



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

***STRESS OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE COPING EM***  
**FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

Nuno Jorge Feiteira Mouquinho

Orientadora: Professora Doutora Margarida Cabugueira Custódio dos Santos  
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho

Lisboa, 2015

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**

**STRESS OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM**  
**FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS**

Nuno Jorge Feiteira Mouquinho

Orientadora: Professora Doutora Margarida Cabugueira Custódio dos Santos  
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

Júri

Presidente: Professora Doutora Carla Viegas

Arguente: Professora Doutora Ana Grilo

Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho

(esta versão inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2015

## **Agradecimentos**

Expresso aqui os meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que fosse possível a realização deste trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Margarida Santos, pela disponibilidade sempre demonstrada, pelo rigor e saber transmitido, bem como pelas valiosas correções e sugestões, fundamentais para a concretização deste trabalho.

À Terapeuta Diretora Emília Farinha, por todo o apoio e incentivo que me demonstrou desde o primeiro momento.

A todos os profissionais que participaram neste estudo, quero deixar um especial agradecimento, pois sem a sua colaboração este trabalho não teria sido possível.

Aos meus colegas e amigos, Pedro Fonseca, Susana Silva e João Freire, por todo o apoio e entusiasmo sempre presentes.

Aos meus pais e irmã, por toda a dedicação, apoio e incentivo incondicionais que sempre me transmitiram, não só ao longo deste percurso, mas durante toda a minha vida.

À minha esposa Anabela, pelos sacrifícios, apoio e dedicação, mas também pela ajuda e sugestões que me prestou ao longo deste trabalho.

Às minhas filhas, Margarida e Clara, pela compreensão pelos momentos em que não estive tão disponível e pelos sorrisos e carinho que me deram tanta força para seguir em frente.

## Resumo

**Enquadramento:** O *stress* ocupacional é um importante risco psicossocial com repercussões para a saúde do profissional e para o funcionamento dos serviços. O *coping* é parte integrante do processo de *stress* e diz respeito à forma como o trabalhador lida com as situações potencialmente stressoras. Apesar da importância que lhe é atribuída, os estudos que analisam as associações entre *stress* e *coping* nos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais são ainda escassos. **Objetivos:** Identificar e estudar as associações entre a perceção geral de saúde, a perceção do nível de *stress*, as fontes de *stress* ocupacional e as estratégias de *coping* em fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que exercem funções em serviços de reabilitação na área de Lisboa. **Método:** Estudo transversal exploratório de natureza descritiva e correlacional, com amostra constituída por 44 fisioterapeutas e 30 terapeutas ocupacionais. Foram utilizados: um questionário sociodemográfico, duas escalas para aferir o *stress* percebido e a capacidade percebida para lidar com o *stress*, o Questionário de Saúde Geral (QSG-12) (versão portuguesa de Laranjeira, 2008), o Inventário de Stressores Ocupacionais (Santos, 1999) e o *Brief COPE* (versão portuguesa de Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). **Resultados:** A maioria dos profissionais considerou-se moderadamente stressado (73%) ou stressado (15%) e reportou que a sua capacidade para lidar com situações stressantes era boa (50%) ou moderada (39%). Verificaram-se níveis razoáveis de saúde geral. As fontes de *stress* identificadas relacionaram-se com aspetos funcionais, organizacionais e emocionais. As estratégias de *coping* mais utilizadas foram o “planear”, o “*coping* ativo”, a “reinterpretação positiva” e a “aceitação”. O nível de *stress* percebido encontrou-se inversamente correlacionado com a capacidade percebida para lidar com o *stress* ( $r = -0,428$ ,  $p < 0,01$ ). Os resultados do QSG-12 correlacionaram-se positivamente com o *stress* percebido e com as estratégias de *coping* “negação” e “uso de substâncias”, e negativamente com a capacidade percebida para lidar com o *stress* e com a estratégia “reinterpretação positiva”. Encontraram-se relações positivas entre a capacidade percebida para lidar com o *stress* e as estratégias “*coping* ativo”, “planear”, “utilizar suporte instrumental”, “reinterpretação positiva” e “aceitação”. **Conclusões:** Este estudo contribui para uma maior compreensão sobre os fatores que podem gerar *stress* ocupacional em fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, e as estratégias de *coping* empregadas por estes para a manutenção da sua saúde e bem-estar.

**Palavras-chave:** *Stress* ocupacional, *coping*, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais.

## Abstract

**Background:** Occupational stress is an important psychosocial risk with consequences for both the health of professionals and the functioning of organizations. *Coping* is part of the stress process and relates to how the worker manages potentially stressful situations. Despite the importance assigned to it, studies examining the associations between stress and coping for physical and occupational therapists are still scarce. **Objectives:** Identify and study the associations between the perception of general health, the perception of stress levels, the sources of occupational stress and the coping resources in physical and occupational therapists working in rehabilitation services in the Lisbon area. **Method:** Exploratory cross-sectional study of a descriptive and correlational nature, with a sample of 44 physiotherapists and 30 occupational therapists. The following were used: a sociodemographic questionnaire; two scales to measure the perceived stress and the perceived efficacy to cope with stress; the General Health Questionnaire (GHQ-12) (Portuguese version of Laranjeira, 2008), the Occupational Stressors Inventory (Santos, 1999) and the Brief COPE (Portuguese version of Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). **Results:** Most professionals considered themselves moderately stressed (73%) or stressed (15%) and reported that their efficacy to cope with stress was good (50%) or moderate (39%). Reasonable levels of general health were ascertained. The identified sources of stress were related to functional, organizational and emotional aspects. The most used coping resources were “planning”, “active coping”, “positive reframing” and “acceptance”. Perceived level of stress was inversely correlated to perceived efficacy to cope with stress ( $r = -0,428$ ,  $p < 0,01$ ). The results of the GHQ-12 were positively correlated with perceived stress and coping strategies “denial” and “substance use”, and negatively correlated with the perceived efficacy to cope with stress and the strategy “positive reframing”. Positive relationships were found between perceived efficacy to cope with stress and the strategies “active coping”, “planning”, “using instrumental support”, “positive reframing” and “acceptance”. **Conclusions:** This study contributes to a greater understanding of the factors that may generate occupational stress in physical and occupational therapists, and the coping strategies used by them to maintain their health and well-being.

**Keywords:** Occupational stress, coping, physiotherapists, occupational therapists.

## Índice geral

Agradecimentos.....	i
Resumo .....	ii
Abstract .....	iii
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	vii
Introdução.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
Capítulo I – O stress.....	3
1.1 Evolução do conceito de stress.....	3
1.1.1 O stress como transação.....	5
1.1.1.1 Modelo Transaccional (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984) .....	5
Capítulo II – O stress ocupacional .....	9
2.1 Stress ocupacional .....	9
2.2 Fatores de stress ocupacional e suas consequências .....	11
2.2.1 Fatores geradores de stress ocupacional .....	11
2.2.2 Fatores moderadores de stress.....	13
2.2.3 Consequências do stress ocupacional .....	14
2.3 Modelos de Stress ocupacional .....	16
2.3.1 Modelo “Demand-Control” .....	16
2.3.2 Modelo “Effort-Reward Imbalance”.....	19
Capítulo III – Stress nas profissões de saúde - Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais .....	21
3.1 As profissões de fisioterapia e terapia ocupacional .....	21
3.2 Stress ocupacional em fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais .....	23
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....	28
Capítulo IV – Objetivos.....	28
4.1 Objetivo geral .....	28
4.2 Objetivos específicos .....	28
Capítulo V – Metodologia .....	28
5.1 Desenho do estudo .....	29
5.2 Variáveis em estudo.....	29
5.3 Procedimentos de recolha de dados.....	29
5.4 População e amostra .....	30
5.5 Instrumentos de recolha de dados .....	31
5.5.1 Questionário sociodemográfico .....	31
5.5.2 Escalas de avaliação de stress e capacidade para lidar com o stress .....	31
5.5.3 Questionário de Saúde Geral – 12 itens .....	31
5.5.4 Inventário de Stressores Ocupacionais.....	33

5.5.5	Brief COPE .....	34
5.6	Tratamento de dados .....	36
Capítulo VI – Apresentação de resultados.....		37
6.1	Caraterização da amostra .....	37
6.2	Níveis percebidos de stress ocupacional e de capacidade para lidar com situações de stress.....	39
6.3	Fidelidade dos questionários para a amostra em estudo .....	40
6.4	Identificação do grau percecionado de saúde geral .....	40
6.5	Identificação das fontes de stress ocupacional.....	42
6.6	A identificação das estratégias de coping utilizadas para lidar com stress ocupacional.....	44
6.7	A exploração das relações entre as variáveis intervenientes .....	45
6.7.1	Estudo das relações entre o stress percebido e a capacidade percebida de lidar com o stress e a saúde geral, os stressores ocupacionais e as dimensões de coping.....	45
6.7.2	Estudo das relações entre a saúde geral, os stressores ocupacionais e as dimensões de coping.....	47
6.7.3	Estudo das relações entre a idade, o tempo de profissão, o tempo de instituição, as horas de trabalho e o stress percebido, a capacidade percebida de lidar com o stress, a saúde geral, os stressores ocupacionais e as dimensões de coping .....	47
6.8	Estudo das associações entre a variável género e as variáveis psicológicas.....	48
6.9	Estudo das associações entre a variável estado civil e as variáveis psicológicas .....	49
6.10	Estudo das associações entre a variável habilitações académicas e as variáveis psicológicas.....	50
6.11	Estudo das associações entra a variável profissão e as variáveis psicológicas .....	51
6.12	Estudo das associações entre a variável vínculo laboral e as variáveis psicológicas .. ..	52
6.13	Estudo das associações entre a variável duplo emprego e as variáveis psicológicas .	53
Capítulo VII – Discussão dos resultados e conclusão .....		54
7.1	Discussão .....	54
7.2	Conclusões.....	61
Referências bibliográficas .....		64
Apêndices e Anexos.....		78
Apêndice A	- Carta de apresentação e esclarecimento	
Apêndice B	- Estatística - Tabelas 12, 13, 14, 15, 16, 18, 22 e 23 completas	
Anexo A	- Questionário Sociodemográfico	
Anexo B	- Escalas de <i>stress</i> percebido e capacidade percebida para lidar com o <i>stress</i>	
Anexo C	- Questionário de Saúde Geral – 12 itens	
Anexo D	- Inventário de Stressores Ocupacionais	
Anexo E	- Brief COPE	

## Índice de figuras

Figura 1 – Modelo “ <i>demand-control</i> ” .....	18
Figura 2 – Modelo “ <i>effort-reward imbalance</i> ” .....	20

## Índice de gráficos

Gráfico 1 – Género .....	37
Gráfico 2 – Escalões etários .....	37
Gráfico 3 – Tempo de profissão e de instituição .....	38
Gráfico 4 – Habilitações académicas .....	38
Gráfico 5 – Estado civil .....	38

## Índice de tabelas

Tabela 1 – Desempenho de funções noutra instituição .....	39
Tabela 2 – Horas de trabalho semanal .....	39
Tabela 3 – <i>Stress</i> percebido .....	39
Tabela 4 – Capacidade para lidar com o <i>stress</i> .....	39
Tabela 5 – Avaliação do Questionário de Saúde geral -12 .....	41
Tabela 6 – Avaliação dos itens positivos do Questionário de Saúde Geral -12 .....	41
Tabela 7 – Avaliação dos itens negativos do Questionário de Saúde Geral -12 .....	41
Tabela 8 – Avaliação das dimensões funcional e socioemocional do Inventário de Stressores Ocupacionais .....	42
Tabela 9 – Identificação dos stressores ocupacionais – Dimensão funcional .....	43
Tabela 10 – Identificação dos stressores ocupacionais – Dimensão socioemocional .....	44
Tabela 11 – Avaliação do questionário <i>Brief COPE</i> .....	45
Tabela 12 – <i>Stress</i> e capacidade percebida vs Saúde, Stressores ocupacionais e <i>Coping</i> .....	46
Tabela 13 – Saúde vs Stressores ocupacionais e <i>Coping</i> .....	47
Tabela 14 – Idade, tempo de profissão e de instituição e horas de trabalho vs <i>stress</i> e capacidade percebida, saúde geral, stressores ocupacionais e <i>coping</i> .....	48
Tabela 15 – Significância das diferenças: género .....	49
Tabela 16 – Significância das diferenças: estado civil .....	49
Tabela 17 – Teste de Tukey - variável saúde geral .....	49
Tabela 18 – Significância das diferenças: habilitações académicas .....	50
Tabela 19 – Teste de Tukey – variável “ <i>coping</i> ativo” .....	50
Tabela 20 – Teste de Tukey – variável “expressão de sentimentos” .....	51
Tabela 21 – Significância das diferenças: Profissão .....	52
Tabela 22 – Significância das diferenças: vínculo laboral .....	52
Tabela 23 – Significância das diferenças: duplo emprego .....	53

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

<b>EU-OSHA</b>	Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho
<b>Eurofound</b>	Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e do Trabalho
<b>NIOSH</b>	National Institute for Occupational Safety and Health
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>QSG</b>	Questionário de Saúde Geral

## Introdução

Nas últimas décadas tem-se assistido a transformações significativas no mundo do trabalho, o que tem resultado em novos desafios no campo da segurança e saúde ocupacional. Neste enquadramento, têm emergido como foco de atenção os riscos psicossociais no contexto ocupacional. Estes riscos estão relacionados por um lado, com a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido e, por outro lado, com o seu âmbito social, ambiental e económico (EU-OSHA, 2007). Os riscos psicossociais, como é exemplo o mau ambiente psicossocial, podem ser geradores de *stress*, com repercussões negativas ao nível físico, psicológico e social nos trabalhadores, manifestadas em insatisfação com o trabalho, diminuição da produtividade e/ou absentismo (Eurofound & EU-OSHA, 2014).

O relatório sobre os riscos psicossociais em contexto laboral, elaborado recentemente pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) e pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound), indica que 25% dos trabalhadores referem sofrer de *stress* ocupacional durante a maior parte ou a totalidade do seu horário de trabalho, e uma percentagem aproximada relata que o trabalho afeta negativamente a sua saúde (Eurofound & EU-OSHA, 2014).

Na área dos contextos laborais da saúde, estudos têm encontrado níveis de *stress* consideráveis nos profissionais, com conseqüentes efeitos negativos na saúde e bem-estar (Cavalheiro, Júnior & Lopes, 2008; Costa, Mombelli, Decesaro, Waidman & Márcon, 2011; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; McGrath, Reid & Boore, 2003; McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; Tanner, Bamberg, Kozak, Kersten & Nienhaus, 2015). O interesse pelo estudo do *stress* nestes profissionais é pertinente pela natureza dos serviços prestados, na medida em que a qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter impacto decisivo nos cuidados prestados aos utentes (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009).

No caso específico dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, vários estudos têm revelado níveis de *stress* que variam entre moderado e elevado (Al-Imam & Al-Sobayel, 2014; Brown & Pranger, 1992; Du Plessis, Visagie & Mji, 2014; Gupta, Paterson, Lysaght & von Zweck, 2012; Ogiwara & Hayashi, 2002). Num estudo recente, realizado com fisioterapeutas portuguesas em contexto hospitalar, foram identificados como principais fatores indutores de *stress*: falta de autonomia profissional, falta de organização das chefias, falta de reconhecimento profissional e

social, conflitos com os superiores e desorganização na distribuição de tarefas (Santos, Barros & Carolino, 2010).

As situações vivenciadas como stressantes são acompanhadas por estratégias de defesa e confronto (*coping*). O *coping* refere-se aos esforços comportamentais e cognitivos utilizados pelo indivíduo para gerir as exigências internas e/ ou externas que são avaliadas como uma ameaça e que excedem a sua capacidade de confronto (Lazarus & Folkman, 1984). Neste contexto, torna-se importante conhecer as estratégias de *coping* adotadas pelos profissionais quando se deparam com situações potencialmente stressantes.

Na revisão da literatura que precedeu este estudo, encontram-se várias investigações nacionais sobre o *stress* ocupacional em profissionais de saúde, no entanto, são escassos os estudos nesta área com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Tendo por base o exposto, propõe-se com este estudo contribuir para aprofundar o conhecimento relativamente ao *stress* ocupacional a que estão sujeitos estes profissionais. Define-se como objetivo geral: identificar e estudar as associações entre o *stress* percebido, a perceção geral de saúde, as fontes de *stress* ocupacional e as estratégias de *coping* numa amostra de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais a desempenhar funções em serviços de reabilitação na área de Lisboa.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico, que consiste na revisão da literatura sobre os temas tratados. Abordam-se os conceitos de *stress* e *stress* ocupacional, descrevem-se os mais referidos modelos teóricos de *stress* ocupacional, apresentam-se os fatores indutores e moderadores de *stress* e as consequências do *stress* para o indivíduo e para as organizações, fala-se do conceito de *coping* e das estratégias de *coping* e, por fim, é realizada a apresentação de resultados de investigações realizadas com profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional.

A segunda parte consta do estudo empírico. Descrevem-se os objetivos traçados para a nossa investigação, a metodologia seguida, sendo apresentados e discutidos os resultados obtidos. O trabalho termina com a apresentação das limitações do estudo e das conclusões.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior compreensão e sensibilização sobre o *stress* ocupacional em fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e servir de base para o desenvolvimento de programas educacionais e de estratégias preventivas do *stress* no local de trabalho, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade de vida e saúde destes profissionais.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Capítulo I – O *stress*

#### 1.1 Evolução do conceito de *stress*

Diariamente as pessoas são confrontadas com inúmeras situações e acontecimentos que vão exigir respostas de adaptação. Neste processo de adaptação às alterações provocadas pelos acontecimentos ocorridos, podem manifestar-se situações de *stress*.

“*Stress*” é uma palavra que faz parte do nosso quotidiano e é utilizada nos mais diversos contextos. O aluno que está prestes a realizar um exame; o empregado que tem que apresentar um relatório até final do dia; o médico que tem de assistir um acidentado...; todas estas pessoas estão em situações potencialmente geradoras de *stress*.

O termo “*stress*” deriva do verbo latino “*stringo*”, “*stringere*”, “*strinx*”, “*strictum*”, cujo significado é apertar, comprimir, restringir (Serra, 2011).

O conceito de “*stress*” recebeu uma importante influência dos princípios da engenharia expostos por Robert Hook (século XVII) na sua “lei da elasticidade”. Ao estudar como deveriam ser projetadas as estruturas para resistirem a cargas sem colapsarem, Hook descreveu os conceitos de “*load*” (carga), como a força aplicada sobre a estrutura, que vai gerar “*stress*” (pressão) na área da estrutura que sofre a carga, e “*strain*” (tensão), como a deformação resultante da interação entre a carga e o *stress* (Cox, 1978; Engel, 1985; Lazarus, 1993, 1999, *cit in* Cooper & Dewe, 2004). Extrapolando-se estes conceitos para as ciências da vida, pode-se entender o *stress* como o resultado das forças externas (cargas) exercidas sobre o indivíduo, as quais provocam tensão (“*strain*”). Caso essa tensão seja superior à capacidade de resistência do indivíduo, poderá resultar em “deformações”. O trabalho de Hook representou um episódio importante na história do *stress*. A analogia com base na engenharia e a ideia do corpo como uma máquina, foram a base para duas ideias que influenciaram profundamente o pensamento sobre o *stress*. Por um lado emergiu a ideia de que se o corpo é como uma máquina e as máquinas estão sujeitas a “*wear and tear*” (uso e desgaste), então também o corpo sofre o impacto do “*wear and tear*” dos acontecimentos da vida. A segunda ideia é que, tal como uma máquina, também o corpo necessita de energia para funcionar, sendo esta energia assumida como o produto do sistema nervoso (Doublet, 2000, *cit in* Cooper & Dewe, 2004).

O conceito de *stress* foi evoluindo ao longo dos anos e foram vários os autores que tiveram um papel decisivo no estudo e compreensão deste fenómeno.

No século XIX, o fisiologista francês Claude Bernard, deixou a ideia, importante para o conceito de *stress*, que as ameaças físicas à integridade de um organismo evocam respostas da parte deste que contrariam esta ameaça. Salientou, que a vida estaria dependente da capacidade do ser vivo manter constante o meio interno, apesar das alterações no meio externo (Serra, 2011), introduzindo o conceito de “*milieu interieur*” ou o princípio de uma equilibrada dinâmica fisiológica interna (Chrousos & Gold, 1992, *cit in* Santos & Castro, 1998).

Mais tarde, Walter Cannon (1929, *cit in* Serra, 2011) investigou os mecanismos específicos de resposta do organismo às modificações do ambiente externo que permitem o funcionamento corporal ótimo. Este investigador reforçou o conceito de homeostase, que se refere à capacidade que o organismo tem em manter estável o ambiente interno apesar das modificações que enfrenta em relação ao ambiente externo. Cannon investigou as reações fisiológicas de pessoas e animais como resposta a situação de perigo. Estas reações foram chamadas de respostas de “luta ou fuga”, na medida em que preparam o organismo para combater a ameaça ou desencadear a fuga (Cannon, 1929, *cit in* Santos & Castro, 1998).

Nos anos trinta, Hans Selye (1978), médico endocrinologista, foi o primeiro a introduzir o conceito de *stress* de uma forma sistematizada. Selye definiu o *stress* como uma resposta não específica do organismo a qualquer agente nocivo e a reação ao *stress* como uma Síndrome Geral de Adaptação (SGA), na qual o organismo visava readquirir a homeostase perdida face a certos estímulos (Malagris & Fiorito, 2006).

A partir da década de 60, Richard Lazarus e colaboradores, numa perspetiva psicológica e transaccional, conceptualizaram o *stress* como um processo dinâmico e bidirecional que envolve interações entre o indivíduo e o meio que o rodeia. O seu trabalho determinou que nenhuma situação pode ser reconhecida como indutora de *stress* e que o facto de um indivíduo se sentir ou não em *stress* está dependente da avaliação que faz da situação. Esta perspetiva veio relevar o papel ativo do indivíduo em todo o processo, tomando em consideração as suas características individuais (Lazarus & Folkman, 1984).

O termo “*stress*” tem, deste modo, vindo a ser definido por autores distintos em termos de pressão, tensão, forças externas desagradáveis ou como resposta emocional envolvendo alterações bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e

psicológicas (Ogden, 1999). Segundo o modelo transacional de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984), o *stress* é definido como uma reação a um estímulo (stressor) que é avaliado como ameaçador e considerado como excedendo as capacidades e recursos de controlo do indivíduo.

### 1.1.1 O *stress* como transação

#### 1.1.1.1 Modelo Transacional (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984)

O modelo transacional de ***stress*** foi proposto por Lazarus em 1966, com a publicação do seu livro “*Psychological Stress and the Coping Process*”, tendo sido posteriormente revisto por Lazarus e Folkman (Lazarus & Folkman, 1984).

Esta abordagem coloca ênfase na “transação”, reconhecendo que o *stress* não depende apenas do indivíduo ou do ambiente, mas da relação entre os dois, determinando que nenhum componente (*i.e.*, estímulo ou resposta) pode ser identificado como causa particular de *stress* (Lazarus, 1990, *cit in* Cooper, Dewe & O’Driscoll, 2001). O *stress* não é visto assim em termos de estímulo ou resposta, mas compreendido como uma transação entre o indivíduo com determinadas características (compromissos, vulnerabilidades, crenças) e o meio envolvente também com características próprias (Lazarus & Folkman, 1984).

O modelo transacional considera que existe uma relação bidirecional e dinâmica entre a pessoa e o meio ambiente, em constante mudança, na qual a pessoa e o meio se influenciam reciprocamente (Seabra, 2008).

Assim, para Lazarus e Folkman (1984) o *stress* é concetualizado como “...*uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é avaliada pela pessoa como excedendo os seus recursos e prejudicando o seu bem-estar*” (p.19).

Este modelo pressupõe dois processos fundamentais que medeiam a relação pessoa-ambiente, estando o primeiro relacionado com a avaliação cognitiva das transações (processo de avaliação) e o segundo com a gestão das exigências realizada pelo indivíduo perante transações consideradas stressantes (processo de *coping*) (*ibid*).

Para o modelo transacional, a avaliação cognitiva é o processo pelo qual cada indivíduo determina em que medida uma transação particular ou um conjunto de transações, entre si e o ambiente, é stressora (*ibid*). Este processo pode ser influenciado pelas características particulares do indivíduo, tais como, padrões de motivação (*e.g.*, valores, compromissos e objetivos), crenças pessoais e

reconhecimento dos recursos de que dispõe para fazer face às situações (e.g., meios financeiros, capacidade para resolver os problemas, estado de saúde). A avaliação pode também ser influenciada por variáveis ambientais, como, a natureza do perigo, a sua iminência, ambiguidade e duração, assim como pela existência e qualidade de suporte social (Folkman & Lazarus, 1991).

