

**O NÍVEL DE STRESSE NOS ENFERMEIROS DOS
CUIDADOS CONTINUADOS DOS DISTRITOS
DE BRAGANÇA E VILA REAL**

Cristina Alexandra Sacras Morais

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde,
para obtenção do Grau de Mestre em CUIDADOS CONTINUADOS

Orientado por:

Maria Isabel Barreiro Ribeiro
Adília Maria Pires da Silva Fernandes

BRAGANÇA, dezembro de 2013

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

(Batista & Bianchi, 2006, p.535)

Dedico este Projeto aos meus pais, à minha irmã, ao Rodrigo (futuro membro da família) e ao meu namorado como forma do meu reconhecimento.

Agradecimentos

Esta pequena página de agradecimentos não me permite reconhecer todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Cuidados Continuados, me ajudaram a concretizar mais um objetivo académico, que vai, por sua vez permitir que tenha um melhor desempenho profissional. A todas elas deixo, então, algumas palavras de agradecimento.

À Professora Doutora Maria Isabel Barreiro Ribeiro, orientadora neste Projeto, um muito obrigada pela dedicação, profissionalismo e disponibilidade demonstrada. A sua ajuda foi fundamental na elaboração deste trabalho. Acima de tudo, obrigada por me ter ajudado a concretizar um sonho.

À Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes, coorientadora do Projeto, agradeço o apoio, a partilha de conhecimentos e as preciosas contribuições para que este trabalho pudesse chegar ao fim.

À Professora Doutora Gorete Baptista, Diretora do Mestrado em Cuidados Continuados, o meu reconhecimento por nos ter proporcionado as condições necessárias para podermos frequentar o Mestrado.

Aos professores do Mestrado em Cuidados Continuados, pelos seus sábios ensinamentos e partilha de saberes.

Estendo os meus agradecimentos aos colegas de Mestrado. Obrigada pelo companheirismo.

Expresso também a minha gratidão a todos os enfermeiros que acederam colaborar no preenchimento dos questionários, através dos quais foram colhidos os elementos que funcionaram como componente prática deste estudo.

Às Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real agradeço a oportunidade de execução do presente trabalho.

A Irene Sobral e a Luís Ribeiro, obrigada por tudo. É uma palavra pequena, mas a ajuda que dispensaram foi de extrema importância.

Às minhas amigas e colegas Julieta Afonso, Laura Alves e Lia Paçô pela forma como me apoiaram e pela partilha dos bons momentos.

Às minhas colegas de trabalho gostaria também de expressar um agradecimento por toda a amizade, companheirismo e ajuda constante.

À Mariana Pinto, pela amizade e compreensão que sempre demonstrou e pelas palavras reconfortantes que sempre soube encontrar nos momentos mais difíceis.

A todos os meus familiares, sem exceção, obrigada.

À minha avó, por estar sempre presente na minha vida, obrigada.

Para o Rodrigo, cuja chegada aguardamos ansiosamente, como fonte de alegria e motivação para a vida.

À minha irmã, por me ajudar neste percurso tão difícil da minha vida pessoal e profissional. O seu incentivo foi fundamental para continuar esta caminhada.

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

Ao Ricardo, um agradecimento muito especial pela ajuda, afeto e ânimo dados nos momentos mais difíceis, fazendo-me acreditar que chegaria ao final desta etapa tão difícil. És o meu porto de abrigo.

O meu sincero obrigada a todos.

Índice Geral

Índice Geral	ix
Lista de abreviaturas e siglas	xiii
Índice de Figuras	xv
Índice de Gráficos.....	xvii
Índice de Quadros	xix
Resumo	xxi
Abstract.....	xxiii
Introdução.....	1
Capítulo I - Estado da Arte	3
1.1. A profissão de enfermagem.....	3
1.2. Stresse.....	4
1.3. As teorias do stresse	6
1.3.1. As teorias biológicas do stresse	6
1.3.2. As teorias cognitivas do stresse	8
1.3.3. As teorias transacionais do stresse	9
1.4. Stresse ocupacional.....	11
1.5. A enfermagem e o stresse	12
1.5.1. Os principais fatores stressantes do trabalho de enfermagem	12
1.5.2. Manifestações patológicas do stresse	14
1.5.3. Recursos/Estratégias para combater o stresse.....	15
1.6. Os cuidados continuados	19
1.6.1. Objetivos da RNCCI	20
1.6.2. Coordenação da rede.....	21
1.6.3. Tipologias de Resposta.....	23
Capítulo II - Metodologia	25

2.1.	Considerações Metodológicas	25
2.2.	Importância da investigação em enfermagem	25
2.3.	Escolha do tema de investigação	26
2.4.	Tipo de estudo.....	26
2.5.	Objetivos do estudo	27
2.6.	Variáveis em estudo.....	27
2.7.	Delimitação do problema de investigação.....	29
2.8.	Formulação das hipóteses	30
2.9.	População e amostra.....	30
2.10.	Instrumento de recolha de dados.....	32
2.11.	Procedimentos de recolha de dados.....	33
2.12.	Tratamento e análise dos dados	33
2.13.	Aspetos Éticos da Investigação	34
Capítulo III - Resultados da Investigação		35
3.1.	Caracterização da amostra.....	35
3.2.	Validação da Escala do Stresse aos Enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Continuados	39
3.3.	Comparação do Nível de Stresse dos Enfermeiros tendo em conta as características sociodemográficas e profissionais	44
Capítulo IV - Discussão dos Resultados.....		49
Conclusões		55
Referências Bibliográficas		59
Anexos.....		65
Anexo I		67
(Autorização do Professor Doutor Pais-Ribeiro para a utilização da Escala de Percepção de Stress) 67		
Anexo II		69
(Questionário – Escala de Percepção de Stresse)		69
Anexo III		73

(Solicitação do número de enfermeiros a trabalhar na Unidade de Cuidados Continuados de Vila Real)	73
Anexo IV	75
(Resposta à solicitação do número de enfermeiros a trabalhar na Unidade de Cuidados Continuados de Vila Real)	75
Anexo V	77
(Pedido de autorização para aplicação do questionário)	77
Anexo VI	81
(Autorizações para aplicação do questionário)	81

Lista de abreviaturas e siglas

DP	desvio padrão
et al.	e outros
Máx.	Máximo
Min.	Mínimo
n.º	número
p.	página
s/d.	sem data
%	percentagem
>	maior
<	inferior
±	mais ou menos
=	igual
4º	quarto
10.º	décimo
11.º	décimo primeiro
II	segundo
XV	quinze
XX	vinte
ECL	Equipa de Coordenação Local
ECR	Equipa de Coordenação Regional
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAG	Síndrome de Adaptação Geral
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Índice de Figuras

Figura 1 - Síndrome geral de adaptação	7
Figura 2 - Círculo dos processos implicados na transação stressante segundo Lazarus e Folkman (1984)	10
Figura 3 - Intervenientes na coordenação da RNCCI	21
Figura 4 - RNCCI - Tipos de resposta	23

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Enfermeiros inquiridos distribuídos por distrito.....	35
Gráfico 2 - Enfermeiros inquiridos distribuídos por distrito e localidade.....	36
Gráfico 3 - Enfermeiros inquiridos por categoria profissional.....	36
Gráfico 4 - Enfermeiros distribuídos por sexo.....	37
Gráfico 5 - Média de idade dos Enfermeiros.....	37
Gráfico 6 - Estado civil dos Enfermeiros.....	38
Gráfico 7 - Enfermeiros distribuídos por tipologia das unidades estudadas.....	38
Gráfico 8 - Tipo de vínculo dos Enfermeiros com a unidade onde exercem a profissão.....	39
Gráfico 9 - Enfermeiros deslocados.....	39
Gráfico 10 - Distância média do local da residência até ao local de trabalho.....	39
Gráfico 11 - Histograma da Autorregulação.....	43
Gráfico 12 - Histograma da Resiliência.....	43
Gráfico 13 - Histograma da Autoestima.....	43
Gráfico 14 - Histograma do nível de stresse.....	43
Gráfico 15 - Enfermeiros distribuídos por nível de stresse.....	43

Índice de Quadros

Quadro 1 - Escala de Percepção de Stresse	28
Quadro 2 - Variáveis independentes e sua operacionalização	28
Quadro 3 - Unidades em estudo, população e amostra.....	31
Quadro 4 - Cargas fatoriais, comunalidades, variância explicada para os escores da escala de Stresse e consistência interna dos fatores.....	40
Quadro 5 - Correlação entre os fatores e entre os fatores e o nível de stresse.....	41
Quadro 6 - Média, DP por item e por fator da escala do stresse	42
Quadro 7 - Pontos de corte dos fatores e da variável Nível de Stresse.....	42
Quadro 8 - Scores da escala <i>Autorregulação</i> resultados dos testes <i>t-Student</i> e <i>ANOVA</i> <i>One-Way</i>	44
Quadro 9 - Scores da escala <i>Resiliência</i> e resultados dos testes <i>t-Student</i> e <i>ANOVA One-</i> <i>Way</i>	45
Quadro 10 - Scores da escala <i>Autoestima</i> e resultados dos testes <i>t-Student</i> e <i>ANOVA</i> <i>One-Way</i>	45
Quadro 11 - Scores da escala nível de stresse e resultados dos testes <i>t-Student</i> e <i>ANOVA</i> <i>One-Way</i>	46

Resumo

A enfermagem é uma profissão desgastante, já que implica interagir com a pessoa em situação de crise e de sofrimento. Devido à sobrecarga e ao stresse enfrentado, a qualidade deste relacionamento pode estar comprometida, interferindo na qualidade dos cuidados prestados. Esta investigação teve como objetivos conhecer as características sócio-demográficas dos enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real; verificar se os enfermeiros consideram as suas situações de vida como stressantes; analisar as relações existentes entre as variáveis sócio-demográficas dos enfermeiros e a sua perceção em relação a situações de vida stressantes; delinear estratégias/intervenções por forma a prevenir e/ou reduzir os níveis de stresse dos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real.

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e observacional. De um total de 166 enfermeiros a exercer funções nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real, 131 responderam ao questionário. Para a recolha dos dados, que decorreu no período de março de 2011 a novembro 2012, aplicou-se a “Escala de Percepção de Stresse” de Pais-Ribeiro e Marques (2009). Do total dos inquiridos, 51,91% (68) eram dos distritos de Vila Real e 48,1% (63) eram de Bragança. Os enfermeiros tinham idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos, sendo a maioria do género feminino (77,9%). Constatou-se que o maior número de enfermeiros se concentra nas Unidades de Média e Longa Duração (44,3%; 58), seguindo-se-lhe a Unidade de Longa duração (34,4%; 45), a Unidade de Convalescença e Paliativos (18,3%; 24) e, por fim, a Unidade de Média Duração (3,1%; 4). Quanto à natureza do vínculo, (50,38%; 66) enfermeiros encontram-se a contrato, (45,04%; 59) fazem parte dos quadros dos respetivos locais de trabalho e (4,58%; 6) apresentam outro tipo de vínculo (recibos verdes). Do total dos enfermeiros a trabalhar nas Unidades de Cuidados Continuados, (48,8%; 60) residem na localidade onde trabalham e os restantes (54,2%; 71), residem fora do meio onde laboram. Relativamente à situação conjugal observa-se o seguinte: (54,2%; 71) enfermeiros são solteiros, (43,51%; 57) casados/união de facto e (2,29%; 3) separados/divorciados. Os enfermeiros registaram um nível de stresse moderado

(Média=34,2; DP=4,96). A distribuição dos inquiridos pelo nível de stresse foi o seguinte: 33,6% (44) manifestaram um nível de stresse reduzido; 65,7% (86) mostraram ter um nível moderado de stresse e 0,8% (1) registaram um nível elevado de stresse.

Apesar de não se terem registado diferenças estatisticamente significativas ($p\text{-value}>0,05$) no nível de stresse global tendo em conta o distrito, a situação de deslocado, o género, a idade, a situação conjugal, o vínculo profissional e a tipologia de Unidade de Cuidados Continuados, foram os enfermeiros do distrito de Vila Real, os deslocados, os homens, os mais novos, os que não são casados ou vivem em união de facto, os contratados e os que trabalham nas Unidades de Convalescença e Paliativos os que registaram níveis de stresse ligeiramente mais baixos.

Pode concluir-se, que a profissão de enfermagem é stressante e deve ser reconhecida como tal. Perante esta constatação, existe a necessidade de discutir e implementar medidas preventivas e minimizadoras de stresse nos locais de trabalho, por forma a obter uma saúde individual e coletiva da equipa de enfermagem. A qualidade dos cuidados prestados depende da condição física e emocional da pessoa que cuida.

Palavras-chave: Enfermeiro, Cuidados Continuados, Stresse, Escala de Percepção de Stress.

Abstract

Nursing is a very demanding job, as it implies interacting with people in situations of crisis and suffering. Due to the high workload and the demands faced daily, the quality of this interaction can be affected, to the point of interfering with the quality of the nurse's work.

This study aims to determine the social demographic characteristics of the nurses who work at the Palliative Care sector of the Bragança and Vila Real districts, to find out if they consider their work conditions stressful, to analyze the relationship between the nurse's socio demographic variables and their perception of life's stressful situations, in order to delineate strategies/interventions which will help to prevent or reduce the stress levels of those nurses who work at the Palliative Care Centres of Vila Real and Bragança districts.

It consists of a transversal, analytical and observational study. Of the 166 nurses approached, a total of 131 answered the questionnaire.

Data was collected from March 2011 to November 2012; the "Stress Perception Scale" (Escala de Percepção de Stress) by Pais-Ribeiro e Marques (2009) was applied; 51,91% (68) of those who answered were from the Vila Real units, while 48,1% (63) were from the Bragança units. The Nurses' ages ranged from 22 to 54 years old, (77,9%) being females.

It was found that the largest number of nurses was concentrated in the Long and Medium and long Duration Units (44,3%; 58), followed by the Long Duration Unit, (34,4%; 45); the Recovering and Palliative Care Unit (18,3%; 24) and, lastly, the Medium Duration Unit (3,1%; 4).

50,38% (66) of all nurses are on temporary contracts, (45,04%; 59) are on the permanent staff of their workplace, while (4,58%; 6) work as casual labor (green receipts).

(54,2%; 71) of those who collaborated live in the workplace area, the other (45,8%; 60) live elsewhere.

As for their marital status, we found out that (54,2%; 71) of the nurses are single, (43,51%; 57) are married or in permanent relationships, and (2,29%; 3) are separated/divorced.

All nurses registered a moderate stress level, (average=34,2; DP=4,96), thus distributed: 33,6% (44) showed a reduced stress level; 65,7% (86) showed a moderate stress level, and 0,8% (1) registered a high stress level.

While we didn't find significant statistical differences (p value >0,05) in the global stress level considering the District, distance travelled, gender, age, marital status, professional vinculum and the typology of the Continued Care Units, the nurses who showed slightly lower stress levels were the ones from the Bragança District, the ones who travel to and from the work place, males, unattached, on temporary contract, and those who work on the Convalescent and Palliatives Care Units. We can, therefore, infer from these results that the Nursing Profession is a stressful one, and must be recognized as such.

According to these findings, there is an absolute need to discuss and implement preventative measures to minimize stress levels in the work place, in order to guarantee the good health, both individual and collective, of the nursing teams. The quality of the caring will depend on the physical and emotional condition of the Carer.

Key words: Nurse, Palliative Care, Stress, Stress Perception Scale.

Introdução

O Homem é um ser social, cujos comportamentos são afetados pelo ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interagindo de forma a alcançar um estado de equilíbrio e harmonia. O Homem foi e será sempre um animal competitivo e, na sociedade atual, o nível de competição é tal que poucos atingem os objetivos que se propõem alcançar ou que a sociedade e família esperam que eles alcancem. Este facto interfere no bem-estar biopsicossocial do indivíduo, originando um estado de desequilíbrio que, por sua vez, poderá conduzir a situações de stresse, uma constante na vida atual, em qualquer profissão, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.

A saúde é, então, um estado e simultaneamente a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Trata-se de um estado subjetivo, sendo o reflexo de um processo dinâmico e contínuo, portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença.

No combate à doença, o papel do enfermeiro é primordial. No exercício da profissão é fulcral a relação interpessoal do enfermeiro e uma pessoa (paciente) ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas, que podem ser a família ou a comunidade em que está inserido.

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

Como enfermeira, a frequentar o Mestrado em Cuidados Continuados surgiu a necessidade de dar resposta a uma exigência curricular, mas para além disso, adquirir também novos conhecimentos relativamente ao stresse, verificar a presença deste

fenómeno nos enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados e mediante os resultados obtidos propor intervenções para minimizar este problema.

Assim, o nosso projeto propõe-se conhecer as características sociodemográficas dos enfermeiros que exercem funções nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real; verificar se os enfermeiros consideram as suas situações de vida como stressantes; analisar as relações existentes entre as variáveis sociodemográficas dos enfermeiros e a sua perceção em relação a situações de vida stressantes; delinear posteriormente estratégias que permitam melhorar a situação e que possam contribuir para um melhor desempenho profissional dos enfermeiros.

Esta investigação é de natureza quantitativa, transversal e observacional. A nossa questão de investigação é: “Será que os enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real consideram as suas situações de vida como stressantes?”

A estrutura do corpo deste trabalho de investigação divide-se em seis secções, nomeadamente, introdução, revisão bibliográfica, metodologia, apresentação dos resultados, discussão e, por fim, a conclusão. Na presente secção, justifica-se a temática abordada, definem-se os objetivos desta investigação e a sua estrutura. Na segunda secção descreve-se o estado de Arte de forma a enquadrar, teoricamente, o tema que é objeto de estudo. A terceira secção diz respeito à metodologia usada para levar a cabo esta investigação, designadamente, justificação da importância e da escolha do tema, tipo de estudo, objetivos, variáveis e a sua operacionalização, tratamento estatístico, delimitação do problema de investigação, população, amostra, hipóteses de estudo, instrumento para a recolha dos dados e procedimentos estatísticos. Posteriormente, na quarta secção, apresentam-se os resultados recorrendo a gráficos e quadros para a sua melhor visualização. Na quinta secção, discutem-se os resultados e, por fim, na sexta e última secção tecem-se as considerações finais, apresentando sugestões que possam prevenir e/ou reduzir os níveis de stresse dos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real e, desta forma, melhorar o seu desempenho pessoal e profissional.

Capítulo I - Estado da Arte

1.1. A profissão de enfermagem

Desde que apareceu à superfície da terra, o homem teve a necessidade de cuidar e ser cuidado, visto que a sua vida era uma luta constante pela sobrevivência. Assim, segundo este ponto de vista, pode então associar-se a profissão de enfermagem ao surgimento do homem no mundo. Mas afinal o que é a profissão de enfermagem? Apesar da evolução ocorrida ao longo dos tempos, têm sido inúmeras as tentativas de definição desta tão nobre profissão.

Segundo Henderson (1966), a enfermagem tem como função ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência (Dias, Barcellos & Dias, s/d., p. 465).

Perante esta visão, o Enfermeiro deve impulsionar acima de tudo o autocuidado e nunca substituir a pessoa. Esta definição clássica exerce ainda uma enorme influência na atuação dos Enfermeiros.

Yura e Cols (1976) definem a enfermagem como o encontro do Enfermeiro com o doente e a sua família, assumindo o papel de observador, comunicador e colaborador. Dessa maneira, contribuirá para a conservação de um estado ótimo de saúde e proporcionará cuidados durante a doença até que o doente seja capaz de assumir e assegurar a satisfação das suas necessidades básicas. No caso de doentes em estado terminal, deverá proporcionar-lhe ajuda compreensiva e bondosa (Dias *et al.*, s/d.).

