



Universidade dos Açores



Departamento de Biologia

Mestrado em Ambiente, Saúde e Segurança (3.^a Edição)

O STRESS NOS PSICÓLOGOS DA ILHA DE SÃO MIGUEL

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre de:

Nuno Miguel Bettencourt da Silva Belchior

Orientadores: Professor Doutor Luís Filipe Dias e Silva

Professora Doutora Célia Maria de Oliveira Barreto Carvalho

Ponta Delgada, 2010

Agradecimentos

Agradeço à Direcção Regional do Trabalho e Qualificação Profissional pela oferta formativa que me proporcionou: o Mestrado em Ambiente, Saúde e Segurança.

Ao Professor Doutor Luís Silva pela estreita colaboração e grande disponibilidade demonstrada. Foi uma honra trabalhar com uma pessoa com as suas qualidades humanas e profissionais. Obrigado!

À Professora Doutora Célia Carvalho que arranjou sempre tempo para me ajudar e os seus conselhos em muito contribuíram para que esta dissertação se tornasse realidade. Obrigado!

Um agradecimento a todos os membros do Departamento de Biologia pelo apoio e carinho que sempre me demonstraram.

A todos os psicólogos o meu muito obrigado pela excepcional disponibilidade de colaboração para o meu trabalho.

À minha mãe pelo seu apoio incondicional e incansável.

Mais uma vez o meu muito obrigado a todos.

Índice

AGRADECIMENTOS	2
ÍNDICE DE ANEXOS	3
RESUMO	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. MATERIAL E MÉTODOS	14
2.1. POPULAÇÃO ALVO	14
2.2. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	14
2.2.1 - <i>Ficha Demográfica</i>	15
2.2.2 - <i>QSPSH-VG</i>	15
2.2.3 - <i>JSS</i>	16
2.2.4 - <i>PSS</i>	17
2.2.5 - <i>NLES</i>	18
2.2.6 - <i>Questões semi-abertas</i>	18
2.3. APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS	19
2.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA	19
2.4.1. <i>Ficha demográfica</i>	19
2.4.2. <i>Análise das escalas</i>	19
2.4.3. <i>Efeito dos factores demográficos e profissionais</i>	20
2.4.4. <i>Correlações entre as escalas</i>	20
2.4.5. <i>Análise das questões semi-abertas</i>	20
3. RESULTADOS	22
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	22
3.2. NÍVEIS E FONTES DE <i>STRESS</i> DA ESCALA <i>QSPSH-VG</i>	25
3.3. ESCALA <i>NLES</i>	26
3.4. ESCALA <i>JSS</i>	26
3.5. ESCALA <i>PSS</i>	26
3.6. EFEITO DOS FACTORES DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS	26
3.7. CORRELAÇÕES ENTRE AS ESCALAS	29
3.8. ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> E MEDIDAS DE MINIMIZAÇÃO DO <i>STRESS</i> OCUPACIONAL.....	31
4. DISCUSSÃO	33
5. CONCLUSÕES GERAIS	40
6. BIBLIOGRAFIA	41

Índice de Anexos

ANEXO 1 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA COM A MÉDIA DO NÍVEL GERAL DE <i>STRESS</i> E DAS RESPOSTAS AOS ITENS DAS SUBESCALAS (FONTES DE <i>STRESS</i>) DA <i>QSPSH-VG</i> NUMA AMOSTRA DE 48 PSICÓLOGOS RESIDENTES NA ILHA DE SÃO MIGUEL	50
--	-----------

Resumo

O *stress* ocupacional parece afectar, adversamente, tanto o bem-estar dos trabalhadores como das organizações. Estudos anteriores mostraram que os psicólogos podem ser afectados por níveis elevados de *stress* ocupacional resultante de erros cometidos e respectivas implicações ou consequências negativas. Este estudo teve como objectivo avaliar os níveis de *stress* ocupacional, identificar os *stressores* presentes no contexto laboral e as estratégias de *coping* utilizadas pelos Psicólogos residentes na ilha de São Miguel. Entre os 100 profissionais contactados obtiveram-se 48 respostas, constituindo uma amostra relativamente jovem e quase exclusivamente pertencente ao género feminino. Aplicou-se uma Ficha demográfica, o Questionário de Stresse nos Prestadores de Serviços Humanos – Versão Geral (QSPSH-VG), o *Perceived Stress Scale (PSS)*, o *Negative Life Events Scale (NLES)*, o *Job Satisfaction Survey (JSS)* e um grupo de questões semi-abertas relativas às estratégias de *coping*. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes apresentava um *stress* moderado. O *stressor* mais assinalado foi “O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático”. O factor idade parece afectar o nível de *stress* para as fontes de *stress* “Excesso de trabalho” e “Carreira e remuneração”. Verificou-se que o *stress* percebido está associado a problemas familiares e está inversamente relacionado com a satisfação no trabalho. O conflito trabalho-família demonstrou ser o mais importante *stressor* ligado ao *stress* ocupacional. As estratégias de *coping* mais utilizadas foram as de resolução de problemas. Sugerem-se como medidas de intervenção: a melhoria da organização do trabalho, a redução da carga de trabalho, o aumento salarial e a alteração ao nível da chefia.

Palavras-chave: *stress* ocupacional; *coping*; *stressores*; psicólogos.

Abstract

Occupational stress seems to affect, adversely, both the workers and organizations. Previous studies demonstrate that psychologists may be affected by high levels of occupational stress resultant of mistakes and respective negative implications or consequences. This paper has the following main objectives: to evaluate the levels of stress, to identify the sources of stress in the context of labor, and the coping strategies used by psychologists. The study was undertaken in São Miguel Island, and out of 100 professionals contacted for this survey 48 of them responded what constituted a relatively young and almost exclusively female sample. A demographic questionnaire, a questionnaire to evaluate stress in human service providers (Questionário de Stresse nos Prestadores de Serviços Humanos – Versão Geral, QSPSH-VG), Perceived Stress Scale (PSS), Negative Life Events Scale (NLES), Job Satisfaction Survey (JSS) and half-open questions were applied. The results indicated that the majority of the participants presented a moderate stress. Almost all of them mentioned coping strategies. The most quoted stress agent was “overwork and/or bureaucratic tasks”. The factor that seemed to affect the level of stress was the age for the stressors “Overwork” and “Career and remuneration”. Perceived stress was related with family problems and was inversely related with job satisfaction. Family-work conflict demonstrated to be the most important stressor linked with occupational stress. Problem-focused coping strategies were most often cited. In this ambit, the suggested intervention measures are: improvement in work organization, decrease in work load, raise in salary and change in leadership.

Keywords: *occupational stress; coping; stress agents; psychologists.*

1. Introdução

O título desta dissertação: *O stress* nos psicólogos da ilha de São Miguel surge no âmbito do curso de Mestrado em Ambiente, Saúde e Segurança (3.^a Edição) da Universidade dos Açores e do facto do mestrando ser licenciado no curso (pré-bolonha) de Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade do Minho.

Tendo em conta que o *stress* ocupacional tem aumentado cada vez mais no mundo moderno, provocando um desequilíbrio entre a vida pessoal e o trabalho, mudando as prioridades de intervenção perante as fontes de *stress*, e sabendo-se que os psicólogos, pelas características do seu trabalho, estão expostos a numerosas e diversas fontes de *stress*, pretende-se, com este estudo, conhecer e avaliar o *stress* envolvido na actividade de um profissional de psicologia na ilha do arcanjo.

Como se sabe, o conceito de *stress* é muito utilizado, quer pela comunidade científica, quer pelo público em geral, mas continua a não existir um significado unanimemente aceite, havendo muita confusão conceptual e divergência de opiniões (Gomes & Cruz, 2004; Manning & Jackson, 1996).

Segundo Cooper e colaboradores (2001), o *stress* “tem sido concebido e estudado como estímulo, como resposta ou como a interacção entre estímulo e resposta, sob a forma de um tipo de desequilíbrio entre o indivíduo e o seu meio envolvente”.

Dobreva-Martinova e colaboradores (2002) acrescentam: o *stress* é um elemento fundamental do ambiente de trabalho que parece afectar, adversamente, tanto o bem-estar dos trabalhadores, individualmente, como as organizações no seu global (satisfação no trabalho e compromisso organizacional).

Apesar de a palavra *stress* ter, geralmente, uma conotação negativa – sendo assumido que ele pode dar origem a uma multiplicidade de patologias, dada a maior vulnerabilidade do organismo às agressões externas – Selye referiu que nem sempre as reacções de *stress* são negativas para o indivíduo, sendo mesmo necessário um

certo nível de *stress* para a motivação, o crescimento e o desenvolvimento individual. Deste modo, este autor fez a distinção entre *distress* concebido como o *stress* com consequências negativas e *eustress* visto como o *stress* com consequências positivas (Ramos, 2001).

Existe uma ampla evidência de que o *stress* ocupacional não resolvido resulta em pouca satisfação laboral, desempenho profissional medíocre, *distress* psicológico e saúde debilitada (Morris & Long, 2002). De acordo com Williams e Cooper (1998) o *stress* no trabalho é uma característica cada vez mais comum na vida moderna. Não é por acaso que a preocupação acerca dos efeitos do *stress* ocupacional na produtividade, absentismo e problemas relacionados com a saúde (incluindo saúde física e mental) tem aumentado dramaticamente durante a última década (Vagg & Spielberg, 1998; Huengsberg *et al.*, 1998).

De acordo com o modelo transaccional de Lazarus (1991), o *stress* ocupacional corresponde a um processo que envolve uma transacção entre o indivíduo e o seu ambiente de trabalho, tendo em conta que o indivíduo age e reage às trocas com o ambiente, numa causalidade circular, em que a interpretação do significado de determinada relação com o ambiente (avaliação cognitiva) e as estratégias para lidar com as exigências contidas nessa relação (*coping*) recolhem a essência da percepção do *stress*. Lazarus apresenta três tipos de avaliação cognitiva: avaliação primária (processo no qual o indivíduo avalia a situação), avaliação secundária (o indivíduo identifica e aplica os recursos de que dispõe) e a reavaliação (corresponde a outro ciclo, activado por nova informação). O autor diferencia entre condições antecedentes *stressantes* (“*stressores*”) e a forma como estas são cognitivamente avaliadas por um indivíduo em particular (“*ameaça*”), tendo em conta os seus recursos de *coping*. A ansiedade, a irritação, ou ambas, são evocadas quando um *stressor* é percebido como ameaçador, sendo estas reacções emocionais mais intensas quando o indivíduo não tem os recursos necessários para lidar efectivamente com elas (Vagg & Spielberg, 1998).

O *stress* no trabalho tem aumentado na maior parte dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Cooper *et al.*, 2001). A diminuição nos custos com mão-de-obra conduziu a uma redução do número de trabalhadores os quais estão sujeitos a um maior volume de trabalho e a uma maior insegurança pelo seu posto de trabalho. As horas de trabalho também aumentaram em muitos países, tendo um efeito adverso em famílias em que ambos os cônjuges trabalham (sendo, hoje em dia, a forma mais comum de família, em muitos países). Como consequência, o desequilíbrio entre a vida e o trabalho ganhou importância como uma das fontes de *stress* ocupacional em muitos estudos sobre os empregados (Worrall & Cooper, 2001).

De acordo com Gomes (2006, p. 45), “o *stress* ocupacional tem vindo a ganhar cada vez maior importância junto da comunidade científica, procurando-se obter um conhecimento mais completo acerca das suas causas e efeitos e sobre o tipo de relações que se podem estabelecer com indicadores profissionais subjectivos (como satisfação, compromisso profissional, etc.) e objectivos (como níveis de produtividade, absentismo, etc.)”.