Segundo Lazarus e Folkman (1984) existem dois tipos de avaliação cognitiva: avaliação primária, avaliação secundária.

Na avaliação primária o indivíduo dá significado à transação. O resultado desta avaliação poderá ser:

- Irrelevante – quando o indivíduo avalia a transação como não constituindo qualquer ameaça ao seu bem-estar. É uma situação perante a qual não estão implicados valores, necessidades, compromissos e não se esperam ganhos ou perdas.

- Benigna-positiva – quando a transação é avaliada como positiva, preservando ou melhorando o bem-estar do indivíduo. Envolve emoções agradáveis como alegria, amor e felicidade.

- Stressora - esta avaliação inclui diferentes tipos de *stress*: o dano/perda, a ameaça e o desafio. O *dano/perda* surge quando existe já uma perda declarada (e.g., doença ou a perda de um ente querido). A *ameaça* refere-se a situações em que ainda não ocorreu um dano ou uma perda, mas que é vivenciado por antecipação (e.g., uma cirurgia planeada). Por último, o *desafio*, quando uma situação é percebida como tendo potencial para gerar ganhos e crescimento pessoal.

A avaliação secundária diz respeito à avaliação que o indivíduo faz em relação às suas capacidades, competências e recursos para lidar com a situação. Trata-se de um processo complexo de avaliação das possíveis estratégias de *coping* que podem ser adotadas pelo indivíduo, da sua competência para aplicar as estratégias com eficácia, assim como das consequências de utilizar uma determinada estratégia.

Lazarus e Folkman (1984) falam ainda da fase de reavaliação, que confere um carácter dinâmico ao processo de *stress*. Na fase de reavaliação o indivíduo altera ou reclassifica as avaliações anteriores, primárias ou secundárias, com base em eventuais alterações individuais ou da própria situação indutora de *stress*. O que inicialmente era ameaçador pode passar a ser visto como um desafio ou como algo benigno ou irrelevante (Lyon, 2012).

Assim, se uma determinada situação for avaliada como stressora (avaliação primária) e se a possibilidade de *coping* for avaliada negativamente (avaliação

secundária), então o indivíduo vivenciará uma experiência de *stress*. Neste cenário, inicia-se o processo em que o indivíduo irá empreender um conjunto de esforços para lidar com a situação (*i.e.*, processo de *coping*).

Concluindo, o modelo transacional valoriza o papel ativo do indivíduo em todo o processo, levando em consideração as suas características pessoais. Destaca a importância da avaliação individual dos acontecimentos e do significado que atribui às transações, assim como da avaliação que faz dos recursos de que dispõe para lidar com situações stressoras. Nesta perspectiva, o indivíduo passou a ser considerado como um ser psicológico, interveniente no processo, que avalia e interage com mundo exterior, não respondendo simplesmente a ele (Ogden, 1999).

Este modelo introduziu uma nova abordagem no estudo e compreensão do fenómeno “*stress*”. O *stress* é visto assim como o resultado (envolvendo alterações psicológicas e fisiológicas) de transações que o indivíduo avalia como prejudiciais para o seu bem-estar e sobre as quais considera não ter recursos para lhe fazer face.

Para o modelo transacional, o ***coping*** define-se como “*os esforços cognitivos e comportamentais, em constante mudança, realizados pela pessoa para fazer face a exigências específicas externas e/ou internas que são avaliadas como excedendo os seus recursos pessoais*” (Lazarus & Folkman, 1984, p. 141).

Segundo este modelo, o *coping* pode ser entendido como um processo, entre o indivíduo e o acontecimento gerador de *stress*, no qual o indivíduo empreende um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais com a finalidade de controlar, diminuir ou eliminar o *stress*. Estes esforços individuais estão constantemente a mudar em função das contínuas avaliações e reavaliações que o indivíduo faz da sua relação com o meio ambiente, a qual está também em constante mudança (Folkman & Lazarus, 1991).

Lazarus e Folkman distinguem dois tipos de *coping*: o *coping* focado no problema, que se relaciona com a gestão ou alteração do problema indutor de *stress* e, o *coping* focado na emoção, que se dirige à regulação da resposta emocional ao problema, procurando a diminuição do transtorno emocional induzido por uma situação stressante (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984). As formas de *coping* focadas na emoção tendem a ser utilizadas quando é feita uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar uma situação stressora e que é preciso continuar a interagir com ela. As formas de *coping* focadas no problema tendem a ser empregadas

quando as condições são avaliadas como sendo possíveis de alterar (Folkman & Lazarus, 1980).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o *coping* focado no problema tem como objetivo analisar a situação, procurando alternativas para resolvê-la, considerando os custos e benefícios dessas alternativas. Este tipo de *coping* inclui dois tipos de estratégias: as dirigidas à alteração do meio e as dirigidas ao próprio indivíduo tornando-o mais capaz de gerir/ alterar a situação.

As estratégias dirigidas à alteração do meio tentam modificar a situação stressora através de alterações nas pressões ambientais, nas barreiras, nos recursos, nos procedimentos. As estratégias centradas no indivíduo envolvem alterações motivacionais e/ou cognitivas, tais como, a alteração do nível de aspiração, a procura por caminhos alternativos de gratificação, a aprendizagem de novos conhecimentos e procedimentos, o desenvolvimento de novos padrões de comportamento, entre outros.

Segundo os mesmos autores, no *coping* focado na emoção existem também dois tipos de estratégias: as estratégias que envolvem a reavaliação cognitiva da situação, em que a ameaça é diminuída pela alteração do significado que é feita pelo indivíduo e, as estratégias que não passam pela reavaliação cognitiva das situações.

Alguns exemplos de estratégias de reavaliação cognitiva são: a comparação positiva, que se refere à avaliação que o indivíduo faz da situação comparando-a com situações anteriores; a minimização, em que a ameaça ou dano é relativizado; ou a reavaliação positiva, em que o indivíduo procura centrar-se nos aspetos positivos de um evento negativo. Estas estratégias alteram o significado da situação sem alterar objetivamente a situação.

Como exemplos de estratégias que não envolvem a reavaliação cognitiva podem-se apontar: as estratégias de evitamento temporário, tais como, o recurso a atividades de distração (e.g. exercício físico, meditação, férias) ou, a atenção seletiva, em que é dada relevância aos aspetos mais positivos de uma dada situação e evitados os aspetos negativos. Nestes casos, o significado de uma situação pode permanecer inalterado, mesmo que alguns dos seus aspetos possam ser postos de parte temporariamente.

De acordo com Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis e Gruen (1986), o processo de *coping* normalmente inclui as duas funções (*coping* focado no problema e focado na emoção). Estudos realizados evidenciaram que ambas as estratégias de *coping* foram usadas em praticamente todas as situações stressoras (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Nenhuma estratégia de *coping* pode ser avaliada como boa ou má, adaptativa ou não adaptativa, uma vez que essa avaliação estará dependente do indivíduo e da especificidade da situação. Torna-se então necessário considerar a natureza do stressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do esforço de *coping* (Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998; Lazarus, 1993).

O *coping* é assim uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências. Se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados serão positivos, ou seja, o processo de *coping* tem efeitos adaptativos (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004). Como resultado de um *coping* bem-sucedido, os indivíduos podem reavaliar uma situação stressante como menos ameaçadora e assim diminuir ou eliminar emoções negativas associadas à situação (Ntoumanis, Edmunds & Duda, 2009).

Um *coping* adequado a determinada situação conduz a uma adaptação adequada, podendo-se encontrar como resultados dessa adaptação/ ajustamento, o bem-estar psicológico, a saúde física e o funcionamento social (Lazarus, 1993).

O modelo transacional de Lazarus e Folkman servirá de referencial teórico para o presente trabalho, adotando-se os conceitos de *stress* e de *coping* conceptualizados por este modelo.

## **Capítulo II – O *stress* ocupacional**

### **2.1 *Stress* ocupacional**

A atividade profissional pode ter aspetos positivos e negativos. Os aspetos positivos advêm daquilo que se consegue obter através do trabalho, nomeadamente, independência financeira, uma melhor qualidade de vida pelo dinheiro que se recebe e estatuto social, normalmente ligado à atividade profissional que se desenvolve. Quando o ser humano gosta do seu trabalho, este constitui uma fonte de crescimento psicológico e de realização pessoal. Além de constituir uma fonte de rendimento económico, o trabalho relaciona-se também a aspetos psicológicos importantes que ajudam a melhorar a autoestima do indivíduo (Laranjeira, 2009). No entanto, o trabalho pode revestir-se igualmente de aspetos negativos, constituindo uma fonte de *stress* que gradualmente irá gerar desgaste. Considerando o modelo transacional de *stress* os aspetos negativos são avaliados pelo indivíduo como constituindo uma ameaça ao

bem-estar físico e psicológico do próprio ou dos que ele valoriza, sem que o indivíduo se atribua a capacidade de controlo. Estes podem estar relacionados com a frustração em relação com o que se faz, dificuldade em acompanhar novas tecnologias, a precariedade do emprego, conflitos com colegas ou superiores, entre outros (Serra, 2011).

Nas últimas décadas têm-se registado alterações políticas, sociais, económicas e tecnológicas significativas que afetam os locais de trabalho e que têm trazido novos desafios para as organizações e trabalhadores, destacando-se, a crescente globalização, os avanços tecnológicos, novas formas de organização do trabalho e de contratualização e o aumento da competitividade. Neste contexto, o ambiente laboral tem sido afetado pela intensificação e sobrecarga de trabalho, a necessidade de adaptação a novas tecnologias, o aumento da flexibilidade e da precariedade do emprego, a crescente exigência sobre a eficiência e desempenho dos trabalhadores (EU-OSHA, 2007, 2014; OIT, 2010; Sousa, Mendonça, Zanini & Nazareno, 2009). Nesta perspetiva, o nível de tensão nos locais de trabalho pode aumentar e o ambiente laboral tornar-se pouco propício a condições de satisfação pessoal, gerando desgastes físicos e emocionais, experimentados como *stress* ocupacional (Sousa, Mendonça, Zanini & Nazareno, 2009).

O trabalho é sentido como stressante quando implica exigências laborais que não condizem com os conhecimentos e capacidades do indivíduo, ou com as suas necessidades, especialmente quando este percebe não possuir um controlo insuficiente sobre o trabalho e pouco apoio social (Cox, Griffiths & Rial-González, 2005).

De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, o *“stress relacionado com o trabalho é experienciado quando as exigências do ambiente laboral excedem a capacidade dos trabalhadores para lhes fazer face (ou controlá-las)”* (EU-OSHA, 2009, p.14).

O National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), define o *stress* ocupacional como as respostas físicas e emocionais, prejudiciais, que ocorrem quando as exigências do trabalho não correspondem às capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador (NIOSH, 2008).

No geral, o *stress* ocupacional é referido na literatura como um problema negativo, com potencial de dano quer para os trabalhadores quer para as próprias organizações. O *stress* ocupacional é um estado emocional que resultará da interação entre as características do meio ambiente (ambiente laboral) e as características do indivíduo.

## 2.2 Fatores de *stress* ocupacional e suas consequências

As fontes potencialmente indutoras de *stress* podem ser diversas e pessoas diferentes não respondem da mesma maneira aos stressores. Contudo, determinadas condições de trabalho em que se desenvolve a atividade parecem representar, para a maioria dos indivíduos, situações stressantes (Sacadura-Leite & Uva, 2007). O conceito de *stress* ocupacional é complexo, na medida em que contempla não só os fatores do ambiente de trabalho mas também fatores relacionados com as diferenças individuais (Payne, 1999; Hespanhol, 2005).

### 2.2.1 Fatores geradores de *stress* ocupacional

Cooper e Marshall (1982) sugeriram um modelo de *stress* ocupacional que pretende identificar as principais fontes de *stress* ligadas ao trabalho e as suas repercussões quer para o indivíduo quer para a organização, tomando em consideração as características individuais como mediadoras na interação ambiente-indivíduo. Estes autores distinguiram cinco categorias de causas de *stress* ocupacional, que se passam a expor.

**(1) Aspetos intrínsecos ao trabalho** – Esta categoria inclui as condições físicas do trabalho e os requisitos específicos das tarefas do trabalho. As condições físicas associadas ao trabalho referem-se a aspetos como o ruído, vibrações, temperaturas extremas, humidade e ventilação inadequada, iluminação, fatores higiénicos e climatéricos. Quanto aos requisitos das tarefas, relacionam-se com o trabalho por turnos/ trabalho noturno, sobrecarga de trabalho (quantitativa e qualitativa), monotonia das tarefas, exposição a riscos, responsabilidade por pessoas e vidas, viagens e deslocações (congestionamento de trânsito, atrasos nos transportes públicos, viagens em más condições atmosféricas) (Cooper, Dewe & O’Driscoll, 2001; Hespanhol, 2005; Sutherland & Cooper, 1990).

**(2) Papel desempenhado na organização** – Ao nível desta categoria dever-se-á prestar atenção a quatro grandes possíveis causas de *stress*: 1) conflito de papéis; 2) ambiguidade de papéis; 3) sobrecarga de papéis e 4) grau de responsabilidade (Cooper, Dewe & O’Driscoll, 2001; Hespanhol, 2005; Sutherland & Cooper, 1990).

O conflito de papéis ocorre, por exemplo, quando ao indivíduo é solicitado a realização de uma tarefa que não está de acordo com os seus valores, ou quando várias funções que tem a seu cargo se revelam incompatíveis umas com as outras (Rego & Barbosa, 2012). No que concerne à ambiguidade de papéis, esta acontece

quando existe falta de informação sobre as tarefas a desempenhar, falta de clareza das expectativas do trabalho e falta de certezas sobre as responsabilidades no trabalho (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001; Rego & Barbosa, 2012). Quanto à sobrecarga de papéis, esta refere-se ao número de diferentes papéis que o indivíduo tem que desempenhar, o que pode levar não só a uma sobrecarga devido às exigências excessivas para o tempo disponível, mas também gerar dúvidas no indivíduo quanto à sua capacidade para desempenhar adequadamente cada papel. Por fim, o grau de responsabilidade envolvido pode ser uma fonte de tensão caso a responsabilidade seja em excesso e seja percebida pelo indivíduo como ultrapassando a sua capacidade de resposta. No entanto, a falta de responsabilidade também pode ser stressante, na medida em que o indivíduo pode sentir o trabalho como não aproveitando as suas capacidades (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001). O grau de responsabilidade está intimamente ligado à autonomia e liberdade de ação dos trabalhadores nas suas tomadas de decisão (Hespanhol, 2005).

**(3) Progressão na carreira** – As principais fontes de *stress* relacionadas com o desenvolvimento da carreira profissional referem-se à falta de segurança no local de trabalho (e.g., ameaça de desemprego), à promoção para funções para as quais o indivíduo não se sente ainda preparado ou, em sentido contrário, à falta de promoção quando esta é sentida como justa, e às frustrações com as aspirações individuais na carreira profissional (Cooper & Marshall, 1982; Hespanhol, 2005). A mudança profissional pode também ser um fator de *stress* no desenrolar de uma carreira. Não só em situações de mudança de emprego, mas também quando há a necessidade de adaptação à introdução de novas tecnologias, a novas responsabilidades pela mudança de função ou promoção, à reestruturação da empresa com novas formas de gestão (Serra, 2011).

**(4) Relacionamento interpessoal** – Insuficientes ou maus relacionamentos interpessoais e a falta de suporte de superiores e colegas no trabalho podem tornar-se uma fonte de *stress* para muitos trabalhadores (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001).

Um bom relacionamento entre os elementos de um grupo de trabalho é um fator indispensável para a saúde organizacional e individual (Sutherland & Cooper, 1990). McLean (1979, *cit in* Sutherland & Cooper, 1990), sugere que o suporte social na forma de coesão do grupo de trabalho, confiança interpessoal e apoio dos superiores, está associado a níveis mais baixos de *stress* percebido e a melhores índices de saúde. Uma má comunicação entre indivíduos de uma organização, quer entre colegas, quer entre superiores e subordinados, pode diminuir o grau de satisfação com

o emprego e a motivação com o trabalho. Um mau relacionamento interpessoal pode surgir da falta de confiança que o indivíduo sente relativamente a outro, da falta de apoio que sente para a execução das suas tarefas ou na resolução de problemas, da falta de reconhecimento do valor daquilo que faz, ou da hostilidade que se gera no relacionamento com os pares ou superiores. Estas situações geram desgaste e são tanto mais stressantes quanto maior for o valor que o indivíduo lhes atribuí (Serra, 2011).

**(5) Estrutura e clima organizacional** – A falta de participação nas tomadas de decisões, falta de canais de comunicação e consulta efetivas, restrições injustificadas ao comportamento do indivíduo, políticas da organização, ausência de sentimentos de integração na organização e estilos de liderança, são fatores potenciais de *stress*. (Sutherland & Cooper, 1990; Hespanhol, 2005). A tensão psicológica atribuída a fatores organizacionais está muitas vezes associada à cultura e ao estilo de gestão adotado pela organização (Cooper, Dewe & O’Driscoll, 2001).

Segundo Cooper e Marshall (1982), os aspetos potencialmente geradores de *stress* no local de trabalho podem existir em qualquer organização ou profissão, em maior ou menor grau, dependendo das características de cada contexto laboral. Contudo, para uma compreensão mais aprofundada sobre o *stress* ocupacional e a resposta aos stressores é necessário considerar também as **fontes extra-organizacionais de stress**, que se referem ao *stress* da vida quotidiana (problemas familiares, crises na vida, conflitos sociais, dificuldades financeiras, conflitos entre as solicitações da família e as da organização, falta de suporte social, etc). Estes são importantes agentes potenciais indutores de *stress*, visto que atuam numa espiral de *feedback* entre o trabalho e o ambiente exterior. Problemas extra-trabalho podem afetar o desempenho, eficiência e adaptação do indivíduo no seu ambiente laboral, gerando *stress* e afetando o seu bem-estar, o que, por sua vez, pode refletir-se na vida do indivíduo fora da organização (Cooper & Marshall, 1982; Hespanhol, 2005; Sutherland & Cooper, 1990).

### **2.2.2 Fatores moderadores de stress**

As situações potencialmente ameaçadoras que existem no ambiente de trabalho, por si só, não bastam para causar *stress*, mas podem ser potencialmente geradoras de *stress*. Existem variadíssimos fatores que podem influenciar a forma como o indivíduo avalia e responde às situações e que o torna mais ou menos vulnerável ao

*stress*. Estes fatores são designados por **moderadores de resposta de stress** (Hespanhol, 2005).

A literatura tem agrupado estes fatores moderadores em termos individuais, físicos e situacionais. A título de exemplo destacam-se os seguintes: - aspetos individuais, tais como, comportamento tipo A, locus de controlo, afetividade negativa, traços de ansiedade, resiliência, auto-estima e auto-eficácia, otimismo e estilos de *coping*; - aspetos físicos, como a condição física e hábitos alimentares; - as variáveis situacionais incluem o controlo percebido sobre o trabalho e o suporte social (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001; Paschoal & Tamayo, 2005; Payne, 1999; Sutherland & Cooper, 1990).

### **2.2.3 Consequências do stress ocupacional**

As situações de *stress* vividas em ambiente laboral podem levar à manifestação de sintomas físicos, emocionais, intelectuais e comportamentais, os quais favorecem uma diminuição do bem-estar e saúde do indivíduo, com consequências para as próprias organizações (Laranjeira, 2009; Sacadura-Leite & Uva, 2007).

A experiência de *stress* tem sido relacionada com um conjunto de sintomas e reações, tais como, fadiga, dores de cabeça, problemas digestivos, náuseas, falta de ar, palpitações cardíacas, distúrbios de sono, alterações de humor, frustração, irritabilidade, dificuldade em tomar decisões, entre outras (Colligan & Higgins, 2005; Hespanhol, 2005; Jackson & Rothmann, 2006). Quando a exposição ao *stress* acontece de forma intensa e prolongada, podem resultar consequências de maior gravidade para a saúde. Estudos têm associado o *stress* a um vasto leque de problemas de saúde física e mental, incluindo, depressão e ansiedade (Chen, Siu, Lu, Cooper & Phillips, 2009; Mark & Smith, 2012), doenças cardiovasculares (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998; Byrne & Espnes, 2008), hipertensão arterial (Rosenthal & Alter, 2012), diabetes (Heraclides, Chandola, Witte & Brunner, 2009), alterações do sono (Knudsen, Ducharme & Roman, 2007), problemas gastrointestinais (Huerta-Franco *et al.*, 2013); disfunções do sistema imunitário (Boscolo, Youinou, Theoharides, Cerulli & Conti, 2008; Marketon & Glaser, 2008) e queixas a nível do sistema músculo-esquelético (Devereux, Rydstedt, Kelly, Weston & Buckle, 2004; Kim, Kim, Ryoo & Yoo, 2013).

Os efeitos do *stress* podem manifestar-se em alterações emocionais e comportamentais acionadas na tentativa de lidar com uma circunstância percebida como ameaçadora. Alguns desses comportamentos podem influenciar a saúde, como

exemplo, o abuso de álcool ou tabaco, ou uma dieta desequilibrada (Cox, Griffiths & Rial-González, 2005; Sacadura-Leite & Uva, 2007).

Outro impacto resultante do *stress* no trabalho é a redução da qualidade de vida experienciada pelos trabalhadores afetados (Fogaça, Carvalho, Nogueira & Martins, 2009; Franco & Tavares, 2009).

Estudos têm ainda demonstrado que o *stress* ocupacional se relaciona negativamente com a satisfação com o trabalho (Fairbrother & Warn, 2003; Kang, Boo, Lee, Han, Jung & Kim, 2015). Numa revisão de literatura e meta-análise realizada por Faragher, Cass e Cooper (2005), encontraram-se fortes relações entre a menor satisfação com o trabalho e problemas de ordem psicológica, nomeadamente, *burnout*<sup>1</sup>, autoestima, depressão e ansiedade.

A nível organizacional, as mais referidas consequências do *stress* ocupacional relacionam-se com o absentismo, o *turnover* e o presentismo (Cox, Griffiths & Rial-González, 2005; Dewe, O'Driscoll & Cooper, 2010; Mostert, Rothmann, Mostert & Nell, 2008). Estes fatores conduzem a perdas de produtividade e a um menor desempenho, traduzindo-se em importantes perdas financeiras para as organizações. No Reino Unido, o Sainsbury Centre for Mental Health (2007, *cit in* EU-OSHA, 2014) estimou que o custo global do *stress* ocupacional, ansiedade e depressão, ascendeu a 1220 € por trabalhador/ ano. Deste total, 32,4% deviam-se ao absentismo, 58,4% ao presentismo e 9,2% ao *turnover*.

Estudos europeus sugerem que entre 50% a 60% da totalidade dos dias de trabalho perdidos estejam relacionados com o *stress* (Takala & Urrutia, 2009). Outros estudos referem que cerca de um quinto do *turnover* pode estar relacionado com o *stress* laboral, e que a taxa de acidentes entre trabalhadores que se sentem normalmente sob intensa pressão é cerca de cinco vezes superior aos que não se encontram sujeitos a pressões excessivas (EU-OSHA, 2014).

---

<sup>1</sup> O *Burnout* é definido como uma síndrome psicológica em resposta ao *stress* crónico experienciado no trabalho. As três dimensões-chave do *burnout* são: 1) exaustão emocional, que se relaciona com o sentimento de sobrecarga e desgaste dos recursos emocionais e físicos do indivíduo; 2) cinismo (ou despersonalização), que se refere à resposta negativa, de indiferença, ou excessiva perante vários aspetos do trabalho; 3) eficácia reduzida ou falta de realização, que se refere a sentimentos de fraca competência, falta de realização profissional e de baixa produtividade no trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Um outro custo para as organizações relaciona-se com quebra de qualidade do serviço prestado. Firth-Cozens (1999), por exemplo, refere que os médicos estão sujeitos a elevados níveis de *stress*, com repercussões, como a depressão e o abuso de álcool. Estas consequências envolvem não só custos pessoais mas também custos para os pacientes, devido a uma menor qualidade dos cuidados que recebem, bem como para a organização, particularmente devido ao baixo desempenho dos seus trabalhadores e às reclamações recebidas dos utentes.

