



Instituto Politécnico de Portalegre

**Escola Superior de Educação e
Ciências Sociais**

**Escola Superior de Saúde de
Portalegre**



***STRESS OCUPACIONAL E SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES
FORMAIS QUE DESEMPENHAM FUNÇÕES NUMA
UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DA REGIÃO
ALENTEJO***

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação e Ciências Sociais e à Escola Superior de Saúde para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia (Ramo Gerontologia e Saúde)

Por Cláudia Lavado

Sob Orientação do Professor Doutor António Calha

Portalegre, Outubro 2016

Instituto Politécnico de Portalegre

**Escola Superior de Educação e
Ciências Sociais**

**Escola Superior de Saúde de
Portalegre**

***STRESS OCUPACIONAL E SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES
FORMAIS QUE DESEMPENHAM FUNÇÕES NUMA
UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DA REGIÃO
ALENTEJO***

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação e Ciências Sociais e à Escola Superior de Saúde para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia (Ramo Gerontologia e Saúde)

Por Cláudia Lavado

Sob Orientação do Professor Doutor António Calha

Portalegre, Outubro 2016

AGRADECIMENTOS

O presente estudo é fruto de um tenro percurso académico. Foi marcado por diversas etapas, quer de grande entusiasmo, quer de grandes sacrifícios. O produto final não seria possível sem o apoio de várias pessoas às quais quero agradecer.

Ao meu orientador, Professor Doutor António Calha, pelos muitos ensinamentos valiosos ao longo deste trabalho, e ainda, pelo profissional e pessoa que é.

Aos cuidadores formais da Unidade onde foi implementado este estudo, pela colaboração nesta investigação, uma vez que, sem a sua participação, o estudo não seria possível.

Aos meus pais, pelos sacrifícios e apoio que me têm dado ao longo dos meus 26 anos. Obrigado pelo amor, dedicação, por tudo o que me possibilitaram. À minha irmã e a toda a minha família por todo o apoio e admiração que sempre demonstraram neste meu percurso académico.

Ao Diogo, pelo amor, compreensão e incentivo para não desistir ao longo deste árduo trabalho.

À Professora Elisabete Frade pela disponibilidade e carinho.

Aos meus amigos, pelos bons momentos e pelo significado que dão à minha vida.

Um muito obrigado a todos!

RESUMO

Esta Investigação tem como pergunta de partida: “Qual a incidência e os preditores de stress profissional e satisfação no trabalho nos prestadores de cuidados formais numa Unidade de Cuidados Continuados da Região Alentejo”. Constituem objetivos de investigação: i) Caracterizar socio-demograficamente os cuidadores formais; ii) Apurar como o cuidador formal perspetiva a especificidade do Idoso no âmbito dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção; iii) Aferir os níveis de stress Ocupacional; iv) Identificar causas que podem estar na origem do stress no Trabalho; v) Avaliar o nível de satisfação dos cuidadores com o trabalho que desempenham a sua atividade na unidade.

Para fazer face a estes objetivos foi elaborado um questionário destinado a cuidadores formais, tendo-se obtido 37 respostas.

Os resultados permitiram constatar que estes profissionais apresentam um nível de stress moderado e um elevado nível de Satisfação com o trabalho (M=3,7 numa escala que varia entre 1 e 5, sendo que 1 corresponde ao nível máximo de insatisfação e o 5 ao nível máximo de satisfação). Da análise da correlação entre as várias consideradas é de realçar a correlação entre a dimensão “relações profissionais” e a “segurança com o futuro na profissão” (-0,588), a dimensão “relações profissionais e o “apoio da hierarquia” (-0,526), a dimensão “Relações Profissionais” e ao “Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado” (-0,514) e a dimensão “Relações Profissionais” e a dimensão “ Relações com os colegas” (-0,515) e ainda a “carreira e remuneração” e a “satisfação com a profissão” (-0,452). Os cuidadores formais que integraram a amostra não consideraram que prestar cuidados continuados a idosos represente um problema, não se distinguem dos outros utentes nem representam uma sobrecarga de trabalho para a equipa.

Palavras-Chave: Idosos, Cuidados Continuados, Stress Ocupacional, Satisfação no Trabalho e Cuidadores Formais.

ABSTRACT

This dissertation has as a starting point the question: "What is the incidence and predictors of occupational stress and job satisfaction in formal care providers in the region Alentejo Continuing Care Uni". The aims for the investigation are the following: i) provide the social and demographic features of the formal caregivers; ii) define the way a caretaker understands the individuality of the aged people inside the continuous care units of average duration and rehabilitation and long duration and maintenance; iii) standardize the levels of stress; iv) identify the causes which explain the stress in the work place; v) assess the level of satisfaction the caretakers reach in the tasks they perform in their assignment.

To meet these goals we designed a questionnaire for formal caregivers, having obtained 37 responses.

The output allowed us to conclude that these professionals have a moderate level of stress and a high level of satisfaction with their own work ($A=3.7$, in a scale that runs from 1 to 5, where 1 corresponds to the maximum level of dissatisfaction and 5 to the highest level of satisfaction). Among the diverse correlations, we would highlight the one between the professional relationships and the security about the future in their jobs ($-0,588$), and also the correlation between the dimension of professional relationships and the hierarchy support ($-0,526$), the dimension professional relationships and the others' recognition towards the work done ($-0,514$) and the dimension professional relationships and the dimension relationships with the workmates (-0.515) and finally the career and wage and the self satisfaction with the profession ($-0,452$).

The caretakers that integrated the sample do not consider their task of taking care of old people as representing a problem to them, they do not distinguish them from the other users and the aged do not typify an extra overload of work to the team in the caretakers' view.

Key words: Aged, Continuous Care, Professional Stress, Work Satisfaction and Formal Caretakers

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E O SER IDOSO	5
1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	6
2. CONCEITO DE ENVELHECIMENTO E ENVELHECIMENTO ATIVO	8
3. O CRESCENTE NÚMERO DE IDOSOS DEPENDENTES E A NECESSIDADE DE SE CRIAR NOVAS RESPOSTAS	12
CAPÍTULO II – REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	14
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	15
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS	16
3. TIPOLOGIA DA REDE	18
4. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO	22
5. UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO	24
CAPÍTULO III- STRESS OCUPACIONAL E SATISFAÇÃO NO TRABALHO	26
1. DEFINIÇÃO DE STRESS	27
2. STRESS NO TRABALHO E MODELOS DE STRESS	29
3. FACTORES ORGANIZACIONAIS INDUTORES DE STRESS	31
4. CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS DO STRESS NO TRABALHO	33
5. SATISFAÇÃO NO TRABALHO	35
CAPÍTULO IV- ESTUDO EMPÍRICO/ METODOLÓGICO	37
1. TIPO DE ESTUDO	38
2. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS	39
3. OBJECTIVOS DA PESQUISA	41
4. HIPÓTESES	41
5. VARIÁVEIS	42
6. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	42

7. PARTICIPANTES	42
8. INSTRUMENTOS	43
8.1- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	43
8.2- QUESTIONÁRIO DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAUDE	43
8.3- FORMA COMO O CUIDADOR FORMAL PERSPECTIVA A ESPECIFICIDADE DO IDOSO	44
8.4- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O TRABALHO	45
8. PROCEDIMENTOS ESTATISTICOS	46
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DO RESULTADOS	47
1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DA AMOSTRA	48
1.1- CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL DA AMOSTRA	50
2. STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	56
2.1- CARACTERIZAÇÃO SA SITUAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO PROFISSIONAL DA AMOSTRA QUESTIONÁRIO	56
2.2- DIMENSÕES DA ESCALA DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	58
2.3- AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE STRESS PROVOCADO PELA ATIVIDADE PROFISSIONAL	64
3. FORMA COMO O CUIDADOR FORMAL PRESPECTIVA A ESPECIFICIDADE DO IDOSO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS	68
4. SATISFAÇÃO NO TRABALHO DOS CUIDADOSRES FORMAIS	79
4.1- CARACTERISTICAS PSICOMÉTRICAS NA AMOSTRA EM ESTUDO	79
4.2- DIMENSOES DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO	81
5. CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DE STRESS E SATISFAÇÃO NO TRABALHO	88
CONCLUSÃO	90
BIBLIOGRAFIA	94

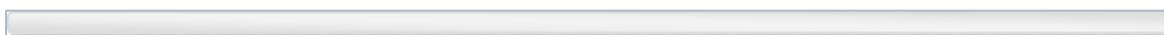
ANEXOS	99
ANEXO 1 - Pedido de autorização para a utilização do questionário de Stress	100
ANEXO 2 - Pedido de Autorização para a utilização do questionário de Satisfação	102
ANEXO 3- Instrumento de recolha de dados	104
ANEXO 4 - Pedido de autorização à instituição para aplicação do instrumento e sua autorização	112
GRÁFICOS	
Gráfico 1 – Índice de envelhecimento anuais – INE, estimativa da população residente	7
Gráfico 2 – Índice de envelhecimento por local de residência anual-INE, estimativas da população residente	7
QUADROS	
Quadro 1 – Tipologia da rede de cuidados continuados	18
Quadro 2 – Tipologia de respostas da unidade de média duração e reabilitação	22
Quadro 3 – Tipologia de respostas da unidade de cuidados continuados de longa duração e manutenção	24
Quadro 4 – Dimensões da resposta de stress	28
Quadro 5 – Satisfação no trabalho: ilustrações das orientações conceptuais	35

TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra	48
Tabela 1.1 – Características sociodemográficas da amostra (continuação)	49
Tabela 2 – Dados relativos à situação profissional da amostra	50
Tabela 2.1 - Dados relativos à situação profissional da amostra (continuação)	52
Tabela 2.2 - Dados relativos à situação profissional da amostra (continuação)	53
Tabela 2.3 - Dados relativos à situação profissional da amostra (continuação)	54
Tabela 3 – Análise de confiabilidade da escala de stress nos Profissionais de Saúde, Alfa de Croncach	56
Tabela 4 -Dimensões na escala de stress nos profissionais de saúde	58
Tabela 5 - Dimensões na escala de stress nos profissionais de saúde consoante o sexo	59
Tabela 6 - Dimensões na escala de stress nos profissionais de saúde consoante a categoria profissional	62
Tabela 7 – Nível de stress que a atividade profissional lhe provoca por sexo	64
Tabela 8 - Nível de stress que a atividade profissional lhe provoca por categoria profissional	65
Tabela 9 - Percentagem de sujeitos Auxiliares e enfermeiros em cada uma das opções de resposta ao questionário de stress nos Profissionais de Saúde (N=37)	66
Tabela 10 - Percentagem de sujeitos Técnicos e Outros em cada uma das opções de resposta ao questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (N=37)	67
Tabela 11 - Número de inquiridos que Discorda Totalmente (D.T), Discordam Parcialmente (D.P), Nem Concordam nem Discordam (N.C.N.D), Concordam Parcialmente (C.P) e Concordam Totalmente (C.T) com as seguintes afirmações a Media e Desvio Padrão	68

Tabela 12 - Nível de concordância com as seguintes afirmações consoante o sexo	71
Tabela 13 - Nível de concordância com as seguintes afirmações consoante a categoria Profissional	74
Tabela 13.1 - Nível de concordância com as seguintes afirmações consoante a categoria Profissional Técnicos e Outros (Continuação)	76
Tabela 14 - Análise de confiabilidade da Escala de Satisfação nos Profissionais de Saúde – Alfa de Cronbach	79
Tabela 15 - Dimensões na Escala de Satisfação nos Profissionais de Saúde	81
Tabela 16 - Dimensões na Escala de Satisfação nos Profissionais de Saúde consoante o sexo	82
Tabela 17 - Dimensões da Escala de Satisfação nos Profissionais de Saúde Consoante a Categoria Profissional	84
Tabela 18 - Percentagem de sujeitos Auxiliares e Enfermeiros em cada uma das opções de resposta ao Questionário de Satisfação no Trabalho (N=37)	86
Tabela 19 - Percentagem de Sujeitos Técnicos e outros em cada uma das opções de resposta ao Questionário de Satisfação no Trabalho (N=37)	87
Tabela 20 - resultado da correlação entre as dimensões das escalas de QSTS E QST	88

INTRODUÇÃO



Este trabalho surgiu do interesse em estudar o Stress Ocupacional e a Satisfação no trabalho dos Cuidadores formais de uma Unidade de Cuidados Continuados da Região Alentejo.

O mesmo incide sobre a temática “*Stress ocupacional e satisfação dos cuidadores formais que desempenham funções numa unidade de cuidados continuados da Região Alentejo*”

Tendo como ponto de partida a especificidade dos cuidados prestados na Unidade de Cuidados Continuados procuramos, com esta investigação, responder à seguinte questão: Qual a incidência e os preditores de stress profissional e satisfação no trabalho nos prestadores de cuidados formais numa Unidade de Cuidados Continuados da Região Alentejo. O estudo recaiu assim sobre uma Unidade de Cuidados de Cuidados Continuados de Internamento que tem duas respostas da Rede: a de Média Duração e Reabilitação e a de Longa Duração e Manutenção.

Os objetivos a que nos propomos são então: caracterizar socio-demograficamente os cuidadores formais; apurar como o cuidador formal perspetiva a especificidade do trabalho com os idosos no âmbito dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção; aferir os níveis de stress ocupacional; identificar causas que podem estar na origem do stress no trabalho e avaliar o nível de satisfação dos cuidadores com o trabalho que desempenham na unidade.

Portugal é, cada vez mais, um país envelhecido uma vez que o aumento da esperança média de vida trouxe consigo uma nova realidade para Portugal, o número de idosos com mais de 80 anos está a aumentar drasticamente o que faz com que exista uma população muito mais idosa dentro da população idosa e, se fale já numa quarta idade como referiu Rosa “ verifica-se que a parcela dos idosos mais velhos (com 80 e mais anos), a “quarta idade” (como habitualmente é já conhecida), tem vindo a reforçar o seu peso estatístico com o evoluir do tempo” (Rosa, 2012:27).

O aumento da esperança média de vida não ocorreu em conformidade com o aumento de ganhos em anos de vida, logo os nossos idosos vivem mais tempo mas com menos qualidade de vida, tal fez com que as instituições existentes não conseguissem dar resposta a todas as necessidades do idoso e, tentando dar resposta a essas mesmas necessidades surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados que, segundo Campos A. (2008) citado no Manual dos 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde refere que “ a criação e desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi uma das mais importantes reformas de saúde desde que em 1978 foram criadas em Portugal as condições de acesso universal aos cuidados de saúde” (Gonçalves:568).

De acordo com 3º artigo do decreto-lei nº 101/2006, de 6 de junho “Os Cuidados Continuados são o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Ministério da Saúde, Hospital de Santa Maria, 2008). O artigo 31 do Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho identifica que a população - alvo dos Cuidados Continuados Integrados, são pessoas portadoras de diversos níveis de dependência necessitando de cuidados de saúde e sociais. A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) é composta por Unidades de Internamento, de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliarias.

Por se tratar de uma Unidade de Cuidados Continuados, onde se cuida de doentes e se dá apoio aos seus familiares, todo o meio envolvente, entre o trabalho e os cuidados a prestar, podem originar algum stress nos Cuidadores Formais.

Segundo Melgosa stress é “a reação do organismo perante qualquer solicitação, um estado de forte tensão fisiológica ou psicológica, a preparação para o ataque ou para a fuga e pode também ser o começo de uma serie de doenças”. A mesma autora refere que o stress não é “necessariamente nocivo, já que muitas vezes ajuda a alcançar os objetivos desejados, não é ansiedade, não é medo e não é a causa direta das doenças embora contribua com frequência para o seu desenvolvimento” (Melgosa, 1996:18).

Por seu lado, a Satisfação no trabalho tem ganho cada vez mais importância uma vez que, se o trabalhador estiver satisfeito, se torna mais produtivo no trabalho. Bruno Santos, na sua Tese de Mestrado, refere, citando o Autor Alcobia que “a satisfação no trabalho é a variável dependente mais estudada na literatura organizacional (Staw, 1984, cit. Lima, 1995, cit. Santos,2013:11), pois pode influenciar o funcionamento da organização e contribuir para o aumento da produtividade” (Santos, 2013:10). Ainda segundo o escritor Santos a “satisfação no trabalho tem sido conceptualizada como uma emoção (Locke, 1976, cit. Lima ,1995, cit. Santos:2013:11), ou como uma atitude (Schneider, 1975, Lima 1995, cit. Santo, 2013:10), em qualquer dos casos visa dar conta de um estado emocional positivo, de uma atitude positiva perante o trabalho e das experiências em contexto de trabalho” (Santos, 2013:11).

Posto isto, com este trabalho tentamos avaliar o nível de stress e satisfação dos trabalhadores e a correlação que existe entre ambos.

Ao nível estrutural o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. Na primeira parte apresentamos um resumo da literatura científica que pesquisamos sobre o tema,

a mesma subdivide-se em três capítulos. No primeiro capítulo fazemos referência à definição de envelhecimento demográfico e ao Ser Idoso. No segundo capítulo, efetuamos uma abordagem ao conceito de Rede Nacional de Cuidados Continuados e as suas respostas, dando especial relevância a duas respostas de internamento, as Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e as Unidades de Longa Duração e Manutenção. Já no terceiro capítulo focamos o Stress Ocupacional, as suas causas e consequências negativas e a Satisfação no Trabalho.

Na segunda parte da tese, apresentamos o estudo Empírico que também é composto por dois capítulos. No quarto capítulo referimos a metodologia utilizada, no quinto capítulo apresentamos os resultados obtidos e por fim a conclusão.

CAPÍTULO I

O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E O SER IDOSO

1-ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Através dos tempos o envelhecimento tem vindo a aumentar, já todos sabemos que Portugal é um país envelhecido, mas, o envelhecimento não se foca só em Portugal sendo este um problema Mundial. Sendo o mesmo mencionado por Maria Rosa que refere que “foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX que as sociedades, principalmente as europeias, começaram a confrontar-se com o que foi classificado como “duplo envelhecimento” (na base e no topo da pirâmide etária), contudo, o envelhecimento demográfico depressa veio a adquirir uma dimensão mundial” (Rosa, 2012:26). Mas é certo que as regiões mais desenvolvidas são as que têm um maior número de envelhecidos, não sendo Portugal uma exceção.

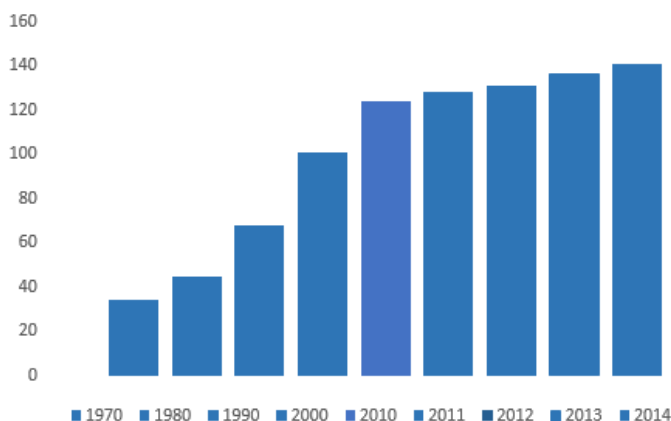
O envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade ativa (Rosa,2012:12).

O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide etária, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos (Rosa, 2012:12).

Esta tendência para o envelhecimento da população suscita novos desafios e gera novas necessidades, exigindo compreender e acompanhar o conhecimento e a intervenção, no sentido de promover meios de diagnóstico, acompanhamento e monitorização, assim como proceder à definição de soluções e apoio às situações de risco. (Santos Fernandes & Tavares Dionísio, 2010:524).

Após fazer alguma pesquisa e recolha de dados no site do INE, é notório que o envelhecimento é cada vez mais acentuado em Portugal, assim o podemos confirmar no gráfico abaixo:

Gráfico Nº 1: Índice de Envelhecimento Anuais – INE, Estimativas da População Residente

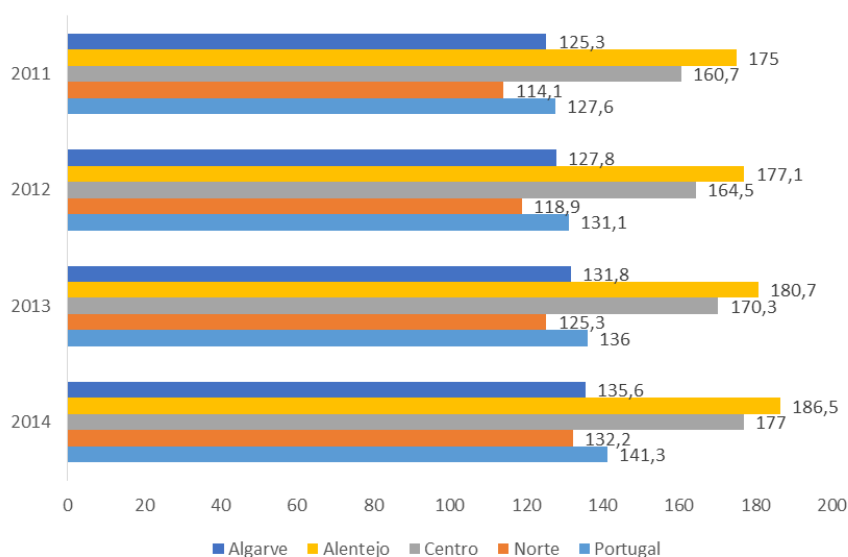


(Fonte: INE em 25 de Abril de 2016)

Neste gráfico é claro o crescimento da população envelhecida entre os anos de 1970 e 2014, também é perceptível o crescimento de ano para ano.

Comparando todas as regiões nomeadamente: o Norte, o centro, o Alentejo e Algarve, podemos também apurar que o índice de envelhecimento demográfico é mais elevado no Alentejo, como podemos verificar no gráfico abaixo:

Gráfico Nº 2: Índice de Envelhecimento por Local de residência Anual – INE, Estimativas da População Residente



(Fonte: INE em 25 de Abril de 2016)

2- CONCEITO DE ENVELHECIMENTO E ENVELHECIMENTO ATIVO

O envelhecimento é um processo universal, complexo e contínuo que acompanha a pessoa ao longo da vida, sendo um fenómeno normal, inerente à vida e que se observa nas últimas fases da vida das pessoas. De um modo geral, os autores definem o envelhecimento como “um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo” (Oliveira cit. Custódio,2008:23).

Durante todo esse processo, existe alterações Biológicas e alterações psicológicas que acompanham todo o processo de envelhecimento. Verifica-se uma perda progressiva de capacidades do corpo que não se renovam. A transformação dos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afetivos, a alteração na autoimagem e no papel social, a perda de autonomia, a solidão, o isolamento, a inatividade e as alterações resultantes do padrão familiar tradicional determinam necessidades de saúde sobre as quais é necessário refletir, estudar, debater e fazer o idoso falar (Costa cit. Custódio, 2008:26).

