

Stress Ocupacional num Serviço de Urgência – Estudo de Caso Exploratório

Juliana Novais

jutenovais@gmail.com

Escola de Psicologia - Universidade do Minho

Ana Veloso

alveloso@psi.uminho.pt

Escola de Psicologia – Universidade do Minho

Jorge Silvério

jmas@psi.uminho.pt

Escola de Psicologia – Universidade do Minho

Resumo

Ainda que a investigação do *stress* ocupacional em profissionais de saúde seja extensa, não se encontram muitos estudos no contexto específico de um serviço de urgência. A presente investigação explora a problemática do *stress* nos colaboradores de dois serviços de urgência (urgência básica e urgência médico-cirúrgica) de um Centro Hospitalar tendo como objectivos: avaliar as respostas de *stress*, recursos de *coping* e características de ordem individual e profissional, em quatro categorias de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos). Os dados analisados foram recolhidos junto dos dois serviços de urgência de um Centro Hospitalar, sendo a população a estudar constituída pelos colaboradores de ambos os serviços, num total de 105 respostas. Para avaliar o *stress* ocupacional recorreremos à versão experimental do Inventário de Respostas e Recursos Pessoais –IRRP-B (McIntyre, McIntyre, Silvério & Simões, 2006). Tratando-se de um estudo exploratório-descriptivo, comparativo e correlacional, recorreremos às medidas de associação e à análise de frequências. Os resultados serão apresentados e discutidos.

Palavras chave: *stress* ocupacional, recursos de *coping*

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o *stress* representa presentemente a “verdadeira epidemia mundial” a que estão elevados custos em termos individuais, familiares, organizacionais, comunitários e sociopolíticos (WHO, 2001; 2002 *cit. in* Rita, Patrão & Sampaio, 2010). O *stress* no trabalho influencia a saúde dos trabalhadores, tendo consequências substanciais na produtividade e na competitividade das organizações (World Health Organization, 2004

De acordo com Malagris e Fiorito (2006), os estudos sobre o *stress* ocupacional têm sido alvo de investigação em distintas áreas profissionais tais como: industrial, empresarial, educacional e da saúde.

Apesar da crença de que os profissionais de saúde são imunes ao *stress*, pelo conhecimento que detêm na área da saúde, este grupo profissional é particularmente afectado por esta problemática, sendo considerados de elevado risco, em termos de prevalência de *stress* ocupacional. Diversos estudos sobre o *stress* ocupacional, em profissionais de saúde, concluem que este grupo apresenta maiores taxas de suicídio e abuso de substâncias do que outras categorias profissionais, elevadas taxas de depressão e ansiedade associadas ao *stress* laboral, assim como, o aumento do sofrimento psíquico, do *burnout*, do absentismo, da intenção de abandonar o posto de trabalho, da redução da satisfação do utente, do incremento dos erros na elaboração de diagnósticos e tratamentos associados ao *stress* ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, 2008). É nosso objectivo, neste trabalho, para além de alargar o campo de investigação a outros serviços de saúde, concretamente ao serviço de urgência hospitalar, avaliar as respostas de *stress*, recursos de *coping* e características de ordem individual e de ordem profissional, em quatro categorias de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos) dos serviços de urgência.

Stress Ocupacional

O termo *stress* tem vindo a evoluir, tendo sido abordado de diferentes perspectivas, enquanto **resposta**, enquanto **estímulo**, enquanto **interacção** e enquanto **transacção** (Cunha *et al.*, 2005; Fernández, Martín & González, 2009). O *stress* como **resposta** é considerado numa perspectiva fisiológica, descurando as diferenças individuais e os factores ambientais. apesar do conceito de *stress* ter geralmente uma conotação negativa (está na origem de múltiplas patologias físicas e psicológicas pela maior vulnerabilidade do organismo às agressões externas), o *stress* é também uma experiência vital necessária, pois desempenha um papel fulcral na adaptação do ser humano, no crescimento e desenvolvimento pessoal e para motivar para a acção (Rita, Patrão & Sampaio, 2010). Daí a distinção entre o conceito de *distress* (provoca efeitos negativos, *stress* desagradável) e o *eustress* (provoca efeitos positivos, *stress* agradável) (Selye, 1975).