Para Bulhões (1994), a enfermagem é parte integrante e fundamental nas equipas de saúde e constitui-se o maior grupo de trabalhadores na área. É responsável por 60% das ações, prestando assistência 24 horas por dia, implementando e cuidando da saúde da população, visando à promoção, à prevenção, à manutenção e à recuperação da saúde. É a categoria que mais contacto tem com o ambiente de saúde e com os doentes, num clima de dor e sofrimento que geralmente emerge nesse contexto (Belancieri, Beluci, Silva & Gasparelo, 2010, p.228).

O exercício da profissão de enfermagem ocorre num contexto de atuação multidisciplinar. Ao acompanhar o doente 24 horas por dia nunca deve, no entanto, esquecer a relação interpessoal entre o Enfermeiro e a pessoa.

A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE - 1998, Capítulo II - Artigo 4º).

Face ao exposto, comprova-se que o Enfermeiro procura satisfazer as necessidades humanas básicas da pessoa e tenta, ao longo de todo o ciclo vital do ser humano, prevenir a doença e promover processos de readaptação após a doença. Assim, e com o decorrer dos tempos, tanto as definições como os cuidados prestados têm sido aperfeiçoados, devido a um esforço constante por parte de todos os profissionais em questão. A profissão de enfermagem baseia-se atualmente no domínio de um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que fundamentam um agir profissional.

1.2. Stresse

Poucas palavras, hoje em dia, são tão banalizadas como a palavra stresse, reportando-se a situações e experiências desagradáveis. Desde os tempos imemoráveis que certas doenças confundiam os médicos, por não conseguirem encontrar explicação para os sintomas apresentados por doentes cujas condições físicas não justificavam as queixas que os levavam ao consultório. Com o passar do tempo, este problema global foi estudado e definido. A sua natureza e consequências tornam-se cada vez mais conhecidas, mas a palavra stresse não é ainda aplicada, só o conceito. Este foi, de acordo com Lipp e Novaes (1996), estabelecido pela primeira vez no século XV com o significado de aflição e adversidade (Souza, Bernardes, Fonseca, Gonçalves & Lopes, 2009).

O termo stresse, como é conhecido na atualidade, foi usado inicialmente na física, para caracterizar o grau de desenvolvimento que ocorre num material, quando exposto a esforço ou tensão (Camargo, 2011). Estabelecendo um paralelo entre os materiais e o ser humano, o médico Hans Selye (1936) transpôs este termo para a medicina e para a biologia, atribuindo o significado de esforço de adaptação do organismo quando enfrenta situações que considera ameaçadoras à sua vida e ao seu equilíbrio interno. Hans Selye (1979) escreveu “o stresse é a resposta geral do organismo perante qualquer estímulo stressor ou situação stressante” (Martins, s/d., p.260). Matteson e Ivancevich (1987)

corroboram esta definição, ao afirmarem que essa resposta é influenciada por características individuais (Martins, s/d.). Sabemos que, enquanto certos fatores podem contribuir para uma situação de stresse numa pessoa, os mesmos fatores deixam incólume outra e que, de entre esses mesmos fatores contribuintes, será impossível determinar com exatidão qual foi aquele que levou ao abismo do stresse.

Para Peiró (1993), o contexto social em que a transação entre a pessoa e o ambiente se processa é um fator determinante do stresse (Martins, s/d.).

O Dicionário de Psicologia (Doron & Parot, 1998) fornece várias definições consoante o campo de aplicação. Em física, o stresse é considerado pressão excessiva, suportado por um material; em biologia, seria a agressão exercida sobre o organismo (os agentes stressores) e a reação do organismo às agressões; em psicologia, remete para as múltiplas dificuldades a que o indivíduo tem de fazer face [...] e os meios de que dispõe para gerir estes problemas (Graziani & Swendsen, 2007, p.13).

Quanto à etimologia da palavra, Serra (1999) refere que o termo stresse tem origem em duas expressões latinas “*stringere*” que significa esticar ou deformar e de “*strictus*” que corresponde às palavras portuguesas esticado, tenso ou apertado (Sacadura-Leite & Uva, 2007).

Existem, no entanto, múltiplas etimologias que parecem estar de acordo com a complexidade do tema. Para Graziani e Swendsen (2007, p.13), “a palavra stresse deriva, por aférese, de “*distress*”, que provém do antigo francês “*destrece*” e “*estrece*”. “*Destrece*” significa desamparo. “*Estrece*” significa estreiteza e opressão: deriva do latim clássico “*stringere*”, que significa apertar, limitar”.

O stresse é cada vez mais apontado como a razão principal em diversas situações patológicas, tendo sido declarado pelas Nações Unidas como a doença do século XX e nomeado pela Organização Mundial de Saúde como a maior epidemia do mesmo século (Silva & Yamada, 2008). “A mesma Organização estima que, em 2020, os transtornos depressivos sejam a segunda maior causa da morbilidade, atrás somente da doença isquémica do coração” (Graziano & Bianchi, 2010, p.1).

1.3. As teorias do stresse

Ao longo deste últimos anos têm surgido várias teorias para explicar o stresse. Realizaremos uma breve abordagem aos mais importantes modelos teóricos, que explicam os efeitos gerais do stresse no indivíduo.

1.3.1. As teorias biológicas do stresse

As teorias biológicas do stresse têm como principal linha orientadora as reações fisiológicas ocorridas num organismo após a exposição a um ou vários elementos stressores.

Teoria do stresse de Cannon e Selye

De entre os muitos modelos teóricos, o que mais se destaca nas teorias biológicas do stresse é a teoria de Cannon e Selye. Efetuaremos, então, uma curta síntese acerca deste modelo.

Cannon (1928, 1935) é o primeiro a demonstrar que as manifestações somáticas que acompanham o comportamento de fuga ou de ataque, face a um perigo, se devem à libertação no sangue de uma hormona, a adrenalina, com origem na glândula supra-renal (Graziani & Swendsen, 2007, p.23). Este autor introduz ainda o termo homeostasia, ao afirmar que quando o stresse atinge um nível muito elevado passa a ser uma ameaça ao organismo. O organismo tende, permanentemente, a manter um equilíbrio constante (homeostasia) e tolera alterações limitadas. Quando as alterações produzidas por agentes internos ou externos são excessivas, elas afetam os mecanismos homeostáticos do organismo que são activados para restabelecer o equilíbrio (Graziani & Swendsen, 2007, p.24).

Em 1936, adotando a linha de pensamento de Cannon sobre a importância de um estado homeostático do organismo. Selye foi, assim, considerado o “pai” desta teoria, ao descrever o Síndrome de Adaptação Geral (SAG) (figura 1), dando-lhe continuidade em 1946 e 1950. “Para ele, o stresse seria uma resposta de excitação fisiológica e de atividade hormonal” (Graziani & Swendsen, 2007, p.28).

Para Selye (1956), o processo de stresse divide-se em três fases (Menzani & Bianchi, 2009, p.328):

1ª) Fase de alarme: a pessoa experimenta uma série de sensações que às vezes não identifica como de stresse. Esses sintomas podem ser mãos suadas, taquipneia, taquicardia, acidez estomacal, inapetência e cefaleias e são na fase aguda.

2ª) Fase da resistência: ocorre quando a pessoa se tenta adaptar à situação, isto é, tenta restabelecer um equilíbrio interno. Conforme este equilíbrio é atingido, alguns dos sintomas iniciais desaparecem; porém, essa adaptação utiliza a energia que o organismo necessita para outras funções vitais.

3ª) Fase de exaustão: nesta fase, toda a energia adaptativa da pessoa foi utilizada e os sintomas iniciais reaparecem e outros desenvolvem-se, podendo chegar à morte.

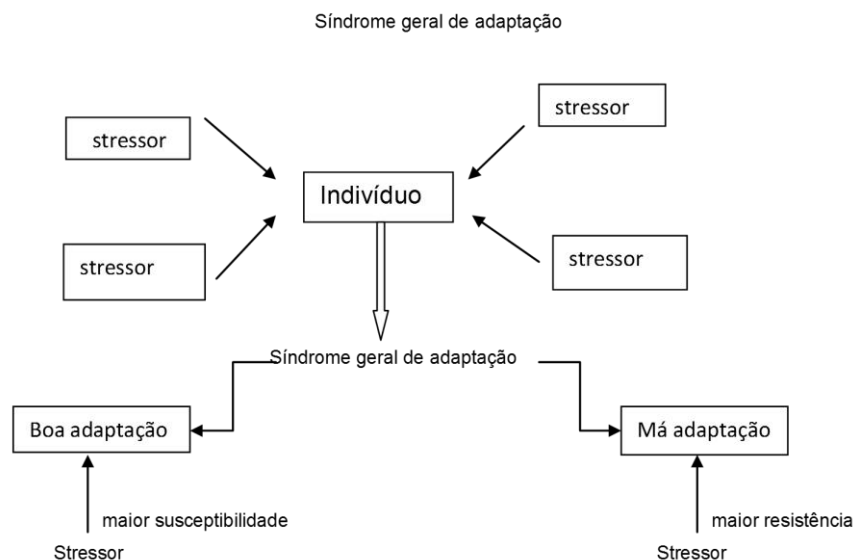


Figura 1 - Síndrome geral de adaptação

Fonte: Selye, 1936, citado por Sacadura-Leite e Uva, 2007, p.25.

Posteriormente Lipp (2000) identificou, após 15 anos de pesquisa, uma quarta fase que se desenvolve entre a fase de resistência e a de exaustão, denominada de quase-exaustão, ocorrendo quando existe, por parte do indivíduo, enfraquecimento e incapacidade de resistir ou adaptar-se ao stressor, originando problemas de saúde, que o incapacitam (Ferreira & Martino, 2006). Este modelo sofreu algumas críticas pelo facto de não fazer referência aos fatores psicológicos na reação ao stresse, e de a resposta stressante não ter um carácter específico (Graziani & Swendsen, 2007).

1.3.2. As teorias cognitivas do stresse

Nas teorias cognitivas do stresse o principal foco de atenção são as dimensões psicológicas e sociais na reação ao stresse. “Embora as teorias cognitivas neste campo sejam muitas, todas elas têm em comum o facto de considerarem a avaliação do papel das interpretações pessoais dos acontecimentos como principal determinante do seu carácter stressante” (Graziani & Swendsen, 2007, p.39).

As teorias cognitivas do stresse englobam:

- a teoria da atribuição de Abramson e colaboradores (1989) e de Alloy e colaboradores (1990);
- a teoria das construções pessoais de Kelly (1955, 1963);
- e o modelo cognitivo de Beck (1984).

A teoria de atribuição

A teoria da atribuição defende a existência de uma relação causal entre os acontecimentos negativos e o stresse vivido pelo indivíduo.

Segundo Abramson e colaboradores (1989) e Alloy e colaboradores (1990), a teoria da atribuição sugere, especificamente, a existência de uma relação causal segundo a qual as atribuições, que se seguem a certos acontecimentos, determinam o nível de stresse vivido pelo indivíduo, assim como os afetos negativos (Graziani & Swendsen 2007, p.39).

Graziani e Swendsen (2007) consideram que as formulações de “depressão de desespero” e de “impotência de desespero” contidas na teoria da atribuição, são até à data as perspectivas cognitivas mais importantes em psicopatologia.

Teoria das construções pessoais de Kelly

Para Kelly (1955 e 1963) o indivíduo encontra-se num processo de construção constante, devendo antecipar-se aos acontecimentos, por forma a fazer réplicas, diferindo dos outros pelas suas experiências pessoais, não dependendo diretamente do meio envolvente. De acordo com o autor:

A teoria das construções pessoais é importante para a compreensão da resposta ao stresse, porque ela procura apreender a maneira como o indivíduo constrói o sentido da sua experiência e adapta o seu modo de percepção do mundo, à medida que se realizam as trocas com o meio (Graziani & Swendsen, 2007, p.43).

O Modelo cognitivo de Beck

Beck (1984) segue o modelo interacional de Lazarus (1982) e a abordagem das construções pessoais de Kelly (1955 e 1963). O autor considera que uma transação stressante

é o resultado de um processo ativo, contínuo, que inclui análises, interpretações e sucessivas avaliações da situação externa, dos riscos, dos custos e das vantagens de uma determinada resposta. Os estímulos são nocivos se forem interpretados como tal pelo sujeito. O sujeito é motivado a pôr em prática um ou outro comportamento, em função do tipo de avaliação e da situação dada (Graziani & Swendsen, 2007, p.46).

A interpretação dos estímulos depende da personalidade individual do sujeito e das suas vivências, influenciando os seus comportamentos.

1.3.3. As teorias transacionais do stresse

O modelo transacional do stresse de Lazarus e Folkman (1987) é o modelo mais importante nesta área e considera o indivíduo o centro das várias dimensões.

As teorias transacionais do stresse representam uma terceira categoria que amplia o estudo do stresse para além das dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Esta perspectiva encara o indivíduo como um jogador ativo na interação entre estas dimensões, através das suas próprias escolhas, emoções e comportamentos (Graziani & Swendsen, 2007, p.11).

Modelo transacional do stresse de Lazarus e Folkman

De acordo com Martins (s/d.) a teoria transacional de stresse, proposta por Lazarus e colaboradores (Folkman & Lazarus, 1986, 1988,1991; Lazarus, 1993), realça a interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos. Segundo o autor esta teoria transmite uma perspectiva na qual se destacam dois tipos de processos, a avaliação e o *coping*, os quais se referem à relação que se estabelece entre o indivíduo e o seu meio ambiente.

Consideram-se, por isso, três fases no processo: stresse percebido, quando o indivíduo capta os elementos que tornam uma situação stressante; controlo percebido, quando analisa esses elementos em relação à capacidade em enfrentá-los; por último, o

coping ou organização de estratégias para enfrentar a situação stressante (Graziani & Swendsen, 2007).

As estratégias utilizadas pelo indivíduo (processo de *coping*) traduzem-se no que a pessoa pensa (e faz) em presença de um stressor. De acordo com Serra (1999 e 2005), tais estratégias estão centradas na resolução do problema (estratégias teoricamente ideais), na emoção (tentativa de controlo das emoções negativas) ou na interação social (procura de ajuda). Na maioria das situações as pessoas utilizam uma mistura de estratégias, apesar de certas situações terem tendência para estar relacionadas com certos tipos de estratégias (Sacadura-Leite & Uva, 2007, p.30) (figura 2).

Na perspetiva transaccional, um acontecimento torna-se stressante quando o indivíduo não tem capacidade de resposta perante estímulos externos, o que faz com que sinta o seu bem-estar integral ameaçado (Graziani & Swendsen, 2007).

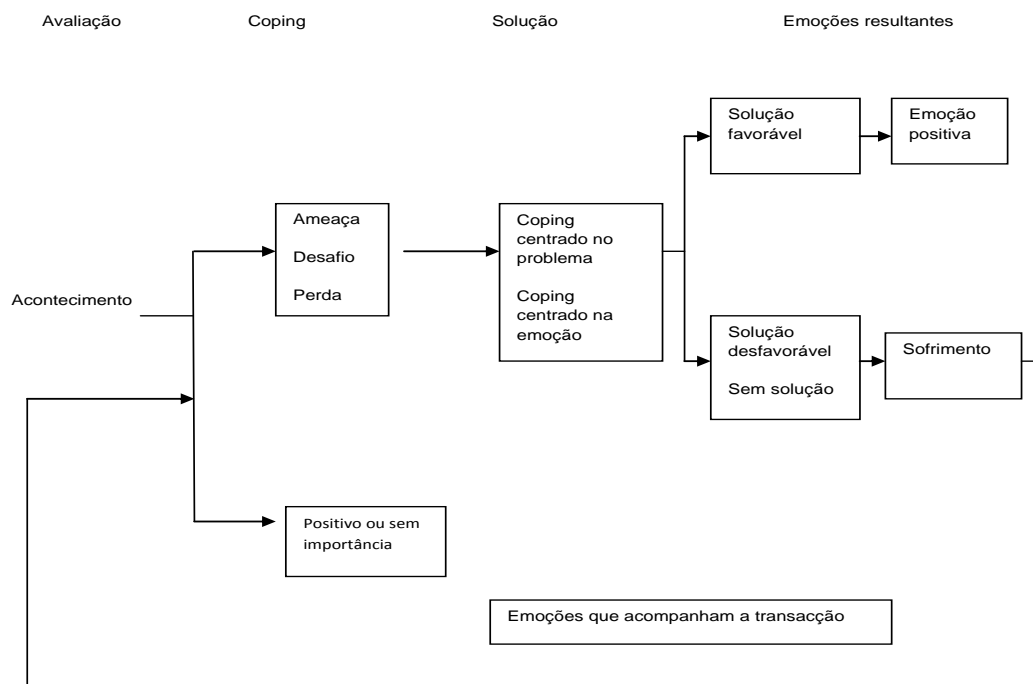


Figura 2 - Círculo dos processos implicados na transação stressante segundo Lazarus e Folkman (1984)

Fonte: Graziani e Swendsen, 2007, p.57

O elemento *coping* será abordado novamente neste trabalho, visto tratar-se de uma estratégia de adaptação para ajudar a resolver os graves problemas que advêm do stress.

1.4. *Stresse ocupacional*

O stresse ocupacional provém de uma série de fatores aliados ao trabalho. O trabalho, apesar de favorecer um crescimento pessoal, pode também ser fonte geradora de problemas.

O stresse ocupacional tem sido, nos últimos anos, um tema muito debatido no âmbito da investigação científica, devido aos custos e efeitos ao nível individual e organizacional.

Quando um indivíduo sente dificuldade em se adaptar ou ultrapassar as exigências de natureza psíquica inerentes ao seu ambiente ou meio de trabalho, segundo Couto (1987), pode gerar-se um estado em que ocorre um desgaste anormal do organismo humano, bem como uma diminuição da capacidade de trabalho (Stacciarini & Tróccoli, 2000). Esse estado pode traduzir-se por um conjunto de reações fisiológicas tais como, alterações hormonais e farmacológicas, que originam taquicardia, hipertensão arterial; emocionais, como ansiedade, depressão; e comportamentais: alcoolismo, tabagismo e aumento do absentismo (Paiva & Monteiro, 2004). Para Más *et al.* (1999),

os fatores causadores de stresse podem ser classificados em stressores específicos do posto de trabalho (relacionados com a estrutura e o conteúdo do trabalho e com as condições físicas em que esse mesmo trabalho é desenvolvido), fatores organizacionais (referentes ao papel do trabalhador na organização, à estrutura da organização e às relações interpessoais) e fatores extra organizacionais (fundamentalmente em relação com o desenvolvimento da carreira profissional). Não se pode esquecer, ainda, outros fatores não laborais (individuais, familiares e sociais) que também podem ser fonte de stresse (Santos & Teixeira, 2009, p.371).

Também Kasl (1991) sistematiza as condições de trabalho, potencialmente stressoras, da seguinte forma (citado por Sacadura-Leite & Uva, 2007, p.34):

- Aspetos relativos ao tempo de trabalho (trabalho por turnos; horas extraordinárias; dois empregos; pagamento à peça; pressão do tempo para resposta);
- Conteúdo do trabalho (fragmentado; monótono; repetitivo; grau de autonomia; solicitações pouco precisas; insuficientes recursos para a realização das tarefas);
- Relações interpessoais no grupo (suporte social; assédio; interação entre trabalhadores);
- Relações interpessoais com a supervisão (participação no processo de decisão; reconhecimento pelo trabalho; suporte social);

- Condições organizacionais (dimensão da empresa; estrutura organizacional).