A nível biológico temos que ter presente que o decorrer do tempo provoca uma série de limitações e uma diminuição da capacidade funcional, relativamente às outras etapas da vida. Todavia, isto não impede que a grande maioria das pessoas desfrute de uma vida satisfatória (Osório cit. Rocha, 2007:38). As alterações fisiológicas que caracterizam o envelhecimento levam a uma progressiva deterioração quer estrutural quer funcional em todos os órgãos. Mas o que é mais observável são as típicas alterações na aparência, designadamente a pele enrugada, o embranquecimento do cabelo, queda e calvície, as alterações na estatura, a diminuição muscular, a insegurança no andar, etc. Verifica-se também uma diminuição da visão e da audição, alterações da fase do sono, perturbações digestivas, aumento dos níveis de colesterol e uma diminuição da potência sexual nos homens.

A nível psicológico verificam-se algumas mudanças em todas as capacidades cognitivas, nomeadamente uma diminuição da memória, uma maior dificuldade na receção, organização e utilização da informação, assim como no pensamento abstrato. Para além destes aspetos, a nível do desempenho e das capacidades de resposta assiste-se a uma maior lentidão nas reações e na execução de tarefas. Por fim, é no contexto social que também se encontram as alterações de papéis e funções dos grupos etários. Podemos encontrar situações de relações familiares deficitárias que acabam por levar ao isolamento das pessoas idosas. Todavia, a maioria das

peessoas idosas está bem integrada no seio das suas famílias e amigos que desempenham um papel central ao servirem de suporte, troca de afetividade e de socialização (Rocha,2007).

Por outro lado, “as limitações na realização de atividades de vida diária constituem um dos principais constrangimentos que dificultam a efetivação de políticas de promoção do envelhecimento ativo. Várias investigações têm revelado a existência de relações entre o processo de envelhecimento e as alterações físicas associadas a perda de capacidade funcional (Calha, 2015:150). Os transtornos causados pela progressiva perda de capacidade de motricidade repercutem-se nos mais variados domínios da vida dos idosos, afetando a sua qualidade de vida” (Calha, 2015:150)

Sendo por isso que, com o contínuo interesse pelo estudo do idoso, da sua evolução e do seu contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) avançou, em 2002, com um novo conceito, O Envelhecimento Ativo. Este conceito surge com uma dimensão mais abrangente dos conceitos que já existiam, nomeadamente do envelhecimento saudável, que contemplava mais afincadamente a dimensão da saúde. A finalidade pela qual este conceito foi criado relaciona-se com a necessidade de englobar e dar ênfase a uma diversidade de fatores, considerados determinantes quando nos referimos à pessoa idosa. Antigamente, a pessoa era apenas vista pela perspetiva da saúde, no entanto, com o avançar dos estudos, e com o surgir de novas áreas mais específicas, houve a necessidade de alargar o estudo das pessoas para além da saúde a áreas como estudo psicológico e social em que o indivíduo se encontra. Uma das coisas a que se passou a dar especial importância foi também à experiência de vida e aos primeiros anos de vida do indivíduo. Assim, o processo de “envelhecimento é encarado com interações multiplicadas entre funções do corpo e estruturas em que decorre a vida, as atividades, a participação e as condições de saúde, isto é, componentes ambientais e componentes pessoais (Sulander, 2005, cit. Fernando 2007, cit. Espinheiro:20).

Pode assim definir-se envelhecimento ativo como sendo o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (OMS, 2002). Muito embora se fale deste conceito relacionado com os mais velhos, é importante ter em consideração que este é aplicado a todos os indivíduos e grupos populacionais, com o objetivo de promover o potencial de cada um, para a promoção do bem-estar físico, social e psicológico, no decorrer do curso da vida. É claro, que neste conceito fica abrangida a participação dos mais velhos, nomeadamente no que diz respeito às questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais (Jacob, 2007).

Tal como refere, Maria João Quintela, no *Manual de Envelhecimento Ativo*, “Ser ativo, à medida que a idade avança, também já não se limita à prática de atividade física, mas envolve o estímulo cognitivo, a saúde mental, e interação com os outros, uma alimentação e comportamentos saudáveis, cuidados com a saúde oral, a prevenção de acidentes, a assumpção de uma sexualidade saudável e o reconhecimento do direito ao afeto, à dignidade, ao respeito, ao combate aos fenómenos de maus tratos, de violência e de abuso, de isolamento e de solidão de que tantos dos nossos mais velhos são ainda vítimas nos dias de hoje” (Ribeiro e Paúl, 2007) Consegue-se assim perceber que há uma necessidade de conceber importância a uma dimensão mais abrangente, do que apenas de um fragmento do ser humano, uma vez que o ser humano não é unicamente influenciado por problemas de saúde, mas de todo o meio onde ele se encontra e do qual faz parte.

Mas definir o conceito não chega, é necessário compreender que este conceito se baseia nos Princípios das Nações Unidas para o Idoso e que, de igual modo, considera três pilares essenciais ao envelhecimento ativo: a saúde onde se deve controlar os fatores de risco, comportamentais e ambientais, de modo a conseguir aumentar os fatores de proteção, com vista a uma maior qualidade de vida; a segurança, pois o idoso pertence a um grupo de pessoas mais vulneráveis e com necessidades acrescidas e a participação social na comunidade em que cada um está inserido, principalmente no que diz respeito a potenciar e responsabilizar as pessoas mais velhas na participação dos vários aspetos do quotidiano e da sua própria vida (Fernandes Botelho, 2007:15).

Existem também outros aspetos quase tão fundamentais como estes, nomeadamente, a cultura e o género. Ora estes dois aspetos remetem-nos para um conjunto de situações que se têm de ter em conta quando se tenta promover o envelhecimento ativo junto de uma população ou de uma comunidade: os padrões comportamentais, os valores e as questões da construção da identidade de géneros, num tempo histórico e cultural, que remetem cada indivíduo para um envelhecimento distinto, com diferentes presentes e com diferentes expectativas de futuro.

Mas fundamentalmente para se conseguir um plano controlado e regrado no âmbito da promoção do envelhecimento ativo, é importante ter em consideração:

- A Atividade física, pois, à medida que o ser humano vai envelhecendo, a sua capacidade funcional vai diminuindo, principalmente quando se adota uma postura cada vez mais parada, ou seja, quando o sedentarismo é um fator persistente na vida dos indivíduos, sendo que muitas das patologias associadas ao envelhecimento estão relacionadas com a inatividade e com a falta de exercício físico;

- A Alimentação saudável, pois, tal é fundamental para se ter um estilo de vida saudável, tal permite também o aumento da qualidade de vida e diminuir o risco de doenças associadas ao envelhecimento e à má alimentação;
- Estimular a mente pois existem muitas doenças relacionadas com o esquecimento, nomeadamente a alzheimer, e como tal, o cérebro também deve ser estimulado à medida que a idade avança para que possa continuar a funcionar da melhor forma possível;
- Explorar a sexualidade porque todo o ser humano tem necessidade de se relacionar com outros, de comunicar de receber e dar apoio emocional e afetivo, amar e ser amado;
- As relações interpessoais, pois, a necessidade de interação entre os indivíduos à medida que vão envelhecendo torna-se muito importante para que se consiga ultrapassar mais facilmente certos acontecimentos inerentes ao avanço da idade;
- A segurança do idoso, tal também é relevante pois a segurança de qualquer pessoa é uma necessidade fundamental, decretada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos como um direito que todos devem ter assegurado. (Ribeiro e Paúl, 2011)

É importante ter-se em consideração as alterações biopsicossociais do envelhecimento, uma vez que a vulnerabilidade a acidentes domésticos, a riscos naturais e a situações de violência ou abuso registam cada vez mais ocorrências aquando do contínuo envelhecimento.

3- O CRESCENTE NÚMERO DE IDOSOS DEPENDENTES E A NECESSIDADE DE SE CRIAR NOVAS RESPOSTAS.

Como já foi referido anteriormente, Portugal é um País envelhecido, com baixa Natalidade e uma esperança média de vida cada vez mais elevada. O aumento da esperança média de vida trouxe consigo uma nova realidade para Portugal, o número de idosos com mais de 80 anos está a aumentar drasticamente o que faz com que exista uma população muito mais idosa dentro da população idosa e, se fale já numa quarta idade como referiu Rosa “verifica-se que a parcela dos idosos mais velhos (com 80 e mais anos), a “quarta idade” (como habitualmente é já conhecida), tem vindo a reforçar o seu peso estatístico com o evoluir do tempo” (Rosa, 2012:27).

Mas, não foi só a esperança média de vida que aumentou, com o aumento de idosos octogenários os casos de idosos dependentes ou a necessitar de cuidados também tem vindo a aumentar. Phaneuf citado por Purificação Fernandes define então dependência como “a incapacidade do indivíduo para adotar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem a ajuda de outros, ações que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades” (Fernandes, 2000:49).

A Institucionalização do Idoso, é uma temática que tem vindo a ser compreendida e alvo de reflexão ao longo dos tempos. Antes, os idosos tinham uma esperança de vida menor e viviam com as suas famílias sem obstáculos. Hoje essa realidade está longe de ser a mesma, vivendo cada vez mais anos e dependentes, contudo a maior parte das famílias não possuem recursos (tempo, financeiros, cuidadores não preparados) para corresponder às necessidades dos mesmos.

Por outro lado, podem surgir diversas doenças em simultâneo que podem deixar o idoso ainda mais fragilizado, afetando-o fisicamente, cognitivamente e socialmente. Quando o idoso fica dependente muitas vezes são os familiares que o ajudam e por fim, quando o familiar não consegue dar mais resposta às necessidades do sénior, a institucionalização acaba por ser inevitável. Segundo Kane, citado por Martins, os fatores predominantes para a institucionalização incluem: “idade, diagnóstico, limitação nas atividades de vida diária, morar só, estado civil, situação mental, (...), ausência de suportes sociais e a pobreza.” O que leva a que se procure instituições qualificadas que deem resposta às suas necessidades, (Martins, 2006:138).

O que dificulta a institucionalização é a falta de privacidade, que os idosos possuem por se encontrem sujeitos ao controlo e dependência devido à regulamentação interna existente e à falta de profissionais qualificados. Esta resposta é vista de forma negativa por muitos idosos e até torna alguns violentos.

Apercebemo-nos desta reação através da “depressão, mau-humor (estes comportamentos podem ser para obter atenção dos outros), solidão/isolamento, inconformismo, negação (esta negação pode levar á tentativa de fuga), ou mesmo com violência para consigo ou para com os outros” (Dionísio, 2001:249).

Sendo certo que a Institucionalização é um processo complicado tanto para o Idosos como para seus familiares é necessário reformular-se os cuidados existentes e partir-se para a prática de prestação de serviços e suportes no domicílio, não se retirando o idoso do seu espaço. Tal tem tido algum relevo “o surgimento de uma *Sociedade Grisalha* tem suscitado o debate em torno dos processos de promoção das condições de vida dos idosos. A satisfação com a vida e a felicidade tem-se afirmado como uma componente essencial a preservar e promover no processo de envelhecimento” (Calha, 2014:101).

O aumento da esperança média de vida não ocorreu em conformidade com o aumento de ganhos em anos de vida, logo os nossos idosos vivem mais tempo mas com menos qualidade de vida, tal fez com que as instituições existentes não conseguissem dar resposta a todas as necessidades do idoso e, tentando dar resposta a essas mesmas necessidades surgiu a Rede Nacional de Cuidados Continuados, Campos A. (2008) citado no Manual dos 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde refere que “ a criação e desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi uma das mais importantes reformas de saúde desde que em 1978 foram criadas em Portugal as condições de acesso universal aos cuidados de saúde” (Gonçalves:568).

CAPÍTULO II

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

1-CONTEXTUALIZAÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A diminuição da mortalidade e da natalidade tem levado a população Portuguesa a ficar cada vez mais envelhecida o que tem criados novos problemas e novas necessidades de resposta uma vez que houve um aumento das doenças crónicas, aumento de pessoas sós, abandonadas ou presas na sua habitação o que fez com que fosse necessário novas respostas às novas realidades, ou seja, desenvolver intervenções que possam dar resposta a necessidades combinadas que ajustam problemas ou circunstâncias de saúde e sociais a pessoas de todas as idades.

Com base nessa necessidade foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pelo Decreto-Lei 101\2006, de 6 de junho, que constitui um modelo organizacional criado por uma parceria entre os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e pelo Ministério da Saúde para dar resposta a esta problemática que surgira.

Assim podemos caracterizar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) como sendo um projeto nacional indispensável para a sustentabilidade das regiões e para o desenvolvimento social. Representa um processo reformador desenvolvido por dois sectores com responsabilidades de intervenção objetivando o interesse do cidadão: o Sistema de Segurança Social e o Serviço Nacional de Saúde.

Para além do envelhecimento da população outro facto que levou à criação da RNCCI foi o facto de não se poder exigir aos hospitais as necessidades de manutenção de funções básicas do indivíduo ou de reabilitação, após a ocorrência de um episódio de doença aguda ou agudização de uma doença crónica que conduza ou agravem situações de dependência. Com tal era urgente uma resposta, resposta essa que surgiu a um nível intermédio entre o hospital e a ida ao domicílio, para que os utentes recuperassem a sua autonomia pré-doença.

Como base no Decreto – Lei nº 101/2006 de 6 de Junho os serviço de Cuidados Continuados Integrados definem-se então como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

A Rede de Cuidados Continuados Integrados promove a mudança na conceção da prestação de auxílio, situando as pessoas, as famílias e as suas necessidades de cuidados no centro do

atendimento, introduzindo novos paradigmas de funcionamento. Esta nova visão implica que cada um dos intervenientes, nomeadamente os profissionais, clientes, familiares ou cuidadores se envolvam no processo, pelo que o sistema de mecanismos de articulações e coordenação constituem umas das chaves do processo de avaliação e prestação de cuidados integrais e integrados.

Como tal, rege-se segundo os seguintes princípios:

- a) A família como elemento determinante da relação humanizada, constituindo o suporte e lugar privilegiado para a pessoa carenciada;
- b) A humanidade e respeito pelos utentes na prestação de cuidados de saúde;
- c) A continuidade de cuidados, da recuperação global e da multidisciplinaridade;
- d) A proximidade de cuidados, de forma a manter o seu utilizador, sempre que possível, dentro do seu enquadramento comunitário;
- e) A qualidade e eficácia na prestação de cuidados de saúde;
- f) O cumprimento dos princípios éticos de defesa da integridade, identidade e privacidade da pessoa.

2- CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS CONTINUADOS

Os cuidados continuados integram cuidados de recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência. Pretendem ajudar o cliente a recuperar, promovendo a autonomia e melhorando o funcionamento da pessoa dependente através da sua readaptação, reabilitação e reinserção, sendo que, segundo o Manual da Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Orientações para a sua Continuação nos Centros de Saúde (2007) a mesma caracteriza-se por prestar:

- “Cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e / ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas tais como: alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas;
- Apoio psicológico e social;
- Ajuda na interação utente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados;

- Ajuda para aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias, promovendo a máxima autonomia possível e o autocuidado” (A Equipa de Cuidados Continuados, 2007:8).

Estes cuidados de saúde são então assegurados sem custos para o cidadão. Sendo apenas cobrados os custos ligados aos cuidados de apoio social, quando assim se justifica, em função dos rendimentos do utente. O internamento na área de convalescença e na unidade de paliativos também não são cobrados. Por outro lado, a permanência em unidades de internamento de média ou longa duração já serão taxadas de acordo com a capacidade económica que o cliente e sua família têm.

3-TIPOLOGIAS DA REDE

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é composta por um conjunto de Instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio Social. Nasceu assim um conjunto de unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados.

Essa prestação de cuidados de saúde e de apoio Social é assegurada pela Rede de Cuidados Continuados Integrados através de quatro tipos de respostas:

Quadro1- Tipologia da Rede de Cuidados Continuados		
Tipologia	Respostas	Serviços prestados
Unidades de Internamento	<u>Unidades de Convalescença:</u> unidade de Internamento independente, está normalmente integrada num hospital ou em outra instituição que esteja articulada com um Hospital de agudos, onde se presta um tratamento continuado e intensivo. Vem para esta unidade o doente que não necessita de cuidados hospitalares agudos, mas sim de estabilização clínica e funcional permanecendo nesta Unidade um máximo de 30 dias consecutivos.	Cuidados médicos duradouros; Serviços de enfermagem permanentes; Exames complementares de diagnóstico, radiológicos e laboratoriais; Realizam a disposição e administração dos medicamentos; Cuidados de fisioterapia; Apoio psicossocial; Cuidados de higiene, alimentação, conforto, convívio e lazer.
	<u>Unidades de Média Duração e Reabilitação:</u> tem espaço físico próprio destinam-se a pessoas que perderam provisoriamente a sua autonomia, prestando cuidados de reabilitação e apoio	Dispõe de cuidados médicos no dia-a-dia; Presta cuidados de enfermagem permanentes; Realiza sessões de terapia ocupacional e de fisioterapia; Dispõe de apoio psicossocial;

	<p>psicossocial. Vão para esta unidade pessoas que ainda tem uma elevada probabilidade de recupera a autonomia. Podendo a mesma permanecer nesta unidade entre 30 a 90 dias consecutivos.</p>	<p>Prescreve e administra fármacos; Presta serviços de higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer.</p>
	<p><u>Unidades de Longa Duração e Manutenção:</u> prestam cuidados que previnam ou retardem o agravamento da situação de dependência fomentando a qualidade de vida e o conforto do doente. Sendo que o doente pode ficar na unidade por um tempo mínimo de 90 dias. Destina-se a indivíduos com doenças ou processos crónicos com vários níveis de dependência e diferentes graus de complexidade que não possam estar em casa ou na Instituição onde residem. Podendo ainda ter internamentos com menos de 90 dias para dar descanso ao cuidador. É uma unidade de internamento permanente ou temporário com espaço físico próprio.</p>	<p>De acordo com o que está no artigo 18 do decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho a unidade é gerida por um médico e presta os seguintes serviços: “Atividades de manutenção e de estimulação; Cuidados de enfermagem diários; Cuidados médicos; Prescrição e administração de fármacos; Apoio psicossocial; Controlo fisiátrico periódico; Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; Animação sócio - cultural; Higiene, conforto e alimentação; Apoio no desempenho das atividades da vida diária; Apoio nas atividades instrumentais da vida diária”.</p>
	<p><u>Unidades de Cuidados Paliativos:</u> unidade de internamento, com espaço físico próprio, prioritariamente localizada num hospital e destina-se a doentes que se encontram numa situação</p>	<p>Cuidados médicos diários; Cuidados diários de enfermagem; Realizam exames complementares laboratoriais, radiológicos e de diagnóstico;</p>

	clínica difícil e de sofrimento devido a uma doença progressiva e incurável.	<p>Prescreve e administra fármacos;</p> <p>Realiza cuidados de fisioterapia;</p> <p>Presta acompanhamento espiritual e psicossocial;</p> <p>Realiza atividades de manutenção;</p> <p>Presta cuidados de higiene, alimentação, conforto, lazer e convívio.</p>
Unidade de Ambulatório	<p><u>Unidades de Dia e Promoção de Autonomia:</u></p> <p>Segundo o Artigo 21 do Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho estas unidades são:</p> <p>“1 – A unidade de dia e de promoção da autonomia é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.</p> <p>2 – A unidade de dia e de promoção da autonomia deve articular-se com unidades da rede ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir.</p> <p>3– A unidade de dia e de promoção da autonomia funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis”.</p>	<p>Seguindo essa linha realiza:</p> <p>Atividades de estimulação e manutenção;</p> <p>Cuidados médicos aos doentes;</p> <p>Cuidados periódicos de enfermagem;</p> <p>Apoio psicossocial;</p> <p>Atividades socioculturais;</p> <p>Controlo fisiátrico frequente;</p> <p>Cuidados de higiene quando assim se justifica.</p>

Equipa Hospitalar	<u>Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos</u> : caracteriza-se por ser composta por uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ser composta por um médico, um enfermeiro e um psicólogo. Esta equipa presta orientação diferenciada em cuidados paliativos aos serviços de saúde, podendo prestar cuidados diretos quando solicitados.	Segundo o artigo 26 do decreto-lei 101/2006 de 6 de junho são prestados os seguintes serviços: A) “Formação em cuidados paliativos dirigidos às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados; B) cuidados médicos e de enfermagem continuados; C) Tratamentos paliativos complexos; D) Consulta e acompanhamento de doentes internados; E) Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares; F) Cuidados de fisioterapia; G) Apoio psico - emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto.”
Equipas Domiciliárias	Destinam-se a pessoas que se encontram em situação de dependência funcional ou doença terminal, que não necessitem de internamento, mas que não possam deslocar-se.	Esta equipa disponibiliza cuidados domiciliários médicos e de enfermagem com o intuito de prevenir, curar, reabilitar ou paliativos, prestam cuidados de fisioterapia ao domicílio, disponibilizam apoio psicossocial e terapia para o doente seus familiares e cuidadores, apoiam o doente na satisfação das necessidades básicas e prestam apoio na realização de atividades de vida diária.
Informação Recolhida do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho		

4-UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO

A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, articulada com hospitais, presta cuidados clínicos, de apoio social e de reabilitação, a pessoas que perderam temporariamente a sua autonomia, mas que ainda a podem recuperar, promove planos de treino de funções cognitivas, sensoriais e motoras. A unidade de média duração visa garantir cuidados integrados, individualizados e humanizados.

Visa maximizar os ganhos em saúde e assim evitar a permanência desnecessária do doente, em hospitais e em unidades de internamento de convalescença e de longa duração. Organizam-se como um serviço autónomo, com instalações em espaços próprios, são compostas por espaços funcionais, ou seja, um conjunto de espaços, articulados entre si, necessários à realização de determinadas funções específicas.

A admissão na unidade de média duração pode ser efetuada mediante a intervenção da Equipa Coordenadora Local (ECL), ou do Centro de Saúde através de médicos, enfermeiros ou assistentes sociais, isto quando o doente se encontra em casa.

Em caso de internamento hospitalar, é a Equipa de Gestão de Altas (EGA), quem faz a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados. Cada utente deve ter um processo de admissão que integre os componentes administrativos, sociais e clínicos. O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem a duração mínima de 30 dias e máxima de 90 dias. Assim, estas Unidades:

Quadro 2- Tipologia de resposta da Unidade de Média Duração e Reabilitação	
Asseguram prestação de cuidados:	Cuidados médicos; Cuidados de enfermagem permanentes; Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; Prescrição e administração de fármacos; Apoio psicossocial; Higiene, conforto e alimentação, Convívio e lazer.
Dispõem de diversos serviços:	Serviços médicos presenciais, pelo menos, 2 vezes por semana, com revisão semanal do plano terapêutico; Serviços de enfermagem;

	<p>Serviços de reabilitação diários;</p> <p>Ajuda à interação entre o cliente e a família, promovendo a participação dos familiares ou de outros conviventes/cuidadores diretos;</p> <p>Serviços de desenvolvimento de atividades lúdico - ocupacionais,</p> <p>Preparação da alta e respetivo encaminhamento.</p> <p>As equipas que integram as unidades de cuidados continuados de média duração são equipas técnicas multidisciplinares.</p>
<p>São constituídas pelos seguintes profissionais:</p>	<p>Médico;</p> <p>Enfermeiro;</p> <p>Fisioterapeuta;</p> <p>Terapeuta ocupacional em tempo parcial;</p> <p>Psicólogo clínico em tempo parcial;</p> <p>Nutricionista em tempo parcial;</p> <p>Auxiliares de ação médica.</p>
<p>Na área da Ação social, as equipas devem ser constituídas pelos seguintes técnicos:</p>	<p>Técnicos de serviço social;</p> <p>Pessoal com perfis profissionais que garantam o funcionamento dos serviços internos da unidade.</p>
<p>Cada unidade pode também ser constituída por voluntários (devidamente preparados e enquadrados) e prestadores informais de cuidados, promovendo a sua formação e integração na equipa e no contexto sociofamiliar.</p>	
<p>Informação retirada do Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Continua, do Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e do Decreto lei 101/2006 de 6 de junho</p>	

5-UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO

A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, articulada com hospitais de agudos ou outra entidade referenciadora, de carácter temporário ou permanente, para a prestação de cuidados clínicos, de apoio social e de reabilitação e manutenção e, destina-se a pessoas com doenças ou processos crónicos, que não reúnam condições de receber cuidados em sua casa e estejam nos mais diferentes níveis de dependência. Podendo assim referir-se que este tipo de resposta visa a prestação de cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência.

