

Carla Maria Gomes Ferreira

Contributos Educativos para evitar o Stresse Profissional nos Terapeutas Ocupacionais



Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Departamento de Ciências da Educação

Porto

Outubro de 2013

Carla Maria Gomes Ferreira

Contributos Educativos para evitar o Stresse Profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Portucalense para
obtenção do grau de Doutor em Educação

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Zaida Azeredo



Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Departamento de Ciências da Educação

Porto

Outubro de 2013

Agradecimentos

A TODAS as pessoas que se têm cruzado ao longo da minha vida, o meu profundo e sincero agradecimento pelas aprendizagens que me conduziram à concretização deste trabalho e à pessoa que hoje sou.

À minha família, amigos, colegas de trabalho, que me apoiaram tanto, através de palavras, de abraços, de gestos, de ações ou simplesmente pela presença.

Um especial agradecimento aos meus pais pela educação e valores que me transmitiram e que têm pautado a minha vida. Ao meu irmão, por todo o apoio que me deu ao longo desta caminhada, por ter sempre acreditado em mim e me ter incentivado a olhar em frente.

A todos vocês dedico este trabalho, pois de outra forma, este nunca se teria concretizado.

O meu Muito Obrigada!

Resumo

As profundas mudanças no mundo do trabalho à escala mundial, têm gerado um aumento vertiginoso de doenças relacionadas com o trabalho, nomeadamente o stresse, com um forte impacto na saúde dos trabalhadores, das organizações onde trabalham e da sociedade em geral (Eurofound, 2012; ILO, 2011; Lundberg & Cooper, 2011).

O contexto de saúde apresenta particularidades, já que afeta não só a saúde dos seus profissionais, como também poderá afetar os cuidados daqueles que recorrem aos seus serviços (Cooper, Dewe, & O'Driscoll, 2001; NIOSH, 2008; Sacadura-Leite & Uva 2012).

A aprendizagem ao longo da vida, em que as competências e conhecimentos do indivíduo se desenvolvem de forma ininterrupta nas várias dimensões da sua vida ao longo de um *continuum* educativo, nas várias modalidades de aprendizagem, formal, não formal e informal, nunca foi tão valorizada como no atual contexto da nossa sociedade (Antunes, 2008; Pires, 2005; Comissão Europeia, 2000). A literatura mostra que as competências para lidar em situações de stresse podem ser aprendidas e desenvolvidas (Frydenberg, 1996; Lipp, 2009), dando-se e cada vez mais atenção ao desenvolvimento de currículos escolares que promovam estas competências.

Conhecer as fontes e o nível global de stresse que afeta a classe dos profissionais de Terapia Ocupacional (TO), identificando quais as competências que consideram importantes para lidar com o Stresse Relacionado com o Trabalho (SRT), propondo ações no âmbito da educação para a sua prevenção, constitui a finalidade deste estudo.

O estudo é de natureza observacional, analítico, transversal, de carácter misto: quantitativo e qualitativo. Para tal, construiu-se um questionário dirigido aos Terapeutas Ocupacionais a trabalhar em Portugal, no qual consta informação para caracterizar os profissionais inquiridos, bem como o instrumento QSPSS (Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde), o qual nos permitiu conhecer o nível global de stresse, bem como as dimensões que mais atingem esta classe profissional. Foram recebidas 279 respostas, um número bastante expressivo, tendo em conta o número total de profissionais de

Terapia Ocupacional a trabalhar em Portugal. A análise dos dados revelou que o profissional de Terapia Ocupacional apresenta um nível global de stresse alto (50,2%) (junção dos valores de likert de moderado a elevado stresse) e as principais dimensões de stresse que afetam esta classe profissional são o Lidar com clientes, Relações Profissionais, Excesso de trabalho e Carreira e remuneração; 84,2% dos TOs referem a falta de reconhecimento da profissão como causa de stresse; 87,7% consideram que o local de trabalho os influencia muito no seu desempenho profissional e globalmente, evidencia-se um claro reconhecimento quanto à importância do desenvolvimento das competências interpessoais e intrapessoais, para responder perante os desafios colocados no seu contexto de trabalho, bem como e especificamente as relacionadas com o SRT.

Face a estes resultados e indo ao encontro da finalidade do nosso estudo, no último capítulo, apresentámos proposta de ações educativas que visam aumentar as competências dos TOs para lidar com SRT.

Abstract

The profound changes in the world of labor worldwide, have generated staggering increase of work-related illnesses, including stress, with a strong impact on worker's health, in the organizations where they work and society in general (Eurofound, 2012; ILO, 2011; Lundberg & Cooper, 2011).

The health context presents particularities, as it affects not only the health of its employees, but also may affect the care of those who use its services (Cooper , Dewe, & O'Driscoll, 2001; NIOSH, 2008; Sacadura-Leite & Uva, 2012) .

The lifelong learning, in which the skills and knowledge of the individual develop continuously in the various dimensions of their life along a continuum of education in the various modes of learning , formal , non-formal and informal , has never been valued as in the current context of our society (Antunes, 2008; Pires, 2005, European Commission, 2000). The literature shows that the skills to cope in stressful situations can be learned and developed (Frydenberg, 1996; Lips, 2009), increasing attention to the development of curricula that promote these skills.

Knowing the sources and the overall level of stress that affects the class of professionals of Occupational Therapy (OT), identifying the skills that are important to deal with the Work Related Stress, proposing actions in education for their prevention is the ultimate purpose of this study.

The study is observational, analytical, cross-sectional, mixed tipology: quantitative and qualitative. To this end, we built a questionnaire to Occupational Therapists working in Portugal, which contained information to characterize the professionals surveyed, as well as the instrument QSPSS (Stress Questionnaire in Health Professionals), which allowed us to know the overall level of stress as well as the dimensions that most affect this professional class. 279 responses were received, a number quite significant, taking into account the total number of Occupational Therapy professionals working in Portugal. Data analysis revealed that the professional Occupational Therapy has a high overall level

of stress (50.2 %) (junction of the Likert values of moderate to high stress) and the main dimensions of stress that affect this professional class are Coping with clients, Professional Relations, Overworking and Career and pay; 84.2 % of OTs refer to the lack of recognition of the profession as a cause of stress; 87.7 % believe that the workplace influence a lot in their professional and globally, it is evident a clear recognition of the importance of the development of interpersonal and intrapersonal skills, to answer to the challenges in their work context as well, and specifically those related to the Work Related Stress.

Given these results and meeting the purpose of our study, in the last chapter, we presented a proposal for educational actions aimed at increasing the skills of TOs to deal with Work Related Stress.

Sumário

Capítulo I

Índice de Gráficos	15
INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1. QUANDO O TRABALHO É CAUSA DE DOENÇA	24
1.1. Abordagem global ao problema	25
1.2. Mudanças no trabalho num mundo em rápidas mudanças	29
1.3. Transformações na natureza dos riscos e impacto na saúde dos trabalhadores....	33
1.4. Contextos de trabalho dos profissionais de saúde	37
2. STRESSE RELACIONADO COM O TRABALHO	41
2.1. Evolução do conceito.....	42
2.2. O conceito de stresse relacionado com o trabalho	43
2.2.1. Causas do stresse relacionado com o trabalho	45
2.2.2. Consequências do Stresse relacionado com o trabalho	50
2.3. Stresse nos profissionais de saúde	53
2.4. Prevenção/Gestão do stresse relacionado com o trabalho em contexto de saúde.....	57
3. EDUCAÇÃO E SAÚDE: SINERGIAS NA SOCIEDADE ATUAL	60
3.1. Educação: conceitos atuais e desafios para o século XXI.....	61
3.2. Saúde: Conceito em movimento, mudança de paradigma e determinantes.....	67
3.3. Sinergias entre educação e saúde: Co-implicação de conceitos	72
3.4. Educação para a Saúde e Promoção para a Saúde: evolução e conceitos atuais...	78
3.5. Promoção e Educação para a Saúde relacionadas com o trabalho.....	83
4. A APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA: CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	96
4.1. Da Educação permanente à Aprendizagem ao longo da vida: tendências no mundo atual.....	97
4.2. Conceito de competência e desenvolvimento pessoal.....	101
4.3. Novas competências dos profissionais de saúde.....	109
4.4. Desenvolvimento pessoal e pontes com o Stresse	113
5. O TERAPEUTA OCUPACIONAL E A FORMAÇÃO	117
5.1. A evolução do ensino das Tecnologias da Saúde em Portugal	119
5.2. História da Profissão de Terapia Ocupacional	122
5.3. Ensino e formação do Terapeuta Ocupacional	126
5.3.1. Processo de Bolonha e a Terapia Ocupacional	128

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	135
6.1. Tipo de estudo e objetivos de investigação.....	137
6.2. Hipóteses de investigação e questões orientadoras	138
6.3. Definição da amostra	140
6.4. Instrumento de recolha de dados	141
6.5. Recolha de dados e procedimentos.....	146
6.6. Tratamento dos dados	146
6.6.1 <i>Tratamento dos dados qualitativos</i>	147
6.6.2 <i>Tratamento dos dados quantitativos</i>	148
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	150
7.1 – Caracterização da amostra do estudo	152
7.2 – Apresentação e análise descritiva dos dados	154
7.3 – Apresentação dos resultados em função das hipóteses e das questões de investigação	168
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS DADOS	195
8.1. Discussão dos dados em função de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais da população avaliada	197
8.2 - Apresentação e análise dos dados em função das Hipóteses e das Questões de investigação	205
CAPÍTULO V - PROPOSTAS DE LINHAS ORIENTADORAS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO: AS CONCLUSÕES.....	238
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	255
ANEXOS	293
ANEXO 1: Questionário: Stresse Profissional nos Terapeutas Ocupacionais	294

Lista de abreviaturas e siglas

APTO – Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional

CESPU – Escola Superior de Saúde do Vale do Souda do Instituto Politécnico de saúde do norte

D.L. - Decreto-Lei

DGES – Direcção-Geral do Ensino Superior

DR - Diário da República

ECTS - Sistema europeu de transferência de créditos

EUROFOUND - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

EpS – Educação para a Saúde

ESTSP – Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto

ESSA – Escola Superior de Saúde do Alcoitão

IPL – Instituto Politécnico de Beja

ISAVE – Instituto Superior de Saúde do Alto Ave

MFR – Medicina Física e Reabilitação

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde

PNSOC - Plano Nacional de Saúde Ocupacional

PrS – Promoção para a Saúde

SRT – Stresse relacionado com o Trabalho

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

TO – Terapeuta Ocupacional

UC - Unidades Curriculares

UE – Unidades de Enumeração

Índice de Quadros

Quadro 1. Fatores de stresse mais comuns no ambiente de trabalho (European Agency For Safety And Health At Work, 2000).....	50
Quadro 2. Competências gerais dos graduados do primeiro ciclo do curso de Terapia Ocupacional (Lopes, 2004).....	133
Quadro 3. Características Sociodemográficas dos Terapeutas Ocupacionais da Amostra	152
Quadro 4. Escola de formação inicial dos Terapeutas Ocupacionais.....	153
Quadro 5. Exercício de funções dos Terapeutas Ocupacionais	154
Quadro 6. Tempo de serviço como Terapeuta Ocupacional	155
Quadro 7. População atendida pelo Terapeuta Ocupacional.....	155
Quadro 8. Área de intervenção do Terapeuta Ocupacional	156
Quadro 9. Contexto de intervenção do Terapeuta Ocupacional	157
Quadro 10. Nº de locais onde o Terapeuta Ocupacional trabalha	157
Quadro 11. Vínculo profissional	158
Quadro 12. Número médio de horas por semana de trabalho	158
Quadro 13. Avaliação do nível global de stresse dos Terapeutas Ocupacionais, do questionário QSPS	163
Quadro 14. Estatística descritiva relativa aos Itens do Questionário sobre as Fontes de stresse - QSPS (itens ordenados por ordem decrescente da média).....	164
Quadro 15. Estatística descritiva relativa às Dimensões sobre as fontes de stresse do Questionário QSPS e sua correlação com o nível de stresse global.....	166
Quadro 16. Avaliação do nível de stresse por dimensão do questionário sobre stresse (QSPS).....	167
Quadro 17. Comparação dos níveis de stresse na escala e dimensões com a idade: coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> e significância estatística.....	168
Quadro 18. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao género dos Terapeutas Ocupacionais: teste de <i>Mann-Whitney</i>	169
Quadro 19. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação aos diferentes estados civis (solteiro, casado e divorciado) dos Terapeutas Ocupacionais: Teste de Kruskal Wallis	169
Quadro 20. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao grau académico (bacharelato+licenciatura/mestrado+doutoramento+outros): teste de Mann-Whitney	170
Quadro 21. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao tempo de serviço dos Terapeutas Ocupacionais: coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> e significância estatística.....	170

Quadro 22. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao tempo de serviço dos Terapeutas Ocupacionais: Teste de <i>Mann Whitney</i> (valores de p)	171
Quadro 23. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao contexto onde trabalham os Terapeutas Ocupacionais: Teste de <i>Mann Whitney</i> (valores de p)	172
Quadro 24. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação aos diferentes tipos de vínculo profissional dos Terapeutas Ocupacionais: Teste de <i>Mann Whitney</i> (valores de p)	173
Quadro 25. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao número de horas de trabalho dos Terapeutas Ocupacionais: coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> e significância estatística	173
Quadro 26. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação aos que têm acesso a informação sobre stresse versus os que não têm: Teste de <i>Mann Whitney</i> (valores de p)	174
Quadro 27. Comparação dos níveis de stresse na escala e dimensões nos nos três grupos (alto, médio, baixo) de níveis de conhecimento sobre o stresse relacionado com o trabalho: teste de <i>Kruskal Wallis</i>	175
Quadro 28. Categorias e Subcategorias dos Conteúdos programáticos Identificados pelos Terapeutas Ocupacionais ao nível da formação inicial para a prevenção do SRT	176
Quadro 29. Subcategorias da Categoria ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do SRT) identificados pelos Terapeutas Ocupacionais ao nível da formação inicial para a prevenção do SRT	178
Quadro 30. Subcategorias da Categoria CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO identificados pelos Terapeutas Ocupacionais ao nível da formação inicial para a prevenção do SRT ...	179
Quadro 31. Subcategorias da Categoria CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL identificados pelos Terapeutas Ocupacionais ao nível da formação inicial para a prevenção do SRT ...	180
Quadro 32. Categorias e Subcategorias das Competências de Autorregulação emocional identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT.....	182
Quadro 33. Subcategoria Competências relacionadas com o Eu, da categoria COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO, das Competências de Auto-regulação emocional identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT	183
Quadro 34. Subcategorias Competências relacionais, Vida Equilibrada e Competências do Eu relacionadas com o trabalho, da categoria COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO, das Competências de Autorregulação emocional identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT.....	184
Quadro 35. Subcategorias relacionadas com a categoria COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A GESTÃO DO STRESSE PROFISSIONAL das Competências de Auto- regulação emocional identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT	185

Quadro 36. Categorias e Subcategorias de Unidades Curriculares/conteúdos identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT	188
Quadro 37. Subcategorias da Categoria Conteúdos relacionados com o Eu e com os outros, propostas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT	189
Quadro 38. Subcategorias da categoria CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL propostas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT	190
Quadro 39. Subcategorias da categoria ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do stress profissional) propostas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT.....	191
Quadro 40. Categorias e Subcategorias de Unidades Curriculares/conteúdos identificados e propostas pelos Terapeutas Ocupacionais para ajudar a lidar com o SRT	193

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição segundo a opinião dos Terapeutas Ocupacionais sobre o acesso a informação sobre stresse relacionado com o trabalho	159
Gráfico 2. Distribuição segundo a fonte de informação dos Terapeutas Ocupacionais sobre stresse relacionado com o trabalho	159
Gráfico 3. Distribuição segundo a opinião dos Terapeutas Ocupacionais sobre a possível falta de reconhecimento da profissão	160
Gráfico 4. Distribuição segundo o nível de conhecimentos dos Terapeutas Ocupacionais sobre o stresse relacionado com o trabalh.....	160
Gráfico 5. Distribuição segundo a opinião dos Terapeutas Ocupacionais sobre o nível de influência do local de trabalho no desempenho como profissional	161
Gráfico 6. Distribuição segundo as ações que os Terapeutas Ocupacionais consideram que mais contribuem para o desempenho no local de trabalho.....	162

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

O Stresse Relacionado com o Trabalho (SRT) ocupa o segundo lugar entre os problemas de saúde mais frequentes relacionados com o trabalho, afetando 22% dos trabalhadores da União Europeia em 2005 (European Agency for Safety and Health at Work, 2009). No quinto e último estudo das condições de trabalho, 18% dos trabalhadores referem ter um pobre equilíbrio entre o trabalho e a vida familiar e 20% referem ter uma pobre saúde mental (Eurofound, 2012). A Organização Mundial de Saúde (OMS), citada pela European Agency for Safety and Health at Work (2009) prevê que os níveis de depressão e stresse aumentarão drasticamente com a disseminação das novas tecnologias, a aceleração da globalização e envelhecimento da população da União Europeia contribuindo assim para o desenvolvimento do stresse. O mundo laboral, cada vez mais exigente, com maior intensificação do trabalho e maior pressão, têm conduzido a um deficiente equilíbrio entre a vida profissional e pessoal (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002). O stresse pode levar as pessoas a desenvolverem doenças, a sentirem-se infelizes, tanto no trabalho como em casa, contribuindo para uma má qualidade de vida, afetando os trabalhadores, as organizações e a sociedade em geral (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2002; Eurofound, 2012; European Agency for Safety and Health at Work, 2009; ILO, 2011; Lundberg & Cooper, 2011).

Os recursos humanos em saúde são indispensáveis para tratar as pessoas que recorrem aos seus cuidados e, portanto, as condições em que os profissionais de saúde prestam cuidados são decisivas para a qualidade desses mesmos cuidados, e dependem, por certo, da sua própria saúde e segurança (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Melo, Gomes, & Cruz, 1997; Sacadura-Leite & Uva, 2012). Nesse contexto, a saúde dos profissionais de saúde é um dos elementos do puzzle da qualidade em saúde, não só pela complexidade da prestação de cuidados de saúde a alguém que necessita, como pela saúde do próprio profissional de saúde que cuida.

Os contextos de saúde são férteis em fatores de risco para os profissionais de saúde, nomeadamente as exigências emocionais do contacto com sofrimento do doente, equipamento e material disponível muitas vezes desajustado e insuficiente; a sobrecarga de trabalho, a rotina, o trabalho em equipa, os conflitos de papéis com colegas de

trabalho e hierarquias, falta de autonomia ou controlo do trabalho, entre outros, são alguns dos fatores mencionados na literatura. (Appelbaum, 1981; Carson & Thomas, 1998; Firth-Cozens & Payne, 1999; Hardly, Galego, 2009; McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; NIOSH, 2008; Sacadura-Leite & Uva, 2007; Sacadura-Leite & Uva, 2012). Os profissionais de saúde encontram-se entre as categorias de profissionais que mais estão expostos e desenvolvem o stresse (Sacadura-Leite & Uva, 2012), apesar de as Instituições onde trabalham serem das menos vigilantes e preventivas. McIntyre, McIntyre & Silvério (1999) apontam a crença de os profissionais de saúde por terem mais conhecimento sobre doença, podem estar na base de muitas ideias sobre a capacidade de resistência destes profissionais.

Os estudos sobre o SRT apontam para múltiplas causas e como tal os aspetos preventivos e de gestão do STRT também têm vários enfoques (Eurofound, 2012; European Agency for Safety and Health at Work, 2009; ILO, 2011).

De acordo com McIntyre, McIntyre & Silvério (1999), os estudos portugueses têm sido demasiado simplistas, pois têm-se focado essencialmente nas fontes organizacionais de stresse e negligenciam os fatores socio-emocionais. Também estudam as consequências de stresse sem tomar em consideração as variáveis pessoais que influenciam o seu impacto, como por exemplo os recursos de *coping* do indivíduo. A influência da personalidade do indivíduo e de outros fatores individuais que afetam a avaliação de potenciais situações geradoras de stresse condicionam a sua perceção do acontecimento stressante, bem como os mecanismos que o indivíduo coloca em prática para enfrentá-los (Lazarus & Folkman, 1984b; Silva & Gomes, 2009; Spector, 1999).

Atualmente o ser humano precisa de viver numa sociedade de conhecimento e ter acesso à melhor informação e adaptar-se continuamente a um mundo em constante mudança. Esta capacidade de nos adaptarmos continuamente, de aprender a lidar com as oportunidades, sucessos, frustrações, desafios, leva-nos ao conceito de aprendizagem ao longo da vida. Para tal é necessário criar oportunidades para que as pessoas e comunidades tenham acesso a informação, aprendendo ao longo da vida, de forma a tomar decisões fundamentadas, com vista à qualidade de vida e a desenvolver-se em sociedade. Para Rodrigues, Pereira & Barroso, (2005, p.23) “A concretização de boas

práticas de saúde depende de boas práticas de educação, do desenvolvimento educativo das pessoas e suas comunidades.”

Como destaca Goleman (1995), citado por Rodrigues, Pereira & Barroso (2005), no sentido do crescimento saudável, devíamos talvez desde pequenos ser ensinados a agir de acordo com o quadro de valores de referência, de forma a sermos capazes de lidar com as alterações correntes da vida, a gerir as crises de desenvolvimento, a autoconhecermo-nos e autorregular as nossas cognições e emoções.

As recentes conceções das políticas de saúde e educação colocam ênfase na capacitação do indivíduo, na participação ativa em todas as fases da sua vida, exercendo o seu direito à cidadania de forma responsável e informada, em prol do seu crescimento pessoal com a satisfação das suas necessidades e desenvolvimento das suas potencialidades (Plano Nacional de Saúde, 2012). Promover saúde baseia-se nos princípios: a saúde deve ser parte integrante de ações voltadas para o desenvolvimento; esta pode ser melhorada através de modificações do ambiente físico, social e económico; as condições de espaços sociais como habitação, instituições de ensino, a própria comunidade, o local de trabalho e a cidade a influenciam-na profundamente e que os indivíduos têm um papel crucial na sua prevenção e manutenção (Mello, Moysés & Moysés, 2010).

As diretrizes atuais para a prevenção e intervenção na saúde dos trabalhadores no exercício da sua atividade profissional, estão direcionadas não só para ações educativas de prevenção e promoção da saúde, mas também para as condições ambientais onde se desenvolve a atividade profissional (Gomes, 2009).

A Educação para a Saúde (EpS) constitui-se como um forte aliado de mudanças para a Promoção da Saúde (PrS) dos cidadãos. A EpS tem como último objetivo a PrS (Dias, 2006). Por sua vez a PrS pode ser concetualizada como o processo de capacitação da pessoa para controlar os determinantes de saúde e assim melhorar a sua saúde (OMS, 2005c). O processo de capacitação do indivíduo resulta de experiências de aprendizagem, fundamentada nos quatro pilares da educação, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver com os outros e aprender a ser (Delors, 1996).

As profundas mudanças que têm ocorrido no trabalho, principalmente nas últimas décadas, têm feito ressurgir o conceito de competências, nomeadamente as relacionadas com o desenvolvimento pessoal do indivíduo.

As novas competências profissionais, não técnicas, têm-se vindo a afirmar e a evidenciar a sua importância quer por parte dos trabalhadores, quer por entidades empregadoras. Trata-se de competências que mobilizam aspetos psicológicos - cognitivos afetivos, e aspetos de comportamento social e cultural, e que podem ser utilizadas em diferentes contextos (Pires, 2005). Os conceitos de desenvolvimento pessoal e profissional convergem no sentido de fazer face aos desafios do mundo atual.

As transformações atuais da sociedade, têm exposto as fragilidades da medicina curativa, e criado oportunidades e desafios a outras disciplinas, nomeadamente à educação, como resposta aos problemas que se vão gerando. “Cada dia, consequência da mudança, o homem encontra-se perante novos reptos e desafios” (Quesada, 2004, p. 5).

A gravidade e a frequência das reações a situações de stresse são também condicionadas pela personalidade do indivíduo, pelo suporte social, capacidade de adaptação do indivíduo, presença ou ausência de doença ou estado de deficiência crónica, entre outras, podendo tornar as pessoas mais ou menos vulneráveis ao stresse (European agency for safety and health at work, 2000). A perceção do indivíduo a situações geradoras de maior ou menor stresse, reveste-se de um carácter individual, respondendo cada pessoa de uma forma diferente (Lazarus & Folkman, 1984b; Lundberg & Cooper, 2011). A identificação de quais as competências que os Terapeutas Ocupacionais consideram como mais importantes para lidar com o SRT, associando com as fontes de stresse que mais afetam estes profissionais, com o fim de propor ações no âmbito educacional para a sua prevenção, constitui a finalidade deste estudo.

Assim, desenvolvemos um estudo de carácter misto: quantitativo e qualitativo, observacional analítico e transversal. O nosso estudo apresenta-se organizado em cinco capítulos:

No primeiro capítulo é efetuado o enquadramento teórico e a revisão da literatura que suportam o desenvolvimento deste estudo, sendo que o mesmo se encontra dividido

em cinco subcapítulos. Abordam-se questões relativas às atuais e profundas mudanças no trabalho, com aumento das doenças psicossociais, nomeadamente o SRT com destaque para os contextos de saúde. De seguida a exploração do conceito de SRT, causas e consequências, prevenção e gestão, particularizando no contexto de saúde e nos seus profissionais. As sinergias entre educação e saúde, nomeadamente os conceitos atuais de educação e promoção para a saúde, são de seguida explorados, relacionando-os com práticas relativas ao mundo laboral. A aprendizagem ao longo da vida, o desenvolvimento integral do homem, os quatro pilares da educação, as novas competências dos profissionais de saúde, nomeadamente as relacionadas com o saber-ser são também destacadas. Por fim uma breve alusão à história da profissão de Terapia Ocupacional e das tecnologias da saúde em Portugal, evolução do ensino e formação dos seus profissionais em Portugal, culminando com o processo de Bolonha e competências que os profissionais de terapia ocupacional deverão ter no final da formação inicial.

O segundo capítulo descreve o desenvolvimento do percursos metodológico, bem como todos os procedimentos inerentes ao seu desenvolvimento, nomeadamente o tipo de estudo e objetivos da investigação, hipóteses e questões orientadoras, definição da amostra, instrumento de recolha de dados e seus procedimentos, terminando com o tratamento de dados quantitativos e qualitativos.

O terceiro capítulo integra a apresentação e descrição dos dados deste estudo, nomeadamente a caracterização da amostra e a apresentação e análise descritiva dos dados encontrados nesta investigação, considerando as hipóteses formuladas e as questões de investigação.

No quarto capítulo realiza-se a discussão dos resultados obtidos neste estudo, cuja interpretação e reflexão teve por base o enquadramento teórico e a revisão bibliográfica efetuados, bem como os resultados verificados em outros estudos de investigação relacionados com o SRT. Inicialmente discutem-se os dados em função de variáveis sociodemográficas e profissionais e de seguida, é apresentada uma exploração reflexiva dos resultados em função das hipóteses e das questões de investigação formuladas.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Por último, no quinto capítulo, são referidas as conclusões gerais alcançadas nesta investigação, propostas linhas orientadoras no âmbito da educação para a prevenção e gestão do SRT, indicadas algumas limitações e constrangimentos ao longo deste percurso, terminando-se com a realização de algumas recomendações para futuras investigações.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Quando o trabalho é causa de doença

Procuraremos explorar nesta parte do trabalho, a relação entre as mudanças que têm acontecido no mundo do trabalho e seu impacto na saúde dos trabalhadores, especificando as ocorridas no contexto de saúde. Encontramo-nos na era da globalização, da especialização, das novas tecnologias, da competitividade, na qual se assiste a uma reestruturação profunda na nossa forma de viver em sociedade (Giddens, 2000).

Segundo Pires (2005, p. 42), as principais mudanças que nos confrontámos no atual contexto mundial, são:

- rápida evolução científica e tecnológica, com impacto nas várias dimensões da vida humana;
- transição da sociedade industrial para a sociedade de informação e do conhecimento;
- alterações profundas nas fontes e formas de aprender, nomeadamente o deslocamento da educação/formação das instituições formais para outros contextos, nomeadamente os de trabalho;
- emergência do paradigma de aprendizagem ao longo da vida.

Relativamente ao contexto de saúde, no livro "Four Strong Winds: Understanding the Growing Challenges to Health Care", Decter (2000) identificou quatro forças principais:

- a mudança no entendimento de saúde para um enfoque mais preventivo;
- a transformação tecnológica;
- a pressão dos governos e entidades financeiras para tornar os serviços de saúde mais rentáveis;
- um público mais informado e exigente.

Estas mudanças têm impacto na saúde dos trabalhadores, nomeadamente nas causas de doença relacionadas com o trabalho, assistindo-se ao aumento vertiginoso de algumas perturbações, nomeadamente o aumento do stresse relacionado com o trabalho.

Procuraremos nesta primeira parte do nosso trabalho contextualizar esta problemática, suportando-nos em vários autores e organizações mundiais, pretendendo emergir questões para a nossa investigação.

1.1. Abordagem global ao problema

Recentes dados da Organização Mundial de Saúde, estimam que por ano ocorram mais de 268 milhões de acidentes não fatais, resultado de lesões e doenças relacionadas com o trabalho, e cerca de dois milhões de pessoas morrem, como resultado destes (Lundberg & Cooper, 2011).

Segundo estimativas da *International Labour Organization* (ILO, 2011) por dia em todo o Mundo, morrem em média, 6300 trabalhadores, de acidente ou doença relacionadas com o trabalho. Estima-se que o custo anual ultrapasse os 4% do Produto Interno Bruto Global, incluindo nesse número gastos com tratamento, reparação, a perda de tempo de trabalho e a interrupção da produção. Direcção-Geral da Saúde (2009).

