso, R. M.; Araújo, A.; Ramos, R. C.; Gonçalves, G.; & Ramos, M. (2002). *O stress nos professores portugueses*. Estudo IPSSO 2000. Porto: Porto Editora.
- Cardoso, R. M.; Freitas, J.; Araújo, A.; & Ramos, M. (1998). *Stress, burnout e mecanismos de coping in J.M. Alves (1998). Professor, stress e indisciplina*. Porto: Porto Editora, 15-19 (Dossier Rumos, nº 5).
- Cardoso, R. M.; Ramos, M.; Araújo, A.; Rijo, D.; & Freitas, J. (1999). *O stress na profissão docente – Como prevenir, como manejar*. Porto: Porto Editora (Dossier Rumos, nº 9).
- Caroline, N. L. (1995) *Emergency care in the Streets*. 5ª ed. Pittsburgh: University of Pittsburgh School of Medicine.
- Carrilho, F. (2004). *Métodos e técnicas de estudo*. Barcarena: Editorial Presença.
- Coch, L.; French, J.R. (1948). Overcoming resistance to change. *Human Relations*, 11, 512 -532.
- Cooper, C.L. (1986). Job distress: Recent researchs and the emerging role of the clinical occupational psychologist. *Bulletin of the British Psychological Society*, 39, 325- 331.
- Cooper, C.L.; & Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: Uma revisão da literatura relacionada com doenças das coronárias e com a saúde mental. *Análise Psicológica*, II (2/3), 153-170.
- Cooper, C.L.; & Payne, R. (Eds.) (1990). *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: Willey.
- Dias, A.(1995). *(A) repensar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dohrenwend, B.S.; Dohrenwend, B.P. (1974). *Stressful live events*. New York: Wiley.
- Doron, R.; & Parot, F. (2001) *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dunham, J. (1984). *Stress in teaching*. London: Croom Helm.

- Dunham, J. (1992). *Stress in teaching* (2nd ed). London: Routledge.
- Erikson, E. (1998). *O ciclo vital completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Firth-cozens, J. (2003) Doctors, their well being, and their stress. *BMJ*; 326: J. Payne eds.
- Fisher, S. (1986). *Stress and strategy*. London: Lea Publishers.
- Frade, D.; Frasilho, M. (1998). *Stress ocupacional em Emergência Pré-Hospitalar*. (não publicado). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Frango, M.H. (1995). *Stress nos profissionais de saúde em meio hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra.
- Frasilho, A.A. (19??). O stress ocupacional. *O Médico*, 395-400.
- French, J.R.; & Caplan, R.D. (1973). *Organizational stress and individual strain*. In A.J. Marrow (Ed.), *The Failure of Success* (pp.30-36). New York: A.M.A.C.O.M..
- Ganhão, M.T. (1993). Condicionantes e estratégias redutoras do stress organizacional. *Forúm Sociológico*, 3, 89-106.
- Gil, A.C. (1992). *Como elaborar projectos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas.
- Giordiani, B. (1998). *La relacion de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Jesus, S.N. (1999). *Como prevenir e resolver o stress dos professores e a indisciplina dos alunos?*. Lisboa: Edições ASA.
- Kahn, R.; Wolfe, D.; Quinn, R.; Snoek, J.; & Rosenthal, R. (1964). *Organizational stress*. New York: Wiley.
- Kornhauser, A. (1965). *Mental health of industrial worker: A Detroit study*. New York:Wiley.
- Kyriacou, C. (1987). Teacher stress and burnout: An international review. *Educational Research*, 29 (2) , 146-152.
- Labrador, F.J. (1992). *Stress*. Lisboa: Edição Temas da Actualidade.
- Lazarus, R.; & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leal, I. (2006) *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editores.
- Leal, M.F. (1998). *Stress e burnout*. Porto: Sedoxil Medibial.
- Margolis, B. (1974). Job stress: Na unlisted occupaional hazard. *Journal Occup. Medicine*, 16 (10), 654-661.
- Mcgrath, J.E. (1976). *Stress and behavior in organizaçfions*. In M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 1351-1395.Chicago: Rand Mc Nally.
- Mitchel, R.G. (1988). O custo emocional da enfermagem. *Nursing*, 1 (11), 2-5.
- Murphy, L.; Hurrell, J.; Sauter, S.; & Keita, G. (Eds.) (1995). *Job stress interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nunes (1999). *O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Pahl, J.M.; Pahl, R.E. (1971). *Managers and their wives*. London: Allen Lane.