O *stress* enquanto **estímulo** teve origem na física e é definido como uma força exercida sobre o indivíduo que resulta numa reacção do organismo. Os modelos de *stress* assentes em estímulos procuram identificar os diferentes tipos de situações ou factores que podem induzi-lo, tais como condições físicas (p.e calor, barulho, luminosidade, ...) ou psicológicas (p.e variedade de tarefas, relações de trabalho, ...) procurando as condições óptimas de trabalho. Esta abordagem foi alvo

de críticas por não considerar que as pessoas não reagem todas da mesma forma às condições ambientais e factores de *stress*.

O *stress* como **interacção** tem como objectivo o estudo de interacções entre estímulos e respostas assim como, de variáveis moderadoras das relações *stressor-resposta*. De acordo com Hespanhol (2005) ao mencionar o modelo interactivo de *stress*, é importante considerar as três categorias que se relacionam entre si: 1- causas de *stress*; 2- moderadores de *stress*; e 3- manifestações de *stress*.

As definições de *stress* como **transacção** estão relacionadas com os mecanismos de avaliação cognitiva e de *coping* (do inglês: “lidar com “para enfrentar”) subjacentes às situações de *stress* (Cunha *et al.*, 2005). A interpretação do significado de determinada relação com o ambiente e as estratégias para lidar com as exigências envolvidas na relação, ditam a percepção de *stress* (Cunha *et al.*, 2005).

De acordo com Fernández, Martín e González (2009) uma das consequências mais significativas do *stress* ocupacional, relativamente à eficácia e eficiência organizacional, é a redução da quantidade e qualidade do trabalho realizado, uma vez que existe uma relação entre o grau de *stress* que a pessoa experimenta e o nível de desempenho. As consequências organizacionais do *stress* provêm das consequências individuais, resultando em custos directos como, aumento do absentismo, aumento da taxa de rotatividade, quebra da *performance*, aumento do número de acidentes de trabalho e de erros, incremento dos custos de saúde e indemnizações (p.e devido a lesões relacionadas com o *stress*) (Cunha *et al.*, 2005) assim como, custos indirectos relacionados com a desmotivação, insatisfação (Cunha & Cooper, 2002 *cit. in*, Cunha *et al.*, 2005), com a degradação das relações de trabalho, falhas na comunicação e na tomada de decisão (Ramos, 2001 *cit. in*, Cunha *et al.*, 2005).

Em síntese, na nossa investigação adoptamos pela definição de *stress* que conceptualiza a experiência de *stress* enquanto **transacção**, ou seja, o *stress* é “(...) a condição que resulta quando as trocas (transacções) pessoa/meio ambiente, levam o individuo a perceber, e sentir uma discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do individuo, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas sociais” (Santos & Castro, 1998, p. 677).

Coping: conceito e estratégias

Os conceitos de *stress* e *coping* são interdependentes, uma vez que o *stress* equivale à ausência de uma resposta de *coping*, e este corresponde ao que se faz para lidar com o *stress* (Ramos, 2008). De uma forma geral, podemos dizer que *coping* se refere “(...) às estratégias utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de *stress*” (Serra, 2007, p.429).

Sendo o *stress* um problema que afecta o ser humano e sabendo que este apresenta um comportamento diferenciado de indivíduo para indivíduo, certamente será de esperar que a forma de lidar com o *stress*, ou seja, as estratégias de *coping* utilizadas, variem significativamente entre indivíduos. Segundo Serra (2007), alguns indivíduos tendem a focar-se no controlo das emoções sentidas perante o problema, outros tendem a procurar uma solução para o problema, e outros ainda, procuram apoio social na resolução dos problemas. Além da forma como o problema é enfrentado, devemos ainda considerar os recursos pessoais ou aptidões que o indivíduo dispõe para o fazer. Estes recursos pessoais incluem a experiência da pessoa, a sua forma de ser, a sua capacidade económica, a sua rede social, entre outras.

É importante entender que não existem estratégias de *coping* universais, isto é, uma estratégia pode funcionar em determinada situação e com determinado indivíduo e ser totalmente ineficaz numa outra situação ou com outro indivíduo.

