

# ***STRESS* E EMERGÊNCIA MÉDICA: NÍVEIS E FATORES DE *STRESS* EM PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR**

2012

**João Nuno Durães Pinto**

Licenciado em Psicologia e Mestre em Psicologia Clínica

**Susana Isabel Vicente Ramos**

Licenciada em Psicologia, Mestre em Psicologia Clínica, Doutorada em Ciências do Desporto.  
Professora Auxiliar de Nomeação Definitiva da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação  
Física da Universidade de Coimbra (Portugal)

Email:

[susanaramos@fcdef.uc.pt](mailto:susanaramos@fcdef.uc.pt)

---

## **RESUMO**

O *stress* é a doença da atualidade, devido à exigência e à pressão emocional que o meio pode exercer sobre todas as pessoas, quer no seu ambiente pessoal quer no profissional. O nosso objetivo geral é conhecer os níveis e os fatores de *stress* percecionados pelos profissionais de emergência médica; como objetivos específicos, procuramos descrever e caracterizar, a nível da região centro, os indivíduos que desempenham funções na emergência pré-hospitalar, verificar a perceção dos mesmos no que respeita ao *stress* na sua vida profissional, conhecer como percecionam os níveis de *stress* em situações profissionais de emergência e identificar a sua perceção no que concerne aos níveis de *stress* no seu quotidiano. Utilizámos uma amostra de 184 profissionais de Emergência Médica, com idades compreendidas entre os 20 e os 56 anos, a quem foram administrados o “Questionário de Stress em Emergência Médica” (Amaral, 2004), o “Questionário de Vulnerabilidade do Stress” (Serra, 2000) e o “Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar” (Ribeiro, 2003). Concluimos que o *stress* está presente nas atividades de emergência, relacionando-se, por um lado, com uma maior ou menor discriminação dos fatores *stressantes* e, por outro, num maior perfeccionismo e intolerância à frustração que se apresentam como fatores *distressantes*.

**Palavras-chave:** Emergência médica, INEM, *stress*, *stress* profissional

## 1 - PERSPETIVA HISTÓRICA E PLURIDISCIPLINAR DO CONCEITO DE *STRESS*

O *stress* é uma noção vinda da Física, que designa a contração excessiva sofrida por um material; na Biologia, esta noção designa as agressões que se exercem sobre o organismo (os agentes *stressores*) e a sua reação, enquanto na nossa área, em Psicologia, o termo *stress* é utilizado para evocar as múltiplas dificuldades a que o indivíduo tem de fazer face e os meios de que dispõe para gerir estas perturbações ou alterações do quotidiano, opondo-se o *eustress* ao *distress*.

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

### 1.1. DEFINIÇÃO DE *STRESS*

O conceito de *stress* remete-nos para o significado etimológico da palavra, pois segundo Mazure & Druss (1995), citados por Serra (1999), o conceito de *stress* provém do latim: *stringo*, *stringere*, *strictum*, que significa apertar, restringir, comprimir. No séc. XVII, Hooke, um engenheiro de pontes, estudou como as estruturas devem resistir tendo em conta a “carga” ou a “pressão” (*stress*) na estrutura e a “tensão” ou deformação nessa mesma estrutura (resposta). No séc. XIX, este termo apareceu para explicar a pressão sobre um órgão ou sobre a mente e, em 1936, Selye introduziu a noção de *stress* nos contextos da saúde, associando-o não ao estímulo de carga ou peso, mas sim à resposta do organismo a esse estímulo; este autor utilizou o termo para descrever o conjunto das alterações inespecíficas do organismo em resposta a um estímulo ou a uma situação estimulante a que chamou “Síndrome Geral de Adaptação” (Selye, 1978).

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

Leventhal e Nerenz (1983), citados por Cardoso et al. (2002), definem *stress* considerando a condição ambiental externa que perturbe o funcionamento regular do indivíduo (*stress* social - um estímulo ou uma variável independente); a resposta automática e global do organismo a qualquer agente perturbador (*stress* fisiológico ou médico - uma resposta ou uma variável dependente) e a interação desajustada entre as exigências do meio e a capacidade de resposta do indivíduo (*stress* psicológico ou mental - processo de trocas contínuas entre o indivíduo e o meio, de forma a estudar as transformações que vão sofrendo).