1.5. A enfermagem e o stresse

Todas as condições anteriores, condutivas ao stresse no trabalho, estão presentes no desempenho da profissão de enfermagem.

As instituições de saúde, especialmente os hospitais e os centros de saúde, constituem ambientes de trabalho particularmente stressantes, contendo características organizacionais geralmente associadas com o stresse, como níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade do pessoal, interdependência das responsabilidades e especialização profissional (Calhoun, 1980; Rodrigo, 1995, citados por McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999, p.513).

Segundo Martins (2003), os profissionais de enfermagem acumulam, desde o início do século XX, papéis diversos, derivados da evolução técnica, tais como a gestão da unidade de cuidados, apoio à família e doente, além de colaborar com o médico.

1.5.1. Os principais fatores stressantes do trabalho de enfermagem

O trabalho de enfermagem é caracterizado por uma série de fatores que colocam em risco a saúde deste grupo de profissionais e levam ainda à desmotivação.

“Belancieri (2003; 2005; 2007) ressalta, nos seus estudos, que o ambiente de trabalho de enfermagem constitui-se de inúmeros elementos stressores, o que pode comprometer a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores” (Belancieri, Beluci, Silva & Gasparelo, 2010, p.228).

De acordo com Ferreira (1985), o turno de trabalho surge como fator stressante, pelo que as jornadas noturnas podem originar sensação de desconforto e mal-estar. Como resultado do trabalho noturno, o sono diurno sofre perturbações quer na sua duração quer na sua qualidade (Montanholi, Tavares & Oliveira, 2006).

Pafaro e Martino (2004) apontam ainda a acumulação de funções em mais de uma instituição, pelos profissionais da enfermagem, como fonte de rendimento familiar. Sendo o trabalho em turnos uma característica da enfermagem, uma vez que a assistência é prestada 24 horas, exige que o profissional trabalhe à noite, nos fins de semana e feriados, condicionando a sua vida social (Harbs, Rodrigues & Quadros, 2008).

A todos estes fatores podemos acrescentar as dificuldades experimentadas, sobretudo pelos elementos femininos, em conciliar a sua vida profissional com a vida

familiar. No entanto, há autores da opinião de que esta relação trabalho-família pode funcionar como elemento de proteção e suporte (Bezerra, Silva & Ramos, 2012).

O trabalho da equipa dos profissionais de saúde pode ser prejudicado, também, pela falta de pessoal, ausência de recursos físicos e materiais, horários incompatíveis, gestão deficiente, entre outros, factos que poderão levar à falta de motivação, bem como a problemas de saúde (Mota, s/d.). Para Healy e Mckay (2000) e Stacciarini e Trócoli (2001)

Os fatores de stresse relacionados com a enfermagem e o seu trabalho prendem-se com problemas de comunicação com a equipa, aspetos inerentes à unidade, a assistência prestada, a interferência do trabalho na vida pessoal e familiar, a atuação do Enfermeiro, a carga de trabalho, os conflitos internos e a indefinição do papel profissional (Santos & Teixeira, 2009, p.371).

Como assinalam Melo, Gomes e Cruz (1997), “existem poucos trabalhos que se dediquem ao estudo do stresse em termos das suas causas, efeitos, prevalência, incidência, sendo tal situação mais evidente em Portugal onde a investigação é ainda escassa” (Silva & Gomes, 2009, pág.239). No entanto, após pesquisa exaustiva realizada por nós, sobre os fatores causadores de stresse, verificou-se que as conclusões dos estudos realizados em Instituições de Portugal Continental, no âmbito do Stresse Ocupacional em Enfermeiros Portugueses, foram, na opinião de Melo, Gomes e Cruz (1997) a excessiva carga de trabalho e os conflitos interpessoais. McIntire, McIntire e Silvério (1999) acrescentam a estes o número elevado de doentes e as más condições no local de trabalho

Silva e Gomes (2009) salientam, no seu estudo, o facto de 15% e 56% dos participantes referirem elevados e baixos níveis de stresse, respetivamente. Para eles, este facto é um indicador da baixa perceção que a maioria dos profissionais tem das exigências a que estão submetidos; no entanto, existe um grupo que parece sentir mais pressão e tensão no desempenho das suas funções, devido a lidar com erros, instabilidade profissional, excesso de trabalho e elaboração de relatórios técnicos.

Gomes, Cruz e Cabanelas (2009) referem o excesso de trabalho, a instabilidade profissional, o receio de cometer erros, a dificuldade de elaborar relatórios técnicos e a falta de atualização profissional, na forma de ações de formação, como fontes geradoras de stresse.

Santos e Teixeira (2009), nos resultados obtidos, concluem que, tal como a maioria das pessoas, os enfermeiros sentem dificuldade em lidar com a morte e o sofrimento,

consideradas, mais frequentemente, como situações stressantes. Além disso, a falta de recursos bem como a pressão de obter resultados e a sensação de escassez de tempo para a prestação de cuidados de qualidade, associados à carga de trabalho, contribuem para a exacerbação do fator stresse. A estes elementos acrescentam ainda a dificuldade no contacto com as famílias dos doentes e o facto de se sentirem frustrados e impotentes mediante ausência de resultados favoráveis. Outro fator de stresse é a existência de conflitos entre grupos profissionais.

Em suma, os resultados dos diferentes estudos todos apontam para as mesmas fontes de stresse ocupacional. Pode, desta forma, constatar-se que todos estes fatores afetam o desempenho do Enfermeiro no seu local de trabalho e, para além disso, o seu dia a dia e a sua saúde.

1.5.2. Manifestações patológicas do stresse

A profissão de enfermagem inclui-se no grupo de profissões desgastantes; os sinais e sintomas patológicos manifestados e indicativos desse desgaste justificam esta inclusão (Souza, Bernardes, Fonseca, Gonçalves & Lopes, 2009). Alguns autores, como, por exemplo Rossi (2005), consideram mesmo o stresse ocupacional como um dos riscos mais sérios ao bem-estar psicossocial do indivíduo (Schmidt, Dantas, Marziale & Laus, 2009).

O stresse pode ser gerado por agentes externos ou internos, denominados stressores. Os fatores externos estão relacionados com as vivências diárias, enquanto os fatores internos estão relacionados com a própria personalidade. Quando o organismo está perante uma situação de stresse, desencadeia mecanismos de combate e adaptação, de forma a reestabelecer – se o equilíbrio homeostático (Meneghini, Paz & Lautert, 2011).

Os malefícios causados pelo stresse dependem da cultura e dos valores do indivíduo, bem como da sua personalidade (Bezerra, Silva, & Ramos, 2012).

Ao nível biológico os sinais e sintomas mais comuns observados são a sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão arterial, aperto da mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, náuseas, mãos e pés frios. Em termos psicológicos, vários sintomas podem ocorrer, tais como ansiedade, tensão, angústia, insónia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, dificuldade de concentração em outros assuntos que não o relacionado ao estressor,

dificuldade de relaxar, ira e hipersensibilidade emotiva (Miranda, Areias, Lipp, Carmelo, citados por Ferreira & Martino, 2006, p.243).

Devido às consequências do stresse ocupacional, tanto para a saúde como para a economia mundial, este problema tem sido alvo de vários estudos. O absentismo, as reformas antecipadas, a incapacidade temporária atingiram tais níveis, que desencadearam o alarme, levando à necessidade dos estudos como forma de prevenção do problema (Mota, s/d.).

1.5.3. Recursos/Estratégias para combater o stresse

Cada vez mais se reconhece que a profissão de enfermagem se depara constantemente com uma sucessão de condições adversas no exercício das suas atividades. Existe no entanto uma desvalorização dessa situação e a crença de que:

os profissionais de saúde estão imunes à doença, pelo facto de deterem conhecimentos no campo da saúde, encontra-se na base de muitas das nossas ideias em relação à capacidade de resistência destes profissionais. Contudo, sabemos que o conhecimento não substitui a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com emoções, com sofrimento e inclusive com a morte (McIntyre, 1994; Smith, 1978, citado por McIntyre *et al.*, 1999, p.513).

Assim, as experiências vividas por estes profissionais levam-nos a ter que criar estratégias e meios para transformar, conter e controlar o que provoca esse stresse. O *coping* e a resiliência são, então, formas de resposta ao stresse e desempenham um papel extremamente importante no seu combate.

Coping

O termo *coping* é de origem anglo-saxónica, tendo sido traduzido para a língua portuguesa com o sentido de “formas de lidar com ou estratégias de confronto” (Britto & Carvalho, 2004). A definição de *coping* tem oferecido dificuldades e divergências aos diversos autores, devido à quantidade de abordagens, interpretações e medidas sugeridas, apesar de o seu estudo se ter prolongado já por várias décadas. Para Lazarus e Folkman (1984), o *coping* será o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que o

organismo desenvolve a fim de combater as exigências internas ou externas, que percebe como estando além das suas capacidades de resposta (Varela & Leal, 2007).

O *coping* tem duas funções principais: lidar com o problema que causa angústia (*coping* focado no problema) e regular as emoções (*coping* focado nas emoções) (Martins & Martins, 1999, p. 531). Por exemplo, as formas de *coping* focadas no problema incluem esforços para modificar a situação, acalmar, racionalizar, resolver o problema, enquanto que as formas de *coping* focalizadas nas emoções incluem distanciamento, autocontrole, procura de suporte social, fuga/evitamento, aceitação de responsabilidades e reavaliação positiva (Folkman *et al.*, 1986 citado por Martins & Martins, 1999, p. 531).

Resiliência.

Há aproximadamente 30 anos que é investigado o tema da resiliência mas só nos últimos tempos é que é debatido do ponto de vista teórico e metodológico. A noção de resiliência é um conceito com origem na engenharia e na física, mas que foi adotado pela saúde. “No sentido original, pressupõe uma resistência do material que, ao sofrer um impacto ou choque com outros materiais, não perde as suas propriedades” (Belancieri, Beluci, Silva & Gasparelo, 2010, p. 228).

Na ânsia de ser bem-sucedido, de atingir níveis mais elevados profissional, social e materialmente, o Homem pode desenvolver níveis de stresse que ponham em risco o sucesso pretendido. Para combater esse stresse, o organismo cria mecanismos que Cyrulnik (1999) define como “resiliência” (Anaut, 2005). Já Pereira (2001) considera a resiliência como a capacidade que o indivíduo, grupo ou comunidade desenvolvem, com o fim de prevenir, minimizar e ultrapassar as consequências das situações adversas (Belancieri, Beluci, Silva & Gasparelo, 2010).

Mas, se realizarmos uma analogia entre a matéria inerte e simples e a matéria viva e complexa, o conceito ganha um novo sentido. Assim, resiliência é a capacidade de responder, de forma saudável e produtiva, a circunstâncias de adversidade ou trauma, sendo essencial para gerir o stresse da vida quotidiana (Oliveira, 2010, p.15).

Constata-se, então, que a resiliência não diz respeito apenas ao indivíduo, mas pode ser aplicado a um grupo, família e organização. Cada ser humano possui uma capacidade distinta para resistir ao stresse, que é também influenciada pelas circunstâncias que o rodeiam.

Fatores de resiliência que podem ser trabalhados

Segundo Anaut (2005), os fatores que constituem a resiliência podem ser trabalhados, estimulados ou desenvolvidos. A autora sintetiza alguns dos aspectos sobre os quais podem incidir as intervenções (Anaut, 2005, p.139):

- a autoestima;
- a confiança, o otimismo e o sentimento de esperança;
- a autonomia e a independência (a capacidade de se esforçar, de satisfazer as suas próprias necessidades);
- a resistência e a capacidade de combater o stress;
- a sociabilidade: como capacidade de se relacionar com os outros e comunicar positivamente com os outros;
- as relações sociais existentes, ainda que precárias;
- a capacidade de experimentar uma gama variada de emoções;
- atitudes positivas que permitam enfrentar problemas e resolvê-los, e prever as consequências.

Dada a natureza do seu trabalho e o seu envolvimento com os utentes e familiares, o Enfermeiro sente com mais intensidade a pressão dos elementos internos e externos, causadores do stress. A sua saúde pode, assim, ser adversamente afetada, levando a um desempenho mais precário das suas funções como profissional da saúde. Perante esta situação torna-se imperativa a investigação acerca das fragilidades e capacidades de resistência do indivíduo, perante as condições adversas a que está exposto. Esta investigação tem por objetivo implementar estratégias que ajudem o profissional a enfrentar os desafios inerentes no seu quotidiano profissional e pessoal. (Belancieri *et al.*, 2010).

Coping e resiliência: convergência e diferenças

O *coping* e a resiliência poderão ser confundidos, dadas as semelhanças dos conceitos. No entanto, quando analisados, constata-se que o *coping* é uma forma usada no próprio processo de resiliência, usada numa abordagem essencialmente comportamental e consciente, podendo considerar-se diversos e diferentes comportamentos de *coping* no vasto processo da resiliência. Se nos referirmos à tradução francesa do termo *coping*, significando “*ajustement*”, compreendemos que a resiliência pressupõe dois processos: *coping*, ou capacidade de enfrentar o stress ou traumatismo, e

o segundo, que consiste na aptidão de o indivíduo conseguir seguir em frente e, mesmo, de aumentar as suas capacidades, quando confrontado com situações adversas (Anaut, 2005).

Para Manciaux (1999) os comportamentos de *coping* têm que ver com as respostas a uma situação determinada e, portanto, indicam como é que o sujeito ou o grupo a vão enfrentar num determinado momento; ao passo que a resiliência, que é «em parte inata e em parte adquirida através de um precioso trabalho de adaptação», inscreve-se no tempo (Anaut, 2005, p.84).

Estratégias para combater o stresse

Segundo Zanni (2008), Ishikawa e Saito (2008), embora o conhecimento da interferência negativa dos acontecimentos laborais no bem-estar individual seja já de longa data, só recentemente foi motivo de estudo, investigando-se o efeito do stresse nas organizações, e as consequências que pode ter na saúde dos trabalhadores. Wege *et al.* (2008) apontam como causas principais deste interesse os elevados custos, para as instituições, dos efeitos indesejáveis do stresse (Laranjeira, 2009).

Constata-se, então, que os resultados financeiros ditam as políticas internas das instituições. Daí que, muitas vezes, as medidas que poderiam prevenir ou evitar o stresse nos profissionais, não sendo economicamente viáveis, são ignoradas ou reduzidas ao mínimo.

“De facto, as características do trabalho, e as práticas organizacionais, integradas no conceito de clima são consideradas variáveis basilares para percebermos porque nalgumas organizações os trabalhadores estão satisfeitos e motivados, enquanto noutras se verifica o inverso” (Martinez & Latorre, 2006 citado por Laranjeira, 2009, p.125).

Assim sendo, a origem do stresse ocupacional tem a ver com um sem número de obrigações que as instituições impõem aos trabalhadores e que, na maioria das vezes, acarretam perdas elevadas para as empresas.

Pilette (2005), Schult e Edington (2007) fazem referência a um fenómeno emergente, que denominam como “presenteísmo”, como oposto ao absentismo, mas com as mesmas consequências economicamente negativas para as empresas, a par do abandono e da diminuição do desempenho. Pilette (2005) e Pedroso (2000) explicam o significado do novo termo “presenteísmo” como sendo a presença física do trabalhador na instituição não havendo, no entanto, a correspondente produtividade, devido a

problemas de saúde, físicos e/ou mentais (Laranjeira, 2009). Berger *et al.* (2003) consideram que:

as organizações devem assumir uma postura proactiva e desenvolver atividades promotoras de um capital humano saudável, a saber: - Analisar a saúde dos colaboradores, como uma estratégia para a empresa; - apostar na sensibilização para o bem-estar e qualidade de vida; - criar programas de higiene e segurança no trabalho; - desenhar os espaços de trabalho com *layouts* seguros e ergonómicos (Laranjeira, 2009, p.131).

Como consequência deste alerta, vários autores consideram que as instituições devem, não só promover a saúde sob a forma de exercício físico, criando condições para tal dentro das próprias empresas, como ajustar as pessoas ao posto de trabalho mais adequado às suas condições de saúde (Laranjeira, 2009).

Já Chiavenato (1999) alega a necessidade, por parte da empresa, de criar metas realistas, melhor ambiente de trabalho e comunicação, melhores condições físicas de trabalho e maior participação nas decisões da empresa, bem como a recompensa aos trabalhadores e a diminuição de conflitos pessoais (Sadir, Bignotto & Lipp, 2010).

Também na enfermagem, e atendendo ao facto de se tratar de uma profissão sujeita a alto nível de stresse, seria extremamente importante que as lideranças investissem mais na investigação das condições existentes nos locais de trabalho, implementando estratégias por forma a detetar e minimizar os efeitos negativos do stresse. Assim, se as instituições se interessarem pelos seus funcionários, estes vão produzir mais e com melhor qualidade, havendo ganhos por parte de todos os interessados.

1.6. Os cuidados continuados

Uma vez que a população alvo deste trabalho de investigação é constituída por Enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Continuados, vamos de seguida descrever a estrutura, os objetivos, as competências e as tipologias de respostas sociais da Rede de Cuidados Continuados em Portugal.

O envelhecimento populacional e as mudanças no padrão epidemiológico e na organização social e familiar da população portuguesa ditaram a necessidade da criação de respostas adaptativas que satisfaçam as carências dos respetivos perfis clínicos, sociais e culturais. Perante tal constatação, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, criaram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), do qual fazem parte também os cuidados paliativos. E

é neste enquadramento que surge então o Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de Junho, sendo esta uma vantajosa ferramenta organizativa e funcional.

Este projeto irá desenvolver-se ao longo de 10 anos e será estruturado em 3 fases distintas. A primeira fase decorreu entre 2006 a 2008, com uma cobertura de 30%; a segunda fase de 2009 a 2012, com uma cobertura de 60%; e a terceira fase de 2013 a 2016, calculando-se que, neste período de tempo, este modelo esteja a operar já na sua máxima força.

1.6.1. Objetivos da RNCCI

A RNCCI tem como objetivo principal prestar cuidados continuados integrados à pessoa que deles necessite, independentemente da sua idade. Os objetivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados são (Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de junho):

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência através da prestação de cuidados continuados da saúde e ou de apoio social;
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que, mediante o apoio domiciliário, possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

No decurso de um processo de modernização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) surgiu a necessidade de criar um serviço que dê continuidade e suporte à rede nacional de saúde, ao mesmo tempo que facilita ao utente o acesso a serviços mais adequados à sua situação de dependência, através da articulação dos serviços comunitários de proximidade (centros de saúde e hospitais), com os serviços e instituições de natureza privada e social.

1.6.2. Coordenação da rede

“A coordenação da RNCCI é exercida a nível nacional através da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e é operacionalizada a nível regional e local [Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL)], respetivamente” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p.11).

Assim, os principais intervenientes na coordenação da RNCCI apresentam-se na figura seguinte (figura 3):

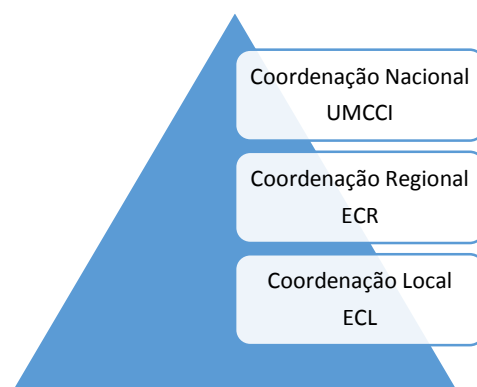


Figura 3 - Intervenientes na coordenação da RNCCI

Fonte: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p.11

A função da UMCCI é a coordenação da RNCCI a nível nacional. Assegurando o funcionamento pleno da rede. As equipas coordenadoras regionais articulam com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, competindo-lhes, designadamente (artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho):

- a. Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de ação anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades;

- b. Orientar e consolidar os planos orçamentados de ação anuais e respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional;
- c. Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados;
- d. Promover a elaboração de contratos para a implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede;
- e. Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação;
- f. Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;
- g. Garantir a articulação com, e entre, os grupos coordenadores locais;
- h. Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede;
- i. Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.