Em Portugal, os dados existentes são escassos, não permitindo uma efetiva avaliação do panorama nacional relativamente a doenças profissionais e acidentes de trabalho, o que compromete a garantia da continuidade e ajuste das políticas que têm sido definidas (Direcção-Geral da Saúde, 2009). No entanto, e apesar de parcial, o diagnóstico da situação em Portugal, os últimos dados estatísticos, “fundamenta de forma clara, as razões que levam à elaboração do PNSOC” que faz parte do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, e que considerou o *setting* local de trabalho como área prioritária de intervenção Direcção-Geral da Saúde (2009, p. 4).

Os trabalhadores representam cerca de metade da população de todo o Mundo, e são os maiores contribuintes para o desenvolvimento económico e social (OMS, 2007). Ter um trabalho pago, é para a maioria das pessoas uma fonte de segurança económica, estatuto social, bem-estar e saúde, isto é dá significado à vida. Mas também pode ser uma fonte de frustração, conflito, desapontamento, causa de doença física e psicológica e por vezes causar a morte (Lundberg & Cooper, 2011).

As mudanças no trabalho, principalmente ocorridas a partir dos anos 90, como consequência da globalização e da recessão à escala mundial, têm tido um forte impacto na saúde do trabalhador. Exemplos dessas mudanças são o aumento dos níveis de produção, das longas horas de trabalho, das exigências de competências e habilidades mais especializadas aos trabalhadores, o aumento do trabalho temporário e part-time, que têm conduzido a que diversas desordens relacionadas com o trabalho, se tornem

mais prevalentes e severas, com impacto na saúde do trabalhador (Lundberg & Cooper, 2011).

Investigações recentes demonstram que aspetos positivos e negativos do atual mundo do trabalho produzem efeitos na saúde, que podem ir desde simples queixas até ao desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, depressão, desordens músculo-esqueléticas e vasculares, diabetes, doenças metabólicas, infeções e até a morte (European Agency for Safety and Health at Work, 2000; Lundberg & Cooper, 2011). Como refere Uva (2006) nos últimos trinta a quarenta anos, um aspeto importante das relações entre saúde e trabalho é que este último passou a ser a causa de muitas doenças da sociedade moderna, não se cingindo ao papel etiológico da medicina de trabalho clássica, preocupada com os acidentes de trabalho e doenças profissionais. Okubo (1998), citado por Uva (2006), destaca que esta mudança nas causas de doenças relacionadas com o trabalho, implica necessariamente que o foco da intervenção seja diferente, abrangendo aspetos que não se resumem só à perspetiva clássica da segurança, higiene e saúde no trabalho, mas abrindo-se a outras áreas disciplinares, nomeadamente a educação.

O mais recente estudo realizado pela European Foundation for the improvement of living and Working Conditions (Eurofound, 2012), destaca que apesar das políticas da comunidade europeia implementadas desde há cerca de duas décadas para melhorar as condições no local de trabalho, os níveis de exposição aos riscos físicos por parte dos trabalhadores, desde o primeiro estudo realizado em 1991, não diminuiu significativamente apesar de todas as campanhas e ações de prevenção, e a exposição aos riscos psicossociais tem aumentado grandemente tendendo a aproximar-se dos riscos físicos (Eurofound, 2012). A ILO (1986) citada pela OMS (2010), concetualiza riscos psicossociais em termos das interações entre o próprio trabalho, organização e gestão, condições ambientais e organizacionais, por um lado, e as competências do trabalhadores e suas necessidades por outro.

O stresse relacionado com o trabalho, que é atualmente a manifestação mais frequente dos riscos psicossociais, representa 50 a 60% dos dias de falta ao trabalho e custos de absentismo e problemas de saúde relacionados com estes estimados em cerca de 20 000 milhões de euros (Agência europeia para a segurança e saúde no trabalho, 2009).

A OMS (2001) identificou os problemas de saúde mental e desordens relacionadas com o stresse no trabalho, como a maior causa de morte precoce na Europa, tendo aumentado exponencialmente estes fatores de risco. Como refere Lundberg & Cooper (2011) nos Países mais desenvolvidos, o moderno mundo do trabalho oferece mais oportunidades e incremento das suas economias, mas também maiores riscos para a nossa saúde. Como principais fatores de risco de stresse está o elevado ritmo de trabalho, discrepância entre as qualificações e as exigências profissionais, a intimidação e o assédio sexual, a progressão na carreira, o estatuto e a retribuição, o papel do indivíduo na organização, as relações interpessoais e a relação entre a vida pessoal e a vida profissional.

Os elevados custos diretos e indiretos que doenças relacionadas com o trabalho têm tido, têm sido exaustivamente estudados nos últimos anos, bem como o impacto que têm ao nível da saúde dos indivíduos, locais de trabalho, família e sociedade em geral. (European Agency for Safety and Health at Work, 2000; ILO, 2011; Lundberg & Cooper, 2011). Apesar destes estudos que comprovam os elevados custos, na maioria dos países, os acidentes de trabalho não chegam efetivamente a ser reportados, ou não é feita uma causalidade entre o problema de saúde e situações relacionadas com o trabalho, pelo que os números existentes serão estimados e abaixo dos reais (ILO, 2011).

Em virtude dos números catastróficos das percas económicas relacionadas com acidentes e doenças ocupacionais, nos Países desenvolvidos tem sido feito um esforço no sentido da melhoria das condições de trabalho.

No recente relatório do Observatório Português dos Sistema de Saúde (OPSS), com o título sugestivo “Crise & Saúde. Um País em sofrimento, lê-se “Portugal está a atravessar uma crise financeira económica e social muito séria” (OPSS, 2012, p.7) que afeta necessariamente a saúde dos portugueses e os sistemas de saúde do País. O mesmo relatório destaca vários problemas para a Saúde dos cidadãos, nomeadamente os relacionados com a área da saúde mental, nomeadamente a perda de autoestima, ansiedade, depressão e suicídio e sobre o aumento de comportamentos de risco, incluindo os relativos à toxicoddependência e ao álcool.

Observámos que desde as últimas décadas do século XX, a natureza do trabalho tem vindo a mudar drasticamente em muitos aspetos, com reflexos a diversos níveis,

nomeadamente, quanto ao tipo de riscos ocupacionais e ao paradigma da sua prevenção (Coelho, 2008).

Na área da saúde são abundantes as transformações que têm ocorrido, nomeadamente a evolução tecnológica, especialização e o emergir de novas profissões de saúde com a conseqüente reorganização dos serviços de saúde, mudanças de paradigma do modelo médico para o modelo biopsicossocial, traduzido na própria mudança da definição de saúde da “ausência de doenças” para um completo bem-estar físico, psicológico, social e espiritual (OMS, 1948). Estas profundas alterações, acrescidas de profundas e complexas mudanças nas relações laborais, bem como as pressões económicas às quais estes serviços estão sujeitos, têm afetado e muito a saúde dos profissionais de saúde. Preparar os profissionais de saúde para estas exigências, ao nível de competências técnicas, mas também, e sobretudo ao nível das competências de formação pessoal, que os capacite para a mobilização dos saberes, para fazer face aos desafios atuais e cuidando da sua própria saúde, torna-se um processo complexo (Mann, Gordon & MacLeod, 2009).

A Educação tem um papel decisivo na educação/formação de cidadãos/profissionais ao longo de todo o seu percurso de vida e nos diversos contextos social, trabalho, escolar, familiar, outros., no sentido do desenvolvimento de aprendizagens que lhes permitam lidar com o mundo atual de transformações e mudanças profundas, nomeadamente na proteção e cuidado da sua saúde. As práticas de capacitação do cidadão para a prevenção e promoção da saúde ao longo da vida, que recolhem na literatura nacional e internacional consenso quanto aos seus benefícios e sustentabilidade das medidas.

1.2. Mudanças no trabalho num mundo em rápidas mudanças

O trabalho tem tido ao longo da história da humanidade, um papel de grande importância, estimando-se atualmente que em todo o Mundo, 45% da população desenvolva uma atividade profissional (OMS, 1995; Uva & Faria, 2000). Trata-se de um elevado número de pessoas que ocupam grande parte da sua vida adulta, no local de trabalho, desenvolvendo ocupações profissionais, muitas delas pouco gratificantes, com tarefas de elevadas exigências técnicas, e com risco profissional grave, originado problemas de saúde (Eurofound, 2012). Diversos autores, como André & Duarte (1999), Dejours (1987), Lunardi & Lunardi Filho (1999); Patrício (1996), Ramos (1997) citados por Silva & Costa (2008), referem que o trabalho pode ser desencadeador quer de saúde, quer de doença, de prazer e bem-estar, ou por outro lado, ser causa de perigos para a saúde, perturbações mentais e loucura.

Como refere Rodrigues (1991) citado por Migott (2001), o trabalho surge na história da humanidade, como um domínio que pode ser vivenciado como algo penoso, indesejado e humilhante, ou pelo contrário, como algo que dá sentido à vida, onde o homem expressa a sua identidade, necessidades e valores, a sua ligação com os outros, a sua sociabilidade e crescimento humano.

Reportando-nos à história, cerca de 150 000 – 200 000 anos atrás, o primeiro trabalho do homem foi a procura de comida para a sua sobrevivência. Este “trabalho” que se pensa, durava cerca de 2 a 3 dias por semana, ocorria apenas durante a luz do dia, o que nos dias de hoje equivale a 8 horas ou mais por dia num dia normal de trabalho, durante 5 dias por semana (Lundberg & Cooper, 2011).

A palavra trabalho, que provém do latim, “*Tripalium*”, significa “instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, nas quais agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los” (Albornoz, 1994, p. 10). No latim clássico, trabalho, designado por labor, significava fadiga, doença, desgraça e dor. Na Grécia, a palavra mais próxima era “*Pónus*”, que significa pena, sofrimento, fadiga (Woleck, 2000).

A conceção de trabalho, como fonte de identidade e autorrealização humana, surge apenas após o Renascimento e a palavra trabalhador aparece apenas nos finais de século XVII. O trabalho adquire um significado intrínseco, positivo, que propicia o desenvolvimento do ser humano e preenche a sua vida (Woleck, 2000). A atividade produtiva era artesanal e manual, em que o artesão ou grupo de artesãos, identificavam-se com o seu produto e eram responsáveis pelos seus meios de produção, acompanhando todo o processo desde a obtenção da obra-prima até à comercialização do produto, tendo por isso um alto grau de satisfação e identificação com o mesmo (Bridges, 1995; Ribeiro & Léda, 2005).

Com a revolução industrial, surge um conjunto de avanços tecnológicos, em que a máquina foi superando o trabalho humano, dando origem a um profundo impacto em todo o processo produtivo, agrupando grande número de pessoas no processo de produzir (Woleck, 2000). O indivíduo perde a sua autonomia e passa a pertencer a uma organização (Ribeiro & Léda, 2005).

Em 1919, com o fim da I Guerra Mundial, ocorre a primeira conferência que dará lugar ao nascimento do International Labour Organization (IOL), de onde surgem os primeiros documentos com o objetivo de regular as condições de trabalho. O documento constituído por inúmeros artigos, regulamenta entre outras questões, o número de horas de trabalho, estabelecendo-se um limite de 8 horas por dia e 48 horas por semana de trabalho, a proteção das crianças, estipulando-se uma idade mínima, e das mulheres no trabalho, prevenção do desemprego, e a proteção do trabalhador perante a doença e acidentes de trabalho (Labour Education, 2002). Pela primeira vez, também se atribui importância ao bem-estar físico, moral e intelectual dos trabalhadores e toda a comunidade industrial, devendo sobrepor-se à componente comercial.

Após a II Guerra mundial, com a reconstrução económica e o rápido desenvolvimento técnico e científico, mão-de-obra especializada e qualificada era necessária para o trabalho manual. (Dias, 1983). Assistiu-se a um forte investimento na formação dos trabalhadores para acompanhar um desenvolvimento tecnológico, surgindo a educação de adultos, política adotada pelos governos, de forma a capacitar os trabalhadores de capacidades que fossem de encontro às novas descobertas (Barbosa, 2004).

A segurança e saúde no trabalho, são reconhecidas internacionalmente como fundamentais para a produção e bem-estar económico das organizações e dos países. A partir principalmente da década de 60, com o suporte da OMS, desenvolve-se uma nova visão do trabalho, com a valorização dos fatores psicossociais, que começam a ser reconhecidos e considerados. O trabalho é visto como uma entidade coletiva e a produção encontra-se estritamente associada à satisfação do trabalhador e ao seu bem-estar, embora, como refira Uva (2006) os fatores físicos ainda hoje prevalecem como principais fatores de doenças relacionados com o trabalho.

Nas recentes décadas, assistimos a mudanças profundas nas condições do trabalho nos países industrializados, relacionado diretamente com a economia e competição global, com modernas tecnologias e recursos ao nível das telecomunicações, que incrementaram a competição, a velocidade, a eficiência e a produtividade, que em um contexto capitalista global, põem na berlinda a centralidade do trabalho. Com as novas tecnologias de informação e da comunicação, o mercado começou a exigir um trabalhador com um perfil de habilidades profissionais, pessoais e coletivas voltadas para as tarefas mais individualizadas (Lundber & Cooper, 2011). As correlações entre trabalho, emprego, identidade social e individual, alteraram-se, levando ao surgimento de novas formas de elaboração de identidade e de socialização.

As transformações no mundo do trabalho, Comissão das Comunidades Europeias, (2002) também se fazem acompanhar por mudanças na sociedade, onde se destacam o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, uma tendência que se manifesta já há várias décadas, e que implica necessariamente estratégias diferentes, já que o fator género é reconhecido como distintivo, bem como o aumento da idade da população ativa trabalhadora, com uma diminuição da proporção dos trabalhadores mais jovens. O envelhecimento rápido dos trabalhadores (manutenção dos trabalhadores mais velhos no mercado) e a necessidade crescente de trabalhadores com um melhor nível de educação, em parte devido à cada vez maior complexidade dos processos de trabalho, decorrente do desenvolvimento das tecnologias da informação, implicam ações no sentido da formação ao longo da vida (Mello, Moysés, & Moysés, 2010). Recentemente a Comunidade Europeia, tem desenvolvido informação sobre o envelhecimento ativo no local de trabalho, com vista a criar e desenvolver condições para que os trabalhadores

possam durante mais tempos da sua vida, estar aptos a desenvolver a sua atividade profissional.

Como destacam Lundberg & Cooper (2011), nos últimos cem anos a sociedade e as condições de vida mudaram drasticamente e as mudanças ocorreram a grande velocidade, com métodos e ferramentas mais avançadas, especialização e técnicas de trabalho que exigem mais habilidades. Apesar do ser humano ser flexível e ter capacidade de ajuste às mudanças, estas nunca ocorreram de forma tão rápida como na atualidade. As exigências de formação altamente especializada, de adaptação a tecnologias, de flexibilidade de horários, de competências variadas, de cumprimento de tarefas devidamente monitorizadas, diferenciam um trabalhador de outro e o garante de emprego, sendo potenciais fatores de stresse, situação que tem aumentado exponencialmente (Firth-Cozens & Payne, 1999). Adicionalmente, as sucessivas recessões económicas, têm contribuído para o aumento da turbulência e provocado reestruturações muito rápidas nos serviços, com aumento dos despedimentos e aumento das exigências dos trabalhadores (Lundberg & Cooper, 2011). Os trabalhadores têm experimentado uma situação de grande fragilidade, instabilidade e incerteza quanto às mudanças que ocorrem na sua vida profissional, sendo-lhes exigido adaptações, rápidas, para as quais muitas vezes não estão preparados (Franco & Tavares, 2009). Com moderados limites, a exposição do ser humano a novas condições pode promover o desenvolvimento, força, saúde e bem-estar. No entanto existem limites para essa adaptação, que se ultrapassados podem causar o colapso e um esgotamento ao nível da adaptação do ser humano. Este dualismo foi também evidenciado pela European Commission (1999) no *Guidance on work-related stress "Spice of life – or kiss of death?",* que descreve como os fatores psicossociais do stresse, segunda maior causa de problemas relacionados com a saúde no trabalho, afetam o indivíduo ao nível físico, psicológico, cognitivo e emocional. A Comissão destaca que se o trabalhador se sentir motivado, que tem controlo sobre as condições do seu trabalho, se é oferecido um adequado suporte social e as recompensas são razoáveis, o stresse torna-se um "*spice of life*" - tempero da vida, um desafio e não uma ameaça. Quando falta este sentido de controlo, a saúde do trabalhador pode sofrer graves repercussões, "*kiss of death*" - beijo da morte.

Numa sociedade global e consumista, onde tudo gira em torno desta, o trabalho surge como fator central na vida das pessoas, não obstante ter aumentando assustadoramente nos últimos anos o número de trabalhadores que não se sente realizado e não se identifica com este (Ribeiro & Léda, 2005). Segundo Mascarenhas (2000, p.76) o trabalho: “(...) vem sendo reduzido a mera atividade vital, cuja única e exclusiva orientação ainda é a subsistência (...) não mais permite a possibilidade de afirmação pessoal, mas nos aprisiona junto ao impulso vital das necessidades imediatas.”

É muito preocupante, que a atividade profissional, que deveria ser reconhecida como fonte de realização, identificação pessoal e construção de identidade, cada vez mais se está a tornar como fonte de sofrimento, doença e em alguns casos de morte (Ribeiro & Léda, 2005).

Heloani & Capitão (2003, p.102) refere: “O mundo do trabalho torna-se, de forma rápida e surpreendente um complexo monstruoso, que se por um lado poderia ajudar, auxiliar o homem em sua qualidade de vida, por outro lado, patrocinado pelos que mantêm o controle do capital, da ferramenta diária que movimenta a escolha de prioridades, avassala o homem em todos os seus aspectos.”

O trabalho completa e dá sentido à vida e como tal, é um fator determinante na saúde do trabalhador. As profissões que escolhemos, muitas vezes determinam o sentido que damos a esta, e quando esta não tem significado, ou não é reconhecida, pode ser causa de sofrimento e ameaça psíquica e física à saúde no trabalhador (Woleck, 2000).

1.3.Transformações na natureza dos riscos e impacto na saúde dos trabalhadores

As profundas mudanças económicas e políticas em todo o Mundo, das últimas décadas, nomeadamente na Europa e na comunidade europeia, têm criado um aumento exponencial de competição entre os diferentes países, entre empresas e serviços (Lundberg & Cooper, 2011). Assiste-se a grandes mudanças, tendo como pano de fundo a globalização, crise económica e aumento da competição entre Países e empresas, com forte impacto no trabalhador, que tem de lidar com o aumento do nível de exigência e aprendizagem de novas habilidades; com a adoção de novas e diferentes formas de

trabalho, com o aumento da pressão para aumentar a produtividade e qualidade do trabalho, o aumento da competição, aumento da insegurança e diminuição dos benefícios e menos tempo para socializar (OMS, 2007). Tem-se assistido igualmente a um aumento da utilização das novas tecnologias, com exigências de trabalho mais qualificado. O aumento de relações de trabalho temporárias tem aumentado, bem como o horário a tempo parcial e os horários atípicos (trabalho por turnos ou noturno). Aumentou a mobilidade dos trabalhadores, quer por imposição da entidade empregadora, quer pela procura de mais perspectivas de trabalho e o setor público, antes mais protegido, agora sujeito a uma maior competição com entidades privadas. Segundo (Lundberg & Cooper, 2011) esta situação pode explicar o aumento “dramático” de desordens relacionadas com o stresse, na década de 90, em trabalhadores da educação e da saúde, devido ao receio de perder os seus empregos.

O ambiente e a natureza do trabalho influenciam a saúde dos trabalhadores (Marmot & Wilkinson, 2006, citado por OMS, 2010). As mudanças que têm ocorrido no Mundo nas últimas décadas resultaram em riscos emergentes no campo da saúde e segurança no trabalho e levaram - além de riscos físicos, químicos e biológicos - ao surgimento de riscos psicossociais. “Esses riscos, que estão relacionados com a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido, bem como com o seu contexto económico e social, suscitam um maior nível de stresse e podem originar uma grave deterioração da saúde mental e física” (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2007, p.1)

Os riscos psicossociais no trabalho foram identificados como riscos emergentes significativos e reconhecidos como um dos maiores desafios da saúde e segurança no trabalho (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2007; OMS, 2010; NIOSH, 2002), destacam-se pelo aumento exponencial, sendo causa da maior parte das doenças relacionados com o trabalho. O risco emergente, segundo a Agência Europeia de segurança e Saúde no Trabalho (2007) é “qualquer risco simultaneamente novo e que está a aumentar”. O risco é novo, se não existia anteriormente e é causado por novos processos, novas tecnologias, novos tipos de local de trabalho, ou pelas transformações sociais ou organizativas; ou se já existia, mas é agora considerado como um risco devido a novos conhecimentos científicos, ou a uma alteração da perceção do público. O risco está

a aumentar se o número de perigos que contribuem para o risco estiver a aumentar; a probabilidade da exposição aos perigos estiver a aumentar; ou os efeitos dos perigos sobre a saúde dos trabalhadores se estiverem a agravar (Agência Europeia de segurança e Saúde no Trabalho, 2007).

De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho (2007, p.1), “Riscos psicossociais estão ligados à forma como o trabalho está desenhado, organizado e gerido, assim como ao contexto económico e social do trabalho, resulta num aumento do nível de stresse e pode levar a uma séria deterioração da saúde mental e física”. A ILO (1986) citada pela OMS (2010), conceptualiza riscos psicossociais em termos das interações entre o próprio trabalho, organização e gestão, condições ambientais e organizacionais, por um lado, e as competências do trabalhadores e suas necessidades por outro. É o fruto destas interações que influenciam as perceções e experiências dos trabalhadores, que por sua vez têm impacto na saúde ao nível físico e psicológico.

Foram identificados por peritos da Agência Europeia e da OIT, cinco áreas principais de riscos psicossociais emergentes: novas formas de contrato de trabalho e insegurança no emprego; a mão-de-obra em envelhecimento, intensificação do trabalho, exigências emocionais no trabalho, difícil conciliação entre a vida profissional e a vida privada (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2007).

Os riscos psicossociais no trabalho, têm sido demonstrados como causando um impacto negativo na saúde dos trabalhadores, com detrimento da sua saúde física, mental e social (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2007, Benavides, Ruiz-Frutos & Garcia, 2004; Bonde, 2008; Leka, Griffiths & Cox, T., 2004, OMS, 2005a, 2005b).

Esta tendência é acompanhada em Portugal, com a emergência de doenças profissionais, como as afeções músculo-esqueléticas, as infeções e as consequências relacionadas com o stresse psicológico (Autoridade para as Condições de Trabalho, 2008). A Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2016 refere que este quadro evolutivo de doenças profissionais emergentes em Portugal, permite afirmar a existência de significativas alterações no, identificando-se três parâmetros fundamentais:

importantes mutações nos fatores de risco, emergência de novos fatores de risco e transformações no paradigma das relações laborais (ACT, 2008, p. 23).

As causas dos riscos psicossociais estão muito relacionadas com as causas da natureza dos riscos associados à experiência de stresse no trabalho (OMS, 2010b). O stresse relacionado com o trabalho, é a resposta que as pessoas podem apresentar quando a pressão e as exigências do trabalho são superiores às suas capacidades e habilidades para lidar com este (OMS, 2010a). Os riscos psicossociais andam de mão em mão com a experiência de stresse relacionada com o trabalho, constituindo-se, como um dos maiores desafios da saúde ocupacional.

Observa-se, assim, que o stresse, a depressão ou a ansiedade representam, por si só, 22% dos problemas de saúde relacionados com o trabalho. Estudos da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009) sugerem que o stresse é um fator de entre 50% a 60% do total de dias de trabalho perdidos. Estes valores, segundo o último estudo representa um enorme custo em termos de sofrimento humano prejudicado o desempenho económico. A frequência destas patologias mais elevada nos setores da educação e dos serviços de saúde (28,5%).

A investigação tem demonstrado que a existência de fatores de risco de natureza psicossocial com experiências de stresse relacionadas com o trabalho, têm um impacto direto e indireto na saúde dos trabalhadores, sendo considerada uma preocupação de saúde pública com forte impacto na sociedade (Black, 2008 citado por OMS, 2010a). Estudos longitudinais mostram que o *Burnout*, a depressão, a inatividade física, consumo excessivo de álcool e drogas, pobre alimentação e sono (Cox, Griffiths & Rial-González, 2000), desordens músculo-esqueléticas, doenças de coração, doenças metabólicas e diabetes, são algumas das principais consequências (OMS, 2010).

Nos últimos anos, tem sido gerado um movimento no sentido de desenvolver programas que efetivamente vão no sentido de prevenir e gerir riscos psicossociais (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho 2002, 2007, 2009; OMS, 2003, Eurofound, 2012), nomeadamente com os conceitos de promoção da saúde no trabalho, evidenciados na carta de Otawa em 1986 (OMS, 1986) e na Declaração de Luxemburgo de 1997 (European Network for Workplace Health Promotion, 1997).

No âmbito da estratégia comunitária de Segurança e Saúde no trabalho (2002-2006), a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho cria um Observatório Europeu dos Riscos (ERO), com o objetivo de ajudar a "... «antecipar os novos riscos emergentes», a fim de desenvolver uma «verdadeira cultura de prevenção de riscos»." (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009, p.5).

Em Portugal, segundo dados europeus de 2007, cerca de 8% dos portugueses afirmavam ter um ou vários problemas de saúde relacionados com o trabalho. Cerca de 19% declarava que esta afetação estava relacionada com aspetos da saúde mental e cerca de 50% com aspetos relacionados com a saúde física, 48% referia que estes afetavam a vida do seu dia-a-dia, e 50% referiam que esta situação era causa de absentismo (EU-OSHA, 2007).

Em resposta a esta problemática o Comité dos Altos Responsáveis da Inspeção do Trabalho (CARIT), com representantes da União Europeia (UE) de todos os Estados, acordaram na realização de uma campanha de inspeção a decorrer em 2012 sobre as questões psicossociais, que será desenvolvida no território nacional pela Autoridade para as Condições do Trabalho.

As transformações na organização do trabalho, nomeadamente o aparecimento de maior flexibilidade do tempo de trabalho e uma gestão de recursos mais individual baseada em resultados, são fatores que têm tido uma incidência profunda na saúde dos trabalhadores, são também considerados causa de novas doenças relacionadas com o trabalho. Doenças consideradas emergentes como o stresse, depressão ou ansiedade, representam 18% dos problemas de saúde relacionados com o trabalho. A frequência destas patologias é duas vezes superior nos setores da educação, saúde e acção social Comissão das Comunidades Europeias (2002).

1.4. Contextos de trabalho dos profissionais de saúde

O trabalho em saúde é um ramo de prestação de serviços que compreende atividades essenciais para a vida humana. O trabalho humano em saúde, mantém-se até aos dias de hoje como o elemento central nos serviços de saúde, apesar de todos os avanços tecnológicos (Souza, 2010).

Segundo Pires (1999, p.29), um elemento fundamental e que particulariza o trabalho em saúde é ser “ ... um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade”. O serviço de saúde é baseado na relação interpessoal entre o profissional de saúde e o seu cliente, de tal modo que “o usuário é coparticipante do processo” (Souza, 2010, p.341). O profissional de saúde é um profissional que têm competências, procurando dominar conhecimentos e técnicas para assistir/cuidar dos seus pacientes ou grupos de pacientes, através de realização de atividades preventivas, curativas, de reabilitação e/ou investigação (Pires, 1999). O trabalho em saúde desenvolve-se em diversos espaços sociais, sendo que a maioria é realizada em instituições públicas e privadas de âmbito ambulatorio ou hospitalar (Matos & Pires, 2006).

Apesar de nas últimas décadas, os sistemas de saúde terem sido objeto de grandes reformas, a organização do trabalho, ainda sofre fortes influências tayloristas da administração clássica e burocrática. As instituições de saúde são complexas, com um amplo campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados. De acordo com Schraiber et al. (1999) citado por Ribeiro, Pires & Blank (2004), a divisão do trabalho em saúde por áreas de especialidade, gerou a condição de complementaridade e interdependência entre os diferentes serviços de saúde, e quando os agentes têm autoridades desiguais, surge a tensão do embate entre a complementaridade e interdependência e a procura da autonomia técnica por parte dos profissionais. Estudos realizados no Brasil, indicam que em Instituições Hospitalares, existem três categorias de profissionais que sobressaem relativamente às outras, classe médica, de enfermagem e administrativos. Os outros Técnicos, onde se contam Psicólogos, assistentes sociais, TDT (Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica), por terem menos representatividade numérica encontram-se dispersos e com uma influência mais limitada na gestão da instituição e na organização do trabalho (Matos & Pires, 2006).

O último relatório do Observatório Português dos Sistema de Saúde (2012), refere que os sistemas de saúde, em grande parte de países europeus, procuram reorientar-se para fazer face a alguns problemas como o envelhecimento das populações,

à prevalência crescente das afeções crónico degenerativas, à evolução do grau de literacia das pessoas e das suas atitudes face aos serviços de saúde e à preocupação com os gastos com a saúde. Como consequência direta, o mesmo Relatório faz alusão ao desenvolvimento das profissões da saúde e à relação entre elas, apelando à cooperação entre profissionais de saúde, nomeadamente em termos das capacidades e competências de cada profissão, para fazer face a resultados concretos no processo de cuidar. Estas mudanças têm contribuído para que os profissionais de saúde tenham piorado a sua saúde, nomeadamente com aumento de stresse, colocando estes profissionais como uma das classes mais afetadas por este.

Vários estudos mostram que os contextos de saúde, nomeadamente hospitais, instituições de saúde mental e centros de saúde, constituem ambientes de trabalho particularmente stressantes, contendo características organizacionais geralmente associadas com o stresse, como níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade do pessoal, interdependência das responsabilidades e especialização profissional (Calhoun, 1980; Rodrigo, 1995 citados por McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999). Como referem Mann, Gordon & MacLeod (2009) num artigo de reflexão sobre a educação dos profissionais de saúde, os serviços de saúde funcionam atualmente num complexo e mutável sistema de saúde, continuamente a atualizar-se e a exigir novos conhecimentos e competências, com vista a resolver complexos problemas da saúde dos indivíduos. Educar estes profissionais de saúde afigura-se um processo complexo e difícil.