Segundo McGuigan (1993) cada situação *stressante* (*stressor*), com que as pessoas se defrontam na vida quotidiana, evoca reflexivamente o padrão primitivo de alarme que consiste em se erguerem (dissimuladamente ou de maneira evidente) em bicos de pés e arquearem as costas para a frente. Toda a musculatura esquelética reage imediatamente, preparando o indivíduo para a luta ou para a fuga. Esta reacção de alarme, seguida de mudanças autonómicas e endócrinas complexas, tiveram grande valor de sobrevivência ao longo da evolução humana. No caso particular do *stress*, à medida que a tensão produzida pelo *stress* aumenta, a actividade do sistema nervoso central também aumenta. Em consequência, várias funções autónomas, tais como as do sistema cardiovascular, gastrointestinal e endócrino são estimuladas. Uma tensão músculo-esquelética elevada, que ocorra de forma prolongada, poderá redundar numa variedade de condições patológicas – a que podemos chamar de consequências negativas do *stress*. De modo oposto, o relaxamento da musculatura

esquelética produz um estado de tranquilidade geral, reduzindo a actividade noutros sistemas do corpo.

As consequências negativas do *stress* manifestam-se no domínio da saúde que é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2009). Estas mesmas consequências negativas do *stress* podem, ainda, ser vistas como individuais e organizacionais (Ramos, 2001).

Para o indivíduo, as consequências negativas do *stress* manifestam-se em termos de saúde física e mental. Uma vez que o *stress* afecta os sistemas nervoso, endócrino e imunológico do organismo, pode causar patologias como perturbações gastrointestinais, doenças cardiovasculares, cancro, depressão, distúrbios de ansiedade, *burnout*, perturbações sexuais, perturbações de sono, perdas de memória ou mesmo causar morte (Ramos, 2001) – nomeadamente quando se trata de situações muito prolongadas, intensas ou frequentes ou quando o indivíduo não possui recursos adequados de adaptação e resiliência (Cooper *et al.*, 2001).

As consequências organizacionais do *stress* derivam das individuais, reflectindo-se num significativo aumento de custos, quer directos quer indirectos. No que concerne aos custos directos, há que referir o absentismo, o aumento da taxa de rotatividade, as greves, a quebra de desempenho, o aumento do número de acidentes de trabalho, assim como custos de saúde, pagamento de compensações e indemnizações por lesões associadas ao *stress*. Quanto aos custos indirectos, estes relacionam-se com reduções na motivação, perda de vitalidade, falhas de comunicação, degradação das relações de trabalho e erros na tomada de decisão (Ramos, 2001).

De acordo com Boman (1988, p. 301) “as variáveis psicossociais são reconhecidas como contribuindo para o desenvolvimento de doença cardíaca (por exemplo, a pressão arterial alta, a obesidade, falta de exercício, fumar cigarros e colesterol alto no sangue)”. As mudanças significativas no ambiente pessoal, social ou

cultural afectam muitas destas variáveis psicossociais que requerem um grande ajustamento e adaptação. Tais *stressores* incluem mudança económica rápida, luto, migração, ascensão social e pressões do trabalho. Os indivíduos cujas personalidades conduzem a um estilo de vida de luta, competitivo e aquisitivo têm um maior risco de doença cardíaca, enquanto o suporte social e coesão cultural oferecem um grau significativo de protecção contra o seu desenvolvimento.

Existe ampla evidência demonstrando que a taxa de mortalidade aumenta, substancialmente, nos meses subsequentes a um luto conjugal. De facto, a evidência de que morte de um familiar próximo pode originar um ataque cardíaco letal tem feito parte do saber popular, expresso em termos como “morrer de coração partido” (Boman, 1988, p. 309). Apesar deste saber popular, deve ter-se cuidado ao assumir uma relação causal só porque uma variável está associada com a doença cardiovascular (Boman, 1988).

Byrne e Espnes (2008, p. 235) referem que “a evidência empírica a partir de estudos aprofundados apoia largamente – mas não universalmente – ligações entre o *stress* ocupacional e as doenças cardiovasculares”. Os estudos que relacionam o *stress* ocupacional e os factores de risco para doenças cardiovasculares sustentam uma ligação entre o *stress* ocupacional e eventuais doenças cardiovasculares – e a evidência mais forte é a que se foca na pressão sanguínea e na hipertensão (Byrne & Espnes, 2008).

“Enquanto a investigação sobre a doença cardiovascular e o *stress* tem crescido, desenvolvido e fornecido informação valiosa, o mesmo não pode ser dito de outras doenças potencialmente relacionadas com o *stress*, particularmente o cancro” (Cooper, 1988, p. 369).

“É geralmente aceite que uma ampla variedade de factores ambientais em conjunto com algum grau de predisposição genética é a causa da maioria das formas de *diabetes mellitus*” (Bradley, 1988, p. 387). Parece claro que o *stress* pode desencadear o início de sintomas de diabetes. Existe uma possibilidade teórica de que

o *stress* pode também ter um papel causal no dano inicial nas células pancreáticas das ilhotas de Langerhans, embora a evidência para tal papel seja escassa (Bradley, 1988, p. 397). Um estudo de Leynen e colaboradores (2003) indica que existe uma associação entre o *stress* ocupacional, definido quer como uma combinação de elevadas exigências psicológicas laborais e baixo controlo do trabalho, quer apenas pela ausência de controlo do trabalho e a prevalência de diabetes.

Segundo Straub (2005, p 362) “o *stress* prolongado também pode promover o cancro, limitando a capacidade do corpo de reparar erros que ocorram durante a divisão celular. O DNA deve ser replicado de forma precisa a cada divisão celular. O preço a pagar por esses erros pode ser grande – sendo possível a ocorrência de doenças e até a morte”.

De acordo com Cox (1988) há pelo menos duas formas diferentes da experiência de *stress* afectar o desenvolvimento de cancro.

Primeiro, a estratégia comportamental que o indivíduo adopta ou desenvolve para lidar com situações de *stress* poderá afectar a exposição a estímulos carcinogéneos, por exemplo, através do aumento do consumo de tabaco (possivelmente combinado com o aumento do consumo de álcool), ou através de procedimentos de trabalho pouco seguros em ambientes onde existem agentes carcinogéneos conhecidos. Assim, a exposição a situações *stressantes* podem conduzir ao início do processo de cancro. Além do mais, tanto estes comportamentos como as respostas fisiológicas do indivíduo ao *stress* podem funcionar como facilitadores dos efeitos de carcinogéneos existentes. Este processo pode envolver mudanças na natureza geral dos ambientes celular e hormonal (por exemplo: o *stress* favorece o desenvolvimento de radicais livres que podem provocar danos a nível celular), tornando-se mais favoráveis a transformações malignas das células.

Segundo, a resposta fisiológica ao *stress* pode promover a transformação maligna e posterior desenvolvimento de células cancerígenas através da supressão da função do sistema imunitário. Parece que estes efeitos são muito provavelmente

mediados por hormonas sensitivas ao *stress*, em particular os glicocorticóides, embora existam outras que também possam estar envolvidas, por exemplo a hormona do crescimento. O bloqueio de células do sistema imunitário associado ao *stress* pode aumentar a probabilidade de que células recém-transformadas não sejam detectadas pelos mecanismos de defesa do hospedeiro (Cox, 1988).

De acordo com Boscolo e colaboradores (2008), o *stress* ocupacional influencia, provavelmente, o início de doenças auto-imunes. Por exemplo, foi diagnosticado hipotireoidismo auto-imune em inúmeros trabalhadores por turnos de um hospital italiano. “O *stress* ocupacional poderá, não só alterar a eficiência das respostas auto-imunes comuns, como também promover estados auto-imunes” (Boscolo *et al.*, 2008, p. 342).

Segundo Reason (1988, p. 419) “enquanto níveis elevados de *stress* podem e, muitas vezes, fazem aumentar a possibilidade de falhas cognitivas, estes não são nem uma condição necessária nem suficiente para a sua ocorrência”. Observações feitas a partir de várias amostras, expostas a diferentes fontes *stressantes*, apresentaram resultados que apoiam a hipótese de vulnerabilidade ao *stress* de Broadbent, nomeadamente, o facto de que níveis relativamente elevados de falhas cognitivas na vida diária normal estão associadas a uma maior vulnerabilidade a *stresses* impostos externamente (Reason, 1988).

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (European Agency for Safety and Health at Work – EASHW) apresenta possíveis causas para o *stress* ocupacional, identificando 10 factores de risco psicossociais emergentes. Da palavra “emergentes” pretende-se dizer novos e crescentes. A palavra “novos” refere-se a um risco que emerge como consequência de novos processos, novas tecnologias ou mudança social e organizacional no local de trabalho. A palavra “crescentes” é uma referência a um aumento no número de perigos que contribuem para o risco, a probabilidade de exposição a esses perigos que aumentam ou os efeitos perante o agravamento da saúde do trabalhador. Estes factores de risco emergentes incluem:

contratos de trabalho precários no contexto de mercados de trabalho instáveis; maior vulnerabilidade do trabalhador devido à globalização; novas formas de contratos de trabalho; sensação de insegurança pelo posto de trabalho; questões do envelhecimento na mão-de-obra; longos períodos de trabalho; intensificação do trabalho; *lean production* (que produz boa qualidade e tem serviços com menos perdas) e subcontratação; elevadas exigências emocionais no trabalho; e equilíbrio pobre entre a vida e o trabalho (EASHW, 2007, 2009a,b).

Uma revisão das estratégias concebidas para reduzir o *stress* ocupacional revelou que estas podem ser divididas em dois grupos: intervenções ao nível individual e intervenções na interface organizacional/individual. A primeira intervenção inclui estratégias de *coping* individual que ajudam o indivíduo a desenvolver a capacidade para criar resistência para situações relacionadas com o *stress*. A segunda estratégia procura dirigir-se aos assuntos de controlo e poder sobre o trabalho. Controlo esse que o indivíduo pode ter e o qual envolve a reestruturação de tarefas e a reorganização do trabalho (Dollard & Winefield, 1996).

Alguns autores consideram que o suporte social pode ter um efeito aliviante sob o *stress*, actuando através do efeito de amortecimento e do efeito directo (Winnubst *et al.*, 1988). O efeito amortecedor refere-se ao facto de que um elevado nível de suporte social protege o indivíduo contra as consequências negativas dos *stressores* no trabalho. Isto implica que, nos indivíduos que têm acesso a um sistema de suporte social forte, tais *stressores* são pouco prováveis de conduzir a esgotamentos e à deterioração da saúde mental e física; nos indivíduos com falta de suporte social adequado, tais *stressores* assumem um efeito negativo sob o bem-estar. Assim, segundo esta hipótese, o suporte social é benéfico em tempo de crise. Por outro lado, a hipótese do efeito directo assume que o suporte social tem um efeito positivo sob o bem-estar. Podem distinguir-se dois tipos de efeitos directos. Em primeiro lugar, o suporte social pode reduzir directamente certos *stressores* do trabalho. O segundo efeito directo do suporte social relaciona-se com a influência

positiva que as relações interpessoais têm sob a saúde mental e física, ao satisfazer necessidades humanas importantes, como a necessidade de consideração, de pertença e de compreensão.

Neste contexto, o *stress* ocupacional tem vindo a ser estudado em várias classes profissionais (polícias, enfermeiros, etc.). No entanto, no que se refere aos psicólogos o *stress* ocupacional tem sido menos estudado (Gomes & Cruz, 2004).