## 1.2. *STRESS* AMBIENTAL E INDIVIDUAL

Segundo Powell e Enright (1990), o *stress* tem origem em múltiplas fontes, que podem ser divididas em duas categorias: ambientais e individuais. Dentro dos fatores ambientais, referenciam o ambiente de trabalho e o ambiente social; nos fatores individuais, citam os tipos de personalidade, o *locus* de controlo, bem como outros agentes de *stress* de origem interna.

## 1.3. AGENTES INDUTORES DE *STRESS*

Segundo Frango (1995), os agentes indutores de *stress* envolvem sempre uma mudança, uma situação nova que desafia as capacidades de adaptação e que confrontam o indivíduo com a sua vulnerabilidade pessoal e as aptidões de controlo.

Lazarus e Folkman (1984) consideram que uma situação indutora de *stress* é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus próprios recursos, podendo ser uma de três categorias, sendo a sua diferença, essencialmente, de natureza temporal: ameaça (antecipação de uma contingência desagradável que pode vir a acontecer mas ainda não surgiu), dano (algo que já ocorreu) e desafio (circunstância em que o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas).

Um dos agentes de *stress* específicos da nossa época é, sem dúvida, o trabalho, que integra um conjunto de fatores psicossociais condicionantes da saúde física, mental e social dos indivíduos e dos grupos. Para Frango (1995), a concetualização de ***stress* ocupacional** envolve uma interação entre os agentes indutores de *stress* originados no meio laboral e os fatores pessoais, sociais e familiares, de tal modo que, como resultado desta interação, temos o *stress*.

## 1.4. CONSEQUÊNCIAS DO *STRESS*

Selye, em 1936, conforme já referimos, estuda as repercussões do *stress* sobre o organismo, ao descrever a resposta observada em circunstâncias indutoras de *stress*, denominando-a “Síndrome Geral de Adaptação”, que decorre em três momentos: 1) reação de alarme (início das mudanças corporais no indivíduo face a um agente indutor de *stress*, que tem como função mobilizar todos os recursos do organismo); esta fase termina se desaparece o agente indutor de *stress*; 2) estágio de resistência (esforço que o indivíduo faz para repor o equilíbrio perdido); se o indivíduo conseguir lidar com a situação indutora de *stress*, dá-se um apaziguamento geral dos sintomas, mas se o problema se mantém, o indivíduo passa à fase seguinte; 3) estágio de exaustão (reação vegetativa, de tal forma que se os fatores de *stress* continuarem a influenciar o organismo é provável que as doenças e as lesões fisiológicas e psicológicas aumentem).

Labrador (1992) apresenta os principais efeitos negativos produzidos pelo *stress* a diversos níveis: nível fisiológico (aumento do ritmo cardíaco, da sudoreção, do ritmo respiratório, da tensão muscular, do metabolismo basal, diminuição do fluxo sanguíneo, etc.), nível cognitivo (preocupações, incapacidade de tomar decisões, sensação de confusão, mau humor, irritabilidade, incapacidade de concentração, etc.) e nível motor (falar depressa, tremuras, gaguez, precipitação, explosões emocionais, consumo de álcool e drogas, etc.).

Serra (1999) fala em consequências do *stress* a nível biológico (sistema cardiovascular, respiratório, digestivo, genitourinário, nervoso central, muscular e imunitário), a nível cognitivo (o indivíduo desorganiza a sua atividade e função intelectual: diminui a sua capacidade de perceção do meio ambiente, a tolerância à frustração, a capacidade de decisão, de atenção, etc.), a nível emocional (se, por um lado, as emoções indicam como o indivíduo está a avaliar a circunstância, por outro ajudam-no a compreender o comportamento posterior que vai emitir) e a nível comportamental (quanto mais intenso e prolongado for o *stress*, menor será o desempenho do indivíduo: a pessoa passa a ter um comportamento inadequado).