Stress nos profissionais de saúde das urgências

Segundo McIntyre (1994 cit. in Gomes, Cruz e Cabanelas, 2009) dos vários domínios laborais, a área da saúde compreende profissões de elevado risco para o desenvolvimento de *stress* sendo, no entanto, das áreas menos estudadas.. Os estudos sobre o *stress* dos profissionais de saúde, nos Cuidados de Saúde Primários e nos Hospitais em geral, constituem os temas mais investigados, existindo uma minoria que avalia os serviços de urgências hospitalares (Garnés, 2005 cit. in Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2007; Pinedo et al., 2005 cit. in Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2007).

De acordo com Gómez et al. (2005, cit. in Malagris & Fiorito, 2006), vários são os *stressores* que podem afectar o desempenho dos profissionais de saúde em geral, nomeadamente, o sofrimento do outro, o sentimento de impotência, a não adesão aos tratamentos, o *stress* do doente, da família e dos outros profissionais, e o seu próprio sofrimento.

Trabalhar em serviços de emergência requer que os profissionais detenham habilidades específicas tais como: pensar rápido, agilidade, capacidade e competência de resolução dos problemas, tempo limitado para agir (p.e em risco de morte iminente) (Oliveira *et al.*, 2004 *cit. in* Almeida & Pires, 2007). Contudo, nem todos os profissionais de saúde estão preparados para lidar com as exigências deste serviço, podendo emergir perante o insucesso sentimentos de tensão, angústia, frustração e desgaste (Harbs, Rodrigues & Quadros, 2008; Ribeiro, 2008).

Metodologia

Amostra

Os dados deste estudo foram recolhidos no Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E, localizado no distrito do Porto, junto dos dois serviços de urgência (urgência básica e urgência médico-cirúrgica) da Unidade de Sto. Tirso e de Famalicão respectivamente.

O método de amostragem aplicado foi a amostra por conveniência. As características da amostra podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais da amostra: frequência absoluta (*n*) e relativa (%), por género.

	Mulheres (<i>n</i> =68)		Homens (<i>n</i> =37)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Centro Hospitalar				
Unidade de Famalicão	42	61,8	27	73,0
Unidade de Santo Tirso	26	38,2	10	27,0
Idade				
Menos de 25 anos	6	8,8	2	5,4
25-34 anos	27	39,7	12	32,4
35-44 anos	18	26,5	11	29,7
45-54 anos	15	22,1	9	24,3
55-64 anos	2	2,9	2	5,4
65 ou mais anos	---	---	1	2,7
Categoria profissional				
Médico	14	20,6	20	54,1
Enfermeiro	37	54,4	14	37,8
Assistente operacional	11	16,2	1	2,7
Assistente técnico	5	7,4	2	5,4
Não respondeu	1	1,5	---	---
Quantas horas por semana trabalha no Serviço de Urgência?				
≤ 35 horas	26	38,2	20	54,1
Entre 40h e 45h	35	51,5	11	29,7
≥ 45 h	3	4,4	6	16,2
Não respondeu	4	5,9	---	---

Instrumentos

Foi utilizado um Questionário Demográfico desenvolvido pelos autores que incluía itens referentes às características sociodemográficas e itens referentes às características profissionais e

também o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais – IRRP-B (versão breve) (McIntyre, McIntyre, Silvério & Simões, 2006).

Inventário de Respostas e Recursos Pessoais –IRRP- B (Versão Breve)

Para avaliar o tipo de resposta de *stress* e os recursos pessoais de *coping* adoptados pelos profissionais, em situações de *stress*, utilizámos uma versão adaptada do *Brief Personal Survey (BPS)*, de Joyce Webb (1988, *cit. in* Martins, 2001), traduzida e adaptada para a população portuguesa por McIntyre, McIntyre e Silvério (1995, *cit. in* Loureiro, 2006), adoptando a designação de Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP). Este instrumento foi desenvolvido, numa fase inicial, para avaliar as respostas de *stress* e recursos de *coping*, em contextos de cuidados de saúde, contando com 99 itens (Loureiro, 2006).