Existem estudos sobre o *stress* ocupacional realizados em professores universitários (Dunn *et al.*, 2006, Richard & Krieshok, 1989), professores de escolas primárias e secundárias (Chan *et al.*, 2010), polícias (McCreary & Thompson 2006, Regehr *et al.*, 2008), enfermeiros (Yeh *et al.*, 2007), na população em geral (Gutherie, Ciccarelli & Babic, 2010), funcionários do Estado (Lopes *et al.*, 2010), gestores públicos e privados (Lu *et al.*, 2009), expedidores de carga eléctrica (Yáber *et al.*, 2007), advogados (Tsai *et al.*, 2009), cuidadores trabalhando no campo do VIH/SIDA (Dyk, 2007), sub-marinheiros (Brasher *et al.*, 2009), maquinistas de metro (Jie *et al.*, 2009), treinadores desportivos de elite (Olusoga *et al.*, 2009), militares da Guarda Nacional Republicana (Afonso & Gomes, 2009), no serviço militar (Campbell & Nobel, 2009), no serviço naval (Bridger *et al.*, 2007) e também psicólogos (Gomes & Cruz, 2004). Para além destas populações também foram estudadas diferenças de género ao experienciar o *stress* ocupacional (Galanakis *et al.*, 2009), a relação do *stress* ocupacional com o comportamento conjugal (Story & Repetti, 2006), e a relação do *stress* com os sintomas de depressão (Clays *et al.*, 2007).

Os psicólogos também estão expostos ao *stress* ocupacional. Deles é esperado que sejam empáticos e compreensivos, que tenham a capacidade de controlar respostas emocionais face ao relato de trauma e emoção forte, e que sejam altamente sensitivos com as pessoas e ao ambiente (O'Connor, 2001). Estes factores podem fazer com que os psicólogos se tornem emocionalmente exaustos e esgotados, o que pode conduzir a uma deterioração dos serviços prestados aos clientes (Jordaan *et al.*, 2007). Está claro que as fontes de *stress* associadas ao trabalho

psicoterapêutico são tanto numerosas como diversas (Case & McMinn, 2001). Sendo também verdade que os psicólogos em exercício estão regularmente expostos a condições *stressantes* (Murtagh & Wollersheim, 1997). De acordo com uma revisão bibliográfica efectuada por Cushway e colaboradores (1996), as consequências negativas do *stress* ocupacional em profissionais da saúde mental incluem reduzida satisfação profissional, prestação de serviços de saúde pobres, absentismo, doença relacionada ao *stress*, problemas de saúde mental e suicídio. A pesquisa sobre o *stress* ocupacional sugere que os psicólogos são vulneráveis a níveis de *stress* variáveis que podem afectar o seu desempenho laboral; o seu relacionamento com clientes e colegas; e a sua própria saúde psicológica e física (Cushway & Tyler, 1994; Cushway *et al.*, 1996; Deutsch, 1984, 1985).

Considerando que os estudos relativos ao *stress* no Arquipélago dos Açores estão ainda pouco desenvolvidos, será pertinente realizar um estudo sobre o *stress* ocupacional. Tendo em conta a existência de um estudo recente sobre o *stress* nos psicólogos realizado em Portugal Continental, a extensão do estudo aos Psicólogos residentes no Arquipélago dos Açores permitirá contextualizar a investigação numa realidade mais global e obter, segundo o nosso conhecimento, os primeiros resultados sobre o *stress* ocupacional nesta região do país.

Neste sentido, pretende-se conhecer melhor o *stress* ocupacional nos psicólogos da ilha de São Miguel, avaliando níveis de *stress*, fazendo um levantamento dos *stressores*, das estratégias de *coping* utilizadas e delineando áreas de intervenção prioritárias.

A presente investigação tem como objectivos:

- Realizar uma primeira avaliação do *stress* ocupacional nos psicólogos da ilha de São Miguel;
- Adaptar instrumentos de avaliação anteriormente validados para outras populações, nomeadamente: Ficha demográfica (Gomes & Cruz, 2004), Questionário de Stresse nos Prestadores de Serviços Humanos – Versão Geral (QSPSH-VG), *Perceived*

Stress Scale (PSS), *Negative Life Events Scale (NLES)* e *Job Satisfaction Survey (JSS)*.

- Identificar lacunas, ao nível do apoio institucional, no combate ao *stress* ocupacional.

Foram testadas as seguintes hipóteses de investigação:

- As fontes de *stress* a que estão sujeitos os psicólogos na ilha de São Miguel são as mesmas do que as citadas para outras regiões;
- A percepção do *stress* é afectada por factores como o género do psicólogo, a idade/tempo de serviço, o seu grau académico e orientação;
- O nível de *stress* ocupacional percebido está positivamente relacionado com a ocorrência de fontes de *stress* externas à profissão;
- O nível de *stress* ocupacional percebido está inversamente relacionado com a satisfação com o trabalho;
- Os psicólogos conhecem estratégias de *coping* face ao *stress* ocupacional;
- Existem lacunas ao nível da disponibilização de mecanismos institucionais que minimizem o efeito do *stress* ocupacional.

A relevância deste trabalho reside no estudo do *stress*, de modo a identificar cada vez mais situações que podem gerar consequências negativas para o ser humano, e todas as implicações referentes à questão, não apenas relativas ao trabalho, mas em todas as áreas da sua vida (Sanzovo & Coelho, 2007).

2. Material e Métodos

2.1. População alvo

A população alvo deste estudo é constituída por psicólogos residentes na ilha de São Miguel, Açores, a exercer funções em instituições públicas ou privadas, num total de 100 psicólogos de acordo com a base de dados fornecida com vista à inscrição dos psicólogos na Ordem dos Psicólogos.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

Foram utilizadas várias escalas já validadas em estudos anteriores com os seguintes objectivos:

- *A Ficha Demográfica (Gomes & Cruz, 2004)* permite fazer uma caracterização da amostra em termos demográficos, formação académica e situação profissional.

- *O Questionário de Stress nos Prestadores de Serviços Humanos – Versão Geral (QSPSH-VG; Gomes, 2009)* foi utilizado neste estudo com o intuito de conhecer os níveis de *stress* dos psicólogos da ilha de São Miguel para depois compará-los com outras regiões, para avaliar se o nível de *stress* é afectado por factores como o género do psicólogo, a idade, a sua formação e orientação.

- *Job Satisfaction Survey (JSS; Spector, 1985)*. Este instrumento foi utilizado neste estudo para verificar se a satisfação no trabalho está inversamente correlacionada com a percepção do *stress*.

- *Perceived Stress Scale – 10 itens (PSS; Cohen & Williamson, 1988)*. Esta escala foi utilizada neste estudo com o propósito de avaliar se a percepção do *stress* é afectada por factores como o género do psicólogo, a idade, a sua formação e orientação, e verificar se está inversamente correlacionada com a satisfação no trabalho através da escala *Job Satisfaction Survey (Spector, 1985)*.

- *A escala Negative Life Events Scale (NLES; McCreary & Sadava, 1998)* foi

utilizada neste estudo no sentido de verificar se existe uma relação positiva entre a ocorrência de fontes de *stress* externas à profissão e níveis de *stress* ocupacional percebido avaliado pela escala *Perceived Stress Scale* (Cohen & Williamson, 1988).

- *Questões semi-abertas*. Neste estudo foram utilizadas questões semi-abertas com a finalidade de avaliar o conhecimento que os psicólogos têm acerca de estratégias de *coping* face ao *stress* ocupacional e se existem lacunas ao nível da disponibilização de mecanismos institucionais que minimizem o efeito do *stress* ocupacional.

Segue-se uma descrição resumida de cada escala.

2.2.1 - Ficha Demográfica

Trata-se de um instrumento desenvolvido por Gomes e Cruz (2004) com um conjunto de questões que permitem caracterizar a amostra em termo de Informação Demográfica, Formação Académica e Situação Profissional.

2.2.2 - QSPSH-VG

Este instrumento foi desenvolvido por Gomes (2009) a partir dos trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes, Cruz e Cabanelas (no prelo) com profissionais da área das ciências humanas e da saúde (e.g., psicólogos, médicos e enfermeiros). Assim sendo, esta escala pretende avaliar as potenciais fontes de *stress* no exercício da actividade laboral dos profissionais que prestam serviços humanos (independentemente do contexto, área e/ou domínio de actividade). O questionário compreende duas partes distintas. Numa fase inicial, é proposto aos profissionais a avaliação do nível global de *stress* que experienciam na sua actividade, através de um único item (0=Nenhum *stress*; 4=Elevado *stress*). Na segunda secção, são indicados

22 itens relativos às potenciais fontes de *stress* associadas à actividade profissional. Os itens distribuem-se por seis subescalas, sendo respondidos numa escala tipo “Likert” de 4 pontos (0=Nenhum *stress*; 4=Muito *stress*). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão dividindo-se depois os valores encontrados pelo total de itens da subescala. Assim sendo, valores mais elevados significam maior percepção de *stress* em cada um dos domínios avaliados. Na Tabela 1, apresentam-se os valores do alfa de *Cronbach* para cada uma das subescalas.

Tabela 1- Análise de fiabilidade das subescalas da escala QSPSH-VG.

Subescala	Número de itens	Alfa de <i>Cronbach</i>
Lidar com clientes	4	0,846
Relações profissionais	4	0,834
Excesso de trabalho	4	0,794
Carreira e remuneração	4	0,828
Acções de formação	3	0,869
Problemas familiares	3	0,944

2.2.3 – JSS

O JSS é um questionário de 36 itens, com nove subescalas que pretende avaliar as atitudes dos empregados acerca do trabalho e aspectos desse mesmo trabalho. Cada subescala é avaliada com quatro itens, e uma cotação total é calculada para todos os itens. É realizado um somatório das questões, com seis alternativas por item variando desde “discordo muito” a “concordo muito”. Os itens são escritos em valência positiva e negativa, então cerca de metade têm de ser cotadas de forma invertida. As nove subescalas são Salário, Promoção, Supervisão, Regalias, Recompensas Contingenciais (desempenho baseado em recompensas), Procedimentos de Funcionamento (regras e procedimentos de funcionamento), Colegas de Trabalho, Natureza do Trabalho e Comunicação. Embora o JSS tenha sido originalmente

desenvolvido para uso em organizações de serviços humanos, é aplicável para todas as organizações. O JSS avalia a satisfação profissional num *continuum* entre baixo (insatisfação) e elevado (satisfação). Não existem pontos de corte para determinar se o indivíduo está satisfeito ou insatisfeito. Quanto à interpretação da escala, dado que a JSS usa opções de resposta de concordo-discordo de seis pontos podemos assumir que a concordância com itens formulados positivamente e discordância com itens formulados negativamente representam satisfação, enquanto que a discordância com itens formulados positivamente e concordância com itens formulados negativamente representa insatisfação. Isto significa que cotações com uma média de resposta ao item (depois de inverter a cotação dos itens formulados negativamente) de quatro ou mais representa satisfação, enquanto uma média de resposta de três ou menos representa insatisfação. Médias de resposta entre três e quatro são ambivalentes. De acordo com o somatório total dos itens da escala, as cotações podem variar entre 36 e 216, os intervalos são de 36 a 108 para a insatisfação, de 144 a 216 para satisfação e entre 108 a 144 para a ambivalência. No nosso estudo esta escala apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,822.