## **2. STRESS EM PROFISSIONAIS DE EMERGÊNCIA MÉDICA**

Apesar de uma pesquisa relativamente exaustiva quanto ao *stress* em profissionais de emergência médica em Portugal, apenas encontramos um estudo de Palmer (1983), citado por Serra (1999), que concluiu que estes profissionais estão em permanente contato com indivíduos gravemente lesionados ou que vêm a morrer. Allison et al. (1987, citados por Amaral (2004) consideram que estes trabalhadores prestam cuidados médicos em ambientes não familiares e perigosos, onde a sua presença é, por vezes, considerada inoportuna, sendo a sua *performance* profissional posta à prova e avaliada por curiosos e familiares das vítimas, sendo ainda, frequentemente, submetidos a abusos na solicitação dos seus serviços para situações que não se enquadram na emergência médica. Segundo Caroline (1995), o trabalho que estes profissionais desempenham encontra-se repleto de potenciais situações indutoras de *stress*, uma vez que a equipa de emergência comunga do princípio da perfeição, tendo como principal salvaguarda a sua capacidade de se sentir responsável não se permitindo cometer erros. Também para Leal (1998), estes profissionais, no decurso das suas funções, confrontam-se diariamente com situações em relação às quais não têm qualquer controlo, o que se torna particularmente indutor de *stress*. Segundo Waeckerle (1993), citado por Frade e Frasquilho (1998), é importante referir que estes profissionais se encontram expostos a elevados níveis de *stress*, cujos fatores poderão ser, entre outros, o trabalho por turnos (onde enfrentam a noite e o risco de acidentes a alta velocidade), a atuação em ambientes hostis e inóspitos (em locais marginalizados), enfrentando condições atmosféricas adversas e o risco de contaminação com produtos biológicos.

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

### **3. EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR EM PORTUGAL/INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (INEM)**

O INEM tem origem no serviço de primeiros-socorros e transporte de feridos e doentes, criado a 13 de outubro de 1965, pelo Ministério do Interior e pelo Ministério da Saúde e Assistência; este serviço estava a cargo da Polícia de Segurança Pública, sendo ativado pelo número telefónico de socorro 115.

Em 22 de novembro de 1971, foi criado, no Ministério do Interior, o Serviço Nacional de Ambulâncias (SNA), encarregue de assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respetivo transporte; em 1981 este Serviço Nacional de Ambulâncias foi transformado no INEM, na dependência do Ministério da Saúde.

O INEM é um instituto público dirigido por um conselho diretivo, dependente do Ministério da Saúde, que inclui serviços centrais e delegações. Para desempenhar esta atividade dispõe de Médicos e Enfermeiros (com cursos de especialização em Emergência Pré-Hospitalar), de Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE, com curso de condução, Tripulante de Ambulância de Socorro e Disfibrilhação Automática Externa), de Operador de Central de Emergência Médica (OPCEM, com cursos de telecomunicações, bem como o Tripulante de Ambulância de Socorro), de Psicólogos de Emergência e Intervenção em catástrofe, contando ainda com engenheiros de telecomunicações, membros de logística, membros do gabinete jurídico, etc..

Para exercer a sua atividade, o INEM dispõe de meios de emergência médica, operados diretamente ou através de protocolos, acordos e contratos. Os principais meios são: Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (para estabilização de transporte de doentes, com capacidade de

aplicação de medidas de suporte básico de vida, tripuladas por dois Técnicos de Ambulância de Emergência), Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (para garantir cuidados de saúde diferenciados, tripuladas por um Enfermeiro e um TAE), Ambulâncias para recém-nascidos (para prestação de socorro a recém-nascidos em risco e prematuros, transportando-os para os hospitais onde existam unidades de neonatologia, tripuladas por um TAE, um Enfermeiro e Médico neonatologista), Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (veículos de intervenção pré-hospitalar, para um transporte de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra a vítima, tripulados por um Médico e um Enfermeiro), Helicópteros de Emergência Médica (equipados com material de suporte avançado de vida e destinados ao transporte de doentes graves entre hospitais ou entre o local da ocorrência e um hospital, tripulados por dois pilotos, um Médico e um Enfermeiro), Motos de Emergência Médica (equipadas com material para medidas iniciais de estabilização da vítima) e Centros de Orientação de Doentes Urgentes (coordenam todas as operações).

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

### 4.1. OBJETIVOS, DESENHO EXPERIMENTAL E HIPÓTESES DO ESTUDO

Temos como principal objetivo conhecer os níveis de *stress* em profissionais de Emergência Médica do Centro do INEM, conforme o desenho experimental que podemos observar na figura 1.