Para o nosso estudo foi utilizada uma versão reduzida do instrumento, composta por 57 itens, desenvolvida para efeitos de investigação (McIntyre, McIntyre, Silvério & Simões, 2006). Este instrumento avalia as respostas específicas de *stress*, tendo por base as subescalas: culpabilidade, raiva/frustração, pressão excessiva, negação (representa a desejabilidade social) e *distress* e saúde (avalia sintomas físicos), que visam avaliar a forma como os inquiridos experienciam e reagem a situações de *stress*. O IRRP-B também avalia os recursos pessoais de *coping* através das subescalas: confiança no *coping*, espírito filosófico (numa perspectiva de crenças, valores e princípios existenciais) e suporte social da família e amigos, que traduzem os recursos que os inquiridos possuem para lidar com os problemas. Além disso, este instrumento contempla ainda índices críticos representados nas subescalas: agudo e crónico (percepção do *stress* de forma aguda ou crónica), suicídio e álcool/droga (estratégias de *coping* desadaptativas). A cotação do instrumento tal como na versão original varia entre 0 e 1, correspondendo o seu somatório ao total das subescalas que integra.

Procedimentos

O questionário IRRP-B juntamente com as questões sociodemográficas foram distribuídos, no mesmo dia, a todos os colaboradores dos dois serviços de urgência do Centro Hospitalar, em formato papel, juntamente com um envelope No sentido de aumentar a participação dos colaboradores no estudo, foi pedido a cada responsável de serviço que distribuísse os inquéritos pelos colaboradores, que tiveram um período de duas semanas para o preenchimento dos

inquéritos. Após o preenchimento a pessoa colocou o inquérito no envelope e depositou-o numa caixa identificada para tal efeito no serviço de urgência. Os participantes foram informados quanto à participação voluntária e às questões da confidencialidade das informações disponibilizadas.

Objectivos específicos da investigação:

- Verificar em que medida as variáveis de ordem individual influenciam as respostas de *stress* e os recursos de *coping*.
- Verificar em que medida as variáveis de ordem profissional influenciam as respostas de *stress* e os recursos de *coping*.
- Investigar a relação existente entre as respostas de *stress* e os recursos de *coping*.

Apresentação dos Resultados e Discussão

H1- Não era esperado encontrar diferenças estatisticamente significativas, nas respostas de *coping* e de *stress*, entre homens e mulheres. Esta hipótese foi confirmada parcialmente tendo-se, no entanto, encontrado um resultado estatisticamente significativo na subescala «Espírito Filosófico», com valores médios superiores para as mulheres. Esta situação pode-se dever à maior tendência de espiritualidade deste género. No estudo de Loureiro (2006) esta tendência foi igualmente confirmada tendo-se verificado que os sentimentos de “esperança” eram mais utilizados pelas raparigas. Podemos deste modo concluir que não existem diferenças significativas entre a forma como as mulheres e os homens lidam com o *stress*, não podendo no entanto, pelas limitações do nosso estudo, perceber qual a importância que a dimensão «Espírito Filosófico», para a qual encontramos diferenças, poderá ter na globalidade do comportamento de ambos os géneros, na forma como lidam com o *stress*.

Tabela 2 – Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos do sexo feminino versus sexo masculino, relativamente às subescalas e índices críticos do questionário Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP-B).

Subescalas	Mulheres (n=68)			Homens (n=37)			Teste <i>t</i> independente		
	M	DP	CV	M	DP	CV	<i>t</i>	df	<i>p</i>
Recursos de <i>Coping</i>									
Espírito Filosófico	4,7	1,76	37,4	3,5	2,01	57,4	3,192	103	0,002*
<i>Coping</i>	4,3	1,28	29,8	4,6	1,53	33,3	-1,108	103	0,270
Suporte Social	6,1	1,55	25,4	5,8	1,54	26,6	1,015	103	0,312
Respostas de <i>Stress</i>									