2.2.4 – PSS

Este é um instrumento desenvolvido por Cohen e Williamson (1988) composto por 10 itens, cuja cotação é obtida ao inverter a cotação dos quatro itens positivos, por exemplo: 0=4, 1=3, 2=2, etc. e depois somando todos os 10 itens. Por exemplo, na questão “No último mês, quantas vezes se sentiu confiante acerca da sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?”, se o sujeito assinalar “quase nunca”, como o item é positivo, a cotação é invertida (1=3) e a cotação atribuída é 3. Os itens 4, 5, 7 e 8 são os itens formulados positivamente. O PSS foi concebido para uso em amostras da população em geral com um grau de instrução correspondente ao ensino secundário ou superior. Os itens são fáceis de compreender e as alternativas de

resposta são igualmente fáceis de entender. Além do mais, as questões são gerais na sua natureza e por este motivo estão relativamente livres de um conteúdo específico para qualquer subgrupo da população. O PSS não é um instrumento diagnóstico, por isso não tem pontos de corte. Apenas permite estabelecer comparações entre pessoas pertencentes à mesma amostra. No nosso estudo esta escala apresentou um alfa de *Cronbach* de 0,887.

2.2.5 – NLES

Este instrumento avalia a ocorrência nos últimos 12 meses de acontecimentos de vida negativos e mede o quão *stressantes* foram através de uma escala de 63 itens. Esta escala foi concebida a partir de uma *cheklist* de 45 itens usada por McCreary and Sadava (1998), e baseado num trabalho de Hammen, Marks, Mayol and DeMayo (1985). É pedido aos sujeitos que avaliem o que lhes aconteceu ao longo do último ano. O número de acontecimentos que eles experienciam é então somado, com uma amplitude que varia de 0 a 34. Quanto mais acontecimentos de vida experienciam, maior o *stress* que se espera a que a pessoa esteja sujeita. Não foi possível calcular o alfa de *Cronbach* para a NLES dado que a maioria dos sujeitos da amostra não reportou acontecimentos de vida negativos na escala.

2.2.6 - Questões semi-abertas

Este conjunto de questões de carácter qualitativo foi criado no âmbito deste estudo e é composto por duas questões: uma questão que visa avaliar as três estratégias utilizadas actualmente pelos sujeitos para lidar com o *stress*; e uma questão que avalia quais as estratégias que os sujeitos gostariam de ver utilizadas.

2.3. Aplicação dos questionários

Os psicólogos foram contactados com base numa lista de contactos de psicólogos da ilha de São Miguel existente para a inscrição dos mesmos na Ordem dos Psicólogos. A partir desta lista os psicólogos foram contactados por e-mail ou por telefone solicitando a sua participação no estudo através do preenchimento confidencial de questionários em formato electrónico ou em papel, neste último caso o questionário ser-lhes-ia enviado por carta para a morada que solicitassem, juntamente com um envelope e um selo para o reenvio dos questionários preenchidos ao remetente.

2.4. Análise estatística

Os dados foram organizados numa folha de cálculo e recorreu-se ao programa SPSS para o tratamento dos dados.

2.4.1. Ficha demográfica

Calcularam-se as distribuições de frequência para os itens relacionados com a ficha demográfica, sendo os resultados apresentados sob a forma de tabela. Para os itens de natureza quantitativa calculou-se igualmente a média, o desvio padrão, o máximo e o mínimo.

2.4.2. Análise das escalas

Relativamente à escala *QSPSH-VG*, para o item relativo ao nível geral de stress, calculou-se a distribuição de frequências. No que se refere às subescalas, procedeu-se ao cálculo da média dos respectivos itens para cada indivíduo e calculou-se a média, o máximo e o mínimo para cada subescala. Relativamente às escalas

PSS e JSS, procedeu-se à soma dos valores dos respectivos itens e calculou-se a média, o máximo, o mínimo e o desvio padrão. Quanto à escala NLES, devido à baixa taxa de resposta, não foi possível realizar uma análise quantitativa.

2.4.3. Efeito dos factores demográficos e profissionais

No sentido de avaliar o efeito das variáveis, faixa etária, grau académico, área de actividade profissional, exercício físico, *hobby*, estado civil e presença de filhos menores, realizaram-se testes de comparação de médias para duas (teste-t) ou mais amostras (análise de variância e teste de Tukey), após confirmação de que as somas das escalas e subescalas seguiam uma distribuição normal (Teste de Kolmogorov-Smirnov) e de que se cumpria o pressuposto da homocedasticidade (Teste de Levene).

2.4.4. Correlações entre as escalas

Foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman e a respectiva significância entre as seguintes variáveis: item relativo ao nível geral de stress da escala QSPSH-VG, média das subescalas da escala QSPSH-VG, média da JSS e média da PSS.

2.4.5. Análise das questões semi-abertas

Em relação às respostas obtidas, devido à sua considerável abrangência, foram agrupadas de acordo como os seguintes clusters (Feliciano, 2005):

- a) Estratégias de *coping* utilizadas: estratégias de resolução de problemas (criar uma estratégia, montar um plano, pensar nos passos a tomar; tomar iniciativa para resolver o problema ou *stressores* circundantes); suporte social (apoio emocional e instrumental da família, amigos, colegas de trabalho e

supervisores); actividades recreativas e de distração (por exemplo: tirar férias, actividades ao ar livre, ir à praia, jardinagem, viajar, ver televisão ou filmes, ter um *hobby*, brincar com crianças ou animais de estimação ou sonhar acordado); exercício físico (por exemplo: nadar, correr, andar, fazer ginástica, participar em marchas ou caminhadas); reformulação positiva (procurar algo de bom, ver as coisas de outra perspectiva, aprender algo com a experiência, manter a perspectiva); relaxamento, repouso ou exercício respiratórios; aceitação (aprender a viver com a situação, aceitar a realidade ou expectativa geral de resultados positivos); humor (não levar as coisas ou a si próprio tão a sério, procurar algo engraçado na situação); Outras (por exemplo: uso moderado de cigarros ou álcool).

- b) Medidas minimização do stress ocupacional a implementar: os mesmo clusters referidos em a) mas incluindo os seguintes clusters que englobam sugestões muito direccionadas para a alteração da organização do trabalho (por exemplo: melhoria dos recursos materiais, agilização de prazos ou redução da burocracia), a redução da carga de trabalho, o aumento salarial, e alteração ao nível da chefia.

Calculou-se a percentagem de respostas dadas como primeira, segunda ou terceira alternativa, incluídas em cada um dos clusters definidos e procedeu-se à sua representação gráfica.

3. Resultados

3.1. Caracterização da amostra

De uma população estimada em 100 psicólogos residentes em São Miguel, obtiveram-se 48 questionários validamente preenchidos. A maioria dos respondentes pertencia ao género feminino, enquanto as idades ficaram compreendidas entre os 24 e dos 52 anos, com uma média de 31 anos (Tabela 2).

Atendendo ao estado civil, a maioria dos respondentes era solteiro e não tinha filhos, nomeadamente menores (Tabela 2).

Em relação ao grau académico, a maioria dos sujeitos tinha o grau de licenciatura, tendo finalizado o seu curso há sete anos, em média (Tabela 2).

A maioria dos sujeitos referiu ter um *hobby* e praticar exercício físico.

Tendo em conta o local de trabalho, a maioria dos respondentes trabalhava numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sendo técnico superior de terceira ou segunda classe, efectivo (Tabela 3).

Quanto à área de actividade principal, a maioria inseria-se nas áreas de Psicologia Clínica e da Saúde e de Psicologia Social e Comunitária (Tabela 3).

O número médio de anos de experiência profissional dos sujeitos na área de actividade principal situou-se nos seis anos.

O tempo médio no percurso entre casa e trabalho (ida e volta) referido pelos sujeitos situou-se numa média de 24 minutos.

O número médio de horas de trabalho por semana dos sujeitos situou-se em 35 horas, sendo que o número médio de horas por semana em serviço directo com pessoas se situou em 22 horas.

Nos últimos 12 meses, apenas um sujeito afirmou ter pedido baixa médica devido a problemas relacionados com o *stress* profissional.

Tabela 2 - Características demográficas de uma amostra de 48 psicólogos residentes na ilha de São Miguel (n=48).

CARACTERÍSTICA/VARIÁVEL	N	%	Média	DP	Min./Máx.
SEXO					
Feminino	45	93,8			
Masculino	3	6,2			
IDADE			31,1	6,31	24 – 52
ESTADO CIVIL					
Casado	16	33,3			
Divorciado	1	2,1			
Solteiro	29	60,4			
União de facto	2	4,2			
NÚMERO DE FILHOS					
0	31	64,6			
1	8	16,7			
2	9	18,8			
PRESENÇA DE FILHOS MENORES					
Tem menores	32	66,7			
Não tem menores	16	33,3			
GRAU ACADÉMICO					
Licenciatura	34	70,8			
Pós-graduação	7	14,6			
Mestrado	7	14,6			
ANOS APÓS CONCLUSÃO DO CURSO			7,2	5,80	1-25
HOBBY					
Sim	28	58,3			
Não	20	41,7			
EXERCÍCIO FÍSICO					
Sim	25	52			
Não	23	48			

Tabela 3 - Situação profissional de uma amostra de 48 psicólogos residentes na ilha de São Miguel (n=48).

CARACTERÍSTICA/VARIÁVEL	N	%	Média	DP	Min./Máx.
LOCAL DE TRABALHO					
Centro de Saúde	2	4,2			
Clínica Privada	2	4,2			
Escola	9	18,8			
Hospital	2	4,2			
IAS	2	4,2			
IPSS	31	64,6			
CATEGORIA OU POSTO PROFISSIONAL					
Assessor Principal	2	4,2			
Coordenador	3	6,3			
Formador	1	2,1			
Técnico Superior 1ª classe	4	8,3			
Técnico Superior 2ª classe	14	29,2			
Técnico Superior 3ª classe	16	33,3			
Técnico Superior Principal	8	16,7			
ÁREA DE ACTIVIDADE PRINCIPAL					
Psicologia Clínica e da Saúde	17	35,4			
Psicologia da Justiça e da Reinserção Social	3	6,3			
Psicologia Escolar	11	22,9			
Psicologia Social e Comunitária	17	35,4			
TEMPO CASA-TRABALHO (MINUTOS)	48		24,42	13,88	0-60
ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	48		5,85	6,11	0-26
NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO	48		34,87	6,22	7-45
NÚMERO DE HORAS DE SERVIÇO COM CLIENTES	48		22,40	8,54	7-50

3.2. Níveis e fontes de *stress* da escala QSPSH-VG

No que se refere ao nível geral de *stress*, a maioria dos psicólogos afirmaram sentir um “moderado *stress*” no exercício da sua actividade profissional (Tabela 4).

Tabela 4 - Nível geral de *stress* no exercício da actividade profissional numa amostra de 48 psicólogos residentes na ilha de São Miguel. Resultados da aplicação da escala QSPSH-VG.

Nível de <i>stress</i>	Frequência	Percentagem
Pouco	8	16,7
Moderado	34	70,8
Bastante	6	12,5

De uma forma geral os psicólogos mencionaram uma média de respostas às subescalas que varia entre “pouco *stress*” (1) e “moderado *stress*” (2) (Tabela 5). As subescalas “Relações Profissionais” e “Problemas Familiares” obtiveram as médias mais baixas.

Tabela 5 – Estatística descritiva das subescalas da QSPSH-VG e a média das respostas às subescalas da QSPSH-VG numa amostra de 48 psicólogos residentes na ilha de São Miguel.

Subescalas	Mínimo	Máximo	Média
Lidar com clientes	0,25	4,00	2,29
Relações profissionais	0,00	4,00	1,68
Excesso de trabalho	0,50	3,75	2,04
Carreira e remuneração	0,00	3,75	2,12
Ações de formação	0,33	4,00	1,95
Problemas familiares	0,00	4,00	1,65

Os aspectos que mais preocupam os sujeitos do estudo prendem-se com o “excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático”, “tomar decisões onde os

erros podem ter consequências graves para os meus clientes” e “sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes” (Anexo 1).

Os aspectos que menos parecem preocupar os sujeitos do estudo relacionam-se com a relação com superiores e falta de tempo para a família e amigos (Anexo 1).