As competências das equipas de Cuidados Continuados são (Artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho):

- a. Identificar as necessidades e propor à coordenação regional ações para a cobertura das mesmas;
- b. Consolidar os planos orçamentados de ação anuais, elaborar os respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;
- c. Divulgar informação atualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede;
- d. Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede;
- e. Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respetivo serviço comunitário de proximidade;
- f. Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede;
- g. Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede.

1.6.3. Tipologias de Resposta

A RNCCI garante a prestação de cuidados de saúde e de ajuda social através de 4 tipos de resposta (figura 4):

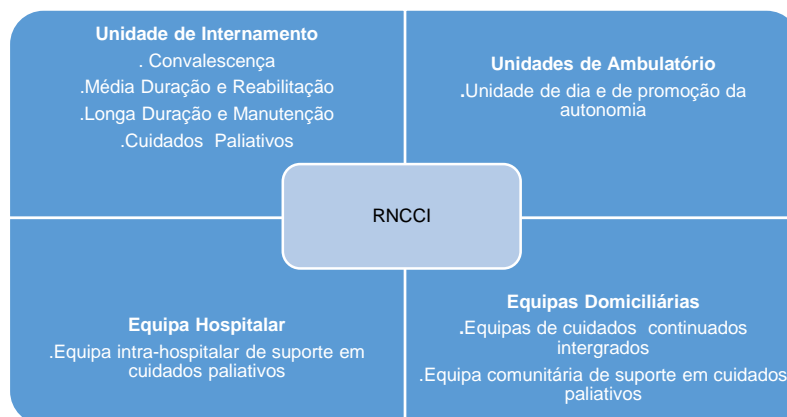


Figura 4 - RNCCI - Tipos de resposta

Fonte: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p.8

Procuramos, de seguida, elaborar uma breve caracterização das unidades onde foi realizado o estudo – Unidades de Internamento.

O principal objetivo da Unidade de Convalescença é a estabilização clínica e funcional do doente, em fase de recuperação de um processo agudo ou no caso de recorrência de um processo crónico. Para esta unidade são encaminhados os doentes com elevado potencial de reabilitação, prevendo-se o internamento até 30 dias consecutivos (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Para a Unidade de Média Duração e Reabilitação são encaminhados os doentes em situação de recuperação de um processo agudo, ou de descompensação de um processo crónico, por um período previsível de 30 a 90 dias (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Para as Unidades de Longa Duração e Manutenção são encaminhados os doentes com processos crónicos que apresentam diferentes níveis de dependência e grau de complexidade e cujo ambiente familiar não possui capacidade de resposta às suas necessidades. Nestes casos, o internamento será superior a 90 dias (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Para os doentes com doenças complexas em estado avançado ou numa fase terminal, a RNCCI criou as Unidades de Cuidados Paliativos, onde o doente usufrui de um plano terapêutico e de cuidados paliativos (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Capítulo II - Metodologia

Neste capítulo, desenvolveremos a metodologia utilizada neste estudo, tendo como principal objetivo dar resposta à questão de investigação levantada por nós.

2.1. Considerações Metodológicas

Um trabalho de investigação deve estar conotado de valor científico, para isso, é necessário que passe por um determinado número de etapas e requisitos, que lhe confirmem validade e credibilidade, por forma a atingir os objetivos propostos. Segundo Fortin (1999, p.15):

A investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de investigação. Pelas suas funções, a investigação permite descrever, explicitar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos.

Na profissão de enfermagem, existe um constante estudo de fenómenos que levam à descoberta e ao incremento de saberes. Assim, a investigação é um importante elo de ligação entre a ciência e a prática de cuidados.

2.2. Importância da investigação em enfermagem

Cada vez mais se pode observar um aumento rápido da investigação em Enfermagem, pois esta não evoluiria se assim não fosse. Desta forma, a investigação nesta área conduz a uma série de benefícios para a prática da profissão, tais como: melhoria na execução das ações de enfermagem, dignificação e autonomia da profissão, alargamento da base científica, maior satisfação do utente, formação contínua dos Enfermeiros, entre outros. Podemos, então, concluir que a investigação é um processo rigoroso de aquisição de conhecimentos que contribuem para o desenvolvimento de uma profissão.

2.3. Escolha do tema de investigação

Desde os dias em que Florence Nightingale escandalizou a sociedade inglesa com a sua determinação em tratar os soldados na guerra da Crimeia, tornando-se enfermeira, já passou muito tempo e a profissão ganhou novos estatutos e reconhecimento geral em todo o mundo. É de notar que, sem treino e apenas devido à sua intuição, já esta pioneira, ainda hoje marco de referência da enfermagem, fazia mais do que tratar fisicamente os doentes, com os escassos meios ao seu alcance – tratava-os também com todo o carinho, chamando-lhes *seus filhos*. Já ela reconhecia que o paciente deve ser tratado como um ser total, e não só como um corpo físico, mostrando uma abnegação total do eu.

A sua dedicação e esforço levou-a a tornar-se, ela própria, numa inválida confinada ao leito, desde os 40 anos até à sua morte, em 1910. Poderia ter sido ela também uma vítima de stress profissional?

A profissão de enfermagem continua a ser desgastante. Por exigência do seu trabalho, o Enfermeiro convive diariamente com problemas que, muitas vezes, não têm solução. As situações de sofrimento a que estão constantemente expostos, no dia-a-dia, fariam dos seus membros autênticos monstros, se conseguissem passar-lhe incólumes, ao lado. Eles não são apenas Enfermeiros são, em primeiro lugar, seres humanos, sujeitos às reações normais do resto dos mortais.

Perante a constatação de que a profissão de enfermagem afeta a qualidade de vida dos enfermeiros e sendo estes elementos fundamentais das equipas multidisciplinares dos Cuidados Continuados, surgiu então o interesse relativamente ao estudo sobre “O nível de stress nos enfermeiros dos cuidados continuados dos distritos de Bragança e Vila Real”. É importante salientar que, os Cuidados Continuados são uma realidade muito recente e existem ainda poucos estudos nesta área.

2.4. Tipo de estudo

Quando iniciamos este estudo, o que tínhamos em vista era a confirmação ou a negação de algo, e em última análise, a aquisição de saber. No entanto, é essencial questionarmo-nos sobre o tipo de pesquisa que mais se adapta aos nossos propósitos.

O presente estudo é de natureza quantitativa, transversal e observacional. Segundo Daly e Bourke (2008), num estudo observacional, o investigador não intervém, limitando-se a observar e a analisar uma situação que já existe. Por outro lado, a abordagem a realizar neste estudo será de forma quantitativa. Na opinião de Reis (2010, p. 61-62)

“todos os dados podem ser quantificáveis”, ou seja, representados “em números, opiniões e informações para os classificar e analisar”. O objetivo deste método prende-se com a finalidade de “contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e ainda para a possibilidade de generalizar os resultados”. Por fim, e uma vez que os dados foram recolhidos num único momento, esta investigação assume uma natureza transversal (Pais-Ribeiro, 2010).

2.5. Objetivos do estudo

“O objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação” (Fortin, 2000, p.99)

O presente estudo surge integrado no âmbito do Trabalho de Projeto/ Estágio, do curso de Mestrado de Cuidados Continuados, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Bragança, e tem como objetivos:

- Conhecer as características sociodemográficas dos Enfermeiros que exercem funções em Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real.
- Verificar se os Enfermeiros consideram as suas situações de vida como stressantes.
- Analisar se existem diferenças na autoperceção de situações de vida stressantes tendo em conta as variáveis sociodemográficas.
- Delinear estratégias/intervenções de acordo com os resultados obtidos no estudo.

2.6. Variáveis em estudo

Uma variável é algo possível de medir. Pode ser diferenciada em variável dependente e em variável independente.

Variável Dependente

De acordo com o problema formulado, a variável dependente estudada é: *o nível de stresse*. Esta é operacionalizada através da escala de percepção de stresse de Pais-Ribeiro & Marques (2009) (quadro 1).

Quadro 1 – Itens do instrumento

Itens descritivos de situações de stresse
No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?
No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?
No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?
No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?
No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?
No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?
No último mês com que frequência se sentiu nervoso(a) ou “stressado (a)”?
No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?
No último mês com que frequência se sentiu irritado(a) com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?
No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?
No último mês com que frequência se sentiu aborrecido(a) com algo que ocorreu inesperadamente?
No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e desagradáveis?
No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?

Fonte: Pais-Ribeiro e Marques (2009)

Variáveis independentes

As variáveis independentes, identificadas no presente trabalho de investigação, são de natureza social, geográfica e profissional (quadro 2).

Quadro 2 - Variáveis independentes e sua operacionalização

Variáveis sociodemográficas e profissionais	Operacionalização/Categorização
Sexo	Variável qualitativa nominal dicotómica: 1:Feminino; 2:Masculino
Idade	Variável quantitativa de razão Número em anos
Categoria profissional	Variável qualitativa nominal: 1:Enfermeiro(a); 2:Enfermeiro(a) Chefe; 3:Enfermeiro(a) Graduado(a)
Tipologia dos Cuidados Continuados	Variável qualitativa nominal: 1:Média e Longa; 2:Convalescença e Paliativos; 3:Longa; 4:Média

Unidade dos Cuidados Continuados em que o Enfermeiro trabalha	Variável qualitativa nominal 1:Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro 2:Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro 3:Santa Casa da Misericórdia de Torre de Moncorvo 4:Santa Casa da Misericórdia de Vila Flor 5:Santa Casa da Misericórdia de Vimioso 6:Santa Casa da Misericórdia de Freixo de Espada à Cinta 7:Centro Hospitalar do Nordeste (Unidade de Macedo de Cavaleiros) 8:Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Pouca de Aguiar) 9:Santa Casa da Misericórdia de Alijó 10:Santa Casa da Misericórdia de Chaves 11:Santa Casa da Misericórdia de Murça 12:Santa Casa da Misericórdia de Peso da Régua 13:Santa Casa da Misericórdia de Ribeira de Pena 14:Santa Casa da Misericórdia de Sabrosa 15:Santa Casa da Misericórdia de Vila Real
Natureza do vínculo	Variável qualitativa nominal: 1: Contrato; 2:Permanente
Integração na equipa	Variável qualitativa nominal: dicotómica 1:Sim; 2:Não
Residência no local de trabalho	Variável qualitativa nominal dicotómica: 1:Sim; 2:Não Variável quantitativa: Se não, a quantos quilómetros?
Situação conjugal	Variável qualitativa nominal: 1:Casado(a)/Em união de facto; 2:Separado(a)/divorciado(a); 3:Solteiro(a); 4:Viúvo(a)

2.7. Delimitação do problema de investigação

Para Fortin (2000, p.51) o problema de investigação “... é um enunciado interrogativo, claro e não equívoco que precisa de conceitos – chave, específico à população alvo e sugere uma investigação empírica...”.

O objetivo da formulação do problema é torná-lo específico, inconfundível e individualizado. Deste modo, é fundamental existir na formulação do problema objetividade, clareza e exatidão.

O problema deverá, ainda, ser analisado quanto à viabilidade, relevância, novidade, exequibilidade e oportunidade.

Depois de uma pesquisa bibliográfica selecionada, de uma reflexão interiorizada e abrangente e da constatação da falta de estudos acerca desta problemática, surgiu a formulação do seguinte problema de investigação: “Será que os Enfermeiros que

trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real consideram as suas situações de vida como stressantes?”

2.8. *Formulação das hipóteses*

A função de uma hipótese, na pesquisa científica é propor explicações para determinados factos e ao mesmo tempo, orientar a procura de outras informações.

Neste sentido, as hipóteses formuladas para a resolução do problema proposto foram:

- H1: A autoperceção de situações de vida stressantes é igual para o sexo masculino e para o sexo feminino;
- H2: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a autoperceção de situações de vida stressantes por idade;
- H3: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a autoperceção de situações de vida stressantes tendo em conta situação conjugal;
- H4: A autoperceção de situações de vida stressantes é a mesma, independentemente do Enfermeiro se encontrar ou não em situação de deslocado;
- H5: A autoperceção de situações de vida stressantes é igual independentemente do vínculo profissional de Enfermeiro;
- H6: A autoperceção de situações de vida stressantes é igual para todas as tipologias dos cuidados continuados em que o Enfermeiro trabalha;
- H7: O distrito não é diferenciador da autoperceção de situações de vida stressantes.

2.9. *População e amostra*

A população é constituída pelos Enfermeiros que desempenham funções em Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real, 166 na totalidade (quadro 3).

Quadro 3 - Unidades em estudo, população e amostra

Distrito	Unidades em Estudo	População (N=166)	Amostra (n=131)
Bragança	Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro	8	8
	Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro	7	6
	Santa Casa da Misericórdia de Torre de Moncorvo	8	7
	Santa Casa da Misericórdia de Vila Flor	9	9
	Santa Casa da Misericórdia de Vimioso	8	8
	Santa Casa da Misericórdia de Freixo de Espada à Cinta	13	13
	Centro Hospitalar do Nordeste (Unidade de Macedo de Cavaleiros)	16	12
Vila Real	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Pouca de Aguiar)	12	12
	Santa Casa da Misericórdia de Alijó	14	10
	Santa Casa da Misericórdia de Chaves	13	10
	Santa Casa da Misericórdia de Murça	19	16
	Santa Casa da Misericórdia de Peso da Régua	12	11
	Santa Casa da Misericórdia de Ribeira de Pena	7	5
	Santa Casa da Misericórdia de Sabrosa	6	4
	Santa Casa da Misericórdia de Vila Real	14	NR
Total de Enfermeiros		166	131

A amostra deste estudo é probabilística aleatória simples. Sousa (2005, p. 68) afirma que “para se utilizar este tipo de amostragem é essencialmente necessário que se conheçam bem as características da população que se pretende estudar e organizar uma amostra com uma dimensão adequada”. Para que esta amostra seja representativa, é necessário garantir que “todos os elementos da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra” (Sousa, 2005, p. 66). Desta forma, no processo de amostragem foram selecionados todos os Enfermeiros que trabalhavam nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real. Os questionários foram, posteriormente, enviados pelo correio normal e todos os inquiridos tiveram a mesma probabilidade de serem selecionados respondendo ao questionário. Este processo de seleção é designado de amostragem aleatória simples (Oliveira, 2009).

Tendo em linha de conta a representatividade da amostra efetuou-se o cálculo através das expressões que se seguem ou através da consulta das tabelas de Cohen, Manion e Morrison (2011):

Tendo em conta que:

$$n_0 = \frac{1}{E^2} = \frac{1}{(0,05)^2} = 400 \dots \dots \dots \text{Expressão 1}$$

Uma vez que a população é de 166 enfermeiros e que:

$$n = \frac{(N \times n_0)}{(N + n_0)} = \frac{166 \times 400}{(166 + 400)} = \frac{66400}{566} = 117,31 \dots \dots \dots \text{Expressão 2}$$

n - corresponde ao tamanho da amostra;

n_0 - é a primeira aproximação do tamanho da amostra

N - corresponde à dimensão da população

E - representa o erro máximo admitido, que nesta investigação corresponde a 5%

Desta forma, para margem de erro de 5% um nível de confiança de 95% e uma distribuição das respostas de 50%, a escolha mais comum, a dimensão da amostra recomendada é de 117 inquiridos. Dos 166 Enfermeiros a exercer funções em Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real, recolheu-se uma amostra probabilística aleatória simples da qual fazem parte 131 Enfermeiros (quadro 3). O erro amostral foi de 4%.

2.10. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um inquérito por questionário, que os Enfermeiros preencheram de forma individual e anónima. Recorreu-se ao método do inquérito, usando como técnica o questionário uma vez que a população inquirida encontrava-se dispersa geograficamente por dois distritos, para além de que a informação necessária para dar resposta aos objetivos desta investigação dizia respeito a uma grande variedade de comportamento desenvolvidos pelo indivíduo quando confrontado com situações geradoras de stresse. Segundo Ghiglione e Matalon (1993, p. 14) “o recurso ao inquérito é necessário de cada vez que temos necessidade de informação sobre uma grande variedade de comportamentos de um mesmo indivíduo (...)”. Lessard-Hébert (1996, p. 100) salienta que “o inquérito é uma maneira indireta de recolher dados sobre a realidade” com o objetivo de obter respostas que “exprimam perceções ou opiniões sobre os acontecimentos”, que “permitam, por inferência, supor que os sujeitos apresentam capacidades, comportamentos ou processos que não poderiam observar ao vivo”.

O questionário é composto por duas partes distintas, a primeira parte composta por questões que permitiram a caracterização da amostra, nomeadamente, no que diz respeito à idade, sexo, situação conjugal, e tempo de serviço. A segunda parte é composta pela *Escala de Percepção de Stress* validada em Portugal para a população portuguesa por Pais-Ribeiro e Marques (2009). A referida escala é composta por 13 itens, havendo para cada um, cinco alternativas de resposta de A “Nunca” a E “Muitas Vezes”. O autor principal da escala foi contactado e foi obtida a sua autorização (Anexo I, p. 63) para a utilização do instrumento (Anexo II, p. 65).

2.11. Procedimentos de recolha de dados

O procedimento inicial foi obter o número total de Enfermeiros a trabalhar nas Unidades dos Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real, solicitando-se às respetivas Unidades essa informação (Anexos III, p. 68 e IV, p. 70) (quadro 3). Após a obtenção desta informação, foi pedida a todas as Unidades em estudo a autorização para a aplicação do questionário (Anexos V, p. 72 e VI, p. 75). Apenas a Unidade de Cuidados Continuados do concelho de Vila Real não foi recetiva. Posteriormente, foi realizada a aplicação e recolha dos questionários.

A recolha de dados, que decorreu no período de março de 2011 a novembro 2012, foi realizada através de um inquérito por questionário, que os Enfermeiros preencheram de forma individual e anónima.

2.12. Tratamento e análise dos dados

Na análise estatística passam a ser apresentados os resultados estatísticos obtidos através dos questionários utilizados, de forma a explicitar o problema em estudo. Deste modo, numa primeira parte fez-se o estudo das variáveis de caracterização da amostra, seguida da análise dos resultados obtidos pela aplicação do questionário, aos sujeitos do estudo. Num último ponto, descrevem-se os resultados relativos às hipóteses formuladas. Para que os dados, depois de recolhidos, sejam interpretados, é necessário que sejam apresentados e analisados estatisticamente.

A apresentação e análise dos resultados têm como objetivo resumir as observações que foram realizadas, por forma a fornecer respostas às questões da pesquisa, mas também procurar um significado mais amplo para estas respostas, relacionando-as com outros conhecimentos.

Para efetuar a análise estatística, recorreu-se ao programa estatístico SPSS Versão 20. No tratamento dos dados recorreu-se à estatística descritiva tendo como objetivo o estudo isolado das variáveis. A análise fatorial exploratória através do método das componentes principais, com rotação *varimax* foi utilizada para validar, à população de Enfermeiros que trabalham nos Cuidados Continuados nos distritos de Bragança e de Vila Real, a Escala de Percepção de Stresse de Pais-Ribeiro e Marques (2009). Foram utilizados os testes de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) para perceber qual a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, que pode ser atribuída a um fator comum; e o teste de esfericidade de *Bartlett* para verificar

se a matriz de correlação é uma matriz identidade. Para analisar a consistência interna das dimensões das escalas, foi calculado o Alfa *Cronbach*. Foi testada a normalidade das dimensões de stresse e da variável dependente “Nível de stresse” através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Uma vez verificados os pressupostos da normalidade e da homogeneidade de variâncias dos grupos, foram utilizados os testes paramétricos, *t-Student* para comparar os níveis de stresse entre 2 grupos independentes e a *ANOVA One-Way* para comparar os níveis de stresse entre três ou mais grupos independentes. Por fim, para correlacionar as escalas recorreu-se ao teste de correlação de *R-Pearson*. O nível de significância utilizado foi de 5%.