### **2.3 Modelos de *Stress* ocupacional**

Ao longo dos anos diversos investigadores têm desenvolvido modelos com o intuito de estudar e avaliar o fenómeno do *stress* ocupacional. Estes modelos apresentam diferentes abordagens e perspetivas no que concerne aos determinantes do *stress* e às relações existentes entre esses determinantes. Os modelos de *stress* ocupacional são muitas vezes utilizados em pesquisas que incidem nos efeitos causados pelo ambiente laboral na doença psicológica e física (Enberg, Nordin & Öhman, 2010; Miranda, 2011), como é o caso dos modelos de Karasek e Siegrist, apresentados de seguida, e que são apontados pela literatura como modelos marcantes no estudo do *stress* ocupacional.

#### **2.3.1 Modelo “Demand-Control”**

Em 1979, Karasek propôs um modelo bidimensional denominado modelo “*demand-control*” (exigência-controlo), que relaciona duas variáveis: as exigências psicológicas do trabalho e o controlo que o indivíduo tem sobre o trabalho (Karasek & Theorell, 1990; Urbanetto *et al.*, 2013). Este modelo considera que a tensão psicológica resulta da interação entre os efeitos das exigências colocadas pelo trabalho (stressores) e os moderadores de *stress*, particularmente, a liberdade de decisão (controlo) que o trabalhador dispõe para fazer face às exigências (Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom & Theorell, 1981).

O controlo do trabalho, designado por este modelo como latitude de decisão, é definido como o controlo que o indivíduo tem sobre as suas tarefas. O conceito da latitude de decisão é composto por duas dimensões: a autoridade para decidir e o uso de capacidades. A autoridade para decidir refere-se à capacidade individual para a tomada de decisões sobre o próprio trabalho e à influência na política organizacional. Os aspetos referentes ao uso de capacidades relacionam-se com o grau em que o

trabalho envolve novas aprendizagens, criatividade, iniciativa, realização de tarefas diversificadas ou repetidas e o desenvolvimento de capacidades especiais. As exigências do trabalho referem-se aos stressores psicológicos que o trabalhador enfrenta na realização das suas tarefas (Araújo, Graça & Araújo, 2003; Pessoa dos Reis, Fernandes & Gomes, 2010).

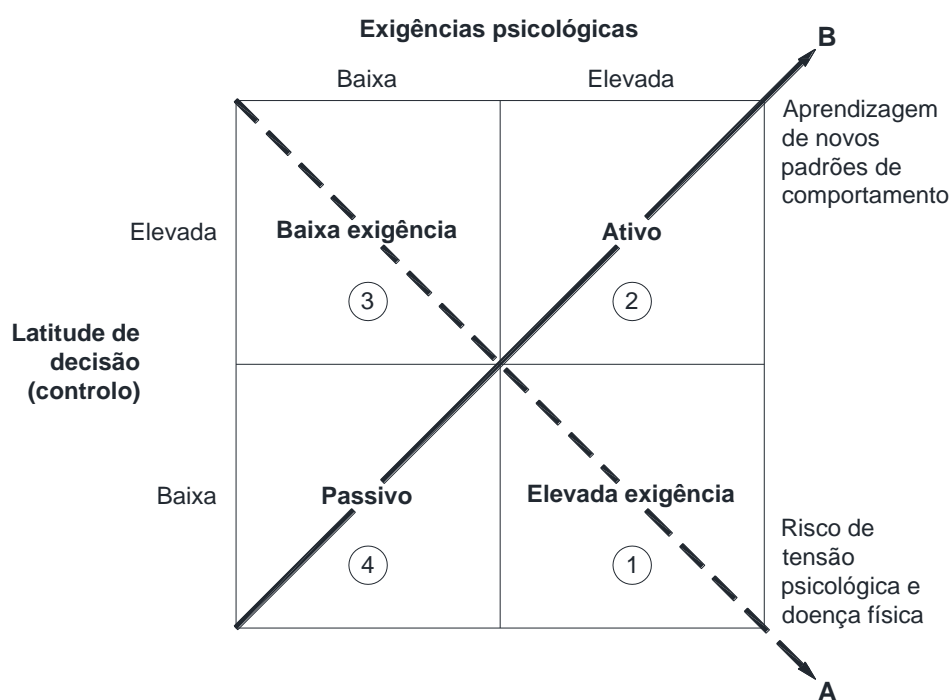
A figura 1 sumariza quatro tipos de experiências no trabalho identificados pelo modelo “*demand-control*”. Estes tipos distintos de experiências são geradas pela interação dos níveis “elevado” e “baixo” de exigências psicológicas do trabalho e de latitude de decisão, sendo estes: 1) trabalho de elevada exigência (“*high-strain job*”); 2) trabalho ativo (“*active job*”); 3) trabalho de baixa exigência (“*low-strain job*”); 4) trabalho passivo (“*passive job*”) (Karasek & Theorell, 1990).

Os cruzamentos de níveis “elevado” e “baixo” das duas dimensões resultam em quatro quadrantes, atravessados por duas linhas diagonais (A e B) que representam as duas hipóteses propostas por este modelo. O modelo “*demand-control*” postula a hipótese de que as reações adversas de maior impacto, resultado da tensão psicológica (fadiga, ansiedade, depressão e doença física), ocorrem quando as exigências psicológicas do trabalho são elevadas e a latitude de decisão do trabalhador é baixa (quadrante 1). Esta hipótese é representada pela linha diagonal A, constituindo o mecanismo de tensão psicológica (Karasek & Theorell, 1990). A combinação de elevadas exigências no trabalho e baixo controlo sobre o mesmo conduz a experiências de *stress* ocupacional (Ibrahim & Ohtsuka, 2012). A segunda hipótese deste modelo (representada pela diagonal B) refere-se ao mecanismo de aprendizagem de novos padrões de comportamento e de novas capacidades. Esta hipótese postula que a natureza passiva ou ativa de um trabalho pode influenciar a aprendizagem e o crescimento do indivíduo. Trabalhadores sujeitos a exigências elevadas, mas com um elevado controlo sobre o seu ambiente de trabalho (trabalho ativo – quadrante 2), podem sentir-se mais motivados no seu trabalho, adquirindo novas competências e tornando-se mais produtivos (Ibrahim & Ohtsuka, 2012; Karasek & Theorell, 1990). O terceiro quadrante (trabalho de baixa exigência) encontra-se no outro extremo da diagonal A e refere-se a condições laborais em que as exigências são baixas e o controlo é elevado. Neste cenário, o trabalhador está exposto a níveis mais baixos de tensão psicológica e risco de doença, na medida em que o controlo que tem sobre o trabalho lhe permite responder de forma eficaz aos poucos desafios que lhe são colocados (Karasek & Theorell, 1990). No outro quadrante cruzado pela linha B (quadrante 4) encontra-se o trabalho do tipo passivo,

caracterizado por uma condição de trabalho na qual os indivíduos experienciam baixas exigências e baixo controlo. Os trabalhadores deste grupo podem sentir desmotivação e desinteresse pelo trabalho e sentir dificuldades para resolver problemas ou lidar com novos desafios (Ibrahim & Ohtsuka, 2012; Karasek & Theorell, 1990).

Em 1988, Johnson e Hall (*cit in*, Tsutsumi & Kawakami, 2004) propuseram a ampliação do modelo de Karasek, incorporando o fator *suporte social*. No modelo de desenvolvido por Johnson e Hall (1988, *cit in*, Ibrahim & Ohtsuka, 2012), designado por “*demand-control-support*”, o maior risco de problemas de saúde e bem-estar é esperado quando os indivíduos experimentam um trabalho caracterizado por exigências elevadas, baixo controlo do trabalho e baixo suporte social.

Têm sido apontadas algumas críticas e limitações ao modelo proposto por Karasek que se prendem essencialmente com o facto deste modelo se centrar principalmente no ambiente psicossocial do trabalho, sem considerar as características e valores individuais e outras variáveis (sociais, ambientais) (Ibrahim & Ohtsuka, 2012; Pessoa dos Reis, Fernandes & Gomes, 2010). Não obstante as críticas referidas, este modelo configura-se como uma importante ferramenta para a determinação da associação entre os aspetos psicossociais do trabalho e o bem-estar e saúde dos trabalhadores (Loureiro, 2006).



Adaptado de Karasek e Theorell (1990)

Figura 1 – Modelo “*demand-control*”

### 2.3.2 Modelo “Effort-Reward Imbalance”

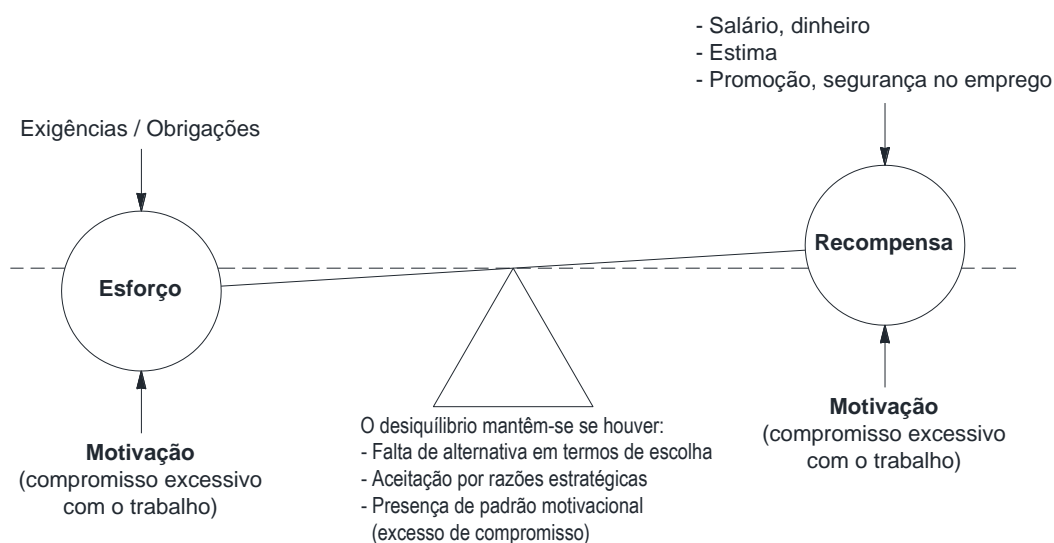
O modelo “*effort-reward imbalance*” (desequilíbrio esforço-recompensa) foi desenvolvido por Siegrist (1996). Este modelo foca-se no conceito de reciprocidade, *i.e.*, espera-se que as recompensas recebidas correspondam aos esforços investidos. Quando este princípio é violado e a reciprocidade falha, ou seja, no caso de o indivíduo ter despendido esforços elevados e as recompensas recebidas não serem as adequadas, é previsível que se manifestem emoções negativas, tais como, o sentimento de não se estar a ser apreciado ou de ser tratado de forma injusta, acompanhadas de respostas de *stress*. O desequilíbrio entre esforço e recompensa aumenta a suscetibilidade à doença como resultado das reações de *stress* continuadas. (Siegrist, 2008, 2012; Siegrist *et al.*, 2004). Pelo contrário, se existe um equilíbrio esforço-recompensa, as pessoas tenderão a vivenciar emoções positivas que promovem o bem-estar e a saúde (Gonçalves, 2013; Siegrist, 2012).

O esforço no trabalho é recompensado num processo de troca socialmente organizado. As recompensas são distribuídas ao trabalhador por três canais – Gratificação financeira (dinheiro), recompensa socio-emocional (estima) e oportunidades de carreira, incluindo a segurança no trabalho (Siegrist, 1996; Siegrist *et al.*, 2004).

Siegrist (1996) defende que existem dois tipos de fatores que podem influenciar a perceção do esforço despendido, sendo estes: 1) fatores extrínsecos, que se relacionam com as condições de esforço (exigências e obrigações colocadas ao trabalhador); e 2) fatores intrínsecos, associados à pessoa, à sua personalidade e às suas estratégias de *coping*. No contexto dos fatores intrínsecos surge o conceito de “compromisso excessivo” (“*overcommitment*”), referente a uma característica da personalidade que engloba um conjunto de atitudes, comportamentos e emoções que refletem um esforço excessivo por parte dos indivíduos, combinado com forte desejo de serem aprovados e estimados. Pessoas que mostram um padrão cognitivo e motivacional caracterizado pelo “compromisso excessivo”, apresentam perceções inadequadas das exigências e dos seus recursos de *coping* que as impede de avaliar com precisão as relações esforço - recompensa. Estas pessoas acabam por ser expor com maior frequência a exigências elevadas ou a esforços exagerados para além do que seria necessário, tornando-se mais suscetíveis à exaustão e ao *stress*. (Gonçalves, 2013; Siegrist, 2008, Siegrist *et al.*, 2004).

De acordo com a teoria sobre a qual assenta este modelo, um desequilíbrio entre o esforço (elevado) e a recompensa (baixa) é esperado se uma ou várias das seguintes

condições se dão: 1) dependência – situações em que os indivíduos têm poucas alternativas em termos de escolha (e.g., devido ao baixo nível de competências, falta de mobilidade, idade, mercado de trabalho precário); 2) escolha estratégica - os indivíduos podem aceitar esse desequilíbrio por razões estratégicas (e.g., são investidos esforços com a perspectiva futura de melhor condição contratual ou progressão na carreira); 3) compromisso excessivo – quando existe um padrão motivacional de excesso de dedicação com o trabalho (Siegrist, 1996, 2008).



Adaptado de Siegrist (2012)

Figura 2 – Modelo “*effort-reward imbalance*”

Em suma, o modelo “*effort-reward imbalance*” sustenta que os sujeitos que experienciam condições laborais de dependência, escolha estratégica e compromisso excessivo, separadamente ou em combinação, são frequentemente expostos a falhas de reciprocidade com resultados em termos de *stress* e consequências adversas para a saúde. Apesar do desequilíbrio esforço-recompensa resultar principalmente de fontes extrínsecas, um comportamento de excesso de compromisso pode também contribuir para tal. Assim, este modelo combina características organizacionais com características pessoais (Siegrist, 2008).

De salientar que vários estudos sobre o *stress* em profissionais de saúde têm utilizado o modelo de *stress* ocupacional de Karasec, “*demand-control*” (Schmidt, 2013; Urbanetto *et al.*, 2013), e o modelo de Siegrist, “*effort-reward imbalance*” (Bakker, Killmer, Siegrist & Schaufeli, 2000; van Vegchel, de Jonge, Meijer & Hamers, 2001).

Enberg, Nordin e Öhman (2010) combinaram os dois modelos, num estudo com 262 fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais suecos recém-formados, com o intuito de avaliarem os fatores psicossociais do trabalho a que estavam sujeitos estes profissionais. Um quarto dos indivíduos encontrava-se insatisfeito com o seu trabalho e essa insatisfação estava significativamente associada com o desequilíbrio esforço-recompensa percebido, com as recompensas, com o controlo sobre o trabalho e com o tipo de empregador. Foi ainda encontrada associação entre o “compromisso excessivo” com o trabalho e o género, o grau de esforço e o grau de recompensa.

Num outro estudo, Campo, Weiser e Koenig (2009) utilizaram o modelo “*demand-control*” com o objetivo de determinar os níveis de exigências psicológicas do trabalho e de controlo sobre o trabalho, numa amostra com 882 fisioterapeutas. Estes autores concluíram que os sujeitos reportavam exigências laborais moderadas e um controlo elevado sobre o trabalho.

### **Capítulo III – Stress nas profissões de saúde - Fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais**

#### **3.1 As profissões de fisioterapia e terapia ocupacional**

Neste capítulo realiza-se uma breve descrição das profissões focadas nesta pesquisa - a fisioterapia e a terapia ocupacional.

A Fisioterapia é uma profissão de saúde, focada no utente, que procura no essencial: promover a autonomia, a mobilidade, a saúde em geral e o bem-estar do indivíduo; prevenir doenças, lesões e incapacidades; melhorar ou atenuar as limitações funcionais da pessoa; melhorar e manter a independência funcional e o desempenho físico; reabilitar lesões e os efeitos da doença ou deficiência recorrendo a programas terapêuticos e educativos (CPA, 2012).

A Fisioterapia é ancorada nas Ciências do Movimento e visa melhorar ou restaurar a função de múltiplos sistemas do corpo essenciais ao movimento. A profissão é comprometida com a saúde e a qualidade de vida. Esta abordagem holística incorpora uma ampla gama de intervenções terapêuticas físicas e fisiológicas (CPA, 2012).

Segundo o Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro, a profissão de fisioterapeuta “*centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas*

*na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”.*

De acordo com a definição mais atualizada da Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (WFOT), a Terapia Ocupacional é considerada uma profissão de saúde, centrada no utente, que visa a promoção da saúde e do bem-estar através da ocupação. O principal objetivo da terapia ocupacional é permitir a participação das pessoas nas suas atividades diárias. Procura alcançar resultados, trabalhando com as pessoas para melhorar o seu desempenho nas ocupações/atividades que querem, precisam, ou que lhes é esperado, ou modificando sua ocupação/atividade ou o ambiente para melhor apoiar o seu envolvimento ocupacional (WFOT, 2012). Entende-se por ocupação tudo aquilo que o indivíduo realiza para cuidar de si próprio (autocuidados), desfrutar da vida (lazer) ou contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade (produtividade). Estas ocupações podem ser elementares, como alimentar-se ou vestir-se, ou complexas, como conduzir um carro ou desempenhar uma atividade laboral (APTO, 2015).

A Terapia Ocupacional é um campo do conhecimento e de intervenção na saúde, na educação e na área social, que reúne tecnologias orientadas para a autonomia das pessoas que, devido a problemas específicos (físicos, sensoriais, psicológicos, mentais ou sociais), apresentam dificuldades de inserção e participação na vida social (Carvalho, 2012).

O terapeuta ocupacional promove a capacidade dos indivíduos, grupos, organizações e da própria comunidade, de escolher, organizar e desempenhar, de forma satisfatória, ocupações que estes considerem importantes. No âmbito da sua abordagem, avalia e intervém ao nível da pessoa, da ocupação e do ambiente. Procura desenvolver competências, restaurar funções perdidas, prevenir disfunções e/ou compensar funções, através do uso de técnicas e procedimentos específicos e/ou da utilização de ajudas técnicas ou tecnologias de apoio (APTO, 2015).

### 3.2 **Stress ocupacional em fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais**

Os profissionais de saúde constituem um grupo cuja atividade profissional se enquadra nas designadas “profissões de ajuda”. A sua atividade envolve normalmente variadas exigências físicas e psicológicas passíveis de contribuir para estados de *stress* relacionado com o trabalho (Sacadura-Leite & Uva, 2012). As instituições de saúde, como os hospitais e centros de saúde, constituem geralmente ambientes de trabalho particularmente stressantes. A existência de relações hierárquicas múltiplas e complexas, a heterogeneidade do pessoal e a interdependência das responsabilidades, são algumas das características organizacionais com forte potencial para causar *stress* (Calhoun, 1980, *cit in* McIntyre, 1994).

Segundo Frasilho (2005), a experiência de *stress* nos profissionais de saúde acarreta custos pessoais, custos para as organizações e repercussões para a saúde dos utentes, na medida em que existe evidência da relação entre a menor qualidade dos cuidados e o grau de saúde mental, insatisfação e mal-estar dos prestadores de cuidados de saúde.

No caso específico dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais é possível identificar na literatura diversos fatores indutores de *stress* ocupacional. Estes estão associados essencialmente às condições organizacionais do trabalho, ou a aspetos socioemocionais que se relacionam com as exigências emocionais intrínsecas à atividade desenvolvida (Gupta, Paterson, Lysaght & von Zweck, 2012; Lindsey, Hanson, Taylor & McBurney, 2008; Santos, Barros & Carolino, 2010).

Uma característica importante do trabalho realizado por estes profissionais é o contato físico e emocional muito próximo dos utentes. O fisioterapeuta lida normalmente com as reações agressivas ou depressivas dos pacientes, estimula a sua motivação e presta suporte emocional. Estas exigências podem levar a uma sobrecarga sobre o terapeuta (Pustulka-Piwnik; Ryn, Krzywoszański & Stożek, 2014). A severidade, a complexidade e a natureza crónica dos problemas do paciente e a carga emocional associada à interação com o paciente pode ter impacto nos níveis de ansiedade e *stress* experimentados pelos terapeutas ocupacionais (Poulsen, Henderson & Castrisos, 2011). Wolfe (1981) refere que uma das causas de *stress* entre fisioterapeutas está relacionada com as elevadas expectativas por vezes criadas pelo profissional em torno dos resultados que espera conseguir com o paciente. Quando essas expectativas não são totalmente alcançadas, o terapeuta pode sentir uma sensação de falha e frustração. Por outro lado, lidar com as próprias expectativas dos pacientes e dos seus familiares é também percebido pelo terapeuta como uma

fonte de *stress* (Broom & Williams, 1996). O contato com a doença e a morte é igualmente apontado como um fator indutor de *stress* entre terapeutas ocupacionais (Gutiérrez *et al.*, 2004).

A sobrecarga de trabalho e a falta de recursos (humanos e materiais) encontram-se muitas vezes entre as principais condições indutoras de *stress* ocupacional em fisioterapeutas (Broom & Williams, 1996; Lindsey, Hanson, Taylor & McBurney, 2008; Deckard & Present, 1989) e terapeutas ocupacionais (Freda 1992; Gupta, Paterson, Lysaght & von Zweck, 2012; Lloyd, McKenna & King, 2005; Scanlan & Still, 2013). A percepção de sobrecarga de trabalho pode estar relacionada com a falta de pessoal, com um número excessivo de utentes a tratar, com a severidade da patologia dos pacientes, ou ainda com o excesso de trabalho administrativo/ burocrático (Broom & Williams, 1996; Wolfe, 1981). As exigências excessivas e irrealistas colocadas pelas chefias, utentes e familiares, constituem igualmente uma fonte de tensão entre terapeutas ocupacionais (Gupta, Paterson, Lysaght & von Zweck, 2012).

A falta de reconhecimento profissional e social e a insatisfação com a remuneração auferida, são fatores identificados em diversos estudos com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (Abu Tariah, Hamed, AlHeresh, Abu-Dahab & Al-Oraibi, 2011; Eivazi, Alilou, Fereidounnia & Zaki, 2013; Brown & Pranger, 1992; Gutiérrez *et al.*, 2004; Pavlakis, Raftopoulos & Theodorou, 2010; Pustułka-Piwnik; Ryn, Krzywoszański & Stożek, 2014; Santos, Barros & Carolino, 2010), evidenciando que circunstâncias em que é percebida a falta de recompensas adequadas ao nível de esforço que os profissionais põem no seu trabalho, podem gerar estados de *stress*.

Na relação com o ambiente organizacional outras fontes de *stress* emergem, tais como, a má gestão e organização do trabalho, demasiado tempo despendido com tarefas burocráticas, a falta de comunicação e coordenação na equipa (Eivazi, Alilou, Fereidounnia & Zaki, 2013; Scanlan & Still, 2013; Silva & Alchieri, 2014), a falta de autonomia profissional e a desorganização na distribuição de tarefas (Gupta, Paterson, Lysaght & von Zweck, 2012; Silva & Alchieri, 2014). A falta de perspectivas de promoção e de crescimento profissional e a fraca formação profissional são também sentidas como circunstâncias stressantes (Silva & Alchieri, 2014; Sweeney, Nichols & Kline, 1993).

Os conflitos interpessoais que se geram nas relações entre pares ou entre trabalhadores e superiores são mencionados na literatura como situações geradoras de tensão no local de trabalho (Freda, 1992; Lloyd, McKenna & King, 2005; Scanlan & Still, 2013). O conflito de papéis surge igualmente como fator de *stress* que se reflete,

por exemplo, no choque entre os valores pessoais e as exigências impostas pela administração (Gupta, Paterson, von Zweck & Lysaght, 2012).

Fatores como a falta de controlo sobre o trabalho e a falta de suporte de superiores e colegas são também referidos como causas geradoras de *stress* (Bailey, 1990a, 1990b; Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi & Katz, 2002; Broom & Williams, 1996). Num estudo com fisioterapeutas, a falta de suporte por parte de colegas, o sentimento de falta de realização pessoal e a falta de controlo perante os eventos diários, foram fatores identificados como preponderantes na determinação de *burnout* (Donohoe, Nawawi, Wilker, Schindler & Jette, 1993).

Como forma de observar a extensão do fenómeno do *stress* ocupacional entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, bem como as suas causas e consequências, expõem-se de seguida as principais conclusões de alguns estudos realizados com estes profissionais.

Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi e Katz (2002), numa amostra de 169 fisioterapeutas e 138 terapeutas ocupacionais que desempenhavam funções em diversas instituições de saúde da cidade de Nova Iorque, apuraram níveis elevados nas dimensões de *burnout*, exaustão emocional e despersonalização e níveis baixos na dimensão realização pessoal. O suporte social por parte dos superiores encontrava-se inversamente associado com a exaustão emocional.