Os seus destinatários, a maior parte das vezes, são oriundos de outras respostas da rede, de hospitais, de instituições de solidariedade e segurança social ou do seu domicílio. Como nas unidades de média duração a admissão na unidade de longa duração pode ser efetuada mediante a intervenção da Equipa Coordenadora Local (ECL), do Centro de Saúde através de médicos, enfermeiros ou assistentes sociais, isto quando o doente se encontra em casa. Em caso de internamento hospitalar, é a Equipa de Gestão de Altas (EGA), quem faz a referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Cada utente deve ter um processo de admissão que integre os componentes administrativos, sociais e clínicos. O período de internamento na unidade de longa duração e manutenção tem a duração mínima de 90 dias. Pode também proporcionar o internamento do doente por um período inferior a 90 dias, sendo esta uma situação temporária podendo a mesma surgir por motivos familiares ou por necessidade de descaço do cuidador (art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho). Assim, estas Unidades:

Quadro 3- Tipologia de Resposta da Unidade de Longa Duração e Manutenção	
Asseguram prestação de cuidados:	Cuidados médicos; Cuidados de enfermagem permanentes; Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; Prescrição e administração de fármacos; Apoio psicossocial; Controlo Fisiátrico periódico; Higiene, conforto e alimentação; Animação Sociocultural;

	Convívio e lazer.
Dispõem de diversos serviços:	Atividades de manutenção e estimulação; Serviços médicos; Serviços de enfermagem; Serviços de desenvolvimento de atividades lúdico – ocupacionais; Presta serviços ao nível das atividades da vida diária; Apoio nas atividades instrumentais da vida diária; As equipas que integram as unidades de cuidados continuados de longa duração são equipas técnicas multidisciplinares.
São constituídas pelos seguintes profissionais:	Médico; Enfermeiro; Terapeuta ocupacional em tempo parcial; Fisioterapeuta a tempo parcial; Psicólogo clínico em tempo parcial; Nutricionista em tempo parcial; Auxiliares de ação médica – normalmente 1 elemento por cama.
Na área da Ação social, as equipas devem ser constituídas pelos seguintes técnicos:	Técnicos de serviço social; Pessoal com perfis profissionais que garantam o funcionamento dos serviços internos da unidade.
Cada unidade pode também ser constituída por voluntários (devidamente preparados e enquadrados) e prestadores informais de cuidados, promovendo a sua formação e integração na equipa e no contexto sociofamiliar.	
Informação retirada do Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Continua, do Guia Prático - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e do Decreto lei 101/2006 de 6 de junho	

Importa referir por fim que juntamente com uma Unidade de Longa Duração pode coexistir uma unidade de Media Duração e Reabilitação.

CAPÍTULO III

STRESS OCUPACIONAL E A SATISFAÇÃO NO TRABALHO

1-DEFINIÇÃO DE STRESS

A nossa Sociedade tem sofrido diversas mudanças ao longo do tempo e, atualmente, o nosso estilo de vida é por vezes alucinante o que pode provocar situações de stress. O stress está presente diariamente nas nossas vidas, independentemente da profissão que temos, de onde moramos ou do dinheiro que possuímos. Sendo certo que todos sofrem os efeitos do stress.

Segundo Julian (Melgosa,1996:18) stress é “a reação do organismo perante qualquer solicitação, um estado de forte tensão fisiológica ou psicológica, a preparação para o ataque ou para a fuga e pode também ser o começo de uma série de doenças”. A mesma autora refere que o stress não é “necessariamente nocivo, já que muitas vezes ajuda a alcançar os objetivos desejados, não é ansiedade, não é medo e não é a causa direta das doenças embora contribua com frequência para o seu desenvolvimento” (Melgosa,1996:18).

A palavra stress provém do Inglês medieval na forma de distress que significava estar em opressão ou aflição, e ambas são utilizadas no inglês moderno atualmente. Sendo que stress está ligada a situações de tensão ou pressão com sentido negativo ou positivo e distress está relacionado com situações de dor psíquica, sofrimento e angustia, sempre com sentido negativo (Melgosa,1996:19). Importa referir que nossa sociedade o stress só tem conotação negativa, não tendo conotação positiva.

Podemos assim compreender este conceito “como um conjunto de reações fisiológicas e psicológicas no organismo quando está submetido a fortes solicitações” (Melgosa, 1996:20). Tendo dois componentes básicos: os agentes stressantes e as respostas ao stress. O primeiro agente está ligado às circunstâncias que o produzem e o segundo às reações do indivíduo.

Segundo o autor Melgosa, o stress é também caracterizado por três fases, nomeadamente: a Fase de Alarme, a Fase de Resistência e a Fase de Esgotamento.

1. Fase de Alarme: esta fase demonstra claramente a presença de um agente stressante, sendo que as reações fisiológicas são as primeiras a aparecerem para que o indivíduo perceba que precisa de cuidar de si próprio. O que produz este alarme pode ser de natureza única ou de natureza polimorfa (várias fontes de stress).
2. Fase de resistência: esta fase surge após se atravessar a fase de alarme. Nesta fase o ser humano sente-se frustrado e sofre, perdendo muita energia.
3. Fase de Esgotamento: esta é a etapa final do stress, caracterizando-se por ansiedade, fadiga e depressão. A ansiedade surge em múltiplas situações da nossa vida. A fadiga prendesse com um cansaço que não se restaura com o sono, e normalmente é

acompanhada de tensão, ira, ansiedade e irritabilidade. A depressão é acompanhada de pensamentos pessimistas e cada vez mais negativos, (Melgosa, 1996:22).

Sair desta situação de stress é muito complicado e requer um grande esforço e apoio externo por parte dos familiares e em casos mais graves de médico, psicólogo ou psiquiatra.

Se o stress for inicial a pessoa pode orientar-se para que não se chegue à situação final de stress.

Por fim importa referir que as respostas de stress podem incluir respostas fisiológicas, psicológicas e sociais como se pode verificar no quadro abaixo:

Quadro 4. Dimensões da Resposta de Stress

Fisiológica	Taquicardia e aumento da frequência cardíaca
	Aumento da pressão arterial
	Aumento da tensão muscular
	Subida dos níveis de adrenalina e noradrenalina
	Aumento do colesterol dos ácidos gordos
	Inibição dos Sistemas imunológico
	Redução da atuação do sistema digestivo
	Dificuldades respiratórias
	Alterações de sono
	Perturbações sexuais.
Psicológica	Perturbações da memória
	Dificuldades de concentração
	Dificuldades na tomada de decisões
	Potenciação de pensamentos irracionais e negativos
	Aumento de erros no processamento de informação
	Mau humor
	Hipersensibilidade à crítica
	Irritabilidade
	Labilidade afetiva
	Excitação
Tristeza e melancolia	

	Angustia
	Diminuição do interesse sexual
	Ansiedade difusa e disfuncional
	Inquietação motora e tiques nervosos
	Gaguez
	Maior tendência para sofrer acidentes
	Aumento do consumo de drogas legais e ilegais
	Falta de apetite ou comer em demasia
	Isolamento
Social	Mau relacionamento conjugal
	Menor atenção aos filhos
	Deterioração da comunicação Familiar
	Demissão dos papéis familiares
	Diminuição de interesses, eficácia e rendimento profissionais
	Menor qualidade do desempenho
	Absentismo
	Abandono da profissão

(Adaptado de Marco Ramos, 2001:58)

2-STRESS NO TRABALHO E MODELOS DE STRESS

Atualmente na nossa sociedade os adultos necessitam de trabalhar para conseguir viver em sociedade assumindo-se que “o trabalho é uma poderosa forma de expressão humana. Trabalhando, o homem expressa a sua personalidade, a sua identidade, a sua coerência de vida; no trabalho, o homem expressa as suas necessidades e valores; as suas aspirações; expressa a sua ligação ao outro e afirma a sua socialidade. No trabalho, o homem exprime-se ao mundo e expressa a sua sociabilidade. Nesse sentido ele revela-se uma dimensão fulcral na existência humana” (Ramos, 2001:12).

O trabalho é então algo muito importante na vida do ser humano, mas pode por vezes trazer consigo muitas situações de stress. E não se pense que só atualmente se fala de stress, pois o “stress não é uma moda, um fenómeno de recente aparecimento, um motivo pertinente dos

discursos mais avisados e das conversas mais banais. O stress sempre acompanhou a história da humanidade” embora atualmente tenha ganho mais visibilidade (Ramos, 2001).

O trabalho acaba por ocupar grande parte de tempo na nossa vida sendo que a maior parte da população portuguesa trabalha de segunda a sexta descansando aos fins-de-semana. O trabalho acaba por regular a nossa vida e ser a parte do dia em que estamos mais ativos. Pode-se também afirmar que o trabalho regula a vida anual de cada pessoa demarcando os momentos de descanso e os momentos de atividade laboral. Podendo-se assim dizer que “a “vida ativa” de uma pessoa significa o seu compromisso e envolvimento no trabalho, como se a infância e a velhice fossem sinónimos de inatividade...” (Ramos, 2001:63).

O trabalho na nossa sociedade não é visto como um prazer, mas sim como um dever ou sacrifício que temos de levar a cabo para conseguir viver em sociedade. Tal deve-se ao facto de, por vezes, não se trabalhar no que se gosta ou porque o trabalho muitas vezes nos confronta com dificuldades, estas mesmas dificuldades são o motivo que faz surgir o stress no trabalho.

De acordo com Ramos ao longo do tempo têm sido apresentadas várias explicações teóricas para o stress no trabalho, nomeadamente o Modelo *Institute for Social Research* (IRS), O Modelo de ajustamento Pessoa – Ambiente, o Modelo dos Processos do Stress no Trabalho e o Modelo Exigências do Trabalho-Controlo.

Segundo o autor citado anteriormente o Modelo IRS (Intitute for social Research), surgiu na década de sessenta e teve origem nos trabalhos do Instituto social da Universidade de Michigan. Este modelo é indicado como mais descritivo que explicativo e refere que “o ambiente objetivo do trabalho é avaliado de forma subjetiva pelos indivíduos e que, em função das suas perceções negativas, se registam respostas fisiológica, comportamentais e emocionais que podem influenciar a saúde, física e mental, dos mesmos” (Ramos, 2001:65).

Por outro lado, o Modelo dos Processos do Stress no Trabalho de McGrath (1976), permite que se compreenda até que ponto o stress no trabalho pode limitar ou afetar o rendimento do trabalhador. Assim o indivíduo “pode percecionar um desequilíbrio entre as situações do trabalho e da organização e as suas capacidades de resposta face às mesmas” (Ramos, 2001:66), identificando que tal lhe causa stress reúne esforços para tentar alterar tal situação.

Já o Modelo de Ajustamento Pessoa-Ambiente (French, 1974) citado por Ramos (2001), “afirma a desejável conciliação das exigências do trabalho com as capacidades dos Indivíduos” dando que “quando existe uma discrepância entre os dois termos, surge o stress no trabalho” (Ramos, 2001:66).

Por fim, o último Modelo citado por Ramos, o Modelo Exigências do Trabalho-Controlo afirma o stress no trabalho enquanto um desequilíbrio entre as exigências do mesmo e a latitude de decisão, ou controlo, dos indivíduos” referindo assim que “ as consequências negativas do stress (individuais e organizacionais) resultam do reduzido controlo dos trabalhadores sobre as exigências profissionais que enfrentam” sendo que “ trabalhos que combinam altas exigências com elevada latitude de decisão proporcionam desenvolvimento pessoal e organizacional” (Ramos, 2001:69).

Este último modelo refere ainda quatro tipos de trabalho na ótica psicossocial: os trabalhos ativos, os trabalhos de baixo stress, os trabalhos passivos e por último os trabalhos de alto stress.

Os trabalhos ativos promovem a aprendizagem e motivam a aprendizagem de novos padrões comportamentais, os trabalhos de baixo stress por seu lado são designados por “ mais relaxados” uma vez que não promovem grande pressão psicológica, os trabalhos passivos podem levar à perda de competências profissionais pois têm poucas exigências e limitada latitude de decisão o que pode fazer com que o trabalhador perca a motivação e, em alguns casos, entre mesmo em depressão, já o trabalho de alto stress pode, pela conjugação de elevadas exigências psicológicas e baixa latitude de decisão, originar um desempenho menos produtivo uma vez que o trabalhador não tem prazer ao desempenhar as suas funções e não é saudável, podendo desencadear doenças relacionadas com o stress, como as patologias cardíacas. Estes trabalhadores estão expostos a uma elevada tensão psicológica pois usam todos os seus recursos para dar resposta às exigências que lhes são feitas sem terem controlo nenhum sobre as mesmas (Ramos, 2001: 70).

Por último importa referir que, dos modelos anteriormente descritos, o último, o modelo exigências do trabalho-controlo, é um dos modelos mais considerados, atualmente, pela comunidade científica.

3-FATORES ORGANIZACIONAIS INDUTORES DE STRESS

São vários os fatores indutores de stress no trabalho sendo uma preocupação para os especialistas de stress identificar as suas causas organizacionais pois, só após estes serem identificados se pode criar uma estratégia de intervenção. Os Indutores de stress são então:

- Condições Físicas do Trabalho: as condições existentes no local de trabalho são muito importantes para o bem-estar e rendimento dos seus funcionários. As

condições físicas que são potencialmente causadoras de stress são: a iluminação, a temperatura e ventilação, o barulho e o espaço;

- **Características do trabalho:** as características do trabalho, a sua exigência, os desafios, a natureza dos processos a serem aplicados são alguns dos exemplos que podem causar stress laborar. Alguns são comuns a qualquer tipo de trabalho nomeadamente: as características das tarefas, a sobrecarga de trabalho, a subcarga de trabalho, os horários de trabalho alargado, o ritmo de trabalho, o trabalho repetitivo, o trabalho por turnos e as novas tecnologias;

- **Papel na Organização:** o papel na organização, funções, responsabilidade, o desejo de crescimento profissional e os conflitos de interesses também pode trazer novos indutores de stress: a ambiguidade do papel, o conflito de papéis e a responsabilidade;

- **Estrutura e clima Organizacional:** todos nós trabalhamos numa estrutura organizacional, recebemos ordens dos nossos superiores, trocamos ideias laborais com colegas, trabalhamos em equipa para intervir nas mais variadas situações para atingir objetivos. Podemos indicar dentro das estruturas e clima organizacional 8 indutores de stress: a estrutura organizacional, o Downsizing ou reestruturação organizacional, o trabalho de equipa, a competição, as funções e aquisições, as exigências organizacionais de interação, o clima organizacional e a violência no trabalho;

- **Relacionamento interpessoal:** a forma como as pessoas interagem entre si também pode ser um causador de stress. Nomeadamente: a relação com os colegas, a relação com os superiores e a relação com os subordinados;

- **Carreira Profissional:** a carreira representa a historia profissional de um indivíduo, entre avanços e recuos, sucessos e insucessos dificuldades e vitórias tem um principio e um fim. Algumas situações durante esse percurso podem gerar stress, designadamente: o início da carreira, a avaliação do desempenho, a formação insuficiente, a insegurança, a manutenção da carreira, as transições na carreira e o fim de carreira;

- **Fatores Extrínsecos ao trabalho:** o universo familiar é de extrema importância para o indivíduo uma vez que, é no seio da família que o indivíduo define a sua identidade. Por outro lado, todo o meio social envolvente também tem extrema importância. Alguns fatores extrínsecos ao trabalho que podem gerar stress: a articulação trabalho – família, os acontecimentos importantes de vida e os traumas.

Também inseridos neste contexto aparecem os stressores crónicos, os microstressores e os macrostressadores. (Ramos, 2001: 73 – 117).

Importa referir que as causas indutoras de stress não estão isoladas uma das outras, elas acabam por estar todas interligadas entre si. Por fim é fundamental ressaltar que indutores descritos por si só não causam stress no trabalho como refere Marco Ramos “as situações descritas não bastam, por si só, para provocar stress no Trabalho – é necessário que as pessoas que com elas se confrontam as avaliem como tal” (Ramos, 2001:73). Algumas variáveis individuais também influenciam o stress, nomeadamente: a personalidade, o locus de controlo, a autoestima, o sentido interno da coerência, as expectativas de autoeficácia, a robustez de carácter, padrões de comportamento tipo A, designado por ser a “combinação complexa de comportamentos e emoções de elevada competição, agressividade, hostilidade e impaciência” (Ganster, 1998 cit. Ramos, 2001:128), a afetividade negativa, a avaliação cognitiva, os estilos de coping que é o “exercício da ação ou inação das pessoas em relação às suas vivências de stress” (Ramos, 2001:132), o suporte social, as crenças religiosas, as competências do indivíduo, as variáveis demográficas e a sua adição ao stress. (Ramos, 2001: 121-142).

4-CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS DO STRESS NO TRABALHO

As consequências negativas do stress manifestam-se principalmente no domínio da saúde “ não na saúde entendida como o oposto da doença, já que muitas das consequências individuais do stress se traduzem em penosas doenças”(Ramos, 2001:143) e com base no que refere a ONU citada por Marco Ramos a saúde define-se como“ um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças enfermidade” (ONU cit. por WHO,1948, cit. weiss, 1990, cit. Ramos, 2001: 143), pode-se falar de saúde sem se ter de referir o termo doença. Ter saúde engloba não só a parte física como emocional, social e fisiológica do indivíduo, tem a ver com a harmonia, com a vitalidade e o equilíbrio. Assim sendo o stress está intimamente ligado à saúde, sendo uma forma de a pôr à prova e fortalecer. (Ramos, 2001: 143). Faz-se especial referência a seis áreas em que o stress tem consequências negativas, nomeadamente: tem consequências individuais, tem consequências psicofisiologia, stress e doenças, tem consequências organizacionais, e tem custos diretos e custos indiretos.

A nível individual a pessoa pode ter menos cuidado com a alimentação, pode começar a dissipar álcool, tabaco ou drogas e pode deixar de fazer exercício físico o que fará com que a

sua saúde fique mais empobrecida. Pode interferir a nível fisiológico e gera alterações de comportamento.

Ao nível Psicofisiológico Cannon e Selye citado por Ramos “evidenciam o substrato fisiológico da resposta de stress, referindo o que acontece ao organismo face a uma ameaça: aumento da adrenalina e noradrenalina, do ritmo cardíaco, da pressão sanguínea, do açúcar no sangue, do ritmo respiratório e um desvio do sangue da pele para os músculos” sendo esta reação adaptada para dar resposta rapidamente a ameaças, a resposta também varia de pessoa para pessoa. Os sistemas afetados pelo stress são: o sistema nervoso, o sistema imunológico e o sistema endócrino (Ramos, 2001: 147). No que diz respeito ao stress e doenças pode-se referir que, quando o indivíduo passa por uma prolongada exposição ao stress o mesmo pode causar doenças. Pode levar a pessoa a um elevado consumo de álcool, tabaco e drogas, pode gerar problemas ao nível do sistema digestivo, ao nível das doenças cardiovasculares, pode contribuir para a evolução de cancro, pode causar depressão, distúrbios de ansiedade, burnout, perturbações sexuais, perturbações do sono, perdas de memória e por fim morte. Por outro lado, pode trazer consequências organizacionais na medida em que interfere com o bem-estar da mesma, quebrando a harmonia e o seu bom funcionamento. Tem custos diretos para o indivíduo a partir do momento em que o mesmo deixe de comparecer ao local de trabalho, pode interferir também na sua participação e empenho na realização das tarefas laborais, pode causar acidentes de trabalho, custo de saúde e, muitas das vezes representa também um custo para as organizações/ instituições uma vez que têm de procurar novos trabalhadores e poderão ter de oferecer compensações/ indemnizações ao funcionário. Os custos indiretos englobam a perda de vitalidade do indivíduo, falhas de comunicação, pode levar a erros de tomada de decisão, interferem com a qualidade das relações interpessoais no trabalho e gera perdas de oportunidades, (Ramos, 2001:143- 175).

5-SATISFAÇÃO NO TRABALHO

A satisfação no Trabalho tem ganho grande importância ao longo dos anos e são cada vez mais os patrões que se preocupam e avaliam o nível de satisfação dos seus empregados. Bruno Santos, na sua Tese de Mestrado, refere citando o autor Alcobia que “a satisfação no trabalho é a variável dependente mais estudada na literatura organizacional (Staw, 1984, cit. Lima, 1995, cit Santos, 2013:11), pois pode influenciar o funcionamento da organização e contribuir para o aumento da produtividade” (Santos, 2013:10). Ainda segundo o estudo de Santos a “a satisfação no trabalho tem sido conceptualizada como uma emoção (Locke, 1976, cit. Lima,1995, cit. Santos,2013:11), ou como uma atitude (Schneider, 1975, Lima 1995, cit. Santos, 2013:10), em qualquer dos casos visa dar conta de um estado emocional positivo, de uma atitude positiva perante o trabalho e das experiências em contexto de trabalho” (Santos, 2013:11).

Existem diversos conceitos de satisfação no trabalho pelo que não é possível nomear uma definição completa e única de satisfação no trabalho. Tendo este conceito muitos fatores e variáveis associados que impossibilitam a definição exata (Leite, 2013:33). Leite faz referência a várias teorias na sua tese de mestrado onde também disponibiliza uma tabela onde podemos comprovar a diversidade de definições existentes:

Quadro 5- Satisfação no trabalho: ilustração das orientações conceptuais			
Autores	Ano	Satisfação no Trabalho: Orientações Conceptuais	
Smith, Kendall e Hullin	1969	Sentimentos ou respostas afetivas relativamente a aspetos específicos da situação laboral.	Satisfação como estado emocional, sentimentos ou respostas afetivas em relação ao trabalho
Crites	1969	Estado afetivo, no sentido do gostar ou não, em termos gerais, de uma determinada situação relacionada com o seu trabalho	
Locke	1976	Estado emocional positivo que resulta da perceção subjetiva das experiencias no trabalho por parte do emprego.	
Price e Mueller	1986	Orientação afetiva positiva para o emprego.	
Muchinsky	1993	Resposta emocional ou afetiva em relação ao trabalho	

Newstron e Davis	1993	Conjunto de Sentimentos e emoções favoráveis ou desfavoráveis resultantes da forma como os empregados consideram o seu trabalho.	
Beer	1964	Atitude generalizada relação ao trabalho,	Satisfação como uma atitude generalizada em relação ao trabalho”.
Salanki e Pfeffer	1977	atendendo a três componentes: - Cognitiva (pensamento ou avaliação do objeto de acordo com o conhecimento)	
Harpaz	1983	- Afetiva (sentimentos, emoções positivas ou negativas)	
Peiró	1986	- Comportamental (predisposições comportamentais/de intenção em relação ao objeto).	
Griffin e Bateman	1986		
Arnold, Robertson e Cooper	1991		
Adaptado de Ferreira, Neves, Caetano, & (Coord.), 2011:327 Citado por Mónica Leite (Leite, 2013: 34)			

É de facto muito importante que os trabalhadores das Instituições se encontrem empenhados, dispostos a dar o seu melhor pela organização, para que laborem de acordo com os objetivos da sua entidade patronal e motivados, sendo que, para que tal ocorra os mesmos têm de estar satisfeitos com o trabalho.