2.13. *Aspetos Éticos da Investigação*

Nos últimos anos tem havido uma preocupação crescente com a proteção dos indivíduos como sujeitos de investigação. Assim, todo o trabalho de investigação que envolve seres humanos requer uma análise especial de procedimentos a serem utilizados, de modo a protegerem os indivíduos, tendo em conta, os seguintes aspetos:

- A atuação do investigador deve basear-se no reconhecimento do valor absoluto da pessoa humana;
- O indivíduo a ser investigado deve ser mantido informado ao longo de todo o processo, quanto à natureza, objetivos e procedimentos;
- O investigador deve solicitar sempre autorização junto das entidades responsáveis e, durante o estudo deve respeitar escrupulosamente os compromissos assumidos (Anexos V, p. 72);
- O investigador só deve iniciar a investigação após autorização das entidades responsáveis (Anexo VII, p. 75);
- Os indivíduos da investigação devem ser protegidos contra danos físicos, emocionais e sociais;
- Os esclarecimentos a fornecer devem versar os objetivos dos estudos, a sua duração e as condições materiais em que decorrem;
- O investigador deve assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos;
- Deve respeitar-se a segurança, intimidade e dignidade dos indivíduos;
- Não manipular pessoas, dados e resultados;
- Respeitar os valores morais e culturais dos indivíduos.

Capítulo III - Resultados da Investigação

Na opinião de Sousa (2009, p. 65) a caracterização da população deverá definir-se tendo por base os seguintes tópicos:

Natureza (Enfermeiros);

Dimensão (número dos elementos);

Âmbito (o que pertence e não pertence à população).

Assim e tendo por base o exposto atrás relativamente à caracterização da população tendo em conta a sua natureza, a população em estudo é constituída pelos Enfermeiros que desempenham funções em Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real. Dos 166 Enfermeiros a exercer funções, 131 responderam ao questionário constituindo a amostra do mesmo.

3.1. Caracterização da amostra

Tal como já foi referido as Unidades, que participaram neste estudo, localizam-se em dois distritos, Bragança e Vila Real. Foram obtidos 68 (51,9%) questionários em Vila Real e 63 (48,1%) em Bragança.

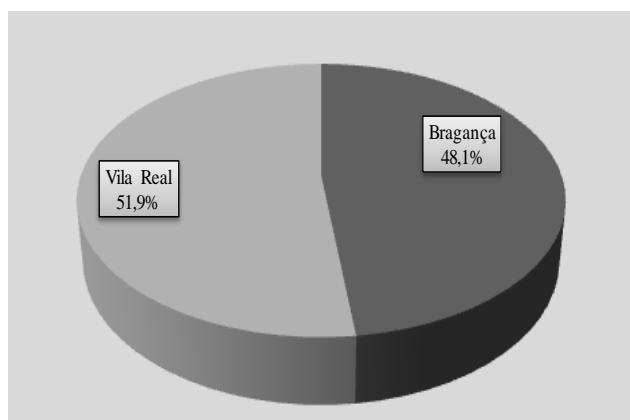


Gráfico 1 - Enfermeiros inquiridos distribuídos por distrito

Dos Enfermeiros em estudo do distrito de Bragança, 13 concentram-se na Unidade de Freixo de Espada à Cinta (20,6%) e 12 em Macedo de Cavaleiros (19,1%) e o menor número, 7 na Unidade de Torre de Moncorvo (11,1%) e 6 em Mogadouro (9,5%). No distrito de Vila Real, 16 Enfermeiros concentram-se na Unidade de Murça (23,53%) e 12

em Vila Pouca de Aguiar (17,7%) e em menor número, 5 na Unidade de Ribeira de Pena (7,4%) e 4 em Sabrosa (5,9%) (Gráfico 2).

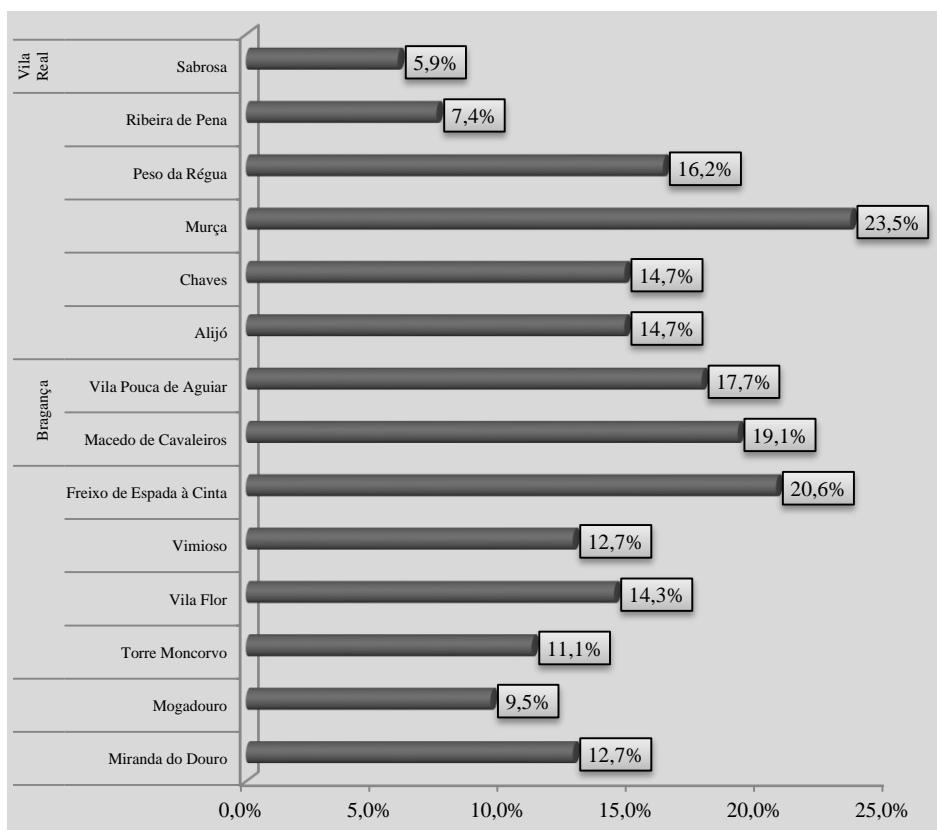


Gráfico 2 - Enfermeiros inquiridos distribuídos por distrito e localidade

Em relação à categoria profissional dos Enfermeiros, constata-se que existem 129 (98,4%) Enfermeiros (as) de nível 1 a exercer funções nas Unidades em estudo, 1 (0,8%) enfermeiro graduado e 1 (0,8%) enfermeiro chefe (Gráfico 3).

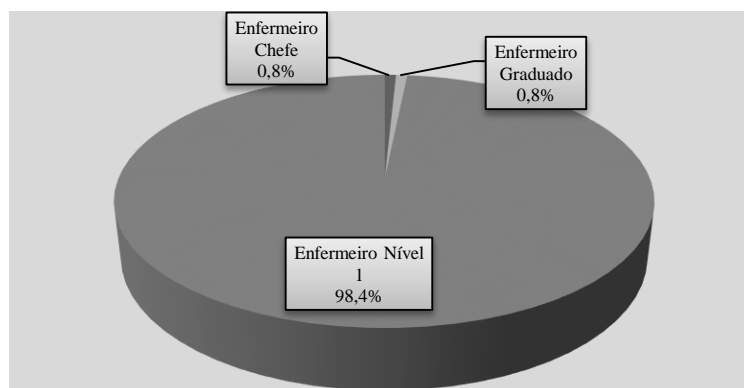


Gráfico 3 - Enfermeiros inquiridos por categoria profissional

A amostra é constituída por 131 Enfermeiros, existindo uma predominância das mulheres 102 (77,9%) em relação aos homens 29 (22,1%). Estes resultados refletem a constituição da população de Enfermeiros existentes em Portugal (Gráfico 4).

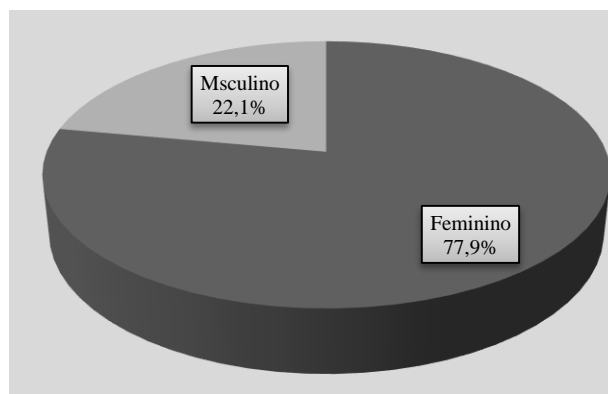


Gráfico 4 - Enfermeiros distribuídos por sexo

Os Enfermeiros respondentes tinham idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos, registando em média 28,7 anos (DP=5,88) (Gráfico 5).

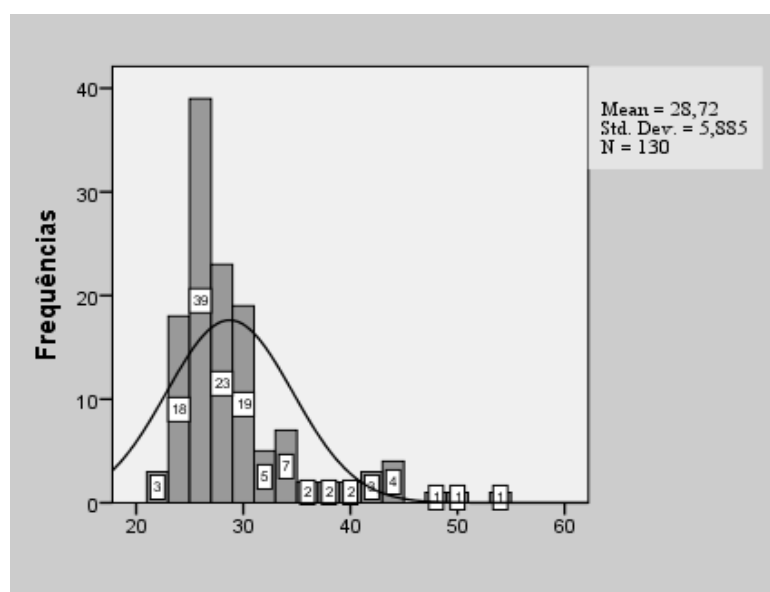


Gráfico 5 - Média de idade dos Enfermeiros

Relativamente à situação conjugal observa-se o seguinte: 71 (54,2%) Enfermeiros são solteiros, 57 (43,5%) casados/união de facto e 3 (2,3%) separados/divorciados (Gráfico 6).

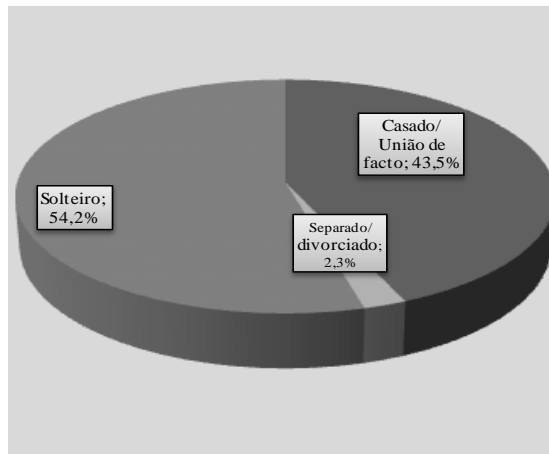


Gráfico 6 - Estado civil dos Enfermeiros

As Unidades dos Cuidados Continuados onde trabalham os Enfermeiros apresentam diferentes tipologias, sendo elas caracterizadas da seguinte forma: Média e Longa, Convalescência e Paliativo, Longa e Média. Assim, constatou-se que o maior número de Enfermeiros se concentra nas Unidades de Média e Longa Duração 58 (44,3%) e em menor número nas Unidades de Média Duração 4 (3%) (Gráfico 7).

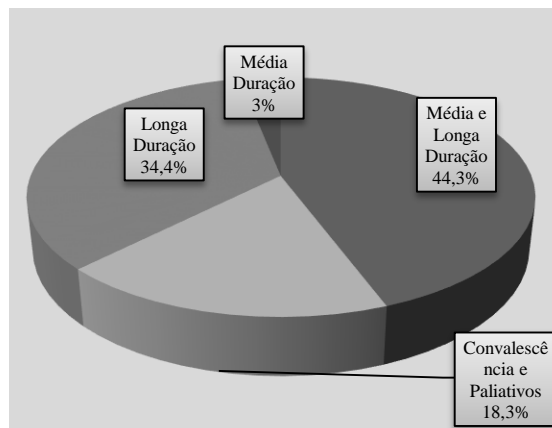


Gráfico 7 - Enfermeiros distribuídos por tipologia das unidades estudadas

Quanto à natureza do vínculo, 66 (50,4%) Enfermeiros encontram-se a contrato, 59 (45,0%) fazem parte dos quadros dos respetivos locais de trabalho e 6 (4,6%) apresentam outro tipo de vínculo (recibos verdes) (Gráfico 8). Verifica-se que todos os Enfermeiros inquiridos se sentem integrados na equipa onde trabalham.

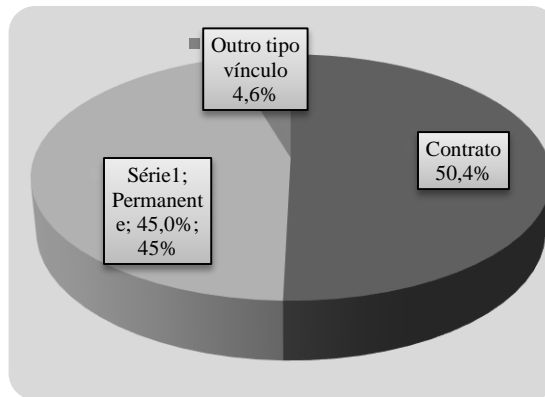


Gráfico 8 - Tipo de vínculo dos Enfermeiros com a unidade onde exercem a profissão

Dos 131 Enfermeiros a trabalhar nas Unidades de Cuidados Continuados, 60 (45,8%) residem na localidade onde trabalham e os restantes 71 (54,2%), residem fora do meio onde se localiza a Unidade onde laboram (Gráfico 9).

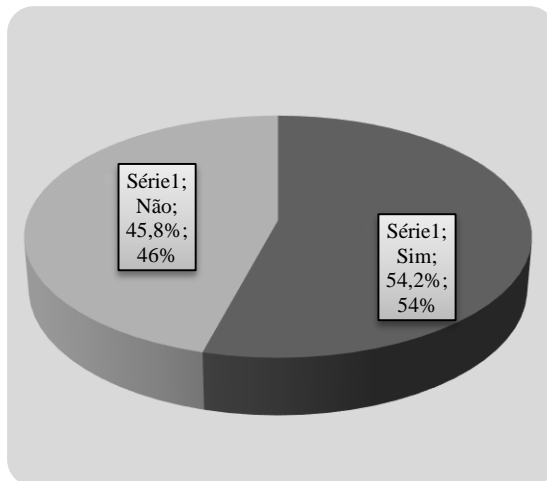


Gráfico 9 - Enfermeiros deslocados

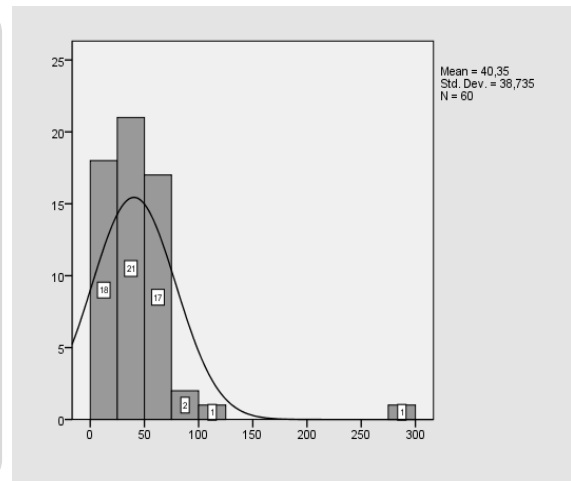


Gráfico 10 - Distância média do local da residência até ao local de trabalho

Dos Enfermeiros que se encontram deslocados, (71) a distância que têm de percorrer diariamente até ao seu local de trabalho é muito heterogénea (DP=38,7), sendo em média de 40,4 Km (Gráfico 10).

3.2. Validação da Escala do Stresse aos Enfermeiros que trabalham em Unidades de Cuidados Continuados

A análise fatorial exploratória, pelo método das componentes principais e a rotação *varimax*, permitiu identificar três fatores com *eigenvalues* superiores a 1. Verificou-se que a variância explicava na totalidade o nível de stresse em 60,128. A consistência interna analisada através do *Alfa Cronbach* para os 13 itens foi muito boa ($\alpha_{Global}=0,893$) (Pestana & Gageiro, 2005). Neste estudo, quer o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO=0,823) quer

o teste de *esfericidade de Bartlett* ($p\text{-value}<0,000$) revelaram adequação dos dados à análise fatorial (quadro 4). Os resultados da análise estatística evidenciam que as características psicométricas obtidas são boas atestando que o instrumento é adequado para avaliar o que se propõe nesta investigação, ou seja o nível de stresse dos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados.

Quadro 4 - Cargas fatoriais, comunalidades, variância explicada para os escores da escala de Stresse e consistência interna dos fatores

Descrição	Fator 1	Fator 2	Fator 3
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	0,647		
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	0,806		
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?	0,598		
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?	0,856		
12. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?	0,596*		
2.No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?		0,807	
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso(a) ou "stressado(a)"?		0,534	
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?		0,786	
11. No último mês com que frequência se sentiu irritado(a) com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?		0,694	
13. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?		0,764	
1.No último mês com que frequência se sentiu aborrecido(a) com algo que ocorreu inesperadamente?			0,526*
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e desagradáveis?			0,756
5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?			0,573
Alfa Cronbach por fator	$\alpha_1=0,788$	$\alpha_2=0,805$	$\alpha_3=0,769$
Alfa Cronbach global	$\alpha_{Global}=0,893$		
KMO	0,823		
Teste de esfericidade de Bartlett	0,000		
Variância explicada por fator	24,111	23,061	13,955
Variância explicada Total	60,128%		

***Itens invertidos**

O fator 1, com *eigenvalue* igual a 4,301, agrupa os itens 6,7, 9, 10 e 12, relacionados com *a tentativa individual para guiar o comportamento e organizar o contexto, ao longo do tempo, de forma a conseguir alcançar os objetivos definidos pela pessoa e a convicção de que uma pessoa é capaz de realizar uma tarefa específica.*

O fator 2, com *eigenvalue* igual a 2,375, agrupa os itens 2,3,8,11 e 13, que se referem à *habilidade de superar as adversidades.*

O fator 3, com *eigenvalue* igual a 1,141, engloba os itens 1, 4 e 5, que se relacionam com a *avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma como sendo intrinsecamente positiva ou negativa em algum grau.*

Segundo o teste de correlação de *Pearson*, provou-se a existência de correlações significativas, positivas e elevadas entre os vários fatores, Autorregulação ($r=0,852$; p -

value<0,01) e Resiliência ($r=0,712$; $p\text{-value}<0,01$) e o nível de stresse. Quanto menor a a capacidade de Autorregulação e Resiliência maior é o nível de stresse. A Autoestima mostrou ter uma correlação fraca com o nível de stresse ($r=0,144$; $p\text{-value}<0,05$) (quadro 5). Considerando as correlações dos fatores entre si, verificou-se que apesar de significativas e positivas foram fracas (Autorregulação e Autoestima: $r=0,181$; $p\text{-value}<0,05$) ou moderadas (Autorregulação e Resiliência: $r=0,366$; $p\text{-value}<0,01$; Autoestima e Resiliência: $r=0,386$; $p\text{-value}<0,05$) (quadro 5).