Num estudo com 110 terapeutas ocupacionais espanhóis, Gutiérrez e colaboradores (2004) encontraram associações significativas entre o *burnout* e indicadores de consequências adversas para a saúde dos indivíduos, para a organização e para a relação sociofamiliar dos profissionais. A exaustão emocional foi identificada como a dimensão de *burnout* mais relevante. Este estudo identificou também os fatores com influência sobre o *burnout*, sendo estes: a sobrecarga de trabalho, as características das tarefas, a falta de suporte e reconhecimento dos colegas e o medo de má prática clínica (receio de cometer erros).

Campo, Weiser e Koenig (2009), num estudo com 882 fisioterapeutas norte americanos, verificaram que os indivíduos com elevadas exigências e baixos níveis de controlo sobre o trabalho apresentavam risco acrescido de *turnover* e queixas músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho. Os fatores de risco associados ao *turnover* foram, as elevadas exigências do trabalho, o baixo controlo sobre o trabalho, o género feminino e a idade mais baixa.

Num estudo similar ao que aqui se apresenta, Santos, Barros e Carolino (2010) realizaram uma pesquisa com 55 fisioterapeutas que exerciam funções em três

hospitais portugueses, com o intuito de avaliar o *stress* percebido e a capacidade atribuída para lidar com o *stress* por parte dos profissionais, as fontes de *stress* e as estratégias de *coping* utilizadas. As autoras concluíram que a maioria dos profissionais se sentiam moderadamente stressados ou stressados e que consideravam ter uma capacidade moderada ou boa para lidar com o *stress*. As maiores fontes de *stress* identificadas relacionaram-se com a falta de autonomia profissional, a falta de organização das chefias, a falta de reconhecimento profissional e social, os conflitos com os superiores e a desorganização na distribuição de tarefas. As estratégias de *coping* mais referidas foram, o suporte social, a monitorização do *stress*, a saúde física e a estruturação. Foram encontradas associações particularmente fortes entre estratégias de *coping* voltadas para a resolução de problemas e níveis baixos de *stress*, e níveis elevados de capacidade percebida para lidar com o *stress*.

Poulsen, Henderson e Castriso (2011), num estudo sobre o *burnout* com 951 terapeutas ocupacionais australianos, verificaram níveis significativos de exaustão emocional. Da exploração das correlações entre variáveis sociodemográficas, as autoras verificaram que o *burnout* era mais elevado para os terapeutas mais novos, para os terapeutas com menos de 10 anos de experiência profissional e para aqueles com menor remuneração salarial. Os profissionais com mais qualificações académicas experienciavam níveis de *burnout* mais baixos.

Martinussen, Borgen e Richardsen (2011), encontraram baixos níveis de *burnout* numa amostra de 244 fisioterapeutas noruegueses. Os autores concluíram que a autonomia e as pressões trabalho-família eram ambos preditores de exaustão emocional, enquanto o suporte social era preditor da dimensão realização pessoal. As exigências do trabalho (horas de trabalho, conflitos, pressão trabalho-família) e os recursos (autonomia, suporte social) eram também preditores das dimensões de comprometimento com o trabalho (vigor, dedicação, interesse).

Num estudo realizado com 63 terapeutas ocupacionais canadianos (Gupta, Paterson, Lysaght & von Zweck, 2012), foram encontrados níveis médios de *burnout* nas dimensões exaustão emocional e eficácia profissional, e níveis elevados na dimensão cinismo. Neste estudo, a sobrecarga de trabalho surgiu como preditor de *burnout*. As autoras identificaram um conjunto de situações indutoras de *stress* que se agrupavam em 4 grupos: exigências excessivas, conflitos, falta de autonomia e falta de respeito. As estratégias de *coping* que os participantes referiram como as mais importantes para um melhor desempenho no trabalho, incluíram: passar tempo com a

família, manutenção do equilíbrio trabalho/ vida pessoal, controlo sobre as responsabilidades profissionais e manutenção do senso de humor.

Num outro estudo, Silva e Alchieri (2014) estudaram a relação entre aspetos socioeconómicos e demográficos com o *stress* e o *burnout* numa amostra de 1040 fisioterapeutas brasileiros. Os autores verificaram que 37% dos participantes revelavam *stress* com o trabalho. Embora não se tenham registado casos de *burnout*, foram encontrados médias elevadas de desgaste psíquico, de indolência e de culpa, registando-se um total de 49% dos profissionais com tendência para desenvolver a síndrome. Verificou-se relação positiva entre o *stress* e a idade. Registou-se ainda correlação negativa entre o nível de *stress* e a prática de atividade física, e a satisfação com o estado de saúde.

Scanlan e Still (2013), numa pesquisa com 34 terapeutas ocupacionais australianos que exerciam funções em instituições de saúde mental, procuraram examinar os fatores relacionados com a satisfação com o trabalho, intenção de *turnover* e *burnout*. Os resultados obtidos mostraram que o *burnout* se encontrava associado com uma baixa satisfação com o trabalho e uma elevada intenção de *turnover*. Uma maior satisfação com o trabalho encontrava-se relacionada com as recompensas (reconhecimento e remuneração), bem como com um trabalho cognitivamente desafiante. As variáveis que se associavam a um baixo nível de bem-estar foram, as exigências no contato com os utentes e familiares, o sentimento de fadiga/ *stress* e os conflitos com a chefia.

Os resultados de um estudo com 243 fisioterapeutas iranianos (Eivazi, Alilou, Fereidounnia & Zaki, 2013), revelaram associações entre níveis elevados de *burnout* e a baixa remuneração, o setor onde trabalhavam (governamental ou público), a idade mais baixa e o *stress* relacionado com o trabalho. Neste estudo 58% dos terapeutas consideravam o seu trabalho stressante. Num estudo conduzido por Pavlakis, Raftopoulos e Theodorou (2010) com fisioterapeutas cipriotas, 46% dos inquiridos também relataram perceberem o seu trabalho como stressante. O *stress* percebido e os baixos salários revelaram-se preditores significativos de exaustão emocional.

Como se pode constatar pela revisão bibliográfica aqui sintetizada, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais encontram-se expostos a diversos tipos de stressores, assim como aos efeitos adversos resultantes da experiência de *stress*. Torna-se por isso relevante estudar esta temática de modo a possibilitar um maior conhecimento acerca do *stress* ocupacional nestes grupos profissionais.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### Capítulo IV – Objetivos

#### 4.1 Objetivo geral

Tendo por base o exposto na revisão da literatura, propõe-se com este trabalho contribuir para a melhoria do conhecimento acerca do *stress* relacionado com o trabalho e das estratégias de *coping* em profissionais de saúde das áreas de fisioterapia e terapia ocupacional.

O objetivo geral consistiu em identificar e estudar as associações entre o *stress*, a capacidade percebida para lidar com o *stress*, a perceção geral de saúde, as fontes de *stress* ocupacional e as estratégias de *coping* numa amostra de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais a desempenhar funções em instituições de saúde da área de Lisboa.

#### 4.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos desta investigação, definiram-se os seguintes:

- 1) A identificação dos níveis percebidos de *stress* ocupacional e da atribuição percebida para lidar com situações de *stress*;
- 2) A identificação do grau percecionado de saúde geral;
- 3) A Identificação das fontes de *stress* ocupacional;
- 4) A identificação das estratégias de *coping* utilizadas para lidar com *stress* ocupacional;
- 5) A exploração das relações entre as variáveis intervenientes: sociodemográficas; nível de *stress* percebido; nível percebido de controlo; nível geral de saúde; fontes de *stress* ocupacional e estratégias de *coping*.

### Capítulo V – Metodologia

Neste capítulo são apresentados: o desenho do estudo, as variáveis, a definição da amostra, os instrumentos de avaliação, os procedimentos de recolha de dados e os procedimentos para a análise a realizar aos dados obtidos.

## 5.1 Desenho do estudo

De modo a dar resposta aos objetivos traçados para esta investigação, foi desenhado um estudo transversal exploratório quantitativo, de natureza descritiva e correlacional. É descritiva e correlacional, pois pretende descrever as variáveis em estudo, visando igualmente determinar se existem relações entre as variáveis, e transversal, porque a recolha de dados se fará num só momento (Fortin, 2009).

Este estudo decorreu entre dezembro de 2014 e maio de 2015. A recolha de dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2015.

## 5.2 Variáveis em estudo

As variáveis selecionadas para a presente investigação tiveram em consideração a revisão da literatura e os objetivos propostos.

### Variáveis sociodemográficas

Atendendo a estudos análogos, foram consideradas como variáveis sociodemográficas mais relevantes para a caracterização da amostra as seguintes:

- Sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, profissão, vínculo contratual, tempo de exercício da profissão, tempo de trabalho na atual instituição, desempenho de funções noutra instituição e número de horas de trabalho semanal.

### Variáveis psicológicas

As variáveis psicológicas consideradas para o presente estudo incluem a perceção individual sobre:

- Nível de saúde geral, *stress* ocupacional (funcional e socioemocional), estratégias e *coping*, grau de *stress* ocupacional percebido, capacidade percebida para lidar com o *stress*.

## 5.3 Procedimentos de recolha de dados

Esta investigação teve início com um pedido de autorização, por escrito, para a realização do estudo, ao Conselho Administrativo de um centro de reabilitação. O pedido de autorização foi acompanhado pela descrição do projeto, com a explicação do tema da investigação e da sua relevância, a indicação dos objetivos do estudo e dos procedimentos a adotar na recolha e tratamento dos dados. Este pedido foi

apreciado pelo órgão competente e após aprovação escrita deu-se início ao trabalho de campo.

Numa primeira fase, foi estabelecido o contato com a Direção Terapêutica da instituição para a apresentação dos objetivos do estudo, assegurando a confidencialidade dos dados, bem como o anonimato e o caráter voluntário da participação. Combinou-se também a forma e o momento para se distribuírem os instrumentos de recolha de dados (questionários) pelos participantes. Por uma questão de rapidez e facilidade em chegar aos profissionais, foi acordado que os questionários seriam distribuídos através dos coordenadores dos diversos setores terapêuticos.

Chegado o momento para o início do processo de recolha de dados, o investigador reuniu com a Terapeuta Diretora para entregar os questionários e explicar o critério de inclusão definido. Depois de apresentado o projeto, os profissionais que aceitaram participar neste estudo receberam os questionários, acompanhados por carta de esclarecimento (apêndice A), na qual estavam explicados o âmbito e objetivos da investigação, com referência ao potencial contributo deste estudo para a produção de conhecimento na área do *stress* ocupacional. De forma a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, foi fornecido a cada participante um envelope no qual seriam introduzidos os questionários preenchidos e que deveria ser devolvido devidamente fechado.

Aproximadamente duas semanas após a entrega dos questionários o investigador procedeu à recolha dos envelopes.

#### **5.4 População e amostra**

Definiu-se como população alvo deste estudo todos os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que cumpram o seguinte critério: - o exercício efetivo da profissão há pelo menos um ano.

A amostra desta investigação é de conveniência, uma vez que é constituída por indivíduos facilmente acessíveis na instituição escolhida e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009).

Tendo em conta o critério de inclusão estabelecido, foram entregues 85 questionários. Destes, foram devolvidos 76 dentro de envelope fechado, o que representa uma taxa de 89% de retorno/ adesão. Após abertura dos envelopes que, por motivos de confidencialidade, foi da responsabilidade exclusiva do investigador, verificou-se que dois questionários não se encontravam devidamente preenchidos,

pelo que foram excluídos. Deste modo, a amostra desta investigação é constituída por 74 indivíduos, sendo 44 fisioterapeutas e 30 terapeutas ocupacionais.

## **5.5 Instrumentos de recolha de dados**

### **5.5.1 Questionário sociodemográfico**

Este questionário (anexo A) foi desenvolvido especificamente para o presente trabalho, enquadrando questões que permitissem a caracterização da amostra do ponto de vista pessoal e profissional. À semelhança de outros estudos sobre o *stress* ocupacional e *coping* com profissionais de saúde (Miranda, 2011; Sapata, 2012; Silva & Gomes, 2009), incluíram-se no questionário sociodemográfico as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, profissão, vínculo contratual, número de anos de exercício da profissão, número de anos de trabalho na instituição, desempenho de funções numa outra instituição e horas de trabalho semanal.

### **5.5.2 Escalas de avaliação de *stress* e capacidade para lidar com o *stress***

À semelhança de um estudo anterior com objetivos similares (Santos, Barros & Carolino, 2010), foram utilizadas duas escalas analógicas para avaliação do *stress* percecionado e da atribuição de capacidade para lidar com o *stress* por parte dos profissionais (anexo B). Estas escalas são do tipo Likert com 4 pontos. As respostas podem variar entre 1 (nada stressado/ baixa capacidade), 2 (moderadamente stressado/ capacidade moderada), 3 (stressado/ boa capacidade) e 4 (muito stressado/ grande capacidade).

### **5.5.3 Questionário de Saúde Geral – 12 itens**

De modo a avaliar a perceção dos participantes quanto à sua saúde em geral recorreu-se à utilização da versão *brief* (de 12 itens) do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) (Goldberg, 1978, versão portuguesa de Laranjeira, 2008). Este questionário permite perceber se existem sinais de que algo não está bem com os indivíduos, podendo dar indicações de possíveis efeitos da exposição ao *stress* laboral sobre o seu bem-estar.

O Questionário de Saúde Geral (QSG) foi proposto por Goldberg na década de setenta, sendo originalmente constituída por 60 itens, surgindo depois versões

reduzidas (Gouveia, Chaves, Oliveira, Dias, Gouveia & Andrade, 2003). A versão de 12 itens do Questionário de Saúde Geral (QSG-12) é um instrumento amplamente usado no rastreio de distúrbios psicológicos comuns, para além de ser uma medida geral de bem-estar psicológico (Sánchez-López & Dresch, 2008).

O QSG-12 foi validado para a população portuguesa por Laranjeira (2008), examinando as propriedades psicométricas do questionário numa amostra de 790 estudantes do ensino superior. A fidelidade foi testada através da avaliação da consistência interna pelo coeficiente de *Alfa de Cronbach*, tendo obtido para a totalidade da amostra um valor de 0,91. A validade do questionário foi confirmada por validade convergente, com a indicação de correlação negativa significativa ( $r = -0,54$ ,  $p < 0,001$ ) entre os valores do QSG-12 e os de uma escala de suporte social, também administrada à amostra em estudo.

Foi solicitada ao autor da versão portuguesa a autorização para a utilização do QSG-12, tendo havido uma resposta favorável assim como a cedência do questionário utilizado no seu estudo. No anexo C encontra-se um extrato deste instrumento.

Para o presente estudo considerou-se utilizar o questionário como um instrumento unidimensional.

Este questionário pergunta ao participante como se tem sentido face aos acontecimentos recentes da vida em geral. É constituído por 12 itens, sendo cada item respondido em termos de como o indivíduo tem experimentado o sintoma ou comportamento descrito. As respostas possíveis são dadas numa escala do tipo Likert de 4 pontos (0-1-2-3). Para os itens positivos (e.g., tem conseguido concentrar-se no que faz?) as alternativas de resposta variam entre 0 (melhor do que habitualmente), 1 (como habitualmente), 2 (menos do que habitualmente) e 3 (muito menos que habitualmente). Para os itens negativos (e.g., tem-se considerado uma pessoa sem valor?) as respostas variam entre 0 (não, absolutamente), 1 (como habitualmente), 2 (mais do que habitualmente) e 3 (muito mais do que habitualmente). A pontuação do questionário pode variar assim entre 0 e 36 pontos. Segundo Goldberg, Oldhinkel e Ormel (1998) e Laranjeira (2008), o valor médio do QSG-12 para a totalidade da amostra fornece uma boa opção para o ponto de corte. Adotando este critério será dizer que os indivíduos que obtenham uma pontuação acima da média revelam uma menor qualidade de saúde geral.

#### 5.5.4 Inventário de Stressores Ocupacionais

Para a identificação das fontes que os profissionais consideram potencialmente indutoras de *stress* no local de trabalho recorreu-se ao Inventário de Stressores Ocupacionais (Santos, 1999, Santos, Barros & Carolino, 2010). Este instrumento foi desenvolvido por Santos em 1999, no âmbito de um estudo, não publicado, com vários grupos de profissionais de saúde.

Este inventário foi baseado na escala de Gray-Toft e Anderson (1983, *cit in*, Santos, Barros & Carolino, 2010), nos resultados de vários estudos relacionados com o *stress* ocupacional com profissionais de saúde e na meta-análise de stressores ocupacionais de Ross e Altmaier (1984, *cit in* Santos, Barros & Carolino, 2010). É constituído por duas dimensões relacionadas com o *stress* ocupacional: a dimensão funcional e a dimensão socioemocional. A dimensão funcional agrega um conjunto de itens que descrevem stressores inerentes às tarefas e funções dos profissionais de saúde (*e.g.*, condições físicas do espaço de trabalho ou distribuição de tarefas). A dimensão socioemocional diz respeito a stressores relacionados com aspetos emocionais e socioemocionais relativos às tarefas desempenhadas pelos profissionais de saúde (*e.g.*, lidar com a morte ou incapacidade severa dos pacientes ou conflito com colegas de trabalho) (Santos, Barros & Carolino, 2010).

Inicialmente o questionário foi utilizado em estudos similares com fisioterapeutas (Santos, Barros & Carolino, 2010) e com enfermeiros de oncologia (Gomes, Santos & Carolino, 2013). Para o presente estudo o Inventário de Stressores Ocupacionais foi cedido pela autora, tendo adicionado dois novos itens à dimensão socioemocional: a) lidar com os familiares dos doentes e b) comunicar/ estabelecer relações com os doentes. No anexo D poderá ser consultado um extrato deste questionário.

Este instrumento é um questionário autoaplicável, permitindo ao respondente avaliar cada item numa escala tipo Likert com 4 pontos, variando entre 1 (nada stressante), 2 (moderadamente stressante), 3 (stressante) e 4 (muito stressante). Cada item é avaliado com base na classificação que lhe é atribuída, como mais ou menos stressante. Para a análise quanto às dimensões, a pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, achando-se depois a média dessa pontuação. A comparação entre médias permite determinar que dimensão é mais utilizada por uma dada amostra.

No que concerne à fidelidade deste instrumento, no estudo atrás referido com enfermeiros de oncologia (Gomes, Santos & Carolino, 2013), foi aferida a consistência interna pelo coeficiente de *Alfa de Cronbach*, apresentando um valor de 0,824 (boa

consistência) para a dimensão funcional e 0,698 (consistência aceitável) para a dimensão socioemocional.

### 5.5.5 *Brief COPE*

Com o intuito de se identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos da amostra recorreu-se ao questionário *Brief COPE* (Carver, 1997, versão portuguesa de Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Originalmente, Carver, Scheier e Weintraub (1989), desenvolveram um inventário para avaliar estratégias e estilos de *coping*, o qual batizaram de COPE. Este inventário derivou da extensa literatura sobre *coping*, em parte do modelo de *coping* de Lazarus e Folkman (1984) e em parte do modelo de autorregulação comportamental de Carver e Scheier (1981, 1990, cit in Carver, 1997). O COPE original incluiu 52 itens distribuídos por 13 dimensões, tendo passado por várias fases de aperfeiçoamento até se obter a versão final do inventário que incluiu 60 itens em 15 dimensões, com quatro itens por dimensão (Carver, Scheier & Weintraub 1989; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Posteriormente, Carver (1997) desenvolveu uma versão resumida do inventário que designou de *Brief COPE*. O *Brief COPE* foi desenvolvido com o objetivo de disponibilizar um instrumento de menor dimensão que não sobrecarregasse os inquiridos, sobretudo quanto ao tempo necessário para responder. Esta versão resumida resultou num inventário com 28 itens, distribuídas por 14 dimensões, com dois itens por dimensão (Carver, 1997). As dimensões conceptualizam diferentes formas de *coping*, sendo estas:

- 1- Coping activo – Iniciar uma acção ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o stressor;
- 2- Planear – Pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de coping activos;
- 3- Utilizar suporte instrumental – Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer;
- 4- Utilizar suporte social emocional – Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém;
- 5- Religião – Aumento da participação em actividades religiosas;
- 6- Reinterpretação positiva – Fazer o melhor da situação, crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável;
- 7- Auto-culpabilização – Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio, pelo que aconteceu;
- 8- Aceitação – Aceitar o facto de que o evento stressante ocorreu e é real;
- 9- Expressão de sentimentos – Aumento da consciência do stress emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos;
- 10- Negação – Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento stressante;
- 11- Auto

distracção – Desinvestimento mental do objectivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir ou auto distracção; 12- Desinvestimento comportamental – Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o stressor está a interferir; 13- Uso de substâncias (medicamentos/ álcool) – Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do stressor; 14- Humor – Fazer piadas acerca do stressor (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004, p.10).

Na adaptação do *Brief COPE* para a população portuguesa, Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004) realizaram um estudo com 364 estudantes e encontraram qualidades psicométricas idênticas às observadas por Carver (1997). No que respeita à validade, verificada por análise de componentes principais, todas as cargas fatoriais foram superiores a 0,40, o que mostrou uma estrutura fatorial idêntica à versão original e confirmou a distribuição dos itens pelas escalas a que pertencem. A análise da consistência interna, com recurso ao *Alfa de Cronbach*, revelou valores adequados para cada dimensão, assumindo uma variação entre 0,55 e 0,84. A consistência interna das escalas mostrou-se satisfatória e similar à versão original (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Para o presente estudo foi solicitada, ao primeiro autor da versão portuguesa do *Brief COPE*, a autorização para a utilização deste instrumento, tendo havido uma resposta positiva. No anexo E encontra-se um extrato deste questionário.

O questionário é precedido por uma breve introdução que solicita aos participantes para responderem sobre o modo como lidam com as situações geradoras de *stress* em contexto laboral. Os 28 itens que compõem o questionário são avaliados numa escala Likert de 4 pontos (de 0 a 3). As respostas podem variar entre 0 (nunca faço isto) e 3 (faço sempre isto), conforme definido na versão de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004). Como pontuações intermédias foram adotadas as seguintes: 1 (faço isto algumas vezes) e 2 (muitas vezes faço isto).

O questionário não tem uma pontuação global. O resultado é interpretado ao nível dos resultados independentes de cada dimensão. Dentro de cada dimensão os valores dos dois itens são somados, podendo o resultado variar entre um mínimo de 0 e um máximo de 6 pontos. Quanto maior for o valor obtido, maior é o uso de determinada estratégia de *coping*.

## 5.6 Tratamento de dados

Após a recolha dos dados, foi realizado o tratamento e análise estatística dos mesmos com recurso ao software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.0. O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

No que concerne à avaliação da fidelidade dos instrumentos utilizados no presente estudo, recorreu-se ao cálculo do coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial.

O estudo da correlação entre variáveis de tipo quantitativo foi realizado pelo coeficiente de correlação de Pearson. Entre variáveis de tipo quantitativo e de tipo ordinal foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

A comparação entre dois grupos ou amostras independentes em variáveis dependentes de tipo quantitativo foi realizada pelo teste *t* de Student para amostras independentes, quando satisfeitos os pressupostos para a aplicação de testes paramétricos, nomeadamente, o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias. Para comparar três amostras independentes em variáveis dependentes de tipo quantitativo usou-se o teste Anova One-Way, quando garantidos os pressupostos de normalidade de distribuição e de homogeneidade de variâncias. O *post-hoc* foi efetuado pelo teste de Tukey.

Nas situações em que a dimensão das amostras era  $\geq 30$ , aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o Teorema do Limite Central (Marôco, 2014). Para amostras  $< 30$ , a normalidade de distribuição foi analisada pelo teste de Shapiro-Wilk. As homogeneidades de variâncias foram analisadas com o teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos, os testes *t* de Student e Anova One-Way foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos, designadamente, o teste de Mann-Whitney e o teste de Kruskal-Wallis.

O teste de Mann-Whitney foi ainda usado para comparar dois grupos em variáveis dependentes de tipo ordinal. Recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis quando se comparou três amostras independentes em variáveis dependentes de tipo ordinal.

Nos casos em que se utilizou o teste de Mann-Whitney ou o teste de Kruskal-Wallis, para facilidade de interpretação, apresentou-se nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias ("*mean rank*").

## Capítulo VI – Apresentação de resultados

### 6.1 Caracterização da amostra

Dos 74 sujeitos que constituem a amostra, 59,5% ( $n= 44$ ) são fisioterapeutas e 40,5% ( $n= 30$ ) terapeutas ocupacionais. Em termos de distribuição por género, 78,4% ( $n= 58$ ) são do género feminino e 21,6% ( $n= 16$ ) do género masculino, conforme se pode constatar pela observação do gráfico 1.