CAPÍTULO IV

ESTUDO EMPÍRICO / METODOLOGIAS

1-TIPO DE ESTUDO

Depois de introduzido o tema e expostas as razões da escolha do público-alvo sobre o qual recai o presente estudo e enunciado o enquadramento teórico, importa referir o ponto de vista metodológico assim, é fundamental ter a “noção de que o método não é uma fórmula rígida, uma receita a aplicar cegamente: por isso, na tradição aprendida, adaptamo-nos às realidades estudadas num quadro expositivo que (...) pretende desde o primeiro momento ser basicamente dinâmico, quase um motor de perguntas que, feitas no domínio real, acessíveis ao macroscópico, constituem a matéria primeira do processo científico” (Bessa, 1993:37).

No prisma de Moreira "a pesquisa puramente empírica é virtualmente impossível" e todo o processo de elaboração torna-se assim uma base teórica indispensável para que se desenvolva uma investigação sólida, coerente e válida, sempre de acordo com os objetivos traçados, tema e hipótese de trabalho. Assim, é importante a escolha de métodos adequados ao tema e aos objetivos a que nos propomos, sendo igualmente importante que o mesmo método vá de encontro com as fontes e informações a que teremos acesso (Moreira,1994:19).

Portanto, cada método dá origem a diferentes categorias de informação, sendo que, cada uma dessas categorias contribui de maneira diferente para a entendimento das problemáticas que estão em estudo. Logo “o tipo de método utilizado depende não só dos gostos pessoais do investigador, mas também dos problemas que a ele se põe” (Boudon, 1995:25).

Os métodos e técnicas da investigação estão divididos em dois grupos: os métodos qualitativos e os métodos quantitativos. O método qualitativo utiliza a recolha de dados sem avaliação numérica, utilizando métodos como as observações e as descrições para descobrir ou aperfeiçoar questões de pesquisa que podem ou não provar as hipóteses colocadas anteriormente. Logo no “enfoque qualitativo, o investigador procura obter informação de indivíduos, grupos, contextos, situações em profundidade” (Sampieri, 2006:7). Já os métodos quantitativos apoiam-se na relação estatística e matemática entre dados de natureza numérica que “preferem a homogeneidade enquanto nos métodos qualitativos se identificam também as heterogeneidades. Os métodos quantitativos caracterizam-se também por uma relação mais distante e anónima entre o investigador e o objeto de estudo, por uma estrutura de pesquisa estruturada, por dados de natureza precisa e por uma relação confirmável entre a teoria e a pesquisa” (Lara, 2005:153).

Regra geral, nos estudos quantitativos, são criadas uma ou várias suposições, um plano é desenvolvido para colocá-las à prova, os conceitos incluídos nas variáveis são avaliados e transformam as medições em dados quantificáveis, para serem analisados posteriormente com técnicas estatísticas e estender os resultados a um universo mais amplo.

Por fim importa referir que a presente investigação seguiu o protocolo da metodologia quantitativa e recorreremos à técnica do inquérito por questionário para a recolha de dados.

2-TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

Partido agora para a técnica de recolha de dados é importante referir que existem dois fatores fundamentais para que uma pesquisa se inicie como exploratória, correlacional, explicativa ou descritiva: o enfoque da investigadora e o conhecimento atual do tema de pesquisa referido na revisão de literatura. Estes fatores são decisivos para que se possa planear as técnicas utilizadas na recolha de dados de qualquer estudo.

A técnica utilizada para a recolha de dados na investigação foi, como já foi referido anteriormente, o inquérito por questionário.

O inquérito por questionário é uma técnica fundamental na investigação social que “consiste num conjunto de questões com relação a uma ou mais variáveis a serem medidas” (Sampieri, 2006:325). É uma técnica de observação indireta dos fenómenos que tem por objetivo obter informações da população que está a ser investigada sobre as variáveis que constituem o objeto de investigação. Uma das características desta técnica de investigação é a existência de categorias de resposta que são previamente definidas pelo investigador.

“Além das questões e categorias de respostas, um questionário é formado por instruções que nos indicam como responder. (...) as instruções são tão importantes quanto as questões e é necessário que sejam claras para os usuários a quem são dirigidas. Uma instrução muito importante é agradecer ao indivíduo por ter disposto do seu tempo para responder o questionário. Também é frequente incluir uma página de apresentação ou uma carta na qual estejam explicados os objetivos do questionário e se garanta a confidencialidade da informação, isto tudo ajuda a ganhar a confiança do indivíduo” (Sampieri, 2006:334).

Quanto ao tamanho que deve ter um questionário, “não existe regra a respeito, mas se for muito curto, perde-se informação e se for muito longo, chega a ser tedioso. Nesse último caso, as pessoas se negariam a responder ou, pelo menos, o responderiam de forma incompleta. (...)

Uma recomendação que ajuda a evitar um questionário maior de que o necessário é: Não fazer questões desnecessárias ou injustificadas” (Sampieri, 2006:337).

Quando construímos um questionário temos que pensar afincadamente nas questões que devemos colocar pois estas têm que nos permitir responder às hipóteses colocadas no estudo.

Nalguns casos, é conveniente iniciar o questionário com questões neutras ou fáceis de responder, para que o inquirido se vá envolvendo na situação. Por vezes os questionários começam por questões demográficas sobre o estado civil, o sexo, a idade, o nível de rendimento, a religião, a ideologia, o cargo numa organização ou algum tipo de afiliação a um grupo, o partido, entre outras. Mas noutras situações é melhor fazer este tipo de questões no final do questionário (Sampieri, 2006:337).

Falando de um modo geral, o processo de construção de um questionário passa por quatro etapas. Numa primeira fase, a preparação. Faz-se um esboço do questionário com base nos objetivos, conceitos e indicadores de pesquisa. A segunda fase diz respeito à formulação e redação das perguntas. Nesta fase escolhe-se o tipo de pergunta a aplicar tendo em conta a categoria de informação que se pretende obter. Na terceira fase processa-se a organização do questionário. Esta é caracterizada por todas as questões relacionadas com o grafismo e edição do questionário que devem ser apelativos. Nesta fase também se reflete acerca do vocabulário utilizado, o tamanho do questionário, o cabeçalho com as instruções e a carta de apresentação, a ligação entre as questões (devem ser agrupadas tematicamente), a sua ordem, numeração, número de identificação do questionário, entre outros.

A análise destes dados é a última fase. O objetivo é categorizar os dados de que se dispõe de forma a estabelecer relações que expliquem fenómenos.

3-OBJECTIVOS DA PESQUISA

Tendo como ponto de partida a especificidade dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção, procurou-se com esta investigação, responder à seguinte questão: Qual a incidência e os preditores de stress profissional e satisfação no trabalho nos prestadores de cuidados formais numa Unidade de Cuidados Continuados da Região Alentejo.

Assim sendo a pesquisa tem como principais objetivos:

- Caracterizar socio-demograficamente os cuidadores formais;
- Apurar como o cuidador formal perspetiva a especificidade do Idoso no âmbito dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção;
- Aferir os níveis de stress ocupacional;
- Identificar causas que podem estar na origem do stress no trabalho;
- Avaliar o nível de satisfação dos cuidadores com o trabalho que desempenham na unidade.

4- HIPÓTESES

Com base nos objetivos do estudo e a literatura analisada formulamos as seguintes Hipóteses:

1. Existem diferenças entre os cuidadores formais do sexo feminino e masculino quanto ao nível de stress percebido;
2. Existem diferenças entre as categorias de profissionais quanto ao nível de stress Percebido;
3. O nível de satisfação no trabalho varia em função do sexo do cuidador formal;
4. O nível de satisfação no trabalho varia em função da categoria profissional do cuidador formal;
5. Quanto maior for o nível de stress menos satisfeitos os cuidadores formais se sintam.

5- VARIÁVEIS

Foram alvo de estudo as variáveis stress ocupacional e satisfação no trabalho. Para além das variáveis acima referidas foram também estudadas variáveis sociodemográficas, nomeadamente: sexo, idade, estado civil, número de filhos, número de dependentes a cargo, categoria profissional, anos de profissão, tipo de contrato, habilitações literárias, horas de trabalho, trabalho por turnos, trabalho noutra instituição, integração na equipa, probabilidade de deixar de trabalhar na instituição e a hipótese de mudar de profissão.

Por fim foi também alvo de estudo a forma como o cuidador formal perspetiva a especificidade do Idoso no âmbito dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados.

6 – PROCEDIMENTO E RECOLHA DE DADOS

Para podermos iniciar esta investigação enviou-se um pedido por escrito à Diretora da Unidade de Cuidados Continuados a pedir autorização para se efetuar a recolha de dados. Juntamente com o pedido de autorização referiu-se o objetivo do estudo, enviou-se um exemplar do questionário a aplicar e os procedimentos a tomar para a recolha dos mesmos.

Após autorização o pedido foi encaminhado para o Assistente Social da Unidade, que acompanhou e ajudou na recolha de dados. Numa primeira reunião ficou acordado o método de recolha de dados. Já num segundo contacto realizou-se a entrega dos questionários aos profissionais que quiseram participar no estudo de forma voluntária, nesta fase contou-se também com o apoio do Assistente Social da Unidade.

Posteriormente os mesmos foram devolvidos à investigadora através do Assistente Social.

7 – PARTICIPANTES

A amostra desta investigação é formada por trabalhadores da Unidade de Cuidados Continuados de Internamento da região Alentejo. Tendo em conta o número de colaboradores formais na Unidade foram distribuídos 80 questionários. A participação nesta recolha de dados foi voluntária, assim sendo, dos 80 questionários distribuídos apenas 37 foram devolvidos, como tal, a amostra é constituída apenas por 37 sujeitos.

8– INSTRUMENTOS

Tendo em conta os objetivos da investigação, para a recolha de dados utilizamos os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde, umas breves questões sobre a prestação de cuidados a doentes idosos e o Questionário de Satisfação com o Trabalho.

8.1 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

O Questionário Sociodemográfico permitiu recolher dados relativos à vida pessoal e profissional dos profissionais que trabalham na Unidade de Cuidados Continuados nomeadamente o sexo, idade, estado civil, filhos, pessoas a cargo, categoria profissional, anos de profissão, há quanto tempo trabalha na instituição, tipo de contrato, habilitações literárias, horas de trabalho por semana, se trabalha por turnos, nível de integração da equipa, probabilidade de mudar de local de trabalho, probabilidade de mudar de profissão e se trabalha noutra instituição e as horas que faz.

8.2 - QUESTIONÁRIO DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (QSPS)

Para se verificar a existência de Stress Ocupacional nesta Unidade de Cuidados Continuados de Internamento da região Alentejo foi utilizado o Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS).

É então relevante fazer referência aos autores deste instrumento sendo que, o mesmo foi desenvolvido através dos trabalhos de Cruz e Melo (1996, cit. Gomes, 2009) e Gomes, Melo e Cruz (2000, cit. Gomes, 2009).

O mesmo engloba duas partes diferenciadas. Na primeira pede-se aos profissionais “a avaliação do nível global de stress” (Gomes, 2009) que sentem na sua profissão através de um item único, sendo que o 0 corresponde a nenhum stress e o 4 a elevado stress.

Já na segunda parte avalia-se as potenciais fontes de stress no desempenhar da profissão, tal é feito através de 25 itens. Esses 25 itens dividem-se em 6 subescalas e é utilizada uma escala tipo likert de 4 pontos para se obter as respostas (0= Nenhum Stress; 1= Pouco Stress; 2= Stress moderado; 3= Bastante Stress e 4= Elevado 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” (Miranda, 2011:62), logo, os “ valores mais elevados significam maior perceção de stress em cada um dos domínios avaliados” (Miranda, 2011:62). A operacionalização das seis dimensões fez-se com base na investigação de Susana Miranda (2011:63):

- Lidar com clientes: desta dimensão fazem parte o item 1, 8, 14 e 20. As mesmas focam os sentimentos negativos dos profissionais para com os doentes que tratam;
- Relações profissionais: diz respeito ao mal-estar que os profissionais podem sentir em relação ao ambiente onde trabalham e há relação que tem com os seus superiores hierárquicos e colegas, esta dimensão é composta pelos itens 2, 7, 9, 15 e 21;
- Excesso de trabalho: esta dimensão é composta pelo item 4, 12, 16 e 22 e diz respeito às horas de trabalho que são realizadas a uma excessiva carga horária;
- Carreira e remuneração: esta dimensão está relacionada com um possível mal-estar ligado à falta de perspetivas profissionais e à remuneração. É composta pelos itens 3, 10, 13, 17 e 23;
- Ações de formação: relacionada com o mau estar em realizar ações de formação e apresentações públicas, é composta pelos itens 6, 18 e 24;
- Problemas familiares: esta última dimensão está mais ligada a questões familiares, falta de apoio e problemas de relacionamento no seio da família, é composta pelos seguintes itens: 5, 11, 19 e 25.

8.3-FORMA COMO O CUIDADOR FORMAL PERSPETIVA A ESPECIFICIDADE DO IDOSO

Procurando, derivado ao facto do presente estudo estar inserido no Mestrado de Gerontologia, fazer uma ponte entre os Cuidados Continuados e a Prestação dos Cuidados a Idosos, nesta parte do questionário, procurou-se avaliar as diferenças entre cuidar de doentes mais novos e doentes idosos. Para tal pediu-se à amostra que manifesta-se o seu nível de concordância numa escala tipo likert de 5 pontos (1= a discordo totalmente, 2 = a discordo parcialmente, 3= não concordo nem discordo, 4= concordo parcialmente e 5= concordo totalmente), nas seguintes afirmações: i) No meu trabalho é mais difícil lidar com os idosos do que com pessoas mais novas; ii) No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil prestá-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos; iii) A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos são menos exigentes que os idosos; iv) No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz

respeito à sua recuperação do que dos utentes mais novos; v) É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação de doentes do que dos utentes mais novos; vi) Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos das exigências de cuidados que são prestados; vii) Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes; viii) Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos; e ix) Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis.

Estas questões foram alvo de uma validação de constructo sendo que o processo de validação de um teste se “inicia com a formulação de definições detalhadas do traço ou construto, derivadas da teoria psicológica, pesquisa anterior, ou observação sistemática e análises do domínio relevante do comportamento. Os itens do teste são então preparados para se adequarem às definições do construto. Análises empíricas dos itens seguem, selecionando-se finalmente os itens mais eficazes da amostra inicial de itens” (Anastasi A. 1986:37, cit. Pasquali, 2009:995).

8.4 – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O TRABALHO (QST)

Para se verificar o nível de Satisfação no Trabalho na Unidade de Cuidados Continuados de Internamento da região Alentejo foi utilizado o Questionário de Satisfação com o Trabalho (QST) de José Pais Ribeiro.

Através deste questionário avalia-se a Satisfação no Trabalho através de 24 itens. Esses 24 itens são divididos em 6 dimensões, sendo utilizada uma escala tipo likert de 5 pontos para se obter os resultados (1= Discordo Totalmente; 2= Discordo Parcialmente; 3= Não Concordo nem Discordo; 4= Concordo Parcialmente e 5 = Concordo Totalmente). As seis dimensões são as seguintes:

- Segurança com o Futuro da Profissão: itens 5, 8 e 13;
- Apoio da Hierarquia: pergunta 4, 11 e 19;
- Reconhecimento pelos outros do Trabalho Realizado: itens 1, 6, 15, 18 e 21;
- Condições Físicas do Trabalho: itens 9, 17 e 23;
- Relações com Colegas: perguntas 7, 20, 22 e 23;
- Satisfação com a Profissão: itens 2, 3, 10, 12, 14 e 16.

9 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Como o estudo é quantitativo foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences – SPSS, versão IBM SPSS STATISTIC 23, para analisar os dados.

A análise dos dados recaiu sobre as frequências relativas (%) para as variáveis qualitativas, sobre a frequência absoluta (n°), os valores mínimos (Min), e máximos (Max), Média (M) e Desvio-Padrão (DP).

Para se verificar se as diferenças entre os sexos eram significativas utilizou-se o teste de U Mann-Whitney e nas dimensões consoante a categoria profissional utilizou-se o teste Kruskal-Wallis no Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde e no Questionário de Satisfação com o Trabalho.

Foi também utilizado o Teste de Alfa de Cronbach para se avaliar a confiabilidade das qualidades psicométricas do Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde e do Questionário de Satisfação com o Trabalho nas suas dimensões.

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

No ponto 1 do capítulo V expomos os resultados obtidos com a primeira parte do questionário o que nos permitiu fazer a caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 37)

	N	%
Sexo		
<i>Masculino</i>	11	29,7
<i>Feminino</i>	26	70,3
Idade		
<i>20 -29</i>	10	27
<i>30- 39</i>	19	51,4
<i>40-49</i>	4	10,8
<i>>49</i>	4	10,8
Estado Civil		
<i>Solteiro</i>	16	43,2
<i>Casado</i>	20	54,1
<i>Divorciado</i>	1	2,7
<i>Viúvo</i>	0	
Tem filhos?		
<i>Sim</i>	18	48,6
<i>Não</i>	19	51,4
Nº de Filhos		
<i>0 Filhos</i>	19	51,4
<i>1 Filho</i>	13	35,1
<i>2 Filhos</i>	4	10,8
<i>>3</i>	1	2,7
Outros Dependentes?		
<i>Sim</i>	2	5,4
<i>Não</i>	35	94,6
Quantos Dependentes		
<i>0 Dependentes</i>	35	94,6
<i>1 Dependente</i>	1	2,7
<i>2 Dependentes</i>	1	2,7

Na tabela a cima apresentamos a caracterização sociodemográfica da amostra (N= 37), sendo que desses 37, 11 são do sexo masculino (29,7%) e 26 do sexo feminino (70,3%). Agrupamos a idade dos participantes logo 27% dos inquiridos tem idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos, 51,4% tem idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos, 10,8 % estão entre os 40 e os 49 anos e outros 10,8% tem mais de 49 anos.

No que diz respeito ao estado civil, 16 sujeitos são solteiros (43,2%), 20 são casados (54,1%) e 1 é divorciado (2,7%). Observa-se na tabela1 que 51,4% da amostra não tem filhos (19) e 48,6% tem filhos (18). Já ao que ao número de filhos diz respeito, 51,9% da amostra não tem filhos, 3,1% da amostra tem um filho, 10,8% tem dois filhos e 2,7% tem três ou mais filhos. Já no que diz respeito ao número de dependentes 2 sujeitos afirmaram que tem pessoas dependentes (5,4%) sendo que os restantes 35 afirmaram não ter (94,6%). Logo a percentagem de cuidadores formais com 0 dependentes é de 94,6%, com um dependente 2,7% e com dois dependentes também 2,7%.

Tabela 1.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra, continuação (N = 37)

	N	%
<i>Habilitações Literárias</i>		
<i>1º Ciclo de Ensino Básico</i>	1	2,7
<i>2º Ciclo de Ensino Básico</i>	3	8,1
<i>3º Ciclo de Ensino Básico</i>	5	13,5
<i>Ensino Secundário</i>	6	16,2
<i>Licenciatura</i>	15	40,5
<i>Mestrado</i>	7	18,9
<i>Profissão</i>		
<i>Técnicos</i>	8	21,6
<i>Enfermeiros</i>	13	35,1
<i>Auxiliares</i>	11	29,7
<i>Outros</i>	5	13,5

Em relação as habilitações literárias, verifica-se, na tabela 1.1, que a maioria dos sujeitos possui o Ensino Superior 40,5% (n= 15) seguindo-se o Mestrado 18,9% (N= 7), sendo que 16,2 % tem o Ensino Secundário (N= 6), já 13, 5% tem o 3ºCiclo do Ensino básico (N=5), 8,1% tem o 2 ciclo de ensino básico (N=3) e 2,7% tem o 1º Ciclo do Ensino Básico (N=1).

Relativamente à profissão 35,1% são Enfermeiros, 29,7% são Auxiliares, 21,6% são Técnicos (um Animador, um Assistente Social, um Terapeuta da Fala, 2 Fisioterapeutas e um Psicomotricista) e por último, 13,5% o grupo “Outros” que inclui 1 Cozinheira, 3 Administrativos e 1 Encarregado Geral.

1.1 – CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Na tabela seguinte apresentamos os resultados relacionados com a caracterização da situação profissional da amostra.

Tabela 2 – Dados relativos à situação profissional da amostra (N=37)

Cargo desempenhado	N	%
<i>Administrativa</i>	1	2,7
<i>Administrativo</i>	2	5,4
<i>Ajudante de lar</i>	3	8,1
<i>Animadora</i>	1	2,7
<i>Assistente Operacional</i>	3	8,1
<i>Assistente Social</i>	1	2,7
<i>Auxiliar de Serviços Gerais</i>	5	13,5
<i>Cozinheira</i>	1	2,7
<i>Diretora Técnica</i>	1	2,7
<i>Encarregada Geral</i>	1	2,7
<i>Enfermeiro</i>	7	18,9
<i>Enfermeira</i>	6	16,2
<i>Fisioterapeuta</i>	2	5,4
<i>Psicóloga</i>	1	2,7
<i>Psicomotricista</i>	1	2,7
<i>Terapeuta da Fala</i>	1	2,7
Situação Contratual		
<i>Contrato a tempo indeterminado</i>	26	70,3
<i>Contrato a prazo</i>	2	5,4
<i>Prestação de Serviços</i>	9	24,3
Trabalha por Turnos		
<i>Sim</i>	21	56,8
<i>Não</i>	15	40,5

Para referir os cargos desempenhados pelos elementos da amostra importa referir que agrupamos as profissões em 4 grupos como podem verificar na tabela 2, nomeadamente os Enfermeiros, os Técnicos, os Auxiliares e o grupo Outros.

Do grupo dos Enfermeiros faz parte 7 Enfermeiros e 6 Enfermeiras, já do grupo dos Técnicos faz parte uma Animadora, um Assistente Social, duas Fisioterapeutas, uma Psicóloga, uma Psicomotricista, uma Terapeuta da Fala e a Diretora Técnica, o grupo de Auxiliares é composto por três Ajudantes de lar, três Assistentes Operacionais e cinco Auxiliares de Serviços Gerais, por fim no grupo “outros” estão inseridos uma Administrativa e dois Administrativos, uma Cozinheira e a Encarregada Geral.

No que diz respeito à situação contratual, podemos observar que dos participantes 70,3% tem um contrato por tempo indeterminado, 24,3% está a prestar serviços e 5,4% tem um contrato a prazo.