No exercício da sua atividade, múltiplas são as exigências, quer a nível físico, quer a nível psicológico, estas últimas, contribuindo para estados de stresse relacionado com o trabalho e também de *burnout* muito elevados neste sector de atividade. O setor da saúde constitui um dos mais importantes da União Europeia, e um dos mais desafiantes. Em 2010, existiam cerca de 17,1 milhões de trabalhadores no setor da saúde, o que representa cerca de 8% da totalidade dos trabalhadores dos 27 estados membros. São problemas comuns aos profissionais de saúde, o baixo salário, o nº de horas elevado de trabalho, o stresse e as dificuldades no balanço entre o trabalho e a vida pessoal, sendo as principais causas de abandono do seu trabalho (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

As políticas de saúde são sujeitas a critérios de rentabilidade económico-financeira sendo evidente que os serviços dos cuidados de saúde, estão cada vez mais orientados para critérios de produtividade e lucro, ainda antes da proposta de alteração da lei de Bases da Saúde e da Gestão Hospitalar (Macedo, 2004).

No relatório anual de síntese da evolução do sistema de saúde português OPSS (2012), com o título sugestivo de Portugal, um País em sofrimento, dá conta de uma série de medidas orientadas pela Troika ao nível da saúde, fortemente orientadas para a contenção dos gastos e para uma melhor utilização dos recursos da saúde. Refere um conjunto de situações que interferem negativamente com a sustentabilidade do SNS a “Desmotivação dos profissionais: Diminuição de remunerações; pressão para formas de racionamento implícito decorrente da intensidade do clima de contenção de gastos; e gestão de “recursos humanos” que ignora os princípios básicos de uma política para as profissões.” No mesmo relatório destaca como principais problemas de saúde da população portuguesa: envelhecimento da população, aumento da prevalência de doenças crónicas, aumento de comportamentos de risco e a doença oncológica, sendo é atualmente uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, apresentando um elevado impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade OPSS (2012, pág. 51)

Concluindo, o trabalho em saúde depende diretamente do profissional e as ações em saúde estão diretamente dependentes do trabalho humano, e da relação entre o Profissional de saúde e o usuário do serviço. Sendo a saúde um bem de todos e tão importante e crucial, percebemos facilmente a importância que tem a atenção à saúde destes profissionais, mais existindo a evidência científica de que este profissional está sujeito a múltiplas exigências inerentes à sua profissão.

2. Stresse relacionado com o trabalho

No capítulo anterior fizemos uma breve abordagem às mudanças que têm ocorrido no mundo do trabalho, fruto do atual contexto de mudança socioeconómica global, especificando as particularidades dos contextos de saúde, bem como as consequências que estas alterações produzem na saúde dos indivíduos, e nomeadamente nos profissionais de saúde.

“O stresse no Trabalho é comum em toda a Europa” (European agency for safety and health at work, 2009, p.9). A agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho, expõe o alarmante resultado da investigação realizada nos 27 países membros: o stresse relacionado com trabalho atinge em média 22% dos trabalhadores, sendo a segunda maior ameaça de doença, logo a seguir às doenças músculo-esqueléticas e o custo económico do stresse atingiu na Europa em 2002, os 20 milhões de euros por ano, sendo um dos principais desafios que os estados membros têm de enfrentar relacionado com o trabalho. A mesma pesquisa sugere que 50 a 60% dos dias perdidos de trabalho estão relacionados com o stresse, e este continua a aumentar.

A OMS (2007) destaca que nos Países industrializados as pessoas estão mais familiarizadas com o stresse relacionado com o trabalho, embora na Europa este continue a aumentar, em contraponto aos Países em desenvolvimento e estima que em todo o Mundo, apenas 5 a 10% dos trabalhadores de Países em desenvolvimento e 20 a 50% dos Países industrializados têm acesso a serviços de saúde ocupacional, mas raramente aspetos relacionados com efeitos psicossociais no trabalho são alvo de atenção, mesmo quando existem esses serviços.

O entendimento do conceito de Stresse relacionado com o trabalho (SRT), causas e consequências, afunilando para o relacionado com os profissionais de saúde, com vista à proposta de ações para a sua prevenção e gestão, constitui a finalidade deste estudo.

2.1. Evolução do conceito

O conceito de stresse tem sido estudado ao longo dos anos, por variadíssimos investigadores e autores de áreas tão diversas como a medicina, educação, sociologia, psicologia, biologia entre outras. De uma forma global é considerado como fazendo parte de um complexo e dinâmico sistema interativo entre o indivíduo e o seu meio (Leal, 1998).

O stresse, segundo Erikson e Ursin (2006) deve ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa, observando-se em todas as espécies que têm cérebro, todas as culturas humanas, todas as idades e ambos os géneros. Se assim não fosse, não teria sobrevivido à evolução das espécies, que o faz perdurar no tempo ao longo de várias gerações. Apenas em casos extremos produz doença.

A palavra *stresse* é uma palavra antiga inglesa, que surgiu no século XIV, que significa pressão, tensão e deriva de duas expressões latinas, “stringere”, que significa esticar ou deformar e “strictus” que designa esticado, tenso, restrito (Serra, 1999).

O conceito de stresse remonta a filósofos pré-socráticos, como Heraclito (540-476 a.C.) e Empédocles (490-430 a.C.) que afirmavam que a mudança constante seria a característica mais elementar da natureza, e que toda a matéria seria constituída por elementos e qualidades que em equilíbrio eram condição necessária para a sobrevivência dos organismos (Chrousos & Gold, 1992; Bolis, 1999). Hipócrates (460-377a.c.) “pai da Medicina”, comparou a saúde a um equilíbrio e harmonia entre os elementos e qualidades da vida, e a doença a uma desarmonia entre os elementos, destacando que as forças externas geradoras de doença, bem como os reajustes do organismo à mesma, derivam de causas naturais (Scliar, 2007). Hipócrates atribuiu causas ambientais às doenças, nomeadamente o clima, a água, as características de um local, como fatores que contribuem para a saúde (Lisboa, 2008).

O termo stresse, embora tenha surgido no início do século XIV, foi tecnicamente utilizado pela primeira vez por Robert Hooke, no século XVII, estudioso no campo da física e biologia, com o significado de uma força externa que afeta uma determinada estrutura

física (Lazarus, 1993). Já no século XIX, o importante fisiologista Claude Bernard (1813-1878), médico e precursor da biologia moderna investigou que as ameaças físicas à integridade de um organismo alteram o seu equilíbrio e geram respostas da parte dele que contrariam essa ameaça, salientando que aqueles que se protegem melhor e estiverem mais bem equipados têm maior probabilidade de sobreviverem (Serra, 1999). Na mesma linha, em 1932, o cientista americano Walter Cannon (1871-1945), criou o conceito de hemóstase, referindo-se à capacidade que o organismo tem de se manter estável, e de se autorregular, apesar das alterações do seu meio externo.

O conceito de stresse foi introduzido por Hans Selye (1907-1982), em 1936, médico endocrinologista e pesquisador austríaco, que empregou pela primeira vez a palavra inglesa stresse como termo médico, para caracterizar "reação não-específica do corpo a qualquer tipo de exigência" (Selye, 1976). Selye distinguiu dois tipos de stresse: o "eustresse", que acrescenta excitação e desafio às nossas vidas, que propicia felicidade, saúde e a longevidade e o "distresse", que ocorre quando existe uma tensão não aliviada, que conduz à destruição, doença e morte prematura (Hespanhol, 2005). Selye, dedicou cerca de 80 anos à investigação da relação entre stresse e doença, procurando compreender o stress como a resposta do organismo perante as agressões exteriores (Serra, 1999).

2.2. O conceito de stresse relacionado com o trabalho

Todos os empregos podem ser potencialmente stressantes para qualquer indivíduo, mas não têm por isso de conduzir necessariamente à insatisfação dos trabalhadores (Furnham, 2005). A visão contemporânea de stresse sugere que a sua existência não é necessariamente negativa, indesejável, ou evitável (Hespanhol, 2005), e pode até tornar-se um desafio, desde que os indivíduos disponham de recursos pessoais e suporte adequado (Seabra, 2008).

O stresse relacionado com o trabalho também pode ser designado na literatura, como "stress profissional" ou "stress ocupacional" (Sacadura-Leite & Uva, 2007).

Para a Comissão Europeia, stresse relacionado com trabalho, pode ser definido como “... reacção emocional, cognitiva, comportamental e psicológica a aspectos adversos e nocivos no conteúdo do trabalho, na organização do trabalho e no ambiente do trabalho” (Comissão Europeia, 2000, p.3). Para a NIOSH (1999) o stresse ocorre quando as exigências do emprego não correspondem às capacidades, recursos ou necessidades do trabalhador. O stresse aparece quando o indivíduo percebe que não tem capacidade para lidar com as exigências impostas ou com as ameaças ao seu bem-estar, gerando ansiedade ou depressão (Cox & Ferguson, 1991).

O stresse surge pela perceção do indivíduo de que as exigências excedem os recursos (ou aptidões), manifestando-se por este a nível físico, psicológico e social, afetando a sua saúde (Sacadura-Leite, & Uva, 2007). No processo contínuo de interação do indivíduo com o seu local de trabalho, a pessoa vai fazendo avaliações dessa interação e tentativas para lidar com os problemas, algumas delas com pouco sucesso (Lundberg & Cooper, 2011).

A experiencia de stresse no trabalho está relacionada com a exposição a fatores de risco de natureza física e psicossocial relacionados com o trabalho, a características da própria atividade do trabalho, e com as tentativas por parte do trabalhador para lidar com os problemas subjacentes à sua situação de trabalho (processo de *coping*) Sacadura-Leite, & Uva, 2007. A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2000), sublinha que estas exigências que desafiam a capacidade do trabalhador, podem ser quantitativas (ex. quantidade de trabalho ou pressão do tempo), emocionais (ex. empatia ou dificuldades em transmitir as emoções), cognitivas (ex. dificuldades no conteúdo do trabalho) e físicas (ex. trabalho estático).

O Stresse relacionado com o trabalho ocorre em múltiplas circunstâncias, mas torna-se mais grave quando os trabalhadores sentem que têm pouco controlo sobre o seu trabalho, apresentando dificuldades em lidar com as exigências do mesmo, provocando irritação, zanga e ansiedade, que é intensificada quando sentem que têm pouco apoio por parte das chefias e dos seus colegas (OMS, 2004)

Segundo a OMS, saúde não é só ausência de doença mas um positivo e completo bem-estar físico, psicológico, social e espiritual (OMS, 1986). Quando os indivíduos vão para o trabalho, transportam com eles estas dimensões que compõem a sua saúde. Um local de trabalho saudável é aquele em que não só deverá ter ausência de condições prejudiciais ao exercício do trabalho, mas uma abundância de condições positivas e promotoras de saúde e trabalho saudável. Por confronto, um trabalho saudável é aquele em que a pressão exercida sobre os trabalhadores vão de encontro às suas capacidades e competências para lidar com, em que sentem que têm controlo sobre o seu trabalho e têm apoio dos seus superiores e colegas (OMS, 2004).

O Stresse relacionado com o trabalho ocorre quando características individuais de cada trabalhador interagem com fatores de risco do ambiente de trabalho, que produzem reações de stresse que perpetuando-se no tempo podem conduzir a condições crónicas graves (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009).

2.2.1. Causas do stresse relacionado com o trabalho

De acordo com os atuais modelos sobre stresse relacionado com o trabalho, notámos que coabitam causas de stresse internas à pessoa e externas, no ambiente de trabalho (NIOSH, 1999, Furham, 2005; NIOSH, 1999; Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009).

Existe muita investigação e consenso na literatura quanto aos fatores que causam e/ou potenciam o stresse relacionado com o trabalho, Cooper & Marshall (1976), Cox (1978), Cox & Cox (1993); Kasl (1992), Levi (1972, 1984), Levi *et al.* (1986), Sauter, *et.al*, (1988, 1992), Frhuman (2005) citado por European Agency for Safety and Health at Work (2009, p. 68), havendo no entanto diferenças quanto à forma de categorizar as fontes do stress relacionado com o trabalho. Destacámos McGrath (1976, citado por Melo, Gomes & Cruz, 1997, p.54), que sugere a divisão em seis situações que causam stresse: 1) stresse baseado na tarefa, 2) stresse baseado no papel; 3) stresse intrínseco ao contexto do comportamento; 4) stresse proveniente do próprio meio ambiente físico; 5) stresse

proveniente do ambiente social e 6) stress pessoal. Sutherland & Cooper (1993) destacam cinco fontes principais: fontes intrínsecas ao trabalho, o papel na organização, progressão na carreira, afinidades no trabalho, estrutura e clima organizacional. Cooper, desenvolveu em conjunto com Sloan & Williams, um instrumento de diagnóstico de stress “O.S.I. - *Occupational Stress Indicator*”, que foi traduzido e validado por Cunha, Cooper, Reis & Fernandes (1992), para a população portuguesa e pretende avaliar diferentes aspetos do stress ocupacional. Kasl (1991) agrupa as condições de trabalho potencialmente stressantes como relativas ao tempo de trabalho, conteúdo do trabalho, relações interpessoais no grupo, relações interpessoais com supervisão e condições organizacionais. A NIOSH (1999) contempla seis fatores causais de stress: o desenho da tarefa, estilo de gestão, relações interpessoais, papel do trabalho, preocupação dos superiores hierárquicos e condições ambientais. Leka, S; Griffiths, A.; Cox, T. (2003), enumeram nove causas relacionadas com o stress no trabalho, chamando a atenção para influência dos aspetos culturais.

Iremos de seguida aprofundar as causas do stress relacionadas com o indivíduo e com o ambiente de trabalho.

Causas de stress relacionadas com o indivíduo

Todas as pessoas são diferentes, cada qual tem as suas particularidades e características individuais, pontos fortes e pontos fracos que se inter-relacionam, influenciam e são influenciados na relação entre o indivíduo e o meio envolvente (European Agency For Safety And Health At Work, 2000). A personalidade do indivíduo, as condições socioeconómicas, o suporte social, a idade, o género, a presença de doença ou estado de deficiência crónica, entre outras podem tornar as pessoas mais ou menos vulneráveis ao stress (European Agency For Safety And Health At Work, 2000). Além disso, segundo Sacadura-Leite & Uva (2007, p. 31) “as pessoas diferem na percepção das exigências da sua atividade profissional, na capacidade de lidar com essas exigências, na percepção das suas capacidades e no controlo que possuem e também que percebem”.

Segundo Vaz Serra (2005, p. 29), “ninguém está livre de stresse”, e este ocorre sempre que um indivíduo está perante um acontecimento que para si é significativo e o qual tem dificuldades em controlar e/ou as exigências para lidar com este ultrapassam as suas aptidões e recursos pessoais e sociais. Como nenhum indivíduo é igual ao outro, também a vulnerabilidade ao stresse é variável de indivíduo para indivíduo (Pocinho & Capelo, 2009).

Relativamente às características pessoais, as pessoas com comportamento do tipo A, são descritas na literatura (Serra, 1999; Vieira & Sobrinho, 1996) como pessoas que têm um forte envolvimento e elevado compromisso com o trabalho, competitivas, com elevado desejo de reconhecimento, que se envolvem em múltiplas tarefas, num esforço intenso para atingir objetivos por si selecionados. O indivíduo encontra-se num estado de ativação fisiológica permanente e elevada (Serra, 1999), sendo este tipo de comportamento preditor de desenvolvimento da doença cardiovascular (Friedman & Rosenman, 1974, citados por Sacadura-Leite & Uva, 2007). Pessoas mais ansiosas, irritáveis, com traços neuróticos, tendem a ser menos produtivas, menos satisfeitas com o seu trabalho e com mais tendência para o absentismo ao trabalho. Por outro lado pessoas mais otimistas, que interpretam acontecimentos da sua vida de forma positiva, tendem a esperar resultados positivos do seu comportamento, focando-se na resolução dos mesmos e procurando suporte social, em contraste com os mais pessimistas, que tendem a desistir na resolução dos problemas ou fingir que não ocorreram (Furhman, 2005).

Estudos atuais sobre o stresse, nomeadamente os baseados nos modelos transacionais, contemplam a existência de diferenças individuais na experiência do stresse por parte do indivíduo, nos processos de *coping* e ainda na relação entre stresse e saúde que pode condicionar a experiência de stresse relacionado com o trabalho (Jennings, 2008; Lazarus, 1999; Ludberg & Cooper, 2011). A má gestão do stresse é considerada atualmente como um dos fatores mais importantes e determinantes que pode influenciar o estado de saúde de uma pessoa (Ministério da Saúde, 2004). Sabe-se que os comportamentos estão relacionados com fatores biológicos, psicológicos, micro e macrossociais e ambientais (Gomes, 2009). Assim as estratégias de *coping* que cada

indivíduo utiliza, podem também ser um fator mediador de sucesso ou não ao lidar com o stresse. (Lazarus & Folkman, 1984a). De referir que as estratégias de *coping*, ou de autorregulação podem ser aprendidas pelo indivíduo, sendo atualmente umas das estratégias mais utilizadas na intervenção no stresse relacionado com o trabalho (Clarke & Cooper, 2004; Lazarus, 1999, Lundberg & Cooper, 2011, Nogareda et al., 2007; Salanova, 2008)

Relativamente à idade, os trabalhadores mais novos e os mais velhos, são aqueles que apresentam maior suscetibilidade ao stresse (European agency for safety and health at work, 2000). Os mais novos porque se confrontam com rápidas mudanças sociais próprias da idade, como a transição para a idade adulta, a entrada no mercado de trabalho, o confronto com situações próprias da adolescência, e os mais velhos (que têm aumentado em larga escala na Europa), porque são igualmente sujeitos a agentes stressores no trabalho, mas têm menos capacidades de adaptação que os mais novos, apesar das suas estruturas e funções do corpo se poderem manter inalteráveis. Os pais solteiros, são outro grupo particularmente vulnerável, tal como trabalhadores imigrantes e pessoas com incapacidade físicas e/ou psicológicas permanentes European agency for safety and health at work (2009).

O género dos profissionais pode ser outro fator que medeia a resposta ao stresse e influencia o desenvolvimento de doença, segundo Ogden (1999), Folkman e Lazarus (1988), Bartlett (1998) citados em European Agency For Safety And Health At Work (2000,p. 63). Estudos realizados sugerem que quando mulheres ou homens ocupam profissões estando em minoria, poderá haver maior ocorrência de efeitos a nível psicológico, uma vez que os traços psicológicos relacionados com o sexo dos profissionais parecem mediar, em parte, aquelas diferenças (Evans & Steptoe, 2002 citados por Sacadura-Leite& Uva, 2007); no entanto estudos também indicam que as mulheres são mais sensíveis que os homens, relativamente a fatores de risco psicossociais e impacto nas doenças coronárias (Agência Europeia para a saúde e Segurança no Trabalho (2009).

Causas de stresse relacionadas com o ambiente de trabalho

A European agency for safety and health at work (2000), distingue entre aspetos de conteúdo e de contexto do trabalho, mas considerando ambos como fazendo parte dos riscos psicossociais do stresse. Esta agência sistematiza os riscos relacionados com os stresse profissional em riscos psicossociais e riscos físicos, que por sua vez se dividem em riscos biológicos, radiológicos, químicos e biomecânicos. Relativamente a alguns riscos de natureza física que podem influenciar a saúde do trabalhador, podemos destacar o barulho, temperatura e humidade em condições extremas de trabalho, e a presença ou percepção de ameaça de perigo, como por exemplo os profissionais de saúde que prestam cuidados e pacientes infetados com o vírus da imunodeficiência adquirida (Cox & Cox, 1993; Oktay, 1992, Slone & Stephany, 1995, citados por Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2010. Os riscos físicos podem interagir uns com os outros, mas também com os psicossociais. A European Agency For Safety And Health At Work (2000, p. 66) destaca o trabalho de Chatterjee, 1987, 1992: Health & Safety Executive, 1990a), ao evidenciar que a exposição a mau equipamento e desenho do local de trabalho, em conjunto com uma pobre organização do trabalho e da tarefa a realizar, pode dar origem a limitações funcionais dos membros superiores.

Cox, 1993; Landy *et al.*, 1994; Kasl, 1987 & 1990, citados por European Agency For Safety And Health At Work (2000) identificaram os fatores de stresse mais comuns, que no Quadro 1 apresentámos.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Quadro 1. Fatores de stresse mais comuns no ambiente de trabalho (European Agency For Safety And Health At Work, 2000)

Categoria	Condições de perigo
	<i>Contexto de trabalho</i>
Cultura organizacional	Pobre comunicação, baixos níveis de apoio para a resolução de problemas e desenvolvimento pessoal, falta de definição dos objetivos da organização
Papel na Organização	Ambiguidade e conflito de papéis, a responsabilidade com pessoas
Desenvolvimento de carreira	Estagnação na carreira e incerteza, despromoção ou sobre promoção, salários baixos, insegurança no emprego, baixo valor social ao trabalho
Capacidade de decisão / Controlo	Baixa participação na tomada de decisão, falta de controlo sobre o trabalho
Relações interpessoais no trabalho	Isolamento social ou físico, más relações com os superiores hierárquicos, conflitos interpessoais, falta de apoio social
Balanço entre trabalho e casa	Elevadas exigências no trabalho e em casa, pouco suporte em casa, problemas de dupla carreira.
	<i>Conteúdo do trabalho</i>
Ambiente e equipamentos de trabalho	Problemas relativos à confiabilidade, disponibilidade, adequação e manutenção ou reparação de equipamento e instalações.
Desenho da tarefa	Falta de variedade na tarefa ou ciclos curtos de trabalho, fragmentados ou trabalho sem sentido, subutilização de habilidades, incerteza na realização da tarefa.
Organização do trabalho	Sobrecarga ou subcarga de trabalho, falta de controlo sobre o ritmo do trabalho, níveis de pressão de tempo elevados
Horário de trabalho	Turnos de trabalho, horários de trabalho inflexíveis, horas de trabalho imprevistas, longas ou falta de tempo para socializar

2.2.2. Consequências do Stresse relacionado com o trabalho

As respostas ao stresse têm-se desenvolvido ao longo de milhões de anos de evolução do homem e têm tido um papel crucial na sua proteção e sobrevivência. As repostas ao stresse ajustadas, preparam o corpo física e mentalmente para o que for necessário, funcionando como mecanismos de defesa e ataque que têm contribuído para a sobrevivência do homem (Lundberg & Cooper, 2011). As mudanças ambientais que foram ocorrendo, eram graduais e muito lentas, permitindo que o homem se ajustasse e adaptasse, contrariamente aos últimos dois mil anos, como referem Lundberg & Cooper

(2011), em que as mudanças têm sido tão rápidas, que não têm permitido a adaptação dos mecanismos de reação ao stresse do homem, que são substancialmente os mesmos que há cem mil anos atrás.

É importante referir que em muitos casos os mecanismos de resposta ao stresse, que se caracterizam por pequenas alterações fisiológicas, comportamentais, psicológicas, que podem influenciar a forma como o indivíduo sente, pensa e se comporta e ainda induzir alterações na função fisiológica (Stnsfeld et al., 1999 citado por Sacadura-Leite, & Uva, 2007), perante determinada situação, são as respostas adequadas, reversíveis e representam apenas uma ligeira disfunção e desconforto associado (Sacadura-Leite & Uva, 2007). Quando essas experiências de stresse são inadequadas, particularmente intensas e prolongadas, podem provocar distúrbios no organismo, originando sintomas físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais, com graves repercussões na saúde do indivíduo (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2002, 2007, 2009a, 2009b; Clarke & Cooper, 2004; European Agency for Safety and Health at Work, 2000; European Commission, 1999; NIOS, 2008; OMS, 2007, 2010a, 2010b; Lundberg & Cooper, 2011). As consequências do stresse no trabalho, produzem efeitos negativos no indivíduo, nas suas famílias, na organização e sociedade em geral (Lundberg & Cooper, 2011; OMS, 2007; Sutherland, & Cooper, 1993).

No indivíduo, o stresse afeta diferentes pessoas de diferentes formas, desde manifestações emocionais, cognitivas, comportamentais, fisiológicas (Comissão Europeia, 2000) e físicas, (Sutherland, & Cooper (1993) até situações mais graves como a deterioração da saúde física, psicológica e social, originando abstinência e tornando o trabalhador incapaz, podendo conduzir inclusive à morte (European Agency for Safety and Health at Work , 2000). A nível físico podem ocorrer dores de cabeça, desordens músculo-esqueléticas como dores de costas e ombros e dificuldades em relaxar (Hespanhol, 2005; OMS, 2004). Ao nível emocional, destacam-se reações de ansiedade e depressão, podendo tornar-se sentimentos de humor relativamente permanentes (Payne, 1999, citado por Sacadura-Leite & Sousa-Uva (2010), sentimentos de desespero e desamparo (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2000, 2002, 2009a, 2009b), cansaço, angústia e irritabilidade (OMS, 2004), cinismo e ressentimento

(Furhman, 2005). Os efeitos ao nível cognitivo relacionam-se com dificuldades de concentração, tomada de decisões, aprendizagem de coisas novas e capacidade de ser criativo (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2010; OMS, 2004). Relativamente às alterações ao nível comportamental, que segundo Sacadura-Leite & Sousa-Uva (2010), funcionam como métodos de *coping* de stresse, destacam-se o abuso do consumo de substâncias como drogas, álcool e tabaco e deterioração das relações interpessoais Comissão Europeia (2000).

No local de trabalho aumentam os comportamentos agressivos e violentos que podem provocar acidentes ou atitudes de afastamento ou desinteresse (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2002, 2007, 2009a, 2009; OMS, 2004, 2010a, 2010b). A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2000) chama a atenção para a forte relação entre os "*principal killers*" na União Europeia, que são a doença cardíaco-vascular, o cancro, doença respiratórias e causas externas como acidente e suicídios, afetando cerca de 70% da totalidade das mortes nos trabalhadores, e efeitos do stresse relacionado com o comportamento e estilos de vida. Sob influência do stresse a pessoa tem dificuldades em manter o equilíbrio entre o trabalho e a vida fora do trabalho OMS (2004). Ao nível fisiológico, as manifestações perante determinada situação de stresse estão relacionadas com as reações de fuga ou ataque do indivíduo. Caracterizam-se por aumento da tensão muscular, aumento da pressão do sangue, aumento ou frequência cardíaca irregular, excesso de produção de suco gástrico, entre outras. Quando estas manifestações se tornam crónicas, podem provocar alterações no sistema cardiovascular, respiratório, endócrino, gastrointestinal e imunitário (OMS, 2004; Levi, 1981; Kalimo et al., 1987; Kompier and Levi, 1994; Sapolsky, 1998; McEwen, 1998, citados por Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2000). Se os trabalhadores estiverem afetados pelo stresse, a saúde da Organização onde trabalham pode também estar afetada, e uma "Organização sem saúde" pode influenciar a performance a competitividade da mesma, podendo por em causa a sua sobrevivência (OMS, 2003). Os efeitos nas Organizações incluem o aumento do absentismo, a diminuição do comprometimento com o trabalho, o controlo da qualidade deficitário, aumento de práticas menos seguras com conseqüente aumento de acidentes, aumento das queixas

por parte dos clientes, diminuição da produtividade, entre outras (OMS, 2003; Sutherland & Cooper, 1993).

2.3. Stresse nos profissionais de saúde

O estudo do stresse nos profissionais de saúde, tem sido amplamente estudado na literatura científica, através de vários estudos de investigação e publicações de organizações preocupadas com a saúde destes trabalhadores, nomeadamente a National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), International Labour Organization, (ILO), European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EUROFOUND), Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outras. O stresse nos profissionais da saúde, parece ser das principais causas de afastamento da profissão (Grazziano & Ferraz, 2010).

O setor da saúde, como outros setores, sofreu com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Na década de 90, por exemplo, o aumento vertiginoso de stresse nos profissionais de saúde, pareceu dever-se à abertura do setor público à competição do setor privado, originando o aumento da competição, aumento da quantidade de trabalho e o conseqüente risco destes profissionais de perderem os seus empregos Cooper (2001). Outro fato, foi o aumento do trabalho burocrático que originou a diminuição do tempo efetivo com os pacientes, originando conflitos no trabalho (pág. 12), bem como o incremento das tecnologias que parece ter tido um forte impacto nos trabalhadores.

Segundo alguns estudos, em Portugal, os profissionais de saúde relatam níveis significativos de stresse e *burnout* (Cruz & Cabanelas, 2009; Franco & Tavares, 2009; Gomes, 1998; Gomes & Cruz, 1997; Gomes, Melo & Cruz, 2000; McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; Sacadura-Leite & Uva, 2012; Videira & Ventura, 2008).

O risco de um profissional de saúde contrair doenças relacionadas com o trabalho, é cerca de 1,5 vezes maior do que o risco de todos os demais profissionais. (Ministério da Saúde, 2010). Apesar destes dados sobre a saúde dos profissionais de saúde, como refere “as suas instituições são as menos vigilantes e preventivas” (Galego, 2009, p.50).

O stresse relacionado com o trabalho ocorre, quando as características individuais de cada trabalhador interagem de forma negativa com fatores de riscos do ambiente de trabalho (European Agency for Safety and Health at Work, 2009). As causas de stresse, bem como os seus efeitos, podem ser muito diversos, variam de acordo com o indivíduo, e no mesmo indivíduo pode variar em diferentes momentos (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2012, p.9). No setor da saúde estão já identificados alguns fatores que podem causar stresse, que estão associados às características do profissional de saúde, às exigências sócio emocionais implícitas da profissão, bem como a fatores organizacionais.

Estas profissões caracterizam-se por serem exigentes quer a nível físico, quer a nível psicológico. As exigências ao nível psicológico das profissões de saúde, parecem contribuir para o elevado stresse neste grupo profissional, destacando-se o contacto com alguns estímulos tais como o sofrimento das pessoas, sentimentos de impotência, falta de adesão ao tratamento dos parte dos clientes e convívio com o stresse de doentes e familiares (Malagris & Fiorito, 2006).