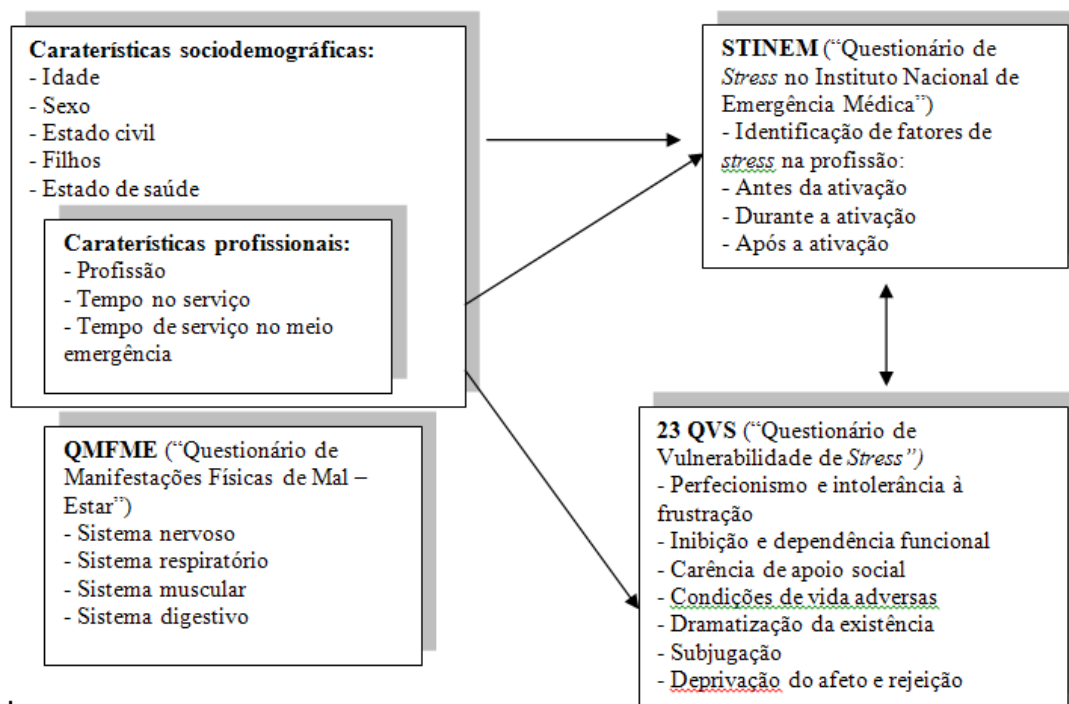


Figura 1- Desenho experimental

Depois de definidos os objetivos, e tendo em consideração a revisão bibliográfica efetuada, formulamos as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “Níveis de *stress*” e “Categoria profissional”.
- Hipótese 2 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “Níveis de *stress*” e “Sexo”.
- Hipótese 3 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “STINEM” e “Sexo”.
- Hipótese 4 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “STINEM” e “Categoria profissional”.
- Hipótese 5 - Existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis “STINEM” e “Níveis de *stress*”.

#### **4.2. CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E DA AMOSTRA**

A população estudada compreende todos os profissionais de Emergência Médica que prestavam serviço para a Delegação Centro do INEM, tendo sido obtida uma amostra por conveniência com 184 sujeitos.

Relativamente ao sexo, e por categoria profissional, temos: 17 Médicos do sexo masculino (54.80%) e 14 do feminino (45.20%); 30 Enfermeiros do sexo masculino (58.80%) e 21 do feminino (41.20%); 10 TOTE/OPCEM do sexo masculino (31.20%) e 22 sexo feminino (68.80%); 49 TAE's do sexo masculino (70.00%) e 21 do feminino (30.00%).

Quanto à idade, a classe médica tem uma média de 38.50 anos (com um desvio padrão de 8.15 anos) face aos 38.63 anos (com um desvio padrão de 6.88 anos) da classe de enfermagem, que contrasta com os 28.97 anos (com um desvio padrão de 4.79 anos) dos TOTE/OPCEM e com os 27.27 anos (com um desvio padrão de 3.96 anos) dos TAE's.

Quanto ao estado civil, a maioria dos profissionais inquiridos, independentemente da classe profissional, é casado ou vive em união de fato, com exceção dos TAE's (60.00% são solteiros e 38.60% estão casados ou vivem em união de fato).

Seguidamente, apresentamos, por classe profissional, o tempo em que estes profissionais trabalham em geral e em contexto de emergência médica: em média os Médicos trabalham há 11.42 anos (com um desvio padrão de 7.46 anos) face aos 5.35 anos (com um desvio padrão de 3.12 anos) em ambiente de emergência; os Enfermeiros têm uma média de 15.73 anos (com um

desvio padrão de 6.58 anos) de serviço e 6.61 anos (com um desvio padrão de 3.74 anos) em meio de emergência; os TOTE/OPCEM apresentam um tempo de serviço médio de 5.81 anos (com um desvio padrão de 3.59 anos) que contrasta com 6.63 anos (com um desvio padrão de 4.12 anos) em serviço de emergência, situação similar à que ocorre no com os TAE's, que apresentam 1.94 anos (com um desvio padrão de 0.92 anos) de tempo de serviço médio, contrastante com os 4.07 anos (com um desvio padrão de 3.77 anos) em contexto de emergência.