3.3. Escala NLES

Quanto à escala NLES uma minoria de pessoas assinalou acontecimentos de vida negativos, com uma taxa de respostas assinalando acontecimentos de vida negativos inferior a 10%.

3.4. Escala JSS

Em relação à escala JSS, o resultado médio da escala foi de 3,7 (mínimo = 2,6; máximo = 5,1; $dp = 0,53$) ou seja, os psicólogos apresentavam um nível ambivalente de satisfação profissional, uma vez que nesta escala os valores de insatisfação variam entre 1 e 3 e os valores de satisfação entre 4 e 6.

3.5. Escala PSS

Em relação à escala PSS, o resultado médio da escala foi de 1,7 (mínimo = 0,7; máximo = 3,5; $dp = 0,66$) ou seja, os psicólogos apresentavam um nível baixo de *stress* percebido, uma vez que a escala varia entre 0 e 4.

3.6. Efeito dos factores demográficos e profissionais

De acordo com uma análise de variância foi possível identificar diferenças significativas entre diferentes faixas etárias para as subescalas “Excesso de Trabalho” e “Carreira e Remuneração” (Tabela 6). No que se refere ao “Excesso de Trabalho”, apenas se verificou um nível de *stress* mais elevado para a faixa etária mais velha (Tabela 7). Em relação à “Carreira e Remuneração”, verificou-se uma situação inversa,

em que a faixa etária mais velha apresentou níveis de *stress* significativamente menores do que as outras (Tabela 8).

Tabela 6 – Efeito do factor idade no stress percebido e no nível de stress. Resultados de uma análise de variância a um factor (faixa etária) aplicada às subescalas da QSPSH-VG e à escala PSS. A partir de uma amostra de 48 psicólogos residentes na ilha de São Miguel.

Subescalas/Escalas	GL	F	P
Lidar com clientes	2; 45	0,375	0,690
Relações profissionais	2; 45	1,021	0,370
Excesso de trabalho	2; 45	5,140	0,010*
Carreira e remuneração	2; 45	6,162	0,004*
Acções de formação	2; 45	1,823	0,173
Problemas familiares	2; 45	0,292	0,750
Média da PSS	2; 45	0,816	0,450

* $p < 0,05$

Tabela 7 - Comparação da subescala Excesso de Trabalho entre faixas etárias, a partir de uma amostra de 48 psicólogos residentes na Ilha de São Miguel. Resultados do teste de Tukey HSD, aplicado após a ANOVA. Letras diferentes indicam diferenças significativas ($\alpha=0,05$).

Faixa etária	N	Média
Menos de 30 anos	24	1,86 a
Entre 30 a 39 anos	20	2,01 a
40 ou mais anos	4	3,19 b

Tabela 8 - Comparação da subescala Carreira e Remuneração entre faixas etárias, a partir de uma amostra de 48 psicólogos residentes na Ilha de São Miguel. Resultados do teste de Tukey HSD, aplicado após a ANOVA. Letras diferentes indicam diferenças significativas ($\alpha=0,05$).

Faixa etária	N	Média
40 ou mais anos	4	0,75 a
Menos de 30 anos	24	2,14 b
Entre 30 a 39 anos	20	2,38 b

Através da análise de variância não se verificou um efeito significativo do grau académico ou da área de actividade profissional ao nível do *stress* percebido e do *stress* ocupacional (Tabela 9 e 10).

Tabela 9 - Efeito do factor grau académico no *stress* percebido e no nível de *stress* ocupacional. Resultados de uma análise de variância a um factor (grau académico) aplicada às subescalas da QSPSH-VG e à escala PSS. A partir de uma amostra de 48 psicólogos residentes na ilha de São Miguel.

Subescalas/Escalas	GL	F	P
Lidar com clientes	2; 45	0,007	0,993
Relações profissionais	2; 45	0,206	0,815
Excesso de trabalho	2; 45	0,422	0,659
Carreira e remuneração	2; 45	0,972	0,386
Acções de formação	2; 45	0,437	0,649
Problemas familiares	2; 45	0,133	0,876
Média da PSS	2; 45	3,416	0,042*

*Contudo o teste de Tukey HSD não demonstrou diferenças significativas.

Tabela 10 - Efeito do factor área de actividade profissional no *stress* percebido e no nível de *stress* ocupacional. Resultados de uma análise de variância a um factor (área de actividade profissional) aplicada às subescalas da QSPSH-VG e à escala PSS. A partir de uma amostra de 48 psicólogos residentes na ilha de São Miguel.

Subescalas/Escalas	GL	F	P
Lidar com clientes	3; 44	0,263	0,852
Relações profissionais	3; 44	2,970	0,042*
Excesso de trabalho	3; 44	1,307	0,284
Carreira e remuneração	3; 44	2,565	0,067
Acções de formação	3; 44	0,872	0,463
Problemas familiares	3; 44	0,319	0,812
Média da PSS	3; 44	1,702	0,180

*Contudo o teste de Tukey HSD não demonstrou diferenças significativas.

O efeito dos factores exercício físico, *hobby*, estado civil e presença de filhos menores no *stress* percebido e no nível de *stress* ocupacional, não foi em geral significativo (Tabela 11). As únicas diferenças significativas foram as seguintes: i) ao nível da subescala “Acções de Formação”, onde os sujeitos que praticam exercício físico (média = 1,57) apresentam menos *stress* do que aqueles que não praticam exercício físico (média = 2,36); ii) ao nível da subescala “Problemas Familiares”, onde os sujeitos casados (média = 2,20) apresentam um maior nível de *stress* do que os solteiros (média = 1,29).

Tabela 11 - Efeito dos factores exercício físico, hobby, estado civil e presença de filhos menores no *stress* percebido e no nível de *stress* ocupacional. Resultados de um teste-t aplicado às subescalas da QSPSH-VG e à escala PSS. A partir de uma amostra de 48 psicólogos residentes na ilha de São Miguel.

Subescalas/Escalas	Exercício físico		Hobby		Estado civil		Filhos menores	
	t	p	t	p	t	p	t	p
Lidar com clientes	0,761	0,450	0,405	0,688	0,268	0,790	0,194	0,847
Relações profissionais	-1,217	0,230	-0,048	0,962	1,150	0,256	-1,163	0,251
Excesso de trabalho	-0,723	0,473	-1,702	0,096	2,005	0,051	-0,796	0,430
Carreira e remuneração	-1,166	0,250	-1,228	0,226	0,064	0,950	0,461	0,647
Acções de formação	2,901	0,006*	1,053	0,298	1,225	0,227	-0,033	0,974
Problemas familiares	1,510	0,138	-0,142	0,888	2,706	0,010*	-1,657	0,104
Média da PSS	0,548	0,586	0,647	0,521	1,741	0,089	-1,750	0,087

* $p < 0,05$

3.7. Correlações entre as escalas

Quanto às correlações entre escalas (Tabela 12), de salientar as mais significativas:

- Correlações negativas moderadas entre a média da JSS e a média da PSS, a subescala “Relações profissionais” e a subescala “Carreira e remuneração”;

- A correlação positiva moderada entre o nível geral de *stress* da QSPSH-VG e

todas as subescalas da QSPSH-VG, excepto a subescala “Acções de formação”, o que significa que o *stress* sentido pelos psicólogos está relacionado com diversas fontes de *stress*;

- A correlação positiva moderada entre a média da PSS e as subescalas “Excesso de trabalho” e “Problemas familiares”, ou seja, a percepção de *stress* está correlacionada com o excesso de trabalho e com problemas familiares;

- A correlação positiva moderada da subescala “Lidar com clientes” com as restantes subescalas QSPSH-VG;

- A correlação positiva moderada da subescala “Relações profissionais” com as subescalas “Excesso de trabalho” e “Problemas familiares”;

- A correlação positiva elevada entre as subescalas “Excesso de trabalho” e “Problemas familiares”;

- A correlação positiva moderada entre as subescalas “Acções de formação” e “Problemas familiares”.

Tabela 12 - Correlações de Spearman entre as várias escalas e subescalas analisadas. Abaixo de diagonal, coeficientes de correlação, acima da diagonal, probabilidades.

Escalas	Média JSS	Nível de <i>stress</i>	Média PSS	Lidar com clientes	Relações profissionais	Excesso de trabalho	Carreira e remuneração	Acções de formação	Problemas familiares
Média JSS		0,080	0,018	0,504	0,000	0,205	0,044	0,915	0,067
Nível de <i>stress</i>	-0,255		0,154	0,013	0,029	0,000	0,025	0,842	0,002
Média PSS	-0,341*	0,209		0,074	0,267	0,000	0,443	0,225	0,014
Lidar com clientes	-0,099	0,357*	0,260		0,015	0,002	0,040	0,012	0,004
Relações profissionais	-0,508**	0,316*	0,163	0,350*		0,003	0,286	0,545	0,001
Excesso de trabalho	-0,186	0,486**	0,509**	0,438*	0,422*		0,705	0,070	0,000
Carreira e remuneração	-0,292*	0,324*	-0,113	0,298*	0,157	0,056		0,708	0,404
Acções de formação	-0,016	-0,029	0,179	0,361*	0,090	0,264	-0,056		0,005
Problemas familiares	-0,266	0,436*	0,354*	0,412*	0,480*	0,628**	0,123	0,401*	

*significativa ao nível de 0,05; **significativa ao nível de 0,001.

3.8. Estratégias de *coping* e medidas de minimização do stress ocupacional

Relativamente ao grupo de questões semi-abertas foi colocada aos sujeitos da amostra como primeira questão “Quando a sua profissão o coloca sob *stress* como reage para resolver a situação?”, indicando três alternativas. As respostas foram classificadas de acordo com uma série de *clusters* (Figura 1). Como primeira alternativa, metade dos sujeitos deram respostas que se enquadram em estratégias de resolução de problemas, seguido do suporte social e relaxamento, repouso e exercícios respiratórios.

Na segunda e terceira alternativas (Figura 1), as estratégias ligadas ao suporte social (por exemplo: falar com o familiar, amigo ou supervisor) e actividades recreativas ou de distração aumentaram de importância como estratégias de *coping* para lidar com o *stress*.

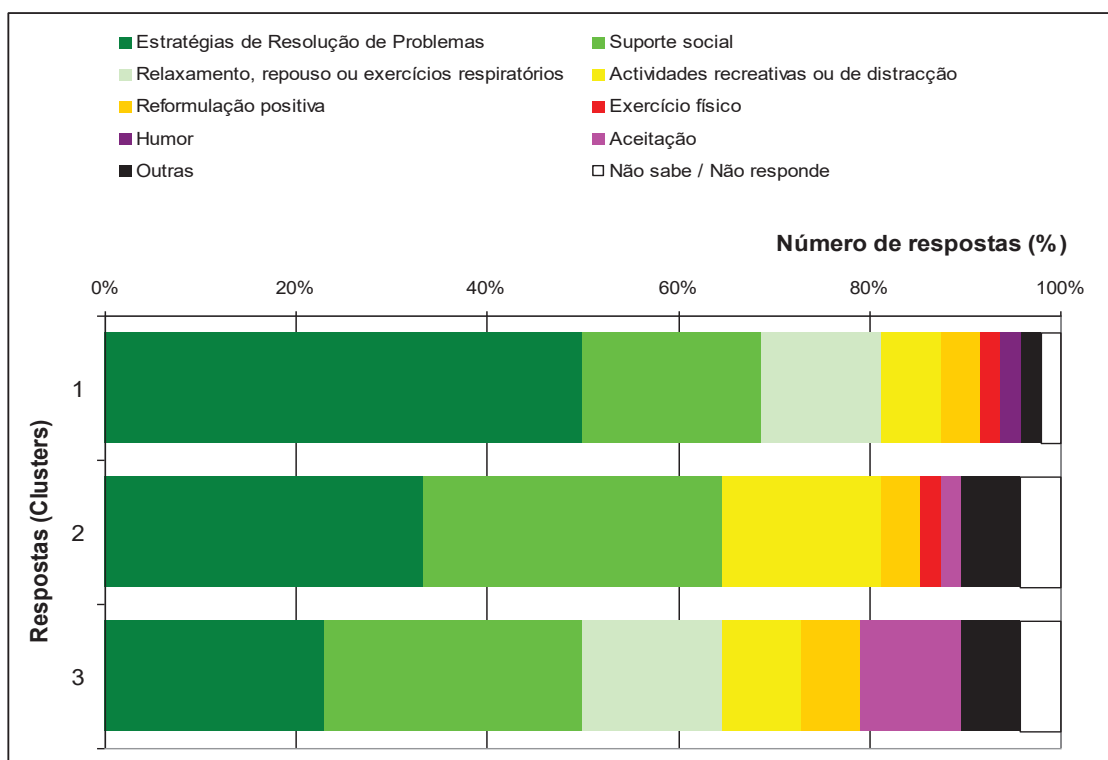


Figura 1 - Estratégias de *coping*. Percentagem de respostas dos psicólogos, agrupadas em *clusters*, à questão relativa à nomeação de três estratégias utilizadas actualmente para lidar com o *stress* no trabalho.