De entre os vários setores de ocupação estudados, os profissionais da área de saúde, são os que mais sofrem com o stresse relacionado com o trabalho, atingindo cerca de 28,5% dos seus trabalhadores em 2005 e 20,8% em 2009 (EUROFOUND, 2012). São também a categoria profissional que mais é atingida pela ansiedade provocada pelo trabalho, pela irritabilidade e ameaça de violência física (14,6%). A NIOSH (2008), em estudos realizados nos Estados Unidos da América, destacam que os trabalhadores de saúde são os que apresentam mais altas taxas de abuso de substâncias e suicídio, bem como de depressão e ansiedade relacionados com o stresse no trabalho. Estes fatores podem gerar *burnout*, absentismo, insatisfação por parte dos clientes e diagnósticos e tratamentos incorretos.

Os Profissionais de Saúde são uma categoria profissional que se enquadra nas chamadas “profissões de ajuda” (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2012, p.9), já que se preocupam com a saúde e o bem-estar dos outros. Como refere Gomes (b5), a natureza dos serviços prestados por esta classe profissional deve ser considerada, uma vez que a qualidade e eficácia dos serviços, têm repercussões na saúde dos indivíduos. De acordo com Hardly & Thomas (1998), o cuidar é uma profissão stressante, que tem

consequências para quem cuida e para quem recebe os cuidados, e para a organização com efeitos económicos graves, como a diminuição de produtividade, absentismo, aumento do risco de acidentes, tomadas de decisão pobres, entre outros.

De uma forma geral, as profissões de saúde são caracterizadas pelas elevadas exigências, com um elevado grau de responsabilidade (Spector, 1999). Segundo (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2012) a responsabilidade por pessoas é uma característica que está associada à atividade destes profissionais. Estas características parecem estar na origem de elevados níveis de stresse, em comparação com aspetos de natureza material.

Segundo Melo, Gomes, & Cruz, (1997) a pressão dos profissionais de saúde ao terem de lidar com clientes é um aspeto importante na origem da exaustão emocional e “esgotamento”, com o possível desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, especialmente estudado nestas profissões. O termo *Burnout* é uma composição de *burn*=queima e *out*=exterior, e surgiu nos Estados Unidos da América, nos anos 70, por Freudenberger, 1974, citado por Silva (2000), que descreve o *Burnout* como resultado de esgotamento, decepção e perda de interesse pelo trabalho, relacionado com profissões que trabalham em contacto directo com pessoas. O *Burnout* distingue-se do stresse por ser crónico, por ter sempre um carácter negativo, estar sempre relacionado com o trabalho e por comportar uma dimensão social, inter-relacional através da despersonalização, o que não ocorre necessariamente no stresse relacionado com o trabalho (Benevides-Pereira, 2002). No entanto, fases avançadas de stresse, o stresse crónico, em que a pessoa começa a apresentar prejuízo da sua linha de pensamento e o seu dia-a-dia é pautado pela sobrevivência contra agentes stressores, pode evoluir para a síndrome de *burnout* (Carvalho & Malagris, 2007). Neste estado, o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências do local de trabalho, estão esgotadas (Gomes & Melo, 2009). Por isso a prevenção do stresse ser um fator preventivo do desenvolvimento da síndrome de *burnout*.

No contexto de saúde, os profissionais de saúde estão permanentemente rodeados por fatores considerados stressantes, como o contacto com o sofrimento humano, problemas de saúde muitas vezes graves dos pacientes, recursos disponíveis muitas vezes insuficientes (Figueiredo, 1999), situações de deficiência e lesões graves, sofrimento, dor física e por vezes a morte (OMS, 2010b).

Em instituições de saúde, especialmente hospitais e centros de saúde, estudos mostram que níveis múltiplos de autoridade e relações hierárquicas complexas, interdependência de responsabilidades e especialização dos diferentes profissionais, também podem constituir fatores importantes de stresse de natureza organizacional (Calhoun, 1980 & Rodrigo, 1995, citados por McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

O stresse parece estar mais associado ao género feminino, que são em número elevado em algumas classes da saúde, como é o caso da enfermagem e dos terapeutas ocupacionais. Num estudo realizado por Meerbeau (1986, citado por Hardly & Thomas, 1998). O sexo feminino tende a experienciar maiores níveis de stresse relacionados com o trabalho, relacionados com as relações no trabalho, carreira profissional, excesso de trabalho, remuneração, sensação de pouco poder e reconhecimento profissional, bem como maiores problemas familiares (Cooper, Dewe & O'Driscoll, 2001; Firth-Cozens & Payne, 1999; Gomes, 2009), gerando maiores sentimentos de culpa, irritabilidade, cansaço, perturbações do sono, entre outros (Lundberg & Cooper, 2011), ansiedade e depressão (Sutherland & Cooper, 1993). Já o maior nível de despersonalização parece estar associado ao sexo masculino comparando com o feminino (Silva & Gomes, 2009).

Aspetos relacionados com a tarefa, como a “sobrecarga e excesso de trabalho” e a “pressão do tempo” estão entre as principais causas de stresse nos profissionais de saúde (Sacadura-Leite & Uva, 2012). Outras como o conflito e ambiguidade de papéis, falta de suporte social, perceção de falta de controlo sobre determinada situação, sobrecarga horária, aspetos burocráticos, medo de ser agredido, conflitos na equipa, contacto com doentes terminais e crónicos, também são referidos na literatura como fatores de stresse para os profissionais de saúde (Appelbaum, 1981; Carson & Thomas, 1998; Firth-Cozens & Payne, 1999; Hardly, Galego, 2009; McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999; NIOSH, 2008; Sacadura-Leite & Uva, 2007; Sacadura-Leite & Uva, 2012).

Relativamente aos Terapeutas Ocupacionais, apesar dos poucos estudos, as fontes de stresse parecem ser similares a outros profissionais de saúde, nomeadamente na sobrecarga de trabalho. Questões como o estatuto profissional, situações relativas à própria natureza da profissão, nomeadamente questões relacionadas com a identidade profissional, foram identificadas como fatores de risco adicionais para terapeutas

ocupacionais (Carvalho, 2012; Cítero & Moraes, 2008; Gutiérrez, 2004; Ruiz & Silva, 2009).

As consequências do stresse podem repercutir a um nível físico, psicológico e/ou comportamental (Cooper et al., 2001) e NIOSH (B235). A nível físico os sintomas, podem ir desde dores de cabeça, ombros, estômago, alterações na pressão arterial (NIOSH), ganho ou perda de peso, indigestão, náuseas, úlcera péptica, impotência, diarreia ou obstipação, falta de ar, palpitações cardíacas e aumento da tensão arterial (Hespanhol, 2005). Ao nível psicológico, irritabilidade, depressão, insatisfação com o trabalho. A nível comportamental, podem ocorrer problemas com sono, absentismo (Sacadura-Leite & Uva, 2012)

A evidência demonstra que o stresse relacionado com o trabalho está a ter implicações nas atuais políticas de saúde (Hardly & Thomas, 1998).

Importa destacar que a crença de que os profissionais de saúde são imunes à doença pelo fato de terem conhecimentos no campo da saúde, encontra-se na base de muitas resiliências destes profissionais (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999). Os estudos e as publicações para a prevenção e intervenção no stresse relacionado com o trabalho multiplicam-se na literatura e nas mais diversas disciplinas. Alguns exemplos são a medicina do trabalho, a saúde ocupacional, a ergonomia, a psicologia, a educação, entre outras. Vários autores referem a necessidade dos profissionais de saúde serem apoiados e suportados no exercício da sua profissão McIntyre, McIntyre & Silvério (1999), bem como o papel relevante e importante que a formação do indivíduo tem, na capacitação para cuidar da sua saúde.

2.4. Prevenção/Gestão do stresse relacionado com o trabalho em contexto de saúde

Kompier & Levi (1994), propõem três estratégias básicas para combater o stresse, suportando-se na metáfora “do pé e do sapato”, centradas no indivíduo, no trabalho, ou em ambas:

1) “procurar o sapato certo para o pé certo” – deve haver ajuste por parte do trabalhador e do trabalho

2) “adaptar o sapato ao pé” - o alvo da intervenção é no trabalho

3) “fortalecer o pé para se adaptar ao sapato” - o alvo da intervenção é o indivíduo

Da bibliografia consultada, considerámos existirem dois grandes grupos de práticas direcionadas para a prevenção/gestão do stresse, que iremos nomear como a montante e a jusante da prática profissional. A montante, são as práticas direcionadas para o indivíduo antes de exercer uma atividade profissional. Incluem-se as ações de sensibilização, educação e de proteção e promoção da saúde, bem como práticas de educação para a saúde que podem ocorrer numa grande diversidade de contextos, como o contexto educativo, nos seus vários ciclos de estudo, família, comunidade, entre outros). As práticas jusantes, que definimos como as estratégias de prevenção/gestão do stresse no exercício da atividade profissional, são voltadas para o lidar com o stresse em contexto de trabalho (Griffiths & Cox, 2003; Leka, OMS, 2010a; OMS, 2010b). Existem três comuns tipos de intervenção na gestão do stresse na literatura (European agency for safety and health at work, 2010) que se dividem em primária (que está relacionada com aspetos da organização do trabalho e desenvolvimento das tarefas), secundária (o trabalhador tem acesso a formação sobre competências para lidar com o stress e sobre práticas de promoção da saúde) e terciária (assistência direcionada para o trabalhador, nomeadamente o aconselhamento).

Os resultados da eficácia das práticas e dos programas existentes para a prevenção e gestão do stresse continuam a ser uma das principais “deficiências” da literatura científica sobre esta temática (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2010). As iniciativas para a promoção da saúde nos trabalhadores da saúde, também sugerem a escassez de estudos detalhados sobre as avaliações do stress e os seus benefícios (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2010).

Da bibliografia consultada, nomeadamente a que está relacionada com os contextos dos serviços de saúde, notámos que estas igualmente se encontram direcionadas quer para a Organização, quer para o indivíduo.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Relativamente às intervenções para a prevenção do stresse, mais comuns nas Organizações de saúde, estas incluem (NIOSH, 2008):

- Aumento da participação do trabalhador, dando-lhe oportunidades na tomada de decisões e ações que afetam o seu trabalho. Estas ações tiveram sucesso no aumento da satisfação com o trabalho, na redução da substituição de profissionais de saúde, do absentismo, bem como na redução do stresse relacionado com o trabalho

- Aumento do trabalho em equipa multidisciplinar em saúde, as quais se têm tornado cada vez mais comuns nos serviços de saúde, e constituídas por uma diversidade de profissionais. Estas podem facilitar serviços de maior qualidade, podem economizar tempo; promover a inovação através da troca de ideias e permite uma maior integração e associação de informação que um indivíduo sozinho não conseguiria;

- Processos de equipa e intervenções multicomponentes, são mais amplas e incluem as avaliações do risco, técnicas de intervenção específicas e educação.

Relativamente às estratégias mais utilizadas e direcionadas para o trabalhador, estas incluem: treino de estratégias de *coping*, relaxamento, biofeedback, técnicas cognitivo-comportamentais, gestão do tempo e habilidades intra e interpessoais. O suporte social também é considerado um importante recurso, e como verificaram Ramminger (2005), citados por Santos e Cardoso (2010), quando não existe uma equipa “ideal”, os profissionais procuram um colega com quem dividir suas angústias e dificuldades, como fonte de suporte e partilha.

Outros fatores importante e que podem ter um efeito protetor do stresse e como tal preventivo, relacionam-se com a supervisão, discussão de casos e partilha entre colegas, referida em vários estudos sobre profissionais de saúde (Firth-Cozens & Payne, 1999; Hardy, Carson & Thomas, 1998; NIOSH, 2008). Num estudo realizado por profissionais de saúde mental, identificou-se que a supervisão seria importante como suporte tanto para os atendimentos quanto nas relações interpessoais, garantindo a continuidade do trabalho e as dificuldades encontradas. (Silva & Costa, 2008). Também Santos e Cardoso (2010) propõem a implementação de ações direcionadas para a supervisão, que abarquem discussões sobre o próprio trabalho, o stresse dos

profissionais, as dificuldades interpessoais e as estratégias partilhadas para o enfrentamento das situações estressoras. Segundo Reid et al. (1999), citado por Santos e Cardos (2010), a supervisão constitui um fator de proteção contra o *burnout*.

Outra estratégia utilizada é a psicoterapia pessoal, a qual aparece como central para o profissional e uma iniciativa a se incentivar como ação de suporte ao profissional (Eurofound, 2000).

Existem já alguns estudos que evidenciam quais as práticas que resultam mais ou menos, nomeadamente as que são mais relacionadas com os modelos cognitivo-comportamentais, baseados em práticas como o exercício físico e a meditação que parecem apresentar maior eficácia, bem como o emergir de práticas atuais mais voltadas para a intervenção em aspetos da Organização. O fato é que o stresse continua a ser nos dias de hoje uma das maiores causas de doença relacionado com o trabalho, não obstante os programas que têm existido em todo o mundo, no entanto muitos deles inconclusivos quanto ao impacto das suas estratégias (Eurofound, 2012).

3. Educação e Saúde: sinergias na sociedade atual

O cuidar dos outros é a missão nobre dos profissionais de saúde, pelo que não deve ser descurada nem a sua formação nem a sua saúde em todas as vertentes que a compõem. A saúde dos profissionais de saúde é mais do que uma prioridade, uma necessidade face aos factos que evidenciam os riscos sérios que o exercício desta profissão acarreta para o próprio profissional e consequentemente para quem é alvo dos seus cuidados.

A saúde dos cidadãos trás novos desafios à educação e por sua vez a educação trás novos desafios à saúde. Assim saúde e educação vão-se desenvolvendo e surtindo os seus efeitos num emaranhado impossível de separar, quando observamos o binómio saúde doença.

Atualmente a Educação é concetualizada como um processo a realizar ao longo da vida e em todos os contextos onde o cidadão vive, por sua vez a Saúde é tida como um

projeto comunitário, em que os indivíduos devem ser os seus principais responsáveis mantendo sempre uma aprendizagem ao longo da vida (Antunes, 2008). No decorrer do século XX assistimos ao evoluir de políticas de Educação e Saúde cada vez mais centradas no desenvolvimento de competências no cidadão, promovendo o desenvolvimento saudável das populações com ênfase na educação para a saúde ao longo da vida.

Parece-nos lógico desenvolver o conceito de Saúde, visto ser uma parte intrínseca dos conceitos acima descritos, assim como a evolução da Educação nos últimos anos, com uma clara aproximação entre os dois campos até à atualidade. A Educação para a Saúde (EpS) e Promoção para a Saúde (PrS) são conceitos recentes, que surgem das pontes entre estas duas áreas.

Iremos de seguida olhar para a evolução destes conceitos até à atualidade, inferindo depois para a revisão da bibliografia sobre práticas de prevenção da saúde relacionada com o trabalho, através da educação para a saúde ao nível da educação formal, nomeadamente na Universidade, e em contexto de trabalho.

3.1. Educação: conceitos atuais e desafios para o século XXI

O conceito de Educação é reflexo dos diferentes momentos históricos, do desenvolvimento das sociedades, influenciada por questões políticas, económicas e sociais (Dias, 1996), refletindo a evolução do pensamento social do homem acerca de si mesmo. Nos nossos dias, educação significa, no sentido mais global, educação ao longo da vida, através do qual a pessoa se vai autoconstruindo através de um conjunto de experiências factuais e culturais ao longo da história da sua vida (Antunes, 2008, p.71)

Hoje, podemos dizer hoje que o acesso à educação é cada vez mais universal e acessível à maior parte dos cidadãos, principalmente nos países industrializados. Somos desde o nascimento influenciados por cada vez maior quantidade de informação que ocorre das mais diversas formas, através de livros, televisão, internet, entre outras. As tecnologias da informação que se multiplicam, são cada vez mais rápidas e integradas no processo de ensino-aprendizagem, alternando-se o conceito de presença e distância e as formas de ensinar e aprender também (Varandas da Costa, 2011). A Educação do século

XXI assume-se como tendo um papel essencial no desenvolvimento contínuo, tanto das pessoas como das sociedades. As políticas educativas devem ser um processo permanente de enriquecimento dos conhecimentos das pessoas, do saber-fazer, mas “também e talvez em primeiro lugar, como uma via privilegiada de construção da própria pessoa, das relações entre indivíduos, grupos e nações” (Delors, 1996, p.12).

De acordo com o dicionário etimológico, o termo educação deriva do étimo *educare*, significa “produzir, alimentar, cultivar”. Com o mesmo radical o verbo *educere* que significa “fazer sair, tirar para fora, conduzir, guiar”. Para alguns autores *educare* poderá estar associado com a escola tradicional e *educere* mais ligado à Escola Nova (Veiga, 2001, p.115)

Para Platão, educar é formar o homem, num processo capaz de nos tirar de uma condição de ignorância. Para Aristóteles, a educação deve levar o homem a alcançar a sua plena realização, através do desenvolvimento das suas competências físicas, morais e intelectuais. Para Francis Bacon o conhecimento científico e o avanço da ciência, poderiam dar ao homem poder sobre a natureza (Viana, 2006). Jean Jacques, Rousseau citado por Viana (2006, p.131) formulou, princípios educacionais que permanecem até nossos dias, afirmando que “a verdadeira finalidade da educação era ensinar a criança a viver e a aprender a exercer a liberdade”. Para Jean Piaget, a educação é a busca da construção da autonomia e a formação de homens criativos, inventivos e descobridores, de pessoas críticas e ativas. Para Paulo Freire, educar é construir, é perceber o homem como ser autônomo (Zacharias, 2007). Para M Debesse (1960, citado por Araújo, 2004, p.24), “educação não cria o homem, ajuda-o a criar-se a si próprio”. Vianna (2006) refere-se a Educação, num sentido mais amplo, como representando tudo o que pode ser feito para desenvolver o ser humano e, num sentido mais restrito, a instrução e o desenvolvimento de habilidades e competências.

Nas últimas décadas do século XX, ocorreram grandes mudanças nos setores socioeconómico, político, cultural, científico e tecnológico, além da globalização da economia, das comunicações e da cultura. “A educação, no século XX, tornou-se permanente e social” Gadoti (2000, p.4). Por todo o Mundo, e em Portugal inclusive, a ação educativa em todas as suas vertentes está a ser considerada como a catapulta principal para o desenvolvimento do mundo e das pessoas, não só numa perspetiva de

crescimento económico, mas também numa perspetiva pessoal, social e comunitária (Silvestre, 2003).

Iremo-nos reportar ao entendimento da educação a partir da criação dos sistemas nacionais de educação nas sociedades ocidentais modernas, onde “falar de educação é falar de educação escolar e falar de ensino é falar de ensino formal” (Barros, 2011, p.23). A expansão do modelo escolar a todos os países é uma das realidades do século XX e como refere (Canário & Cabrito, 2008) a escola é uma das primeiras Instituições da globalização. Desde o início do século XIX e meados do século XX que a educação é a educação escolar, que é ministrada num espaço físico específico, regulada por um Estado-Educador. Tradicionalmente a educação era vista como meio de transmissão de conhecimentos, que eram leccionados através dos sistemas educativos que estavam organizados para um tipo de ensino, com pedagogias mais vocacionadas para o coletivo (turma) do que para processos diferenciados de aprendizagem e assegurada por profissionais. O modelo escolar, na forma de conceber e de organizar a educação, no essencial chegou até aos dias de hoje, resistindo às mudanças que têm ocorrido no decurso do século XX e XXI (Nóvoa, 2009). A importância que passou a ser atribuída aos sistemas educativos formais foi de tal forma que o tempo de vida humana passou a estar associado ao tempo de escolaridade e ao fim da escolaridade, em que a primeira fase se espera que os indivíduos se preparem convenientemente para o garante do sucesso de todo o tempo da segunda, nomeadamente a fase produtiva da vida do indivíduo contribuindo para o progresso e bem-estar coletivo (Barros, 2011). Sempre existiram outros entendimentos de educação, que se firmaram de forma mais consolidada a partir do final do século XIX, como o intitulado movimento da escola nova e o movimento da educação permanente. A *educação nova*, que se evidencia a partir da obra de Rousseau, distingue-se principalmente da escola tradicional, especificamente na metodologia vigente do modelo escolar. Segundo Nóvoa (2009), podem considerar-se quatro princípios que a definem, educação integral, autonomia dos educandos, métodos ativos e diferenciação pedagógica. A educação tradicional e a nova têm em comum a existência de um tempo para aprender e a existência de espaços físicos próprios (Barros, 2011), e ambas têm uma conceção da educação como processo de desenvolvimento individual

(Quintas, 2008), contrariamente à educação, no século XX, que se tornou *permanente e social*.

As Conferências organizadas pela UNESCO sobre o tema da educação de adultos, têm desde 1949 sido catalisadores este processo de mudança no conceito de educação, pelo que de forma sucinta as referimos.

A primeira Conferência Internacional de Educação de Adultos (Elseneur, Dinamarca, 1949), ocorre no ano seguinte à Declaração Universal dos Direitos Humanos onde pela primeira vez se pretende dar resposta às necessidades concretas desta faixa da população UNESCO (1949). Segundo Antunes (2008), esta Conferência marca o início do processo de evolução do conceito de educação, concetualizada como um processo que ocorre ao longo da vida e que pretende facultar aos indivíduos conhecimentos que lhes dê possibilidade de a viver com maior realização pessoal e profissional. Especifica-se também nesta conferência o fato de os adultos possuírem experiência e determinados conhecimentos, que não devem ser descurados por parte de todos os implicados nas ações de formação aos adultos (Barbosa, 2004). Nesta conferência o papel da universidade também é salientado, chamando-se a atenção para o benefício do contacto mais direto entre Universidades e os problemas reais das comunidades, no que se refere à orientação das investigações e à forma de as transmitir.

Na segunda Conferência Internacional de Adultos, realizada em 1960, em Montreal - Canadá, sobressai a ideia de que o processo educativo deve ser concetualizado como um todo, abrangendo a totalidade da vida dos indivíduos e ocorrendo em todos os espaços onde esta decorre Barbosa (2004). Surgem novos conceitos como a educação permanente e educação comunitária, e a confirmação da globalização como uma tomada de consciência de que os problemas e situações se passavam à escala mundial (Silvestre, 2003).

A Declaração de Nairobi (1976), elaborada após a terceira Conferência Internacional de adultos, realizada em Tóquio, integra a educação na “perspetiva do enriquecimento integral do homem e sua participação no desenvolvimento socioeconómico e cultural” (UNESCO, 1976). Destaca-se a necessidade de “aprender a aprender” ao longo da vida, ou seja na educação de crianças, jovens e adultos, o processo educativo aparece interligado. Segundo Bholá (1989, citado por Barbosa, 2004, p.26) a

partir desta conferência “a educação dos trabalhadores e a qualidade de vida e do trabalho destes se tornam um aspeto determinante da educação de adultos”. Faure, (1972, citado por Canário, 2000, p. 97) refere que é nesta altura que ocorre uma viragem na educação, em que a pessoa tem de *aprender a ser*, conseguido através de um processo de construção da pessoa. A educação passa a fazer parte do desenvolvimento do indivíduo, como ser ativo e participativo na construção do seu eu com vista a satisfazer as suas necessidades e contribuir para o crescimento das comunidades. Dias reforça esta ideia ao referir que a “resultante das complexas relações de interdependência que se estabelecem entre educação permanente de todos os elementos do grupo é a educação comunitária” (Dias, 1983, p. 42). É com a Declaração de Nairobi que a Educação começa a ser vistas com os conceitos de educação formal, não formal, informal (Oliveira, 2004).

Na quarta Conferência Internacional de Educação de Adultos realizada em Paris (1985), na qual Portugal pela primeira vez esteve presente, o direito a aprender é reforçado, “o direito de aprender é um dos maiores contributos para a resolução dos cruciais problemas da humanidade de hoje” (UNESCO, 1985, p.66). Em 1990, em Jomtien, Tailândia, ocorre a Conferência Mundial sobre Educação para todos, na qual educação é reforçada como um direito fundamental para todos os indivíduos, crianças, jovens e adultos. Os indivíduos devem ter condições para aproveitar as oportunidades educativas para satisfazer as suas necessidades básicas ao nível da aprendizagem para que possam desenvolver as suas potencialidades, tomar decisões fundamentadas, desenvolver-se em sociedade e melhorar a sua qualidade de vida.

Na quinta conferência internacional de educação de adultos, realizada em Hamburgo em 1997, salienta-se que a educação de adultos “Mais que um direito é uma chave para o século XXI”. É simultaneamente uma consequência de uma cidadania ativa e uma condição para a participação plena na sociedade (UNESCO, 1997, p.15). A ideia da educação como um direito fundamental para todos, que se concretiza no próprio percurso de vida, e não está estanque nos muros de uma educação escolar e institucionalizada é geradora de oportunidades no sentido do desenvolvimento de competências ao longo da vida Antunes (2008). Surge o novo conceito de sociedade de aprendizagem onde “tudo oferece uma oportunidade de aprendizagem e de realização

dos potenciais de cada um” (UNESCO, 1998), onde todas as situações são oportunidades de aprendizagem. O local de trabalho assim surge como um *setting* de aprendizagem privilegiado, já que neste as pessoas passam várias horas do seu dia.

A sexta e última Conferência Internacional de adultos, realizada em 2009 na cidade de Belém (UNESCO,2009) adotou como tema - Vivendo e aprendendo para um futuro viável: o poder da aprendizagem e educação de adultos. Reforça-se o papel da aprendizagem ao longo da vida, “do berço ao túmulo” como “fundamental para resolver questões globais e desafios educacionais. A Comissão não esquece a profunda crise económica e financeira à escala mundial, e a necessidade, diríamos obrigatoriedade, de atualizarmos e adaptarmos as nossas habilidades e competências a novos ambientes de trabalho, formas de organização social e canais de comunicação. No ponto 5 da Declaração, a comissão vai mais longe ao referir que a aprendizagem de jovens e adultos são um componente chave de um sistema holístico, não preocupado apenas com o potenciar de competências mais específicas, mas constituindo-se um fator essencial “na elevação da autoconfiança, de autoestima e de um sólido sentimento de identidade e apoio mútuo” (UNESCO, 2009).

A educação tem vindo a desenvolver-se numa perspetiva holística, em que todas as situações são potenciadoras de aprendizagem e desenvolvimento das capacidades do indivíduo que se estabelecem na sua praxis sociocomunitária (Antunes, 2008). No processo de autoformação do ser humano o aprender a aprender é crucial, para um contínuo desenvolvimento das suas capacidades e para o estabelecimento de relações que criem oportunidades de crescimento, desenvolvimento e aprendizagem (Antunes, 2008).

No Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, que consta no livro Educação: um tesouro a descobrir, a Educação é perspectivada ao longo da vida “*Doravante, temos de aprender ao longo da vida e uns saberes penetram e enriquecem os outros*” (Delors, 1996,p. 104). Esta é a chave que abre as portas do século XXI, para ir ao encontro a cada indivíduo e às exigências do mundo do trabalho.

A educação abarca hoje os quatro pilares, que ao longo da vida do indivíduo, serão os pilares do conhecimento, apresentadas pela UNESCO da Autoria da Comissão Internacional presidida por Jacques Delors (1996, p.17): *aprender a conhecer*, isto é a adquirir os conhecimentos da compreensão; *aprender a fazer*, para poder agir de forma eficaz e eficiente sobre o ambiente; *aprender a viver com os outros*, a fim de participar e cooperar com os outros todas as atividades humanas e *aprender a ser*, integrar de forma sistemática as aprendizagens anteriores. A conceção de educação deve ser vista como um processo de autoconstrução, onde as experiências de vida de cada um de nós, constituem fontes de saber, para o desenvolvimento de bases de competências do futuro, orientados no sentido do desenvolvimento de projetos individuais e coletivos. Os fundamentos da educação durante toda a vida são refletida nestes quatro pilares.

3.2. Saúde: Conceito em movimento, mudança de paradigma e determinantes

“A saúde não é tudo, mas sem saúde tudo é nada”

(Schopenhauer, 1788-1860, filósofo alemão)

Antes de realizarmos uma breve viagem sobre a evolução do conceito de saúde, pensamos ser importante destacar que saúde não tem o mesmo significado, nem representa o mesmo para todas as pessoas. Saúde é um conceito dinâmico, “reflete a conjuntura social, económica, política e cultural. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de conceções científicas, religiosas, filosóficas (Scliar, 2007), Nesse sentido, como refere Ribeiro (1994), Saúde como conceito espelha ao longo dos anos, a variedade de contextos e a experiência humana.

Etimologicamente, Saúde provem do latim *salus-utils* que significa o estado em que um ser orgânico exerce normalmente todas as suas funções (Quesada, 2004).

A preocupação com a saúde tem coexistido com a evolução do homem e o seu conceito está diretamente ligado à história da medicina e da saúde pública. Assim ao longo de vários séculos, existiram nas várias sociedades teorias explicativas das causas de doença: teorias pessoais, que atribuíam a doença a fatores extracorporais (espiritismo,

bruxismo, etc.); teorias naturais, que se centravam no desequilíbrio entre os fluidos corporais; e teorias emocionais que consideravam as emoções como causa da doença (Scliar, 2007).

Nos vários períodos da história do homem, o conceito de saúde foi-se alterando, desde os primeiros anos em que era prevalente a crença de que a doença era um castigo divino, às civilizações egípcias que enfatizaram a higiene pessoal e pública, à civilização romana em que o saneamento e a preocupação sanitária levaram à aplicação de conhecimentos arquitetónicos. No período medieval as epidemias marcaram a época, e as preocupações com a prevenção, contaminação de doentes e incremento de barreiras sanitárias, isolamento de doentes eram a principal preocupação.

O período científico, que surgiu no final do século XVIII até ao começo do século XX, coincide com a revolução industrial e surge nesta altura a primeira escola de higiene ambiental e experimental. No princípio do século XX, os serviços de saúde estavam organizados para tratar a doença dos pacientes, sendo os médicos os principais responsáveis pela doença/saúde de cada pessoa. Segundo Collière, (1989, citado por Carvalho & Carvalho, 2006) o objeto da medicina era visto como *“O corpo cuja mecânica deve ser reparada”*. Esta perspetiva *reducionista* de saúde, como mera ausência de doença, considerava apenas os fatores biológicos e físicos como únicas causas de afetação do organismo, que não teria possibilidade de se prevenir, e os cuidados cingiam-se ao tratamento da doença pelos Médicos (Larrea e Plana, 1993). A saúde das pessoas estava reduzida às suas estruturas e funções orgânicas, dimensão física, e percebida saúde com o oposto à doença.