No que diz respeito ao estado de saúde destes profissionais, 48.40% e 45.20% dos Médicos consideram, respetivamente, ter um estado de saúde bom e muito bom; dos Enfermeiros, 47.10% autoavaliam o seu estado de saúde como muito bom face aos 68.80% de TOTE/OPCEM que o consideram bom; 45.70% e 41.40% dos TAE's referem ter um estado de saúde muito bom e bom, respetivamente.

### 4.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS

O instrumento de medida por nós utilizado, pois o considerado mais adequado ao objetivo do nosso estudo e ao nosso desenho experimental, foi o inquérito por questionário.

O questionário inicia-se com uma introdução, onde é feita a apresentação do autor, da temática e a solicitação para a colaboração e disponibilidade para responder, garantindo o anonimato e confidencialidade. Este questionário foi subdividido em quatro partes:

A parte I - “Caraterização Sociodemográfica”, constituída por 7 questões relativas às variáveis sexo, idade, estado civil, classe profissional, tempo de serviço (no serviço e no meio de emergência) e estado de saúde.

A parte II - Adaptação do “Questionário *Stress* em Instituto Nacional de Emergência Médica” (Amaral, 2004), composto por 64 afirmações, organizadas em 4 grupos: identificação dos fatores de *stress* na profissão, antes da ativação, durante a ativação e depois da ativação.

A parte III - “Questionário de Stress” (Serra, 2000), que pretende avaliar a vulnerabilidade ao *stress*, englobando 23 questões, que se agrupam em 7 fatores: “Perfeccionismo e intolerância à frustração”, “Inibição e dependência funcional”, “Carência de apoio social”, “Condições de vida adversas”, “Dramatização da existência”, “Subjugação” e “Deprivação de afeto e rejeição”.

Da parte III consta ainda a escala “Como me Costumo Sentir Fisicamente” pertencente ao “Questionário de Manifestações Físicas de Mal-Estar” (Ribeiro, 2003), que tem como objetivo conhecer as manifestações físicas susceptíveis de exprimir mal-estar em indivíduos que não padecem de qualquer doença, tendo sido concebido para avaliar a frequência e a intensidade das queixas. As questões deste questionário dizem respeito a quatro sistemas: sistema nervoso (com *scores* entre 0 e 120), sistema digestivo (com *scores* entre 0 e 120), sistema muscular (com *scores* entre 0 e 80) e sistema respiratório (com *scores* entre 0 e 80).



## 5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação dos resultados segue a ordem das hipóteses anteriormente formuladas, sendo apresentados para cada uma das dimensões do questionário e não para o seu total.

### 5.1. NÍVEIS DE *STRESS*

Começamos por apresentar as hipóteses formuladas anteriormente e, em seguida, descrever os resultados obtidos.

- Hipótese 1 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “Níveis de *stress*” e “Categoria profissional”.

Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas para as seguintes dimensões: “Perfeccionismo e intolerância à frustração” ( $p = .08$ , em que os Enfermeiros apresentam maiores níveis de perfeccionismo e de intolerância à frustração comparativamente aos TOTE); “Dramatização da existência” ( $p = .045$ , em que os Médicos consideram ter maior dramatização da existência do que os TAE).

Para as restantes dimensões – “Inibição e dependência funcional”, “Condições de vida adversa”, “Carência de apoio social”, “Subjugação” e “Deprivação de afeto e rejeição” não verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função da categoria profissional.

Concluímos, assim, que os Enfermeiros relatam sentir maiores níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração do que os Médicos e que estes últimos apresentam maiores níveis de dramatização da existência do que os TAE, pelo que a nossa hipótese é parcialmente confirmada.

- Hipótese 2 -Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “Níveis de *stress*” e “Sexo”.

Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas para as seguintes dimensões: “Perfeccionismo e intolerância à frustração” [ $p = .03$ , em que os profissionais apresentam mais perfeccionismo e intolerância à frustração do que as profissionais (média homens=18.66 e média mulheres=17.14)]; “Carência de apoio social” [ $p = .000$ , em que os homens apresentam significativamente maior carência de apoio social do que as mulheres (média homens = 4.42 e média mulheres = 3.68)]; “Deprivação de afeto e rejeição” [ $p=0,002$ , em que os profissionais apresentam significativamente maior deprivação de afeto e rejeição do que as profissionais (média homens = 5,75 e média mulheres = 5,19)].