Negação	3,8	1,63	42,9	3,6	1,64	45,6	0,518	103	0,606
Distress e Saúde	1,7	1,21	71,2	1,3	1,23	94,6	1,536	103	0,128
Pressão Excessiva	1,1	1,41	128,2	1,1	1,26	114,5	-0,019	103	0,965
Raiva/Frustração	2,4	1,97	82,1	2,4	1,96	81,7	0,156	103	0,876
Culpabilidade	1,8	1,77	98,3	1,8	1,99	110,6	0,105	103	0,916
Índices Críticos									
Álcool/Droga	0,01	0,12	1200	0,11	0,39	354,5	-1,409	103	0,167
Suicídio	0,35	0,75	214,3	0,27	0,73	270,4	0,545	103	0,587
Agudo e Crónico	0,44	0,61	138,6	0,49	0,77	157,1	-0,332	103	0,741

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

H2- Esperava-se encontrar valores de respostas de *coping* significativamente mais elevados para os sujeitos do grupo etário mais velho. Esta hipótese não foi confirmada, tendo-se encontrado valores superiores para o grupo mais jovem, nas três subescalas de recursos de *coping*, sendo estatisticamente significativos para a subescala «Suporte Social», marginalmente significativa para a subescala «Espírito Filosófico» e não significativa para a subescala de «Coping». Estes resultados são opostos aos encontrados no estudo de McIntyre, McIntyre & Silvério (1999) que sustentam a hipótese que a formação/experiência auxiliam os profissionais a lidarem de forma mais eficaz com o *stress*.

Tabela 3 – Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos ≤ 34 anos versus ≥ 35 anos, relativamente às subescalas e índices críticos do questionário Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP-B).

Subescalas	≤ 34 anos ($n=47$)			≥ 35 anos ($n=58$)			Teste <i>t</i> independente		
	M	DP	CV	M	DP	CV	<i>t</i>	df	<i>p</i>
Respostas de <i>Coping</i>									
Espírito Filosófico	4,7	1,78	37,9	4,0	2,00	50,0	1,864	103	0,065**
<i>Coping</i>	4,5	1,27	28,2	4,4	1,46	33,2	0,279	103	0,781
Suporte Social	6,5	0,80	12,3	5,6	1,88	33,6	3,116	80,562	0,003*
Respostas de <i>Stress</i>									
Negação	3,5	1,50	42,9	3,9	1,70	43,6	-1,515	103	0,133
Distress e Saúde	1,5	1,12	74,7	1,6	1,31	81,9	-0,297	103	0,767
Pressão Excessiva	0,9	1,18	131,1	1,3	1,47	113,1	-1,331	102,989	0,186
Raiva/Frustração	2,4	1,90	79,2	2,4	2,02	84,2	0,030	103	0,976
Culpabilidade	1,6	1,65	103,1	1,9	1,99	104,7	-0,857	103	0,393
Índices Críticos									
Álcool/Droga	0,04	0,29	725,0	0,05	0,22	440,0	-0,182	103	0,856
Suicídio	0,30	0,81	270,0	0,35	0,69	197,1	-0,322	103	0,748
Agudo e Crónico	0,38	0,61	160,5	0,52	0,71	136,5	-1,028	103	0,306

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). ** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$).

H3- Não era esperado encontrar diferenças estatisticamente significativas para as respostas de *coping* e de *stress*, em função do número de horas de trabalho no serviço de urgência. Verificou-se que esta hipótese se confirmava, para todas as subescalas de *stress* e recursos de *coping*, com a exceção da subescala «Espírito Filosófico». Cruzando os resultados aqui obtidos com a análise anteriormente realizada na hipótese 1 e com os dados da tabela 9, podemos atribuir o resultado estatisticamente significativo da subescala «Espírito Filosófico», à elevada percentagem de mulheres existente no grupo que trabalha mais de 40 horas.

Tabela 4– Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os sujeitos com 35 horas ou menos de trabalho no Serviço de Urgência *versus* sujeitos com 40 horas ou mais de trabalho no Serviço de Urgência, relativamente às subescalas e índices críticos do questionário Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP-B).