Os conteúdos programáticos das profissões relacionadas com a saúde, nomeadamente a médica são o exemplo mais visível deste enfoque biológico, na soma das partes do ser humano, já que o ensino era baseado em várias disciplinas fragmentadas e divididas, um modelo que persiste até aos dias de hoje (Frenk et al., 2011). Com os avanços dos estudos bacteriológicos, e comercialização de antibióticos, na primeira metade do século XX, são criados os primeiros centros de segurança social e campanhas de vacinação. É atribuída importância às condições sanitárias e o estado nutricional das populações, entre outros fatores, para o aparecimento de doença,

abrindo-se novas perspectivas no conceito de saúde, já que passa a ser visto num sentido mais positivo e podendo ser prevenido o risco de patologia (Quesada, 2004).

Em 1948, no preâmbulo da constituição da OMS, definiu-se Saúde como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social” e não apenas a “ausência de doenças ou enfermidades” OMS (1948). Esta mudança de paradigma de “ausência de doença” para “um estado completo de bem-estar físico, mental e social”, descentrou a atenção na doença e no modelo biomédico tradicional que lhe estava subjacente, para um conceito de saúde dinâmico e alargado, com responsabilidade do estado na prevenção e promoção de saúde. A obtenção de um estado completo de bem-estar físico, mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas de toda a sociedade em geral.

Esta definição de saúde, abre portas para uma nova perceção da relação ser-humano – ambiente e rompe com as conceções da medicina tradicional voltada para a cura da doença do indivíduo e nos meios destinados para a sua cura, baseada no paradigma saúde – doença – morte (Quesada, 2004; Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Apesar de ser revolucionária esta definição, e definir a saúde de forma positiva, surgem numerosas críticas: definir Saúde como um *completo bem-estar* é utópico, subjetivo, inalcançável e abstrato não podendo ser utilizado como meta pelos serviços de saúde (Martin, 1985 & Gonzáles, 1990); a saúde e a doença não são estados absolutos, mas existem em diferentes graus (Terris, 1980) e não contempla os aspetos adaptativos da pessoa perante a doença (Gonzáles, 1990). Varias definições de saúde a partir desta altura foram formuladas, com um denominador comum, a definição de saúde numa perspectiva positiva (Quesada, 2004), como reflexo do comportamento dos indivíduos e tendo como fatores determinantes os fatores ambientais (San Martin citado por Quesada, 2004). Esta conceção positiva e abrangente de saúde é reforçada na Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), promovida pela OMS (1978). Nesta conferência o ser humano é considerado um ser multidimensional e holístico, em permanente processo de transformação e evolução (Antunes, 2008), tendo em conta as suas várias dimensões físicas, psíquicas, ambientais, culturais, económicas, entre outras (Martínez, Carreras & Haro, 2000).

Em 1985, a OMS, numa tentativa de corrigir alguns aspetos da definição de saúde datada de 1946, reformula a sua conceção apresentando saúde como a “capacidade para realizar o potencial pessoal e responder de forma positiva aos desafios do ambiente”. Identifica alguns elementos chave na noção de saúde, destacando que saúde também é a capacidade do indivíduo ou grupo realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, bem como transformar o seu meio envolvente. Nestes elementos, está implícito um exercício participativo e ativo do indivíduo na sua saúde, o que é uma importante mudança de paradigma relativamente até esta altura. Considera também que saúde é um recurso para a vida e não um projeto pessoal de vida (OMS, 1985). O nível de saúde de um indivíduo, influencia toda a experiência de vida e as atividades do seu dia-a-dia, no âmbito profissional, pessoal, relacional, de lazer. O modelo biomédico está definitivamente ultrapassado (Antunes, 2008) e o processo de saúde centra-se pela primeira vez no cidadão, que na procura do estado de bem-estar e desenvolvimento saudável precisa procurar uma relação saudável com o seu meio ambiente e modificar os seus comportamentos sempre que esteja em causa o equilíbrio dinâmico dos sistemas. Rodrigues, Pereira & Barroso (2005). Vários autores, em conjunto com várias Organizações Internacionais, nomeadamente a OMS, adotaram este conceito de saúde comunitário, ecológico, holístico e participativo (Serrano, 1990 & Schwenger, 1973 entre outros autores citados por Juste (2001, p.27).

É consensualmente aceite que saúde é mais do que a ausência de doença e que em cada fase da vida, a saúde e bem-estar são afetados por interações complexas entre o ambiente e as características individuais e comportamentais do indivíduo. (OMS, 1985, 2000, 2005c).

O contexto onde o indivíduo vive, determina a sua saúde e fatores como o ter acesso à educação, a condições de habitabilidade, segurança e bom ambiente no trabalho, suporte social de amigos, família e comunidade, acesso a serviços de saúde, entre outros, são determinantes e fatores que afetam e determinam a saúde. O nível de educação surge como um dos indicadores mais utilizados na associação das condições socioeconómicas e os problemas de saúde e o impacto das competências académicas reflete-se na empregabilidade e produtividade, no salário e no bem-estar, na participação

cívica, na autoestima e confiança e e um fator protetor da exclusão social (Fabião & Calado, 2011)

As dimensões de saúde, devem ser vistas como um processo dinâmico, onde todas interagem umas com as outras, interligam-se e potenciam-se, numa visão holística da saúde. Qualquer perturbação numa dimensão tem repercussões na outra dimensão, e como tal na globalidade da saúde do ser humano. Quando o indivíduo vai para o seu local de trabalho transporta consigo todas estas dimensões, e quando alguma falha, como o mau ambiente de trabalho ou dificuldades dos trabalhadores em executar as suas tarefas, está em risco a saúde do indivíduo na sua globalidade. O estilo de vida das pessoas, no qual se incluem os comportamentos de saúde, como sedentarismo, consumo de drogas, erros alimentares, má gestão do stresse, entre outras, estão hoje claramente identificados como fatores determinantes da saúde e causa de doença e morte (Ministério da Saúde, 2003)

Também o conceito de qualidade de vida, adotado por vários setores como a política, saúde, economia, educação, ecologia, tem sofrido alterações na sua concetualização, desde a primeira vez que foi referido em 1920, na altura muito ligado a conceitos económicos. Para a OMS (1995), qualidade de vida é “a perceção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Existem inúmeras definições sobre qualidade de vida, e como destaca Barbosa (1998, citado por Almeida, Gustavo & Renato, 2012), não é possível existir um conceito único e definitivo, mas podem-se estabelecer elementos para se pensar nessa noção enquanto resultado de indicadores ou esferas objetivas e subjetivas, a partir da perceção que os sujeitos constroem no seu meio.

A multidimensionalidade do conceito inclui, dimensões físicas, psicológicas, sociais, espiritual, emocional e ambiental e é compatível com a definição de saúde em função dos recursos do indivíduo para poder tomar decisões e controlá-las (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007). Como refere Ferreno Torres (1990, citado por Araújo, 2004, p.50) “É necessário abordar a saúde como fator de qualidade de vida, tarefa da comunidade na qual todos estamos implicados”. Nesta abordagem holística enfatiza-se a conexão entre

as partes (corpo, mente, espírito) e o todo, em que as pessoas procuram viver de acordo com o seu padrão de vida.

A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2003), também podemos considerar como um marco importante na classificação de saúde, num sentido multidisciplinar, positivo, ecológico e focado no ambiente. O contributo de diferentes países e entidades, grupos de trabalho, elevado número de especialistas, organizações não-governamentais, etc. e principalmente o contributo e a participação ativa de pessoas com incapacidades e das suas organizações é um exemplo de exercício da cidadania em saúde numa escala global. A mudança de paradigma do modelo médico, espelhado na antiga classificação, ICDH - Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, para o modelo biopsicossocial da CIF, em que os fatores ambientais assumem um papel crucial, e a Funcionalidade e Incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais (OMS, 2003).

Como percebemos pela evolução do conceito, a participação ativa das pessoas e capacitação das comunidades para a saúde, são cada vez mais as ferramentas de políticas da saúde. Começa a ser reconhecido que as questões de saúde devem ser abordadas fundamentalmente no sentido da prevenção, apesar de cada vez mais haver soluções terapêuticas específicas para cada doença, bem como o aprofundar de estudos relacionados com esta, a esperança de vida das pessoas continua a aumentar, a prevalência de doenças também (Rodrigues, Pereira & Barroso (2005). No entanto, apesar de todas as orientações como refere Juste (2001, p. 27) *“na realidade continuar a lutar-se contra a doença e não a favor da doença”*.

3.3. Sinergias entre educação e saúde: Co-implicação de conceitos

Como constatámos, ambos os conceitos, Saúde e Educação, sofreram profundas mudanças, principalmente desde a década de 50.

Ambos os conceitos evoluíram no sentido holístico, englobando uma abordagem global e particular do indivíduo, nas suas várias dimensões e em constante interação com o meio (Carvalho & Carvalho, 2006). Estas recontextualizações dos conceitos testemunham esta evolução numa perspetiva holística “que entende o homem com um ser multidimensional e o principal agente de (trans) formação do seu percurso de vida e da comunidade em que vive” (Antunes, 2008, p. 56). Também Illich (1977 citado por Carvalho & Carvalho, 2006, p. 14) refere que “Não existe ser humano que não seja transformado pela sociedade em que se encontra, do mesmo modo que não existe sociedade que não se funde na autonomia com que os seus membros participam no programa que ela estabeleça”.

A educação tem-se vindo a desenvolver numa perspetiva holística, em que todas as situações são potenciadoras de aprendizagem e desenvolvimento das capacidades do indivíduo (Antunes, 2008). No processo de autoformação do ser humano o aprender a aprender é crucial, para um contínuo desenvolvimento das suas capacidades e para o estabelecimento de relações que criem oportunidades de crescimento, desenvolvimento e aprendizagem (Antunes, 2008). O aprender a ser, surge como um dos pilares da educação do século XXI, em que se reforça que “a educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa — espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade.” A valorização do desenvolvimento pessoal é um dos destaques do Relatório da UNESCO e vistas como cruciais para este agir nas diferentes situações, nomeadamente questões que se prendem com a sua saúde e em diferentes contextos, nomeadamente o trabalho, “... de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida.” (Delors, 1996, p.99).

O modelo biopsicossocial aproxima-se de uma perspetiva holística e sistémica no âmbito da saúde, considerando as múltiplas dimensões da vida humana (Oliveira, 2002). A perspetiva holística, como a entendemos, supõe uma visão global e não fragmentada do indivíduo que como demonstrou cientificamente António Damásio (1995) a íntima interação entre as dimensões emocionais, biológicas e científicas e João dos Santos referia, entre a dimensão neurobiologia e a dimensão afetivo-emocional. O homem é um todo e não se pode separar o físico do psíquico, do social e do mental Damásio (1998),

qualquer perturbação numa dimensão, “transmite-se” à outra (Carvalho & Carvalho, 2006).

A Educação atualmente é uma realidade muito mais vasta e complexa que o mundo escolar, a Saúde uma realidade muito mais ampla que o universo da medicina convencional (Instituições hospitalares, centros de Saúde, outros ...) (Antunes, 2008). A educação saiu fora do espaço escolar e ocorre em qualquer situação de vida do indivíduo. Saúde, como a vemos hoje, tem um sentido positivo, centrada na interação entre indivíduo e meio, tornando-a um projeto comunitário, sendo os indivíduos entendidos como principais responsáveis pela saúde.

Segundo Afonso & Canário (2008) a investigação e evolução no campo da saúde intensificou-se imenso nos últimos anos, e uma das suas principais peculiaridades foi a abertura ao questionamento de outras ciências, nomeadamente a educação que por sua vez também tende a cruzar-se com o campo das ciências da saúde. Segundo o mesmo autor, ao campo da saúde é transversal hoje uma dimensão educativa em todas as suas vertentes, quer na educação no âmbito da saúde de qualquer cidadão, promovendo a sua capacitação, quer na formação/educação mais específica dos seus profissionais.

Esta “evolução, redescrção e ressignificação” (Antunes, 2008, p.56) dos conceitos de saúde e educação, iniciou-se principalmente no período após a II guerra mundial, altura de profundas mudanças económicas, políticas, sociais e culturais. Reportando-nos à Primeira conferência Internacional de Adultos, realizada em Elseneur, Dinamarca (1949), patrocinada pela UNESCO, educação é descrita como um processo permanente (*life-long education and learning*) e que pretende facultar aos indivíduos conhecimentos que lhes dê possibilidade de “... através da sua participação na vida da comunidade, viver uma vida mais completa e mais harmoniosa” (UNESCO, 1949, p.12). A Educação é assim conceptualizada como um processo que ocorre ao longo da vida e que pretende facultar aos indivíduos conhecimentos que lhes dê possibilidade de a viver com maior realização pessoal e profissional (Antunes, 2008). A Declaração de Nairobi, concebe o processo educativo englobando a educação formal, não formal e informal, a ser realizado ao longo da vida e objetivando o desenvolvimento das capacidades do ser humano. Este processo educativo mais global, conduz também à saúde do ser humano, já que esta se constitui como uma das mais importantes dimensões da vida do indivíduo. Neste sentido, a

educação é uma das melhores formas de aumentar a qualidade de vida das pessoas e o seu nível de saúde segundo Gonzáles (1998, citado por Carvalho e Carvalho, 2006).

Na segunda Conferência Internacional de Adultos, realizada em 1969, altura de forte desenvolvimento tecnológico mundial, em Montreal - Canadá, sobressai a ideia de que o processo educativo deve ser conceptualizado como um todo, abrangendo a totalidade da vida dos indivíduos e ocorrendo em todos os espaços onde esta decorre (Barbosa, 2004). O trabalho atualmente representa para a maior parte das pessoas uma importante dimensão da sua vida que ocupa várias horas do seu dia, sendo por isso um espaço onde a educação deve coexistir. Surgem novos conceitos como a educação permanente e educação comunitária, e a confirmação da globalização como uma tomada de consciência de que os problemas e situações se passavam à escala mundial (Silvestre, 2003).

Também a mudança do conceito de saúde pela OMS, da “ausência de doença” para “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, em conjunto com a declaração de Alma-Alta (OMS, 1978) realizada no âmbito das Nações Unidas, marca uma viragem profunda na perspetiva de perceber saúde. As questões de saúde deixam de ter a tónica somente em fatores biológicos, mas passam a estar associadas a questões bio-psico-sociais, e a responsabilidade pela saúde passa a ser partilhada pelas pessoas, comunidades e governos, em que se exige uma participação ativa alargada. Segundo a declaração de Alma-Alta (OMS, 1978): “Os povos têm o direito de participar, individual e coletivamente, do planeamento e execução dos cuidados de Saúde”. Nesta conferência o ser humano é considerado um multidimensional e holístico, em permanente processo de transformação e evolução (Antunes, 2008), tendo em conta as suas várias dimensões físicas, psíquicas, ambientais, culturais, económicas, etc. (Martínez, Carreras & Haro, 2000). A Conferência também destacou a responsabilidade dos governos na melhoria de saúde das suas comunidades, a importância dos seus cidadãos no planeamento e implementação de cuidados de saúde e ideia de que as questões relacionadas com a saúde aparecem associadas além dos fatores biológicos também às condições psicossociais (Scliar, 2007).

Nesta alteração da conceção de saúde e de educação incorporam-se conceitos como a Educação para a Saúde e Promoção para a saúde e Educação para uma cidadania, tendo

por base um conceito positivo de saúde e de educação permanente, que supõe o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, que estão diretamente ligadas ao modo de vida pessoal, social e com influência ambiental, como a vida laboral. De outra forma, ter saúde está diretamente ligada com características pessoais do indivíduo, qualidade de vida no trabalho, relações sociais positivas, bom suporte familiar.

O conceito de Promoção de Saúde, surge pela primeira vez em 1986, na Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que o define como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (OMS, 1986, p.2) e são elaboradas uma série de recomendações entre as quais a necessidade do sector da saúde abrir diálogo com outras áreas como a social, política, económica e ambiental.

O modelo biomédico está definitivamente ultrapassado (Antunes, 2008) e o processo de saúde centra-se no cidadão, que na procura do estado de bem-estar e desenvolvimento saudável precisa procurar uma relação saudável com o seu meio ambiente e modificar os seus comportamentos sempre que esteja em causa o equilíbrio dinâmico dos sistemas (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). A saúde pode e deve ser controlada pelos indivíduos, famílias e comunidades que devem participar de forma ativa na promoção de estilos de vida saudável; devem ser criadas e implementadas políticas públicas saudáveis, ambientes propícios à saúde, desenvolvimento de competências individuais, reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (OMS, 1986). O Ministério da Saúde (2004), apoiou-se na adoção de conceitos de metas para a saúde e promoção de saúde (carta de Ottawa, 1986).

A participação ativa das pessoas e capacitação das comunidades para a saúde, são cada vez mais as ferramentas da saúde global. Constata-se que o conceito de saúde assume-se cada vez mais como uma dimensão comunitária, no sentido do aumento de poder de decisão e participação das comunidades e no desenvolvimento pessoal e social de cada cidadão (Antunes, 2008). Assim é fator chave da promoção da saúde, a educação. Segundo Rodrigues, Pereira & Barroso (2005, p.13), “a concretização de boas políticas de saúde depende de boas políticas de educação, do desenvolvimento educativo das pessoas e comunidades”. Começa a ser reconhecido que as questões de saúde devem ser abordadas fundamentalmente no sentido da prevenção.

Segundo D`Espiney (2004, p.7) compreende-se o fato de que os fatores determinantes de saúde não são os profissionais de saúde, mas os comportamentos destes como de todos os cidadãos em geral. O processo de saúde passa a centrar-se no ser humano (Antunes, 2008). A Educação para a Saúde assume uma importante função no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença, sendo entendida como essencial na prossecução de medidas de estilos de vida saudáveis, promovendo-se a aprendizagem e mudança de comportamentos dos cidadãos.

A saúde passa a ser entendida como um direito humano básico e indispensável ao desenvolvimento socioeconómico, com responsabilidade dos vários governos criarem condições políticas, educativas, ambientais, económicas, jurídicas adequadas à promoção de saúde (OMS, 1997).

Segundo Antunes (2008) a educação hoje, objetiva criar condições de desenvolvimento e aperfeiçoamento de todas as potencialidades do ser humano no sentido da resolução dos problemas do seu dia-a-dia. Assim, segundo a mesma autora, a autorrealização do ser humano passa por este saber lidar com os seus problemas de saúde, estar informado sobre o que lhe pode ou não causar dificuldades, perceber sobre o funcionamento do seu corpo, conhecer comportamentos de risco e o que poderá fazer para evitá-los ou remediá-los quando ocorrem. Viver com saúde hoje, é sinónimo de aprendizagem, pois os saberes que os indivíduos e comunidades vão adquirindo em qualquer contexto e fase de vida, pode evitar, prevenir e controlar muitos problemas de saúde que surgem. A ideia da educação como um direito fundamental para todos, que se concretiza no próprio percurso de vida, e não está estanque nos muros de uma educação escolar e institucionalizada é geradora de oportunidades no sentido do desenvolvimento de competências ao longo da vida (Antunes, 2008; Comissão Europeia, 2000; Delors, 1996; Lopes, 2005). Surge o novo conceito de sociedade de aprendizagem onde todas as situações são oportunidades de aprendizagem.

Para Cury (2005), Educação e Saúde são duas vertentes indissociáveis, e se a educação falhar, quem ganha é a psiquiatria

3.4. Educação para a Saúde e Promoção para a Saúde: evolução e conceitos atuais

Refletir sobre Eps, PrS, suas práticas e evolução, implicam ter presente o conceito de educação e saúde na atualidade e a sua própria evolução. Os quatro pilares fundamentais da educação, que se inter-relacionam e constituem a base do saber e do conhecimento, estão implícitos nas definições atuais de EpS e PrS que de seguida iremos explanar.

Numa perspetiva clássica, EpS, designada primeiramente por educação sanitária foi definida por Wood (1926, citado por Precioso, 1992), “como a soma de experiências e impressões que influenciavam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos, relacionados com a saúde do indivíduo e da comunidade”. Esta perspetiva que se enquadra, segundo Navarro (2000) nos Modelos mais tradicionais de EpS, consiste somente em aumentar os conhecimentos sobre doenças e fatores de risco. Nesta perspetiva de Eps é predominantemente ministrada por profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de “decidir” quais os comportamentos mais adequados para os indivíduos. Neste tipo de intervenção está subjacente uma abordagem informativa, partindo-se do princípio que o fornecimento de informação ao indivíduo é determinante para uma mudança de atitudes, o que por sua vez resulta numa mudança de comportamentos (Navarro, 2000). Predomina o modelo biomédico, baseado fundamentalmente em princípios de saúde/doença e respetivos fatores de risco, em que se espera uma mudança de comportamento por parte do indivíduo intervindo-se unicamente na dimensão individual, ignorando-se as restantes. Estes métodos ignoram completamente o processo de formação, de autoconstrução reflexiva e construtiva inerente a um processo de educação, centrando toda a sua acção na transmissão de informação unidirecional entre educador e educando (Antunes, 2008).

Em 1973, Eps é definida no artigo *The report of the president's Committee on Health Education*, citado por Green et al. (1998) como “um processo que serve de ponte entre a informação, saúde e prática de saúde”. É reconhecida como a primeira tentativa de Eps ser entendida como um processo onde se criam laços importantes entre comunicação e a educação.

Green, et al. (1980, citado por Araújo, 2004, p.60) conceptualiza Eps como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem planeadas com o objetivo de facilitar mudanças voluntárias de comportamento que conduzam à saúde”. Esta perspetiva é considerada positiva, pois está subjacente o conhecimento prévio do indivíduo e comunidade de forma a projetar-se e planear-se as atividades educativas, e faz também referência a métodos educativos variados com o fim de facilitar mudanças de comportamento, e não somente a transmissão de informação a sujeitos passivos.

Henderson (1981), citado por Quesada (2004), define EpS como um processo de assistência à pessoa, individual ou coletivamente, de forma que possa tomar decisões, uma vez que foi previamente informado em matérias que afetam a saúde pessoal e da comunidade.

No mesmo sentido, Seppilli (1989, citado por Larrea & Plana, 1993), diz que EpS é “um processo de comunicação interpessoal, que visa proporcionar informação que desencadeie um exame crítico dos problemas de saúde, que responsabilize os grupos sociais e indivíduos na escolha de comportamentos que influenciem direta ou indiretamente a saúde física e psíquica das pessoas e da coletividade”.

Uma definição mais atual e bem aceite é a preconizada segundo Tones e Tilford (1994, p.11) educação para a saúde é “toda a aprendizagem intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicção e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”. Esta definição, vai além da transmissão de conhecimentos, não estão focados aspetos somente relacionados com informação sobre saúde e doença, mas contempla também fatores relacionados com o bem-estar e condições que os influenciam, objetando a mudança de comportamentos e atitudes. Esta definição, destaca como o conhecimento é importante para haver mudanças, mas que é necessário ter em conta as competências os contextos específicos das pessoas, para se assim o desejarem, mudarem para estilos de vida mais saudáveis.

A EpS deve ser um processo interativo, promovendo a liberdade e responsabilidade de cada indivíduo e da sociedade em geral (Amorim, 1999). Como

qualquer outro processo educativo, EpS consiste num “processo de ensino-aprendizagem que conduz à produção de mudanças favoráveis de comportamento do que aprende. (...) O objetivo de toda a educação é ajudar o estudante a adquirir conhecimentos (saber), a desenvolver a sua personalidade (saber ser) e saber fazer (prática)” (San Martin, 1988, citado por Martínez, Carreras & Haro, 2000).

Quesada (1992), reforça a necessidade da educação permanente e ao longo da vida da EpS, referindo-se a esta como “um processo de educação permanente que se inicia nos primeiros anos de infância orientado para o conhecimento de si mesmo em todas as suas dimensões tanto individuais como sociais, e também do ambiente que o rodeia na sua dupla dimensão tanto individual”. Esta perspetiva vai ao encontro ao preconizado pela OMS (1986), em que destaca ser fundamental capacitar os indivíduos para aprenderem durante toda a vida, preparando-se para todos os estádios do seu desenvolvimento, para lutarem contra as doenças crónicas e incapacidades, promovendo a sua saúde e das sociedades. Para tal, as intervenções devem ocorrer nos vários contextos onde o indivíduo vive, como a escola, o trabalho, os serviços de saúde e as organizações comunitárias.

Antunes, destaca que face ao contexto social-histórico que atualmente vivemos, nomeadamente com os surgimentos de novas condições de saúde mais difíceis de serem tratadas, a EpS apenas será efetiva se “alicerçada numa participação ativa e consciente das populações e das comunidades” (Antunes, 2008, p. 626). De acordo com Carvalho & Carvalho (2006), toda e qualquer ação no sentido de intervir nos hábitos de saúde e estilos de vida, implicam não só uma mudança individual, mas também cultural, social e comunitária. Como refere Amorim (2000), muitas vezes apenas nos preocupamos com o aspeto individual da pessoa, espetando que ocorra uma mudança, que raramente acontece.

O conceito de PrS está intimamente ligado às conferências internacionais organizadas pela OMS desde 1986, altura em que foi realizada a Primeira conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no Canadá. Nesta foi aprovada a Carta de Ottawa, na qual se definiu PrS como “... o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. A saúde é vista como um conceito positivo, em que são essenciais os estilos de vida

saudáveis para atingir o bem-estar, e como tal a “Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde”.

A saúde pode e deve ser controlada pelos indivíduos, famílias e comunidades (OMS, 1986, p.3) que devem participar de forma ativa na promoção de estilos de vida saudáveis; devem ser criadas e implementadas políticas públicas saudáveis, ambientes propícios à saúde, desenvolvimento de competências individuais, reforço da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde (OMS, 1986).

A Conferência de Jacarta, realizada em 1997, sob a temática *Novos atores para uma nova era: adaptar a promoção da saúde no século XXI* (OMS, 1997, p.3), considera como elementos fundamentais da PrS, a utilização de algumas estratégias que a evidência enumera como fundamentais:

- As abordagens globais de desenvolvimento da saúde são as mais efetivas;
- Ambientes específicos oferecem possibilidades concretas para a implementação de estratégias globais (como é o caso das comunidades locais, escolas, locais de trabalho, serviços de prestação de cuidado, entre outros);
- Participação é indispensável para sustentar esforços;
- A aprendizagem em saúde favorece a participação. O acesso à educação e à informação é essencial para se conseguir uma participação efetiva e o reforço das capacidades das pessoas e das comunidades.

A promoção da capacitação dos indivíduos e comunidades, depende da educação, formação para a liderança e acesso a recursos (OMS, 1997). Cada vez mais no conceito saúde a dimensão comunitária é valorizada, e a carta de Banguecoque evidencia como finalidade para a promoção da saúde num mundo globalizado “empoderar as comunidades, melhorar a saúde e a equidade”.

A Promoção para a Saúde é concetualizada hoje como o “processo de capacitação das pessoas para controlarem os determinantes da saúde e assim melhorarem a sua saúde” (OMS, 2005c, p.2). Deste modo, decisões e ações tomadas em diferentes áreas vão ter, seguramente, um impacto positivo ou negativo na saúde do indivíduo, pelo que é necessário ter em linha de conta as políticas de diversos sectores. A OMS (1986, p.2), define PrS como “o processo que permite às pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la”. O Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion

da OMS (OMS, 1987) destaca dois principais objectivos para a PrS que são fundamentais para os objetivos e processos da PrS: 1) melhorar a saúde; 2) dominar (por parte do cidadão) o processo conducente à melhoria da saúde. Este conceito de saúde multidimensional, inter-relacional e complexo é fortalecido nas várias Conferências posteriormente realizadas como Adelaide (1988); Sundsvall (1991); Jacarta (1997); México (2000) e Bangucoque (2005). O controlo por parte do indivíduo da sua saúde, está dependente da aprendizagem que este vai fazendo ao longo da vida, nas suas várias dimensões.

Os conceitos de EpS e PrS têm sido desenvolvidos ao longo do tempo o que tem originado algumas diferenças de opiniões entre os diferentes autores: alguns consideram os conceitos de EpS e PrS semelhantes e até substituíveis; outros consideram que são diferentes e deverão assim manter-se, e outros autores consideram que estão muito relacionados.

Segundo Carvalho & Carvalho (2006), PrS é um conceito muito mais abrangente do que EpS, e que esta por sua vez se constitui como um dos instrumentos mais eficazes da PrS. Na mesma linha de pensamento Downie, Tannahill e Tannahill (2000), citados por Carvalho & Carvalho (2006) definem PrS referindo que esta “compreende esforços para aumentar a saúde e reduzir o risco de saúde, através das esferas de acção sobrepostas de educação, prevenção e protecção da saúde”. Ou seja os autores consideram a PrS como um conjunto de combinações, na qual se inclui a EpS.

Tones & Tilford (1994, p.7) relacionam os dois conceitos, apresentando a fórmula: “PrS=EpSxPolitica de Saúde”, fundamentando a sua opinião de que o objetivo da nova EpS é capacitar as pessoas sobre determinantes de saúde, despertando o seu interesse influência, para que possam exercer pressão sobre as políticas de saúde, no sentido da PrS.

Na opinião de Ewles e Simnett (1999, citados por Carvalho, 2007) comparam a PrS a um chapéu que envolve uma série de atividades, na qual se inclui a EpS, embora desta que apenas a investigação e questionamento ajudarão a clarificar o seu significado.

Navarro (2000) propõe a substituição da designação de EpS para PrS. Teoriza a ideia de que os modelos de EpS estão demasiado centrados na palavra Saúde e pouco na palavra Educação, estando demasiado centrados em grupos de trabalho específicos e de

acordo com as patologias, baseados em estratégias informativas e com poucos resultados.