Foi colocada aos sujeitos da amostra como segunda questão “Quais as sugestões que daria para minimizar o seu *stress* ocupacional?”, indicando três alternativas. As respostas foram classificadas de acordo com uma série de *clusters* (Figura 2).

Como primeira alternativa, as três estratégias mais assinaladas foram, por ordem decrescente, melhoria da organização do trabalho (os exemplos mais comuns foram: a definição do papel do psicólogo, criação de procedimentos claros e comuns, coordenação entre serviços, melhoria dos recursos materiais e flexibilização de prazos), estratégias de resolução de problemas e redução da carga de trabalho. Apenas uma minoria dos sujeitos referem que as condições existentes são suficientes.

Em relação à segunda e terceira alternativas, as estratégias ligadas à melhoria da organização do trabalho, ao suporte social e às actividades recreativas e de distracção aumentaram de importância.

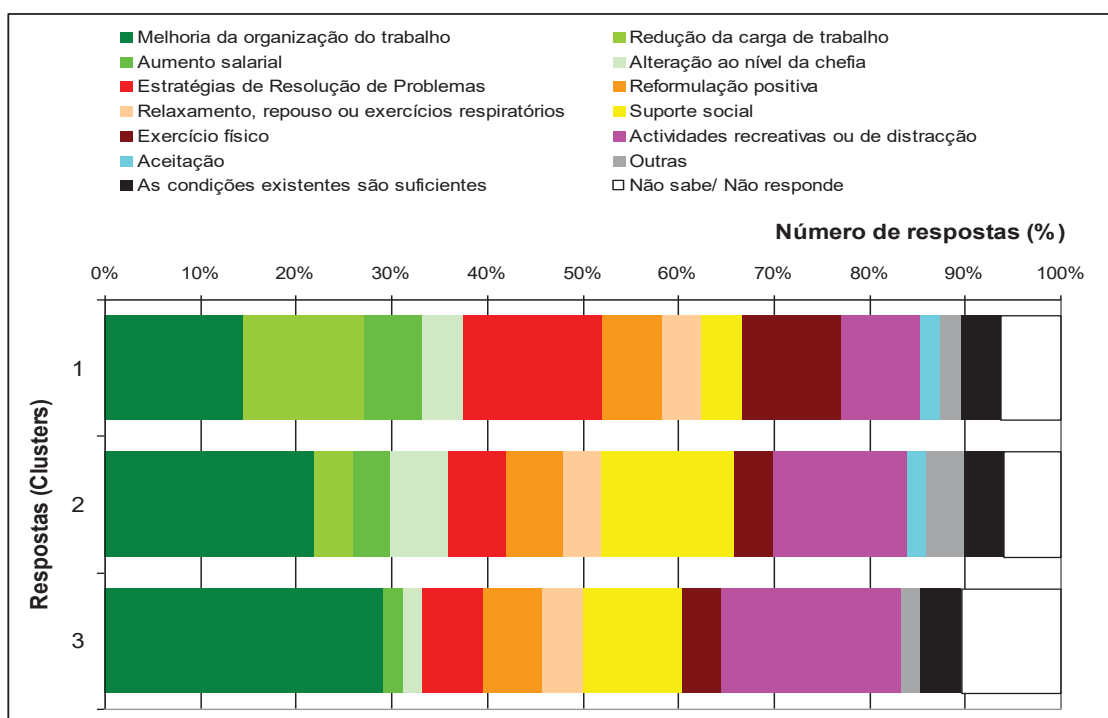


Figura 2 - Percentagem de respostas dos psicólogos, agrupadas em clusters, à questão relativa à nomeação de três estratégias que sugerem para reduzir o *stress* no trabalho futuramente.

4. Discussão

A amostra estudada revela que os psicólogos nos Açores são em geral do género feminino, relativamente jovens e sem compromissos familiares. A situação nos Açores, embora mais acentuada, reflecte a mesma tendência verificado em Portugal Continental onde os psicólogos são predominantemente do sexo feminino. Esta situação poderá ter afectado os resultados, já que é possível encontrar diferenças ao nível do *stress* percebido devidas ao género do psicólogo (Gomes & Cruz, 2004). No entanto, no estudo citado, as psicólogas referiram uma maior intensidade de *stress*, o que não se verifica no presente estudo, já que numa amostra predominantemente feminina, o nível geral de *stress* foi menor (moderado) do que o referido para Portugal Continental.

Também como possível consequência da estrutura demográfica da amostra, o facto de incluir predominantemente indivíduos solteiros e sem filhos a cargo, verificou-se que a subescala da QSPSH-VG – “Problemas Familiares” – apresentou um nível de *stress* mais reduzido do que as restantes.

Quanto às escalas utilizadas, revelaram-se úteis ao estudo da população alvo, à excepção da escala Negative Life Events Scale, uma vez que originou um número de respostas muito baixo, impossibilitando uma análise quantitativa.

Comparando os resultados do presente estudo com os resultados obtidos para Portugal Continental (Gomes & Cruz, 2004) verificou-se que o nível geral de *stress* da população de psicólogos residentes na ilha de São Miguel é menor. De facto, neste estudo 71% dos psicólogos responderam sentir moderado *stress*, enquanto no citado estudo cerca 77% dos psicólogos responderam sentir bastante *stress* a elevado *stress*. No mesmo sentido, comparando os resultados dos itens em comum das subescalas do QSPSH-VG utilizadas no presente estudo (particularmente os itens 1, 2, 7, 12, 13 e 19), com as fontes de *stress* do Questionário de *Stress* nos Profissionais de Psicologia (QSPP) do estudo de Gomes e Cruz (2004), conclui-se que os

psicólogos residentes na ilha de São Miguel, de uma forma geral, responderam aos itens com valores entre pouco *stress* e moderado *stress* enquanto no citado estudo os psicólogos responderam com valores entre moderado *stress* e bastante *stress*.

O facto de os psicólogos residentes na ilha de São Miguel apresentarem menores níveis de *stress* do que em Portugal Continental, não invalida a importância dos psicólogos cuidarem da sua saúde emocional através de psicoterapia e de grupos de apoio, tal como sugerem Jordaan e colaboradores (2007).

Será importante explorar em próximos estudos a razão pela qual os psicólogos da ilha de São Miguel apresentam menos *stress* do que os psicólogos de outras regiões. Porém, uma possível explicação é a possibilidade dos psicólogos residentes na ilha de São Miguel recorrerem ao suporte social. Isto porque a maioria dos estudos com psicólogos refere que o apoio de supervisores, colegas, família ou amigos é essencial para lidar com os efeitos do *stress* (Cushway & Tyler, 1994; Cushway, Tyler & Nolan, 1996; Deutsch, 1985). De igual modo, o facto de se tratar de uma população relativamente jovem e sem compromissos familiares (nomeadamente, cuidar de filhos menores e lida doméstica) poderá afastar a influência do conflito trabalho-família na diminuição da satisfação profissional e no aumento dos níveis de *stress* (Lu *et al.*, 2008).

Tal como no estudo de Gomes e Cruz (2004) os psicólogos classificaram como bastante *stressante* “tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes”. Esta problemática também tem sido referida em outras investigações com psicólogos, por exemplo, Deutsch (1984), Rodolfa e Kraft (1988), Wise (1985), Burden (1988) e Sanzovo e Coelho (2007).

À semelhança do estudo de Melo e colaboradores (1997) com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e do ensino (professores do ensino superior), os resultados mostram também como principais fontes de *stress* ocupacional e de pressão, a carreira e realização profissional, em especial nos mais jovens.

A hipótese relacionada com o facto da percepção de *stress* ser afectada pela

variável género do psicólogo não pode ser verificada porque 94% dos sujeitos são do género feminino.

Em geral, não se verificaram diferenças significativas entre faixas etárias para as diferentes escalas estudadas, o que indica uma certa homogeneidade no nível geral de *stress* dos psicólogos. Verificou-se que as subescalas “Excesso de Trabalho” e “Carreira e Remuneração” são as únicas nas quais em média o nível de *stress* é diferente entre as faixas etárias. Para a subescala “Excesso de Trabalho” os indivíduos com 40 ou mais anos apresentam em média mais *stress* do que os indivíduos mais novos. Uma possível explicação para este resultado é o facto de os psicólogos mais velhos terem maior autonomia e experiência na realização de tarefas do que os mais psicólogos mais novos, o que se reflecte num possível aumento da sua carga de trabalho. Outra explicação é que o conflito trabalho-família, funcionando como um *stressor*, diminui a satisfação profissional e aumenta os níveis de *stress*, devido às exigências, por vezes incompatíveis, entre trabalho e família (Lu *et al.*, 2008). Para a subescala “Carreira e Remuneração” os sujeitos das faixas etárias com menos de 30 anos e entre 30 e 39 anos apresentam mais *stress* do que os sujeitos com 40 ou mais anos. Uma possível explicação para este resultado é a falta de perspectivas de ascensão a postos de chefia.

Com base nos resultados obtidos, não se verificaram diferenças na percepção do *stress* entre psicólogos com diferentes graus académicos ou em diferentes áreas de intervenção, o que poderá ser devido a uma formação de base homogénea.

No que se refere à prática de exercício físico e à realização de um *hobby*, no presente estudo, não se encontrou um efeito geral e significativo para as diferentes fontes de *stress*, à excepção da fonte de *stress* “Acções de formação”. Uma possível explicação para esta excepção é a de que os psicólogos que têm mais tempo disponível são os que fazem mais exercício físico do que os psicólogos que não fazem exercício físico. Isto vai de encontro com o estudo de Payne e colaboradores (2002), que demonstrou que os trabalhadores que falharam em implementar a sua intenção de

fazer exercício físico têm exigências do trabalho significativamente mais elevadas do que aqueles que conseguiram fazer exercício físico.

Os estudos de correlação mostraram que o *stress* percebido (escala PSS) não estava associado ao nível geral de *stress* ocupacional (escala QSPSH-VG) pelo que a hipótese inicialmente proposta não se verificou. No entanto, o *stress* percebido estava associado às fontes de *stress* externas “Excesso de trabalho” e “Problemas familiares”. Uma explicação hipotética para este resultado é o facto do conflito entre família e trabalho provocar *stress* (Lu *et al.*, 2008).