Para as restantes dimensões – “Inibição e dependência funcional”, “Condições de vida adversa”, “Dramatização da existência” e “Subjugação” não verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do sexo.

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

## 5.2. STRESS NO INEM

- Hipótese 3 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “STINEM” e “Sexo”.

Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas para as seguintes dimensões: “Durante a ativação” [ $p = .012$ , em que as profissionais apresentam maior identificação do *stress* durante a ativação do que os colegas de profissão. (média homens = 38.27 e média mulheres = 41.03)]; “Depois da ativação” [ $p = .000$ , em que as mulheres apresentam maior identificação do *stress* depois da ativação do que os homens (média homens = 34.74 e média mulheres = 39.10)].

Para as restantes dimensões – “Identificação de fatores de *stress* na profissão” e “Antes da ativação” não verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função do sexo.

Tendo em conta os resultados, podemos concluir que as profissionais apresentam maiores níveis de *stress* do que os seus colegas de profissão, sobretudo na identificação do *stress* durante e depois da ativação, confirmando-se, assim, a nossa hipótese.

- Hipótese 4 - Existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis “STINEM” e “Categoria profissional”.

Verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas para as seguintes dimensões: “Identificação dos fatores de *stress* na profissão” [ $p = .000$ , em que os Médicos apresentam maior identificação dos fatores de *stress* na profissão do que os TAE; os TOTE apresentam diferenças comparativamente aos Enfermeiros ( $p = .009$ ) e aos TAE ( $p = .000$ )]; “Depois da ativação” [em que os TOTE apresentam maior identificação do *stress* depois da ativação ( $p = .033$ ) do que os Enfermeiros e do que os TAE ( $p = .006$ )].

Para as restantes dimensões – “Antes da ativação” e “Durante ativação” não verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas em função da categoria profissional.

Concluimos que existem diferenças estatisticamente significativas na identificação dos fatores de *stress* na profissão e depois da ativação, em função da categoria profissional, enquanto nas outras dimensões não há diferenças estatisticamente significativas, pelo que a nossa hipótese é genericamente confirmada.

- Hipótese 5 - Existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis “STINEM” e “Níveis de *stress*”.

As correlações estatisticamente significativas encontradas foram entre: “Identificação dos fatores de *stress* na profissão” e “Perfeccionismo e intolerância à frustração” ( $r = -.418$  - correlação negativa moderada, ou seja, o incremento da identificação dos fatores de *stress* na profissão diminui o perfeccionismo e intolerância à frustração); “Antes da ativação” e “Perfeccionismo e intolerância à frustração” ( $r = -.506$  - correlação negativa moderada, isto é, um maior perfeccionismo relaciona-se com uma diminuição da identificação dos fatores de *stress* antes da ativação); “Durante a ativação” e “Perfeccionismo e intolerância à frustração” ( $r = -.505$  - correlação negativa moderada, o que significa que um maior perfeccionismo e intolerância à frustração se relaciona com uma diminuição da identificação dos fatores de *stress* durante a ativação); “Depois da ativação” e “Perfeccionismo e intolerância à frustração” ( $r = -.489$  - correlação negativa moderada, ou seja, um maior perfeccionismo e intolerância à frustração relaciona-se com uma diminuição da identificação dos fatores de *stress* depois da ativação).

Partindo destes resultados podemos concluir que, quanto maior for o perfeccionismo e a intolerância à frustração, menor será a capacidade de identificação dos fatores de *stress* na profissão, antes, durante e depois da ativação, tendência esta que também se confirma na variável *stress*. Estes resultados parecem-nos indicar que uma focalização/centração demasiada na *performance* dos profissionais os torna menos capazes de identificar os fatores de *stress*, reduzindo-lhes as competências de  *coping* e aumentando, assim, o risco de *burnout*.

## 6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Começando por fazer referência às características sociodemográficas, estas são disparens nos diversos profissionais, permitindo-nos perceber que as exigências e obrigações de conjugalidade e parentalidade podem colocar os profissionais em situações diferentes de *stress*, nomeadamente no que se refere aos tempos de lazer e à ocupação dos turnos considerada por vários autores (Serra, 1999) como fatores acrescidos de *stress*.