Do conjunto das opiniões, notámos que a visão mais consensual é a de que a PrS é um conceito mais abrangente que EpS, sendo que esta “ (...) compreende oportunidades conscientemente construídas, para a aprendizagem, envolvendo um processo de comunicação, com o objetivo de melhorar conhecimentos de saúde, e desenvolver competências que vão conduzir à saúde individual e da comunidade” (OMS, 1998: p.4). Também Oliveira (2004, p.46) evidencia que “(...) a tendência mais comum nos autores da especialidade é considerar que a Educação para a Saúde possui um vetor intencional e panificador face a um grupo ou problema específico, enquanto a promoção da saúde se dirige aos contextos político e socioeconómicos, em geral, das sociedades.”

3.5. Promoção e Educação para a Saúde relacionadas com o trabalho

Se as pessoas são saudáveis ou não é determinado pelo ambiente social e económico, o ambiente físico e as características e comportamentos do indivíduo. A OMS (2003) chama a atenção para o fato do contexto determinar a saúde dos indivíduos, e muitas vezes os indivíduos poderem não conseguir controlar alguns determinantes. Dá como exemplos o baixo nível de educação, estar associado a uma pobre saúde, maior nível de stresse e baixa autoconfiança; relativamente às condições de trabalho, enfatiza a importância para a saúde do indivíduo, dando o exemplo que se as pessoas no local de trabalho poderem ter mais saúde, se poderem controlar as suas condições de trabalho.

O Conselho Europeu de Lisboa realizado em Março de 2000, destacou que estamos numa época de profundas transformações que afetam a sociedade, emprego, saúde e segurança no trabalho, encontrando-se a Europa num período de transição para um “Sociedade baseada no conhecimento. A emergência de novos riscos profissionais no local de trabalho, são o espelho destas profundas mudanças, e as consequências são tão gravosas para os trabalhadores, para as entidades empregadores e para a sociedade em geral, que se torna necessário perspetivar novas políticas e definir novas prioridades (Comissão das Comunidades Europeias, 2002).

A Promoção para a Saúde no trabalho na Europa até 1989 era escassa. Nos EUA na mesma altura, já existiam programas bem desenvolvidos, embora essencialmente dirigidos aos trabalhadores, mas com insuficiente participação destes, com pouca relação entre as atividades desenvolvidas e o local de trabalho. A Fundação Europeia iniciou em 1989 um programa de investigação em PSLT (Promoção em Saúde no Local de Trabalho). Adotou os princípios de abordagem da PrS globais, baseados no modelo ecológico, propostos por Wynne (1989):

- Podem ser aplicados a todos os trabalhadores;
- Dirigidos às causas de falta de saúde;
- Combinam diferentes métodos de abordagem;
- Têm como objetivo a participação efetiva do trabalhador;
- Não é primariamente um atividade médica.

Relativamente à regulamentação de práticas dirigidas para a prevenção dos riscos profissionais em Portugal, o Decreto-Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro que regulamenta o regime jurídico da promoção e prevenção da segurança e da saúde no trabalho, no seu artigo 5, refere que, devem ser desenvolvidas políticas, programas e normas que visem a “educação, a formação e a informação para a promoção da melhoria da segurança e saúde no trabalho”; destaca também o papel da sociedade e da comunidade de forma “a criar uma verdadeira cultura de prevenção”. O mesmo Decreto de Lei, no seu artigo 9, operacionaliza estas intenções:

1 — O Estado deve prosseguir a integração de conteúdos sobre a segurança e a saúde no trabalho nos currículos escolares dos vários níveis de ensino, tendo em vista uma cultura de prevenção no quadro geral do sistema educativo e a prevenção dos riscos profissionais como preparação para a vida activa.

2 — O Estado promove a integração de conteúdos sobre a segurança e a saúde no trabalho nas acções de educação e formação profissional de forma a permitir a aquisição de conhecimentos e hábitos de prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

3 — O Estado promove acções de formação e informação destinadas a empregadores e trabalhadores, bem como acções de informação e esclarecimento públicos nas matérias da segurança e da saúde no trabalho.

A cultura de prevenção e promoção de abordagens preventivas, baseadas na capacitação dos trabalhadores “empoyement” para a melhoria da sua saúde e do seu bem-estar no trabalho, na sua dimensão física, moral e social, assenta na conjugação de esforços de vários intervenientes, inclusive os trabalhadores. A educação, nos seus vários conceitos de educação formal, informal e não formal tem um papel importantíssimo e insubstituível para a prevenção e capacitação dos trabalhadores.

A EpS surge como forte aliada da prevenção de riscos relacionados com o trabalho, nomeadamente através de ações realizadas, quer ao nível da educação formal, 1º ciclo, secundário e ensino superior, quer ao nível de ações a desenvolver nos locais de trabalho e dirigidas a grupos da população (Plano Nacional de Saúde 20012-2016). Notámos no entanto que estas ainda são raras, não obstante o aumento de doenças relacionadas com o trabalho em Portugal.

Iremos abordar na nossa investigação os conceitos da Promoção e Educação para a Saúde relacionado com o trabalho na formação inicial e em contexto laboral. Para muitos trabalhadores, nomeadamente os trabalhadores qualificados, o ingresso no ensino superior ao nível da formação inicial tem como principal objetivo a incursão no mundo do trabalho, por isso considerarmos importante abordámos esta temática a este nível de educação. O contexto de trabalho é por excelência um espaço onde diariamente se criam oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento para o indivíduo, já que este passa muitas horas por dia durante toda a sua vida adulta neste espaço. Para que tal ocorra, é imprescindível que as pessoas e organizações participem e assumam o seu papel na criação de oportunidades, escolhas e ambientes saudáveis, logo é neste espaço que uma reflexão sobre ações de educação para a saúde devem realizar-se (Mello, Moysés & Moysés, 2010)

Abordagem da promoção e educação para a saúde relacionada com o trabalho no Ensino Superior

A Educação para a Saúde é atualmente uma das vias mais importantes para a promoção da saúde e a adoção de comportamentos saudáveis. Como destaca Precioso (2004, p. 17) a “EPS deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida. Deve começar na família, prolongar-se por todas as fases do sistema educativo (desde o básico até ao universitário), continuar no local de trabalho, na comunidade, na média, etc.”.

A escola é um dos locais privilegiados para a EpS e onde se deve investir em saúde (Rocha, 2008; Precioso, 2004). Os motivos são vários: passam pela escola praticamente a totalidade da população, nomeadamente crianças e jovens e durante um período de tempo relativamente longo; os estudos demonstram que é durante esta fase do desenvolvimento da vida que estão as raízes do comportamento e desenvolvimento da nossa personalidade, bem como ainda está em formação e maturação ao nível físico, mental e social, e como tal mais recetivos a adquirir hábitos e assimilação de conhecimentos favoráveis à saúde (Precioso, 2004). A escola enfrenta novos desafios, e a par da transmissão de conhecimentos deve educar para a promoção da saúde, formação e participação cívica dos alunos, e educar para os valores, de forma à aquisição de competências por parte dos alunos, que sustentem as aprendizagens ao longo da vida. (Despacho n.º 12.045/2006).

A Unesco e a Oficina Internacional da Educação e da Saúde recomendam que a saúde deve ser aprendida na Escola da mesma forma que as outras ciências sociais, ou seja, da mesma forma que aprende conhecimentos e hábitos sociais que lhe permitam integrar-se na comunidade do conhecimento, também deve aprender saúde, capacitando-se o maior grau possível de bem-estar físico, mental, social e espiritual (Precioso, 2004). Esta abordagem assenta numa visão holística da saúde e no

reconhecimento de que todos os aspetos da comunidade escolar são potencialmente importantes para a promover a saúde.

A Educação para a Saúde pode e deve ser promovida na escola de várias formas, sendo atualmente aceite como vias mais importantes para a sua implementação, através das *Escolas Promotoras de Saúde*, da *infusão de temas de saúde no currículo das disciplinas*, através do tratamento da *EpS como área transversal* ou através criação de uma *disciplina específica* (Precioso, 2004). Iremos de seguida expor globalmente cada uma delas.

As *Escolas Promotoras de Saúde* começaram a ser discutidas nos anos 80 pela OMS, tendo sido criado o projeto da Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde, na qual Portugal integrou-se em 1994, numa parceria entre Ministério da Educação e da Saúde. Uma Escola Promotora da Saúde deve assentar em três vertentes – currículo, ambiente e interação escola/família/meio – e orienta-se por 10 princípios, organizados em cinco dimensões. Está dirigido para a comunidade educativa dos Jardim-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário.

A *infusão de temas de saúde no currículo das disciplinas* tem lugar quando os professores estão conscientes da importância da EpS e passam a incluí-la no desenvolvimento dos conteúdos da mesma. Procuram a conexão dos interesses do aluno com temas relevantes e atuais da sociedade sem abandonar o planeamento disciplinar vão-se desenvolvendo conteúdos conceptuais, procedimentais ou atitudinais de saúde (Gavídea & Rodes, 1996). Podem incluir-se também outras propostas didáticas como a inclusão de atividades extracurriculares, realizadas sobre determinados problemas de saúde, como as conferências realizadas por técnicos de saúde e outras pessoas alheias à comunidade escolar, o visionamento de vídeos, as visitas, a celebração de datas, etc. (Gavídea & Rodes, 1996).

O *tratamento da EpS de forma transversal* tem lugar quando todas ou grande parte das disciplinas contribuem para o desenvolvimento de temas relacionados com a saúde. A transversalidade pode ser entendida como a forma de gerir e organizar o

currículo tendo por base um conjunto de competências e saberes multidisciplinares, centrados em projetos que coexistem e atravessam várias áreas curriculares (Gavídea & Rodes, 1996). A transversalidade pressupõe um tratamento integrado das áreas. A estrutura da disciplina mantém-se, mas incorpora-se a saúde nos seus objectivos e conteúdos, não significando por isso uma ampliação da matéria mas sim uma mudança metodológica na qual a saúde impregna o ato didático, conjugando-se os conteúdos da disciplina com o saber do dia-a-dia necessário para fazer face aos problemas de saúde na vida diária. Implica uma ação concertada de toda ou parte da equipa docente, não se tratando do trabalho de um professor isolado. (Gavídea & Rodes, 1996).

A transversalidade implica (Gomes, 2009, pp. 86):

“– O envolvimento de professores de todos (ou quase todos) os grupos disciplinares e uma coordenação entre as diferentes áreas.

– A definição dos conteúdos (atitudes, habilidades, procedimentos, valores, comportamentos, conceitos, factos, normas) de saúde que se considerem relevantes para a sua população escolar.

– A reflexão e formação sobre o que significa ensinar saúde.

– Relacionar o que se ensina com os problemas da vida diária.

– Incorporar os conteúdos referidos a valores atitudes e hábitos.”

O tratamento da EpS em disciplinas específicas implica a criação de uma disciplina autónoma de Educação para a Saúde, na qual se abordem diferentes temáticas sobre saúde (Gavídea & Rodes, 1996). Os temas de saúde constituem-se como os núcleos estruturantes do ensino-aprendizagem e são criadas disciplinas específicas sobre saúde Segundo Gomes (2008), esta modalidade começa a ganhar peso nos Países Europeus e em Portugal. Na Finlândia as ciências da saúde foram adotados como obrigatórios em todos os níveis escolares. De referir que disciplinas como Noções Básicas de Saúde e Socorrismo já existiram em Portugal no ensino secundário, embora muito centradas na doença e nos modelos clínicos. Uma das vantagens da criação de disciplinas específicas seria a certeza de que os alunos abordariam grande parte dos temas relacionados com saúde.

O recente relatório da European Agency for Safety and Health at Work (2013) que analisa a abordagem global da escola à Segurança e Saúde no Trabalho e Educação, especifica o foco da Educação para a Saúde ao longo dos vários níveis de ensino: para crianças mais novas (jardim de infância, 1º, 2º e 3º ciclo) deverão ser abordados conceitos de saúde mais relacionados com a segurança, bem-estar, bem como a aspetos sociais. Para adolescentes e adultos jovens (formação profissional e educação superior) o foco deverá ser a aquisição de competências sociais e profissionais que promovem o conceito de saúde, segurança e bem-estar no trabalho e na vida em geral, como adulto e cidadão integrado numa comunidade. As aprendizagens do aprender a aprender e do aprender a ser são consideradas fundamentais para a aquisição de competências para a saúde, através de disciplinas como o conhecimento de si mesmo e dos meios de manter a saúde física e psicológica.

No âmbito do ensino superior, nomeadamente as Universidades e Politécnicos constituem-se como espaços sociais estratégicos para a promoção da saúde já que constituem grupos populacionais específicos, que perspetivam a entrada no mundo laboral, com conseqüente impacto na população em geral (Mello, Moysés & Moysés, 2010)

No ensino superior as estratégias de intervenção em EpS são praticamente inexistentes (Precioso, 2004). Numa pesquisa realizada online sobre projetos de saúde escolar existentes em Portugal (Rocha, Correia, Pestana, Bento, Preto, & Lobão, 2011), realizado com o objetivo de se ter conhecimento sobre a realidade da sua aplicabilidade no País, confirmou-se que estes estão dirigidos especialmente a crianças e jovens de 1º, 2º e 3º ciclo.

No entanto várias recomendações nacionais e internacionais têm valorizado o papel que o ensino superior pode desempenhar na prevenção e promoção de comportamentos saudáveis, bem como apoiado a sua disseminação (OMS, 1998; Organização Pan-americana de Saúde, 2009). A primeira conferência internacional sobre promoção de saúde nas universidades foi organizada pela universidade de Lancaster em 1996 em colaboração com a OMS (Rocha, 2008).

Os estudantes do ensino superior estão situados principalmente na faixa etária dos 17 e 30 anos, que durante a frequência no ensino superior estão sujeitos a

acontecimentos de vida importantes, como a mudança do ensino secundário para o ensino superior e consequentes experiências, afastamento físico da família e amigos de origem, construção da autoestima na transição da adolescência para a vida adulta, gestão económica, gestão de tempo, consolidação dos seus valores, ideias e estilos de vida, perspectiva de entrada no mundo do trabalho a curto ou médio prazo, com as atuais incertezas relativas ao garante de emprego à escala mundial (Faria, 1999). São muitos os desafios que se colocam à vida académica, em especial durante o primeiro ano, no qual o êxito neste processo de adaptação pode ser um preditor do sucesso dos alunos e do aproveitamento das novas oportunidades de desenvolvimento psicossocial. A entrada no mercado de trabalho será a principal ambição de quem frequenta o ensino superior, pelo que a promoção da saúde relacionada com o trabalho será uma mais-valia para estes estudantes e que podem afetar significativamente e de modo positivo a saúde dos seus membros.

Neste sentido é importante promover a reflexão sobre acontecimentos do dia-a-dia dos alunos, procedendo a um levantamento das suas preocupações e prioridades, a forma como sentem para que a partir daí se processe à “reinvenção do saber” (Quesada, 2004). O papel do professor é assim colocado em duas vertentes: além do ensinar/orientar, também apresentar uma atitude e disponibilidade constante de aprender/pesquisar. A aprendizagem significa que uma determinada modificação se produz na conduta de cada um. Ensinar significa estimular, dirigir e encorajar aquele que aprende a adquirir ideias que funcionem como meios para atingir o fim, e o fim é a conduta. A aprendizagem torna possível a nossa adaptação ao meio, já que através desta se produz a modificação do comportamento. Com as práticas de educação para a saúde espera-se que os alunos aprendam comportamentos, no sentido da promoção de práticas da saúde e prevenção de doenças, nomeadamente as relacionadas com o trabalho.

O Livro Branco dos Serviços de Prevenção (Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção, 2001) que foi desenvolvido por Despacho do Ministro do Trabalho e da Solidariedade, de 14 de Setembro de 1998, propõe medidas que considera fundamentais serem implementadas em Portugal, quer no âmbito normativo, quer de serviços envolventes à prevenção de riscos relacionados com o trabalho no âmbito da educação. Destacámos a Medida 13 que propõe a “integração da cultura de prevenção no sistema

da educação, através do enriquecimento dos “currículos” escolares dos diversos níveis de ensino”, e o “desenvolvimento das competências dos professores no domínio da prevenção, no âmbito da sua formação inicial e contínua”.

Ao nível legislativo, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 elege como *setting* de intervenção prioritária o espaço escolar e universitário e no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, atualmente a decorrer. No ponto 30 lê-se que as “instituições do ensino superior devem ser influenciadas e abrangidas no sentido de valorizarem a saúde escolar e a promoção da saúde, enquanto dimensão do desenvolvimento pessoal e social do jovem”. No entanto ao nível prático, estas têm ainda pouca visibilidade e são manifestamente raras.

Em Portugal, a Estratégia Nacional para a Saúde e Segurança no Trabalho para o período 2008-2012, aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2008, foi concebida para dar resposta à necessidade de aproximação aos padrões europeus em matérias relacionadas acidentes de trabalho e doenças profissionais, de forma a contribuir para melhorar os níveis de saúde e bem-estar no trabalho. Propõe entre alguns objetivos “incluir, nos sistemas de educação e investigação, abordagens no âmbito da segurança e saúde no trabalho” (ACT, 2008, p. 37). Reconhece que as abordagens preventivas respeitantes ao mundo laboral se devem iniciar no 1.º ciclo do ensino básico e ao longo de todo o percurso escolar, incluindo matérias referentes à segurança e saúde dos trabalhadores e apoiando a formação de professores para ministrar tais conteúdos. Propõe igualmente a inclusão de conteúdos curriculares nas diferentes áreas de formação, bem como “nas estruturas curriculares dos cursos de licenciatura, com prioridade para as áreas do conhecimento mais diretamente ligadas aos sectores de atividade nos quais se verificam maiores índices de sinistralidade e promover a formação universitária em segurança e saúde, no quadro do processo de Bolonha” (ACT, 2008, p. 38). Estas propostas que surgem da orientação da estratégia comunitária para 2007-2012 intitulada «Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho: estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho 2007-2012» (Comissão das Comunidades Europeias, 2007) que são vão de encontro a outras Organizações como a OIT, OMS e OIL.

A EPs (OMS, 1986), pelo impacto positivo que tem nas pessoas, deve estar presente na vida de todos os cidadãos, em qualquer fase da sua vida. Deve ocorrer na

família, na escola, nos vários anos de ensino, no trabalho, na comunidade (Precioso, 2004).

A escola deve promover que os alunos aprendam a pensar no que fazem e como fazem de modo a que as reflexões lhes proporcionem enquadramento e a resolução de problemas in loco. A finalidade do ensino superior é estimular o desenvolvimento do espírito científico, pensamento reflexivo e da criação cultural consequentemente aprendizagem emancipatória (Bonito, 2008). A investigação tem demonstrado que a metodologia deve ser definida em função dos objetivos propostos e das características dos alunos (Quesada, 2004).

Abordagem da promoção e educação para a saúde relacionada com o trabalho em contexto de trabalho

A Promoção da Saúde surge internacionalmente através da Carta de Ottawa (1986) em que o local de trabalho é referido como um dos locais onde devem ser realizadas intervenções para a promoção da saúde de forma a habilitar os indivíduos a lidar e a gerir melhor o seu potencial de saúde.

Ao longo da história as relações entre saúde e trabalho passaram por várias etapas. As primeiras preocupações tinham a ver com a segurança do trabalhador, e o evitamento da agressão mais visível dos acidentes do trabalho; posteriormente, a saúde preocupou-se também com a medicina do trabalho para curar doenças; em seguida, ampliou-se a pesquisa para a higiene industrial, visando prevenir as doenças e garantir saúde ocupacional; mais tarde, o questionamento passou para a saúde do trabalhador, na busca do bem-estar físico, mental e social. Atualmente, pretende-se avançar além da saúde do trabalhador; busca-se a integração deste com o homem, o ser humano dignificado e satisfeito com a sua atividade, que tem vida dentro e fora do ambiente de trabalho, que pretende enfim qualidade de vida no sentido mais global (Oliveira, 2001).

Neste contexto, no qual não se pode isolar o homem-trabalhador do homem-social, como se o trabalhador pudesse deixar no portão de entrada da empresa toda a sua história pessoal, ou se na saída retirasse do corpo físico e mental toda carga de

significado imposta pelo dia de trabalho (Oliveira, 2001), é que a educação para a saúde no ambiente de trabalho assume grande relevância. É neste ambiente que o indivíduo passa grande parte do seu dia e seria salutar que neste mesmo espaço o indivíduo pudesse vivenciar uma reflexão a respeito da sua própria saúde. Não apenas envolvendo a questão do uso de equipamentos de proteção individual e prevenção de doenças ocupacionais, mais que isso, envolvendo a saúde e o meio ambiente de forma mais ampla e contextualizada. O indivíduo é um cidadão e autor e pelo seu percurso de vida. Como vive em sociedade, as suas decisões têm implicações nas pessoas com quem interage ao longo da vida e nos vários contextos onde vive (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

A Comissão das Comunidades Europeias (2012), referindo-se às atuais exigências que os profissionais de saúde têm no seu local de trabalho, enaltece a importância de estes estarem motivados, saudáveis e com as competências adequadas para as exigências e mudanças que são e que se preveem necessárias no futuro, requerendo-se o acesso a uma Aprendizagem ao Longo da Vida de forma a garantir o desenvolvimento pessoal e profissional do técnico de saúde.

A abordagem à saúde no local de trabalho, requer uma intervenção integrada que enquadre as mudanças atuais do mundo do trabalho e os potenciais riscos emergentes, com as atuais políticas de educação e saúde, voltadas para a capacitação do indivíduo ao longo das várias etapas de vida, desafiando por sua vez novas formas de atuação e intervenção. O sucesso de práticas de Promoção e Educação para a Saúde, dependem de estratégias que reforcem as competências e capacidades dos trabalhadores, do equilíbrio entre os objetivos individuais dos trabalhadores e organização e capacidade dos trabalhadores para os conseguir atingir. Os quatro pilares do conhecimento aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser, devem ser permanentes no local de trabalho, já que este contexto além de ser um determinante da saúde dos trabalhadores, também é espaço riquíssimo de aprendizagem.

O relatório da Delors (1996), refere que além da aprendizagem de uma profissão, onde está subjacente o aprender a fazer, outras competências devem ser aprendidas, nomeadamente o aprender a ser, de forma a preparar o indivíduo para enfrentar numerosas situações, muitas delas imprevisíveis, e que facilite entre outras situações,

nomeadamente o trabalho em equipa, dimensão que atualmente, segundo a Comissão é muito negligenciada pelos métodos pedagógicos. A Comissão sugere que o acesso a estas competências e qualificações se tornem, mais acessíveis, se por exemplo os indivíduos tomarem parte em atividades profissionais e sociais, em paralelo com os estudos, dando como exemplo a cada vez maior importância às diferentes formas de alternância entre escola e trabalho (Delors, 1996, p.20).

O local de trabalho é um *setting* de intervenção apropriado, já que é aqui que a saúde e o bem-estar dos trabalhadores pode ser protegido e prevenido. A comissão europeia recomenda a implementação de programas para a prevenção e promoção do bem-estar no trabalho, dirigido aos riscos adversos que estes possam causar, como o stresse, álcool, drogas, entre outros (European Agency for Safety and Health at work, 2011).

O ambiente de trabalho como espaço educativo assume cada vez maior importância, dado o número de horas que as pessoas passam no local de trabalho (Quesada, 2004). As profundas mudanças no meio laboral a que assistimos, implicam por parte dos trabalhadores, flexibilidade, capacidade de enfrentar novos desafios e rápidas adaptações. As exigências do mundo laboral, implicam o desenvolvimento de técnicas e destrezas específicas, bem como a capacidade de lidar com o stresse de forma eficaz. As causas do stresse são multifatoriais e como tal a intervenção deve ser realizada a vários níveis para que seja efetiva e com a participação dos empregados e empregadores. O sucesso das estratégias para a PSLT, advêm de estratégias que reforçam as competências e capacidades dos trabalhadores, da sua relação com a Organização e da própria Organização (European Agency for Safety and Health at work, 2011)

A emergência de novas ameaças à saúde implicam o incremento do processo de aprendizagem em saúde por parte dos trabalhadores, permitindo-lhes que estes tenham mais poder sobre esta (OMS, 1997). Sugere-se a integração dos objetivos para a promoção da saúde no local de trabalho no quotidiano do trabalho, com uma participação efetiva dos trabalhadores e envolvimento de todos para potenciar a saúde e bem-estar de trabalhadores e organização.

A promoção para a saúde inclui todas as competências que permitem aos indivíduos, grupos ou organizações terem o controlo sobre os determinantes de saúde

(OMS, 2003), sugerindo-se a integração de objetivos de PrS no quotidiano do trabalho através da identificação, reforço e generalização de fatores potenciadores de saúde, criação de estruturas participativas que capacitem os interessados a envolverem-se nos objetivos de saúde e da organização. “A Promoção da Saúde deve ser efetuada por e com as pessoas e não sobre e para as pessoas”. Conferência de Jacarta (OMS, 1997). A Promoção de Saúde no local de trabalho (PSLT) é uma combinação de esforços entre empregados, empregadores e sociedade em ordem a promover a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho. Segundo a European Workplace Health Promotion, isto pode ser alcançado através nomeadamente da melhoria da organização e ambiente de trabalho, o aumento da participação das pessoas e através do encorajamento do desenvolvimento pessoal (Promoção da Saúde no Local de Trabalho na União Europeia (1997).

A avaliação dos riscos profissionais, nomeadamente o SRT, deve ser um processo participativo, evolutivo e total, que permita atuar preventivamente face aos riscos profissionais de forma transversal, permitindo aos profissionais adquirirem recursos para desempenharem bem o seu trabalho e com saúde. A implementação de uma estratégia de prevenção do stresse no local de trabalho, é aquela que deve contemplar o sujeito e a relação entre o meio envolvente, o qual constrói representações e atribui significados. Cada situação de trabalho é uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de qualquer uma das dimensões do indivíduo. A obtenção e consolidação de conhecimentos por parte do sujeito deverão ir ao encontro a noções, experiências e informações que façam parte do seu quadro de referência, transformando-os em novos conhecimentos significativos. Como tal o contexto de trabalho assume-se como um espaço formativo riquíssimo que coloca à disposição dos seus profissionais a descoberta de uma “pluralidade de situações educativas, sugerindo uma unidade de tempo e de lugar entre a formação e o exercício do trabalho.” (Amiguinho, Valente, Correia & Mandeiro, 2003, p.107).

4. A Aprendizagem ao longo da vida: construção de competências para a Saúde dos Profissionais de Saúde

A sociedade do conhecimento e da informação trás novos desafios aos sistemas de educação. “A aprendizagem ao longo da vida deixou de ser apenas uma componente da educação e da formação, devendo tornar-se o princípio orientador da oferta e da participação num contínuo de aprendizagem, independentemente do contexto.” (Comissão Europeia, 2000, p.3)

A aprendizagem ao longo da vida é um conceito atual da valorização de todos os espaços e de todos os momentos para o desenvolvimento global do indivíduo, em qualquer fase da sua vida. A importância da aprendizagem formal, não formal e informal, traduz-se no desenvolvimento de conhecimentos e competências por parte do indivíduo, que se mobilizam e evidenciam na ação.

Na Europa, Bolonha é um dos exemplos de uniformidade e globalidade em que a valorização das competências ao nível da formação é considerado o material necessário para o desempenho de uma atividade profissional.

O conceito de competências, nomeadamente as relacionadas com o desenvolvimento pessoal do indivíduo será o enfoque deste capítulo. Procuraremos relações entre o desenvolvimento destas e o cuidar da saúde por parte do indivíduo, especificamente o profissional de saúde. Procuraremos e apoiando-nos na literatura mais atual, perceber como as competências relacionadas com o desenvolvimento pessoal, podem ser catalisadoras de aprendizagem, nomeadamente relacionadas com aspetos de saúde e prevenção do stresse, que é o objetivo deste nosso trabalho

4.1. Da Educação permanente à Aprendizagem ao longo da vida: tendências no mundo atual

A perspetiva de educação permanente “é irresistível e irreversível” Barros (2011). Perspetiva-se o desenvolvimento integral do homem, na promoção da sua integração plena, e por isso, ativa, participativa, crítica, responsável e criativa dos seres humanos e nas suas comunidades de pertença (Antunes, 2008, p.72).

Aprender até morrer é uma expressão antiga, mas que espelha na perfeição as atuais políticas de educação / formação difundidas um pouco por todo o Mundo, desde há algumas décadas.

O *movimento da educação permanente* emerge no final da década de sessenta, após a chamada crise mundial da educação, e representa pela visibilidade e dimensão que adquire a nível mundial, nomeadamente a visão sociopolítica que defende, um verdadeiro “ponto de viragem no pensamento sobre educação” (Canário, 2000, p.87). Este movimento reivindica uma formação centrada na pessoa e nos seus contextos de vida, em que o entendimento de educação e especialmente a educação de adultos é muito mais alargado, e passa a contemplar as modalidades formais, não formais e informais (Canário & Cabrito, 2008). A conjuntura económica, política e social, as rápidas mudanças tecnológicas ocorridas na altura, contribuíram e muito para que a educação permanente fosse assumida por várias instituições, nomeadamente a UNESCO e a OCDE. A educação permanente “é concebida para responder aos problemas levantados pelas rápidas mudanças tecnológicas, económicas e sociais da sociedade contemporânea, pela complexidade dos papéis pessoais e sociais que cada pessoa é chamada a desempenhar e para oferecer maior igualdade de oportunidades educativas” (Lima et al., citado por Barros, p. 135).