- Pereira, A.M.; Silva, C.; Castelo-Branco, M.C.; Latino, M.L. (2003). *Stress and teaching ability*. 24th International Conference Stress and Anxiety. Lisboa: Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Pereira, A.M.S.; Williams, D.I. (2001). Stress and coping in helpers on a student “Nightline” Service. *Counselling Psychology Quarterly*, 14.
- Pereira, A.S. (1991). *Coping, autoconceito e ansiedade social* (sua relação com o rendimento escolar). Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pinto (2006). *Adolescência e grupos: Estrutura, funções, relações e vivências nos grupos adolescentes*. Dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Powell, T.J.; & Enright, S.J. (1990). *Anxiety and stress management*. London: Routledge.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L.V. (1998), *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ramos, S. (1999). *Satisfação/insatisfação profissional e stress profissional nos professores de Educação Física de Coimbra*. Projecto de dissertação de Doutoramento. Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.
- Ribeiro, J.L. (2003). Estudo de adaptação do questionário de manifestações físicas de mal-estar. *Psiquiatria Clínica*, 24 (1), p.65-76.
- Rogers, C.. & Kinget, M.( 1977). *Psicoterapia e relações humanas*. Belo Horizonte: Interlivros 2ª ed.
- Rogers,C.(1979). *Carl Rogers on personal power: Inner strength and its revolutionary impact*. New York: Delacorte Press.
- Sauter, S.L.; & Murphy, L. (Eds.) (1995). *Organizational risk factors for job stress*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: Mc-Graw Hill.
- Selye, H. (1978). The evolution of stress concept. *American Scientific*, 61, 692-699.
- Serra, A.V. (1989). Stress. *Coimbra Médica*, 10, 131-140.
- Serra, A.V. (1990). A relevância clínica do coping nos transtornos emocionais. *Psiquiatria na Prática Médica*, 3 (4), 157-163.
- Serra, A.V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Serra, A.V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), Out./Dez., 261-278.
- Serra, A.V. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), p.279-308.
- Stora, J.B. (1990). *O stress*. Porto: Rés Editora.
- Wan, T. (1971). Status stress and morbidity: asociological investigation of selected categories of work-limiting chronic conditions. *J. Chron. Dis*, 24, 453-468.
- WE FARLANE, A.C. (1991). *Post traumatic stress disorders*. In F.K. Judd; & D.R. Lipsitt (Eds.), *Handbook of studies on general hospital psiquiatry*. New York: Wiley.

- WINNICOTT, D. (1993). *Da pediatria à psicanálise*, Textos seleccionados. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.

# **Anexo 1**

Carta de autorização para utilização do Questionário

STINEM



## **Anexo 2**

Carta de autorização do INEM para realização do estudo.

## **Anexo 3**

Questionário elaborado para o estudo

# **Anexo 4**

Quadros de Estatística Descritiva

**Group Statistics**

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
F1	Feminino	78	39,77	8,360	,947
	Masculino	106	37,35	8,697	,845
F2	Feminino	78	34,81	7,938	,899
	Masculino	106	32,50	8,360	,812
F3	Feminino	78	41,03	7,876	,892
	Masculino	105	38,27	6,346	,619
F4	Feminino	78	39,10	7,332	,830
	Masculino	106	34,74	7,482	,727
Ftotal	Feminino	78	154,71	24,650	2,791
	Masculino	105	143,03	25,764	2,514
F1.1	Feminino	78	17,14	3,478	,394
	Masculino	106	18,66	3,257	,316
F1.2	Feminino	78	17,29	2,096	,237
	Masculino	106	17,94	5,233	,508
F1.3	Feminino	78	3,68	1,264	,143
	Masculino	106	4,42	1,466	,142
F1.4	Feminino	78	6,10	,906	,103
	Masculino	106	6,29	,905	,088
F1.5	Feminino	78	5,90	1,429	,162
	Masculino	106	5,66	1,597	,155
F1.6	Feminino	78	14,06	2,343	,265
	Masculino	106	13,75	2,314	,225
F1.7	Feminino	78	5,19	1,152	,130
	Masculino	106	5,75	1,235	,120
Ft	Feminino	78	69,37	6,213	,703
	Masculino	106	72,46	8,697	,845

Quadro 1 – Diferença em Cada Factor em Função do Sexo.