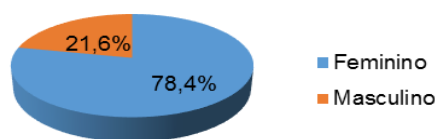


Gráfico 1 – Género

A maioria encontra-se no escalão etário 26-35 anos (40,5%). Os mais novos representam 10,8% e os mais velhos 9,5% (gráfico 2).

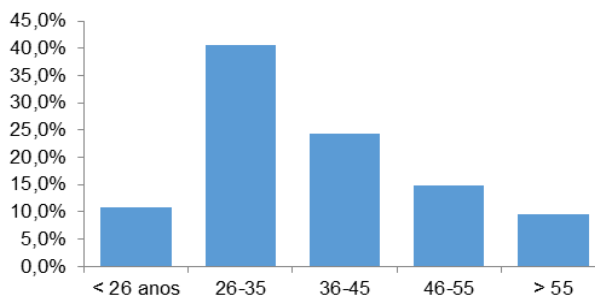


Gráfico 2 – Escalões etários

A análise da distribuição da antiguidade na profissão e na instituição (gráfico 3) indica que a maioria tem mais de 15 anos de profissão (44,6%) e de Instituição (39,2%). Os sujeitos com contrato sem termo representam 90,4% e os com contrato a termo 8,2%. Os restantes 1,4% não especificaram o tipo de vínculo contratual.

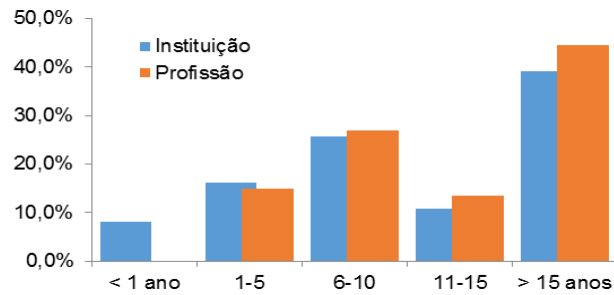


Gráfico 3 – Tempo de profissão e de instituição

No que se refere às habilitações académicas (gráfico 4), uma percentagem bastante elevada tem licenciatura (73,0%), seguindo-se os sujeitos com mestrado (14,9%) e bacharelato (12,2%).

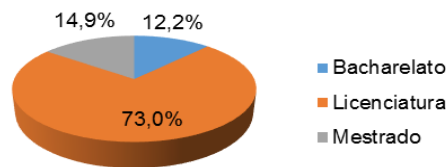


Gráfico 4 – Habilitações académicas

Relativamente ao estado civil pode-se verificar pelo gráfico 5 que pouco mais de metade dos inquiridos são casados (56,8%). Os solteiros representam 27,0% do total de respostas e os divorciados 16,2%.

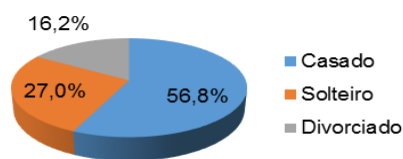


Gráfico 5 – Estado civil

Uma percentagem de 21,6% ( $n= 16$ ) indica que desempenha funções de terapeuta noutra instituição (tabela 1).

A maioria trabalha entre 35 a 40 horas por semana (79,7%;  $n= 59$ ), enquanto 16,2% ( $n= 12$ ) trabalha mais de 40 horas por semana (tabela 2).

Tabela 1 – Desempenho de funções noutra instituição

	Frequência	Percentagem
Não	58	78,4
Sim	16	21,6
Total	74	100,0

Tabela 2 – Horas de trabalho semanal

	Frequência	Percentagem
< 35	3	4,1
35-40	59	79,7
> 40	12	16,2
Total	74	100,0

## 6.2 Níveis percebidos de *stress* ocupacional e de capacidade para lidar com situações de *stress*

A maioria (73,0%) percebe níveis moderados de *stress* (tabela 3). No entanto uma percentagem expressiva (17,6%) considera sentir-se *stressado* e muito *stressado*.

Tabela 3 – *Stress* percebido

	Nada <i>stressado</i>	Moderadamente	<i>Stressado</i>	Muito <i>stressado</i>
Frequência	7	54	11	2
%	9,5	73,0	14,9	2,7

Relativamente à capacidade percebida para lidar com o *stress*, metade dos sujeitos (50,0%) considera que tem uma boa capacidade (tabela 4). Uma percentagem expressiva (39,2%) considera ter uma capacidade moderada para lidar com o *stress*.

Tabela 4 – Capacidade para lidar com o *stress*

	Baixa capacidade	Capacidade moderada	Boa capacidade	Grande capacidade
Frequência	2	29	37	6
%	2,7	39,2	50,0	8,1

### **6.3 Fidelidade dos questionários para a amostra em estudo**

A fidelidade dos questionários utilizados no presente estudo, designadamente, o QSG-12, o Inventário de Stressores Ocupacionais e o *Brief COPE*, foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*.

#### **Consistência interna do QSG-12**

O QSG-12 obteve um coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach* de 0,888 para a totalidade dos itens, o que indica uma boa consistência interna.

#### **Consistência interna do Inventário de Stressores Ocupacionais**

Para o Inventário de Stressores Ocupacionais, a dimensão funcional apresentou um *Alfa de Cronbach* de 0,848 (14 itens) e a dimensão socioemocional apresentou *Alfa de Cronbach* de 0,827 (11 itens), o que revela uma boa consistência interna para ambas as dimensões.

#### **Consistência interna do Brief COPE**

Para o *Brief COPE* os valores de consistência interna variam entre um mínimo de 0,451 (muito fraco) na dimensão de *coping* ativo e um máximo de 0,959 (muito bom) na dimensão uso de substâncias.

Os valores de *Alfa de Cronbach* obtidos: 1) *coping* ativo (0,451); 2) planejar (0,581); 3) utilizar suporte instrumental (0,618); 4) utilizar suporte emocional (0,748); 5) religião (0,842); 6) reinterpretação positiva (0,734); 7) autculpabilização (0,580); 8) aceitação (0,625); 9) expressão de sentimentos (0,754); 10) negação (0,757); 11) autodistração (0,761); 12) desinvestimento comportamental (0,556); 13) uso de substâncias (0,959); e 14) humor (0,833).

### **6.4 Identificação do grau percecionado de saúde geral**

As tabelas 5, 6 e 7 apresentam a estatística descritiva relativamente ao Questionário de Saúde Geral - 12. A amostra obtém uma média de 11,6 valores no questionário de saúde geral, abaixo do ponto de corte – ponto médio de 18 valores ((valor máx.+ valor min.)/2) - indicando valores razoáveis de saúde geral.

Tabela 5 – Avaliação do Questionário de Saúde geral -12

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Ponto de corte
Saúde Geral	74	2	29	11,62	5,62	18

Tabela 6 – Avaliação dos itens positivos do Questionário de Saúde Geral -12

	Melhor que habitualm.	Como habitualm.	Menos que habitualm.	Muito menos que habitualm.
	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)
Tem conseguido concentrar-se no que faz?	4 (5,4%)	46 (62,2%)	22 (29,7%)	2 (2,7%)
Tem sentido que tem um papel importante nas coisas em que se envolve?	7 (9,5%)	56 (75,7%)	9 (12,2%)	2 (2,7%)
Tem-se sentido capaz de tomar decisões?	6 (8,1%)	57 (77,0%)	9 (12,2%)	2 (2,7%)
Tem sentido prazer nas suas atividades diárias?	7 (9,5%)	48 (64,9%)	15 (20,3%)	4 (5,4%)
Tem sido capaz de enfrentar os seus problemas?	5 (6,8%)	57 (77,0%)	11 (14,9%)	1 (1,4%)
Apesar de tudo, tem-se sentido razoavelmente feliz?	6 (8,1%)	56 (75,7%)	10 (13,5%)	2 (2,7%)

Tabela 7 – Avaliação dos itens negativos do Questionário de Saúde Geral -12

	Não, absolutam.	Como habitualm.	Mais que habitualm.	Muito mais que habitualm.
	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)
Tem perdido muitas horas de sono por estar preocupado?	30 (40,5%)	30 (40,5%)	14 (18,9%)	0 (0,0%)
Tem-se sentido constantemente sobre pressão?	7 (9,5%)	56 (75,7%)	9 (12,2%)	2 (2,7%)
Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?	28 (37,8%)	31 (41,9%)	12 (16,2%)	3 (4,1%)
Tem-se sentido triste ou deprimido?	38 (51,4%)	18 (24,3%)	15 (20,3%)	3 (4,1%)
Tem perdido confiança em si próprio?	39 (52,7%)	24 (32,4%)	10 (13,5%)	1 (1,4%)
Tem-se considerado uma pessoa sem valor?	53 (71,6%)	16 (21,6%)	4 (5,4%)	1 (1,4%)

Apesar do nível satisfatório de saúde geral da amostra, 20% ( $n= 15$ ) dos profissionais referem sentir-se mais tristes e deprimidos do que habitualmente, 20% ( $n= 15$ ) têm sentido menos prazer nas suas atividades diárias e 30% ( $n= 22$ ) revelam sentir-se menos concentrados nas suas tarefas do que habitualmente.

## 6.5 Identificação das fontes de stress ocupacional

Pelas tabelas 8, 9 e 10 podem-se apreciar as estatísticas descritivas das respostas ao Inventário de Stressores Ocupacionais. Para se poder comparar as duas dimensões do inventário (funcional e socioemocional) procedeu-se ao cálculo da média de cada dimensão, dividindo-se depois pelo número de itens correspondentes.

Os sujeitos apresentam valores médios mais elevados nos stressores funcionais do que nos stressores socioemocionais (1,97 vs 1,93) (tabela 8). Os valores situam-se ligeiramente abaixo do moderadamente stressante (2 pontos).

Tabela 8 – Avaliação das dimensões funcional e socioemocional do Inventário de Stressores Ocupacionais

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Funcional	74	1,07	3,29	1,97	0,45
Socioemocional	74	1,09	3,64	1,93	0,53

Quanto à dimensão funcional (tabela 9), a situação identificada como muito stressante é o baixo salário ( $n= 36$ ; 48,6%). A discrepância entre os valores individuais e os objetivos traçados pela administração ( $n= 22$ ; 29,7%), a falta de recursos humanos no local de trabalho ( $n= 21$ ; 28,4%) e as situações muito exigentes e inesperadas ( $n= 20$ ; 27,0%) são as situações consideradas stressantes. A maioria dos inquiridos considera nada stressante grande parte dos itens, sendo que o horário de trabalho ( $n= 45$ ; 60,8%) é apontado como a situação menos stressante. A quantidade de trabalho ( $n= 44$ ; 59,5%) é considerada moderadamente stressante pela maioria dos indivíduos.

Tabela 9 – Identificação dos stressores ocupacionais – Dimensão funcional

	Nada stressante	Moderadamente	Stressante	Muito stressante
	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)
Condições físicas do espaço de trabalho	33 (44,6%)	33 (44,6%)	7 (9,5%)	1 (1,4%)
Falta de definição de tarefas na equipa de saúde	36 (48,6%)	33 (44,6%)	5 (6,8%)	0 (0,0%)
Quantidade de trabalho	5 (6,8%)	44 (59,5%)	17 (23,0%)	8 (10,8%)
Falta de autonomia profissional	28 (37,8%)	29 (39,2%)	12 (16,2%)	5 (6,8%)
Situações altamente exigentes e inesperadas	14 (18,9%)	31 (41,9%)	20 (27,0%)	9 (12,2%)
Discrepâncias entre os valores profissionais individuais e os objetivos da administração	7 (9,5%)	30 (40,5%)	22 (29,7%)	15 (20,3%)
Tarefas muito rotineiras	33 (44,6%)	36 (48,6%)	5 (6,8%)	0 (0,0%)
Partilha de responsabilidades com outros profissionais de saúde	35 (47,3%)	32 (43,2%)	6 (8,1%)	1 (1,4%)
Falta de recursos materiais no local de trabalho	42 (56,8%)	21 (28,4%)	9 (12,2%)	2 (2,7%)
Falta de organização na cadeia hierárquica de chefia	41 (55,4%)	24 (32,4%)	7 (9,5%)	2 (2,7%)
Baixo salário	2 (2,7%)	13 (17,6%)	23 (31,1%)	36 (48,6%)
Horário de trabalho	45 (60,8%)	25 (33,8%)	4 (5,4%)	0 (0,0%)
Falta de recursos humanos no local de trabalho	13 (17,6%)	30 (40,5%)	21 (28,4%)	10 (13,5%)
Pressão pelos superiores hierárquicos	37 (50,0%)	29 (39,2%)	7 (9,5%)	1 (1,4%)

No que concerne à dimensão socioemocional (tabela 10), a situação mais referida pelos indivíduos como muito stressante é a falta de reconhecimento profissional e social ( $n= 21$ ; 28,4%). A falta de apoio social e emocional na instituição ( $n= 15$ ; 20,3%), a carga emocional de tarefas associadas com a doença / morte ( $n= 15$ ; 20,3%) e lidar com a morte ou incapacidade severa dos pacientes ( $n= 16$ ; 21,6%) são identificadas como circunstâncias stressantes. O conflito com pessoal auxiliar ( $n= 58$ ; 78,4%) é a situação considerada menos stressante. Lidar com os familiares dos doentes ( $n= 37$ ; 50,0%) é identificado como moderadamente stressante pela maioria dos indivíduos.

Tabela 10 – Identificação dos stressores ocupacionais – Dimensão socioemocional

	Nada stressante	Moderadamente	Stressante	Muito stressante
	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)	Freq. (%)
Conflitos interpessoais com colegas de trabalho	35 (47,3%)	30 (40,5%)	8 (10,8%)	1 (1,4%)
Falta de apoio social e emocional na instituição onde trabalha	29 (39,2%)	23 (31,1%)	15 (20,3%)	7 (9,5%)
Falta de reconhecimento profissional e social	13 (17,6%)	22 (29,7%)	18 (24,3%)	21 (28,4%)
Conflitos interpessoais com superiores	31 (41,9%)	24 (32,4%)	13 (17,6%)	6 (8,1%)
Conflitos interpessoais com pessoal auxiliar	58 (78,4%)	9 (12,2%)	4 (5,4%)	3 (4,1%)
Carga emocional de tarefas (associadas com a doença e/ou morte)	19 (25,7%)	35 (47,3%)	15 (20,3%)	5 (6,8%)
Pressão pelos superiores hierárquicos	19 (25,7%)	35 (47,3%)	13 (17,6%)	7 (9,5%)
Lidar com a morte ou a incapacidade severa dos doentes	16 (21,6%)	36 (48,6%)	16 (21,6%)	6 (8,1%)
Impossibilidade de expressar livremente emoções pessoais	30 (40,5%)	27 (36,5%)	13 (17,6%)	4 (5,4%)
Lidar com os familiares dos doentes	19 (25,7%)	37 (50,0%)	12 (16,2%)	6 (8,1%)
Comunicar/estabelecer relação com os doentes	48 (64,9%)	22 (29,7%)	3 (4,1%)	1 (1,4%)

## 6.6 A identificação das estratégias de *coping* utilizadas para lidar com *stress* ocupacional

Para a identificação das estratégias de *coping* mais utilizadas procedeu-se à avaliação das 14 dimensões do *Brief COPE*. O ponto médio é o mesmo para todas as dimensões, sendo que os valores acima ou muito próximos do ponto médio revelam uma maior frequência na utilização de cada dimensão (estratégia de *coping*).

Deste modo, as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos indivíduos, conforme a tabela 11, são, o “planear” (média= 4,20), o “*coping* ativo” (média= 3,99), a “reinterpretação positiva” (média= 3,74) e a “aceitação” (média= 3,24). A estratégia menos utilizada refere-se ao “uso de substâncias”, sejam elas medicamentos ou álcool (média= 0,12).

Tabela 11 – Avaliação do questionário *Brief COPE*

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Ponto médio
<i>Coping</i> ativo	74	2,00	6,00	3,99	1,10	3
Planejar	74	2,00	6,00	4,20	1,17	3
Utilizar suporte instrumental	74	,00	5,00	2,66	1,10	3
Utilizar suporte social emocional	74	,00	6,00	2,85	1,40	3
Religião	74	,00	6,00	1,85	1,78	3
Reinterpretação positiva	74	1,00	6,00	3,74	1,28	3
Autoculpabilização	74	,00	6,00	2,15	1,14	3
Aceitação	74	1,00	6,00	3,24	1,13	3
Expressão de sentimentos	74	,00	6,00	2,61	1,18	3
Negação	74	,00	4,00	0,92	1,04	3
Autodistração	74	,00	6,00	2,59	1,43	3
Desinvestimento comportamental	74	,00	3,00	0,62	0,82	3
Uso de substâncias	74	,00	4,00	0,12	0,57	3
Humor	74	,00	6,00	2,62	1,36	3

## 6.7 A exploração das relações entre as variáveis intervenientes

Neste ponto, apresentam-se os resultados da análise das relações entre as variáveis intervenientes na pesquisa. As tabelas apresentadas incluem apenas as variáveis com correlações estatisticamente significativas. As tabelas completas com os resultados gerais encontram-se em anexo.

### 6.7.1 Estudo das relações entre o *stress* percebido e a capacidade percebida de lidar com o *stress* e a saúde geral, os stressores ocupacionais e as dimensões de *coping*

Conforme indicado na tabela 12, verifica-se:

- Relação significativa e negativa ( $r = -0,428$ ) entre o *stress* percebido e a capacidade percebida para lidar com situações stressoras, indicando que níveis mais elevados de *stress* estão associados a menor atribuição de capacidade de controlo.

- Relação significativa e positiva entre o nível de *stress* percebido e a saúde geral ( $r = 0,616$ ), indicando que níveis mais elevados de *stress* percebido estão associados a piores níveis de saúde geral.

- Relações significativas e positivas entre o nível de *stress* percebido e os stressores ocupacionais, designadamente, a dimensão funcional ( $r = 0,389$ ) e a dimensão socioemocional ( $r = 0,411$ ), evidenciando que níveis mais elevados de *stress*

percebido estão associados a maior significado dado aos stressores, quer funcionais quer sociemocionais.

- Relações significativas e positivas entre o *stress* percebido e as estratégias de *coping* “negação” ( $r= 0,276$ ) e “autodistração” ( $r= 0,262$ ), indicando que níveis mais elevados de *stress* percebido estão associados a maior recurso às estratégias “negação” e “autodistração”.

- Relação significativa e negativa entre o *stress* percebido e a estratégia de *coping* “reinterpretação positiva” ( $r= -0,358$ ), revelando que níveis de *stress* percebido mais elevados estão associados a uma menor utilização desta estratégia de *coping*.

- Relações significativas e positivas entre a capacidade percebida para lidar com o *stress* e as estratégias “*coping* ativo” ( $r= 0,323$ ), “planear” ( $r= 0,301$ ), “utilizar suporte instrumental” ( $r= 0,287$ ), “reinterpretação positiva” ( $r= 0,469$ ), “aceitação” ( $r= 0,240$ ), evidenciando que uma maior atribuição de capacidade de controlo está associada a maior utilização destas estratégias de *coping*.

- Relação significativa e negativa entre a capacidade percebida para lidar com o *stress* e a saúde geral ( $r= -0,389$ ), mostrando que uma maior atribuição de capacidade de controlo encontra-se associada a melhores níveis de saúde geral.

Tabela 12 – *Stress* e capacidade percebida vs Saúde, Stressores ocupacionais e *Coping*

	<i>Stress</i> percebido	Capacidade percebida
Capacidade percebida	-,428**	
<b>Saúde Geral</b>		
Saúde	,616**	-,389**
<b>Stressores Ocupacionais</b>		
Funcional	,389**	-,144
Socioemocional	,411**	-,228
<b>Coping</b>		
<i>Coping</i> ativo	-,176	,323**
Planear	-,031	,301**
Utilizar suporte instrumental	-,175	,287*
Reinterpretação positiva	-,358**	,469**
Aceitação	,049	,240*
Negação	,276*	-,112
Autodistração	,262*	,102

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$

### 6.7.2 Estudo das relações entre a saúde geral, os stressores ocupacionais e as dimensões de *coping*

Como se pode observar na tabela 13, a saúde geral correlaciona-se de forma significativa e positiva com os stressores ocupacionais, designadamente, a dimensão funcional ( $r= 0,557$ ) e a dimensão socioemocional ( $r= 0,567$ ), evidenciando que piores níveis de saúde geral estão associados a níveis mais elevados de atribuição de potencial de *stress* aos stressores funcionais e socioemocionais.

A saúde geral correlaciona-se ainda de forma significativa e positiva com as estratégias de *coping* “negação” ( $r= 0,490$ ), “uso de substâncias” ( $r= 0,313$ ) e de forma negativa com a “reinterpretação positiva” ( $r= -0,297$ ), mostrando que piores níveis de saúde geral encontram-se associados a maior utilização das estratégias “negação” e “uso de substâncias” e melhores níveis da saúde geral estão associados a um maior recurso à estratégia “reinterpretação positiva”.

Tabela 13 – Saúde vs Stressores ocupacionais e *Coping*

	Saúde geral
<b>Stressores Ocupacionais</b>	
Funcional	,557**
Socioemocional	,567**
<b>Coping</b>	
Reinterpretação positiva	-,297*
Negação	,490**
Uso de substâncias	,313**

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$

### 6.7.3 Estudo das relações entre a idade, o tempo de profissão, o tempo de instituição, as horas de trabalho e o *stress* percebido, a capacidade percebida de lidar com o *stress*, a saúde geral, os stressores ocupacionais e as dimensões de *coping*

Como se pode verificar pela tabela 14:

- A idade correlaciona-se significativamente e de forma negativa com a dimensão de *coping* “utilizar suporte social emocional” ( $r= -0,296$ ) e de forma positiva com a dimensão de *coping* “religião” ( $r= 0,264$ ).

- O tempo de profissão correlaciona-se significativamente e de forma negativa com a dimensão “uso de substâncias” ( $r= -0,326$ ).

- O tempo de atividade na instituição correlaciona-se significativamente e de forma positiva com o *stress* percebido ( $r= 0,238$ ) e com a estratégia “negação” ( $r= 0,241$ ), e de forma negativa com o “uso de substâncias” ( $r= -0,245$ ).

Tabela 14 – Idade, tempo de profissão e de instituição e horas de trabalho vs *stress* e capacidade percebida, saúde geral, stressores ocupacionais e *coping*

	Idade	Tempo profissão	Tempo Instituição	Horas trabalho
<i>Stress</i> percebido	,148	,206	,238*	,068
<b><i>Coping</i></b>				
Utilizar suporte social emocional	-,296*	-,179	-,179	-,004
Religião	,264*	,202	,207	-,052
Negação	,187	,212	,241*	-,069
Uso de substâncias	-,219	-,326**	-,245*	,064

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$

## 6.8 Estudo das associações entre a variável género e as variáveis psicológicas

De modo a se verificar se existiam diferenças na expressão das variáveis *stress* percebido, capacidade percebida de lidar com o *stress*, saúde geral, dimensões dos stressores ocupacionais e dimensões de *coping*, tendo em conta a variável género, realizou-se o estudo comparativo entre sujeitos do sexo feminino e sujeitos do sexo masculino (tabela 15), tendo-se encontrado as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

- Quanto à saúde geral,  $t(72)= 2,160$ ,  $p= 0,034$ , as mulheres obtêm valores mais elevados do que os homens (12,34 vs 9,00).

- Relativamente ao *coping*, as mulheres utilizam significativamente mais a estratégia “utilizar suporte instrumental”  $t(72)= 2,551$ ,  $p= 0,013$ , do que os homens (2,83 vs 2,06). Do mesmo modo, as mulheres utilizam significativamente mais a estratégia “utilizar suporte social emocional”  $t(72)= 3,663$ ,  $p= 0,001$ , do que os homens (3,12 vs 1,87).

- No caso da “negação”  $Z= -2,630$ ,  $p= 0,009$ , também as mulheres utilizam significativamente mais esta estratégia do que os homens (1,09 vs 0,31).