Relativamente ao trabalho por turnos, observa-se que 56,8% trabalha por turnos, sendo que 40,5% mencionou que não trabalha por turnos.

Tabela 2.1 – Dados relativos à situação profissional da amostra, continuação (N=37)

	N	%
<i>Horário de Trabalho habitual</i>		
<i>Horário diurno durante a semana</i>	11	29,7
<i>Horário por turnos rotativo</i>	20	54,1
<i>Horário por turno fixo</i>	6	16,2
<i>Nível de Integração na equipa</i>		
<i>Integrado</i>	20	54,1
<i>Muito integrado</i>	17	45,9
<i>Probabilidade de deixar de trabalhar nesta instituição</i>		
<i>Nada provável</i>	4	10,8
<i>Pouco provável</i>	19	51,4
<i>Indeciso</i>	8	21,6
<i>Provável</i>	6	16,2
<i>Muitos Provável</i>	0	
<i>Com que probabilidade mudaria de profissão.</i>		
<i>Nada provável</i>	8	21,6
<i>Pouco provável</i>	13	35,1
<i>Indeciso</i>	7	18,9
<i>Provável</i>	8	21,6
<i>Muito provável</i>	1	2,7
<i>Trabalha noutra Instituição?</i>		
<i>Sim</i>	6	16,2
<i>Não</i>	31	83,8

Relativamente ao horário de trabalho habitual, verifica-se que a maior parte dos participantes trabalha num horário por turno rotativo (54,1%) sendo que 29,7% trabalha num horário diurno durante a semana e 16,2% trabalha num horário por turno fixo.

No que diz respeito ao nível de integração na equipa 54,1% referiu que se sente integrado na equipa e 45,9% referiu que se sente muito integrado na equipa.

Quanto à questão relacionada com a probabilidade de deixar de trabalhar nesta Instituição, 51,4% (N=19) afirmou que era pouco provável isso acontecer, 10,8% (N=4) referiu que isso não era nada provável, por outro lado 16,2% (N= 6) da amostra referiu que era provável deixar de trabalhar nesta instituição e 21,6%(N= 8) revelou indecisão.

Já quando inquiridos sobre a probabilidade de mudar de profissão, podemos verificar que 35,1% (N=13) referiu que tal era pouco provável, 21,6% (N=8) afirmou que tal era nada provável, outros 21,6% (N=8) referiu que era provável mudarem de profissão, 18,9% (N=7) mostram-se indeciso e, por fim, 2,7% refere que é muito provável mudar de profissão (N=1). No que diz respeito ao trabalho noutra instituição 83,2% (N=31) referiu que não trabalha noutra instituição e os restantes 16,2% (N=6) referiu que trabalha noutra instituição.

Tabela 2.2 – Dados relativos à situação profissional da amostra, continuação (N=37)

	Mínimo	Máximo	Média	D.P
<i>Anos de Profissão</i>	0	28	8,97	7,09
<i>Anos de trabalha nesta Instituição</i>	0	23	7,24	5,75
<i>Aproximadamente quantas horas trabalha por semana?</i>	2	54	34,61	10,44
<i>Quantas horas por semana trabalha noutra instituição?</i>	3	40	19,17	15,15

Assim sendo, quem respondeu afirmativamente a esta questão trabalha em média 19,17 horas noutra instituição, sendo o máximo de 40 horas e o mínimo de 3 horas, tendo um desvio padrão de 15,15 horas.

Relativamente aos anos de profissão o máximo é 28 e o mínimo é 0, sendo a média de 9 anos. Assim sendo, em média têm 7,24 anos de trabalho nesta instituição sendo o mínimo de 0 anos e o máximo de 23 anos.

Por fim importa referir que em média a amostra trabalha 34,61 hora por semana sendo o máximo de 54 horas e o mínimo de 2 horas semanais com um desvio padrão de 10,44horas.

Tabela 2.3 - Dados sobre a situação profissional da amostra, continuação

	Auxiliares		Enfermeiros		Técnicos		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Deixar de trabalhar</i>										
<i>Nesta instituição</i>										
<i>Nada provável</i>	2	18,2	1	7,7	0	0	1	20,0	4	10,8
<i>Pouco provável</i>	1	9,1	11	84,6	5	62,5	2	40,0	19	51,4
<i>Indeciso</i>	4	36,4	1	7,7	2	25,0	1	20,0	8	21,6
<i>Provável</i>	4	36,4	0	0	1	12,5	1	20,0	6	16,2
<i>Mudaria de profissão</i>										
<i>Nada provável</i>	2	18,2	5	38,5	0	0	1	20,0	8	21,6
<i>Pouco provável</i>	1	9,1	4	30,8	5	62,5	3	60,0	13	35,1
<i>Indeciso</i>	1	9,1	3	23,1	3	37,5	0	0	7	18,9
<i>Provável</i>	6	54,5	1	7,7	0	0	1	20,0	8	21,6
<i>Muito provável</i>	1	9,1	0	0	0	0	0	0	1	2,7

No que diz respeito à probabilidade de deixar de trabalhar nesta Instituição, por categorias profissionais, 18,2 % dos Auxiliares referiu que tal não é provável, 9,1% referiu que é pouco provável, 36,4% mostrou-se indeciso e 36,4% referiu que era provável deixar de trabalhar na Instituição.

No que diz respeito aos Enfermeiros, 7,7% referiu que não era provável deixar de trabalhar na Instituição, 84,6% mencionou que era pouco provável, e 7,7% mostrou-se indeciso.

Na categoria dos Técnicos 62,5% referiram que era pouco provável deixar de trabalhar na Instituição, 25,0% revelaram-se indecisos e 12,5% referiram que era provável. Por fim na categoria dos outros, 20,0% referiu que era provável deixar de trabalhar na Instituição, 20,0% mostrou-se indeciso 40,0% referiu que tal era pouco provável e 20,0% disse ser nada provável.

No que diz respeito à pergunta relacionada com a probabilidade de mudar de profissão a categoria de Auxiliares é a que refere uma maior probabilidade de isso acontecer (54,5%), 18,2% refere que tal é nada provável, 9,1% refere que é pouco provável, 9,1% mostra-se indeciso e 9,1% referenciou ser muito provável.

Na categoria de Enfermeiros 38,5% referiram ser nada provável mudar de profissão, 30,8% mencionaram ser pouco provável, 23,1% mostram estar indecisos e 7,7% mencionou a possibilidade de mudar de profissão. 62,5 % dos Técnicos referiu que era pouco provável mudar de profissão e 37,5% mostrou-se indeciso.

Por fim, na categoria “Outros” 20,0% mencionou que não era provável mudar de profissão, 60,0% referiu que tal era pouco provável e 20,0% mencionou que era provável mudar de profissão.

2- STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

De seguida, mostramos os resultados obtidos através da escala de stress consoante as dimensões da escala, o sexo do cuidador e a categoria profissional. Utilizamos também o alfa de Cronbach para aferir a confiabilidade da escala utilizada.

2.1- CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS NA AMOSTRA EM ESTUDO

Para se fazer a análise de confiabilidade das qualidades psicométricas do QSPS neste estudo utilizou-se o Alfa de Cronbach (α), sendo que na tabela abaixo verifica-se a consistência interna total e de cada dimensão.

Tabela 3- Análise de confiabilidade da escala de stress nos profissionais de saúde – Alfa de Cronbach

<i>Dimensões</i>	Nº Itens	Alfa de Cronbach
<i>Dimensão 1 – Lidar com Clientes</i>	4	0,671
<i>Dimensão 2- Relações Profissionais</i>	5	0,685
<i>Dimensão 3 – Excesso de Trabalho</i>	4	0,586
<i>Dimensão 4 - Carreira e Remuneração</i>	5	0,812
<i>Dimensão 5 – Ações de Formação</i>	3	0,819
<i>Dimensão 6 – Problemas Familiares</i>	3	0,652
<i>Dimensão Total</i>	25	0,894

Para se analisar a confiabilidade da escala de Stress nos Profissionais de Saúde, utilizamos o Alfa de Cronbach (α). Na tabela acima verifica-se que a consistência interna deste instrumento na amostra total é boa ($\alpha= 0,894$).

Relativamente à dimensão respeitante ao modo de lidar com os clientes da escala de stress ocupacional dos profissionais de saúde foi testada a consistência interna da mesma através do Alfa de Cronbach ($\alpha = 0,671$).

Com base nos resultados obtidos procedeu-se à construção de um índice referente a esta dimensão com base no valor médio obtido nas respostas às questões 1, 8, 14 e 20 da escala.

No que diz respeito à dimensão relacionada com as relações profissionais a consistência interna é fraca ($\alpha = 0,685$). Nesta dimensão estão inseridas as questões 2, 7, 9, 15 e 21.

Já respeitante à dimensão ligação ao excesso de trabalho a consistência interna é inaceitável ($\alpha = 0,586$) sendo que, nesta dimensão estão inseridas as questões 4, 12, 16 e 22.

A dimensão ligada à carreira e remuneração apresenta um resultado razoável ($\alpha = 0,812$), estando nesta dimensão inseridas as questões 3, 10, 13, 17 e 23.

A dimensão respeitante às ações de formação também apresenta uma consistência interna razoável ($\alpha = 0,819$). Fazem parte desta dimensão as questões 6, 18 e 24.

Por fim a dimensão relacionada com problemas familiares apresenta uma consistência interna fraca ($\alpha = 0,652$) sendo composta pelas questões 5, 11, 19 e 25.

2.2 – DIMENSÕES NA ESCALA DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Como se pode ver na tabela abaixo, no total da amostra, o valor médio situa-se bastante próximo do estado de “Stress Moderado”. Sendo que, de todas as dimensões, a que indica mais elevado nível de stress é a Dimensão correspondente ao “Lidar com Clientes” e a dimensão com mais baixo nível de stress é o “Excesso de Trabalho”.

Tabela 4 - Dimensões na Escala de Stress nos Profissionais de Saúde

<i>Dimensões</i>	<i>N.</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>
<i>Dimensão 1 – Lidar com Clientes</i>	37	1,00	3,25	2,38	0,52
<i>Dimensão 2- Relações Profissionais</i>	36	0,80	3,60	2,22	0,64
<i>Dimensão 3 – Excesso de Trabalho</i>	37	1,00	3,50	2,05	0,61
<i>Dimensão 4 - Carreira e Remuneração</i>	37	0,60	3,60	2,35	0,67
<i>Dimensão 5 – Ações de Formação</i>	37	0,33	4,00	2,06	0,79
<i>Dimensão 6 – Problemas Familiares</i>	37	0,25	3,75	2,14	0,73
<i>Dimensão Total</i>	36	1,00	3,24	2,21	0,5
<i>N válidos</i>	36				

Assim, como se pode ver a dimensão “Lidar com Clientes” tem uma média de stress de 2,38 , o item relacionado com as “Relações Profissionais” tem 2,22 de média de Stress, já ao “Excesso de Trabalho” corresponde uma média de 2,05 de stress, a dimensão “Carreira e Remuneração” tem uma média de 2,35, 2,06 é a média de stress atribuída às Ações de Formação por fim, nas “Relações Familiares” existe uma média de stress de 2,14. Considerando a totalidade da amostra, observa-se que em todas as dimensões predomina o estado de stress moderado tendo em conta uma escala tipo likert de 4 pontos onde 0 corresponde a nenhum stress e 4 a elevado stress.

Tabela 5- Dimensões na Escala de Stress nos Profissionais de Saúde consoante o sexo

Dimensões	Homens			Mulheres			Teste de Diferenças de médias
	Nº	Média	D. P	Nº	Média	D. P	
<i>Lidar com Clientes</i>	11	2,18	0,58	26	2,46	0,48	U=100,5; p=0,160
<i>Relações Profissionais</i>	11	2,00	0,52	25	2,32	0,60	U=101,5; p= 0,220
<i>Excesso de Trabalho</i>	11	1,84	0,52	26	2,14	0,63	U=100,5; p=0,160
<i>Carreira e Remuneração</i>	11	2,29	0,64	26	2,37	0,70	U=132,0; p=0,731
<i>Ações de Formação</i>	11	1,82	0,94	26	2,17	0,72	U=104,0; P=0,204
<i>Problemas Familiares</i>	11	1,70	0,81	26	2,34	0,63	U=77,0; p=0,028
<i>Total da Escala QSPS</i>	11	1,99	0,50	25	2,30	0,45	U=80,5; p:0,49

A tabela 5, relativa à classificação das dimensões do QSPS consoante o sexo, mostra a existência de diferenças entre o sexo masculino e feminino, sendo que, o sexo feminino tem um nível mais elevado de stress que o masculino. Ainda assim essas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas (mediante o resultado do teste U Mann-Whitney), à exceção da dimensão “Problemas Familiares”.

Pode observar-se que no total da amostra do sexo masculino o valor médio situa-se ainda na condição de “pouco stress” enquanto o valor total da amostra do sexo feminino situa-se próximo da condição de “stress moderado”.

Observando as dimensões consoante o sexo masculino, verifica-se que nas dimensões “lidar com clientes”, “relações profissionais” e “carreira e remuneração” predomina o estado de “stress moderado”, já nas dimensões “excesso de trabalho”, “ações de formação” e “problemas familiares” predomina o pouco stress, ainda que muito próximo do “stress moderado”.

Já no que diz respeito à análise das dimensões tendo em conta o sexo feminino, observa-se que todas as dimensões se encontram no estado de “stress moderado”. De todas as dimensões a que mostra um nível mais elevado de stress é “lidar com Clientes” e a que apresenta um nível mais baixo de stress é a dimensão relacionada com o “Excesso de Trabalho”.

Importa realçar que o sexo feminino demonstra mais stress em todas as dimensões quando comparado com o sexo masculino. A diferença entre os sexos é mais acentuada na dimensão “Problemas Familiares”, tal pode dever-se ao facto de a mulher ainda ter de conciliar o trabalho com a maior parte de tarefas e afazeres domésticos e familiares.

Portugal tem vindo a evoluir no que a isso diz respeito mas o “modelo de família sobre o qual assentou o crescimento no pós-Guerra, e à luz do qual foi desenhado o Estado Providência, foi o da chamada “família tradicional”: pai, mãe e filhos, cabendo ao pai prover o sustento da família através do salário enquanto à mãe competia assegurar o trabalho doméstico e as tarefas ligadas à reprodução, incluindo o cuidado aos familiares dependentes” (Coelho, 2010:4), tal, deixou vincadas tradições culturais que aos poucos se estão a modificar, aos poucos estão a surgir novas formas de famílias, mais diversificadas e instáveis, ou seja : a idade do primeiro casamento tem vindo a aumentar, o primeiro filho nasce cada vez mais tarde, os divórcios têm sido cada vez mais, tem vindo a ocorrer uma redução da taxa de fecundidade, muitos casais optam por viver em união de facto, existem mais famílias homossexuais e unipessoais, o número de nascimento fora do casamento tem aumentado, a maternidade/ paternidade solitária tem vindo a aumentar, sintomas das profundas transformações na forma com encaramos a família, (Coelho, 2014:4).

Temos percorrido um grande caminho para conseguir uma assimetria de papéis uma vez que tal é fundamental para uma boa qualidade de vida e bem-estar social sendo para tal fundamental intervir em três dimensões:

- Na partilha das responsabilidades entre mulheres e homens na esfera doméstica;
- Na cultura das empresas;
- Nas políticas públicas de apoio às famílias.

(Marcelino cit, Ferreira, 2010: 20)

Tal é fundamental “porque a vida das pessoas, homens e mulheres, não se compadece com o continuar à espera que as mentalidades por si só se transformem, quando a sua transformação está intimamente ligada a uma dinâmica entre a influência da alteração de costumes na legislação e a influência das políticas públicas nas práticas sociais” (Marcelino cit Ferreira, 2010: 20), mas, para conseguirmos alcançar a total igualdade é essencial que o homem deixe o

velho paradigma da divisão do trabalho consoante o sexo a que Maria Rêgo, (Rêgo, cit Marcelino, cit Ferreira, 2010:20), no seu texto, designa de “desigualdade e assimetria sexual das tarefas”, e “partam à conquista da esfera doméstica” e deixem de definir papéis anteriormente utilizados onde só o homem tinha o dever de sustentar a família e a mulher de cuidar da casa, dos filhos e dos familiares, só assim será possível “construir uma nova ordem social de progresso e igualdade” (Marcelino cit Ferreira, 2010: 20).

Tabela 6 - Dimensões da escala de Stress nos profissionais de saúde consoante a categoria profissional

<i>Dimensões</i>	<i>Auxiliares</i>			<i>Enfermeiros</i>			<i>Técnicos</i>			<i>Outros</i>			<i>Teste de diferença de grupos</i>
	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>D. P</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>D. P</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>D.P</i>	<i>N.</i>	<i>Média</i>	<i>D.P</i>	
<i>Lidar com Clientes</i>	11	2,63	0,4	13	2,4	0,44	8	2,4	0,3	5	1,80	0,9	$Kw_{(3)}=5,54; p=0,136$
<i>Relações Profissionais</i>	11	2,5	0,7	12	2,13	0,7	8	2,30	0,44	5	1,76	0,74	$Kw_{(3)}=3,82; p=0,281$
<i>Excesso de Trabalho</i>	11	2,1	0,4	13	2,1	0,6	8	2,12	0,7	5	1,80	1	$Kw_{(3)}=1,13; p=0,771$
<i>Carreira e Remuneração</i>	11	2,6	0,63	13	2,5	0,54	8	2,40	0,4	5	1,44	0,8	$Kw_{(3)}=7,18; p=0,07$
<i>Ações de Formação</i>	11	2,2	0,50	13	2	0,9	8	2,1	1	5	2	1	$Kw_{(3)}=0,84; p=0,838$
<i>Problemas Familiares</i>	11	2,04	0,72	13	2,42	0,7	8	2,12	0,8	5	1,7	0,8	$Kw_{(3)}=4,82; p=0,185$
<i>Total da Escala QSPS</i>	11	2,4	0,3	12	2,3	0,41	8	2,3	0,5	5	1,72	0,8	$Kw_{(3)}=5,38; p=0,15$

O quadro acima, é relativo à classificação das dimensões do QSPS consoante a categoria profissional, o mesmo mostra que a categoria de Auxiliares demonstra estar na fase de stress moderado em quase todas as dimensões exceto na dimensão “Problemas Familiares” e na dimensão de “Excesso de Trabalho” que está praticamente igual em todas as categorias profissionais.

Analisando cada categoria profissional, pode-se então referir que a categoria profissional de Auxiliares apresenta uma condição de stress moderado em todas as dimensões, assim como os Enfermeiros e os Técnicos. Já os profissionais que se encontram na categoria profissional de “Outros” encontram-se na condição de pouco stress.

Assim sendo, os “Auxiliares” demonstram mais stress na dimensão “Lidar com Clientes”, os “Enfermeiros” na dimensão “Carreira e Remuneração”, já os “Técnicos” demonstram igual stress no que diz respeito à dimensão “Lidar com Clientes” e na dimensão “Carreira e Remuneração”, por fim, a categoria profissional correspondente a “Outros” demonstra mais stress na dimensão “Ações de Formação” importa realçar que, não há diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões.

2.3 – AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE STRESS PROVOCADO PELA ATIVIDADE PROFISSIONAL

Através do questionário de stress nos profissionais de saúde aferimos também a opinião dos inquiridos quanto ao nível de stress que acham que a sua profissão lhe provoca.

Tabela 7 - Nível de Stress que a sua atividade profissional lhe provoca por sexo

<i>Como avalia o nível de Stress que a sua atividade profissional lhe provoca?</i>	Homens	Mulheres	Total
<i>Pouco Stress</i>	3 27,3%	3 11,5%	6 16,2%
<i>Stress Moderado</i>	4 36,4%	14 53,8%	18 48,6%
<i>Bastante Stress</i>	4 36,4%	7 26,9%	11 29,7%
<i>Stress Elevado</i>	0	2 7,7%	2 5,4%
<i>Total</i>	11	26	37

Quando inquiridos sobre o nível de stress que a sua atividade profissional lhe provoca, 36,4% da amostra de sexo masculino referiu que a mesma lhe causa stress moderado, outros 36,4% referiu que a mesma lhe causa bastante stress, os restantes 27,3 % referiram que a atividade profissional lhe causa pouco stress.

Por outro lado ,53,8%, da amostra do sexo feminino referiu que a atividade profissional lhe causa stress moderado, já 26,9% mencionou que lhe causa bastante stress, 11,5 % referiu causar-lhe pouco stress e por fim 7,7% referiu sentir bastante stress na sua atividade profissional. Importa referir que em todos os estádios da condição de stress o sexo feminino demonstra uma maior condição de stress que o sexo masculino.

Analisando os valores totais obtidos com esta pergunta, 48,6% da amostra referiu sentir stress moderado na realização da sua atividade profissional, 29,7% mencionou que a sua atividade laboral lhe causa bastante stress, 16,2% demonstrou sentir pouco stress e 5,4% bastante stress.

Colocando a mesma questão mas tendo por base as categorias profissionais (tabela 8) obteve-se os seguintes resultados: 63,6% dos “Auxiliares” referiu que a sua atividade profissional lhe causa “stress moderado”, 18,2% mencionou sentir “bastante stress”, 9,1% disse sentir “stress elevado” e 9,1% “pouco stress”, já na categoria profissional dos “Enfermeiros” 38,5% sente “stress moderado”, 30,8% referiu “bastante stress”, 23,15% mencionou sentir “pouco stress” e 7,7% sente “stress elevado”, por outro lado, na categoria profissional dos “Técnicos” 62,5% mencionou stress moderado, 25,0% referiu sentir bastante stress e 12,5% pouco stress. Por fim, na categoria profissional “Outros” 60,0% mencionou sentir bastante stress, 20,0% pouco stress e os restantes 20,0% stress moderado.

Analisando o total da amostra verifica-se que 48,6% da amostra referiu sentir stress moderado, 29,7% mencionou bastante stress, 16,2% referiu pouco stress e 5,4% stress elevado.