O Relatório da UNESCO, publicado em 1972, coordenado por Edgar Faure, que se intitula: *Learning to Be – the world of education today and tomorrow*, projetou este conceito ao nível mundial, procurando levar a educação a todos os tempos e as todas as dimensões da vida (Nóvoa, 2009). A educação permanente é considerada a “ideia mestra” para as políticas educativas futuras (Lima, 2007). No relatório Faure, o conceito

de educação permanente é uma educação global, compreendendo a educação em todas as suas formas, expressões e momentos, de forma a garantir a educação a todas as pessoas de qualquer idade e em qualquer situação da vida em sociedade. Como refere Barros (2011), uma das características mais importantes é a de abarcar todas as dimensões da vida do indivíduo, nomeadamente a saúde, todos os ramos do saber e todos os conhecimentos práticos em qualquer contexto de vida. Durante a década de sessenta e setenta a uma reestruturação dos sistemas escolares e do processo educativo, como um princípio unificador, que possibilita a reunião de várias correntes da educação (Barros, 2011). Assiste-se a uma forte crítica ao modelo escolar e a uma expansão da educação de adultos, particularmente nas modalidades não formal e informal, podendo ocorrer nas diferentes fases da vida, em qualquer espaço, leia-se fora do espaço escolar tradicional (Barros, 2011). Canário (2001, p.91) a este respeito refere que a educação permanente assenta em três pressupostos: “o da continuidade (em termos diacrónicos), o da diversidade (integrando diferentes níveis de formalização e instituições de natureza educativa escolar e não escolar), e o da globalidade (ao nível da pessoa e ao nível de contextos locais).”

Como já referimos a partir da década de setenta, e impulsionado pela terceira conferência internacional de educação de adultos (UNESCO, 1976) emerge o conceito de educação permanente “... como um processo de crescimento ou desenvolvimento até à realização final da própria pessoa, no tempo, ao longo de todas e cada uma das fases da existência – infância, juventude, vida adulta, terceira idade – e no espaço, em todos os lugares em que a vida decorre (Dias, 1986).

O conceito de “*life-long learning*”, *Aprendizagem ao Longo da Vida*, surge na década de 70, através do qual a educação é vista como um processo de desenvolvimento integral do homem que visa promover a sua integração plena, e por isso, ativa, participativa, crítica, responsável e criativa dos seres humanos nas suas comunidades de pertença (Antunes, 2008, p.72). A aprendizagem ao longo da vida nunca foi tão valorizada como no atual contexto de sociedade do conhecimento, em que as competências e os conhecimentos das pessoas são considerados como cruciais nas sociedades contemporâneas (Pires, 2005).

No memorando sobre a aprendizagem ao longo da vida (Comissão Europeia, 2000), elaborado pela comissão europeia, esta é entendida como “toda e qualquer atividade de aprendizagem, com um objetivo, empreendida numa base contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências” (op.cit.p.3) e que visa “alcançar um crescimento económico dinâmico, reforçando simultaneamente a coesão social.” (op.cit.p.6). Os indivíduos são considerados como os atores principais das sociedades de conhecimento, e é esta capacidade que é valorizada, num contexto de profundas mudanças económicas, culturais, tecnológicas e demográficas (Edward, 1997, citado por Pires, 2005, p.101). A Aprendizagem ao longo da vida é perspetivada como um processo contínuo e ininterrupto, durante uma vida (*lifelong*) e que considera todas as dimensões das nossas vidas (*lifewide*). A tónica “em todos os domínios da vida”, reforça a aquisição de conhecimentos úteis e agradáveis, no seio da família, nos tempos de lazer, na convivência comunitária, durante a atividade profissional, e outros, e em que “ensinar e aprender são papéis e atividades que podem ser alterados e trocados em diferentes momentos e espaços” (Comissão Europeia, 2000, p.10).

O Memorando reconhece a importância das aprendizagens formais, não formais e informais, que se traduzem no desenvolvimento de conhecimentos e competências, realizada num *continuum* educativo, qualquer que seja o contexto social, descrevendo-as da seguinte forma (Comissão Europeia, 2000, p.9):

- Aprendizagem formal: desenvolve-se em Instituições de ensino e formação, com o objetivo da aquisição de qualificações, e diplomas

- Aprendizagem não formal: decorre de ações desenvolvidas em outros contextos que não os dos sistemas formais, como o trabalho, comunidade, vida associativa, que não conduzem obrigatoriamente à certificação

- Aprendizagem informal: é um acompanhamento natural da vida quotidiana, ocorre nas várias situações do dia-a-dia, habitualmente não sendo reconhecida (individual e socialmente)

A motivação individual para aprender, bem como a disponibilização de oportunidades de aprendizagem variadas por parte do indivíduo, são as principais condições que a Comissão enaltece para uma bem sucedida estratégia de aprendizagem ao longo da vida.

Relativamente às competências necessárias com vista à participação dos cidadãos na sociedade do conhecimento, são sublinhadas no memorando, além das competências mais técnicas e específicas, a necessidade de aquisição por parte do indivíduo de competências básicas definindo-as como “ sendo as necessárias a uma participação ativa na sociedade e na economia do conhecimento – no mercado laboral e no trabalho, em tempo real e em comunidades virtuais e em democracia, enquanto indivíduo com um sentido coerente de identidade e orientação na vida” (Comissão Europeia, 2000, p.12).

Segundo Edwards (1997, citado por Pires, 2005) parece existir uma tendência para a “desfronteirização” entre educação, formação e lazer, ocorrendo mudanças e tornando-se estas cada vez mais permeáveis e integradas. Segundo o autor, no âmbito da educação, cada vez mais se desenvolvem práticas no sentido do desenvolvimento global da pessoa, através das competências básicas, de conhecimentos disciplinares, do desenvolvimento pessoal, e de capacidades e conhecimentos para o mundo do trabalho e para a cidadania. Destaca também que a tendência atual ao nível da formação profissional, é pautada por discursos centrados no desenvolvimento de recursos e do potencial humano, e que neste âmbito o desenvolvimento de competências interpessoais e “multicompetências” tem sido simultâneo ao desenvolvimento das tradicionais capacidades e competências orientadas para o mundo do trabalho.

Num contexto de educação permanente, a educação profissional não deve ser estanque à formação inicial, nomeadamente a respeitante ao ensino superior, mas deve ser um processo que deve acompanhar todo o percurso profissional dos indivíduos. As fronteiras entre formação inicial e contínua esbatem-se, e o ensino superior deve preparar-se para receber um público adulto com experiência profissional, que pode recorrer a este, enquanto instituição de formação especializada e permanente, e não somente como espaço de oferta de formação inicial e esporádica de atividades de extensão educativa (Canário, 2004). Esta ideia também nos leva à ideia de *trajetória profissional*, concomitante com a ideia de *percurso de formação*, em que se pensa a atividade profissional e a atividade de formação numa perspetiva integrada. Esta ideia de trajetória também nos leva à ideia de que cada indivíduo é autor da sua própria formação, deslocando-se a perspetiva em termos educativos das atividades de ensino

para as atividades de aprendizagem. Nesta perspetiva deixa de se encarar a formação como um somatório de momentos formais, não articulados. Cada vez mais a tendência será para que o público do ensino superior, sejam pessoas adultas, à procura de formação permanente especializada, o que irá ter como consequências do ponto de vista das instituições, alterações nas políticas, na formação do pessoal docente, nos conteúdos programáticos e na oferta formativa global (Canário, 2004, pág. 112)

4.2. Conceito de competência e desenvolvimento pessoal

As competências adquirem-se, atualizam-se e desenvolvem-se ao longo da vida, contribuindo para a construção das identidades pessoais e profissionais, adquiridas através de processos de aprendizagem que ocorrem numa multiplicidade de contextos (Pires, 2005).

O conceito de competência é atualmente uma referência indispensável na conceção curricular com base nas expectativas e necessidades profissionais (Loureiro, 2009). A noção de competência não é consensual, tem evoluído ao longo do tempo e provém do cruzamento de vários e distintos campos disciplinares. Pires (2005), no seu estudo sobre o aprofundamento do conceito, explorou-o segundo diferentes abordagens teóricas, como o da linguística, da psicologia, da ergonomia, das ciências da educação, da sociologia do trabalho e da gestão de recursos humanos. É frequente por isso na literatura, recorrer-se a diferentes autores visando a discussão e delimitação do conceito de competência (Brown, 1993; Burgoyne, 1993; Jubb e Robotham, 1997; Parry, 1998; Hoffmann, 1999, citados por Pires, 2005) o que tem gerado uma falta de definição mais ou menos consensual. Canário fala em cerca de 120 definições, situação que alguns autores descrevem como confusão, por ex., Woodruffe, citado por Cabral-Cardoso, Estevão & Silva, 2006).

O termo competência, do latim *competentia*, “proporção”, “justa relação”, significa aptidão, idoneidade, faculdade que o indivíduo possui para apreciar ou resolver um assunto (Dias, 2010).

Na literatura encontram-se definições centradas mais no conceito de competência como atributo (*competency*), comportamento exibido pelo indivíduo, e outras mais como comportamento (*competence*), padrão de desempenho (Russell, 1987; Rutherford, 1995; Boam e Sparrow, 1992; Woodruffe, 1993; Nordhaug, 1994; Hoffmann, 1999, citados por Cabral-Cardoso, Estevão & Silva, 2006). Outras caracterizam as competências como atributos, “*inputs*” e outras perspectivas caracterizam como resultados (comportamentos), denominados “*outputs*”. Os atributos, referem-se a motivos, traços de personalidade, capacidades, conhecimentos e autoimagem (Boyatzis, 1982, citado por Serrano, 2008). No caso de se enfatizar as competências mais como qualidades, está mais associado a competências enquanto saberes, isto é o corpo de conhecimentos obtidos como resultado de aprendizagem, esta perspectiva mais associada mais ao sistema de educação-formação. As competências como comportamentos, está mais relacionado com a ação, os resultados, revelam-se nos comportamentos do local de trabalho (Lopes, 2005).

Spencer & Spencer (1993) sugerem a analogia das competências, tentando associá-las, com um iceberg, referindo a existência de competências que são visíveis – output – que se relacionam com as habilidades e conhecimentos, e competências que são ocultas – input – que se relacionam com os valores, autoconceito, traços que caracterizam a personalidade da pessoa. Goleman et al (2006) referindo-se à parte invisível do iceberg, menciona as competências emocionais, “*inteligência emocional*”, ou seja, a forma como nos conhecemos a nós próprios e nos relacionamos com os outros.

Destacámos algumas definições de competências existentes na literatura. A competência refere-se à capacidade de compreender uma determinada situação e mobilizar um conjunto de recursos, com o objetivo de realizar uma atividade da melhor forma possível (Sargis, 2002, citado por Farias & Vitorino, 2009). Para Rua & Alarcão (2005, p. 375) “Ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta”. Schon (2000) entende a competência como a mobilização de saberes e de saberes fazer ajustados às situações concretas, enaltecendo a reflexão na e sobre a ação. Shilton, Howat, James & Lower (2003) definem competência como: “...uma combinação de atributos, tais como o conhecimento, capacidades, competências, que permitem que o indivíduo desempenhe um conjunto de tarefas de acordo com um determinado padrão

de referência”. Cruz (2001, citado por Dias, 2010) define competência como um conceito que acolhe saberes, atitudes e valores, abarcando o domínio do *self* (saber-ser), o domínio cognitivo (formalizado) e o domínio comportamental (saber-fazer).

Para efeitos educativos, competência é entendida como “uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes conducentes a um desempenho adequado num determinado campo” (Irigoien & Vargas, 2002, citados por Loureiro, 2009, p.91). Gillet e Rey (1998), citados por Pires (2005, p.276), apontam os anos sessenta como a porta de entrada do conceito de competência ao nível da formação, altura em que a pedagogia por objetivos tinha uma grande influência nas ciências da educação, a qual tinha por base uma clara definição do objetivo da ação pedagógica, tornando-a assim mais eficaz.

Para Perrenoud, autor de referência nas ciências da educação, citado por Kuenzer (2004), a competência consiste em “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles”. Perrenoud refere-se às competências como a capacidade de mobilizar recursos cognitivos e afetivos para fazer face a determinada situação (Perrenoud, 2002). Ou seja, o desenvolvimento de competências é inseparável da mobilização de conhecimentos que se provêm e constroem em função da experiência e da prática.

Para Le Boterf (1998) a noção de competência é uma construção assente em recursos pessoais (conhecimento, *know-how*, qualidades, ou atitudes) e recursos ambientais (relações, documentação, informação) que são mobilizados para se obter um determinado desempenho. Para o mesmo autor a competência é nula se faltam ao indivíduo habilidades humanas para de forma adequada, aplicar os seus conhecimentos Le Boterf (2003). Ou seja, de igual forma que Perrenoud, a competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos para enfrentar uma determinada situação complexa, porém não se limita unicamente «a um saber», mas sim, a um saber agir (ou saber fazer em situação, em ação), reforçando a ideia de a mesma não ser o somatório de saberes, mas a integração destes num todo. Ou seja, não basta que um indivíduo seja capaz de realizar determinada tarefa para ser considerado competente, é também necessário querer fazê-la. Para Le Boterf (2003, citado por Cabral-Cardoso, Estevão & Silva, 2006), a competência assenta num triângulo que combina um saber agir, um querer agir e um

poder agir. O saber agir pressupõe o combinar e mobilizar recursos como o conhecimento e o saber fazer; o querer agir refere-se à motivação do indivíduo em relação ao contexto e o poder agir está mais associado ao contexto, à organização do trabalho, e condições sociais do trabalho que possibilitem que o indivíduo aplique o saber.

As competências articulam-se com as aprendizagens adquiridas formalmente e no percurso de vida da pessoa. Vários autores citados por Pires (2005) o destacam: De Terssac (1998), reforça que os saberes provêm dos diferentes domínios das pessoas, e que estes saberes estão articulados com os processos de aprendizagem ao longo da vida; Turkal, (1998), menciona que as aprendizagens resultam do somatório de saberes formais e experienciais, ligados pelo sujeitos que lhe permite atribuir um sentido a uns e aos outros; para Wittorski (1998) o conceito de competências encontra-se no cruzamento de três campos (o percurso da socialização e da biografia do sujeitos, o campo da experiência profissional e o campo da formação, e para Dominicé (1998) a articulação entre o percurso escolar e as aprendizagens experienciais são decisivas na relação dos adultos com o saber, influenciando na motivação para a aprendizagem, nas expectativas que formula e com a implicação pessoal que o adulto fará ou não em relação a aprendizagens futuras.

O desenvolvimento de competências ocorre no percurso de vida das pessoas, nas suas várias dimensões, nos seus contextos de vida, no desempenho de tarefas e com múltiplos atores. Resultam do próprio indivíduo e das suas características e experiências pessoais e na interação deste com as várias dimensões da sua vida. Os recursos internos do indivíduo, como a motivação, autoconceito, características da personalidade, valores, atitudes, são o potencial energético para o saber-agir. Estas constroem-se em situações formais de educação, como escolas, universidades, escolas de formação, em situações não-formais como empresas, sindicatos e comunidades e situações informais, nas vivências diárias, familiares, amigos, vida associativa, profissional, entre outras (Pires, 1995).

Cooperstein (2004, citado por Sousa, 2011) refere que qualquer que seja a aula que o docente prepare, deverá incluir o desenvolvimento de competências transferíveis. Acrescenta que qualquer que seja o conceito que se deseje desenvolver com os alunos, o

docente deve refletir sobre as competências que lhe estão associadas, que conhecimentos prévios têm os alunos que dominar, quais são as competências e conceitos relacionados com o tema em análise e mais importante, que atividades poderá desenvolver que permitam ao aluno interiorizar a aplicabilidade do que acabou de assimilar a situações diversas.

Ora as mudanças que têm ocorrido no mundo do trabalho, exigem competências por parte dos trabalhadores ajustadas a estas mudanças, que apenas são possíveis se existirem recursos internos por parte dos indivíduos para potenciar essas novas aprendizagens, e por sua vez novas competências. O exponencial aumento de doenças psicossociais relacionadas com o trabalho, são uma evidência disso mesmo, e nomeadamente o stresse, que ocorre quando o indivíduo sente que não tem capacidade para lidar com as exigências do seu trabalho, ou seja, este sente que não tem as competências necessárias para agir sobre este. Desta forma interessa-nos aprofundar quais as competências que são exigidas aos novos profissionais de saúde, especialmente as que se prendem com o desenvolvimento pessoal, em aspetos do saber-ser, nomeadamente as competências de *coping*, consideradas estas como uma das principais ferramentas do indivíduo para lidar com o stresse

Como investigou Pires (2005), no domínio educativo existem diferentes abordagens ao conceito de competências que foram sistematizadas por Bowden e Marton (1998): a corrente behaviourista, aditiva, integrativa e holística. Esta última, atribui um lugar de destaque à centralidade da pessoa humana, compreendida através da relação entre a pessoa e o meio, e na sua relação com os saberes, recursos e percursos formativos que ocorrem na sua trajetória de vida. Também Sandberg (2000), citado por Fragellil & Shimizull (2011, p.669), refere que “Competência é algo dinâmico, com diferentes significados e em constante mudança e interpretações que reúne combinações complexas de atributos necessários para o desempenho inteligente em situações específicas”. Segundo Pires (2005) é esta a perspetiva de competência que se pretende valorizar no contexto educativo.

A noção de competência como refere Dias (2006), remete para situação nas quais é necessário resolver problemas e tomar decisões, associando-se à avaliação de uma

determinada situação, a uma mobilização de saberes e a um modo de agir perante determinada situação.

Globalmente as competências dividem-se em competências básicas ou transversais e em competências técnicas específicas da função. As competências transversais são as que estão em foco no nosso estudo, pelo que as iremos aprofundar. Podem existir várias denominações na literatura: Competências-Chave; Competências Nucleares; Competências Essenciais; Competências Genéricas; Competências Transferíveis; Competências Comuns, Competências pessoais, Competências Básicas, entre outras. No entanto existem vários autores que apesar de encontrarem aspetos comuns entre elas, as distinguem e reagrupam. A título de exemplo Varandas da Costa (2011), no estudo que realizou sobre o contributo da formação inicial para a qualidade percebida pelos utentes, apoiando-se em Aubrun e Orofiamma (1990), Pires (1994), Le Boterf (1995) e Perrenoud (1997, 2001), no sentido de explicar o desempenho profissional assente na aquisição e desenvolvimento das competências, que se reflete na qualidade dos cuidados prestados, agrupou as competências em quatro categorias, competências genéricas ou pessoais, competências-chave, competências fundamentais ou “soft-skills” e as competências sociais ou de terceira dimensão. Conclui no seu estudo que são mobilizados saberes que apelam à dimensão psicológica e afectiva da personalidade, bem como ao saber social e cultural, e não apenas aos saberes técnicos e científicos (Varandas da Costa, p.113).

Apesar das diferentes definições e concetualizações, existem aspetos comuns que caracterizam as competências transversais: multifuncionalidade; transferibilidade, baseadas na cognição, multidimensionalidade, aprendizagem a abrangência (Livro competências transversais) Como refere Jardim (2007) as competências transversais são aquelas que são comuns a diversas atividades e como tal são transferíveis de função para função; são adquiridas, fundamentalmente, na interação com os outros e na formação não formal. Têm a ver com a capacidade de gerir os recursos do “eu” (competências intrapessoais), de relacionamento interpessoal (competências interpessoais) e de desempenhar funções profissionais (competências profissionais). As competências transversais têm ganho um protagonismo e importância crescentes no panorama do desenvolvimento pessoal, social e profissional.

As novas tendências na concetualização de competências realçam não apenas que as pessoas são recursos mas principalmente que são fontes de criação de valores, apontando-se para que o processo de aprendizagem ocorra no sentido do investimento em competências transversais (competências de organização, de animação, de desenvolvimento) e no saber ser (sociabilidade, adaptabilidade, carisma, sentido de comunicação), desde logo pelo seu alto potencial de transferibilidade (Cabral-Cardoso, Estevão & Silva, 2006). A transferibilidade das competências é uma questão complexa. Segundo Harrison, citado por Pires (2005), a transferência de uma competência implica uma intervenção de processos cognitivos (generalização, analogias, reflexão sobre a ação, etc.), e que exista a seleção e o controlo de capacidades e conhecimentos adequados ao contexto específico. Segundo Pires (2005), a transferência só pode ser compreendida como uma modificação das estratégias e das competências em novas situações, pressupondo uma interação entre as competências detidas e as exigências da nova situação. Para Colardyn (1995, citado por Pires, 2005, p.547) a transferibilidade dos saberes e das competências passa pela melhoria da articulação entre os diferentes subsistemas educativos (ensino geral, ensino técnico e profissional, sistema de aprendizagem, ensino universitário) e entre formação inicial e contínua.

O Processo de Bolonha, foi iniciado formalmente em 1999, e cerca de dois anos depois, em 2001, um grupo de universidades aceitou coletivamente o objetivo proposto pelo Processo de Bolonha e idealizou um projeto-piloto denominado «*Tuning Educational Structures in Europe* - sintonizar as estruturas educativas da Europa». Através da lei nº 49/2005, de 30 de Agosto, que alterou a Lei de Bases do Sistema Educativo, foi consagrada a transição de um sistema de ensino baseado na ideia de transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento de competências. Através desta metodologia, os resultados das aprendizagens devem ser formulados em termos de competências nos planos de estudo licenciatura, mestrado e doutoramento.

Uma questão central no Processo de Bolonha é o da mudança de paradigma de um ensino baseado na aquisição de conhecimentos para um baseado no desenvolvimento de competências. No Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, menciona-se as competências “ (...) onde se incluem quer as de natureza genérica — instrumentais, interpessoais e sistémicas — quer as de natureza específica associadas à

área de formação, e onde a componente experimental e de projecto desempenham um papel importante.”. O mesmo Decreto de Lei continua referindo que “Identificar as competências, desenvolver as metodologias adequadas à sua concretização, colocar o novo modelo de ensino em prática, são os desafios com que se confrontam as instituições de ensino superior.”

O Projeto *Tuning* considera que competência ou um conjunto de competências é a capacidade/habilidade que o sujeito demonstra para consumir uma tarefa/uma avaliação. As competências genéricas, considerou que devem existir em qualquer curso e estão relacionadas com os conhecimentos gerais, capacidade de análise, comunicação e autoaprendizagem. As competências específicas, têm a ver com o diferencial e as especificidades de cada curso.

Competências instrumentais: este tipo de competências engloba capacidades cognitivas – capacidade para entender e manipular ideias e pensamentos; capacidades metodológicas neste grupo encontram-se a capacidade organizativa, de gestão do tempo, estratégias de aprendizagem, tomada de decisões e resolução de problemas; capacidades tecnológicas relacionadas com o uso dos diversos tipos de tecnologias; capacidades linguísticas – domínio da comunicação oral e escrita na língua materna e em línguas estrangeiras.

Competências interpessoais: capacidades individuais relacionadas com as capacidades de expressão dos próprios sentimentos, capacidade de crítica e autocrítica; competências sociais relacionadas com a interação social e cooperação;

Competências sistémicas: capacidades e competências relacionadas ao sistema na sua totalidade - combinação da compreensão, da sensibilidade e conhecimento que permitem ao indivíduo ver como as partes de um todo se relacionam e se agrupam – nestas competências estão incluídas a habilidade para planear mudanças, definir aperfeiçoamentos, desenhar novos sistemas, ...

De acordo com Perrenoud (2002), a formação inicial é crucial para que as competências de um indivíduo se desenvolvam e se adaptem nas diversas situações de trabalho, contribuindo para exercitar as pessoas de forma a utilizarem os seus recursos. Para tal, a formação deve estar ligada às práticas, não apenas na aquisição do saber-fazer,

mas também no saber-ser e no saber-agir, especialmente no desenvolvimento de atitudes e de competências do tipo relacional e pessoal, que permitam às pessoas evoluírem quer pessoal quer profissionalmente. Estamos perante uma verdadeira ideologia das competências, em que a qualificação se acentua cada vez mais do lado do saber-ser, acentuando-se a necessidade de os indivíduos terem de mobilizar recursos internos, de pendor comportamental, atitudinal e procedimental, para agirem com eficácia e autonomia nas diversas situações profissionais. Esta nova visão de competências pretende-se que conduza a um indivíduo com potencial interno e recursos para lidar.

4.3. Novas competências dos profissionais de saúde

Atualmente vivemos uma época em que há uma crescente raridade de empregos, proporcional a uma crescente desvalorização de diplomas, situação que tem modificado a relação entre ensino superior, trabalho e formação profissional (Canário, 2004). As profissões da área da saúde não estão imunes a estas tendências, que em conjunto com as profundas alterações que têm ocorrido nos últimos anos neste campo, nomeadamente a mudança de paradigma da saúde, o envelhecimento da população, a aproximação aos contextos naturais dos cidadãos, as reconfigurações dos cuidados de saúde, a revolução tecnológica, entre outros, conduzem a aspetos negativos na saúde dos seus profissionais, como o “denominado stresse (considerado como um dos flagelos do século)” (Silvestre, 2003, p. 40).

Estas profundas mudanças, enfatizam a importância da formação, inicial e contínua, destes profissionais, emergindo à semelhança de outros profissionais, “como um instrumento essencial, quer para fazer face a mutações que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas.” Canário (2003, pag 119). Segundo o mesmo autor, em Portugal, a importância atribuída à formação no campo da saúde tem-se materializado em três grandes tendências:

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

- Desenvolvimento e expansão quantitativa da oferta de formação contínua, dirigida a profissionais de saúde, desde os anos setenta;

- Reconfiguração do quadro dos profissionais de saúde: emergência e revalorização de determinados ramos especializados no interior das profissões clássicas do médico e enfermeiro, e a emergência de novos grupos profissionais, os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica;

- Articulação entre formação e os processos em curso de afirmação identitária de algumas classes de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros e TDTs, o que tem gerado um aumento exponencial de oferta formativa no ensino superior politécnico, bem como nas universidades, nomeadamente as faculdades de medicina ou Educação que também têm promovido oferta formativa orientada para a qualificação de vários grupos de profissionais de saúde.

Atualmente, não existe uma definição consensual de competência do Profissional de Saúde (Frenk et al. 2011). Uma comissão de cerca de vinte profissionais e académicos que se juntou no sentido de avaliar e propor uma estratégia para a educação do profissional de saúde para o século XXI, adotou a de Hundert et al. (1996, citado por Frenk J et al., 2011) que a definiu como “o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, das emoções, valores e reflexões na prática diária, para benefício dos indivíduos e da comunidade a ser servida”. Pela definição, destacámos a ênfase dada às competências básicas do Profissional de Saúde, evidenciadas através de expressões como a comunicação, emoções, valores e reflexões. Os novos perfis profissionais salientam a valorização das competências, que não são apenas técnicas, mas que permitem responder aos novos cenários de incerteza e de imprevisibilidade.

Em 2012, a Comissão das Comunidades Europeias (2012), preocupada com as exigências atuais e previstas face às mudanças no âmbito dos cuidados de saúde, realizou o *Action Plan for the EU Health Workforce*. Enaltece a importância de ter profissionais motivados, capazes e com as competências adequadas para as exigências dos cuidados em saúde. Apresenta como problemas principais destes profissionais os baixos salários,

stresse, longas horas de trabalho e dificuldades no balanço entre o trabalho e a vida pessoal. No mesmo documento antecipa as habilidades necessárias dos profissionais de saúde no futuro, destacando a importância do desenvolvimento de modelos integrados nas comunidades, nomeadamente o trabalho em equipas interdisciplinares, as novas tecnologias, o acompanhamento da educação e dos currículos às novas mudanças e habilidades requeridas e o acesso a uma aprendizagem ao Longo da Vida de forma a garantir o desenvolvimento profissional.

A Educação nas suas várias vertentes (formal, não formal e informal) tem um papel crucial no sentido de habilitar os profissionais de saúde relativamente às competências exigidas pelo mercado de trabalho em constante mudanças e que se prevê cada vez mais competitivo e gerador de pressões múltiplas. A construção de saberes e competências no profissional de saúde, nomeadamente a formação e o desenvolvimento deste como indivíduo, são essenciais para mobilizar aprendizagens do saber-ser, saber-fazer, saber relacionar-se com os outros e saber-aprender. A problemática das novas competências dos profissionais de saúde, nomeadamente as relacionadas com o saber-ser, tem suscitado cada vez maior interesse por parte de investigadores e organizações como a UNESCO, a EUROFOUND a OMS, nomeadamente com a entrada do Processo de Bolonha, que obrigou a uma reconfiguração dos planos de estudo vigentes.

O envelhecimento da população, novas tecnologias, novas doenças crónicas e mais difíceis de tratar, exigências por melhor e maior qualidade dos serviços prestados e saúde, “exigem” que os profissionais tenham competências que vão muito além das técnicas, para fazer face aos desafios constantes (Motta & Aguiar, 2007). As dificuldades do trabalho em equipa, o desfasamento entre as competências técnicas dos profissionais de saúde e as necessidades dos clientes e um enfoque técnico limitado sem ter um enfoque concetual mais amplo, são alguns dos problemas existentes nos profissionais de saúde (Frenk et al., 2011).

O conjunto dos profissionais académicos elaboraram propostas, de forma a melhorar o rendimento dos sistemas de ensino, entre as quais destacámos duas: a proposta de um currículo baseado em competências que respondam às rápidas mudanças, nomeadamente aos contextos laborais e a proposta de juntamente com as

habilidades técnicas, juntarem-se as habilidades genéricas, como a capacidade de tomada de decisão, liderança e gestão, comunicação, entre outras (Frenk et al., 2011)

O desenvolvimento de competências técnicas no profissional de saúde, é bem evidente, mas cada vez mais a formação integral deste profissional tem ganho relevo na literatura Esperidião & Munari (2005). O desenvolvimento pessoal do profissional de saúde é importante para garantir o fortalecimento emocional à constante exposição a situações ansiogénicas decorrentes da atividade ocupacional e das condições de trabalho. Para tal simultaneamente à preparação técnica experienciadas em ambiente académico, também deverá ser proporcionado aos alunos, oportunidades voltadas para o autoconhecimento, relacionamento inter e intrapessoal, saberes ser e cuidar dos outros.