Tabela 15 – Significância das diferenças: género

	Feminino (n=58)		Masculino (n=16)		Sig.
	M	DP	M	DP	
<b>Saúde Geral</b>					
Saúde	12,34	5,78	9,00	4,18	,034 *
<b>Coping</b>					
Utilizar suporte instrumental	2,83	1,01	2,06	1,24	,013*
Utilizar suporte social emocional	3,12	1,30	1,87	1,36	,001***
Negação	1,09	1,10	,31	,48	a) ,009**

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Mann-Whitney

## 6.9 Estudo das associações entre a variável estado civil e as variáveis psicológicas

De modo a se verificar se existiam diferenças na expressão das variáveis *stress* percebido, capacidade percebida de lidar com o *stress*, saúde geral, dimensões dos stressores ocupacionais e dimensões de *coping*, tendo em conta a variável estado civil, realizou-se o estudo comparativo entre os grupos de casados, solteiros e divorciados (tabela 16), tendo-se encontrado diferença estatisticamente significativa para a saúde geral,  $F(2, 71) = 3,457$ ,  $p = 0,037$ . O teste de comparação múltipla a posteriori (teste de Tukey, tabela 17) indica que as diferenças significativas se encontram entre os casados e os divorciados, sendo que os divorciados reportam piores níveis de saúde (15,33 vs 10,67).

Tabela 16 – Significância das diferenças: estado civil

	Casado (n=42)		Solteiro (n=20)		Divorciado (n=12)		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
<b>Saúde Geral</b>							
Saúde	10,67	5,50	11,40	5,18	15,33	5,65	,037*

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Kruskal-Wallis

Tabela 17 – Teste de Tukey - variável saúde geral

Est. civil	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Casado	42	10,67	
Solteiro	20	11,40	11,40
Divorciado	12		15,33
Sig.		,909	,072

## 6.10 Estudo das associações entre a variável habilitações académicas e as variáveis psicológicas

Com o intuito de se identificar possíveis diferenças na expressão das variáveis *stress* percebido, capacidade percebida de lidar com o *stress*, saúde geral, dimensões dos stressores ocupacionais e dimensões de *coping*, considerando as habilitações académicas, realizou-se o estudo comparativo entre os grupos de sujeitos com bacharelato, licenciatura e mestrado (tabela 18), verificando-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

“*Coping* ativo”,  $F(2, 71) = 3,162, p = 0,048$ . O teste de comparação múltipla a posteriori (teste de Tukey, tabela 19) indica que as diferenças significativas encontram-se entre os sujeitos com o bacharelato e os sujeitos com o mestrado, sendo que estes últimos utilizam significativamente mais esta estratégia de *coping* (4,55 vs 3,33).

“Expressão de sentimentos”,  $F(2, 71) = 6,990, p = ,002$ . O teste de Tukey (tabela 20) revela que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos com mestrado e os sujeitos com bacharelato e licenciatura. Os detentores do grau de mestre utilizam significativamente mais esta estratégia de *coping* que os elementos com bacharelato (3,63 vs 1,88) e que os detentores de licenciatura (3,63 vs 2,52).

Tabela 18 – Significância das diferenças: habilitações académicas

	Bacharelato (n=9)		Licenciatura (n=54)		Mestrado (n=11)		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
<b>Coping</b>							
<i>Coping</i> ativo	3,33	1,22	3,98	,98	4,55	1,37	,048*
Expressão de sentimentos	1,89	1,05	2,52	1,02	3,64	1,43	,002**

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Kruskal-Wallis

Tabela 19 – Teste de Tukey – variável “*coping* ativo”

Habilitações	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Bacharelato	9	3,3333	
Licenciatura	54	3,9815	3,9815
Mestrado	11		4,5455
Sig.		,263	,361

Tabela 20 – Teste de Tukey – variável “expressão de sentimentos”

Habilitações	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
Bacharelato	9	1,8889	
Licenciatura	54	2,5185	
Mestrado	11		3,6364
Sig.		,296	1,000

### 6.11 Estudo das associações entra a variável profissão e as variáveis psicológicas

Com a finalidade de se identificar possíveis diferenças na expressão das variáveis *stress* percebido, capacidade percebida de lidar com o *stress*, saúde geral, dimensões dos stressores ocupacionais e dimensões de *coping*, considerando a variável profissão, realizou-se o estudo comparativo entre os dois grupos profissionais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Com base nos resultados obtidos (tabela 21), pode-se constatar que os fisioterapeutas apresentam valores médios de saúde geral mais elevados que os terapeutas ocupacionais (12,27 vs 10,67), mas ambos abaixo do ponto de corte do questionário de saúde geral (18 valores), o que sugere um estado razoável de saúde geral destes profissionais.

Relativamente às fontes de *stress* ocupacional, os fisioterapeutas apresentam valores médios mais elevados que os terapeutas ocupacionais, tanto para os stressores funcionais (2,03 vs 1,90) como para os socioemocionais (2,01 vs 1,82). Ambos os grupos profissionais obtêm valores mais elevados para a dimensão funcional.

No que concerne ao *coping*, apresentam-se as estratégias que registaram maior diferença entre grupos profissionais. Os terapeutas ocupacionais utilizam mais algumas estratégias de *coping*: “religião” (2,10 vs 1,68); “desinvestimento comportamental” (0,70 vs 0,57) e “humor” (2,90 vs 2,43). Ao invés, a estratégia “uso de substâncias” é mais utilizada pelos fisioterapeutas (0,16 vs 0,07).

Não obstante os dados salientados, apenas foi encontrada diferença estatisticamente significativa para a estratégia de *coping* “reinterpretação positiva”,  $t(72) = -2,217$ ,  $p = 0,030$ , sendo que os terapeutas ocupacionais utilizam significativamente mais esta estratégia do que os fisioterapeutas (4,13 vs 3,48).

Tabela 21 – Significância das diferenças: Profissão

	Fisioterapeuta (n=44)		Terapeuta ocup. (n=30)		Sig.
	M	DP	M	DP	
Stress percebido	2,16	,68	2,03	,41	a) ,450
Capacidade percebida	2,52	,73	2,80	,55	a) ,060
<b>Saúde Geral</b>					
Saúde	12,27	6,12	10,67	4,73	,230
<b>Stressores Ocupacionais</b>					
Funcional	2,03	,49	1,90	,39	,228
Socioemocional	2,01	,55	1,82	,48	,128
<b>Coping</b>					
Coping ativo	3,95	1,12	4,03	1,10	,765
Planear	4,05	1,24	4,43	1,04	,163
Utilizar suporte instrumental	2,70	1,17	2,60	1,00	,691
Utilizar suporte social emocional	2,89	1,26	2,80	1,61	,797
Religião	1,68	1,74	2,10	1,84	,325
Reinterpretação positiva	3,48	1,23	4,13	1,28	,030*
Auto culpabilização	2,27	1,23	1,97	1,00	,261
Aceitação	3,34	1,14	3,10	1,12	,373
Expressão de sentimentos	2,50	1,17	2,77	1,19	,343
Negação	,91	1,03	,93	1,08	,923
Autodistração	2,61	1,50	2,57	1,36	,891
Desinvestimento comportamental	,57	,76	,70	,92	,502
Uso de substâncias	,16	,68	,07	,37	,499
Humor	2,43	1,35	2,90	1,35	,148

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Mann-Whitney

## 6.12 Estudo das associações entre a variável vínculo laboral e as variáveis psicológicas

De acordo com os dados da tabela 22, os resultados da comparação entre os diferentes vínculos laborais e a sua influência sobre as variáveis, *stress* percebido, capacidade percebida de lidar com o *stress*, saúde geral, dimensões dos stressores ocupacionais e dimensões de *coping*, indicam diferença estatisticamente significativa para a estratégia de *coping* “negação”,  $Z = -1,981$ ,  $p = 0,048$ , sendo que os sujeitos sem termo certo utilizam significativamente mais esta estratégia de *coping* do que os com termo certo (0,98 vs 0,17).

Tabela 22 – Significância das diferenças: vínculo laboral

	Sem termo (n=66)		Com termo (n=6)		Sig.
	M	DP	M	DP	
Negação	,98	1,06	,17	,41	a) ,048*

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Mann-Whitney

### 6.13 Estudo das associações entre a variável duplo emprego e as variáveis psicológicas

De modo a se verificar as diferenças na expressão das variáveis *stress* percebido, capacidade percebida de lidar com o *stress*, saúde geral, dimensões dos stressores ocupacionais e dimensões de *coping*, tendo em conta a variável duplo emprego, compararam-se os grupos dos sujeitos com e sem duplo emprego (tabela 23), tendo-se verificado diferença estatisticamente significativa para o “*coping* ativo”,  $Z = -2,284$ ,  $p = 0,022$ , revelando que os sujeitos com duplo emprego utilizam significativamente mais esta estratégia do que os sujeitos sem duplo emprego (4,53 vs 3,84).

Tabela 23 – Significância das diferenças: duplo emprego

	Não (n=58)		Sim (n=16)		Sig.
	M	DP	M	DP	
<b><i>Coping</i></b>					
<i>Coping</i> ativo	3,84	1,11	4,53	,92	a) ,022*

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Mann-Whitney

## Capítulo VII – Discussão dos resultados e conclusão

O presente estudo teve como objetivo geral identificar e estudar as associações entre o *stress*, a capacidade percebida para lidar com o *stress*, a percepção geral de saúde, as fontes de *stress* ocupacional e as estratégias de *coping* numa amostra de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Participaram 74 sujeitos de um centro de reabilitação da área de Lisboa.

Neste capítulo serão discutidos os resultados obtidos, sendo posteriormente apresentadas as conclusões e as limitações desta investigação.

### 7.1 Discussão

Em relação ao objetivo específico (1) - *identificação dos níveis percebidos de stress ocupacional e da atribuição percebida para lidar com situações de stress* – a grande maioria dos sujeitos participantes no estudo considera-se moderadamente stressado, registando-se ainda um grupo mais reduzido de profissionais que se considera stressado. Estes valores são consistentes com os resultados obtidos em outros estudos sobre o *stress* ocupacional e *burnout* envolvendo fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que encontraram níveis de *stress* relacionado com o trabalho de moderado a elevado (Al-Iman & Al-Sobayel, 2014; Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi & Katz, 2002; Brown & Pranger, 1992; Du Plessis, Visagie & Mji, 2014; Gupta, Paterson, Lysaght & von Zwek, 2012; Lloyd & King, 2004; Ogiwara & Hayashi, 2002; Santos, Barros & Carolino, 2010). Numa investigação realizada por Santos, Barros e Carolino (2010), envolvendo 55 fisioterapeutas em contexto hospitalar, os níveis de *stress* mais referidos foram também o “stressante” e o “moderadamente stressante”.

Quanto ao nível de atribuição percebida para lidar com situações de *stress*, metade dos sujeitos refere ter uma “boa capacidade” e 39% indica uma “capacidade moderada”. Tendo em conta os valores obtidos, pode concluir-se que os profissionais da amostra em estudo revelam sentir-se relativamente capazes de resolver situações de *stress* relacionadas com o trabalho. Este facto poderá ter influência determinante nos níveis moderados de *stress* percecionados por estes profissionais.

Em relação ao objetivo específico (2) - *identificação do grau percecionado de saúde geral* – verifica-se que a amostra em estudo apresenta valores razoáveis de saúde geral. No entanto, uma parte significativa dos profissionais revelou menos concentração, menos prazer nas suas atividades e sentimentos de tristeza ou

depressão. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos num estudo com enfermeiros realizado por Gomes, Santos e Carolino (2013), no qual também se registaram valores de saúde razoáveis para a globalidade da amostra, tendo-se encontrado no entanto uma percentagem expressiva de profissionais com sentimentos de pressão e de tristeza ou depressão. Segundo as autoras, estes dados confirmam estudos anteriores que demonstram que apesar de uma avaliação positiva quanto à saúde geral, estes profissionais apresentam frequentemente valores elevados relativamente a estados de ansiedade ou de depressão (Gomes, Santos & Carolino, 2013).

Quanto ao objetivo específico (3) - *identificação das fontes de stress ocupacional* – constata-se que os profissionais em estudo atribuem maior relevo aos aspetos relacionados com a dimensão funcional e organizacional do trabalho como indutores de *stress* ocupacional. Este resultado é consistente com outros estudos com fisioterapeutas (Deckard & Present, 1989; Gisbert, Los Fayos & Montesinos, 2008; Lindsay, Hanson, Taylor & McBurney, 2008).

Reforçando investigações anteriores com fisioterapeutas (Eivazi, Alilou, Fereidounnia & Zaki, 2013; Pavlakis, Raftopoulos & Theodorou, 2010; Santos, Barros & Carolino, 2010) e com terapeutas ocupacionais (Brown & Pranger, 1992; Gutiérrez *et al.*, 2004) as principais fontes de *stress* ocupacional identificadas neste estudo relacionam-se com a baixa remuneração salarial e a falta de reconhecimento profissional e social. Estes são stressores transversais a outros grupos profissionais na área da saúde, como no caso dos enfermeiros (Galindo, Feliciano, Lima & Souza, 2012; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Gomes, Santos & Carolino, 2013; Silva, Dias & Teixeira, 2012).

A falta de reconhecimento profissional tem sido um problema apontado por estes profissionais. A fisioterapia e a terapia ocupacional são profissões relativamente recentes. Os primeiros cursos oficiais para formação destes profissionais tiveram início apenas em 1957 (APTO, 2015; Fonseca, 2012). Talvez devido à sua ainda breve história, possa ser explicado alguma falta de conhecimento da importância e da base científica das suas competências. Neste sentido, para além da exposição às fontes de *stress* características das profissões de saúde, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais tem muitas vezes de lidar com a falta de reconhecimento por parte de outros profissionais de saúde, por parte da instituição onde trabalham e mesmo da sociedade em geral (Abu Tariah, Hamed, AlHeresh, Abu-Dahab & Al-Oraibi, 2011; Bailey, 1990a; Gutiérrez *et al.*, 2004; Ogiwara & Kurakawa, 2008). Por outro lado, a

recente certificação da sua formação acadêmica com o grau de licenciatura nem sempre tem conduzido a alterações no estatuto destes profissionais, o que pode explicar sentimentos de frustração e insatisfação com o desenvolvimento da sua progressão profissional. Resultados de um estudo com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais suecos reforçam a noção de que os indivíduos que experienciam um desequilíbrio entre o esforço empreendido e a recompensa recebida apresentam uma maior probabilidade de insatisfação com o seu trabalho (Enberg, Nordin & Öhman, 2010).

São ainda consideradas como stressantes situações relacionadas com aspetos organizacionais e funcionais do trabalho, incluindo, as diferenças entre os valores individuais e os objetivos traçados pela administração, a falta de recursos humanos no local de trabalho e as situações muito exigentes e inesperadas; e aspetos de ordem socioemocional, como, a falta de apoio social e emocional por parte da instituição, a carga emocional de tarefas associadas com a doença/ morte e as situações em que estes profissionais têm de lidar com a morte ou incapacidade severa dos pacientes.

Os resultados do presente estudo confirmam conclusões de pesquisas anteriores no campo da fisioterapia e terapia ocupacional, que têm reportado como preditores de *stress* no local de trabalho, a falta de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho e a exigência excessiva das tarefas (Broom & Williams, 1996; Deckard & Present, 1989; Gisbert, Los Fayos & Montesinos, 2008; Gupta, Paterson, von Zweck & Lysaght, 2012; Lindsay, Hanson, Taylor & McBurney, 2008; Lloyd, McKenna & King, 2005; Scanlan & Still, 2013). Estes são fatores que geram preocupação, pois colocam pressão acrescida sobre os profissionais para o cumprimento das exigências do trabalho dentro dos prazos e dos padrões de qualidade requeridos. O *stress* sentido pela sobrecarga de trabalho conjugado com o desejo do terapeuta em tratar adequadamente cada paciente pode resultar em esgotamento físico e emocional (Wolfe, 1981). Gupta, Paterson, von Zweck e Lysaght (2012), num estudo com terapeutas ocupacionais canadianos, identificaram também como fonte de tensão as discrepâncias entre os valores individuais e as imposições da administração, reportando, por exemplo, situações em que os profissionais eram pressionados a adotar procedimentos ou fazer recomendações com as quais não concordavam.

Relativamente aos aspetos socioemocionais, a falta de suporte por parte de colegas e superiores ou a falta de apoio emocional da instituição, são aspetos igualmente identificados noutros estudos com terapeutas como fontes potencialmente geradoras de *stress* (Balogun, Titiloye, Balogun, Oyeyemi & Katz, 2002; Donohoe,

Nawawi, Wilker, Schindler & Jette, 1993; Gutiérrez *et al.*, 2004; Santos, Barros & Carolino; 2010). O suporte social é referido como tendo um papel importante na moderação dos efeitos de *stress*, nomeadamente no caso dos profissionais de saúde (Donohoe, Nawawi, Wilker, Schindler & Jette, 1993; Jenkins & Elliott, 2004; Pisarski, Bohle & Callan, 1998). A falta ou a pouca qualidade de suporte social percecionado constitui a carência de um recurso relevante na atenuação do *stress* no local de trabalho.

A carga emocional negativa de situações em que estes profissionais têm de lidar com a morte ou doença/ incapacidade dos pacientes, são stressores evidenciados por diversas investigações, sobretudo nas áreas de enfermagem (Banovcinova & Bascova, 2014; Ekedahl & Wengström, 2007; Guido, Linch, Pitthan & Umann, 2011; Gomes, Santos & Carolino, 2013; Inoue, Versa & Matsuda, 2014). Também no campo da fisioterapia, Santos e colaboradores (2010) identificaram estas situações como stressantes. Na terapia ocupacional, lidar com o trauma e a dor dos pacientes e com a severidade das suas patologias, tem sido apontado como causa de tensão e desgaste emocional entre os profissionais (Bailey 1990a, 1990b; Gutiérrez *et al.*, 2004; Poulsen, Henderson & Castrisos, 2011).

Quanto ao objetivo específico (4) – *identificação das estratégias de coping utilizadas para lidar com o stress ocupacional* – constata-se que as estratégias mais usadas por estes profissionais são: “planear”, “*coping* ativo”, “reinterpretação positiva” e “aceitação”. Curiosamente, também no estudo realizado por Gomes e colaboradores (2013), com enfermeiros de um serviço de oncologia, se verificou a utilização das mesmas estratégias de *coping*. As duas primeiras estratégias relacionam-se com o tipo de *coping* focado na resolução do problema. O “*coping* ativo” refere-se às ações ou esforços empreendidos para eliminar ou circunscrever o stressor e o “planear” inclui pensar no modo de confrontar o stressor e o planeamento dos esforços de *coping* ativos (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Em estudos com terapeutas ocupacionais (Gupta, Paterson, von Zweck & Lysaght; 2012; Sweeney, Nichols & Cormack, 1993) foram identificadas estratégias de *coping* relacionadas com o controlo sobre o trabalho, como, a manutenção do senso de responsabilidade, a gestão do tempo e a procura pelo equilíbrio da carga de trabalho, sendo estas estratégias também focadas na resolução de problemas, em que os sujeitos concentram esforços para controlar e enfrentar da melhor forma as situações e exigências do trabalho. Num outro estudo com fisioterapeutas (Santos, Barros & Carolino, 2010) também foi observada a utilização da estratégia “estruturação” que

está intimamente ligada ao planeamento das tarefas, objetivos, prioridades e esforços, contribuindo para o controlo sobre o trabalho.

A “aceitação” e “reinterpretação positiva” são estratégias de *coping* focadas na emoção e que são utilizadas pelo indivíduo com o objetivo de alterar o significado da situação e diminuir ou amenizar o transtorno sofrido. O recurso à estratégia “aceitação” poderá ocorrer em situações em que os profissionais considerem não ter qualquer possibilidade de alterar as coisas, optando por aceitar e tentar conviver com a situação. Este resultado é contrário ao estudo de Santos e colaboradores (2010) com fisioterapeutas portuguesas, no qual a “aceitação” se revelou uma estratégia muito pouco utilizada.

A “reinterpretação positiva” é uma estratégia em que o indivíduo procura reestruturar a situação com o objetivo de encontrar aspetos mais favoráveis para o seu bem-estar. O indivíduo centra-se nos aspetos mais positivos de um evento negativo, modificando a sua perspetiva perante a situação como forma de reduzir a carga emocional provocada pelo evento. Em estudos com enfermeiros (Gholamzadeh, Sharif & Rad, 2011; Rodrigues & Chaves, 2008) e com vários profissionais de saúde (Negromonte & Araujo, 2011), a “reinterpretação positiva” foi também identificada como uma das estratégias de *coping* mais utilizadas.

Relativamente ao objetivo específico (5) procurou-se explorar as correlações e associações entre as variáveis intervenientes no presente estudo.

No que respeita aos níveis de *stress* percebido e à capacidade atribuída para lidar com o *stress*, verifica-se a existência de correlação significativa e negativa entre estas duas variáveis. Isto será dizer que, no geral, os profissionais que se sentem mais stressados tendem a mostrar uma menor capacidade para enfrentar situações stressoras, por outro lado, os que se encontram menos stressados terão uma maior capacidade para lidar com o *stress*. Este resultado vem reforçar o Modelo Transacional de Lazarus e Folkman (1984), segundo o qual o *stress* resulta da interação entre a situação e o sujeito que a avalia como ameaçadora e se avalia a si próprio como incapaz de a controlar.

Verifica-se que níveis mais elevados de *stress* percebido se relacionam com um maior significado dado tanto aos stressores funcionais como aos socioemocionais, ou seja, o indivíduo ao avaliar as circunstâncias relacionadas com o seu trabalho (funcionais e/ ou socioemocionais) como stressoras, e caso avalie negativamente as suas capacidades e recursos para lidar com as situações, estará perante uma experiência de *stress*, que poderá ser tanto mais intensa quanto maior for o significado

negativo que lhe atribui. Mais tempo de instituição relaciona-se também de forma positiva com o *stress* percebido, sugerindo que um maior número de anos ao serviço da instituição significa um nível de *stress* mais elevado. Estes dados não confirmam os resultados de um estudo com fisioterapeutas americanos, em que não se encontrou relação significativa entre o *burnout* e o número de anos de atividade na instituição (Donohoe, Nawawi, Wilker, Schindler & Jette, 1993). Por sua vez, Ogwiara e Hayashi (2002), num estudo com fisioterapeutas japoneses, verificaram que o número de anos na instituição se relacionava com a dimensão de *burnout*, realização pessoal.

No presente estudo não são encontradas outras relações significativas entre as variáveis demográficas e profissionais e o nível de *stress* percebido. Num estudo recente com fisioterapeutas também não foram verificadas relações entre o *burnout* e as variáveis sociodemográficas consideradas (e.g., género, idade, estado civil, nível de habilitações, contrato de trabalho) (Al-Iman & Al-Sobayel, 2014). Contrariando estes resultados, outras pesquisas têm revelado relações significativas entre indicadores de *burnout* e algumas variáveis, tais como, idade, género e habilitações académicas (Pustułka-Piwnik, Ryn, Krzywoszański & Stożek, 2014) ou, experiência profissional e salário (Poulsen, Henderson & Castrisos, 2011).

Quanto à associação entre as diversas variáveis e a saúde geral percecionada pelos indivíduos, constata-se que níveis mais elevados de *stress* percebido e a maior perceção dos stressores funcionais e sociemocionais se encontram relacionados com níveis mais baixos de saúde geral. Por outro lado, um nível mais elevado de capacidade percebida para lidar com o *stress* relaciona-se com um melhor nível de saúde geral. Verifica-se ainda que os profissionais do sexo feminino apresentam piores índices de saúde geral. Esta evidência pode ser explicada pela sobreposição de responsabilidades com que a mulher normalmente tem de lidar, que para além da sua atividade laboral, abarcam aspetos de ordem familiar e doméstica, o que se traduz numa sobrecarga de trabalho podendo gerar desgaste (Sadir, Bignotto & Lipp, 2010). Num estudo com enfermeiros espanhóis, foi observada uma maior incidência de sintomas psicossomáticos e um menor bem-estar psicológico entre os sujeitos do sexo feminino (López-Montesinos, 2013). Também o ser divorciado parece estar associado a piores índices de saúde geral, contudo, este resultado deve ser observado com prudência face à reduzida dimensão da amostra.

No que concerne às estratégias de *coping*, a utilização das estratégias “negação” e “autodistração” relacionam-se com níveis mais elevados de *stress* percebido, enquanto a utilização da estratégia “reinterpretação positiva” encontra-se associada a

níveis de *stress* mais baixos. A utilização das estratégias de “*coping* ativo”, “planejar”, “utilizar suporte instrumental”, “reinterpretação positiva” e “aceitação” relaciona-se com uma maior capacidade percebida de lidar com o *stress*. Num estudo, com metodologia e objetivos similares, estratégias de *coping* voltadas para a resolução dos problemas também se encontraram associadas com uma maior capacidade percebida para lidar com o *stress* (Santos, Barros & Carolino, 2010). No entanto, contrariamente ao estudo de Santos e colaboradores (2010), estas estratégias não se relacionaram com o nível *stress* percebido.