Subescalas	≤35 horas SU (n=46)			≥40 horas SU (n=55)			Teste <i>t</i> independente		
	M	DP	CV	M	DP	CV	<i>t</i>	df	<i>p</i>
Recursos de <i>Coping</i>									
Espírito Filosófico	3,9	2,04	52,3	4,7	1,81	38,5	-1,995	99	0,049*
<i>Coping</i>	4,46	1,42	31,8	4,4	1,36	30,9	0,073	99	0,942
Suporte Social	5,8	1,97	34,0	6,2	1,12	18,1	-1,151	68,516	0,254
Respostas de <i>Stress</i>									
Negação	3,5	1,71	48,9	3,9	1,56	40,0	-1,067	99	0,288
<i>Distress</i> e Saúde	1,4	1,10	78,6	1,8	1,33	73,9	-1,599	99	0,113
Pressão Excessiva	1,2	1,33	110,8	1,1	1,40	127,3	0,450	99	0,654
Raiva/Frustração	2,4	1,96	81,7	2,3	1,98	86,1	0,226	99	0,821
Culpabilidade	1,7	1,81	106,5	1,9	1,92	101,1	-0,561	99	0,576
Índices Críticos									
Álcool/Droga	0,02	0,15	750,0	0,07	0,32	457,1	-1,042	78,148	0,301
Suicídio	0,26	0,68	261,5	0,40	0,81	202,5	-0,925	99	0,357
Agudo e Crónico	0,54	0,69	127,8	0,40	0,66	165,0	1,070	99	0,287

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

H4- Era esperado encontrar diferenças estatisticamente significativas ao nível de respostas de *coping* e de *stress* entre médicos e enfermeiros. Esta hipótese é confirmada apenas para as subescalas de «Espírito Filosófico» e «Suporte Social» (pertencentes à escala de recursos de *coping*), com valores médios mais elevados para o grupo dos enfermeiros.. Estes resultados podem ser influenciados pelo desequilíbrio de género entre enfermeiros (maioritariamente mulheres) e médicos (maioritariamente homens).

Tabela 5 – Média, desvio-padrão, coeficiente de variação e teste *t* de medidas independentes na comparação entre os médicos *versus* enfermeiros, relativamente às subescalas e índices críticos do questionário Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP-B).

Subescalas	Médicos (n=34)			Enfermeiros (n=51)			Teste <i>t</i> independente		
	M	DP	CV	M	DP	CV	<i>t</i>	df	<i>p</i>
Recursos de <i>Coping</i>									
Espírito Filosófico	3,1	2,08	67,1	4,9	1,63	33,3	-4,376	59,025	<0,001*
<i>Coping</i>	4,3	1,47	34,1	4,5	1,35	29,9	-0,761	83	0,449
Suporte Social	5,4	2,17	40,3	6,4	1,02	16,0	-2,625	42,876	0,012*
Respostas de <i>Stress</i>									
Negação	3,4	1,77	52,2	3,6	1,56	43,5	-0,644	83	0,521
<i>Distress</i> e Saúde	1,4	1,35	96,5	1,5	1,05	69,8	-0,286	58,496	0,776
Pressão Excessiva	1,4	1,46	104,1	0,9	1,22	135,6	1,644	83	0,104
Raiva/Frustração	2,8	2,09	74,5	2,2	1,86	84,5	1,339	83	0,184
Culpabilidade	2,1	2,06	97,9	1,6	1,68	104,8	1,350	83	0,181
Índices Críticos									

Álcool/Droga	0,03	0,17	571,7	0,04	0,20	490,0	-0,237	83	0,813
Suicídio	0,18	0,39	215,0	0,28	0,70	248,3	-0,748	83	0,457
Agudo e Crónico	0,62	0,74	119,2	0,33	0,59	178,4	1,880	59,766	0,065**

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). ** diferenças marginalmente significativas ($p < 0,10$).