Quadro 5 - Correlação entre os fatores e entre os fatores e o nível de stresse

Variáveis	Teste	Stresse global	Autorregulação	Resiliência	Autoestima
Stresse Global	Teste de <i>Pearson</i>	1			
	<i>p-value</i>				
	N	131			
Autorregulação	Teste de <i>Pearson</i>	0,852**	1		
	<i>p-value</i>	0,000			
	N	131	131		
Resiliência	Teste de <i>Pearson</i>	0,712**	0,366**	1	
	<i>p-value</i>	0,000	0,000		
	N	131	131	131	
Autoestima	Teste de <i>Pearson</i>	0,144*	0,181*	0,386**	1
	<i>p-value</i>	0,001	0,048	0,000	
	N	131	131	131	131

* correlação estatisticamente significativa para nível de significância de 5%

** correlação estatisticamente significativa para nível de significância de 1%

As médias e os respetivos desvios-padrão de cada item descritivo de situações de stresse e dos fatores são apresentados no quadro 6. As médias de cada item permitiram identificar quais as situações vividas pelo Enfermeiro onde nível de stresse é mais elevado, embora moderado. Tendo em conta o fator *Autorregulação*, destacou-se com nível de stresse mais elevado, o item “No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor” (Média=2,57; DP=0,765). No fator Resiliência evidenciaram-se os itens “No último mês com que frequência se sentiu nervoso(a) ou "stressado(a)”? (Média=2,95; DP=0,893) e “No último mês com que frequência se sentiu irritado(a) com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?” (Média=2,75; DP=0,835). Por fim, no fator *Autoestima* destacou-se o item “No último mês com que frequência se sentiu aborrecido(a) com algo que ocorreu inesperadamente?” (Média=3,25; DP=0,835) (quadro 6).

Quadro 6 - Média, DP por item e por fator da escala do stresse

Descrição itens e fatores	Média	DP
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	2,32	0,816
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	2,48	0,758
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?	2,46	0,897
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?	2,57	0,765
12. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?	2,31	0,860
Fator 1: Autorregulação	12,15	3,018
2.No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?	2,09	0,789
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso(a) ou "stressado(a)"?	2,95	0,893
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?	2,57	0,877
11. No último mês com que frequência se sentiu irritado(a) com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?	2,75	0,835
13. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	2,27	0,795
Fator 2: Resiliência	12,64	3,145
1.No último mês com que frequência se sentiu aborrecido(a) com algo que ocorreu inesperadamente?	3,25	0,835
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e desagradáveis?	2,66	0,821
5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?	2,68	0,777
Fator 3: Autoestima	8,59	1,695
Nível de Stresse global	33,37	5,054

A variável dependente, *Nível de Stresse*, é uma variável que pode ser experienciada em termos de grau (reduzido, moderado e elevado), ou seja, é uma variável contínua (tabela 7).

Quadro 7 - Pontos de corte dos fatores e da variável Nível de Stresse

Fatores	Pontos de corte			Mínimo	Máximo
	Reduzido	Moderado	Elevado		
Autorregulação	5,0-12,49	12,50-17,49	17,50-25,0	5	25
Resiliência	5,0-12,49	12,50-17,49	17,50-25,0	5	25
Autoestima	3,0-7,49	7,50-10,49	10,50-15,0	3	15
Stresse Global	13,0-32,49	32,50-45,49	45,50-65,0	13	65

As médias e os respetivos desvios-padrão dos fatores foram os seguintes: *Autorregulação* (Média=12,15; DP=3,018; Mín.=5; Máx.=25) (Gráfico 11); *Resiliência* (Média=12,64; DP=3,145; Mín.=5; Máx.=25) (Gráfico 12) e *Autoestima* (Média=8,59; DP=1,695; Mín.=3; Máx.=15) (Gráfico13). Registou-se um nível global de stresse moderado (Média=33,37; DP=5,054; Mín.=13; Máx.=65) (Gráfico 14).

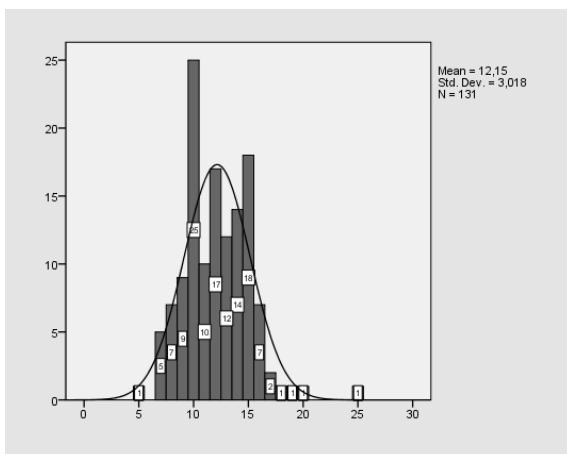


Gráfico 11 - Histograma da Autorregulação

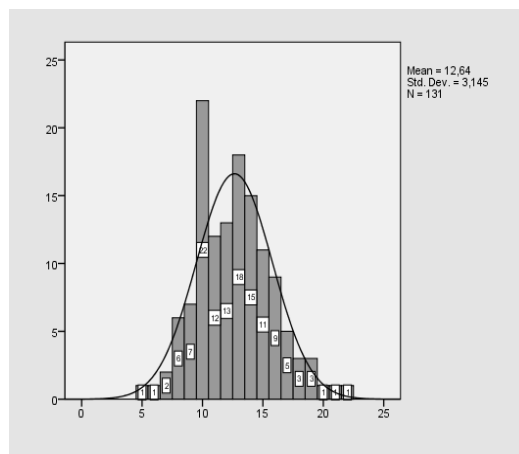


Gráfico 12 - Histograma da Resiliência

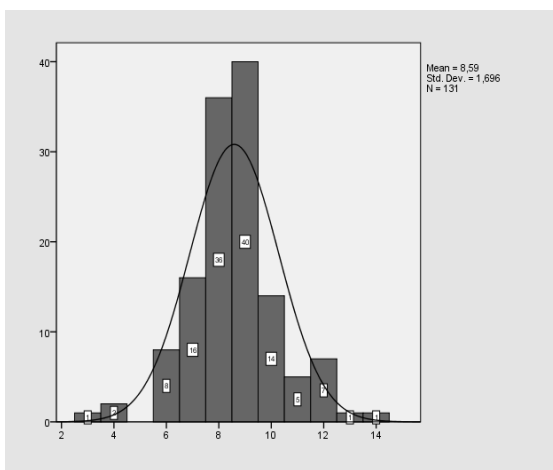


Gráfico 13 - Histograma da Autoestima

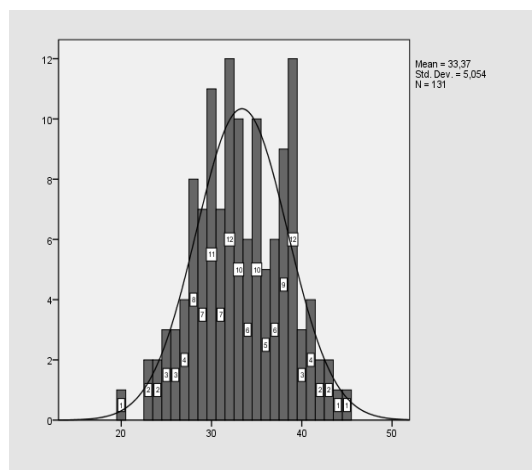


Gráfico 14 - Histograma do nível de stress

A distribuição dos inquiridos pelo nível de stress foi o seguinte: 33,6% (44) manifestaram um nível de stress reduzido; 65,6% (86) mostraram ter um nível moderado de stress e 0,8% (1) registaram um nível elevado de stress. Foi no fator resiliência que se registou maior número de Enfermeiros com nível de stress elevado (6,9%) (Gráfico 15).

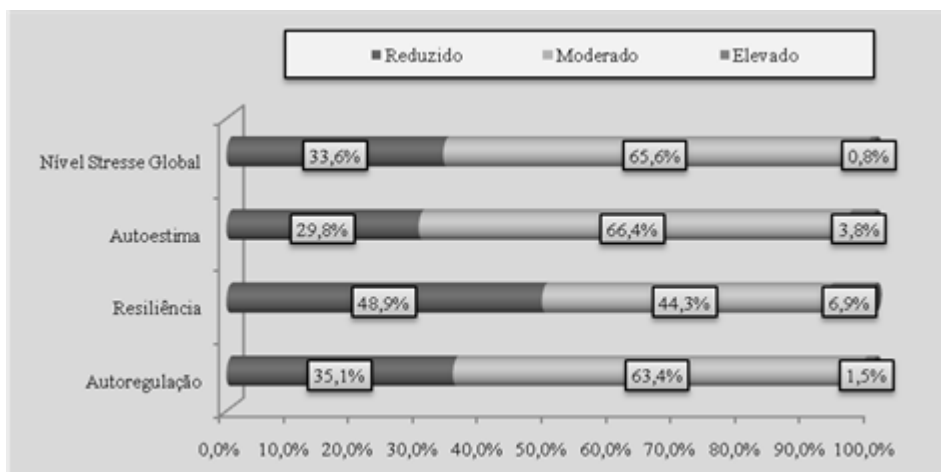


Gráfico 15 - Enfermeiros distribuídos por nível de stress

3.3. Comparação do Nível de Stresse dos Enfermeiros tendo em conta as características sociodemográficas e profissionais

Quanto à *Autorregulação*, comparando o nível de stresse em situações em que o Enfermeiro(a) utiliza esta capacidade, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas tendo em conta o distrito, a situação de deslocado, o sexo, a idade, a situação conjugal, o vínculo profissional e a tipologia das Unidades de Cuidados Continuados. Deste modo, o nível de stresse por vivenciar situações onde o Enfermeiro utiliza esta capacidade é igual, independentemente, das variáveis de natureza pessoal (sexo, idade e situação conjugal), geográfica (distrito, situação de deslocado) e profissional (vínculo profissional e tipologia das Unidades de Cuidados Continuados) (Quadro 8).

Quadro 8 - Scores da escala *Autorregulação* resultados dos testes *t-Student* e *ANOVA One-Way*

Variável	Categoria	Média	DP	<i>t</i>	<i>p-value</i>
Distrito	Bragança	12,1	2,76	-0,123	0,902
	Vila Real	12,2	3,25		
Deslocado(a)	Sim	12,2	3,09	0,156	0,876
	Não	12,1	2,96		
Sexo	Feminino	12,2	2,75	0,640	0,523
	Masculino	11,8	3,85		
Idade	<31 anos	12,0	3,14	-0,674	0,502
	≥31 anos	12,5	2,54		
Situação Conjugal	Casado(a)/união Facto	12,3	3,34	0,450	0,653
	Solteiro/Separado/ Divorciado(a)	12,0	2,76		
Vínculo	Permanente	11,9	2,83	-0,956	0,341
	Contrato/Outro	12,4	3,23		
Variável	Categoria	Média	DP	<i>F</i>	<i>p-value</i>
Tipologia Da Unidade	Longa e Média Duração	12,4	3,59	0,311	0,817
	Convalescença e paliativos	11,9	2,71		
	Longa Duração	11,9	2,45		
	Média Duração	11,8	0,957		

No que diz respeito à Resiliência apenas se registaram diferenças estatisticamente significativas tendo em conta a tipologia da Unidade de Cuidados Continuados ($F=3,968$; $p\text{-value}=0,010<0,05$). O nível de stresse devido a situações vivenciadas pelo Enfermeiro onde é necessário usar a Resiliência é mais elevado nas Unidades de Média Duração (Média=17,5; DP=5,19) (Quadro 9).

Quadro 9 - Scores da escala Resiliência e resultados dos testes *t-Student* e ANOVA *One-Way*

Variável	Categoria	Média	DP	<i>t</i>	<i>p-value</i>
Distrito	Bragança	12,8	2,76	0,421	0,674
	Vila Real	12,5	4,48		
Deslocado(a)	Sim	12,3	3,04	-1,202	0,231
	Não	13,0	3,26		
Sexo	Feminino	12,7	3,16	0,533	0,710
	Masculino	11,4	3,12		
Idade	<31 anos	12,6	3,11	0,069	0,945
	≥31 anos	12,6	3,27		
Situação Conjugal	Casado(a)/União Facto	12,7	3,38	0,304	0,761
	Solteiro/Separado/ Divorciado(a)	12,6	2,97		
Vínculo	Permanente	12,7	3,04	0,213	0,832
	Contrato/Outro	12,6	3,29		
Variável	Categoria	Média	DP	<i>F</i>	<i>p-value</i>
Tipologia Da Unidade	Longa e Média Duração	12,7	3,21	3,968	0,010*
	Convalescença e paliativos	11,8	3,02		
	Longa Duração	12,6	2,61		
	Média Duração	17,5	5,19		

Por fim, tendo em conta a Autoestima, o nível de stresse por vivenciar situações onde o Enfermeiro utiliza esta capacidade é igual em termos estatísticos, independentemente, das variáveis de natureza pessoal (sexo, idade e situação conjugal), geográfica (distrito, situação de deslocado) e profissional (vínculo profissional e tipologia das Unidades de Cuidados Continuados) (Quadro 10).

Quadro 10 - Scores da escala Autoestima e resultados dos testes *t-Student* e ANOVA *One-Way*

Variável	Categoria	Média	DP	<i>t</i>	<i>p-value</i>
Distrito	Bragança	8,6	1,64	0,840	0,202
	Vila Real	8,6	1,75		
Deslocado(a)	Sim	8,6	1,75	0,028	0,978
	Não	8,6	1,65		
Sexo	Feminino	8,7	1,58	0,874	0,384
	Masculino	8,3	2,06		
Idade	<31 anos	8,6	1,69	0,217	0,829
	≥31 anos	8,6	1,37		
	Casado(a)/União Facto	8,7	1,87	0,570	0,570

Situação Conjugal	Solteiro/Separado/Divorciado(a)	8,5	1,55		
Vínculo	Permanente	8,7	1,73	0,690	0,491
	Contrato/Outro	8,5	1,65		
Variável	Categoria	Média	DP	F	p-value
Tipologia Da Unidade	Longa e Média Duração	8,7	1,77	1,565	0,201
	Convalescença e paliativos	8,3	1,40		
	Longa Duração	8,8	1,66		
	Média Duração	7,0	2,16		

No que se refere ao nível de stresse global por distrito, salienta-se o facto dos Enfermeiros que trabalham no distrito de Bragança, apresentarem um nível de stresse ligeiramente superior aos Enfermeiros do distrito de Vila Real, embora essa diferença não seja estatisticamente significativa (Quadro 11).

Quadro 11 - Scores da escala nível de stresse e resultados dos testes *t-Student* e *ANOVA One-Way*

Variável	Categoria	n	Média	DP	t	p-value
Distrito	Bragança	63	34,1	5,1	0,443	0,658
	Vila Real	68	34,4	4,8		
Deslocado(a)	Sim	71	33,1	4,86	-0,638	0,525
	Não	60	33,7	5,29		
Sexo	Feminino	102	33,6	5,06	0,912	0,367
	Masculino	29	32,6	5,04		
Idade	<31 anos	102	33,3	5,11	-0,292	0,772
	≥31 anos	28	33,6	4,99		
Situação Conjugal	Casado(a)/União Facto	57	33,7	5,47	0,638	0,525
	Solteiro/Separado/Divorciado(a)	74	33,1	4,73		
Vínculo	Permanente	59	33,5	5,12	-0,205	0,838
	Contrato/Outro	72	33,3	5,03		
Variável	Categoria	n	Média	DP	F	p-value
Tipologia Da Unidade	Longa e Média Duração	58	33,8	5,15	1,082	0,359
	Convalescença e Paliativos	24	32,1	5,15		
	Longa Duração	45	33,3	4,19		
	Média Duração	4	36,3	4,19		

Os resultados do teste de *t-Student* levam a concluir que o distrito não é diferenciador ($t=0,443$; $p=0,658>0,05$) do nível de stresse dos Enfermeiros (Vila Real: Média=34,1; DP±5,1 e Bragança: Média=34,4; DP±4,8) (Quadro 11).

Capítulo IV - Discussão dos Resultados

Lessard-Hébert (1996, p. 137) refere que “a análise é uma operação intelectual, que consiste na decomposição de um todo nas suas partes, com o propósito de fazer a descrição e procurar as relações entre essas partes”. Após termos apresentado os resultados obtidos com o tratamento estatístico, passamos, agora, à sua discussão, confrontando os resultados alcançados com o quadro teórico exposto.

Esta investigação teve como base uma amostra probabilística aleatória simples constituída por 131 Enfermeiros das Unidades dos Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real. Dos 131 inquiridos, 77,9% eram sexo feminino e 22,1% eram sexo masculino. Estes resultados confirmam a prevalência do sexo feminino relativamente ao sexo masculino. Resultados semelhantes foram encontrados por Ferreira e Parreira (2013). Os Enfermeiros tinham idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos, eram provenientes de diferentes tipologias dos cuidados, nomeadamente, Unidade de Média Duração (3,1%), Unidade de Média e Longa Duração (44,3%), Unidade de Convalescença e Paliativos (18,3%) e Unidade de Longa Duração (34,4%). Quanto à situação conjugal dos Enfermeiros, verificou-se que a maioria (54,2%) era solteiro(a), e os restantes eram casados ou viviam em união de facto (43,5%) e separados ou divorciados (2,3%). Estes resultados corroboram os obtidos por Carlotto e Silva (2008). Contudo, contariam os resultados encontrados no estudo desenvolvido por Ferreira e Parreira (2013) que incluiu 61 enfermeiros de quatro serviços de contexto cardiovascular em que a maioria era casada (64%).

Após a recolha e tratamento da informação obtida no presente estudo, podemos concluir que a profissão de enfermagem continua a ser uma ocupação em que existe um predomínio do sexo feminino relativamente ao sexo masculino. Os resultados obtidos na nossa investigação vão ao encontro da maioria dos estudos da literatura existentes. Nos estudos efetuados por Delgado e Oliveira (2005) (citado por Meneghini, Paz & Lautert, 2011, p.228), Alves (2012) e Ferreira e Parreira (2013) houve a predominância do sexo feminino, característica própria da força de trabalho em enfermagem, facto que Delgado e Oliveira (2005) justificam com o contexto histórico do surgimento da enfermagem e o seu reconhecimento como profissão.

A amostra é predominantemente jovem, tendo a maioria dos Enfermeiros idade inferior a 31 anos. Os resultados obtidos estão em consonância com os obtidos por Meneghini, Paz e Lautert (2011) e Ferreira e Parreira (2013) em que a média de idade dos trabalhadores e Enfermeiros se encontrava no ciclo do adulto jovem. Nos estudos realizados por Muller (2004) a média de idades obtida foi de 30,5 anos e 31,7 anos, respetivamente (citado por Meneghini, Paz, & Lautert, 2011, p.228). Diversos estudos identificam uma pequena variação entre a média de anos nos achados dessa investigação, demonstrando que a enfermagem é, nas instituições hospitalares, uma profissão cuja maioria dos profissionais é composta por jovens (Meneghini, Paz & Lautert, 2011, p.228).