Verifica-se uma relação significativa e positiva entre a saúde geral e as estratégias de *coping* “negação” e “uso de substâncias”, ou seja, uma maior utilização destas estratégias está relacionada com piores valores de saúde geral. Estes resultados são contrários aos encontrados num estudo com enfermeiros (Gomes, Santos & Carolino, 2013), em que a “negação” e outras estratégias de evitamento se relacionavam negativamente com a saúde geral. Observa-se ainda que a “reinterpretação positiva” se relaciona de forma negativa com a saúde geral, sugerindo que a procura por interpretar a situação de forma diferente, vendo-a de uma perspetiva mais favorável, se associa com uma melhor saúde geral.

Este estudo revela também correlações significativas entre as características demográficas e profissionais dos sujeitos em estudo e a utilização de determinadas estratégias de *coping*. Deste modo, a idade relaciona-se de forma negativa com o recurso à estratégia “utilizar suporte social emocional” e de forma positiva com a “religião”. Os indivíduos com mais tempo de profissão recorrem menos ao “uso de substâncias”. Mais tempo de instituição associa-se de forma positiva com a utilização da estratégia de *coping* “negação” e de forma negativa com o “uso de substâncias”.

Encontram-se ainda outros resultados que sugerem associações entre variáveis, no entanto, devido à reduzida dimensão das amostras em estudo, devem ser tidas precauções na sua interpretação. Estas associações indicam que são as mulheres que mais utilizam as estratégias “utilizar suporte emocional”, “utilizar suporte instrumental” e “negação”; os profissionais de terapia ocupacional recorrem mais à estratégia “reinterpretação positiva”; os indivíduos com grau académico de mestrado revelam utilizar mais as estratégias “*coping* ativo” e “expressão de sentimentos”; o “*coping* ativo” é mais utilizado pelos indivíduos que possuem um segundo emprego; a estratégia “negação” é mais utilizada pelos sujeitos com contrato sem termo certo.

## 7.2 Conclusões

O *stress* relacionado com o trabalho é reconhecido como um fenómeno comum na sociedade moderna, sendo encarado como um sério problema quer pelas suas consequências para saúde e qualidade de vida dos indivíduos, quer pelos custos que acarreta para as organizações e sociedade em geral (OIT, 2015).

A exposição a níveis de *stress* ocupacional intensos e prolongados pode conduzir a prejuízos para a saúde física e mental e bem-estar do trabalhador, com repercussões para a própria organização, podendo refletir-se, entre outros aspetos, na quebra de produtividade, absentismo, *turnover* e aumento do número de acidentes de trabalho.

O *stress* ocupacional pode atingir qualquer trabalhador em qualquer contexto laboral. Também os profissionais de saúde convivem diariamente com inúmeros fatores de *stress*. As diversas exigências emocionais associadas às suas funções, acompanhadas de fatores de ordem organizacional, tornam estes profissionais vulneráveis ao *stress* nos seus locais de trabalho. O interesse pelo estudo do *stress* ocupacional nestes profissionais é especialmente importante pela natureza das suas funções, na medida em que o seu desempenho pode ter impacto significativo na qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais não são exceção e convivem com muitos dos stressores de outras profissões de saúde.

A adaptação a uma determinada situação stressante requer que o indivíduo realize um conjunto de esforços (processo de *coping*) para gerir as exigências que o próprio avalia como ameaçadoras ao seu bem-estar. Estes esforços poderão ou não conduzir a uma adaptação ao stressor, sendo que um *coping* bem-sucedido levará à diminuição ou à eliminação das emoções negativas associadas à situação. Deste modo, o presente estudo justificou-se pelo interesse em conhecer melhor as fontes de *stress* ocupacional a que estão sujeitos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, bem como as estratégias de *coping* utilizadas por estes profissionais.

Esta investigação contou com uma amostra de 74 fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais a exercer funções na reabilitação na área de Lisboa. Pretendeu-se identificar os níveis percebidos de *stress*, a capacidade para lidar com situações de *stress* e o grau percecionado de saúde geral, identificar as fontes de *stress* relacionado com o trabalho e as estratégias de *coping*, e estudar as relações e associações entre as variáveis intervenientes.

Os resultados obtidos permitiram constatar que a grande maioria dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais percebe níveis moderados de *stress*, com um grupo mais reduzido de profissionais a considerar sentir-se stressado. No que concerne à capacidade para lidar com situações stressoras, estes profissionais revelaram uma capacidade de moderada a boa que, face ao nível de *stress* predominante, permitiu aferir que os indivíduos consideram possuir recursos para enfrentar as situações potencialmente geradoras de *stress* relacionadas com o seu trabalho.

A globalidade da amostra apresentou um nível de saúde geral razoável, embora se tenha observado uma quantidade significativa de indivíduos com emoções deprimidas e menos concentração e/ou prazer nas suas atividades.

Verificou-se que a baixa remuneração salarial e a falta de reconhecimento profissional e social foram consideradas as fontes de *stress* ocupacional de maior impacto (muito stressantes), tendo ainda sido referenciadas como stressantes outras fontes de âmbito organizacional e funcional, como, a falta de recursos humanos, as situações muito exigentes e inesperadas, as divergências entre valores individuais e os objetivos impostos pela organização; e do foro socioemocional, incluindo, a falta de suporte social e emocional por parte da instituição, a carga emocional de tarefas associadas com a doença/ morte e as situações em que os profissionais têm de lidar com a incapacidade severa dos pacientes.

As estratégias de *coping* mais utilizadas por estes profissionais foram, o “planear”, o “*coping* activo”, a “reinterpretação positiva” e a “aceitação”.

Foram encontradas correlações entre as variáveis em estudo, destacando-se as seguintes: - O nível de *stress* percebido encontrou-se inversamente correlacionado com a capacidade percebida para lidar com o *stress*. - Os resultados do Questionário de Saúde Geral -12 correlacionaram-se positivamente com o *stress* percebido e com as estratégias de *coping* “negação” e “uso de substâncias”, negativamente com a capacidade percebida para lidar com o *stress* e com a estratégia “reinterpretação positiva”. - A capacidade percebida para lidar com o *stress* correlacionou-se de forma positiva com as estratégias de *coping*, “*coping* ativo”, “planear”, “utilizar suporte instrumental”, “reinterpretação positiva” e “aceitação”.

### **Limitações do estudo e perspectivas futuras**

Os resultados obtidos devem ser interpretados com alguma precaução face às limitações metodológicas associadas ao presente estudo. Em primeiro lugar, a reduzida dimensão da amostra e o facto de esta ser de conveniência, configura um constrangimento à generalização dos resultados, não havendo garantia da sua representatividade em relação à população alvo. Por sua vez, a amostra foi recolhida numa única instituição, com características culturais e sociais próprias, pelo que a extrapolação dos resultados para outras instituições ou grupos de profissionais deve ser realizada com ponderação.

O desenho adotado para este estudo circunscreveu-se a um único momento no tempo, tendo-se avaliado frequências, correlações e associações entre variáveis, não tendo sido possível determinar relações de causalidade. Sugere-se que estudos posteriores adotem outras metodologias, com amostras mais alargadas, que permitam explorar e compreender as relações causais entre as variáveis psicológicas consideradas na presente pesquisa e/ou outras variáveis que possam ser relevantes para a compreensão das diferenças individuais relativamente ao *stress* ocupacional e *coping*.

Com base neste estudo seria também interessante que futuras investigações utilizem amostras recolhidas em instituições distintas, com diferentes contextos laborais, de forma a ser possível realizar uma caracterização mais representativa dos profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional relativamente às variáveis abordadas.

Apesar das limitações apontadas, considera-se que este estudo permitiu gerar alguns dados e conclusões que poderão constituir um contributo válido para uma melhor compreensão sobre as fontes de *stress* no local de trabalho e as estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para o desenvolvimento de estratégias e programas de gestão e prevenção do *stress*, que visem mitigar e prevenir os efeitos adversos para a saúde mental e física destes profissionais, contribuindo dessa forma para a melhoria do seu bem-estar, desempenho profissional e qualidade do serviço prestado.

## Referências bibliográficas

- Abu Tariah, H., Hame, R., AlHeresh, R., Abu-Dahab, S. & Al-Oraibi, S. (2011). Factors influencing job satisfaction among Jordanian occupational therapists: A qualitative study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 405-411.
- Al-Imam, D.M. & Al-Sobayel, H.I. (2014). The prevalence and severity of burnout among physiotherapists in an Arabian setting and the influence of organizational factors: an observational study. *J. Phys. Ther. Sci.*, 26, 1193-1198.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D. & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3 (2), 273-294.
- APTO (2015). O que é a terapia ocupacional? [em linha]. *Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais*. Acedido 20 abril 2015, em <http://www.ap-to.pt/to.html>.
- Araújo, T., Graça, C. & Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda-controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (4), 991-1003.
- Bailey, D. (1990a). Reasons for attrition from occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 44 (1), 23-29.
- Bailey, D. (1990b). Ways to retain or reactivate occupational therapists. *The American Journal of Occupational Therapy*, 44 (1), 31-37.
- Bakker, A., Killmer, C., Siegrist, J. & Schaufeli, W. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 884-891.
- Balogun, J., Titiloye, V., Balogun, A., Oyeyemi, A. & Katz J. (2002). Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists. *J Allied Health*. 31 (3), 131-139.
- Banovcinova, L. & Baskova, M. (2014). Sources of work-related stress and their effect on burnout in Midwifery. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 132, 248-254.
- Boscolo, P., Youinou, P., Theoharides, T.C., Cerulli, G. & Conti, P. (2008). Environmental and occupational stress and autoimmunity. *Autoimmunity Reviews*, 7 (4), 340-343.

- Bosma, H. Peter, R. Siegrist, J. & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88 (1), 68-74.
- Broom, J. & Williams, J. (1996). Occupational stress and neurological rehabilitation physiotherapists. *Physiotherapy*, 82(11), 606-614.
- Brown, G.T. & Pranger, T. (1992). Predictors of burnout for psychiatric occupational therapy personnel. *CJOT*, 59 (5), 258-267.
- Byrne, D.G. & Espnes, G. (2008). Occupational stress and cardiovascular disease. *Stress and Health*, 24, 231-238.
- Campo, M. Weiser, S. & Koenig, K. (2009). Job strain in physical therapists. *Physical Therapy*, 89 (9), 946-956.
- Carvalho, C. (2012). A identidade profissional dos Terapeutas Ocupacionais: Considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. *Saúde Soc. São Paulo*, 21 (2), 364-371.
- Carver, C. (1997). You want to measure *coping* but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92-100.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Cavalheiro, A., Júnior, D & Lopes, A. (2008). Estresse de enfermeiros com atuação em unidades de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (1). Acedido em 20 janeiro 2015, em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421887005>.
- Chen, W., Siu, O., Lu, J., Cooper, C. & Phillips, D. (2009). Work stress and depression: the direct and moderating effects of informal social support and coping. *Stress and Health*, 25, 431-443.
- Colligan, T. & Higgins, E. (2005). Workplace Stress: Etiology and Consequences. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 21 (2), 89-97.
- Cooper, C. & Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: uma revisão da literatura relacionada com doenças das coronárias e com saúde mental. *Análise Psicológica*, 11 (2/3), 163-170.

- Cooper, C., Dewe, P. & O'Driscoll, M. (2001). *Organizational stress. A review and critique of theory, research and applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cooper, C. & Dewe, P. (2004). *Stress. A Brief History*. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Costa, J, Mombelli, M., Decesaro, M., Waidman, M. & Marcon, S. (2011). Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el contexto hospitalario. *Salud mental*, 34 (2), 129-138.
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2005). *El estrés relacionado con el trabajo*. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en Trabajo. Acedido em 2 fevereiro 2015, em <http://osha.europa.eu/es/publications/reports/203>.
- CPA (2012). *Description of Physiotherapy in Canada*. Ontario: Canadian Physiotherapy Association. Acedido em 29 novembro 2015, <http://www.physiotherapy.ca/About-Physiotherapy/Description-of-Physiotherapy?lang=en-ca>
- Deckard, G. & Present, R. (1989). Impact of role stress on physical therapists' emotional and physical well-being. *Physical Therapy*, 69, 713-718.
- Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro, - Estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica.
- Devereux, J., Rydstedt, L., Kelly, V., Weston, P. & Buckle, P. (2004). *The role of work stress and psychological factors in the development of musculoskeletal disorders*. Health and Safety Executive Research Report 273. Sudbury, UK: Health and Safety Executive Books.
- Dewe, P., O'Driscoll, M. & Cooper, C. (2010). *Coping with Work Stress: A Review and Critique*. London: Wiley-Blackwell.
- Donohoe, E., Nawawi, A., Wilker, L., Schindler, T. & Jette, D. (1993). Factors associated with burnout of physical therapists in Massachusetts rehabilitation hospitals. *Physical Therapy*, 73, 750-756.
- Du Plessis, T., Visagie, S. & Mji, G. (2014). The prevalence of burnout amongst therapists working in private physical rehabilitation centers in South Africa: a descriptive study. *South African Journal of Occupational Therapy*, 44 (2), 11-16.

- Eivazi, M., Alilou, A., Fereidounnia, S. & Zaki, Z. (2013). Factors associated with burnout syndrome in physiotherapy staff: a questionnaire study. *HealthMED*, 7 (1), 304-312
- Ekedahl, M. & Wengström, Y. (2007). Nurses in cancer care--stress when encountering existential issues. *Eur J Oncol Nurs*, 11 (3), 228-237.
- Enberg, B., Nordin, C. & Öhman, A. (2010). Work experiences of novice occupational therapists and physiotherapists in public sector employment: Analyses using two occupational stress models. *Adv Physiother*, 12 (1), 42-49.
- EU-OSHA (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. European Agency for Safety and Health at Work. Acedido em 11 fevereiro 2015, em <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>.
- EU-OSHA (2009). *OSH in figures: stress at work – facts and figures*. European Agency for Safety and Health at Work. Acedido em 11 fevereiro 2015, em [https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C\\_OSH\\_in\\_figures\\_stress\\_at\\_work/view](https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work/view).
- EU-OSHA (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks - A literature review*. European Agency for Safety and Health at Work. Acedido em 11 fevereiro 2015, em [https://osha.europa.eu/en/publications/literature\\_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view](https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stress-and-psychosocial-risks/view).
- Eurofound & EU-OSHA (2014). *Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Acedido em 11 fevereiro 2015, em <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention/view>.
- Fairbrother, K. & Warn, J. (2003). Workplace dimensions, stress and job satisfaction. *Journal of Managerial Psychology*, 18 (1), 8-21.
- Faragher, E., Cass, M. & Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup. Environ. Med.*, 62, 105-112.
- Firth-Cozens (1991). The psychological problems of doctors. In J. Firth-Cozens, R. Payne (Eds.), *Stress in health professionals* (3 -16). New York: Wiley.

- Fogaça, M., Carvalho, W., Nogueira, P & Martins, L. (2009). Estresse ocupacional e as suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev Bras Ter Intensiva*, 21 (3), 299-305.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1980). An analysis of *coping* in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1991). Coping and emotion. In A. Monat, R. Lazarus (Eds.), *Stress and coping. An anthology* (207-227). New York: Columbia University Press.
- Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, *coping* and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.
- Fonseca, J. (2012). *História da Fisioterapia em Portugal (da origem a 1966)*. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Instituto Politécnico de Lisboa.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, M. & Tavares, E. (2009). Fontes de pressão no emprego e seu potencial impacto na qualidade de vida de fisioterapeutas. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 6 (2), 186-195.
- Frasquilho, M. (2005). Medicina, uma jornada de 24 horas? Stress e burnout em médicos: prevenção e tratamento. *Saúde mental*, 23 (2), 89-98.
- Freda, M. (1992). Retaining occupational therapists in rehabilitation setting: influential factors. *American Journal of Occupational Therapy*, 46 (3), 240-245.
- Galindo, R., Feliciano, K., Lima, R. & Souza, A. (2012). Síndrome de burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev Esc Enferm USP*, 46 (2), 420-427.
- Gholamzadeh, S., Sharif, F. & Rad, F. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who work in admission and emergency departments of hospitals related to Shiraz University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 16 (1), 41-46.
- Gisbert, M., Los Fayos, E. & Montesinos, M. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20 (3), 361-368.

- Goldberg, D., Oldhinkel, T. & Ormel, J. (1998). Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychological Medicine*, 28, 915-921.
- Gomes, A.R., Cruz, J. & Cabanelas, S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (3), 307-318.
- Gomes, S., Santos, M. & Carolino, E. (2013). Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21 (6), 1282-1289.
- Gonçalves, S. (2013). *Stress e bem-estar no trabalho: uma viagem pelos conceitos, modelos e intervenções* (Cadernos avulso / SPMT; 07). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.
- Gouveia, V., Chaves, S., Oliveira, I., Dias, M., Gouveia, R. & Andrade, P. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (3), 241-248.
- Guido, L., Linch, G., Pitthan, L. & Umann, J. (2011). Estresse, coping e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. *Rev Esc Enferm USP*, 45 (6), 1434-1439.
- Gupta, S., Paterson, M., Lysaght, R. & von Zweck, C. (2012). Experiences of burnout and coping strategies utilized by occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79 (2), 86-95.
- Gupta, S., Paterson, M., von Zweck, C. & Lysaght, R. (2012). Using hermeneutics to understand burnout and coping strategies utilized by occupational therapists. *The Qualitative Report*, 17 (53), 1-25. Acedido em 11 fevereiro 2015, em <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol17/iss53/1>.
- Gutiérrez, J., Rodríguez, R., Puente, C., Costa, N., Recio, L., del Barco Cerro, P. & Cuadros, J. (2004). Burnout in occupational therapy: An analysis focused on the level of individual and organizational consequences. *Psychology in Spain*, 8 (1), 98-105.
- Heraclides, A., Chandola, T., Witte, D.R. & Brunner, E.J. (2009). Psychosocial stress at work doubles the risk of type 2 diabetes in middle-aged women: evidence from the Whitehall II study. *Diabetes Care*, 32 (12), 2230-2235.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), 153-162.

- Huerta-Franco, M.R., Vargas-Luna, M., Tienda, P., Delgadillo-Holtfort, I., Balleza-Ordaz, M. & Flores-Hernandez, C. (2013). Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. *World J Gastrointest Pathophysiol*, 4 (4), 108-118.
- Ibrahim, R. & Ohtsuka, K. (2012). Review of the job demand-control and job demand-control-support models: elusive moderating predictor effects and cultural implications. *Southeast Asia Psychology Journal*, 1, 10-21.
- Inoue, K., Versa, G. & Matsuda, L. (2014). Stress level among intensive care nurses in the municipality of Paraná (Brazil). *Invest Educ Enferm*, 32 (1), 69-77.
- Jackson, L. & Rothmann, S. (2006). Occupational stress, organizational commitment, and ill health of educators in the North West Province. *South African Journal of Education*, 26 (1), 75–95.
- Jenkins, R. & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *J Adv Nurs*, 48 (6), 622-631.
- Kang, S., Boo, Y, Lee, J., Han, H., Jung, C. & Kim, C. (2015). High occupational stress and low career satisfaction of Korean surgeons. *J Korean Med Sci*, 30, 133-139.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *AJPH*, 71 (7), 694-705.
- Kim, M., Kim, K.-S., Ryoo, J.-H., & Yoo, S.-W. (2013). Relationship between occupational stress and work-related musculoskeletal disorders in Korean male firefighters. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 25:9. Acedido em 2 junho 2015, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3923336/>.
- Knudsen, H., Ducharme, L. & Roman, P. (2007). Job stress and poor sleep quality: data from an American sample of full-time workers. *Soc Sci Med*, 64 (10)1997-2007.
- Laranjeira, C. (2008). General Health Questionnaire – 12 items: adaptation study to the Portuguese population. *Epidemiologia e Psiquiatria Sociale*, 17 (2), 149-152.
- Laranjeira, C. (2009). O contexto organizacional e a experiência de estresse: uma perspectiva integrativa. *Rev. Salud Pública*, 11 (1), 123-133.

- Lazarus, R. (1993). *Coping theory and research: past, present and future. Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lindsay, R., Hanson, L., Taylor, M. & McBurney, H. (2008). Workplace stressors experienced by physiotherapists working in regional public hospitals. *Aust. J. Rural Health*, 16, 194–200.
- Lloyd, C. & King, R. (2004). A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 752–757.
- Lloyd, C., McKenna, K. & King, R. (2005). Sources of stress experienced by occupational therapists and social workers in mental health settings. *Occupational Therapy International*, 12 (2), 81-94.
- López-Montesinos, M. (2013). Psychosocial study about the consequences of work in hospital nurses as human resource management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21 (Spec), 61-70.
- Loureiro, E. (2006). *Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho.
- Lyon, B. (2012). Stress, coping and health: a conceptual overview. In V. Rice (Ed.) *Handbook of stress, coping, and health. Implications for Nursing Research, Theory, and Practice* (2-20). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mark, G. & A. P. Smith, A. P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17 (3), 505-521.
- Malagris, L. & Fiorito, A. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 391-398.
- Marketon, J. & Glasser, R. (2008). Stress hormones and immune function. *Cellular Immunology*, 252 (1-2), 16-26.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number.

- Martinussen, M., Borgen, P. & Richardsen, A. (2011). Burnout and engagement among physiotherapists. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18 (2), 80-89.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 397-422.
- McGrath, A., Reid, N. & Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 555-565.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 193-200.
- McIntyre, T., McIntyre, S. & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 513-527.
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Miranda, S. (2011). *Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Filosofia de Braga - Universidade Católica Portuguesa.
- Mostert, F., Rothmann, S., Mostert, K. & Nell, K. (2008). Outcomes of occupational stress in a higher education institution. *Southern African Business Review*, 12 (3), 102-127.
- Negromonte, M. & Araujo, T. (2011). Impact of the clinical management of pain: Evaluation of stress and coping among health professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (2), 238-244.
- NIOSH (2008). *Exposure to stress. Occupational hazards in hospitals*. National Institute for Occupational Safety and Health. Acedido em 10 março 2015, em <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-136/pdfs/2008-136.pdf>.
- Ntoumanis, N., Edmunds, J. & Duda, J. (2009). Understanding the coping process from a self-determination theory perspective. *British Journal of Health Psychology*, 14, 249-260.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Estudos Universitários 11. Lisboa: Climepsi Editores.

- Ogiwara, S. & Hayashi, H. (2002). Burnout amongst physiotherapists in Ishikawa prefecture. *J. Phys. Ther. Sci.*, 14, 7-13.
- Ogiawara, S. & Kurakawa, J. (2008). Present-day autonomy and professional role of Japanese physiotherapists. *J. Phys. Ther. Sci.*, 20, 209-216.
- OIT (2010). *Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança*. Organização Internacional do Trabalho. Acedido em 10 março 2015, em [http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril\\_10\\_pt.pdf](http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf).
- OIT (2015). Psychosocial risks and work-related stress [em linha]. *Organização Internacional do Trabalho*. Acedido em 5 junho 2015, em [http://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS\\_108557/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_108557/lang--en/index.htm).
- Pais Ribeiro, J.L. & Rodrigues, A.P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.
- Paschoal, T. & Tamayo, A. (2005). Impacto dos valores laborais e da interferência família – trabalho no estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21 (2), 173-180.
- Pavlakakis, A., Raftopoulos, V. & Theodorou, M. (2010). Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research*, 10:63. Acedido em 10 abril 2015, em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/6311;10:63>.
- Payne, R. (1991). Stress at work: a conceptual framework. In J. Firth-Cozens, R. Payne (Eds.), *Stress in health professionals* (3 -16). New York: Wiley.
- Pessoa dos Reis, A., Fernandes, S. & Gomes, A. (2010). Estresse e fatores psicossociais. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30 (4), 712-725.
- Pisarski, A., Bohle, P. & Callan, V. (1998). Effects of coping strategies, social support and work-nonwork conflict on shift worker's health. *Scand J Work Environ Health*, 24 (3), 141-145.