Tabela 8 - Nível de Stress que a sua atividade profissional lhe provoca por categoria profissional

<i>Como avalia o Nível de Stress que a sua atividade profissional lhe provoca</i>	<i>Auxiliares</i>	<i>Enfermeiros</i>	<i>Técnicos</i>	<i>Outros</i>	<i>Total</i>
<i>Pouco Stress</i>	1 9,1%	3 23,15	1 12,5	1 20,0%	6 16,2%
<i>Stress Moderado</i>	7 63,6%	5 38,5%	5 62,5%	1 20,0%	18 48,6%
<i>Bastante Stress</i>	2 18,2%	4 30,8%	2 25,0%	3 60,0%	11 29,7%
<i>Stress Elevado</i>	1 9,1%	1 7,7%	0	0	1 5,4%
<i>Total</i>	11	13	8	5	37

Tabela 9- Percentagem de sujeitos Auxiliares e enfermeiros em cada uma das opções de resposta ao questionário de stress nos Profissionais de Saúde (N=37)

	Auxiliares					Enfermeiros				
	NS	PS	MS	BS	ES	NS	PS	MS	BS	ES
<i>Como avalia o Nível de Stress que a sua atividade profissional lhe provoca</i>										
1. Na Minha atividade Profissional, tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes causa-me ...	0	0	36,4	63,6	0	0	7,7	61,5	23,1	7,7
2. O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho causa-me ...		9,1	27,3	45,5	18,2		23,1	15,4	53,8	7,7
3. A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira provoca-me...			63,6	36,4			7,7	46,2	46,2	
4. Trabalhar muitas horas seguidas causa-me ...	27,3		45,5	27,3			30,8	38,5	30,8	
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares causa-me...		18,2	54,5	27,3		7,7		30,8	46,2	15,4
6. Falar ou fazer apresentações em público provoca-me...		9,1	63,6	27,3		7,7	23,1	38,5	23,1	7,7
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores causa-me ...		18,2	36,4	27,3	18,2	7,7	23,1	30,8	30,8	7,7
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim provoca-me...			45,5	54,5			7,7	38,5	46,2	7,7
9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho causa-me...	18,2		36,4	36,4	9,1	15,4	38,5	23,1	23,1	
10. A Falta de perspectivas de progressão na carreira provoca-me		9,1	45,5	45,5		7,7	15,4	7,7	53,8	15,4
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar provoca-me ...	27,3	27,3	45,5			7,7	15,4	7,7	53,8	15,4
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático provoca-me...	9,1	18,2	54,5	18,2		7,7	23,1	30,8	30,8	7,7
13. Receber um salário baixo causa-me...		18,2	27,3	36,4	18,2			38,5	46,2	15,4
14. Gerir problemas graves dos meus clientes causa-me...		9,1	45,5	36,4	9,1		7,7	76,9	15,4	
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas provoca-me...	9,1	18,2	18,2	45,5	9,1	7,7	7,7	46,2	38,5	
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais provoca-me...		9,1	45,5	45,5			15,4	38,5	38,5	7,7
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho causa-me ...		9,1	36,4	36,4	18,2		30,8	30,8	30,8	7,7
18. Preparar ações de formação sob a minha responsabilidade provoca-me...	9,1	18,2	36,4	36,4		7,7	15,4	38,5	38,5	
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos) causa-me...	9,1	18,2	36,4	27,3	9,1	7,7	15,4	53,8	23,1	
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes provoca-me...			18,2	72,7	9,1		7,7	38,5	38,5	15,4
21. Comportamentos desajustados e/ou in Adequados de colegas de trabalho causa-me...			36,4	54,5	9,1		8,3	50	41,7	
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho provoca-me...		18,2	27,3	54,5		7,7	23,1	38,5	30,8	
23. Salário inadequado/insuficiente causa-me ...			27,3	36,4	36,4			53,8	30,8	15,4
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade causa-me ...		9,1	54,5	36,4			38,5	38,5	15,4	7,7
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex.: cônjuge, filhos, amigos, etc.) provoca-me ...	9,1		18,2	45,5	27,3			46,2	46,2	7,7

NS – Nenhum Stress, PS – Pouco Stress, MS – Moderado Stress, BS – Bastante Stress, ES – Elevado Stress.

Tabela 10- Percentagem de sujeitos Técnicos e Outros em cada uma das opções de resposta ao questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (N=37)

	Técnicos					Outros				
	NS	PS	MS	BS	ES	NS	PS	MS	BS	ES
1. Na Minha atividade Profissional, tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes causa-me ...	0	0	75,0	25	0	0	40,0	20,0	40,0	0
2. O favoritismo e/ou discriminação "encobertos" no meu local de trabalho causa-me ...	12,5		37,5	50,0		20	20	60		
3. A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira provoca-me...			75	25		20	40	40		
4. Trabalhar muitas horas seguidas causa-me ...		37,5	37,5	25		20	40	20	20	
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares causa-me...			50	25	25		20	40	20	
6. Falar ou fazer apresentações em público provoca-me...		37,5	37,5		25		40	20	40	
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores causa-me ...		12,5	50	25	12,5		80		20	
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder aquilo que os clientes esperam de mim provoca-me...			50	37,5	12,5	20	40	20	20	
9. O ambiente e "clima" existentes no meu local de trabalho causa-me...		12,5	62,5	25			60	20	20	
10. A Falta de perspectivas de progressão na carreira provoca-me		37,5	37,5	12,5	12,5	40	40		20	
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar provoca-me ...		37,5	37,5	12,5	12,5	40	40		20	
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático provoca-me...		12,5	62,5	12,5	12,5		60		40	
13. Receber um salário baixo causa-me...		12,5	25	50	12,5	20	40		40	
14. Gerir problemas graves dos meus clientes causa-me...			75	25			40	40	20	
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas provoca-me...		12,5	50	37,5			40		60	
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais provoca-me...		12,5	62,5	25			40		60	
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho causa-me ...		12,5	75	12,5			60	20	20	
18. Preparar ações de formação sob a minha responsabilidade provoca-me...		12,5	75		12,5		60		40	
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos) causa-me...		37,5	50	12,5		20	40	20	20	
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes provoca-me...			62,5	37,5			40	20	40	
21. Comportamentos desajustados e/ou in Adequados de colegas de trabalho causa-me...			62,5	25	12,5		40		60	
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho provoca-me...		12,5	62,5	12,5	12,5		60		40	
23. Salário inadequado/insuficiente causa-me ...			50	50			60		40	
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade causa-me ...		37,5	37,5	12,5	12,5		40		60	
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex.: cônjuge, filhos, amigos, etc.) provoca-me ...		37,5	37,5	12,5	12,5		40	20	40	

NS – Nenhum Stress, PS- Pouco Stress, MS- Moderado Stress, BS – Bastante Stress, ES- Elevado Stress.

3- FORMA COMO O CUIDADOR FORMAL PERSPETIVA A ESPECIFICIDADE DO IDOSO NA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS

Como já tínhamos referido anteriormente e derivado do facto de este trabalho de investigação estar inserido no Mestrado de Gerontologia procuramos fazer uma ponte entre os Cuidados Continuados e a Prestação dos Cuidados a Idosos através de uma escala tipo likert. Obtemos os resultados que podemos verificar na tabela 11.

Tabela 11 – Número de inquiridos que Discorda Totalmente (D.T), Discordam Parcialmente (D.P), Nem Concordam nem Discordam (N.C.N.D), Concordam Parcialmente (C.P) e Concordam Totalmente (C.T) com as seguintes afirmações a Média e Desvio Padrão

	D.T (n)	D.P (n)	N. C. N.D	C.P (n)	C.T (n)	M	D.P.
<i>1-No meu trabalho é mais difícil lidar com os idosos do que com as pessoas mais novas;</i>	12	11	9	4	1	2,22	1,11
<i>2-No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil prestá-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos;</i>	6	5	13	10	2	2,92	1,16
<i>3-A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos, são menos exigentes que os mais velhos.</i>	10	7	14	6		2,43	1,07
<i>4-No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz respeito à sua recuperação do que dos doentes mais novos.</i>	7	11	11	7	1	2,57	1,09
<i>5-É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação do idoso doente do que dos utentes mais novos.</i>	7	11	10	8	1	2,59	1,12
<i>6-Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos de exigências dos cuidados que são prestados.</i>	4	6	14	6	7	3,16	1,24
<i>7-Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes</i>	6	5	11	14	0	2,92	1,11
<i>8-Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos</i>	7	5	15	8	2	2,81	1,15
<i>9-Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis</i>	10	9	14	3	0	2,28	0,97

Na tabela acima estão os resultados que estão ligados às afirmações relacionadas com o trabalho com os idosos. Na primeira afirmação “No meu trabalho é mais difícil lidar com os idosos do que com as pessoas mais novas”, 12 pessoas discordam totalmente da mesma, 11 discordam parcialmente, 9 nem concordam nem discordam, 4 concordam parcialmente e 1 concorda totalmente.

Com a afirmação “No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil prestá-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos” 6 inquiridos discordam totalmente, 5 discordam parcialmente, 13 nem concordam nem discordam, 10 concordam parcialmente e 2 concordam totalmente.

Já na terceira afirmação “A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos, são menos exigentes que os mais velhos” 10 pessoas da amostra discordam totalmente da afirmação, 7 discordam parcialmente, 14 nem concordam nem discordam e 6 concordam parcialmente.

Na quarta pergunta “No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz respeito à sua recuperação do que dos doentes mais novos” 1 pessoa concorda totalmente com a afirmação, 7 concordam parcialmente, 11 não concordam nem discordam, 11 discordam parcialmente e 7 discordam totalmente.

Por sua vez, na quinta afirmação “É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação do idoso doente do que dos utentes mais novos” 7 pessoas discordam desta afirmação, 11 discordam parcialmente, 10 não concordam nem discordam com esta afirmação, 8 concordam parcialmente e 1 concorda totalmente.

Com a seguinte afirmação “Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos de exigências dos cuidados que são prestados” 4 pessoas referiram que discordam totalmente da mesma, 6 discordam parcialmente, 14 não concordam nem discordam, 6 concordam parcialmente e 7 concordam totalmente.

Já na sétima afirmação “Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes”, 14 inquiridos concordaram parcialmente com a afirmação, 11 não concordaram nem discordaram, 5 discordaram parcialmente e 6 discordaram totalmente.

Na penúltima afirmação, “Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos”, 7 inquiridos discordaram totalmente desta afirmação, 5 discordaram

parcialmente, 15 não concordaram nem discordaram, 8 concordam parcialmente e 2 concordam totalmente.

Na última afirmação, “Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis”, 10 inquiridos referiram que discordam totalmente, 9 discordaram parcialmente, 14 nem concordam nem discordam e 3 concordam parcialmente.

Tabela 12 - Nível de concordância com as seguintes afirmações consoante o sexo

Afirmações do ponto 3	Homens			Mulheres			Teste de Diferenças de médias
	Nº	Média	D. P	Nº	Média	D. P	
<i>1 - No meu trabalho é mais difícil lidar com os idosos do que com as pessoas mais novas;</i>	11	2,27	1,2	26	2,19	1,09	U=139,5; p=0,909
<i>2- No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil presta-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos;</i>	11	2,73	1,2	25	3,00	1,15	U=122,0; p= 0,612
<i>3- A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos, são menos exigentes que os mais velhos;</i>	11	2,18	1,08	26	2,54	1,07	U=116,5; p=0,384
<i>4- No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz respeito à sua recuperação do que dos doentes mais novos;</i>	11	2,45	1,04	26	2,62	1,13	U=132,0; p=0,731
<i>5- É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação do idoso doente do que dos utentes mais novos;</i>	11	2,82	1,33	26	2,50	1,03	U=123,5; P=0,523
<i>6- Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos de exigências dos cuidados que são prestados;</i>	11	3,27	1,48	26	3,12	1,14	U=130,0; p=0,682
<i>7- Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes;</i>	11	2,73	1,10	25	3,00	1,12	U=115,5; p:0,456
<i>8 - Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos;</i>	11	2,73	1,01	26	2,85	1,22	U=135,0; p:0,806
<i>9 - Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis.</i>	11	2,27	1,10	25	2,28	0,94t	U=136,5; p:0,973

Analisando todas as afirmações acima descritas consoante o sexo podemos verificar que em média os inquiridos discordam parcialmente das afirmações em ambos os sexos. A diferença é maior entre os sexos na afirmação dois “No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil prestá-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos” e na afirmação sete “Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes”. Não há diferenças estatisticamente significativas.

Tomando em consideração cada uma das afirmações individualmente verificamos que, no sexo masculino, a afirmação um “No meu trabalho é mais difícil lidar com os idosos do que com as pessoas mais novas” apresenta uma média de 2,27, a afirmação dois “No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil prestá-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos” obteve um valor médio de 2,73, já a afirmação três “A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos, são menos exigentes que os mais velhos” obteve uma média de 2,18, discordam parcialmente da afirmação quatro (M= 2,45) “No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz respeito à sua recuperação do que dos doentes mais novos”.

Por seu lado, na afirmação cinco, “É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação do idoso doente do que dos utentes mais novos” o sexo masculino discorda parcialmente da mesma (M= 2,82), já com a afirmação seis “Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos de exigências dos cuidados que são prestados” nem concordam nem discordam (M=3,27), passando para a afirmação sete “Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes” verificámos que os inquiridos discordam parcialmente da afirmação (M=2,73), já na afirmação 8 “Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos” a média de 2,73 mostra que discordam parcialmente da mesma e por ultimo, a média de 2,27 demonstra que a amostra masculina discorda parcialmente da afirmação “Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis”.

Por seu lado, o sexo feminino, na afirmação um “No meu trabalho é mais difícil lidar com os idosos do que com as pessoas mais novas”, obteve uma média de 2,19, já na afirmação dois “No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil prestá-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos” a média de 3 mostra que a amostra feminina não concorda nem discorda, já da afirmação “A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos, são menos exigentes que os mais velhos” a média de 2,54 demonstra que discordam parcialmente, também discorda parcialmente da afirmação “No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado

gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz respeito à sua recuperação do que dos doentes mais novos” (M=2,62), a quinta afirmação “É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação do idoso doente do que dos utentes mais novos” atingiu uma média de 2,50 logo a amostra discorda da mesma. Com a afirmação seis “Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos de exigências dos cuidados que são prestados” as inquiridas nem concorda nem discorda da mesma (M=3,12) e mantém a mesma opinião sobre a afirmação sete “Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes” (M=3). Na afirmação oito “Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos” apresentam um valor médio de 2,85 discordando assim, parcialmente da mesma e por fim a afirmação nove “Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis” tem uma média de 2,28 o que também demonstra uma discordância.

Tabela 13 - Nível de concordância com as seguintes afirmações consoante a categoria profissional Auxiliares e Enfermeiros

<i>Afirmações ponto 3</i>	Auxiliares			Enfermeiros			Teste de diferença de grupos
	<i>N.</i>	<i>M</i>	<i>D. P</i>	<i>N.</i>	<i>M</i>	<i>D. P</i>	
<i>1 - No meu trabalho é mais difícil lidar com os idosos do que com as pessoas mais novas;</i>	11	2,55	0,93	13	2,15	1,21	Kw ₍₃₎ =3,58; p=0,310
<i>2- No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil presta-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos;</i>	11	3,18	0,98	13	2,54	1,19	Kw ₍₃₎ =2,30; p=0,512
<i>3- A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos, são menos exigentes que os mais velhos;</i>	11	2,36	0,92	13	2,15	1,07	Kw ₍₃₎ =2,32; p=0,508
<i>4- No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz respeito à sua recuperação do que dos doentes mais novos;</i>	11	2,64	0,92	13	2,15	0,80	Kw ₍₃₎ =6,19; p=0,103
<i>5- É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação do idoso doente do que dos utentes mais novos;</i>	11	3,09	1,04	13	2,54	1,13	Kw ₍₃₎ =4,79; p=0,187
<i>6- Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos de exigências dos cuidados que são prestados;</i>	11	2,91	0,94	13	3,62	1,39	Kw ₍₃₎ =2,60; p=0,456
<i>7- Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes;</i>	11	2,73	0,91	12	3,33	0,99	Kw ₍₃₎ =3,21; p=0,359
<i>8 - Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos;</i>	11	2,91	1,30	13	2,69	0,95	Kw ₍₃₎ =0,71; p=0,869
<i>9 - Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis.</i>	11	2,70	1,06	13	2,08	0,86	Kw ₍₃₎ =4,31; p=0,230

Analisando o ponto três do questionário tendo em conta as categorias profissionais pode-se referir que existe uma diferença entre as restantes categorias profissionais e a categoria “Técnicos” na afirmação um e na nove. Sendo que, os “Técnicos” discorda totalmente da afirmação um “No meu trabalho é mais fácil lidar com os idosos do que com pessoas mãos novas” e da afirmação nove “Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis”.

Sendo relevante analisar todas as categorias profissionais começemos pelos “Auxiliares”, no que à primeira afirmação diz respeito a análise de dados revelou que em média discordam parcialmente da afirmação (M=2,55), já no que à segunda afirmação diz respeito a categoria de auxiliares nem concordam nem discordam com a mesma, discordam parcialmente da terceira questão (M=2,36), na quarta afirmação obtiveram um valor médio de 2,64 (discordam parcialmente da afirmação), com a quinta afirmação em média, nem concordam nem discordam (M=3,09), com as restantes afirmações discordam parcialmente (afirmação seis: M=2,91, afirmação sete: M= 2,73, afirmação oito: M=2,91 e a afirmação nove: M=2,70).

A categoria profissional de “Enfermeiros” discorda parcialmente de todas as afirmações exceto na sexta afirmação “Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos de exigências dos cuidados que são prestados” (M=3,62) e da sétima afirmação “Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes” (M=3,33), nestas duas afirmações não concordam nem discordam.

Tabela 13.1 - Nível de concordância com as seguintes afirmações consoante a categoria profissional Técnicos e Outros (Continuação)

Afirmações ponto 3	Técnicos			Outros			Teste de diferença de grupos
	<i>N.</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>N.</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	
<i>1 - No meu trabalho é mais difícil lidar com os idosos do que com as pessoas mais novas;</i>	8	1,75	1,17	5	2,40	1,14	$Kw_{(3)}=3,58; p=0,310$
<i>2- No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil presta-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos;</i>	8	3,00	1,07	4	3,25	1,70	$Kw_{(3)}=2,30; p=0,512$
<i>3- A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos, são menos exigentes que os mais velhos;</i>	8	2,75	1,17	5	2,80	1,30	$Kw_{(3)}=2,32; p=0,508$
<i>4- No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz respeito à sua recuperação do que dos doentes mais novos;</i>	8	3,38	1,51	5	2,20	0,83	$Kw_{(3)}=6,19; p=0,103$
<i>5- É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação do idoso doente do que dos utentes mais novos;</i>	8	2,00	1,07	5	2,60	1,14	$Kw_{(3)}=4,79; p=0,187$
<i>6- Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos de exigências dos cuidados que são prestados;</i>	8	3,00	1,19	5	2,80	1,48	$Kw_{(3)}=2,60; p=0,456$
<i>7- Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes;</i>	8	2,75	1,49	5	2,60	1,14	$Kw_{(3)}=3,21; p=0,359$
<i>8 - Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos;</i>	8	3,00	1,41	5	2,60	1,14	$Kw_{(3)}=0,71; p=0,869$
<i>9 - Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis.</i>	8	1,88	0,84	5	2,60	1,14	$Kw_{(3)}=4,31; p=0,230$

Os “Técnicos” discordam totalmente da afirmação um: “No meu trabalho é mais difícil lidar com os idosos do que com as pessoas mais novas” e da afirmação nove: “Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis”. Não concordam nem discordam da afirmação dois “No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil prestá-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos”, da afirmação quatro “No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz respeito à sua recuperação do que dos doentes mais novos”, da afirmação seis “Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos de exigências dos cuidados que são prestados” e oito “Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos” e discordam parcialmente da afirmação três “A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos, são menos exigentes que os mais velhos”, cinco “É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação do idoso doente do que dos utentes mais novos” e sete “Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que passam por esta unidade são muito semelhantes”.

Por último, a categoria dos “Outros” discorda parcialmente de todas as afirmações com exceção da afirmação dois “no que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil presta-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos”.

Realço as afirmações 4 e 5 inerentes às expectativas dos doentes e familiares quanto à recuperação, pois este é um ponto muito importante “As perspetivas do indivíduo (atitude, crenças, emoções, hábitos e história de vida, nível de motivação e expectativas) podem constituir obstáculos à sua recuperação, ocupação/atividade e participação” (Manual do Prestador, 2011:28) sendo assim fundamental a realização de exercícios de promoção da cognição e estado emocional. Por outro lado, pode ser necessário lidar também com as expectativas irrealistas do doente e ou de seus familiares “Quando as expectativas irrealistas estão presentes é necessário iniciar o processo de comunicação com o doente/família sempre com a compreensão adequada e depois caminhar no sentido de, trabalhando a esperança, ir dando informação e clarificando a situação clínica do doente para o momento presente e realidade vivencial do mesmo” (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos). Neste estudo em concreto os inquiridos não acham que as expectativas dos idosos e seus familiares sejam difíceis de gerir.

Um outro ponto que é interessante referir está ligado aos cuidados de higiene que, em muitos casos, são efetuados por outra pessoa e não pelo próprio, muitas vezes por motivos de dependência.

O idoso doente pode ter dificuldade de realizar alguns cuidados básicos, de entre os cuidados básicos, o banho mas, “antes de determinar qual o tipo de banho adequado deve ser avaliado o grau de ajuda necessário, que inclui acuidade visual, capacidade para se sentar sem apoio, capacidade de prensão, amplitude de movimento dos membros, capacidade cognitiva e tolerância do idoso à atividade” (Cabral, S., Nunes, I., Correia, E., Rute, A.). mas é importante realçar que como referiu Erikson (1986) citado por Silva, o indivíduo, “na idade avançada, confronta-se com limitações, tanto externas quanto internas, resultantes, quer da sua capacidade física atual, quer das representações estereotipadas da velhice e da drástica redução das expectativas sociais a respeito dos mais velhos, face a estes constrangimentos, os indivíduos não conseguem manter a determinação e a independência”, e enquanto alguns idosos conseguem lidar bem com a perda de autonomia outros não se adaptam tão facilmente. “a capacidade de reconstruir o equilíbrio entre autonomia e vergonha/dúvida, face à multiplicidade de incapacidades, mais ou menos graves, varia significativamente consoante a experiência de autodeterminação dos indivíduos. Outros, pelo contrário, cedem à incerteza que o envelhecimento desperta relativamente às suas capacidades e atribuem uma excessiva importância ao modo como os outros podem julgar a sua condição de pessoa envelhecida” (Erikson, 1986, Cit. Silva 2014:74). Logo alguns idosos encaram a falta de autonomia ou dependência uma falha vergonhosa da sua autonomia enquanto outros veem a ajuda como um facto facilitador em vez de um substituto da sua independência. (Silva, 2014,75).

4- SATISFAÇÃO NO TRABALHO DOS CUIDADORES FORMAIS

No ponto 4 expomos os resultados obtidos quanto à satisfação no trabalho do cuidador formal consoante as dimensões da escala de Satisfação, o sexo do cuidador e a sua categoria profissional. Utilizamos também o alfa de Cronbach para aferir a confiabilidade da escala.

4.1- CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS NA AMOSTRA EM ESTUDO

Para se fazer a análise de confiabilidade das qualidades psicométricas do QST neste estudo utilizou-se o Alfa de Cronbach (α), sendo que na tabela abaixo verifica-se a consistência interna total e de cada dimensão.

Tabela 14 - Análise de confiabilidade da Escala de Satisfação nos Profissionais de Saúde – Alfa de Cronbach

<i>Dimensões</i>	Alfa	Nº Itens
<i>Segurança com o futuro da profissão</i>	0,80	3
<i>Apoio da Hierarquia</i>	0,89	3
<i>Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado</i>	0,71	5
<i>Condições físicas do trabalho</i>	0,91	3
<i>Relação com colegas</i>	0,66	4
<i>Satisfação com a profissão</i>	0,62	6
<i>Dimensão Total</i>	0,91	24

Mais uma vez, para analisar a confiabilidade da Escala de Satisfação no Trabalho, utilizamos o Alfa de Cronbach (α). Pela tabela acima verifica-se que a consistência interna deste instrumento na amostra total é muito boa ($\alpha= 0,91$).