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
F1	Equal variances assumed	,088	,767	1,896	182	,060	2,420	1,276	-,098	4,939
	Equal variances not assumed			1,908	169,596	,058	2,420	1,269	-,084	4,925
F2	Equal variances assumed	,483	,488	1,890	182	,060	2,308	1,221	-,101	4,717
	Equal variances not assumed			1,905	170,629	,058	2,308	1,211	-,083	4,699
F3	Equal variances assumed	4,363	,038	2,623	181	,009	2,759	1,052	,683	4,835
	Equal variances not assumed			2,541	144,334	,012	2,759	1,086	,613	4,905
F4	Equal variances assumed	,006	,939	3,945	182	,000	4,367	1,107	2,183	6,550
	Equal variances not assumed			3,958	167,922	,000	4,367	1,103	2,189	6,545
Ftotal	Equal variances assumed	,261	,610	3,088	181	,002	11,677	3,781	4,216	19,138
	Equal variances not assumed			3,108	169,861	,002	11,677	3,757	4,261	19,092
F1.1	Equal variances assumed	,091	,764	-3,038	182	,003	-1,519	,500	-2,506	-,533
	Equal variances not assumed			-3,008	159,675	,003	-1,519	,505	-2,517	-,522
F1.2	Equal variances assumed	,607	,437	-1,035	182	,302	-,649	,627	-1,885	,588
	Equal variances not assumed			-1,156	146,283	,250	-,649	,561	-1,757	,460
F1.3	Equal variances assumed	2,889	,091	-3,562	182	,000	-,736	,206	-1,143	-,328
	Equal variances not assumed			-3,644	177,426	,000	-,736	,202	-1,134	-,337
F1.4	Equal variances assumed	,880	,349	-1,406	182	,161	-,190	,135	-,456	,077
	Equal variances not assumed			-1,406	165,952	,162	-,190	,135	-,457	,077
F1.5	Equal variances assumed	,982	,323	1,040	182	,300	,237	,228	-,213	,687
	Equal variances not assumed			1,058	175,118	,292	,237	,224	-,205	,679
F1.6	Equal variances assumed	,000	1,000	,919	182	,359	,319	,347	-,366	1,004
	Equal variances not assumed			,917	164,896	,360	,319	,348	-,368	1,005
F1.7	Equal variances assumed	,106	,745	-3,088	182	,002	-,553	,179	-,906	-,200
	Equal variances not assumed			-3,121	172,085	,002	-,553	,177	-,903	-,203
Ft	Equal variances assumed	1,133	,289	-2,675	182	,008	-3,090	1,155	-5,370	-,811
	Equal variances not assumed			-2,811	181,863	,005	-3,090	1,099	-5,260	-,921

Quadro 2 – Teste T - Student

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1	Between Groups	181,317	3	60,439	,812	,489
	Within Groups	13405,808	180	74,477		
	Total	13587,125	183			
F2	Between Groups	555,115	3	185,038	2,805	,041
	Within Groups	11874,798	180	65,971		
	Total	12429,913	183			
F3	Between Groups	179,792	3	59,931	1,176	,320
	Within Groups	9125,356	179	50,980		
	Total	9305,148	182			
F4	Between Groups	151,742	3	50,581	,849	,469
	Within Groups	10722,867	180	59,571		
	Total	10874,609	183			
Ftotal	Between Groups	2865,909	3	955,303	1,436	,234
	Within Groups	119055,1	179	665,112		
	Total	121921,0	182			
F1.1	Between Groups	32,837	3	10,946	,931	,427
	Within Groups	2116,115	180	11,756		
	Total	2148,951	183			
F1.2	Between Groups	11,154	3	3,718	,208	,891
	Within Groups	3221,623	180	17,898		
	Total	3232,777	183			
F1.3	Between Groups	4,098	3	1,366	,666	,574
	Within Groups	368,940	180	2,050		
	Total	373,038	183			
F1.4	Between Groups	4,279	3	1,426	1,753	,158
	Within Groups	146,454	180	,814		
	Total	150,734	183			
F1.5	Between Groups	4,479	3	1,493	,635	,593
	Within Groups	423,000	180	2,350		
	Total	427,478	183			
F1.6	Between Groups	42,360	3	14,120	2,684	,048
	Within Groups	947,010	180	5,261		
	Total	989,370	183			
F1.7	Between Groups	6,556	3	2,185	1,460	,227
	Within Groups	269,422	180	1,497		
	Total	275,978	183			
Ft	Between Groups	256,805	3	85,602	1,390	,247
	Within Groups	11086,934	180	61,594		
	Total	11343,739	183			