- Poulsen, A., Henderson, J. & Castrisos, V. (2011). *Sustainable occupational therapy practice: Work-life balance, job satisfaction and burnout. Final report for the Occupational Therapy Board of Queensland*. Brisbane, Qld: Occupational Therapy Board of Queensland.
- Pustułka-Piwnik, U., Ryn, Z., Krzywoszański, L. & Stożek, J. (2014). Burnout syndrome in physical therapists – demographic and organizational factors. *Medycyna Pracy*, 65 (4), 453-462.
- Rego, R. & Barbosa, C. (2012). *Stress ocupacional e riscos psicossociais em contexto hospitalar*. Lisboa: ACT.
- Rodrigues, A. & Chaves, E. (2008). Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (1). Acedido em 01 abril 2015, em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt\\_03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_03.pdf).
- Rosenthal, T. & Alter, A. (2012). Occupational stress and hypertension. *J Am Soc Hypertens*, 6 (1), 2-22.
- Sacadura-Leite, E. & Uva, S. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Saúde & Trabalho S/t.6*, 25-42.
- Sacadura-Leite, E. & Uva, S. (2012). Fatores indutores de stress em profissionais de saúde. *Saúde & Trabalho S/t.8*, 7-21.
- Sadir, M., Bignotto, M. & Lipp, M. (2010) Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20 (45), 73-81.
- Sánchez-López, M. & Dresch, V. (2008). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20 (4), 839-843.
- Santos, A. & Castro, J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 675-690.
- Santos, M., Barros, L. & Carolino, E. (2010). Occupational stress and coping resources in physiotherapists: a survey of physiotherapists in three general hospitals. *Physioterapia*, 96, 303-310.
- Sapata, A. (2012). *Stress e estratégias de coping em enfermeiros: Estudo comparativo entre Portugal e Espanha*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Trabalho em contextos Internacionais e Interculturais, Faculdade de Psicologia - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.

- Scanlan, J. & Still, M. (2013). Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60, 310-318.
- Schmidt, D. (2013). Modelo demanda-controle e estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (5), 779-788. *Therapy Journal*, 60, 310-318.
- Seabra, A. (2008). *Síndrome de burnout e a depressão no contexto da saúde ocupacional*. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde Mental, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Selye, H. (1978). *Stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Serra, A. V. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41.
- Siegrist, J. (2008). Effort-reward imbalance and health in a globalized economy. *SJWEH Suppl*, (6), 163-168.
- Siegrist, J. (2012). *Effort-reward imbalance at work – theory, measurement and evidence*. Department of Medical Sociology, University Düsseldorf. Acedido em 01 abril 2015, em [http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut\\_fuer\\_medizinische\\_soziologie\\_id54/ERI/ERI-Website.pdf](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/ERI-Website.pdf).
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58, 1483-1499.
- Silva, T. & Alchieri, J. (2014). Socioeconomic and demographic aspects related to stress and the burnout syndrome among Brazilian physiotherapists. *Salud Mental*, 37, 233-238.
- Silva, M. & Gomes, A. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), 239-248.
- Silva, J., Dias, A. & Teixeira, L. (2012). Discussão sobre as causas da síndrome de burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan* 12 (2), 144-159.

- Sousa, I., Mendonça, H., Zanini, D. & Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. *Estudos*, 36 (1/2), 57-74.
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*, 32 (6), 443-462.
- Sutherland, V. & Cooper, C. (1990). *Understanding stress. A psychological perspective for health professionals*. London: Chapman and Hall.
- Sweeney, G., Nicholls, K., & Kline, P. (1993). Job stress in occupational therapy: an examination of causative factors. *British Journal of Occupational Therapy*, 56 (3), 89-93.
- Sweeney, G., Nichols, K. & Cormack, M. (1993). Job stress in occupational therapy: coping strategies, stress management techniques and recommendations for change. *British Journal of Occupational Therapy*, 56 (4), 140-145.
- Takala, J. & Urrutia, M. (2009). Safety and health at work: a European perspective. *Saúde Ocupacional*, número especial 25 anos, 21-30.
- Tanner, G., Bamberg, E., Kozak, A., Kersten, M. & Nienhaus, A. (2015). Hospital physicians' work stressors in different medical specialties: a statistical group comparison. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10:7. Acedido em 12 março 2015, em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4346110/pdf/12995\\_2015\\_Article\\_52.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4346110/pdf/12995_2015_Article_52.pdf).
- Tsutsumi, A. & Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science & Medicine*, 59, 2335-2359.
- Urbanetto, J., Magalhães, M., Maciel, V., Sant'Anna, V., Gustavo, A., Poli-de-Figueiredo, C. & Magnago, T. (2013). Estresse no trabalho segundo o modelo demanda-controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. *Rev Esc Enferma USP*, 47 (3), 1186-1193.
- van Vegchel, N., de Jonge, J., Meijer, T. & Hamers, J. (2001). Different effort constructs an effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (1), 128-136.

WFOT (2012). World Federation of Occupational Therapists bulletin, volume 66.  
Acedido em 29 novembro 2015,  
<http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/WFOT%20Editorial%2066.pdf>

Wolfe, G. (1981). Burnout of therapists: inevitable or preventable? *Physical Therapy*,  
61, 1046-1050.

## **Apêndices e Anexos**

## APÊNDICE A



Exmo(a). Sr(a). Terapeuta,

Temos em curso um trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Segurança e Higiene no Trabalho da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, que tem como objetivos principais avaliar as fontes de **stress ocupacional e as estratégias de coping em Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais**.

Procura-se através deste estudo, contribuir para a obtenção de novos conhecimentos na área dos riscos psicossociais no trabalho, incidindo nestas classes profissionais ainda pouco investigadas no panorama nacional. Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para uma maior compreensão desta problemática, permitindo desenvolver estratégias preventivas do stress no local de trabalho.

Para que a concretização deste estudo seja possível, solicita-se a sua colaboração para o preenchimento dos questionários que se seguem.

A sua participação é voluntária e a resposta aos questionários é anónima. Encontra-se garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo utilizados exclusivamente com finalidade científica para os objetivos desta investigação.

Os questionários são apresentados com instruções de preenchimento, sendo muito importante que responda a todas as questões para que os dados possam ser considerados e corretamente analisados. Nestes questionários não existem respostas corretas ou erradas, pretendendo-se apenas a sua opinião ou experiência.

O preenchimento do conjunto de questionários levará cerca de 15 minutos. No final deverá colocar os questionários no envelope que é fornecido junto, devolvendo-o fechado.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade. Sem a sua colaboração não seria possível realizar este estudo.

Ao dispor para qualquer esclarecimento.

Nuno Jorge F. Mouquinho

E-mail: [mouquinho@gmail.com](mailto:mouquinho@gmail.com)

## APÊNDICE B

Tabela 24 (completa) – Stress e capacidade percebida vs Saúde, Stressores ocupacionais e

*Coping*

	Stress percebido	Capacidade percebida
Capacidade percebida	-,428**	
<b>Saúde Geral</b>		
Saúde	,616**	-,389**
<b>Stressores Ocupacionais</b>		
Funcional	,389**	-,144
Socioemocional	,411**	-,228
<b>Coping</b>		
<i>Coping</i> ativo	-,176	,323**
Planear	-,031	,301**
Utilizar suporte instrumental	-,175	,287*
Utilizar suporte social emocional	,013	,086
Religião	,164	,128
Reinterpretação positiva	-,358**	,469**
Autoculpabilização	,049	,077
Aceitação	,049	,240*
Expressão de sentimentos	,004	-,004
Negação	,276*	-,112
Autodistração	,262*	,102
Desinvestimento comportamental	,145	-,177
Uso de substâncias	,103	-,050
Humor	-,142	,209

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$

Tabela 25 (completa) – Saúde vs Stressores ocupacionais e *Coping*

	Saúde geral
<b><i>Stressores Ocupacionais</i></b>	
Funcional	,557**
Socioemocional	,567**
<b><i>Coping</i></b>	
<i>Coping</i> ativo	-,089
Planejar	,047
Utilizar suporte instrumental	-,028
Utilizar suporte social emocional	,081
Religião	,179
Reinterpretação positiva	-,297*
Autoculpabilização	,194
Aceitação	,105
Expressão de sentimentos	,060
Negação	,490**
Autodistração	,212
Desinvestimento comportamental	,087
Uso de substâncias	,313**
Humor	-,049

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$

Tabela 26 (completa) – Idade, tempo de profissão e de instituição e horas de trabalho vs *stress* e capacidade percebida, saúde geral, stressores ocupacionais e *coping*

	Idade	Tempo profissão	Tempo Instituição	Horas trabalho
<i>Stress</i> percebido	,148	,206	,238*	,068
Capacidade percebida	-,045	-,105	-,074	-,180
<b>Saúde Geral</b>				
Saúde	,062	,093	,085	,073
<b>Stressores Ocupacionais</b>				
Funcional	,049	,078	,146	,116
Socioemocional	,044	,106	,146	,075
<b>Coping</b>				
<i>Coping</i> ativo	-,016	-,012	-,065	,022
Planejar	,137	,052	-,020	-,012
Utilizar suporte instrumental	-,150	-,036	-,133	-,022
Utilizar suporte social emocional	-,296*	-,179	-,179	-,004
Religião	,264*	,202	,207	-,052
Reinterpretação positiva	,180	,138	,124	-,004
Autoculpabilização	-,081	-,090	-,137	,029
Aceitação	,067	,059	,017	-,033
Expressão de sentimentos	-,094	-,010	,024	,043
Negação	,187	,212	,241*	-,069
Autodistração	-,004	,062	,072	-,083
Desinvestimento comportamental	,119	,168	,069	,040
Uso de substâncias	-,219	-,326**	-,245*	,064
Humor	-,191	-,146	-,173	,147

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$

Tabela 27 (completa) – Significância das diferenças: género

	Feminino (n=58)		Masculino (n=16)		Sig.
	M	DP	M	DP	
Stress percebido	2,17	,56	1,88	,619	a) ,077
Capacidade percebida	2,62	,67	2,69	,704	a) ,861
<b>Saúde Geral</b>					
Saúde	12,34	5,78	9,00	4,18	,034 *
<b>Stressores Ocupacionais</b>					
Funcional	2,01	,48	1,86	,29	,243
Socioemocional	2,00	,56	1,71	,31	,055
<b>Coping</b>					
Coping ativo	4,02	1,13	3,88	1,02	a) ,507
Planear	4,28	1,18	3,94	1,12	a) ,307
Utilizar suporte instrumental	2,83	1,01	2,06	1,24	,013*
Utilizar suporte social emocional	3,12	1,30	1,87	1,36	,001***
Religião	1,97	1,81	1,44	1,67	a) ,283
Reinterpretação positiva	3,74	1,32	3,75	1,18	,981
Auto culpabilização	2,03	,99	2,56	1,55	a) ,324
Aceitação	3,26	1,13	3,18	1,17	a) ,795
Expressão de sentimentos	2,74	1,19	2,13	1,02	a) ,154
Negação	1,09	1,10	,31	,48	a) ,009**
Autodistracção	2,72	1,40	2,13	1,50	,140
Desinvestimento comportamental	,53	,78	,94	,93	a) ,097
Uso de substâncias	,14	,63	,06	,25	a) ,907
Humor	2,59	1,41	2,75	1,18	,673

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Mann-Whitney

Tabela 28 (completa) – Significância das diferenças: estado civil

	Casado (n=42)		Solteiro (n=20)		Divorciado (n=12)		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Stress percebido	2,02	,51	2,15	,58	2,33	,78	a) ,245
Capacidade percebida	2,74	,70	2,55	,60	2,42	,69	a) ,319
<b>Saúde Geral</b>							
Saúde	10,67	5,50	11,40	5,18	15,33	5,65	,037*
<b>Stressores Ocupacionais</b>							
Funcional	1,92	,45	2,07	,49	2,02	,39	,431
Socioemocional	1,90	,56	2,01	,50	1,92	,51	,763
<b>Coping</b>							
Coping ativo	3,93	1,13	4,00	1,12	4,17	1,03	,808
Planear	4,19	1,29	4,20	1,01	4,25	1,06	,988
Utilizar suporte instrumental	2,69	1,12	2,60	1,27	2,67	,78	,956
Utilizar suporte social emocional	2,83	1,25	3,10	1,77	2,50	1,24	,505
Religião	1,88	1,64	1,35	1,76	2,58	2,15	,164
Reinterpretação positiva	3,76	1,30	3,50	1,28	4,08	1,24	,462
Auto culpabilização	1,93	1,05	2,60	1,27	2,17	1,11	,095
Aceitação	3,17	1,05	3,20	1,15	3,58	1,38	,528
Expressão de sentimentos	2,64	1,27	2,45	1,23	2,75	,75	,757
Negação	1,00	1,15	,60	,68	1,17	1,11	,250
Autodistração	2,31	1,33	3,20	1,51	2,58	1,44	,071
Desinvestimento comportamental	,62	,85	,65	,81	,58	,79	,976
Uso de substâncias	,10	,62	,25	,64	0,00	0,00	,447
Humor	2,40	1,42	2,90	1,45	2,92	,90	,296

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Kruskal-Wallis

Tabela 29 (completa) – Significância das diferenças: habilitações acadêmicas

	Bacharelato (n=9)		Licenciatura (n=54)		Mestrado (n=11)		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Stress percebido	2,56	,72	2,07	,54	1,91	,53	a) ,456
Capacidade percebida	2,33	,70	2,73	,90	2,64	,67	a) ,047
<b>Saúde Geral</b>							
Saúde	11,67	4,64	11,67	6,03	11,36	4,52	,987
<b>Stressores Ocupacionais</b>							
Funcional	1,79	,40	2,03	,46	1,88	,45	,251
Socioemocional	1,84	,44	1,98	,54	1,81	,57	,543
<b>Coping</b>							
Coping ativo	3,33	1,22	3,98	,98	4,55	1,37	,048*
Planejar	3,78	1,30	4,20	1,09	4,55	1,44	,349
Utilizar suporte instrumental	2,11	1,05	2,70	1,06	2,91	1,30	,239
Utilizar suporte social emocional	2,33	,87	2,87	1,45	3,18	1,47	,402
Religião	1,89	1,83	1,78	1,76	2,18	1,99	,793
Reinterpretação positiva	3,33	1,00	3,85	1,27	3,55	1,57	,463
Auto culpabilização	2,00	1,00	2,24	1,16	1,82	1,17	,497
Aceitação	3,33	1,22	3,18	1,10	3,45	1,29	,753
Expressão de sentimentos	1,89	1,05	2,52	1,02	3,64	1,43	,002**
Negação	,89	1,05	,94	1,07	,82	,98	,933
Autodistração	2,67	1,22	2,54	1,41	2,82	1,78	,832
Desinvestimento comportamental	1,11	1,05	,59	,79	,36	,67	,114
Uso de substâncias	0,00	0,00	,17	,67	0,00	0,00	,545
Humor	2,33	1,41	2,76	1,30	2,18	1,60	,354

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Kruskal-Wallis

Tabela 30 (completa) – Significância das diferenças: vínculo laboral

	Sem termo (n=66)		Com termo (n=6)		Sig.
	M	DP	M	DP	
Stress percebido	2,14	,60	1,83	,40	a) ,219
Capacidade percebida	2,64	,67	2,67	,81	a) ,946
<b>Saúde Geral</b>					
Saúde	11,91	5,77	8,83	4,07	,207
<b>Stressores Ocupacionais</b>					
Funcional	1,99	,44	1,63	,54	,060
Socioemocional	1,96	,54	1,65	,49	,178
<b>Coping</b>					
Coping ativo	3,95	1,10	4,33	1,21	,426
Planear	4,20	1,19	4,50	1,05	,550
Utilizar suporte instrumental	2,64	1,13	3,00	,89	,448
Utilizar suporte social emocional	2,83	1,41	2,83	1,60	1,000
Religião	1,94	1,80	1,50	1,64	,566
Reinterpretação positiva	3,80	1,30	3,50	1,05	,583
Auto culpabilização	2,06	1,08	2,50	,84	a) ,269
Aceitação	3,24	1,18	3,33	0,52	a) ,687
Expressão de sentimentos	2,67	1,23	2,17	,41	a) ,315
Negação	,98	1,06	,17	,41	a) ,048*
Autodistração	2,56	1,43	2,67	1,51	,863
Desinvestimento comportamental	,61	,82	,83	,98	a) ,550
Uso de substâncias	,09	,55	,33	,82	a) ,119
Humor	2,65	1,43	2,33	,52	a) ,557

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Mann-Whitney

Tabela 31 (completa) – Significância das diferenças: duplo emprego

	Não (n=58)		Sim (n=16)		Sig.
	M	DP	M	DP	
Stress percebido	2,11	,64	2,13	,35	a) ,751
Capacidade percebida	2,68	,71	2,47	,51	a) ,243
<b>Saúde Geral</b>					
Saúde	11,60	5,94	11,87	4,81	a) ,621
<b>Stressores Ocupacionais</b>					
Funcional	1,97	,46	1,94	,45	,846
Socioemocional	1,96	,56	1,83	,43	,402
<b>Coping</b>					
Coping ativo	3,84	1,11	4,53	,92	a) ,022*
Planear	4,11	1,25	4,67	,72	a) ,076
Utilizar suporte instrumental	2,60	1,07	2,93	1,28	a) ,201
Utilizar suporte social emocional	2,77	1,38	3,07	1,58	,477
Religião	2,04	1,85	1,40	1,40	a) ,296
Reinterpretação positiva	3,72	1,29	4,00	1,25	,454
Auto culpabilização	2,12	1,10	2,00	,93	a) ,723
Aceitação	3,24	1,19	3,25	0,93	a) ,789
Expressão de sentimentos	2,56	1,21	2,87	1,13	,381
Negação	,88	,96	1,07	1,33	a) ,847
Autodistração	2,63	1,33	2,33	1,76	,474
Desinvestimento comportamental	,56	,78	,87	,99	a) ,260
Uso de substâncias	,14	,64	---	---	---
Humor	2,53	1,39	3,00	1,31	,239

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$  a) significância do teste de Mann-Whitney

## ANEXO A

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Assinale com uma cruz (X) a resposta adequada ou complete-a quando aplicável.

#### 1. Sexo:

Feminino ..... [ 1 ]  
Masculino ..... [ 2 ]

#### 2. Idade:

≤ 25 anos ..... [ 1 ]  
26 a 35 anos ..... [ 2 ]  
36 a 45 anos ..... [ 3 ]  
46 a 55 anos ..... [ 4 ]  
> 55 anos ..... [ 5 ]

#### 3. Estado civil:

Casado(a)/ união de facto ..... [ 1 ]  
Solteiro(a) ..... [ 2 ]  
Divorciado(a)/ separado(a) ..... [ 3 ]  
Viúvo(a) ..... [ 4 ]

#### 4. Habilitações académicas:

Bacharelato ..... [ 1 ]  
Licenciatura ..... [ 2 ]  
Mestrado ..... [ 3 ]  
Doutoramento ..... [ 4 ]

#### 5. Profissão:

Fisioterapeuta ..... [ 1 ]  
Terapeuta Ocupacional ..... [ 2 ]

#### 6. Vínculo contratual:

Sem termo / efetivo ..... [ 1 ]  
Termo/ prazo ..... [ 2 ]  
Outro ..... [ 3 ]  
Qual? \_\_\_\_\_

#### 7. Há quanto tempo exerce a profissão?

1 a 5 anos ..... [ 1 ]  
6 a 10 anos ..... [ 2 ]  
11 a 15 anos ..... [ 3 ]  
> 15 anos ..... [ 4 ]

#### 8. Há quanto tempo trabalha na atual instituição?

< 1 ano ..... [ 1 ]  
1 a 5 anos ..... [ 2 ]  
6 a 10 anos ..... [ 3 ]  
11 a 15 anos ..... [ 4 ]  
> 15 anos ..... [ 5 ]

#### 9. Desempenha funções como terapeuta noutra instituição?

Não ..... [ 0 ]  
Sim ..... [ 1 ]

#### 10. Horas de trabalho semanal (em média):

(Nesta resposta deverá considerar também as horas trabalhadas noutra instituição, se for o seu caso)

< 35 horas ..... [ 1 ]  
35 a 40 horas ..... [ 2 ]  
> 40 horas ..... [ 3 ]

## ANEXO B

### STRESS PERCEBIDO E CAPACIDADE PERCEBIDA PARA LIDAR COM O STRESS

Indique com uma cruz (X) como avalia os itens abaixo.

	Nada stressado	Moderadamente stressado	Stressado	Muito stressado
O seu grau de stress em relação ao trabalho	1	2	3	4

	Baixa capacidade	Capacidade moderada	Boa capacidade	Grande capacidade
A sua capacidade para lidar com o stress	1	2	3	4

## ANEXO C

### QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL – 12 itens

Versão portuguesa do General Health Questionnaire, adaptado por Laranjeira (2008)

Gostávamos de saber como se tem sentido recentemente relativamente aos acontecimentos da vida em geral.

Por favor, leia com a atenção as questões colocando uma cruz (X) na resposta que melhor se aplica a si. Lembre-se que queremos informações sobre como se sente **no presente** ou como se tem sentido **recentemente** e não como se sentiu no passado.

É importante que responda a todas as questões.

**Ultimamente:**

#### 1 – Tem conseguido concentrar-se no que faz?

Melhor do que habitualmente	Como habitualmente	Menos do que habitualmente	Muito menos do que habitualmente
0	1	2	3

#### 2 – Tem perdido muitas horas de sono por estar preocupado(a)?

Não, absolutamente	Como habitualmente	Mais do que habitualmente	Muito mais do que habitualmente
0	1	2	3

#### 3 – Tem sentido que tem um papel importante nas coisas em que se envolve?

Melhor do que habitualmente	Como habitualmente	Menos do que habitualmente	Muito menos do que habitualmente
0	1	2	3

#### 4 – Tem-se sentido capaz de tomar decisões?

Melhor do que habitualmente	Como habitualmente	Menos do que habitualmente	Muito menos do que habitualmente
0	1	2	3

#### 5 – Tem-se sentido constantemente sob pressão?

Não, absolutamente	Como habitualmente	Mais do que habitualmente	Muito mais do que habitualmente
0	1	2	3

#### 6 – Tem sentido que não consegue ultrapassar as suas dificuldades?

Não, absolutamente	Como habitualmente	Mais do que habitualmente	Muito mais do que habitualmente
0	1	2	3

## ANEXO D

### INVENTÁRIO DE STRESSORES OCUPACIONAIS

Desenvolvido por Santos M.C. (1999)

Com os itens que vai encontrar abaixo pretendemos saber como avalia as situações descritas como possíveis fontes causadoras de stress. Definimos stress como alterações psicofisiológicas desagradáveis que perturbam o funcionamento do indivíduo.

Considerando o **seu contexto de trabalho**, por favor, leia com a atenção e classifique cada item, colocando uma cruz (X) no espaço que melhor descreve a **sua avaliação**.

É importante que responda a todos os itens.

	Nada stressante	Moderadamente stressante	Stressante	Muito stressante	
1	Condições físicas do espaço de trabalho	1	2	3	4
2	Conflitos interpessoais com colegas de trabalho	1	2	3	4
3	Falta de definição de tarefas na equipa de saúde	1	2	3	4
4	Quantidade de trabalho	1	2	3	4
5	Falta de apoio social e emocional na instituição onde trabalha	1	2	3	4
6	Falta de autonomia profissional	1	2	3	4
7	Situações altamente exigentes e inesperadas	1	2	3	4
8	Falta de reconhecimento profissional e social	1	2	3	4
9	Discrepâncias entre os valores profissionais individuais e os objetivos da administração	1	2	3	4
10	Tarefas muito rotineiras	1	2	3	4
11	Conflitos interpessoais com superiores	1	2	3	4
12	Partilha de responsabilidades com outros profissionais de saúde	1	2	3	4
13	Falta de recursos materiais no local de trabalho	1	2	3	4
14	Conflitos interpessoais com pessoal auxiliar	1	2	3	4
15	Falta de organização na cadeia hierárquica de chefia	1	2	3	4

## ANEXO E

### BRIEF-COPE

Versão portuguesa adaptada por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004)

Os itens abaixo relacionam-se com os modos de lidar com o stress. Há muitas maneiras de lidar com as situações potencialmente geradoras de stress e obviamente pessoas diferentes lidam com as situações de maneira diferente. Pedimos que lembre as situações mais stressantes relacionadas com o seu trabalho, que **tenham ocorrido recentemente**.

Com os itens que vai encontrar abaixo pretendemos saber a forma como lida com o stress que experiencia no **seu local de trabalho**. Estamos interessados em saber o que faz relativamente ao que cada item descreve.

Por favor, leia com a atenção e classifique, com o máximo de sinceridade, cada item, colocando uma cruz (X) no espaço que melhor descreve as suas ações.

É importante que responda a todos os itens.

	Nunca faço isto	Faço isto algumas vezes	Muitas vezes faço isto	Faço sempre isto
1 Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	0	1	2	3
2 Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	0	1	2	3
3 Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	0	1	2	3
4 Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	0	1	2	3
5 Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)	0	1	2	3
6 Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"	0	1	2	3
7 Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	0	1	2	3
8 Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	0	1	2	3
9 Culpo-me pelo que está a acontecer	0	1	2	3
10 Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	0	1	2	3
11 Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	0	1	2	3
12 Desisto de me esforçar para obter o que quero	0	1	2	3
13 Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	0	1	2	3
14 Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	0	1	2	3
15 Procuro o conforto e compreensão de alguém	0	1	2	3