Um outro resultado mostrou que a satisfação no trabalho está inversamente relacionada com o nível de *stress* percebido, o *stress* nas “relações profissionais” e o *stress* com a “carreira e remuneração”, confirmando-se a hipótese de que melhorando a satisfação no trabalho o nível de *stress* percebido diminui. Este resultado pode ser explicado pela importância de concessão de um salário justo para o tipo de trabalho desempenhado, pois, assim, o trabalhador sente-se satisfeito com o seu salário percebendo menos *stress*. Um estudo de Salvo e colaboradores (1995) demonstrou que o *stress* no trabalho resulta em problemas organizacionais tais como baixa satisfação no trabalho e baixa produtividade. Outros estudos (Dobrevá-Martínova *et al.*, 2002 e Fillion *et al.*, 2007) também apontam que o *stress* ocupacional afecta negativamente a satisfação no trabalho.

Verificou-se que a fonte de *stress* “Lidar com clientes” está correlacionada com as restantes fontes de *stress* estudadas, trata-se de um resultado esperado dado a relação dos psicólogos com os seus clientes é a base de todo o seu trabalho.

Um resultado importante é a existência de uma associação entre as fontes de *stress* “Relações profissionais”, “Excesso de trabalho” e “Problemas familiares”. Este resultado indica que as exigências do trabalho podem ser incompatíveis com as exigências da família (Lu *et al.*, 2008). No entanto, não é possível estabelecer uma relação causal entre as fontes de *stress*, já que o excesso de trabalho pode afectar a vida familiar, mas a vida familiar pode também afectar o trabalho. No mesmo sentido,

a associação entre as fontes de stress “Acções de formação” e “Problemas familiares” poderá indicar que a realização de acções de formação poderá ser de algum modo incompatível com as exigências familiares. A reforçar esta ideia está o facto de a fonte de *stress* “Problemas Familiares” desencadear maior nível de stress nos sujeitos casados do que nos solteiros.

A generalidade dos psicólogos sugeriu estratégias de *coping*. Este resultado era esperado, uma vez que a aprendizagem de estratégias de *coping* face ao *stress* faz parte da componente de formação académica dos cursos de Psicologia.

À semelhança do estudo de Murtagh e Wollersheim (1997) os psicólogos residentes na ilha de São Miguel referiram na sua maioria recorrer a estratégias de resolução de problemas, como estratégia mais significativa para lidar com acontecimentos *stressantes* e não ao suporte social (Feliciano, 2005) ou a “tirar férias” e “praticar exercícios físicos” (Sanzovo e Coelho, 2007).

Os psicólogos estão frequentemente expostos a experiências *stressantes* no seu trabalho, e são necessários métodos eficazes de redução dos efeitos destes *stressores* para evitar o *burnout* e manter a qualidade dos cuidados que os psicólogos prestam. Assim, as estratégias de *coping* centradas no problema podem ser a forma mais eficaz de lidar com o *stress* proveniente do exercício da sua profissão (Murtagh & Wollersheim, 1997).

Uma possível limitação do presente estudo foi não ter explorado a influência da religião no processo de *coping* dos psicólogos (os Açores são uma região de Portugal onde religião é muito valorizada, sendo as Festas do Senhor Santo Cristo dos Milagres e as romarias muito populares), já que autores como Pargament (1997) defendem que tanto comportamentos religiosos como não religiosos podem ser potencialmente úteis quando se lida com circunstâncias *stressantes* e ao amortecer os efeitos do *stress*, pese embora nenhum psicólogo da amostra ter mencionado recorrer a comportamentos religiosos (práticas religiosas, oração ou procurar conforto na religião), a religião e a espiritualidade são frequentemente relatados por psicólogos

como uma estratégia para gerir o *stress* (Coster & Schwebel, 1997; Mahoney, 1997; Shoyer, 1999). Por isso, a investigação futura deve explorar se o *coping* religioso traz algo único para o processo de *coping* com e sem a contribuição de comportamentos de *coping* não religiosos quando se lida com experiências de vida difíceis (Feliciano, 2005).

A hipótese de que existem lacunas ao nível da disponibilização de mecanismos institucionais que minimizem o efeito do *stress* ocupacional ficou demonstrada pelo facto de existirem muitas sugestões para a alteração das condições de trabalho, conforme se pode verificar pelo facto de cerca de 38% dos sujeitos terem referido na primeira resposta a alteração das condições de trabalho, onde se incluem, por ordem decrescente de importância, a melhoria da organização do trabalho, a redução da carga de trabalho, o aumento salarial e a alteração ao nível da chefia (por exemplo: maior supervisão e formação dos supervisores). Este resultado pode ser explicado pelo facto de os psicólogos das IPSS reclamarem um salário igual aos psicólogos da Função Pública, por desempenharem as mesmas funções. Outra explicação reside no facto de os psicólogos solicitarem melhores condições para o desempenho do seu trabalho, por exemplo, mais instrumentos de avaliação e intervenção. Estes factores organizacionais também são mencionados pelos psicólogos no estudo de Papadomarkaki e Lewis (2008). Tal como referem Cox e colaboradores (1993), é geralmente reconhecido que a qualidade da organização, a qualidade do ambiente de trabalho e a natureza do trabalho em si podem contribuir para a experiência de *stress* e causar impacto na saúde dos indivíduos e no desempenho laboral.

Cooper e colaboradores (Cooper, 1986; Cooper & Marshal, 1982; Cooper & Payne, 1990) sugerem algumas estratégias para a intervenção: a) dar aos trabalhadores/empregados maior autonomia e participação na tomada de decisão, de modo que eles percepcionam o maior controlo possível em diferentes áreas e aspectos daquilo que fazem; b) melhorar a forma como as pessoas são tratadas na organização de modo a promover a satisfação profissional e a produtividade, e a

reduzir o *stress* ocupacional (quanto mais recompensadas e reforçadas forem as pessoas, maior será a sua produtividade e menores serão os seus níveis de ansiedade e doenças relacionadas com o *stress*); e c) as organizações devem formar os seus gestores/directores para tomarem consciência dos sintomas de *stress* e assegurarem que alguém (de dentro ou fora da organização) aconselhará e apoiará os seus trabalhadores.

Finalizando, se as instituições adoptarem o conselho de J. Ruskin, de 1851, o *stress* ocupacional provavelmente não será um problema tão preocupante nos tempos vindouros: “Para uma pessoa ser feliz no seu trabalho, são necessárias três coisas: devem estar adaptadas ao trabalho; não devem fazer (ter) demasiado trabalho; e devem ter alguma sensação/percepção de sucesso no trabalho” (Melo, Gomes & Cruz, 1997, p. 69).

5. Conclusões gerais

A grande maioria dos Psicólogos residentes na ilha de São Miguel pertence ao género feminino e é relativamente jovem e sem compromissos familiares.

O nível de stress sentido pelos psicólogos utilizando as escalas QSPSH-VG foi relativamente baixo, comparativamente a estudos realizados em Portugal Continental. Isso poderá dever-se ao facto de os psicólogos da ilha de São Miguel serem uma população relativamente jovem e sem compromissos familiares.

As fontes de *stress* mais importantes foram o excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático, tomar decisões onde os erros podem ter consequências para os clientes e sentir que não há nada para resolver os problemas dos clientes.

Apenas se encontraram algumas diferenças significativas no nível de *stress* entre faixas etárias no que se refere a excesso de trabalho e carreira e remuneração. Não se verificaram diferenças nos níveis de *stress* entre psicólogos com diferentes graus académicos ou em diferentes áreas de actividade profissional.

Encontrou-se uma correlação moderada positiva entre o *stress* percebido e problemas familiares e uma correlação moderada negativa entre o *stress* percebido e a satisfação no trabalho.

O conflito entre trabalho e família demonstrou ser o mais importante *stressor* ligado ao *stress* ocupacional.

No geral, os psicólogos referem várias estratégias de *coping* as quais se podem agrupar em três clusters, nomeadamente, e com ordem decrescente de importância: estratégias de resolução de problemas, suporte social e relaxamento, repouso e exercícios respiratórios.

Uma percentagem considerável dos psicólogos sugeriu como uma medida prioritária a alteração das condições de trabalho, pelo que este factor, se tido em conta, poderá contribuir para uma diminuição do *stress* ocupacional dos psicólogos, contribuindo para uma melhoria na prestação dos serviços prestados à comunidade.

6. Bibliografia

- Afonso, J. & Gomes, A. (2009). Stress Ocupacional em Profissionais de Segurança Pública: Um Estudo com Militares da Guarda Nacional Republicana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 294-303.
- Boman, B. (1988). Stress and Heart Disease. In Fisher, S. & Reason, J. (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Boscolo, P., Youinou, P., Theoharides, T., Cerulli, G., & Conti, P. (2008). Environmental and occupational stress and autoimmunity. *Autoimmunity Reviews*, 7, 340–343.
- Bradley, C. (1988). Stress and Diabetes. In Fisher, S. & Reason, J. (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Brasher, K., Dew, A., Kilminster, S., & Bridger, R. (2009). Occupational stress in submariners: The impact of isolated and confined work on psychological well-being. *Ergonomics*, 53, 305–313.
- Bridger, R., Kilminster, S., & Slaven, G. (2007). Occupational stress and strain in the naval service: 1999 and 2004. *Occupational Medicine*, 57, 92–97.
- Burden, R. (1988). Stress and the school psychologist. *School Psychology International*, 9, 55 – 59.
- Byrne, D., & Espnes, G. (2008). Occupational stress and cardiovascular disease. *Stress and Health*, 24, 231–238.
- Campbell, D., & Nobel, O. (2009). Occupational Stressors in Military Service: A Review and Framework. *Military Psychology*, 21, S47 – S67.
- Case, P. W., & McMinn, M. R. (2001). Spiritual coping and well-functioning among psychologists. *Journal of Psychology and Theology*, 29, 29–40.
- Chan, A., Chen, K., & Chong, E. (2010). Work Stress of Teachers from Primary and Secondary Schools in Hong Kong. *International MultiConference of Engineers and Computer Scientists*, 3, 1903-1906.
- Clays, E., Bacquer, D., Leynen, F., Kornitzer, M., Kittel, F., & Backer, G. (2007). Job stress and depression symptoms in middle-aged workers—prospective results

from the Belstress study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 33, 252 – 259.

Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.

Cooper, C. L. (1986). Job distress: Recent research and the emerging role of the clinical occupational psychologist. *Bulletin of the British Psychological Society*, 39, 325-331.

Cooper, C. L. (1988). Personality, Life Stress and Cancerous Disease. In Fisher, S. & Reason, J. (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons Ltd.

Cooper, C. L. & Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: Uma revisão da literatura relacionada com as doenças coronárias e com a saúde mental. *Análise Psicológica*, II (2/3), 153-170.

Cooper, C. L. & Payne, R. (Eds.) (1990). *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: Wiley.

Cooper, C. L., Dewe, P., & O'Driscoll, M. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research and applications*. London: Sage

Coster, J. S. & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 5-13.

Cox, T. (1988). Psychobiological Factors in Stress and Health. In Fisher, S. & Reason, J. (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons Ltd.

Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. In N.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.177–193). US: Taylor & Francis.

Cunha, M. P., Cabral-Cardoso, C., Cunha, R. C. & Rego, A. *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa, RU Editora, 2003.