Quadro 3 – Anova

Correlations

		Idade	Tempo de serviço no serviço	Tempo de serviço no meio de emergência	F1	F2	F3	Ftotal	F4	F1.1	F1.2	F1.3	F1.4	F1.5	F1.6	F1.7	Ft
Idade	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 184	,877** ,000 184	,481** ,000 184	,028 ,704 184	-,254** ,001 184	-,128 ,083 183	-,166* ,025 183	-,191** ,009 184	,074 ,319 184	-,089 ,228 184	,183* ,013 184	,125 ,091 184	,083 ,263 184	,139 ,061 184	,140 ,059 184	,111 ,134 184
Tempo de serviço no serviço	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,877** ,000 184	1 184	-,503** ,000 184	,131 ,077 184	-,162* ,000 184	-,070 ,349 183	-,073 ,329 183	-,137 ,064 184	,069 ,355 184	-,055 ,457 184	,186* ,011 184	,047 ,528 184	,108 ,144 184	,100 ,176 184	,068 ,361 184	,101 ,173 184
Tempo de serviço no meio de emergência	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,481** ,000 184	-,503** ,000 184	1 184	,071 ,341 184	-,235** ,001 184	-,142 ,055 183	-,132 ,075 183	-,173* ,019 184	,098 ,186 184	-,018 ,095 184	,108 ,200 184	,143 ,554 184	-,044 ,060 184	,060 ,421 184	,074 ,316 184	,084 ,259 184
F1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,028 ,704 184	,131 ,077 184	,071 ,341 184	1 184	,484** ,000 184	,369** ,000 183	,733** ,000 183	,489** ,000 184	-,418** ,000 184	-,155* ,036 184	,107 ,150 184	,202** ,006 184	,206** ,005 184	-,248** ,001 184	-,050 ,503 184	-,263** ,000 184
F2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,254** ,001 184	-,162* ,028 184	-,235** ,001 184	,484** ,000 184	1 184	,689** ,000 183	,872** ,000 183	,682** ,000 184	-,506** ,000 184	-,109 ,143 184	,075 ,313 184	-,012 ,870 184	,077 ,300 184	-,363** ,000 184	-,096 ,197 184	-,373** ,000 184
F3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,128 ,083 183	-,070 ,349 183	-,142 ,055 183	,369** ,000 183	,689** ,000 183	1 183	,810** ,000 183	,641** ,000 183	-,505** ,000 183	-,183* ,013 183	,036 ,628 183	-,041 ,584 183	,047 ,531 183	-,342** ,000 183	-,091 ,219 183	-,421** ,000 183
Ftotal	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,166* ,025 183	-,073 ,329 183	-,132 ,075 183	,733** ,000 183	,872** ,000 183	,810** ,000 183	1 183	,856** ,000 183	-,583** ,000 183	-,197** ,000 183	,087 ,243 183	,054 ,465 183	,125 ,092 183	-,382** ,000 183	-,093 ,209 183	-,439** ,000 183
F4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,191** ,009 184	-,137 ,064 184	-,173* ,019 184	,489** ,000 184	,682** ,000 183	,641** ,000 183	,856** ,000 183	1 184	-,489** ,000 184	-,196** ,008 184	,070 ,346 184	,011 ,882 184	,081 ,277 184	-,299** ,000 184	-,076 ,303 184	-,388** ,000 184
F1.1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,074 ,319 184	,069 ,355 184	,098 ,186 184	-,418** ,000 184	-,506** ,000 184	-,505** ,000 183	-,583** ,000 183	-,489** ,000 184	1 184	,222** ,002 184	-,001 ,984 184	,025 ,734 184	-,079 ,289 184	,408** ,000 184	,195** ,008 184	,692** ,000 184
F1.2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,089 ,228 184	-,055 ,457 184	-,018 ,812 184	-,155* ,036 184	-,109 ,143 184	-,183* ,013 183	-,197** ,007 183	-,196** ,008 184	,222** ,002 184	1 184	-,174* ,018 184	,143 ,894 184	-,010 ,894 184	,211** ,004 184	,029 ,698 184	,680** ,000 184
F1.3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,183* ,013 184	,186* ,011 184	,095 ,200 184	,107 ,150 184	,075 ,313 184	,036 ,628 183	,087 ,243 183	,070 ,346 184	-,001 ,984 184	-,174* ,018 184	1 184	,105 ,155 184	,074 ,318 184	-,108 ,144 184	,306** ,000 184	,130 ,078 184
F1.4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,125 ,091 184	,047 ,528 184	,108 ,143 184	,202** ,006 184	-,012 ,870 184	-,041 ,584 183	,054 ,465 183	,011 ,882 184	,025 ,734 184	,143 ,053 184	,105 ,155 184	1 184	,151* ,041 184	,149* ,043 184	,295** ,000 184	,341** ,000 184
F1.5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,083 ,263 184	,108 ,144 184	-,044 ,554 184	,206** ,005 184	,077 ,300 184	,047 ,531 183	,125 ,092 183	,081 ,277 184	-,079 ,289 184	-,010 ,894 184	,074 ,318 184	,151* ,041 184	1 184	,012 ,873 184	,132 ,073 184	,210** ,004 184
F1.6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,139 ,061 184	,100 ,176 184	,060 ,421 184	-,248** ,001 184	-,363** ,000 184	-,342** ,000 183	-,382** ,000 183	-,299** ,000 184	,408** ,000 184	,211** ,004 184	-,108 ,144 184	,149* ,043 184	,012 ,873 184	1 184	,012 ,872 184	,587** ,000 184
F1.7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,140 ,059 184	,068 ,361 184	,074 ,316 184	-,050 ,503 184	-,096 ,197 184	-,091 ,219 183	-,093 ,209 183	-,076 ,303 184	,195** ,008 184	,029 ,698 184	,306** ,000 184	,295** ,000 184	,132 ,073 184	,012 ,872 184	1 184	,375** ,000 184
Ft	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,111 ,134 184	,101 ,173 184	,084 ,259 184	-,263** ,000 184	-,373** ,000 184	-,421** ,000 183	-,439** ,000 183	-,388** ,000 184	,692** ,000 184	,680** ,000 184	,130 ,078 184	,341** ,004 184	,210** ,004 184	,587** ,000 184	,375** ,000 184	1 184