Relativamente à dimensão respeitante à segurança com o Futuro da Profissão da Escala de Satisfação no Trabalho foi testada a consistência interna da mesma através do Alfa de Cronbach

($\alpha = 0,80$). Com base nos resultados obtidos procedeu-se à construção de um índice referente a esta dimensão com base no valor médio obtido nas respostas às questões 5, 8 e 13 da escala.

No que diz respeito à dimensão relacionada com o Apoio a Hierarquia a consistência interna é razoável ($\alpha = 0,89$). Nesta dimensão estão inseridas as questões 4, 11 e 19. Já respeitante à dimensão reconhecimento pelos outros do trabalho realizado a consistência interna é razoável ($\alpha = 0,71$) sendo que, nesta dimensão estão inseridas as questões 1, 6, 15, 18 e 21.

A dimensão ligada as condições físicas do trabalho apresenta um resultado muito bom ($\alpha = 0,91$), estando nesta dimensão inseridas as questões 9, 17 e 23.

Na dimensão respeitante à Relação com colegas verificamos uma consistência interna fraca ($\alpha = 0,819$). Fazem parte desta dimensão as questões 7, 20, 22 e 24.

Por fim a dimensão relacionada com a Satisfação com a Profissão apresenta uma consistência interna fraca ($\alpha = 0,62$) sendo composta pelas questões 2, 3, 10, 12, 14 e 16.

4.2 - DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Expomos no ponto 4.2 os resultados obtidos tendo em conta as dimensões do questionário de satisfação o sexo e a categoria profissional dos cuidadores formais.

Tabela 15- Dimensões na Escala de Satisfação nos Profissionais de Saúde

<i>Dimensões</i>	<i>N.</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Média</i>	<i>D.P.</i>
<i>Segurança com o futuro da profissão</i>	37	1,33	5,00	3,52	0,91
<i>Apoio da Hierarquia</i>	37	1,67	5,00	3,9	0,97
<i>Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado</i>	37	2,20	5,00	3,80	0,72
<i>Condições físicas do trabalho</i>	37	1,67	5,00	4,13	0,78
<i>Relação com colegas</i>	37	3,00	5,00	4,101	0,67
<i>Satisfação com a profissão</i>	36	1,83	4,67	3,07	0,62
<i>Dimensão Total</i>	36	2,33	4,54	3,7	0,59
<i>Nº válidos</i>	36				

Como se pode ver na tabela acima, no total da amostra, o valor médio situa-se entre os 3,7 de satisfação. Sendo que, de todas as dimensões, a que indica menos satisfação é a Dimensão correspondente à “Satisfação com a Profissão” e a dimensão com mais nível de satisfação é a que está ligada às “Condições Físicas do Trabalho”. Assim, a dimensão “Segurança com o Futuro da Profissão” tem uma média de satisfação de 3,22 , o item relacionado com o “Apoio da Hierarquia” tem 3,9 de média o que indica que estão satisfeitos, já ao “Reconhecimento pelos outros do trabalho Realizado” corresponde uma média de 3,80 valores de satisfação, a dimensão “Condições Físicas” tem uma média de 4,13, 4,101 é a média de satisfação atribuída à “Relação com os Colegas” por fim, na “Satisfação com a Profissão” existe uma média de

satisfação de 3,07. Considerando a totalidade da amostra, observa-se que a amostra não se encontra nem muito satisfeita nem muito insatisfeita, encontra-se simplesmente satisfeita.

A tabela 16, relativa à classificação das dimensões do QST consoante o sexo, mostra uma diferença entre o sexo masculino e feminino, embora esta não seja estatisticamente significativa, sendo que, o sexo feminino tem um nível, em média, de satisfação inferior ao masculino em quase todas as dimensões, na dimensão “Satisfação com a Profissão” o sexo feminino ainda que por umas décimas, tem um nível médio mais elevado que o masculino.

Pode-se ainda referir, através do total das escalas, que o sexo masculino se encontra bastante próximo da condição de “Bastante Satisfeito”.

Tabela 16 - Dimensões na Escala de Satisfação nos Profissionais de Saúde consoante o sexo

<i>Dimensões</i>	<i>Homens</i>			<i>Mulheres</i>			<i>Teste de Diferenças de médias</i>
	Nº	Média	D. P	Nº	Média	D. P	
<i>Segurança com o futuro da profissão</i>	11	3,8	1,02	26	3,4	0,84	U=92,5; p=0,094
<i>Apoio da Hierarquia</i>	11	4,03	1,00	26	3,8	0,96	U=119,0; p= 0,441
<i>Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado</i>	11	3,9	0,81	26	3,8	0,7	U=117,0; p=0,402
<i>Condições físicas do trabalho</i>	11	4,24	0,7	26	4,08	0,83	U=135,0; p=0,806
<i>Relação com colegas</i>	11	4,31	0,72	26	4,00	0,63	U=101,0; P=0,170
<i>Satisfação com a profissão</i>	11	3,04	0,71	26	3,09	0,6	U=130,5; p=0,813
<i>Total da escala</i>	11	3,81	0,7	25	3,60	0,54	U=102,5; p:0,233

Observando as dimensões consoante o sexo masculino, verifica-se que nas dimensões “Segurança com o Futuro da Profissão”, “Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado” e “Satisfação com a Profissão” predomina o estado de satisfação com o trabalho, nas dimensões “Apoio da Hierarquia”, “Condições Físicas do Trabalho” e “Relação com Colegas” predomina bastante Satisfação no trabalho.

Já no que diz respeito a análise das dimensões tendo em conta o sexo feminino, observa-se que nas dimensões: “Segurança com o Futuro da Profissão”, “Apoio da Hierarquia”, “Reconhecimento pelos outros do Trabalho Realizado” e “Satisfação com a Profissão” predomina o estado de Satisfação com o trabalho, nas dimensões “Condições Físicas” e “Relação com os Colegas” predomina o estado de Bastante Satisfação com o trabalho.

Importa focar que o sexo feminino se encontra Menos Satisfeito com a dimensão “Apoio da Hierarquia” que o masculino, tal pode dever-se à diferença entre os sexos que ainda existe no mercado laboral. A mulher continua a ter mais dificuldade a entrar no mercado de trabalho e ainda tem uma remuneração mais baixa que o homem, “Globalmente, há mais desemprego feminino do que masculino, e mesmo quando trabalham, as mulheres recebem salários inferiores em tarefas equivalentes.” (tvi24:2015). Pode ainda verificar-se essa diferença em Portugal através do que foi referido por Cunha Citada por Sanches “O ganho médio mensal dos homens portugueses é de 1093 euros brutos; o das mulheres é de 958 euros brutos (incluindo salário base e suplementos, como horas extraordinárias). Mais: “Quanto mais elevada a idade, maior a diferença no ganho mensal de homens e mulheres.” Ou seja, maior a desigualdade” (Cunha cit. Sanches, 2015).

Tabela 17 - Dimensões da Escala de Satisfação nos Profissionais de Saúde Consoante a Categoria Profissional

<i>Dimensões</i>	<i>Auxiliares</i>			<i>Enfermeiros</i>			<i>Técnicos</i>			<i>Outros</i>			<i>Teste de diferença de grupos</i>
	<i>N.</i>	<i>M</i>	<i>D. P</i>	<i>N.</i>	<i>M</i>	<i>D. P</i>	<i>N.</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	<i>N.</i>	<i>M</i>	<i>D.P</i>	
<i>Segurança com o futuro da profissão</i>	11	2,81	0,89	13	4,02	0,53	8	3,3	0,89	5	4,13	0,60	$Kw_{(3)}=13,5; p=0,004$
<i>Apoio da Hierarquia</i>	11	3,4	1,15	13	4,4	0,7	8	3,5	0,94	5	4,3	0,54	$Kw_{(3)}=7,14; p=0,067$
<i>Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado</i>	11	3,21	0,7	13	4,21	0,6	8	3,9	0,53	5	3,92	0,71	$Kw_{(3)}=10,5; p=0,014$
<i>Condições físicas do trabalho</i>	11	3,75	1,06	13	4,4	0,64	8	4,3	0,5	5	4,2	0,64	$Kw_{(3)}=2,46; p=0,481$
<i>Relação com colegas</i>	11	3,77	0,6	13	4,4	0,64	8	4,12	0,7	5	3,95	0,8	$Kw_{(3)}=6,22; p=0,101$
<i>Satisfação com a profissão</i>	11	2,8	0,5	13	3,09	0,6	8	3,31	0,8	5	3,4	0,6	$Kw_{(3)}=4,33; p=0,228$
<i>Total da escala</i>	11	3,23	0,6	13	3,94	0,42	8	3,7	0,6	5	3,9	0,6	$Kw_{(3)}=7,87; p=0,49$

A tabela acima, relativa à classificação das dimensões do QST consoante a categoria profissional, mostra que a categoria de Auxiliares demonstra estar Menos Satisfeitos com o trabalho.

Analisando cada categoria profissional, pode-se então referir que a categoria profissional de “Auxiliares” apresenta uma condição de pouca satisfação nas dimensões “Segurança com o Futuro da Profissão” e “Satisfação com a profissão” nas restantes dimensões encontra-se Satisfeito.

Já a categoria dos “Enfermeiros” apresenta uma condição de bastante satisfação em quase todas as dimensões expetando na dimensão “Satisfação com a profissão” onde se encontram Satisfeitos.

Por seu lado, os Técnicos apresentam uma condição de satisfação em todas as dimensões expeto nas dimensões “Condições físicas do trabalho” e “Relações com colegas”, onde se encontram Bastante Satisfeitos.

Por fim os profissionais que se encontram na categoria profissional dos “Outros” mostraram-se Bastante Satisfeito nas dimensões de “Segurança com o Futuro da Profissão”, “Apoio da Hierarquia” e “Condições Físicas do Trabalho” já nas restantes dimensões encontram-se Satisfeitos.

Assim sendo, os “Auxiliares” demonstram mais Satisfação no trabalho na dimensão “Relação com os Colegas”, os “Enfermeiros” na dimensão “Apoio da Hierarquia”, “Condições Físicas do Trabalho” e “Relação com os Colegas”, por seu lado os “Técnicos” demonstram Maior Satisfação na dimensão “Condições Físicas do Trabalho” e os “Outros” na dimensão “Apoio da Hierarquia”.

Tabela 18 - Percentagem de sujeitos Auxiliares e Enfermeiros em cada uma das opções de resposta ao Questionário de Satisfação no Trabalho (N=37)

	Auxiliares					Enfermeiros				
	DT	DP	CD	CP	CT	DT	DP	CD	CP	CT
1. Ninguém reconhece que sou um bom profissional.		36,4	36,4	9,1	18,2	30,8	46,2	23,1		
2. O meu trabalho é muito rotineiro.		9,1	36,4	45,5	9,1	30,8	38,5	15,4	15,4	
3. O progresso na minha carreira é muito lento.		18,2	36,4	36,4	9,1		7,7	23,1	46,2	7,7
4. O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho.	9,1	9,1	45,5	27,3	9,1			15,4	30,8	53,8
5. A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro.		27,3	63,6	9,1			7,7	38,5	38,5	15,4
6. As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem-feitas.	27,3	18,2	27,3	18,2	9,1		7,7	23,1	46,2	23,1
7. A minha relação com os meus colegas é boa.	9,1	9,1	18,2	54,5	9,1			15,4	46,2	38,5
8. A administração da minha empresa tem uma política clara.	27,3	9,1	36,4	18,2	9,1			23,1	30,8	46,2
9. As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis.		18,2	18,2	27,3	36,4			15,4	38,5	46,2
10. O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir	18,2	9,1	54,5	18,2		8,3		58,3	25	8,3
11. O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso.	9,1	9,1	27,3	18,2	36,4			15,4	30,8	53,8
12. O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade.	18,2	9,1	54,5	18,2			7,7	30,8	61,5	
13. A administração da minha empresa explica bem a sua política.	18,2	9,1	45,5	18,2	9,1			15,4	46,2	38,5
14. A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos.	18,2	9,1	54,5	9,1	9,1		7,7	15,4	53,8	23,1
15. Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho.	9,1	9,1	27,3	36,4	18,2			7,7	46,2	46,2
16. A minha profissão dá-me oportunidades de promoção.	18,2	18,2	45,5	18,2		16,7	16,7	41,7	25	
17. As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis.		18,2	9,1	54,5	18,2			15,4	38,5	46,2
18. Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho.		18,2	54,5	18,2	9,1			7,7	53,8	38,5
19. O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho.	18,2		36,4	18,2	27,3			15,4	38,5	46,2
20. Não gosto das pessoas com quem trabalho.	45,5	9,1	27,3	18,2		76,9	7,7	15,4		
21. Ninguém reconhece o meu trabalho.	36,4	36,4	18,2		9,1	61,5	23,1	15,4		
22. Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas.	9,1		27,3	45,5	18,2			23,1	38,5	38,5
23. As condições de trabalho no meu serviço são boas.	9,1	9,1	9,1	45,5	27,3			7,7	38,5	53,8
24. Os meus colegas não me tratam bem.	45,5	36,4	9,1	9,1		84,6		15,4		

DT – Discordo Totalmente, DP – Discordo Parcialmente, CD – Não concordo nem Discordo, CP – Concordo Parcialmente, CT – Concordo Totalmente.

Tabela 19 - Percentagem de Sujeitos Técnicos e outros em cada uma das opções de resposta ao Questionário de Satisfação no Trabalho (N=37)

	Técnicos					Outros				
	DT	DP	CD	CP	CT	DT	DP	CD	CP	CT
1. Ninguém reconhece que sou um bom profissional.	37,5	37,5	25			20	60	20		
2. O meu trabalho é muito rotineiro.	37,5	37,5		25		20	20	40	20	
3. O progresso na minha carreira é muito lento.		12,5	12,5	50	25		20	20	40	20
4. O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho.	12,5	12,5	12,5	50	12,5				60	40
5. A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro.		12,5	50	12,5	25				80	20
6. As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem-feitas.		25		37,5	37,5				60	40
7. A minha relação com os meus colegas é boa.			25	50	25			20	40	40
8. A administração da minha empresa tem uma política clara.		25	37,5	37,5				20	40	40
9. As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis.				75	25			20	60	20
10. O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir	12,5	25	12,5	50		20		20	40	20
11. O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso.		12,5	37,5	25	25				80	20
12. O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade.		12,5	12,5	50	25			20	40	40
13. A administração da minha empresa explica bem a sua política.		37,5	12,5	37,5	12,5			20	60	20
14. A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos.			25	62,5	12,5			20	60	20
15. Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho.		12,5	37,5	37,5	12,5			40	40	20
16. A minha profissão dá-me oportunidades de promoção.		37,5	25	25	12,5			60	20	20
17. As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis.				75	25			20	40	40
18. Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho.				87,5	12,5			60	20	20
19. O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho.			62,5	25	12,5			20	40	40
20. Não gosto das pessoas com quem trabalho.	37,5	25	37,5			60		40		
21. Ninguém reconhece o meu trabalho.	37,5	25	25		12,5	40	20	20	20	
22. Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas.			12,5	75	12,5	20		40	20	20
23. As condições de trabalho no meu serviço são boas.			12,5	50	37,5				60	40
24. Os meus colegas não me tratam bem.	62,5	25	12,5			60		40		

DT – Discordo Totalmente, DP – Discordo Parcialmente, CD – Não concordo nem Discordo, CP – Concordo Parcialmente, CT – Concordo Totalmente

5-CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DE STRESS E SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Procuramos aferir no ponto 5 se existia correlação entre as dimensões do questionário de Stress nos Profissionais de Saúde e as dimensões do questionário de satisfação com o trabalho. Obtemos os resultados que estão presentes na tabela abaixo.

Tabela 20 – resultado da correlação entre as dimensões das escalas de QSTS E QST

	<i>Segurança com o futuro da profissão</i>	<i>Apoio da hierarquia</i>	<i>Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado</i>	<i>Condições físicas do trabalho</i>	<i>Relação com colegas</i>	<i>Satisfação com a profissão</i>
<i>Lidar com clientes</i>	-0,267	-0,077	-0,273	-0,230	-0,347*	-0,193
<i>Relações profissionais</i>	-0,588**	-0,526**	-0,514**	-0,488**	-0,515**	-0,321
<i>Excesso de trabalho</i>	-0,074	-0,031	-0,113	-0,152	-0,275	-0,021
<i>Carreira e remuneração</i>	-0,322	-0,232	-0,207	-0,350	-0,132	-0,452**
<i>Ações de formação</i>	0,047	0,067	-0,095	-0,039	-0,235	0,150
<i>Problemas familiares</i>	0,227	0,310	0,189	0,155	-0,041	0,144

*p <0,05

**p <0,01

A tabela 20 permite constatar a existência de uma correlação negativa de fraca intensidade entre a dimensão “Lidar com Clientes” e a “Relação com os colegas”, a dimensão “Relações Profissionais” e as “Condições Físicas do trabalho” e a dimensão “Carreira e Remuneração” e a “Satisfação com a Profissão”. Destaca-se também, com uma correlação negativa moderada a Dimensão “Relações Profissionais” e a “Segurança com o futuro da Profissão, a dimensão

“Relações Profissionais” e o “Apoio da Hierarquia”, a dimensão “Relações Profissionais” e o “Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado” e por fim a dimensão “Relações Profissionais” com a dimensão “Relações com os colegas. Por fim, importa também realçar a Dimensão “Carreira e Remuneração” que se correlaciona com a dimensão “Satisfação com a Profissão”.

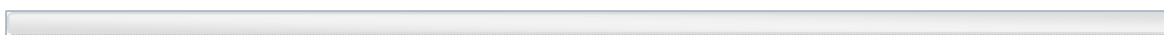
Verifica-se também através da tabela 20, que existe uma correlação mais forte na Dimensão “Relações Profissionais” da escala de stress com as dimensões “Segurança com o futuro da profissão”, “Apoio da Hierarquia” e “Reconhecimento pelos outros do trabalho Realizado” da escala de satisfação. Pode existir uma correlação mais forte entre estas dimensões devido ao facto de, o papel que desempenham na organização, o relacionamento com os colegas, a estrutura e clima organizacional e a carreira, serem fundamentais para a satisfação no trabalho e a inexistência de stress (Ramos,2001). Importa referir que os resultados negativos indicam uma correlação negativa entre as duas variáveis, logo se uma aumenta a outra diminui, neste caso específico, quando o nível de Stress aumenta a satisfação com o trabalho diminui.

A situação economia, laboral e social que o país atravessa e o nível de vida que temos atualmente faz com que estejamos mais propícios ao stress (Ramos,2001). A situação laboral é uma questão preocupante pois se por um lado o futuro numa determinada profissão é cada vez mais instável, por outro a carreira profissional representa a história de trabalho de uma pessoa sendo importante para a mesma evoluir e ter mais responsabilidades na organização onde trabalha ou arranjar um trabalho melhor (Ramos, 2001).

Por outro lado, a comunicação com os colegas, os superiores e subordinados também é muito importante para que o indivíduo se sinta satisfeito no local de trabalho e não apresente sinais de stress. O ambiente é mais favorável no local de trabalho se a comunicação e a troca de ideias for estimulada e uma constante, sendo que, a avaliação que é feita do seu desempenho no local de trabalho também é importante (Ramos, 2001).

Por fim, e não menos importante vem a relação com os colegas sendo que “as relações precárias, fracas ou pobres entre colegas de trabalho estão associadas a sentimentos de ameaça, desconfiança, baixo suporte, reduzido apoio interpessoal e ausência de empatia” (Ramos, 2001: 97), é assim essencial que a mesma seja harmoniosa uma vez que tal é fundamental para o bom clima organizacional, para o indivíduo se sentir mais seguro e apoiado (Ramos, 2001).

CONCLUSÃO



O envelhecimento populacional que tem ocorrido em Portugal, trouxe consigo um aumento do número de cidadãos com idade superior a 65 anos. O que fará de Portugal, segundo estudos realizados pelo INE (2015), um dos países da União Europeia com maior número de idosos e menor natalidade e consequentemente menos população ativa. Devido a tal fenómeno aumentarão, como já estão a aumentar atualmente, o número de doentes crónicos com patologias de natureza degenerativas e incapacitantes.

É neste contexto que surgiu, em 2006, através do Decreto-Lei nº1001/2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada em parceria com o Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social. A mesma é constituída por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados, tanto na residência do cliente como nas instalações próprias. Esta rede tem como objetivo prestar apoio integrado nas áreas da saúde e da segurança social através de equipas multidisciplinares que atuam no terreno tendo a colaboração dos hospitais e centros de saúde.

Estas respostas devem ser adaptadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e às diferentes ocasiões e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que respeita à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar.

Entre as diferentes tipologias de unidades que integram a rede, as unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação destinam-se a doentes que necessitam de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial para recuperação de processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico que tenha originado perda de autonomia recuperável, podem permanecer nesta unidade entre 30 a 90 dias. Já as Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção e destinam-se a pessoas com doenças crónicas e diferentes níveis de dependência que não podem receber cuidados em casa ou na instituição onde estão. Ambas podem coexistir numa só Instituição. Prestam cuidados de saúde de manutenção que retardem ou previnam o agravamento do estado do doente, favorecendo a qualidade de vida e conforto, prestam também apoio social. Internamento superiores a 90 dias, (Guia Prático). As unidades de Média duração e Reabilitação e as de Longa duração e Manutenção podem coexistir na mesma instituição.

As exigências e expectativas que se criam em torno dos cuidadores formais nas Unidades de Cuidados Continuados são por vezes demasiado elevadas o que cria situações de stress e

insatisfação no trabalho. É com base nesta ideia que foi definida a questão que orientou esta investigação, que tem como pergunta de partida: Qual a incidência e os preditores de stress profissional e satisfação no trabalho nos prestadores de cuidados formais na Unidade de Cuidados Continuados da Região Alentejo. Esta questão ganha particular pertinência dada a importância das instituições conhecerem os níveis de stress e de satisfação dos seus colaboradores. A nossa análise centrou-se na caracterização dos cuidadores formais que trabalham numa Unidade de Cuidados Continuados da região Alentejo recorrendo à avaliação das fontes de stress e satisfação no trabalho, e abordando a forma como os cuidadores formais perspetivam a prestação de cuidados continuados ao idoso.

Investigações anteriores (Ribeiro, 2005; Delbrouck, 2006) referem que “estudos efetuados ao nível dos Profissionais de saúde têm comprovado a exposição destes profissionais a algumas fontes de stress, nomeadamente o excesso de trabalho ou a escassez dele, o excesso ou défice de responsabilidades e progressão na carreira (Ribeiro,2005), a ambiguidade de papéis, conflito entre colegas e dificuldades relacionais com o doente (Delbrouck, 2006, cit. Miranda, 2011)”.

A análise dos dados recolhidos permite concluir que embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas as cuidadoras de sexo feminino apresentam um nível de stress mais elevado que o sexo masculino, verificamos também que, embora não haja diferenças significativas, as principais fontes de stress estão relacionadas com o relacionamento com os clientes, com a carreira e com a remuneração do cuidador formal. Um outro fator de stress, com valores mais elevados no sexo feminino prende-se com os problemas familiares que apresentam uma diferença estatisticamente significativa quando comparadas com os homens. No que diz respeito aos níveis de stress consoante a categoria profissional concluímos que em quase todas as categorias se encontra no estado de stress moderado exceto a categoria profissional “Outros” que apresenta níveis de pouco stress, ainda assim as diferenças não são estatisticamente significativas. Importa referir também que no geral os inquiridos acham que a sua profissão lhe provoca stress moderado (48,6%).