Relativamente ao **sexo**, verificámos que os profissionais homens apresentam maiores níveis de *stress* (sobretudo no perfeccionismo e intolerância à frustração, na carência de apoio social e na

deprivação de afeto e rejeição) do que as suas colegas, o que está de acordo com Frango (1995), que quando fala de agentes indutores de *stress* refere que, qualquer que este seja, está sempre envolvida uma mudança, uma situação nova que desafia as capacidades de adaptação e que confronta o indivíduo com a sua vulnerabilidade pessoal e as aptidões de controlo. Como referimos, os homens são os que estão maioritariamente ligados às intervenções clínicas em contexto de rua, indo ao encontro de We Farlane (1991) que define agente *stressor* como todo o acontecimento que é marcadamente desgastante para a pessoa, causador de enorme receio ou terror no momento, como pode acontecer em situações de emergência, onde se corra o risco real de perda de controlo da situação. Também Allison et al., em 1987, citados por Amaral (2004), consideram que prestar cuidados médicos em ambientes não familiares e perigosos pode tornar-se um fator pressionante para estes “profissionais de rua”.

A carência de apoio social e a privação de afeto e rejeição são também aspetos em que os homens revelam ter mais *stress*, podendo decorrer, no entender de Ganhão (1993), da sobrecarga e da falta de sentido de pertença; por outro lado, as relações interpessoais com os pares podem envolver competitividade, indiferença pelas necessidades dos outros, individualismo, desconfiança, ressentimentos, ciúmes e boatos que inviabilizam uma relação saudável e agradável entre os que têm que partilhar determinado espaço físico, diminuindo a proximidade e restringindo a rede social do indivíduo. Neste contexto, Kalimo e Mejman (1987), citados por Frango (1995), referem como consequências do *stress*, entre outras, o aparecimento de atitudes negativas tais como irritação, tensão, tédio e depressão, que podem incrementar o sentimento de privação de afeto e de rejeição no profissional.

Quanto ao *stress* no INEM, constatámos que as profissionais identificam mais fatores de *stress* do que os seus colegas de profissão, sobretudo do *stress* durante e depois da ativação; atendendo ao fato de que a maioria das profissionais está na coordenação e orientação dos meios de emergência, podemos ir ao encontro de Lazarus e Folkman (1984) quando referem que as situações indutoras de *stress* pertencem a três categorias: a ameaça (antecipação de uma contingência desagradável, do que pode vir a acontecer mas ainda não surgiu), o dano (alguma coisa que já ocorreu e ao seu significado ou às suas consequências) e o desafio (circunstância em que o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas).

No que se refere à **categoria profissional**, os Enfermeiros relataram sentir maiores níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração do que os Médicos, uma vez que os primeiros são profissionais sujeitos a um *stress* intenso de exposição (Heim, 1992, citado por Serra, 1999), a situações limite de vida ou morte, onde os gestos técnicos não podem falhar, de tal modo que a sua formação no cuidado e a sua focalização na relação interpessoal os “empurra” para a criação duma área de sintonia com o sofrimento e de um futuro incerto.

Os Médicos apresentam maiores níveis de dramatização da existência do que os TAE, o que pode significar que os Médicos têm uma maior capacidade para lidar com a tolerância à

frustração e são capazes de uma maior simbolização da realidade, onde as situações desagradáveis podem ser desdramatizadas, isto é, agidas através do humor e das competências pessoais. Neste sentido, estes resultados revelam que os Médicos utilizam melhor o  *coping*  (Pereira, 1991) para lidar e confrontar com a situação de ameaça e de desafio, para as quais não têm preparadas respostas automáticas ou de rotina” [Monat & Lazarus, citados por Serra (1990, p.37)].

Quanto ao **stress no INEM**, observámos que os Médicos e os TOTE apresentam uma maior identificação dos fatores de  *stress*  na profissão do que os TAE. Do cruzamento das variáveis “*Stress no INEM*” e “categoria profissional”, concluímos que os TOTE apresentam significativamente uma maior identificação do  *stress*  nos três momentos do que os Enfermeiros e os TAE. Estes resultados parecem indicar-nos que os Médicos e os TOTE identificam mais fatores de  *stress*  do que os restantes profissionais e mostram que discriminam melhor as alterações fisiológicas e emocionais decorrentes da profissão, embora os resultados anteriores mostrem também que os Médicos são capazes de dramatizar a situação, enquanto os TOTE, talvez por não fazerem um acompanhamento tão próximo, mostrem maiores níveis de  *stress*  depois da ativação, ou seja, depois de deixarem de controlar a situação e terem sido expostos a tomadas de decisão e uso ou não das suas estratégias de  *coping*  (Serra, 1999).