\*\* .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* .Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quadro 4 – Estudo Correlacional

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1	Between Groups	1925,999	3	642,000	9,910	,000
	Within Groups	11661,126	180	64,784		
	Total	13587,125	183			
F2	Between Groups	307,461	3	102,487	1,522	,210
	Within Groups	12122,452	180	67,347		
	Total	12429,913	183			
F3	Between Groups	15,938	3	5,313	,102	,959
	Within Groups	9289,209	179	51,895		
	Total	9305,148	182			
F4	Between Groups	677,549	3	225,850	3,987	,009
	Within Groups	10197,060	180	56,650		
	Total	10874,609	183			
Ftotal	Between Groups	6731,656	3	2243,885	3,487	,017
	Within Groups	115189,3	179	643,516		
	Total	121921,0	182			

Quadro 5 - Anova STINEM

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
F1.1	Between Groups	137,561	3	45,854	4,103	,008
	Within Groups	2011,391	180	11,174		
	Total	2148,951	183			
F1.2	Between Groups	74,457	3	24,819	1,414	,240
	Within Groups	3158,320	180	17,546		
	Total	3232,777	183			
F1.3	Between Groups	10,537	3	3,512	1,744	,160
	Within Groups	362,501	180	2,014		
	Total	373,038	183			
F1.4	Between Groups	3,063	3	1,021	1,244	,295
	Within Groups	147,671	180	,820		
	Total	150,734	183			
F1.5	Between Groups	18,654	3	6,218	2,738	,045
	Within Groups	408,824	180	2,271		
	Total	427,478	183			
F1.6	Between Groups	34,059	3	11,353	2,139	,097
	Within Groups	955,311	180	5,307		
	Total	989,370	183			
F1.7	Between Groups	9,425	3	3,142	2,122	,099
	Within Groups	266,553	180	1,481		
	Total	275,978	183			
Ft	Between Groups	232,449	3	77,483	1,255	,291
	Within Groups	11111,290	180	61,729		
	Total	11343,739	183			

Quadro 6 – Anova *Stress* (Vaz Serra)

Anexo 5

QMFME



QMFME										
	Médico					Enfermeiro				
Sistema	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
Nervoso	15,42	15,00	0	61	0,795	10,35	14,86	0	86	0,814
Respiratório	4,19	5,99	0	25	0,633	4,43	6,86	0	35	0,747
Muscular	10,13	7,83	0	20	0,656	9,73	9,37	0	36	0,731
Digestivo	6,32	6,94	0	22	0,494	2,16	3,74	0	15	0,418
	$\alpha$ total 0,856					$\alpha$ total 0,871				
	OPCEM/TOTE					TAE				
Sistema	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$	x	dp	Min.	Máx.	$\alpha$
Nervoso	15,00	15,10	0	63	0,810	13,59	14,19	0	60	0,776
Respiratório	4,80	5,90	0	27	0,663	7,77	8,231	0	33	0,600
Muscular	10,11	7,81	0	20	0,654	15,93	10,83	0	50	0,497
Digestivo	6,28	6,70	0	22	0,489	3,94	5,91	0	28	0,693
	$\alpha$ total 0,850					$\alpha$ total 0,840				