A consistência interna analisada através do *Alfa Cronbach* para os 13 itens da “*Escala de Percepção de Stress*” foi de $\alpha=0,893$ superior ao valor mínimo recomendado por Nunnally (1978) e Pestana e Gageiro (2005). Neste estudo, quer o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO=0,823$) quer o teste de *esfericidade de Bartlett* ($p\text{-value}<0,000$) revelaram adequação dos dados à análise fatorial (Pestana & Gageiro, 2005). As cargas fatoriais variaram entre 0,596 e 0,856, estando a maioria acima dos 0,60.

Da análise fatorial emergiram três fatores que se relacionavam com situações de stresse onde o Enfermeiro colocava à prova as suas competências de *Autorregulação*, *Resiliência* e *Autoestima*. A variância explicada por estes fatores foi de 60,128%. Resultados semelhantes foram encontrados por Pais-Ribeiro e Marques (2009). Utilizando a regra de *Gutman* emergiram três fatores que explicam 66,77% da variância total. Os autores recorreram, ainda, à análise fatorial com recurso aos modelos, extração em fatores principais e fatorização de probabilidade máxima (*maximum likelihood factoring*) com o objetivo de verificar se produzia resultados diferentes do método de componentes principais. Os resultados foram idênticos aos obtidos pela análise das componentes principais. Contudo, os autores decidiram-se efetuar uma análise, das componentes principais, forçada a um componente para uma versão de 10 itens que mostrou uma variância explicada de 47,95%, com cargas fatoriais entre 0,46 e 0,89, e com a maioria destas acima dos 0,70. A consistência interna encontrada para os 10 itens foi de 0,87.

No que diz respeito ao nível de stresse, verificou-se que, globalmente, os Enfermeiros registaram um nível moderado (Média=34,2; DP=4,96). A sua distribuição por níveis de stresse foi a seguinte: 33,6% (44) manifestaram um nível de stresse

reduzido; 65,7% (86) mostraram ter um nível moderado de stresse e 0,8% (1) registaram um nível elevado de stresse.

Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Batista e Bianchi (2006, p.534), segundos os quais os Enfermeiros que trabalhavam numa unidade de emergência de uma instituição hospitalar apresentavam médio nível de stresse.

O stresse ocupacional no indivíduo ocorre quando este se apercebe que o ambiente de trabalho é uma ameaça para ele. Como podemos constatar na investigação que realizamos, a equipa de enfermagem é bastante jovem, pressupondo-se que têm poucos anos de serviço. Desta forma, os Enfermeiros a exercer funções nas unidades estiveram menos tempo expostos a fatores stressantes, do que outros Enfermeiros que trabalham há mais anos.

Todos os Enfermeiros se sentiram integrados na equipa, o que favorece um ambiente positivo no local de trabalho e cria expectativas por parte de todos os elementos. Sabe-se no entanto, que os Enfermeiros prestam cuidados num setor bastante desgastante, tanto pela carga de trabalho, como pela especificidade das tarefas e as unidades de cuidados continuados não são exceção.

Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas no nível de stresse global tendo em conta o distrito, a situação de deslocado, o sexo, a idade, a situação conjugal, o vínculo profissional e a tipologia de Unidade de Cuidados Continuados, foram os Enfermeiros do distrito de Vila Real, os deslocados, os homens, os mais novos, os que não são casados ou vivem em união de facto, os contratados e os que trabalham nas Unidades de Convalescença e Paliativos os que registam níveis de stresse ligeiramente mais baixos. Os dados obtidos no estudo contradizem os que foram divulgados por Paiva e Monteiro (2004, p.10) e por Ferreira e Parreira (2013) talvez por ser uma área de trabalho diferente. Para estes autores a variável idade pode influenciar no surgimento do stresse, pois, acredita-se que, quanto maior a idade, supostamente maiores são as experiências que o indivíduo tem vivenciado, maior a segurança adquirida no desempenho de atividades, com conseqüente, menor vulnerabilidade para tensão nos trabalhos. Contudo, Pitta (s/d.) (citado por Paiva & Monteiro 2004, p.10) verificou que a idade parecia não influenciar o aparecimento de sintomas psíquicos, em profissionais da área hospitalar. Por outro lado, Ferreira e Parreira (2013) concluíram que, apesar das enfermeiras estarem mais insatisfeitas com o seu trabalho, são os profissionais homens que lidam com maiores potenciais fontes de stresse que as enfermeiras.

De todas as tipologias dos Cuidados Continuados, a que gera menor nível de stresse nos Enfermeiros é a Unidade de Convalescença e Paliativos e a que origina maior nível é a de Média Duração. Pode, ainda, constatar-se que as Unidades de Média e Longe Duração e a de Longa Duração se encontram num nível intermédio de stresse. Não foi encontrada na literatura qualquer informação relativa a estes dados.

São os Enfermeiros em situação mais precária, a sentir níveis de stresse menores, em relação aos seus colegas com vínculos laborais estáveis. É de salientar que estes dados não corroboram com os obtidos por Gomes, Cruz, & Cabanelas (2009, p.314). Segundo os autores o mal-estar associado à instabilidade profissional e na carreira coloca os Enfermeiros em situação precária, a sentir mais stresse do que os seus colegas com vínculos laborais estáveis.

Todos os Enfermeiros inquiridos se sentem integrados na equipa onde trabalham. Na opinião Alves (2012), pelo fato de existir uma equipa de trabalho jovem nas Unidades de Cuidados Continuados com expectativas elevadas e porque começam a receber os seus vencimentos, faz com que a esmagadora maioria da população dos Enfermeiros se encontre integrado na instituição onde trabalha. Vários artigos apontaram que o relacionamento interpessoal é um fator stressante, mas, neste estudo, um aspeto relevante foi que os pesquisados apresentam bom relacionamento interpessoal (58%). Compreensão, cooperação, cumplicidade, tolerância e espírito de autoajuda favorecem uma relação gratificante e contribuem para um bom ambiente de trabalho. Para que a enfermagem alcance o objetivo que se propõe, é necessário que exista um trabalho em equipa (Harbs, Rodrigues & Quadros, 2008). Para a maioria (58%) dos entrevistados a concordância é total, pois gostam de trabalhar com os seus colegas. Esses profissionais permanecem, grande parte do tempo, juntos, prestando cuidados aos pacientes, logo, há um vínculo, integração e interação nesse grupo, podendo ter características de relacionamento familiar (Shimizu & Ciampone, 2004, citado por Harbs, Rodrigues & Quadros, 2008, p.51).

Os Enfermeiros que vivem e trabalham na mesma localidade manifestam um nível de stresse ligeiramente mais elevado em relação aos Enfermeiros que têm que se deslocar para poder exercer a sua atividade laboral. Podemos realçar que a distância a que estes enfermeiros se encontram da área de residência ao local de trabalho é apenas de 40,4Km, permitindo-lhes deslocar-se diariamente para o trabalho e regressar a casa no final do turno, tendo assim a sua família como suporte. Constatou-se também que é uma equipa

bastante jovem e o facto de estar a trabalhar nem que seja fora da sua área de residência, é uma mais-valia perante a situação económica/desemprego atual.

Tanto os casados como os solteiros apresentam um nível de stresse moderado. Conseguir conciliar trabalho e vida familiar é considerado stressante, principalmente quando se fala da profissão de enfermagem e também porque se trata de uma profissão maioritariamente feminina. Existem no entanto autores que afirmam que a interface trabalho-lar, em lugar de stressante, pode funcionar como suporte ou fator de proteção (Stacciarini & Tróccoli (2000), citado por Bezerra, Silva, & Ramos, 2012, p.155). Também Freudenberger e North (s/d.) (citado por Paiva & Monteiro 2004, p.10) verificaram que as mulheres casadas referiam maior exaustão do que as solteiras; e que os indivíduos que são casados e possuem filhos estão relativamente protegidos do stresse.

Conclusões

A meros passos do fim desta longa caminhada e prestes a concluir mais uma meta pessoal, um dos meus maiores desejos é conseguir utilizar os saberes adquiridos ao longo do mestrado na minha prática profissional.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar o nível de stresse dos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real.

Apesar de a Unidade de Cuidados Continuados de Vila Real não ter participado no estudo, foi obtido um número elevado de questionários o que foi bastante motivador para levar adiante este difícil desafio.

A análise dos resultados da nossa investigação possibilitou-nos averiguar a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas relativamente à autoperceção de situações de vida stressantes tendo em conta o sexo, a idade, a situação conjugal, a situação de deslocado do Enfermeiro, o seu vínculo à instituição, a tipologia da Unidade onde trabalham e o distrito. Os resultados foram os seguintes:

H1: A autoperceção de situações de vida stressantes é igual para o sexo masculino e para o sexo feminino.

Em relação à hipótese 1, os dados não permitiram rejeitar a hipótese pelo que se conclui que a autoperceção de situações de vida stressante é semelhante para o sexo masculino e para o sexo feminino.

H2: Não existem diferenças estatisticamente significativas de autoperceção de situações de vida stressantes por idade;

No que diz respeito à hipótese 2, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas tendo em conta a idade.

H3: A situação conjugal não é diferenciadora da autoperceção de situações de vida stressantes.

Comparativamente à hipótese 3, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

H4: A autoperceção de situações de vida stressantes é a mesma, independentemente, do Enfermeiro se encontrar ou não em situação de deslocado;

Os resultados dos testes estatísticos não permitiram rejeitar a hipótese 4 pelo que se conclui que a situação de deslocado não é diferenciadora do nível de stresse.

H5: A autoperceção de situações de vida stressantes é igual independentemente do vínculo profissional do Enfermeiro;

Relativamente à hipótese 5, não foi possível rejeitar a hipótese pelo que se concluiu que a autoperceção de situações de vida stressante é igual para todos os Enfermeiros.

H6: A autoperceção de situações de vida stressantes é igual para todas as tipologias dos cuidados continuados em que o Enfermeiro trabalha;

Quanto à hipótese 6, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto à autoperceção de situações de vida stressante por tipologia de Unidade de Cuidados Continuados.

H7: O distrito não é diferenciador da autoperceção de situações de vida stressantes.

Quanto à hipótese 7, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quanto à autoperceção de situações de vida stressante por distrito.

Ao longo do nosso trabalho de investigação fizemos referência ao stresse e à influência que este tem sobre o desempenho profissional do Enfermeiro. As transformações constantes que ocorrem na nossa sociedade, as exigências a nível laboral, as pressões emocionais, levam a que o indivíduo diminua a sua capacidade de suportar/tolerar as adversidades diárias do quotidiano. Sabemos, hoje, mais sobre o stresse do que há alguns anos atrás e, de uma maneira geral, podemos dizer que a maior parte das pessoas já ouviram falar sobre o assunto. O nível de absentismo tem vindo a aumentar, as doenças do foro psiquiátrico também e é necessário que esforços por parte de todos, mas principalmente do estado e das empresas ocorram, para que este “mal” atual deixe de atingir tanta gente. É caso para dizermos que já algumas coisas foram feitas, mas muito tem ainda que se realizar. A profissão de enfermagem é umas das mais vulneráveis às influências e condições do stresse, pelo facto de se tratar de um emprego que lida diariamente com o sofrimento, a morte, a dor e a perda. Pelo presente estudo podemos constatar que os Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real apresentam um nível médio de stresse, não sendo no entanto o distrito diferenciador do nível de stresse dos Enfermeiros. Face ao exposto e após a apresentação dos resultados obtidos no nosso estudo, propomos algumas estratégias para prevenir o stresse no trabalho de enfermagem: mudanças nas condições de trabalho do Enfermeiro; palestras educativas sobre o stresse; aumento salarial;

diminuição da carga horária para que o profissional possa realizar atividades pessoais; consolidação das relações interpessoais com os superiores e colegas. Depois do descrito, todos nós temos a obrigação de ajudar a criar um bom ambiente laboral porque, Enfermeiro feliz é sinónimo de cuidados de qualidade.

De acordo com a Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (*European Agency for Safety and Health at Work*, 2000, citado por Sacadura-Leite & Uva, s/d., p.37), as ações ou estratégias para lidar com o stress relacionado com o trabalho orientam-se para os seguintes objetivos:

- a prevenção do stress, através do controlo da exposição aos fatores de risco, nomeadamente intervindo na organização do trabalho e no treino dos trabalhadores de diferentes graus de diferenciação. Espera-se que, com estas ações, seja reduzida a probabilidade dos trabalhadores virem a experimentar reações de stress;
- a reação atempada à vivência de situações de stress relacionado com o trabalho, muitas vezes utilizando técnicas de grupos de gestão de stress para melhorar a capacidade da Organização reconhecer e lidar com os problemas, quando estes surgem;
- a reabilitação, através do suporte e aconselhamento específico aos trabalhadores para os ajudar a lidar com o stress adequadamente e recuperar relativamente aos problemas existentes;
- independentemente dos objetivos que lhes estão subjacentes, estas estratégias têm por alvo a Organização e/ou o Trabalhador.

Concluimos então, que é urgente discutir e implementar medidas por forma a diminuir o stress nos locais de trabalho, obtendo assim, saúde individual e coletiva.

Referências Bibliográficas

- Alves, L.F.A. (2012). *Burnout em Enfermeiros dos Cuidados Continuados*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Bragança.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência – ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Batista, K.M., & Bianchi, E.R.F. (julho-agosto; 2006). Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Ver Latino-am Enfermagem*, 14 (4), 534-539.
- Belancieri, M.F., Beluci, M.L., Silva, D.V.R., & Gasparelo, E.A. (abril-junho; 2010). A resiliência em trabalhadores da área da enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 27 (2), 227-233.
- Bezerra, F.N., Silva, T.M., & Ramos, V.P. (2012). Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm.*, 25 (2), 151-156.
- Britto, E.S., & Carvalho, A.M.P. (maio; 2004). Stress, coping (enfrentamento) e saúde geral dos Enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais. *Revista electrónica semestral de enfermería – Enfermería Global*, 4, 1-10.
- Camargo, L.A.C (2011). Estresse da equipa de enfermagem na unidade de terapia intensiva (Projeto de conclusão de curso para obtenção do grau de especialista em Enfermagem em Unidades de Urgência e Emergência). Criciúma: Universidade de Extremo Sul Catarinense.
- Carlotto, M.S. & Silva, T.D. (2008). Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista SBPH*, 11, 113-130.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2011). *Research Methods in Education*. 7th Edition, London: Routledge.
- Daly, L.E. & Bourke, G.J. (2008). *Interpretation and uses of medical statistic*. Fifth Edition, United Kingdom: Blackwell Science, Lda.

- Decreto-Lei n.º 101/2006 de junho de 2006. Diário da República – I Série-A, p.3856-3864. Lisboa, Portugal.
- Dias, S.M.M., Barcellos, K.C.P., & Dias, M.R.G (s/d.). Fatores indutores de desmotivação no ambiente e na profissão do Enfermeiro em instituição hospitalar, 460-472.
- Ferreira, P.A.C. & Parreira, P.M.S.D. (2013). Diferença de Géneros e a Satisfação e Stress Profissional em Enfermagem em contexto hospitalar de cardiologia. *Referência*, III Série- Suplemento, p.30.
- Ferreira, L.R.C., & Martino, M.M.F. (maio-junho; 2006). O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. *Rev. Ciênc. Méd.* 15 (3), 241-248.
- Fontana, R.T. (janeiro-março; 2010). Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Rev. Rene. Fortaleza*, 11 (1), 200-207.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociências.
- Fortin, M.F. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociências.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gomes, A.R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (julho-setembro; 2009). Estresse ocupacional em profissionais da saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25 (3), 307-318.
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O stress – emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi.
- Grazziano, E.S., & Bianchi, E.R.F. (fevereiro; 2010). Impacto de stress ocupacional e burnout para enfermeiros. *Revista electrónica cuatrimestral de enfermería: Enfermería Global*, 18, 1-20.
- Harbs, T.C., Rodrigues, S.T., & Quadros, V.A.S. (2008). Estresse da equipa de enfermagem em um centro de urgência e emergência. *Boletim de enfermagem*, 1, 41-56.
- Laranjeira, C.A. (2009). O contexto organizacional e a experiência de stress: uma perspectiva integrativa. *Rev. salud pública*, 11 (1), 123-133.
- Lessard-Hébert, M. (1996). *Pesquisa em Educação*. Horizontes Pedagógicos. Lisboa

- Martins, M.C.A. (2003). Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. *Revista Millenium (online)*, 28. Consultado em janeiro de 2013: Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium28/18.htm>.
- Martins, M.C.A. (s/d.). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 255-268.
- Martins, P., & Martins, A.C. (1999). O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: satisfação e estratégias de coping – um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 529-546.
- McIntyre, T.M., McIntyre, S.E., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 513-527.
- Melo, B.T., Gomes, A.R., & Cruz, J.F.A. (1997). Stress Ocupacional em Profissionais da Saúde e do Ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Meneghini, F., Paz, A.A., & Lautert, L. (abril-junho; 2011). Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem. *Enferm, Florianópolis*, 20 (2), 225-233.
- Menzani, G., & Bianchi, E.R.F. (2009). Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (2), 327-333.
- Montanholi, L.L., Tavares, D.M.S., & Oliveira, G.R. (setembro-outubro; 2006). Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (5), 661-665.
- Mota, S.G. (s/d). *Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva: estudo sobre os principais fatores estressores relacionados ao trabalho e ao ambiente*. Artigo de conclusão do Curso de Mestrado em Terapia Intensiva promovido pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva – SOBRATI, 1-16.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw Hill.
- Oliveira, A. (2010). *Resiliência para principiantes*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Oliveira, A.G. (2009). *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação*. Lisboa: Lidel.
- Paiva, G.S., & Monteiro, A.R.M. (julho-dezembro; 2004). Manifestações de estresse em enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Rev. RENE. Fortaleza*, 5 (2), 9-16.

- Pais-Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 237-248.
- Pais-Ribeiro, J. (2010) *Metodologia de Investigação em Psicologia e saúde*, 3ª edição Porto: Legis editora.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementariedade do SPSS*, 4ª edição revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo.
- Reis, F. L. (2010). *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado Segundo Bolonha*. Lisboa: PACTOR.
- REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro). Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril).
- Sacadura-Leite, E., & Uva, A.S. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Sociedade Portuguesa de Medicina do trabalho*, 25-42.
- Sadir, M.A., Bignotto, M.M., & Lipp, M.E.N. (janeiro-abril; 2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20 (45), 73-81.
- Santos, J.M., & Teixeira, Z. (2009). O stresse profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 368-378.
- Schmidt, D.R.C., Dantas, R.A.S., Marziale, M.H.P., & Laus, A.M. (abril- junho; 2009). Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 18 (2), 330-337.
- Silva, L.G., & Yamada, K.N. (janeiro-março; 2008). Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7 (1), 98-105.
- Silva, M.C.M., & Gomes, A.R.S. (setembro-dezembro; 2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), 239-248.
- Souza, N.R., Bernardes, E.H., Fonseca, R.P., Gonçalves, H.O., & Lopes, T.F.S. (2009). Identificando o nível de estresse e suas causas nos profissionais de enfermagem em um hospital geral de Passos (MG). *Ciência ET Praxis*, 2 (4), 27-32.

Stacciarini, J.M.R., &Tróccoli, B.T. (dezembro; 2000). Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE). *Rev. latino-am. enfermagem – Ribeirão Preto*, 8 (6), 40-49.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (setembro; 2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, 1-24.

Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 479-488.

Anexos

Anexo I
(Autorização do Professor Doutor Pais-Ribeiro para a utilização da Escala
de Percepção de Stress)

ASSUNTO: Pedido de Autorização para a utilização da Escala de Percepção de Stress

DE: cristina.sacras@sapo.pt ▼

DATA: Tue, 22 Feb 2011 17:09:53 +0000 [22-02-2011 17:09:53 WET]

PARA: xilote@ipb.pt ▼

> Date: Sun, 20 Feb 2011 10:15:56 +0000

> Subject: Re: Pedido de Autorização para a utilização da Escala de Percepção de Stress

> From: jlpr@fpce.up.pt

>

>

> Autorizo a utilização da escala pedida

>

> José Luis Pais Ribeiro

> jlpr@fpce.up.pt

> mobile phone: (351) 965045590

> web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

>

>

>> Ex.mo Professor Doutor Pais Ribeiro

>

>

>> Sou aluna do Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde, do
>> Instituto Politécnico de Bragança. Encontro-me a desenvolver a dissertação de
>> mestrado subordinada ao tema "Stress nos Enfermeiros dos Cuidados Continuados".
>> Venho, por este meio, solicitar a V/ Ex.ma a autorização para utilizar a Escala
>> de Percepção de Stress.

>

>> Grata pela a atenção.

>

>> Sem outro assunto,

>

>

>> Cristina Sacras

Anexo II
(Questionário – Escala de Percepção de Stresse)

Questionário aos Enfermeiros das Unidades de Cuidados Continuados

Sou aluna do Curso de Mestrado em “Cuidados Continuados”, da Escola Superior de Saúde de Bragança - IPB. Este trabalho, insere-se na disciplina de Trabalho de Projecto/Estágio, cujo tema é o Stress nos Enfermeiros dos Cuidados Continuados. A aplicação deste questionário tem como objectivo “Verificar o Stress nos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real”. Para isso, basta a sua colaboração, respondendo às questões que constituem a Escala de Percepção de Stress, o mais sinceramente possível, pois só assim conseguiremos realizar um trabalho fiável e útil.

Instruções para o preenchimento do questionário:

- 1 - Leia de forma atenta todas as questões que lhe são colocadas, antes de responder;
- 2 - Não deixe nenhuma questão por responder, uma vez que isso impossibilitaria uma análise adequada dos dados;
- 3 - Não escreva o seu nome em nenhuma parte deste questionário, pois é absolutamente confidencial e anónimo;
- 4 - O preenchimento do questionário é individual;
- 5 - Nas questões em que existir um quadrado deve assinalar com uma cruz (X) a resposta que corresponde à sua situação; nas questões onde as respostas contêm letras colocar um círculo (○) à volta da letra que melhor ilustre os seus sentimentos e pensamentos; nas questões em que encontrar um traço (____), responder claramente, de forma legível à questão que lhe é colocada, para que não restem dúvidas sobre a sua intenção;
- 6 - No final, certifique-se de que respondeu a todas as questões que lhe foram colocadas.

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Parte I. Caracterização do inquirido(a)

- 1.1. Género: Feminino Masculino
- 1.2. Idade _____
- 1.3. Categoria profissional _____
- 1.4. Tipologia dos Cuidados Continuados em que o Enfermeiro(a) trabalha?
Média e Longa Convalescença e Paliativos Longa Média
- 1.5. Unidade dos Cuidados Continuados em que o Enfermeiro(a) trabalha? _____
- 1.6. Natureza do vínculo: Contrato Permanente
- 1.7. Tempo de serviço _____ (meses)
- 1.8. Sente-se integrado(a) na equipa? Sim Não
- 1.9. Reside na localidade onde trabalha? Sim Não
- 1.10. Se respondeu não, a que distância reside do seu local de trabalho? _____ (Km)
- 1.11. Situação conjugal:
Casado(a)/Junto(a) em união de facto Separado(a)/divorciado(a) Solteiro(a)
 Viúvo(a)

Parte II. Escala de Percepção de Stress

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar com que frequência você se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: “Nunca”; “Quase Nunca”; “Algumas Vezes”; “Com Muita Frequência”; e “Muitas Vezes”.

Escala de Percepção de Stress (EPS)

	Nunca	Quase Nunca	Algumas vezes	Com Muita Frequência	Muitas Vezes
1.No último mês com que frequência se sentiu aborrecido(a) com algo que ocorreu inesperadamente?	A	B	C	D	E
2.No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes na sua vida?	A	B	C	D	E
3. No último mês com que frequência se sentiu nervoso(a) ou “stressado(a)”?	A	B	C	D	E
4. No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e desagradáveis?	A	B	C	D	E
5. No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?	A	B	C	D	E
6. No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	A	B	C	D	E
7. No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	A	B	C	D	E
8. No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?	A	B	C	D	E
9. No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?	A	B	C	D	E
10. No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?	A	B	C	D	E
11. No último mês com que frequência se sentiu irritado(a) com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?	A	B	C	D	E
12. No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?	A	B	C	D	E
13. No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	A	B	C	D	E

O questionário terminou. Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo III
(Solicitação do número de enfermeiros a trabalhar na Unidade de Cuidados
Continuados de Vila Real)

Bragança, 16 de Fevereiro de 2011.

Exmo.(a) Sr.(a)

**Provedor(a) da Santa Casa da Misericórdia
de Vila Real**

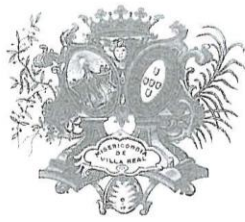
Cristina Alexandra Sacras Morais, portadora do BI n.º11533171, aluna do Mestrado em **“Cuidados Continuados” da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB**, vem por este meio, comunicar a V. Ex.cia o interesse em desenvolver um estudo de investigação, cujo objectivo é: “Verificar o Stress nos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real” inserido no âmbito do Trabalho de Projecto/Estágio.

Para que este estudo se torne possível, solicita a V. Excelência se digne informar acerca do número de enfermeiros que trabalham na Unidade de Média do Divino Espírito Santo e ainda se o enfermeiro responsável presta cuidados.

Desde já grata pela atenção dispensada, apresento os meus cumprimentos.

Cristina Alexandra Sacras Morais

Anexo IV
(Resposta à solicitação do número de enfermeiros a trabalhar na Unidade de Cuidados
Continuados de Vila Real)



Santa Casa da Misericórdia
VILA REAL
Pessoa Colectiva de Utilidade Pública
Medalha de Ouro de Mérito Municipal

Exma. Senhora
Cristina Alexandra Sacras Morais
Rua José Régio, nº 5
5300-410 Bragança

Sua referência:

Sua comunicação de:

Nossa referência
105/2011

Data
04/03/2011

Assunto: "Envio de dados UCCI"

Em resposta ao seu ofício de 16 de Fevereiro, passado, solicitando-nos alguns elementos sobre a nossa Unidade de Cuidados Continuados, nomeadamente, o número de enfermeiros que trabalham naquela Unidade, somos a informar que o seu número é de 14 e que a Enfermeira responsável, também presta cuidados.

Com os melhores cumprimentos

O Vice - Provedor

Hélder Augusto G. Oliveira

Anexo V
(Pedido de autorização para aplicação do questionário)

Bragança, _____ de _____ de 2011.

Exmo.(a) Sr.(a)

Provedor(a) da Santa Casa da Misericórdia
de _____

Eu, abaixo assinada, portadora do BI n.º11533171, aluna do Mestrado em **“Cuidados Continuados” da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB**, venho por este meio, comunicar a V. Ex.cia o interesse em desenvolver um estudo de investigação, cujo objectivo é: “Verificar o Stress nos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real”, inserido no âmbito do Trabalho de Projecto/Estágio.

A fim de viabilizar o referido estudo, solicito a V. Ex.cia se digne autorizar a aplicação do questionário (absolutamente confidencial e anónimo) aos enfermeiros que trabalham na Unidade de Cuidados Continuados. Para os devidos efeitos, junto anexo o questionário para apreciação de V. Ex.cia

Desde já grata pela atenção dispensada, apresento os meus cumprimentos.

Cristina Alexandra Sacras Morais

Bragança, ____ de _____ de 2011.

Exmo.(a) Sr.(a)

**Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar**

Eu, abaixo assinada, portadora do BI n.º11533171, aluna do Mestrado em **“Cuidados Continuados” da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB**, venho por este meio, comunicar a V. Ex.cia o interesse em desenvolver um estudo de investigação, cujo objectivo é: “Verificar o Stress nos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e Vila Real”, inserido no âmbito do Trabalho de Projecto/Estágio.

A fim de viabilizar o referido estudo, solicito a V. Ex.cia se digne autorizar a aplicação do questionário (absolutamente confidencial e anónimo) aos enfermeiros que trabalham na Unidade de Cuidados Continuados. Para os devidos efeitos, junto anexo o questionário para apreciação de V. Ex.cia.

Desde já grata pela atenção dispensada, apresento os meus cumprimentos.

Cristina Alexandra Sacras Morais

Anexo VI
(Autorizações para aplicação do questionário)



Assunto: **Autorização Aplicação de Questionário**

De: Directora Técnica - Santa Casa da Misericórdia de Vila Flor <dtecnica@misericordiavilaflo.com>

Data: Hoje, 12:07:18 WEST

Para: cristina.sacras@sapo.pt

Exma Sra En^ª Cristina Sacras Morais,
venho por este meio autorizar a aplicação do questionário, aos Enfermeiros que trabalham na Unidade de Cuidados Continuados, desta Instituição, no âmbito do trabalho de Projecto/Estágio " Verificar o Stress nos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Bragança e Vila Real".

Com os melhores cumprimentos,

A Directora Técnica da UCC de Vila Flor

Mónica Moutinho.



Assunto: **Re: Pedido de autorização para aplicação do questionário**

De: Unidade de Cuidados Continuados Integrados D. Amélia Santa Casa da Misericórdia de Torre d

Data: Qua, 7 Mar 2012 (19:14:19 WET)

Para: Cristina Morais <crisrina.sacras@sapo.pt>

Boa tarde Enf. Cristina

Desculpe so responder agora, mas so tive acesso ao mail agora...
De qualquer forma, formalizo desde ja a autorização para aplicação do
questionário aos enfermeiros que trabalham nesta Unidade de Cuidados Continuados.
Queira depois informar-me da data em que irá fazer a aplicação do mesmo.

Atentamente

Andrea Padrão

Em 7 de março de 2012 11:17, Cristina Morais <crisrina.sacras@sapo.pt>
escreveu:

Olá Enf. Andrea,
conforme o combinado por telefone, envio o pedido de autorização para
aplicação dos questionário
Com os melhores cumprimentos
Enf. Cristina Morais

--
ucc moncorvo



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE
MIRANDA DO DOURO

Ex.ma Sra. Enfermeira
Cristina Alexandra S. Morais

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência
341/01.13

Data,
16/06/2011

ASSUNTO:

Autorização para aplicação de questionários

Conforme assunto em epígrafe, vimos por esta autorizar a aplicação dos questionários na Unidade de Cuidados de Longa Duração e Manutenção Sta. M^a Maior.

Com os melhores cumprimentos

Provedor



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FREIXO DE ESPADA À CINTA

TELEFONE 279 653 016/279 653 253 • FAX 279 653 017 • APARTADO 10
5180-106 FREIXO DE ESPADA À CINTA

Cristina Alexandra Sacras Morais
Rua José Régio, n.º 5
5300-410 Bragança

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	Data
		54/11	05/05/11

Assunto: Aplicação de Inquérito

Vimos através do presente manifestar a nossa concordância com a aplicação do questionário aos enfermeiros que trabalham na Unidade de Cuidados Continuados.

Sem outro assunto de momento,

Com os melhores cumprimentos,



José Manuel Santos



SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MOGADOURO
RUA 5 DE OUTUBRO – 5200-218 MOGADOURO
TELEFONE 279 342 847 FAX 279 341 186

**Exm.^a Senhora
Cristina Alexandra Sacras Morais**

Rua José Régio, n. 5

5300 – 410 BRAGANÇA

Sua referência	Sua comunicação 07/03/2011	Nossa referência 47/D	Mogadouro 04/05/2011
----------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------

ASSUNTO: Autorização para realização de questionário

Cumpre-me informar V. Ex.^a que a Mesa Administrativa desta Santa Casa deliberou autorizar a realização do inquérito solicitado.

Com os melhores cumprimentos

(João Manuel Santos Henriques, Dr.)



Unidade de Cuidados Continuados de Vimioso



Autorização

Somos por este meio, a autorizar a aluna Cristina Alexandra Sacras Morais na aplicação dos questionários a que se propõe, para efectuar o seu estudo.

Vimioso, 16 de Junho de 2011.

A Directora Técnica
Santa Casa da Misericórdia de Vimioso
UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS
Contribuinte N.º 502 267 535
Telef: 273 511 174 • Fax: 273 511 130
Maria Cristina Pires Calvelhe de Quina
5230 - 304 VIMIOSO



CENTRO HOSPITALAR DO NORDESTE, E.P.E.
Bragança - Macedo de Cavaleiros - Mirandela

Exm^a Senhora
Cristina Alexandra Sacras Morais
Rua José Régio nº5
5300-410 Bragança

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data	Processo
----------------	-----------------	------------------	------	----------

24/05/2011

ASSUNTO: Aplicação Questionário

Na sequência do pedido efectuado por V^a Ex.^a, informo que face à informação da Comissão de Ética, foi autorizada a realização do questionário, desde que os colaboradores não se importem de responder.

O Gabinete de Desenvolvimento e Formação

Dr^a Ana Santos



Assunto: Autorização de Aplicação de Questionário

Eu, João José Alves Pereira, na qualidade de Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Ribeira de Pena, venho por este meio autorizar a Enfermeira Cristina Sacras Morais aluna do Mestrado “ Cuidados Continuados” no Instituto Superior de Saúde de Bragança a aplicar o questionário aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados.

Sem outro assunto de momento

Ribeira de Pena 11 de Maio 2011

O Provedor

(João José Alves Pereira)

ASSUNTO: Aplicação dos questionários sobre stress
DE: uccsabrosa@sapo.pt
DATA: Tue, 05 Jul 2011 13:39:54 +0100 [13:39:54 WEST]
PARA: cristina.sacras@sapo.pt

Boa tarde

A direcção da UCC Sabrosa autoriza a recolha de dados solicitada.

Com os melhores cumprimentos

O administrativo
Francisco Lopes



Exmo. Senhora
Cristina Alexandra Sacras Morais

Ref.: 58 c\11


Data 20/05/2011

Assunto: Confirmação de Autorização para aplicação de questionário.

Vimos por este meio confirmar que Cristina Alexandra Sacras Morais, portadora do BI n.º 11533171, aluna do Mestrado em "Cuidados Continuados" da Escola Superior de Saúde de Bragança – IPB, está autorizada a aplicar, nesta Unidade de Cuidados Continuados Integrados, questionário (absolutamente confidencial e anónimo), com a finalidade de desenvolver estudo de investigação, inserido no âmbito do Trabalho de Projecto/Estágio, cujo objectivo é: "Verificar o Stress nos Enfermeiros que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados do Distrito de Bragança e Vila Real".

Com os melhores Cumprimentos,

A Directora Técnica da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Alijó


ANNA REGO
DIRECTORA TÉCNICA
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
(Ana Rego)
UCCI

Exm^o(a). Senhor(a):
Cristina Alexandra Sacras Morais
Rua José Régio, n.º. 5
5 300 - 410 Bragança

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de questionário

V/ REFERÊNCIA

Em resposta à carta, datada de 7 de Março, informa-se V. Exa., que está autorizada a aplicação do questionário, para tal, deve antecipadamente entrar em contacto com a Sra. Enfermeira Chefe Laura Amélia, Unidade de Cuidados Continuados.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real 23.03.2011

Doc n.º: 233/2011 - D. Enfermagem

A ENFERMEIRA DIRECTORA



Antonieta Lomba Alves



Exma. Senhora:
Cristina Alexandra Sacra Morais
Aluna do Mestrado em "Cuidados Continuados"
Escola Superior de Saúde de Bragança - IPB
Avenida D. Afonso V

5300 - 121 Bragança

Vossa Ref.º:

Data Vossa Com.º:

Nossa ref.º: 111/2011

Data: 21-03-2011

Assunto:	<i>Autorização para aplicação de questionários à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Murça.</i>
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Relativamente ao assunto mencionado em epigrafe e esperando contribuir para a melhoria dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados autorizamos a aplicação dos questionários para a realização do estudo a que se propôs.

Mais informo que para agilizar os dias de aplicação dos mesmos deverá contactar o Enf.º Responsável Rui Carneiro ou a Directora Técnica Ana Cristina.

Com os melhores cumprimentos,

A Directora Técnica,

Ana Cristina Pinto Martins

Na resposta indicar as referências deste documento



CUIDADOS CONTINUADOS

Unidade de Cuidados Continuados Integrados
de Chaves
Lugar do Vale do Gato, Ap. 95
5400 - 909 Chaves
Tel. (+351) 276 301 750
Fax (+351) 276 301 759



Exma. Senhora
Cristina Alexandra Sacras Morais
Rua José Régio, n.º 5
5300-410 Bragança

Ofício nº 42/UCCI

Chaves, 15 de Março de 2011

Assunto: Investigação no âmbito do Projecto/Estágio
Mestrado em "Cuidados Continuados"

Exma. Mestranda,

Pelo presente meio vimos informar Vossa Exa. que a Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Chaves se sentirá muito honrada em fazer parte do seu Projecto de Investigação que aborda um tema de extremo interesse para os profissionais de saúde que nela trabalham. Assim, vimos solicitar a Vossa Exa. que nos informe de que forma pretende realizar o estudo (enviar os questionários por correio, ou a sua vinda à Unidade, para agendamento da mesma, ou qualquer outra opção).

Estes contactos poderão ser estabelecidos por telefone ou correio electrónico que estão indicados no espaço infra.

Aguardando a sua resposta à nossa comunicação, apresento os melhores cumprimentos,

A Directora Técnica

(Idalina Carril, Enf.ª)

Contactos

Telefone: 276 301 750

Fax: 276 301 759

E-mail: uccchaveslongaduracao@scmchaves.pt ; uccchavesmediaduracao@scmchaves.pt

Região de Saúde

ASSUNTO: RE: Pedido de autorização para aplicação de questionário na Unidade

DE: DR. Ana Fraga <dt.ucc@scmpr.pt>

DATA: Wed, 23 Nov 2011 15:07:28 -0000 [23-11-2011 15:07:28 WET]

PARA: cristina.sacras@sapo.pt

Boa Tarde Enf.ª Cristina Sacras Morais

Venho por este meio, comunicar-lhe a autorização para aplicação do questionário nesta Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Atenciosamente

Ana Fraga

Directora Técnica
Técnica Superior de Serviço Social
Unidade de Cuidados Continuados Integrados Carlos Cardoso dos Santos
Santa Casa da Misericórdia do Peso da Régua
Rua Pedro Verdial
5050 - 283 Peso da Régua
Telefone: 254 324 020 / Ext.: 223
Fax: 254 324 022
E-mail: dt.ucc@scmpr.pt

-----Mensagem original-----

De: cristina.sacras@sapo.pt [mailto:cristina.sacras@sapo.pt]

Enviada: quarta-feira, 16 de Novembro de 2011 12:01

Para: dt.ucc@scmpr.pt

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário na Unidade

Drª Ana,
envio o requerimento para autorização da aplicação do questionário na Unidade Com os melhores cumprimentos Cristina Morais

Cristina Alexandra Sacras Morais
Rua José Régio, nº 5
5300-410 Bragança