A correlação moderada negativa entre “Identificação dos fatores de  *stress*  na profissão” e “Perfeccionismo e intolerância à frustração” pode indicar-nos uma tendência funcional para a identificação dos fatores de  *stress* , uma vez que estes parecem ser autonomizantes para o indivíduo, pelo que a identificação do  *stress*  pode não ser, por si só, perturbadora (o  *eustress* ). Esta tendência mantém-se relativamente às outras três dimensões: “Antes da ativação”, “Durante a ativação” e “Depois da ativação”.

## 7. CONCLUSÕES

Começamos por referir que as classes profissionais dos serviços de emergência são heterogêneas na idade, no estado civil, no tempo de serviço e no tempo de serviço em emergência e no género.

As intervenções clínicas, em contexto de rua, são feitas maioritariamente por homens, enquanto nos serviços de coordenação e orientação dos meios de emergência predominam profissionais do sexo feminino, sendo estas as responsáveis pela orientação dos recursos.

Os TAE e os TOTE/OPCEM começaram o seu contato com os serviços de emergência antes de entrarem nesta profissão, o que nos leva a supor que podem ter feito voluntariado em emergência (Bombeiros e Cruz Vermelha, por exemplo), contrariamente aos Médicos e Enfermeiros, que manifestam ter mais tempo de serviço em geral do que em Emergência Médica.

Relativamente ao sexo, concluímos que os profissionais apresentam maiores níveis de *stress* do que as suas colegas, recaindo estas diferenças no perfeccionismo e intolerância à frustração, na carência de apoio social e na deprivação de afeto e rejeição. As mulheres evidenciaram maiores níveis de *stress* na identificação do *stress* durante e depois da ativação do que os homens.

Em função da categoria profissional, constatámos que os Enfermeiros relatam sentir maiores níveis de perfeccionismo e intolerância à frustração do que os Médicos e que estes apresentam maiores níveis de dramatização da existência do que os TAE. Verificámos diferenças estatisticamente significativas na identificação dos factores de *stress* na profissão, em que os Médicos e os TOTE revelam identificar mais *stress*.

Concluímos, afirmando que quanto maior for o perfeccionismo e a intolerância à frustração menor será a capacidade de identificação dos factores de *stress* na profissão, antes, durante e depois da ativação, confirmando-se esta tendência também na variável *stress*, pelo que talvez possamos afirmar que uma focalização/centração demasiada na *performance* dos profissionais os torna menos capazes de identificar os factores de *stress*, reduzindo-lhes as competências de *coping* e aumentando, conseqüentemente, o risco de *burnout*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, J. (2004). *Stress nos técnicos do INEM: Contributos da supervisão*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O stress nos professores portugueses*. Estudo IPSSO 2000. Porto: Porto Editora.
- Caroline, N. (1995) *Emergency care in the streets*. Pittsburgh: University of Pittsburgh School of Medicine.
- Doron, R., & Parot, F. (2001) *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Frade, D., & Frasilho, M. (1998). *Stress ocupacional em emergência pré-hospitalar*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Frango, M. (1995). *Stress nos profissionais de saúde em meio hospitalar*. (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra, Coimbra.
- Ganhão, M. (1993). Condicionantes e estratégias redutoras do *stress* organizacional. *Forúm Sociológico*, 3, 89-106.
- Labrador, F. (1992). *Stress*. Lisboa: Edição Temas da Atualidade.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leal, M. (1998). *Stress e burnout*. Porto: Sedoxil Medibial.
- Pereira, A. (1991). *Coping, autoconceito e ansiedade social* (sua relação com o rendimento escolar). (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Powell, T., & Enright, S.J. (1990). *Anxiety and stress management*. London: Routledge.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – Prevenção do stress no trabalho*. Lisboa: Editora RH.
- Ribeiro, J. (2003). Estudo de adaptação do questionário de manifestações físicas de mal-estar. *Psiquiatria Clínica*, 24(1), p.65-76.
- Selye, H. (1936). *The stress of life*. New York: Mc-Graw Hill.
- Selye, H. (1978). The evolution of stress concept. *American Scientific*, 61, 692-699.
- Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao *stress*: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), p.279-308.
- We Farlane, A. (1991). Post traumatic stress disorders. In F. Judd, & D. Lipsitt (Eds.), *Handbook of studies on general hospital psychiatry*. New York: Wiley.