H5- Esperava-se uma correlação negativa significativa entre as respostas de *stress* e os recursos de *coping*. Esta hipótese foi confirmada para as subescalas de *coping* versus *stress*, exceptuando a subescala «*Distress* e Saúde» em que não se verifica a existência de significância e a subescala de «*Negação*» para a qual se verificou uma correlação positiva com as subescalas de *coping*. Alguns estudos corroboram a hipótese colocada, Loureiro (2006) afirma que à medida que aumentam os níveis de *stress* e de respostas de *stress*, menor é a confiança nas suas competências de *coping*, enquanto que, Kandolin (1993, cit. in McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999), Leiter (1991, cit. in McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999) e Spelten *et al.* (1993, cit. in McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999) afirmam existir uma relação sólida entre as respostas de *stress* e os recursos de *coping*. Relativamente, à correlação positiva da subescala «*Negação*» com as subescalas de *coping*, no estudo de Loureiro (2006), verifica-se que quanto maior a intensidade das respostas de *stress*, menor a necessidade de «*Negação*» (subescala das respostas de *stress*) dos seus problemas. Assim, como a relação entre as respostas de *stress* e o *coping* é, como vimos, negativa, aumentando a «*Negação*» aumentam, aparentemente, os recursos de *coping*. Esta correlação positiva é igualmente justificada pelo estudo de Loureiro (2006), numa amostra com estudantes de medicina em que de acordo com Rosenthal e Okie (2005 cit. in Loureiro, 2006) os estudantes de medicina têm dificuldade em admitir mal-estar físico e/ou psicológico, que resulta frequentemente em sentimentos de culpa, advindos do estigma associado à procura de ajuda.

Tabela 6 – Matriz de correlações entre as subescalas do IRRP-B, de resposta de *stress* versus recurso de *coping*.

	Espírito Filosófico	Coping	Suporte Social
Negação	0,18	0,48**	0,23
Distress e Saúde	-0,17	-0,17	-0,09
Pressão Excessiva	-0,25**	-0,30**	-0,38**
Raiva/Frustração	-0,39**	-0,36**	-0,41**
Culpabilidade	-0,33**	-0,39**	-0,47**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Conclusão, Limitações e Implicações para a prática

Com este estudo pretendemos conhecer a realidade vivida por estes profissionais contribuindo para o progresso no conhecimento acerca do tema do *stress* ocupacional tendo por base uma amostra de profissionais de saúde do serviço de urgência.

Apesar da temática sobre o *stress* ocupacional ser alvo de inúmeras investigações é importante aprofundar a experiência do *stress* tendo por base as diferentes categorias profissionais, pois sendo a experiência do *stress* multifacetada (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009) vai consequentemente implicar intervenções diferentes consoante as pessoas. O nosso estudo constitui um ponto de partida para o alertar do quão é importante a gestão organizacional estar sensível à avaliação do *stress* no serviço de urgências como rotina e que por sua vez, seja realizada por um profissional com competências na área da saúde organizacional. Deste modo, podem ser implementadas, se necessário, medidas interventivas ao nível organizacional, da formação profissional (p.e formação específica no âmbito da gestão do *stress* ocupacional, caracterizada pelo alerta dos factores *stressantes*, dos principais sintomas de *stress*, principais respostas de *stress* e pela promoção de recursos de *coping*) e do apoio psicológico aos profissionais de saúde. Sendo um serviço de urgência, um local onde a necessidade de actuar de forma rápida e eficaz, concretamente nas situações de risco iminente, esse facto influi na relação com os doentes/família e restantes profissionais (Ribeiro, 2008). Daí que o nível da prevenção seja uma componente fundamental na problemática do *stress* pois permite ao sujeito o desenvolvimento da suas capacidades, minimizar os riscos de desenvolvimento de *stress* e prestar um cuidar holístico e de qualidade ao utente.

Relativamente às limitações do nosso estudo, existem várias considerações a apontar, concretamente, a inexistência de um instrumento que avaliasse as fontes de *stress*, em função das características do trabalho e das respostas ao *stress* ea pequena amostra obtida que impossibilitou a comparação entre alguns grupos profissionais e a generalização de mais informação.

A nossa escolha por este inventário com uma escala de resposta dicotómica acarretou algumas desvantagens tais como, os sujeitos não terem margem para não estar totalmente em concordância ou discordância com o item (Mattar, 1994 *cit. in* Chagas, 2007).

Concluimos ser fundamental alargar e aprofundar este estudo através da replicação do mesmo, com inclusão de uma amostra estratificada e mais alargada, que nos permitisse comparar as quatro categorias profissionais e generalizar resultados. Nos estudos existentes sobre o *stress*

ocupacional, a população alvo são maioritariamente médicos e enfermeiros sendo praticamente inexistentes os estudos que incluam outro tipo de profissionais, (Caballero *et al.*, 2001 *cit. in* Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2007; Leguizamón & Ortiz, 2002 *cit. in* Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2007; Olmedo *et al.*, 2001 *cit. in* Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2007).