Foi, igualmente, considerada a relação entre a prestação de cuidados continuados e a prestação de cuidados continuados a idosos. Os resultados obtidos permitem concluir que estes profissionais não consideraram que prestar cuidados continuados a idosos represente um problema, não fazem a distinção relativamente a outros utentes, nem representam uma sobrecarga de trabalho para a equipa.

No que à satisfação diz respeito concluímos que em média a amostra se encontra satisfeita com o trabalho (M=3,7, numa escala que varia entre 1 e 5) embora o sexo feminino tenha

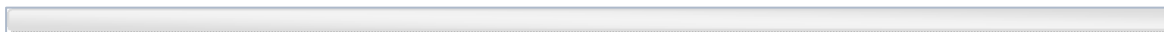
apresentado menor nível de satisfação que o sexo masculino. Importa referir que, através dos valores obtidos o sexo masculino se encontra bastante próximo da condição de bastante satisfeito com o trabalho. Já tendo em conta as categorias profissionais, são os auxiliares que se encontra menos satisfeitos com o trabalho.

A análise da correlação o nível de stress e a satisfação permitiu concluir que existe uma forte relação entre o stress e a satisfação no trabalho nas dimensões “Relações profissionais” do questionário de stress e as seguintes dimensões do questionário do trabalho: “segurança com o futuro da profissão”; “apoio da hierarquia”; “condições físicas do trabalho”; “reconhecimento pelos outros do trabalho realizado” e relações com os colegas. Existem também uma forte relação entre a dimensão “carreira e remuneração” do questionário de stress e a dimensão “satisfação com o trabalho” do questionário de satisfação com o trabalho. Obtemos nas dimensões mencionadas valores negativos o que indica uma correlação de sentido negativo. Por fim importa referir que esses valores negativos indicam que se uma dimensão aumenta a outra diminui ou seja se o stress aumentar, a satisfação com o trabalho diminui.

Importa também focar as limitações do presente estudo, em primeiro lugar no que ao número da amostra diz respeito, o facto de a mesma ser pequena pode ter dificultado a verificação de diferenças estatisticamente significativas entre grupos. Em segundo lugar, a dimensão do instrumento utilizado neste estudo pode ter sido excessiva e ter limitado o número de participantes. E por último pode ter também representado uma limitação o facto de todos os instrumentos que compõem o questionário serem de autorrelato o que pode ter originado alguma dificuldade na sua interpretação.

Contudo, apesar das limitações apresentadas, pensamos ter dado um contributo no que se refere ao estudo do stress ocupacional e satisfação no trabalho e esperamos que, com a nossa investigação, possamos alertar para a necessidades de se continuar a investir na prevenção do stress nos prestadores de cuidados continuados que permitam ao trabalhador sentir-se satisfeito com o serviço que presta.

BIBLIOGRAFIA



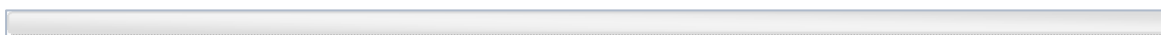
- A Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Orientações para a sua continuação nos Centros de Saúde, 2007. Consultado a 20 de Julho de 2015, em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Orientacoes-para-a-constituicao-nos-centros-de-saude2.pdf>;
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, consultada a 29 de Setembro de 2016, em: <http://www.apcp.com.pt/faq.html>;
- Bessa, A. M. (1993). *Quem governa? uma análise histórico-política do tema da elite*;
- Boudon, R. (1990). Os Métodos em Sociologia. col. *Prisma, Ed, Rolim, Lisboa*;
- Calha, A. (2012), “Contributo para a definição de uma tipologia de comportamentos e atitudes face aos sintomas de doença” in Atas do VII Congresso Português de Sociologia;
- Calha, A., Chambel, D., (2016) Nível de sobrecarga subjectiva em cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Millenium, journal of Education, Technologies, and Health* 2 (1), 195-201.
- Cabral, S., Nunes, I., Correia., E., Rute, A. *Pela Sua Saúde – Higiene do Idoso*, magazine33. Consultado a 10 de Outubro em: http://www.amera.com.pt/ficheiros_saude/magazine33_pss.pdf;
- Calha, A. (2014). Saúde, bem-estar e convivialidade dos idosos - Portugal e Espanha, diferenças e semelhanças, no contexto europeu. In A. Anica; A. Fragoso; C. Ribeiro e C. Sousa (Coor.) *Envelhecimento Ativo e Educação*, (pp. 30-40) Faro: Universidade do Algarve.
- Calha, A. (2015). The senior condition in Southern Europe and Scandinavia. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 527-542;
- Coelho, Lina. *Mulheres, família e desigualdade em Portugal*. Diss. Universidade de Coimbra, 2010;
- Couto, B., Branco, F., Joaquim, H., Matias, M., Oliveira, M, Miranda, M., (2007) *Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados*. Divisão da qualidade – Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde, Lisboa;
- Custódio, C. M. D. F. (2008). *Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado* (Doctoral dissertation);
- Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de Julho, artigo 3º;

- Decreto-Lei n.º281/2003, de 8 de Novembro, publicado em D.R. n.º 259, 1ª série, 8 de Novembro;
- Decreto-lei n.º101/2006, de 6 de Junho, publicado em D.R. n.º109, 1ª série, de 6 de Julho;
- Diário da Republica, 1ª Série Nº 174 – 10 de Setembro de 2014;
- Dionísio, B. M. *Os velhos ao espelho eo reflexo dos outros: imagens, percepções e atitudes em torno da velhice*. In *Fórum Sociológico* (No. 5/6, pp. 241-55);
- Espinheira, S. *Famílias de Acolhimento de Idosos*. Sílvia Espinheira;
- Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2007). *Envelhecer ativo, envelhecer saudável: o grande desafio*. In *Fórum Sociológico* (Vol. 17, pp. 11-16);
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Ferreira, V. (2010). *A igualdade de mulheres e homens no trabalho e no emprego em Portugal*. Políticas e Circunstâncias. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e Emprego;
- Gomes, A. R., Cruz, J. F. A., & Cabanelas, S. (2009). *Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses*;
- Gonçalves, S. (2010). *Cuidados continuados integrados*. Almedina (Ed.), 30, 561-599;
- Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, (2014), N37 – v4.16, Instituto da Segurança Social;
- Instituto Nacional de Estatística, Consultado a 25 de Abril de 2016, em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE;
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. Atividades. Lisboa. Edições Ambar;
- Lara, A. S. (2005) *Ciência Política – Estudo da Ordem e da Subversão*, Lisboa, ISCSP;
- Leite, M. C. D. S. B. (2013). *Satisfação no trabalho: determinantes organizacionais e pessoais mais relevantes*;
- Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., ... & Eliseu, G. (2010). *Plano Nacional de saúde 2011-2016: Cuidados Continuados integrados em Portugal—analizando o presente, perspetivando o futuro*;
- Manual do Prestador – recomendações para a Melhoria Continua, (2011). Consultado a 20 de Julho de 2016, em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf;
- Martins, R. M. (2006). *Envelhecimento e políticas sociais*. Millenium, 126-140.;
- Mauritti, R. (2004). *Padrões de vida na velhice*. *Análise Social*, 339-363;

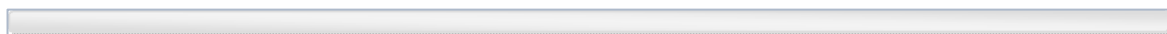
- Melgosa, J. (1996). *Sem Stress*, Editorial Safeliz. S.L;
- Miranda, S. C. C. (2011). *Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental* (Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa);
- Moreira, C. D. (1994). *Planeamento e estratégias da investigação social*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa;
- Organização Mundial de Saúde, Consultado a 20 de Setembro de 2016, em: <http://www.who.int/eportuguese/countries/prt/pt/>;
- Pasquali, L. (2009). A medida psicométrica. *Instrumentação Psicológica: Fundamentos e práticas*, 104;
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stresse no trabalho*;
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Segurança Social atualizado em 04-09-2015. Consultado a 12 Janeiro de 2015, em http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci?p_p_id=56_INSTANCE_tj7Q&p_p_lifecycle=1&p_p_state=exclusive&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&_56_INSTANCE_tj7Q_struts_action=%2Fjournal_content%2Fexport_article&_56_INSTANCE_tj7Q_groupId=10152&_56_INSTANCE_tj7Q_articleId=132222&_56_INSTANCE_tj7Q_targetExtension=pdf;
- Ribeiro, J. Questionário de Satisfação com o Trabalho;
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lisboa: Lidel;
- Rocha, A. P. D. M. F. (2007). *O autoconceito dos idosos* (Doctoral dissertation);
- Rosa, M. J. V. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Salomé, J. (2011). *Sobreviver no Mundo do Trabalho*, Sinais de Fogo – Publicações L.da;
- Sampieri, R.H., Collado, C.H., Lucio, P.B. (2006), *Metodologia de Pesquisa*, 3.^a edição;
- Sanches, A. (2015) *Desigualdade salarial entre homens e mulheres agravou-se em Portugal*, consultado a 28 de Setembro de 2016 em <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/desigualdade-salarial-entre-homens-e-mulheres-agravouse-em-portugal-1714982>;
- Santos, B. (2013). *Satisfação no trabalho: o caso de um banco* (Doctoral dissertation, Escola Superior de Ciências Empresariais);

- Santos, F., C., Tavares, D., R. (2010). *Violência na Pessoa Idosa Inserida na Família*. Consultado a 20 de Janeiro de 2016, em: http://www.actassnip2010.com/conteudos/actas/Geront_10.pdf;
- Segurança Social <http://www.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>;
- Serviço Nacional de Saúde, consultado a 20 de Setembro de 2016, em: <https://www.sns.gov.pt/sns/>;
- Silva, S. A. M. D. (2014). *Autonomia e integração social dos idosos que vivem em lar: reflexões a partir de um inquérito aplicado no Concelho da Póvoa de Varzim (Doctoral dissertation)*.
- TVI24, (2016), *Salários: a diferença entre homens e mulheres*, consultado a 28 de Setembro de 2016, em: <http://www.tvi24.iol.pt/economia/dinheiro-pessoal/salarios-a-diferenca-entre-homens-e-mulheres>;
- *Um Manual de Estatística*, Consultado a 10 de Outubro de 2016 em http://www.bertolo.pro.br/AdminFin/StatFile/Manual_Estatistica.htm;
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing: a policy framework*. Genebra, 2002.

ANEXOS



Anexo I



Pedido de autorização para a utilização do questionário de Stress

cláudia lavado <claudialavado.as@gmail.com>

14/09/15 ☆



para rgomes ▾

Ex. mo Professor Doutor Rui Gomes

O meu nome é Cláudia Lavado, sou aluna do Curso de Mestrado em Gerontologia do Instituto Politécnico de Portalegre. Encontro-me a desenvolver a dissertação de mestrado subordinada ao tema "Stress Ocupacional dos Cuidadores Formais que desempenham funções em Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação". Venho, por este meio, solicitar a V/ Excelência a autorização para a utilização do Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde. Mais Informo que a autoria do questionário será devidamente referida e citada no meu trabalho. Por fim acho importante referir que todo o meu trabalho será supervisionado pelo Professor, Doutor António Calha.

Grata pela atenção.

Sem outro assunto,

Cláudia Lavado

Assistente Social

Email: claudialavado.as@gmail.com

António Rui Silva Gomes <rgomes@psi.uminho.pt>

14/09/

para mim ▾

Ok, bom trabalho

Rui Gomes

Professor Auxiliar / Assistant Professor

Universidade do Minho / University of Minho

Escola de Psicologia / School of Psychology

Campus de Gualtar

4710-057 Braga

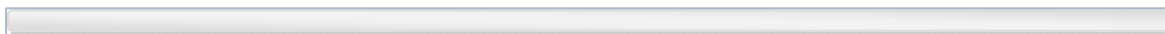
Portugal

Tel: [+351 253.604.232](tel:+351253604232) / Fax: [+351 253.604.224](tel:+351253604224). Gabinete 1018

www.psi.uminho.pt (Escola de Psicologia / School of Psychology)

www.ardh-qi.com/ (Grupo de investigação / Research Group)

Anexo II



Pedido de Autorização para a utilização do questionário de Satisfação

Stress ocupacional e satisfação dos cuidadores formais que desempenham funções numa Unidade de Cuidados Continuados da Região Alentejo

cláudia lavado <claudialavado.as@gmail.com>

26/10/15 ☆



para Jose ▾

Ex. mo Professor Doutor José Luis Pais Ribeiro

O meu nome é Cláudia Lavado, sou aluna do Curso de Mestrado em Gerontologia do Instituto Politécnico de Portalegre. Encontro-me a desenvolver a dissertação de mestrado subordinada ao tema "Stress Ocupacional dos Cuidadores Formais que desempenham funções em Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação". No mesmo estudo pretendo também aferir os níveis de Satisfação no Trabalho dos colaboradores. Venho, por este meio, solicitar a V/ Excelência a autorização para a utilização do Questionário de Satisfação no Trabalho. Mais Informo que a autoria do questionário será devidamente referida e citada na minha dissertação. Por fim acho importante referir que todo o meu trabalho será supervisionado pelo Professor, Doutor António Calha.

Grata pela atenção.

Sem outro assunto,

Cláudia Lavado

Assistente Social

Email: claudialavado.as@gmail.com

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

26/10/15

para mim ▾

Cara colega
Autorizo o uso do questionário de Satisfação com o Trabalho
Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

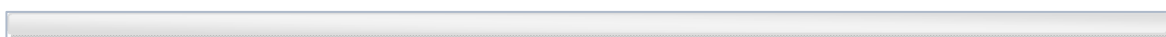
mobile phone: (351) 965045590

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

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Anexo III



Instrumento de recolha de dados

Questionário

Sou aluna do Curso de Mestrado em Gerontologia do Instituto Politécnico de Portalegre. Este estudo insere-se no Projeto / Tese, cujo tema é “Stress ocupacional e satisfação dos cuidadores formais que desempenham funções numa unidade de cuidados continuados da Região Alentejo”.

Ao aplicarmos este questionário pretendemos aferir “Qual a incidência e os preditores de stress profissional e satisfação no trabalho nos prestadores de cuidados formais numa Unidade de Cuidados Continuados da Região Alentejo”.

Para isso agradecemos a sua colaboração, respondendo às questões abaixo descritas, o mais sinceramente possível, pois só assim conseguiremos realizar um trabalho viável.

Parte I – Caracterização Sociodemográfica

1.1. Sexo: ₁ Masculino ₂ Feminino

1.2. Idade _____.

1.3. Estado Civil:

₁ Solteiro

₂ Casado

₃ Divorciado

₄ Viúvo

1.4. Tem filhos ainda a seu cargo? ₁ Não ₂ Sim. Quantos? _____.

1.5. Tem outras pessoas a seu cargo (exemplo: pai, mãe, sogro, sogra...)?

₁ Não ₂ Sim. Quantas? _____

1.6. Categoria Profissional _____.

1.7. ;Há quantos anos exerce essa profissão? _____.

1.8. Há quantos anos trabalha na Instituição? _____.

1.9. Qual o tipo de contrato que mantém com a instituição?

₁ Contrato a tempo indeterminado;

₂ Contrato a prazo;

₃ Prestação de serviço (recibos-verdes);

₄ Estágio;

₅ Outra. Qual? _____.

1.10. Quais as suas habilitações literárias?

₁ Ciclo de Ensino Básico (4º Ano);

₂ 2º Ciclo de Ensino Básico (6º Ano);

₃ 3º Ciclo de Ensino Básico (9º Ano);

₄ Ensino Secundário (12º Ano);

₅ Licenciatura;

₆ Mestrado.

₇ Outra. Qual? _____.

1.11. Aproximadamente quantas horas trabalha por semana? _____.

1.12. Trabalha por Turnos? ₁ Não ₂ Sim

1.13. Qual das seguintes situações descreve melhor o seu horário de trabalho habitual?

₁ Horário diurno durante a semana

₂ Horário noturno durante a semana

₃ Horário por turnos rotativos

₄ Horário por turno fixo

1.14. Como avalia o seu nível de integração na equipa da instituição onde trabalha?

Nada Integrado

Pouco Integrado

Indeciso

Integrado

Muito Integrado

₁

₂

₃

₄

₅

1.15. Se tivesse essa possibilidade, qual a probabilidade de deixar de trabalhar nesta instituição?

Nada Provável

Pouco Provável

Indeciso

Provável

Muito Provável

₁

₂

₃

₄

₅

1.16. Se tivesse essa oportunidade, com que probabilidade mudaria de profissão?

Nada Provável Pouco Provável Indeciso Provável Muito Provável

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

1.17. Trabalha parcialmente em mais alguma instituição? ₁ Não ₂ Sim

1.18. Se respondeu sim, diga quantas horas, por semana trabalha nessa Instituição ____.

Parte II –Stress nos Profissionais de Saúde

2. Como avalia o nível de stress que a sua atividade profissional lhe provoca?

Nenhum stress Pouco stress Stress moderado Bastante Stress Stress elevado

₁ ₂ ₃ ₄ ₅

2.1 Para cada uma das afirmações/situações seguintes identifique o nível de stress que sente habitualmente:

	Nenhum stress	Pouco Stress	Stress Moderado	Bastante Stress	Stress Elevado
1. Na minha atividade profissional, tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes causa-me ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho causa-me ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. A falta de perspetivas de desenvolvimento e progressão na carreira provoca-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Trabalhar muitas horas seguidas causa-me ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares causa-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Falar ou fazer apresentações em público provoca-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores causa-me ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim provoca-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho causa-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. A Falta de perspetivas de progressão na carreira provoca-me	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar provoca-me ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático provoca-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Receber um salário baixo causa-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Gerir problemas graves dos meus clientes causa-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas provoca-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais provoca-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho causa-me ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Preparar ações de formação sob a minha responsabilidade provoca-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos) causa-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes provoca-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21. Comportamentos desajustados e/ou in Adequados de colegas de trabalho causa-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho provoca-me...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23. Salário inadequado/insuficiente causa-me ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24. Realizar atividades de formação sob a minha responsabilidade causa-me ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.) provoca-me ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Parte III – Forma como o cuidador formal perspetiva a especificidade do Idoso

3. Qual o seu nível de concordância com as seguintes afirmações?

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. No meu trabalho é mais difícil lidar com os Idosos do que com pessoas mais novas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. No que diz respeito aos cuidados de higiene acho que é mais fácil presta-los a pessoas mais velhas que a doentes mais novos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. A nível da alimentação, acho que os doentes mais novos são menos exigentes que os idosos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. No dia-a-dia do meu trabalho é mais complicado gerir as expectativas e frustrações do doente idoso no que diz respeito à sua recuperação do que dos utentes mais novos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. É mais difícil gerir as expectativas dos familiares em relação à recuperação do idoso doente do que dos utentes mais novos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Neste serviço os idosos não se distinguem dos restantes utentes em termos das exigências de cuidados que são prestados	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Ainda que haja exceções, a maioria dos utentes idosos que	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

passam por esta unidade são muito semelhantes					
8. Os utentes idosos exigem mais atenção dos funcionários que os utentes mais novos	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Os utentes idosos são mais irritáveis, reclamadores e desagradáveis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Parte IV - Satisfação com o Trabalho

4. Responda, perguntando a si mesmo: Atualmente, no meu trabalho, sinto que....

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Ninguém reconhece que sou um bom profissional.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. O meu trabalho é muito rotineiro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. O progresso na minha carreira é muito lento.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. O meu chefe direto dá-me sugestões para eu fazer melhor o meu trabalho.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. A minha profissão é uma profissão com segurança para o futuro.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. As pessoas reconhecem quando faço as coisas bem-feitas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. A minha relação com os meus colegas é boa.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. A administração da minha empresa tem uma política clara.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. As condições de trabalho no meu serviço são confortáveis.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

10. O meu tipo de trabalho dá poucas oportunidades para progredir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. O meu chefe direto dá-me todo o apoio de que preciso.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. O meu trabalho permite-me a expressão de criatividade.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. A administração da minha empresa explica bem a sua política.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. A minha profissão dá-me oportunidade de desenvolver novos métodos.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. Os meus chefes estimulam-me a fazer melhor o meu trabalho.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. A minha profissão dá-me oportunidades de promoção.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. As condições físicas do meu local de trabalho são agradáveis.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Os meus colegas dão-me sugestões e ajudam-me a melhorar o meu trabalho.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19. O meu superior imediato ajuda-me a realizar melhor o meu trabalho.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20. Não gosto das pessoas com quem trabalho.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
21. Ninguém reconhece o meu trabalho.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22. Fiz amizades muito duradouras entre os meus colegas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23. As condições de trabalho no meu serviço são boas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24. Os meus colegas não me tratam bem.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Obrigado!

Anexo IV

Pedido de autorização à instituição para aplicação do Instrumento e sua autorização

Capítulo 1
1.1.1

Eu, Cláudia Sofia Fonseca Lavado, Aluna do Instituto Politécnico de Portalegre, atualmente a desenvolver a tese de investigação para obter o Grau de Mestre em Gerontologia, Subordinada ao tema "Stress Ocupacional dos Cuidadores Formais que desempenham funções em Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação", sobre orientação do Professor Doutor António Colha, venho por este meio solicitar a vossa Excelência que autorize a aplicação do questionários a todos os funcionários que trabalham na Unidade de Cuidados Continuados.

O meu estudo tem como ponto de partida a especificidade dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação procuramos, com esta investigação, responder à seguinte questão: Qual a incidência e os preditores de stress profissional nos prestadores de cuidados formais em três Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração da região Alentejo?

Tendo assim como objetivo caracterizar socio-demograficamente os cuidadores formais; apurar como o cuidador formal perspetiva a especificidade do trabalho com os idosos no âmbito dos cuidados prestados nas Unidades de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação; Aferir os níveis de stress ocupacional. Identificar causas que podem estar na origem do stress no trabalho e Avaliar o nível de satisfação dos cuidadores com o trabalho que desempenham na unidade.

A escolha do tema prende-se com o facto de este me suscitar um enorme interesse devido à sua abrangência. Prende-se também pelo facto de, atualmente, o stress e a satisfação serem fatores importantes para o bom funcionamento de uma instituição.

Serve assim, a presente Carta para pedir autorização para a aplicação do questionário na vossa Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação.

Entrada Nº 361 / 2016
Processo Nº 41
CB 01,16

A recolha de informação deverá ser realizada entre o mês de Janeiro e Fevereiro do Ano de 2016.

Comprometo-me a respeitar as regras deontológicas, bem como o envio do trabalho caso me seja solicitado.

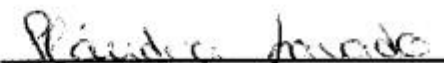
Em Anexo encontra-se o instrumento de recolha de dados.

Contactos : 965794459 ou claudialavado.as@gmail.com

Pede deferimento,

Estremoz, 21 de Dezembro de 2015

A Afuna


Cláudia Lavado