- Cushway, D., & Tyler, P. A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine, 10*, 35-42.
- Cushway, D., Tyler, P. A., & Nolan, P. (1996). Development of a stress scale for mental health professionals. *British Journal of Clinical Psychology, 35*, 279–295.
- Deutsch, C. J., (1984). Self-reported sources of stress among of psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 15*, 833-845.
- Deutsch, C. J. (1985). A survey of therapists' personal problems and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 16*, 305-315.
- Dobрева-Martinova, T., Villeneuve, M., Strickland, L., & Matheson, K. (2002). Occupational Role Stress in the Canadian Forces: Its Association With Individual and Organizational Well-Being. *Canadian Journal of Behavioural Science, 34:2*, 111-121.
- Dollard, M., & Winefield, A. H. (1996). Managing occupational stress: A national and international perspective. *International Journal of Stress Management, 2*, 69–83.
- Dunn, J. C., Whelton, W. J., & Sharpe, D. (2006). Maladaptive Perfectionism, Hassles, Coping, and Psychological Distress in University Professors. *Journal of Counseling Psychology, 53: 4*, 511–523.
- Dyk, A. (2007). Occupational stress experienced by caregivers working in the HIV/AIDS field in South Africa. *African Journal of AIDS Research, 6*, 49 – 66.
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). Report — Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Disponível em <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118/view> última visualização a 26 Abril de 2010.
- European Agency for Safety and Health at Work Psychosocial Risks. Disponível em <http://osha.europa.eu/en/riskobservatory/risks/articles/psycho> última visualização a 26 de Abril de 2010.
- European Agency for Safety and Health at Work FACT SHEET 74. Disponível em <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/74> última visualização a 26 de Abril de 2010.
- Feliciano, L. (2005). *Coping, Social Support, Biculturalism, and Religious Coping as*

Moderators of the Relationship between Occupational Stress and Depressive Affect among Hispanic Psychologists. Tese de doutoramento. College Park: University of Maryland.

Fillion, L., Tremblay, I., Truchon, M., Côte, D., Struthers, C. W., & Dupuis, R. (2007). Job Satisfaction and Emotional Distress Among Nurses Providing Palliative Care: Empirical Evidence for an Integrative Occupational Stress- Model. *International Journal of Stress Management*, 14: 1, 1 – 25.

Galanakis, M., Stalikas, A., Kallia, H., Karagianni, C., & Karela, C. (2009). Gender differences in experiencing occupational stress: the role of age, education and marital status. *Stress and Health*, 25, 397– 404.

Gomes, A.R. (1998). *Stress e burnout nos profissionais de Psicologia*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.

Gomes, A. R. & Cruz, F. J. (2004). A experiência de stress e “burnout” em psicólogos portugueses: um estudo sobre diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193-212.

Gomes, A. R. (2006). Stresse Ocupacional e Estratégias de Confronto: Desenvolvimento de um Guião de Entrevista para Diferentes Profissões. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, M. A. Guisande & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Gomes, A.R. (2009). Questionário de Stresse nos Prestadores de Serviços Humanos – Versão Geral (QSPS-VG) - *Versão para investigação*. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.

Gomes, A.R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (no prelo). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*.

Guthrie, R., Ciccarelli, M., & Babic, A. (2010). Work-related stress in Australia: The effects of legislative interventions and the cost of treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, 101–115

Hammen, Marks, Mayol & DeMayo (1985) – Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 308-319.

- Huengsberg, M., Vedhara, K. & Nott, K. H. (1998). An Exploration Into Occupational Stress Experienced by HIV Health Care Professionals Who Work Within Genitourinary Medicine Settings. *Journal of Occupational Health Psychology*. 3: 1, 83-89.
- Kenny, D. T., & Cooper, C. L. (2003). Introduction: Occupational Stress and Its Management. *International Journal of Stress Management*. 10: 4, 275 – 279.
- Jie, W., Weining, F., Like, Z., Qingmei, H., & Wengang, F. (2009). Research of Occupational Stress and Its Influencing Factors on Metro Drivers. *International Conference on Measuring Technology and Mechatronics Automation*, 3, 113-116.
- Jordaan, I., Spangenberg, J., Watson, M., & Fouché, P. (2007). Emotional stress and coping strategies in South African clinical and counseling psychologists. *South African Journal of Psychology*, 37: 4, 835–855.
- Lazarus, R. S. (1991). Psychological stress in the workplace. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 1-13.
- Leynen, F., Moreau, M., Pelfrene, E., Clays, E., De Backer, G., & Kornitzer, M. (2003). Job stress and prevalence of diabetes: results from the belstress study. *Arch Public Health*, 61, 75-90.
- Lopes, C., Araya, R., Werneck, G., Chor, D., & Faerstein, E. (2010). Job strain and other work conditions: relationships with psychological distress among civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. *Soc Psychiat Epidemiol*, 45, 345–354.
- Lu, L., Kao, S., Chang, T., & Cooper, C. L. (2008). Work/Family Demands, Work Flexibility, Work/ Family Conflict, and Their Consequences at Work: A National Probability Sample in Taiwan. *International Journal of Stress Management*. 15: 1, 1-21.
- Lu, C., Siu, O., Au, W., & Leung, S. (2009). Manager's occupational stress in state-owned and private enterprises in the People's Republic of China. *The International Journal of Human Resource Management*, 20, 1670–1682.
- Mahoney, M. J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 14-16.
- Manning, M. R., & Jackson, C. N. (1996). Occupational Stress and Health Care Use.

Journal of Occupational Health Psychology. 1: 1, 100-109.

- Melo, B. T., Gomes, A. R., Cruz, J. F. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- McCreary, D. & Sadava, S. (1998) – Stress, drinking, and the adverse consequences of drinking in two samples of young adults, *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 247-261
- McCreary, D. & Thompson, M. (2006). Development of two reliable and valid measures of stressors in policing: the operational and organizational police stress questionnaires. *International Journal of Stress Management*, 13, 494-518.
- McGuigan, F. J. (1993). Progressive Relaxation: Origins, Principles, and Clinical Applications. In P. M. Lehrer & R. L. Woolfolk (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management*. New York: The Guilford Press.
- Morris, J. E. & Long, B. C. (2002). Female Clerical Workers' Occupational Stress: The Role of Person and Social Resources, Negative Affectivity, and Stress Appraisals. *Journal of Counseling Psychology*, 49: 4, 395–410.
- Murtagh, M. P., & Wollersheim, J. P. (1997). Effects of clinical practice on psychologists: Treating depressed clients, perceived stress, and ways of coping. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 361–364.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 345–350.
- Olusoga, P., Butt, J., Hays, K., & Maynard, I. (2009). Stress in Elite Sports Coaching: Identifying Stressors. *Journal of Applied Sport Psychology*, 21, 442 – 459.
- Papadomarkaki, E. & Lewis, Y. (2008). Counselling Psychologists' experiences of work stress. *Counselling Psychology Review*, 23, 39 – 51.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
- Payne, N., Jones, F. & Harris, P. (2002). The Impact of Working Life on Health Behavior: The Effect of Job Strain on the Cognitive Predictors of Exercise. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7: 4, 342 – 353.

- Ramos, M. *Desafiar o Desafio – Prevenção do Stress no Trabalho*. Lisboa, Editora RH, 2001.
- Reason, J. (1988). Stress and Cognitive Failure. In Fisher, S. & Reason, J. (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Regehr, C., Leblanc, V., Jelley, B. & Barath, I. (2008). Acute stress and performance in police recruits. *Stress and Health*, 24, 295-303.
- Richard, G. V. & Krieshok, T. S. (1989). Occupational Stress, Strain, and Coping in University Faculty. *Journal of Vocational Behavior*, 34, 117-132.
- Rodolfa, E. R. & Kraft, W. A. (1988). Stressors of professionals and trainees at APA-approved counselling and VA medical center internship sites. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 43-49.
- Salvo, V., Lubbers, C., Rossi, A., & Lewis, J. (1995). Unstructured perceptions of work-related stress: An exploratory qualitative study. In R. Crandall & P. Perrewe (Eds.), *Occupational stress: A handbook* (pp.39- 50). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Sanzovo, C. I. & Coelho, M. E. (2007). Estressores e estratégias de *coping* em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia*, 24, 227-238.
- Schonlau, M., Fricker, R. D., & Elliott, M. N. (2001). *Conducting research surveys via email and the web*. Santa Monica, CA: RAND. <http://www.rand.org/publications/MR/MR1480/MR1480.ch6.pdf> último acesso no dia 2 de Julho de 2010.
- Spector, P. E. (1985). Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, 13, 693-713.
- Shoyer, B. G. (1999). *Psychotherapist self-care: Beliefs, practices, and outcomes*. (Doctoral dissertation, University of Missouri-Columbia, 1998). Dissertation Abstracts International, 59, 8-B, pp. 4485.
- Story, L., & Repetti, R. (2006). Daily Occupational Stressors and Marital Behavior. *Journal of Family Psychology*, 20, 690 – 700.
- Straub, R. O. *Psicologia da Saúde*. São Paulo, Artmed Editora S. A., 2005.

- Tsai, F., Huang, W., & Chuan, C. (2009). Occupational Stress and Burnout of Lawyers. *Journal of Occupational Health*, 51, 443 – 450.
- Vagg, P. R., & Spielberg, C. D. (1998). Occupational Stress: Measuring Job Pressure and Organizational Support in the Workplace. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3: 4, 294-305.
- WHO (2009). <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> último acesso no dia 31 de Outubro de 2009.
- Williams, S., & Cooper, C. L. (1998). Measuring Occupational Stress: Development of the Pressure Management Indicator. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3: 4, 306-321.
- Winnubst, J., Buunk, B., & Marcelissen, F. (1988). Social Support and Stress: Perspectives and Processes. In Fisher, S. & Reason, J. (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Wise, P. S. (1985). School psychologist's rankings of stressful events. *Journal of School Psychologist*, 23, 31 – 41.
- Worrall, L., & Cooper, C. L. (2001). *The quality of working life: Survey of managers' changing experiences*. London: Chartered Management Institute.
- Yáber, G., Corales, E., Valarino, E., & Bermudez, J. (2007). Occupational Stress among Electric Load Dispatchers. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 297-309.
- Yeh, Y., Ko, J., Chang, Y., & Chen C. (2007). Job stress and work attitudes between temporary and permanently employed nurses. *Stress and Health*, 23, 111 – 120.

Anexos

Anexo 1 - Estatística descritiva com a média do nível geral de stress e das respostas aos itens das subescalas (fontes de stress) da QSPSH-VG numa amostra de 48 psicólogos residentes na ilha de São Miguel.

Subescalas	Média	Desvio padrão
Nível geral de <i>stress</i>	1,96	0,544
1. Falta de perspectivas de desenvolvimento e promoção na carreira	2,17	0,996
2. Falar ou fazer apresentações em público	1,98	1,176
3. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas	1,69	1,323
4. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho por parte dos meus superiores	1,31	1,133
5. Trabalhar muitas horas seguidas	1,71	0,988
6. Viver com os recursos financeiros/salário de que disponho	1,83	1,136
7. Preparar acções de formação sob a minha responsabilidade	1,90	1,115
8. Falta de tempo para estar com a família/amigos	1,60	1,216
9. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	2,35	1,062
10. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático	2,48	1,091
11. Ter de realizar muitas horas seguidas de trabalho	1,77	1,115
12. Falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	1,50	1,072
13. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os meus clientes	2,46	1,110
14. Falta de tempo para dar apoio e conviver com a minha família/amigos	1,65	1,229
15. Falta de perspectivas de progressão na carreira	2,27	1,198
16. A sobrecarga ou excesso de trabalho	2,19	1,024
17. Os conflitos interpessoais com outros colegas	1,83	1,098
18. Não poder ou não ser capaz de corresponder aquilo que os clientes esperam de mim	2,15	1,091
19. Salário inadequado/insuficiente	2,21	1,254
20. Realizar actividades de formação sob a minha responsabilidade	1,98	1,120
21. Gerir problemas graves dos meus clientes	2,19	1,142
22. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	2,08	1,007