Podem constituir futuras linhas de investigação o facto de no nosso estudo, as mulheres possuírem uma maior tendência para a utilização de recursos existenciais. Com isto, futuras intervenções ao nível organizacional poderiam estar alicerçadas em resultados consistentes e que poderiam resultar numa diminuição do *stress* ocupacional e num aumento da qualidade e quantidade de trabalho (Warp, 1987 *cit. in* McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

Bibliografia

- Almeida, P. J. S. & Pires, D. E. P. (2007). O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9 (3), 617-629.
- Chagas, A. T. R. (2007). *O questionário na pesquisa científica*. Consultado em, 1, Setembro, 2010 in http://www.fae.br/cur_psicologia/literaturas/O%20QUESTION%C3%81RIO%20NA%20PESQUISA%20CIENT%3%8DFICA.pdf.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C. & Cabral-Cardoso, C. (2005). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- Fernández, A. R., Martín, V. Z. & González, J. M. G. (2009). Riesgos psicosociales en el trabajo: acoso y estrés laboral. In Fernández, A. R., Martín, V. Z., González, J. M. G., *Psicología del Trabajo*. Madrid: Ediciones Pirámide, 146-167.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F. & Cabanelas, S. (2009). Estresse Ocupacional em Profissionais de Saúde: um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (3), 307-318.
- Harbs, T. C., Rodrigues, S. T. & Quadros, V. A. S. (2008). Estresse da equipe de enfermagem em um centro de urgência e emergência. *Boletim de Enfermagem*, 1, 41-56.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e Stress Ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), 153-162.
- Loureiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos Estudantes de Medicina*. Dissertação de Mestrado, Não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Malagris, L. E. N. & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de *stress* de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 391-398.
- Martins, T. (2001). *Factores protectores e factores de risco na transição e adaptação à universidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Braga: Universidade do Minho.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S. E., & Silvério, J. (1999). Respostas de *stress* e recursos de *coping*. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 513-527.
- McIntyre, S. McIntyre, T., Silvério, J. & Simões C. (2006). *Inventário de Respostas e Recursos Pessoais (IRRP)*. Versão experimental com uma população portuguesa. Não publicada.
- McNally, B. (2000). Executive *stress* – An outcome of strategic change processes, *International Journal of Organisational Behaviour*, 2, 1, 13-29.
- Menzani, G. (2006). *Stress entre Enfermeiros Brasileiros que atuam em Pronto Socorro*. Tese de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo.

- National Institute for Occupational Safety and Health (2008). Exposure to Stress- Occupational Hazards in Hospitals. Retirado em 14 de Maio de 2010 de <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>.
- Ogden, J. (1999; 2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Quirós-Aragón, M. B. & Labrador-Encinas, F. J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 323-335.
- Ramos, M. (2008). *Stress, coping e desenvolvimento: Questões conceituais e dificuldades metodológicas*. *Revista Psychologica*, 48, 175-195.
- Ribeiro, N. M. (2008). *Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico*. Trabalho de investigação no âmbito da Pós-graduação em Urgência e Emergência Hospitalar. Funchal: Universidade Atlântica.
- Rita, J. S., Patrão, I. & Sampaio, D. (2010). *Burnout, Stress Profissional e Ajustamento Emocional em Professores Portugueses do Ensino Básico e Secundário*. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Ross, R. R. & Altmaier (1994). *Intervention in Occupational Stress*. London Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.
- Santos A. M. & Castro, J.J. (1998). *Stress. Análise Psicológica*, 4 (XVI), 675-690.
- Selye, H. (1975). *Confusion and controversy in the stress field*, 1, 37-44.
- Serra, A. V. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. (3ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Teixeira, S. M. J. (2008). *Stress Ocupacional numa Unidade de Administração Pública Local*. Tese de Mestrado não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- World Health Organization (2004). *Work Organization & Stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Geneva: WHO.
- Zapparoli, A. S. & Marziale, M. L. P. (2006). Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (1), 41-46.