“A educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa” (Delors, 1996, p. 99) e continua “Este desenvolvimento do ser humano, que se desenrola desde o nascimento até à morte, é um processo dialético que começa pelo conhecimento de si mesmo para se abrir, em seguida, à relação com o outro. Neste sentido, a educação é antes de mais nada uma viagem interior, cujas etapas correspondem às da maturação contínua da personalidade.” (Delors, 1996, p. 101)

Segundo Sá-Chaves (2000), um profissional que articule a dimensão pessoal e integre a capacidade reflexiva de ser, de se conhecer a si próprio, de se pensar criticamente, agindo com responsabilidade nos contextos reais de ação, possui uma meta-competência que lhe permite agir em contextos imprevisíveis, incertos e complexos, visando a construção de soluções específicas. Ou seja, um profissional de saúde perante situações reais do seu dia-a-dia, muitas vezes complexas e inesperadas, evidenciará as suas competências de forma mais eficiente se recorrer e usar os seus recursos pessoais, emocionais, relacionais, articulando com as suas habilidades e conhecimentos, ou seja articulando o fazer e o ser. A mesma autora refere existir uma simbiose entre a ideia de desenvolvimento pessoal, humano e de desenvolvimento contextual, além de integrar uma noção mais abrangente, o que a pessoa faz, o que a pessoa é, além do modo como constrói na ação profissional a sua forma pessoal de fazer e de ser.

Para (Le Boterf, 2003, p. 11) “o profissional reconhecido como competente é aquele que sabe agir com competência”, e saber-agir, como já vimos, é a mobilização de recursos pessoais do profissional, com as suas habilidades, em interação com as situações (experiências) que vai desenvolver. O desenvolvimento profissional passa obrigatoriamente por um desenvolvimento pessoal já que são as competências pessoais das pessoas que são colocadas em ação no campo profissional (Pires, 2003).

Como vimos o desenvolvimento de competências não é estático, não está circunscrito a um período, é um processo dinâmico, integrado, que se constroi no percurso de vida de cada indivíduo.

4.4. Desenvolvimento pessoal e pontes com o Stresse

Na nossa abordagem ao stresse relacionado com o trabalho, tentámos não nos cingir à imensa bibliografia que existe sobre esta temática, muito desenvolvida principalmente sob o olhar da psicologia, da sociologia, da sociologia do trabalho, da ergonomia, da saúde ocupacional, entre outras. Tentámos explorá-lo através do olhar da educação como a vemos hoje, à luz das novas propostas educativas, nomeadamente o Processo de Bolonha e a aprendizagem nas suas várias vertentes formais, não formal e informais, não perdendo o foco das competências exigidas ao profissional de saúde do futuro, nomeadamente as competências não técnicas.

A perceção do indivíduo a situações como geradoras de maior ou menor stresse, reveste-se de um carácter individual, respondendo cada pessoa de uma forma diferente (Rodrigues & Veiga, 2006). Todas as pessoas são diferentes, cada qual tem as suas particularidades e características individuais, pontos fortes e pontos fracos que se inter-relacionam, influenciam e são influenciados na relação entre o indivíduo e o meio.

A gravidade e a frequência das reacções a situações de stresse são condicionadas pela personalidade do indivíduo, pelo suporte social, capacidade de adaptação do indivíduo, a presença de doença ou estado de deficiência crónica, entre outras, podendo tornar as

peças mais ou menos vulneráveis ao stresse (European agency for safety and health at work, 2000). Como nenhum indivíduo é igual ao outro, também a vulnerabilidade ao stresse é variável de indivíduo para indivíduo (Pocinho & Capelo, 2009).

Existem alguns fatores já evidenciados na literatura que podem influenciar o nível de vulnerabilidade ao stresse, como a personalidade do indivíduo, autoestima, expectativas de autoeficácia, otimismo, padrões de comportamento, avaliação cognitiva, estratégias de *coping*, suporte social, crenças religiosas/espirituais, entre outros (European Agency for Safety and Health at Work, 2009; Clarke & Cooper, 2004; Jennings, 2008; Lazarus, 1966, 1993, 1999; Lazarus, R.; & Folkman, S. (1984a, 1984b); Lipp, 2009; Lundberg & Cooper, 2011, Nogareda et al., 2007; Salanova, 2008; Sacadura-Leite & Uva, 2012)

Vamo-nos reter no conceito de *coping*, já que este aparece inevitavelmente associado ao stresse, e o reconhecimento deste é bem evidente na ampla investigação existente sobre o assunto (Frydenberg, 1996). Existem vários quadros de referência sobre o seu conceito e variadíssimas concepções sobre o mesmo. Um dos modelos mais utilizados na compreensão dos conceitos de stresse e *coping*, e o que muito provavelmente é mais referenciado nos estudos existentes atualmente é o Modelo Transaccional de *Stress* e *Coping* de Lazarus & Folkman (1984), o qual nos irá servir de suporte para este estudo (Lipp, 2009; Lundber & Cooper, 2011; Silva & Gomes, 2009; Sacadura-Leite & Uva, 2012).

Para Lazarus & Folkman *coping* pode ser definido como «esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os/ou estando nos limites dos recursos do indivíduo» (Folkman & Lazarus, 1988, citados por Pais-Ribeiro & Santos, 2001). Os processos de *coping* têm sido considerados mediadores da relação da experiência de stresse entre o indivíduo, e o meio, influenciando naturalmente os efeitos que o stresse pode produzir (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001; Lazarus, 1999; Lipp, 2009; Somerfield & McCrae, 2000).

Segundo Lazarus (1993) as abordagens tradicionais do *coping* que enfatizavam estilos ou traços do *coping*, têm sido abandonadas pelas pesquisas que sugerem que o *coping* é um processo dinâmico, no qual as pessoas empregam esforços para lidar com as exigências do meio e que se concretiza no próprio ato. As estratégias de *coping* são orientadas para o

processo, referindo-se àquilo que as pessoas pensam ou fazem no momento em situações específicas e não ao que as pessoas normalmente fazem, ou seja o *coping* não é um traço de personalidade estanque, mas é visto como um processo dinâmico e mutável em função de avaliações e reavaliações contínuas, que por sua vez são função das relações entre o indivíduo e o meio Pais-Ribeiro & Santos (2001). É um processo de gestão que implica que mesmo que o problema não tenha sido resolvido houve *coping*, com impacto ou não na redução do stresse relacionado com a situação, e não a com a resolução do problema. A qualidade do *coping* não existe em absoluto, ou seja a pessoa não tem ou tem coping, esta apenas pode ser avaliada em função da situação, que por sua vez é dependente dos recursos cognitivos que tem e que mobiliza numa determinada situação. Fatores pessoais e situacionais influenciam as avaliações feitas pelas pessoas (Lage, 2007) uma situação semelhante pode ser considerada como stressante por um indivíduo e não o ser de todo por outro em circunstâncias idênticas.

Pode dizer-se que o indivíduo não fica limitado a uma estratégia, mas sim ao seu uso, que se vai alterando à medida que se desenvolvem as suas avaliações. O indivíduo pode deste modo começar com uma estratégia e prosseguir com outra, ou com a combinação de várias outras, à medida que o estatuto da relação pessoa-meio se altera (Scherer, et al., 1988). Como destaca Pires (2003), a vivência de situações concretas é fundamental, e como tal um bom conhecimento de si, um trabalho de descoberta pessoal, de forma a conhecer as suas dimensões inconscientes e imaginárias, desbloqueando mecanismos de defesa é imprescindível na mobilização destes recursos para a ação.

Meichenbaum & Deffenbacher, citados por Grazziano & Ferraz Bianchi (2010, p.12), num estudo realizado por estes, através de um levantamento bibliográfico ocorrido entre o período de 1990 -2008, de temas relacionados com o stresse, *coping*, trabalho, entre outras, mencionaram que o objetivo dos programas existentes sobre a gestão do stresse deve ser “educar as pessoas sobre a natureza e o impacto do stresse e assegurar que elas possuem uma variedade de habilidades intra e interpessoais para utilizar construtivamente contra o stress”. Suportando-nos nestes autores, identificámos nestas afirmações alusões à educação para a saúde relacionada com o stresse, e à mobilização de recursos internos, especialmente no desenvolvimento de atitudes e de competências do tipo relacional e

peçoal, que permitam às pessoas lidar com o stresse. Como refere Frydenberg (1996), o crescente interesse pelo estudo do *coping* reflete a mudança do foco da investigação, antes mais centrado na doença e agora mais centrado nos determinantes da saúde e nas competências relacionadas com o desenvolvimento humano.

O Guia preparado pela Comissão Europeia (2000) - *Guidance on work-related stress Spice of life or kiss of death?*, refere que a aquisição de competências básicas em qualquer idade, identificadas no documento como *Skills for life*, e a sua mobilização por parte do indivíduo na vida profissional, faz com que as pessoas lidem de uma forma mais eficiente com os agentes stressores que eventualmente encontrem. Destaca como competências, a comunicação eficaz, capacidade de tomar decisões, resolver problemas, pensamento crítico, auto-organização, resistência, capacidade de gerir as suas preocupações, depressão e stresse, adaptação às exigências do ambiente, capacidade de adaptação às exigências de um novo ambiente e autoconhecimento (Comissão europeia, 2000).

“A educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa, espírito, corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal e espiritualidade. Todo o ser humano deve ser preparado, especialmente graças a educação que se recebe na juventude, para elaborar pensamento autónomos e críticos e para formular os seus próprios juízos de valor, de modo a poder decidir, por si mesmo, como agir nas diferentes circunstâncias da vida. (Delors, 2003, p. 97)”

Ao profissional de saúde é exigido hoje, que se adapte e responda positivamente aos objetivos das Organizações, que se adapte aos novos conhecimentos e às permanentes mudanças, que seja flexível a diferentes contextos e funções a desempenhar, bem como a resolver situações muitas vezes de grande indefinição e imprevisibilidade. A juntar a tudo isto, a essência da sua profissão, de ser prestador de cuidados de saúde, que a evidência demonstra que só por si, exige a este profissional uma elevada carga emocional e de responsabilidade. Por tudo isto o desenvolvimento pessoal, pode ser a chave para fazer face aos desafios permanentes deste profissional, aliados aos riscos que podem trazer para a sua saúde, com consequências para os serviços de saúde onde trabalha e para o cliente alvo da sua atenção.

5. O Terapeuta Ocupacional e a formação

No ano de 1960 formaram-se em Portugal os primeiros Terapeutas Ocupacionais, que receberam formação nos Estados Unidos e Inglaterra, devido à inexistência no País de pessoas habilitadas para dar formação. Este curso foi reconhecido em 1964 pela World Federation of Occupational Therapists (WFTO). Desde então até à atualidade as competências destes profissionais tornaram-se cada vez mais especializadas, diferenciadas e exigentes. A classe dos Terapeutas Ocupacionais integra-se na carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) regulamentadas pelo Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de Agosto. É uma das dezoito profissões que integram esta carreira, que são caracterizadas segundo o Artigo 3 do mesmo Decreto por ter “como matriz a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, ou de reabilitação.” e por serem profissões que se desenvolvam “... em complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional.”

A história da formação dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica em Portugal é relativamente recente, mas fértil em alterações estruturais e mudanças progressivas. Destacámos na sua história a criação em 1964 das primeiras Escolas Técnicas de Serviços de Saúde, a integração em 1993, das então Escolas de Tecnologias da Saúde no Ensino Superior Politécnico, a atribuição de graus de bacharelato e licenciatura em 1997 e mais recentemente a adequação dos planos de estudos a Bolonha, através da Lei 64/2006. Segundo a Direção Geral de Saúde, 2010, os efetivos do Técnicos de Diagnóstico e Terapêutico no serviço nacional de Saúde, aumentaram de 4738 no ano de 1990, para 7620 em 2008. No entanto, como refere Moreira (2010), apesar das profissões das Tecnologias da Saúde se terem vindo a afirmar em Portugal e um pouco por todo o Mundo, em Portugal como se verifica no OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde), no relatório de 2009, ao analisar os recursos de saúde apenas destaca os médicos e enfermeiros, não fazendo qualquer referência aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

De forma a estudarmos a nossa temática, iremo-nos debruçar sobre a evolução das Tecnologias da Saúde em Portugal, como se tem desenvolvido o ensino e a formação destes profissionais, adaptando-se às mudanças globais do ensino superior, nomeadamente o processo de Bolonha, e que competências atualmente se pretende desenvolver nos alunos. Os Terapeutas Ocupacionais, como profissionais incluídos nos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, mas com profissão com identidade e regulamentação própria, são alvo deste estudo sendo-lhe por isso, reservado, nesta fundamentação teórica este espaço em que se descreve a história da sua evolução e respetiva adequação dos planos de estudo e competências formativas.

A implementação do Processo de Bolonha na carreira profissional da Terapia Ocupacional em Portugal, bem como as competências que se pretendem desenvolver nos alunos ao nível da formação inicial, serão alvo da nossa atenção, pois constitui a base da nossa contribuição para a realização de propostas do âmbito educativo para melhorar a saúde destes profissionais e prevenir o SRT (último capítulo deste trabalho).

5.1. A evolução do ensino das Tecnologias da Saúde em Portugal

O dia 12 de Junho de 1961, representa o início do ensino formal das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica em Portugal, com a publicação da Portaria nº18.523, após a qual são criados os primeiros Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares de Serviços Clínicos a funcionar junto a hospitais em grandes centros urbanos (Moreira, 2010). A responsabilidade pedagógica na formação destes profissionais, a elaboração de regulamentos e conteúdos programáticos estava atribuída a alguns diretores de serviço dos maiores hospitais existentes situados em Lisboa e Porto (Coutinho, 2003).

Em 1964, são criadas as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e assistência do Ultramar, pelo Dec. Lei nº 45.818 de 15 de Julho, para satisfazer as necessidades de feridos da “guerra colonial”, que formavam “in loco” profissionais nas áreas da farmácia, análises clínicas, ortótica e fisioterapia. A duração da formação era de 3 anos pós-secundário, e como habilitação de ingresso o 5º ano do liceu.

A Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, as “terapias” eram ensinadas na então criada Escola de Reabilitação de Alcoitão (E.R.A.) no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), regulamentada pela portaria nº 22.034, de 4 de Junho de 1966, que exigia o 7º ano do liceu e a duração da formação teórico prática de 3 anos. O elevado valor das propinas, tornava esta oferta formativa apenas acessível às elites da altura, tornando-se apenas em 1981 acessível a um público de um nível socioeconómico mais lato, com existência destas formações em escolas públicas dependentes do Ministério da Saúde.

Na década de 70, à exceção da Escola de Reabilitação de Alcoitão (E.R.A.) em que foi permanente a formação de profissionais nas áreas das “terapias”, não se formaram em Portugal técnicos de saúde com qualificação adequada, devido à imprevisibilidade que caracterizava estes centros de formação em território nacional, sendo preenchidas as necessidades existentes com os profissionais formados nas escolas do Ultramar. No entanto é nesta altura, que as profissões no âmbito das tecnologias da saúde em Portugal, são legalmente regulamentadas, sendo a primeira referência datada de 1971, em que são criadas as carreiras de profissionais de saúde: terapeutas, técnicos, auxiliares

de laboratório e técnicos auxiliares sanitários (Decreto de Lei nº 414/71, de 27 de Setembro).

Em 1979, é criada a Escola de Serviço de Saúde Militar (Decreto de Lei nº 266/79, de 2 de Agosto) que tem como missão a formação de técnicos de saúde, como técnicos para médicos, de farmácia, entre outros. No mesmo ano, é criado um grupo de trabalho pelo Secretários de Estado da Saúde e do Ensino Superior (despacho de 1979) com a missão de realizar estudos sobre a formação dos técnicos de saúde, nomeadamente o tempo e modelo de formação dos futuros docentes e alunos. Estas preocupações da época, são fruto das evoluções rápidas das ciências das tecnologias da saúde e da necessidade de reestruturação do ensino superior, nomeadamente o de curta duração.

A década de 80 é marcada pela consolidação do ensino destas profissões da saúde, com a publicação dos primeiros programas/planos de estudo, organizados em três anos, com duração mínima de três mil horas de formação e exigência de 12º ano de escolaridade, em DR nº 38, de 16 de Fevereiro de 1983, da Escola de Reabilitação de Alcoitão (E.R.A), e a criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (E.T.S.S.) em Lisboa, Coimbra e Porto (Dec. Lei 371/82, de 10 de Setembro. Estas Escolas Técnicas, com os seus planos de estudo publicados, direcionados para as necessidades de então, atualizados ao nível do conteúdo e novidade das matérias lecionadas conduziram à formação de profissionais de saúde com um conjunto de saberes e competências que induziram nos serviços de saúde, mudanças profundas no modo de agir e atuar perante a doença (Tavares, 2007). Os cursos organizados em três anos, constam de uma formação inicial, formação técnica e prática através do estágio. Estas escolas recém- formadas, organizadas por uma direção e um conselho escolar, gozam de autonomia pedagógica, técnica e administrativa e são diretamente dependentes do Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS).

Na abertura dos primeiros cursos em Janeiro de 1980 (início do funcionamento das Escolas Técnicas, apesar de apenas criadas por Dec. Lei em 1982) concorreram 2800 potenciais alunos para apenas 200 vagas (ESTsSL, 2007) o que levou ao ingresso de alunos de elevado nível habilitacional, exigido para os requisitos da formação da altura.

Em 1985 (Decreto de Lei nº 384-B/85, de 30 de Setembro) é criada a carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), título atribuído até hoje a estes profissionais,

que na altura englobavam 16 profissões, menos duas que atualmente. No mesmo diploma é definido o enquadramento profissional do âmbito destes técnicos de saúde.

Estas mudanças que “geraram um movimento de recomposição profissional célere, impar e imparável” (Moreira, 2010, p.119), foi amplificado pela publicação em 1990 (DR nº208, de 8 de Setembro de 1990) de novos planos de estudo, que resultaram de um trabalho desenvolvido durante três anos pelo Departamento de Recursos humanos da Saúde, centrados na interdisciplinaridade e baseados em saberes próprios das profissões das Tecnologias da Saúde. Em 1993, o ensino das Técnicas da Saúde foi integrado no Sistema Público de Ensino (Dec. Lei nº 451/93, de 23 de Dezembro) ao nível do Ensino Superior Politécnico, nomeando-se Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra sob a tutela do Ministério da Educação e da Saúde, e a Escola Superior de Saúde do Alcoitão sob a tutela da Santa Casa da Misericórdia da Saúde de Lisboa e do Ministério da Saúde. Assim, a expressão Tecnologias da Saúde, substituiu a designação das antigas Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde (Lopes, 2004). Todos os cursos de imediato foram reconhecidos com o direito a grau de bacharel, bem como os profissionais já em exercício que comprovassem os três anos de formação. A partir de 1998/1999, surgem novos cursos das tecnologias da saúde, com a abertura de novas Instituições de ensino superior, no setor particular e cooperativo. Na mesma altura são criadas e implementadas as licenciaturas bietápicas em tecnologias da saúde (Portaria nº413-A/98, de 17 de Julho e Portaria nº3/2000, de 4 de Janeiro), e regulamentado o novo estatuto legal da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (Decreto de Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro).

O início do novo século é marcado pelo aumento substancial de Instituições de ensino superior, públicas e privadas, com oferta de cursos variados na área das tecnologias da saúde. Em Outubro de 2000, finalmente são formados os primeiros profissionais licenciados em tecnologias de saúde, pela ESTeS de Lisboa.

Em Dezembro de 2004, por solicitação do Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior, foi realizado um relatório aprofundado sobre as Tecnologias da Saúde, tendo em vista a implementação do processo de Bolonha a nível nacional (Lopes, 2004). Foram mobilizadas e auscultadas todos os Estabelecimentos de Ensino Superior com cursos das Tecnologias da Saúde, e realizados estudos aprofundados de cada um dos cursos das

Tecnologias da Saúde com vista a estabelecer um curriculum nacional mínimo, para cada ciclo de formação e para cada área científica e em função das competências a adquirir. A 11 de Junho de 2008, foi dado o parecer positivo para a atribuição de 180 ects a 240 ects na formação de técnicos de saúde do 1º ciclo, tendo em atenção as normas europeias, sendo que o último ano teria de ser de estágio.

Podemos dizer que na formação dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, houve um planeamento concertado com as necessidades do mercado e estimulante, produzindo profissionais de qualidade que o mercado absorveu por completo, e tem vindo a reconhecer como precioso (Moreira, 2010). Hoje os profissionais de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica são considerados profissionais altamente especializados e qualificados, com capacidade de ajuste às novas tecnologias e avanços constantes na área da saúde. Os estabelecimentos de ensino e a consequente oferta formativa têm acompanhado esse crescendo, passando de quatro escolas (Escolas Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa, Coimbra e Porto e Escola de Reabilitação de Alcoitão) em 1982, para as atuais vinte e cinco escolas, até à saturação do mercado, já atingida, tal como previu Conde (2006 citado por Moreira, 2010, p.115).

5.2. História da Profissão de Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional está rapidamente a tornar-se uma profissão centenária. Os primeiros registos da formação de Terapeutas Ocupacionais datam da década de 20 nos Estados Unidos da América, tendo-se rapidamente difundido por outros Países.

Procurando reconstruir fatos e indícios históricos da génese da Terapia Ocupacional, parece-nos importante para a explanação da nossa investigação, apesar de não ser o objeto do nosso estudo, determo-nos um pouco na ideia sustentada por Tejerino (2007) em que refere que a história da Terapia Ocupacional se mistura com a busca da afirmação identitária e da cientificidade que esta profissão desde sempre procurou (Miralles & Valverde, 2007). Quando fazemos uma busca da génese da história da Terapia Ocupacional (Kielhofner, 2004; Turner, 2002; Prado de Carlo & Bartalotti, 2001); sobressaem os relatos históricos da idade antiga ou antiguidade: os Egípcios (2000

A.C.) que “entretinham doentes mentais”, os Gregos e Romanos (600 A.C.) que tinham templos em que mantinham os doentes mentalmente agitados ocupados e em diversão, aos chineses (2600 A.C.) que consideram que a inatividade física resultava em doença e propunham a atividade como terapia e Hipócrates (220 d.C.), que prescrevia equitação, luta grego-romana e exercícios vigorosos para promover a ligação entre a mente e o físico, entre outros. Ou seja, procura-se segundo Tejerino (2007), buscar marcos históricos para fundamentar a importância, os propósitos e protocolos de atuação da Terapia Ocupacional, confundindo-se explicitamente com uma busca e afirmação identitária que sempre acompanhou esta profissão, (Tejerino, 2007, pag 47). Gilfoyle (1984), na revisão da literatura sobre a Terapia Ocupacional, numa publicação no *American Journal of Occupational Therapy*, destaca a identidade profissional como uma das principais áreas de preocupação da profissão, e com a qual os Terapeutas Ocupacionais ao longo da sua história têm sempre lutado (Creek, 2000; Cooper & Wood, 2002; Kielhofner (1997) citados por Farinha & Silva (2005). Kielhofner (2004) destaca que é a identidade profissional que permite aos Terapeutas Ocupacionais além de diferenciarem o seu trabalho, terem uma visão da natureza do mesmo.

Vários estudos realizados um pouco por todo o mundo têm confirmado estes dados, sendo apontadas várias razões (Farinha & Silva, 2005). Destacamos a falta de conhecimento da população em geral sobre a Terapia Ocupacional (Albuquerque, 2002; Mocellin, 1998; Bravo, 1995 citados por Silva & Silva (2006); a falta de reconhecimento da profissão (Carvalho, 2010; Clark 1979, Sach e Jarus, 1992, citados por Creek 2000); e a dificuldade na definição da Terapia Ocupacional pelos próprios profissionais (Lycett, 1990; Farinha & Silva, 2005 citados por Carvalho, 2012) entre outros.

Não pretendemos alongar-nos mais sobre esta temática, pareceu-nos, no entanto importante referi-la já que, e embora não seja o foco da nossa investigação, é em estudos já realizados um fator considerado como possível causa de stresse, as razões enumeradas como causa de falta de identidade profissional.

Ingressando na história da Terapia Ocupacional, baseamo-nos em Soares (1991) ao considerar dois principais processos que impulsionaram o desenvolvimento da Terapia Ocupacional como profissão. Um deles está diretamente relacionado à ocupação de doentes crónicos mentais internados em instituições de longa duração, no século XVIII, e

o outro mais relacionado à reabilitação de doentes do foro físico e ao restabelecimento das suas capacidades, que ocorreu no final da I Guerra Mundial (Soares, 1991, p.139).

Em 1906, Susan E. Tracy, enfermeira-chefe do Adams Nervine Hospital de Boston (EUA) é reconhecida na literatura, por ser a primeira profissional a estabelecer um curso “Ocupação para doentes”, pioneiro na formação de outras mulheres conhecidas como enfermeiras ocupacionais, que utilizavam a ocupação como forma de tratamento, sendo considerado como o precursor da profissão de Terapia Ocupacional (Morrison, 2011 & Turner, 2002).

Com a I Guerra Mundial, surge o movimento da reabilitação e a constituição da Terapia Ocupacional como profissão. A necessidade de tratar soldados deficientes e incapacitados, a crescente preocupação com a prevenção e cura de doença, e os princípios da “Teoria da Psicobiologia” de Adolf Meyer (o ser humano é visto como um organismo complexo, biológico e psicológico em interação com o meio), (Prado de Carlo & Bartalotti, 2001, p.24), foram fatores que contribuíram para o reconhecimento do tratamento através da ocupação, já que havia o reconhecimento que a saúde do indivíduo estava ligada às suas experiências diárias (Kielhofner, 2004).

Em 1915, surge a primeira escola para Terapeutas Ocupacionais: The Henry B.Favill School of Occupations” em Chicago, sendo Eleanor Clarke Slagle, uma das suas fundadoras e figura chave da Terapia Ocupacional, num trabalho conjunto com Adolf Meyer. Os cursos de Terapia Ocupacional na altura eram supervisionados por Médicos com apoio de enfermeiras e assistentes sociais (Prado de Carlo & Bartalotti, 2001). O primeiro manual completo de instruções de Terapia Ocupacional, foi lançado em 1915 pelo Psiquiatra William Dush Dunton Jr, considerado por muitos o pai da Terapia Ocupacional, com o título “*Occupational Therapy: manual for nurses*”, um manual dirigido especialmente para enfermeiras (Prado de Carlo & Bartalotti, 2001).

Com o fim da primeira guerra mundial, e a grave crise económica que na década de 1920 se instalou nos Estados Unidos da América e se propagou para outros Países (período da depressão), conduziu à quase extinção de programas de recuperação de incapacitados e a prática clínica volta-se novamente para a saúde mental. A Terapia Ocupacional experimentou durante este período um desenvolvimento mais lento, que com a segunda guerra mundial, ressurgiu em força um pouco por todo o Mundo, fruto da

necessidade da existência de terapeutas ocupacionais em hospitais civis e militares (Schwartz, 2003) para tratar diretamente os problemas motores das incapacidades físicas.

A Teoria de Adolph Meyer, deixa de ter influência, por ser considerada pouco científica e a Teoria Ocupacional passa a privilegiar o cuidar diretamente os défices motores e psiquiátricos dos pacientes, associando-se ao modelo médico e ao Movimento de Reabilitação emergente na altura, procurando segundo Prado de Carlo & Bartalotti (2001, p. 28) “*adquirir maior reconhecimento profissional e social*”. Assim durante as décadas de 40 e 60, as “terapias” têm um cariz mais especializado, reabilitador, curativo, remediador, (Caniglia, 2005), e mais próximo da comunidade médica, havendo na Terapia Ocupacional a preocupação sempre presente de adequar a atividade a cada individuo, suas necessidades e motivações, embora diretamente ligado ao modelo médico (Turner, 2002).

Foram desenvolvidas novas técnicas, dado ênfase à movimentação precoce das estruturas, ao melhoramento e aperfeiçoamento de aparelhos protésicos, à criação de programas de orientação psicossocial e treino vocacional vistos como importantes ao longo do processo de reabilitação Prado de Carlo & Bartalotti (2001, p. 28). Ocorreu então um aumento exponencial das escolas de formação, nomeadamente de Terapia Ocupacional, sobretudo na área física, que com a aproximação à fisioterapia, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos mais especializados Caniglia (2005). A Terapia Ocupacional aumentou o público-alvo, nomeadamente estendendo a sua área de ação aos idosos com incapacidades, como acidentes vasculares cerebrais ou artrite, propondo atividades artesanais, da vida diária e ocupações que prolongassem o tempo de vida com qualidade e que fossem úteis para a Sociedade (Kielhofner, 2004).

Na Europa, a primeira Escola de Terapia Ocupacional, surgiu em 1930, através da Dr.^a Elisabeth Casson, após ter tido contacto com as escolas americanas, fundando a *Dorset House Psychiatric Nursing Home*, em Bristol (Turner, 2002). Apenas nos países mais afetados pela Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se viria a implantar fortemente a Terapia Ocupacional, com a criação de novos e mais departamentos onde se sentia uma forte influência militar.

A década de 60 e especialmente a década de 70, foi um período único na história da Terapia Ocupacional, de grande questionamento dos seus fundadores e profissionais

(Shannon; 1977; Reily, 1962 & Yerxa, 1967, citados por Schwartz (2003, p.9), relativo ao caminho que a profissão estava a tomar. A aproximação à medicina, a especialização por áreas juntamente com a necessidade de cientificidade e respeito de outros profissionais, conduziram ao crescimento e experiência técnica da Terapia Ocupacional, mas por outro lado, como refere (Schwartz, 2003) entraram em confronto com as conceções e ideias dos fundadores da Terapia Ocupacional.

O exercício da Terapia Ocupacional tem tido um forte crescimento nos últimos anos (Schwartz, 2003) com um elevado incremento da investigação, impulsionado pelas associações e organismos como a AJOT (American Journal of Occupational Therapy) cuja função é divulgar a investigação científica e a AOFT (American Occupational Foundation), fundada em 1965 para prestar apoio económico à investigação sobre a Terapia Ocupacional. É atualmente considerada como uma das profissões com maior crescimento e os seus profissionais encontram-se atualmente espalhados por todo o Mundo.

5.3. Ensino e formação do Terapeuta Ocupacional

O Terapeuta Ocupacional é um profissional da área da saúde que tem como âmbito de atuação habilitar as pessoas de qualquer idade, que por motivos de doença, deficiência, efeitos de envelhecimento, entre outras, estão condicionadas a realizarem atividades que para elas sejam significativas, promovendo assim a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo e da população em geral. A classe dos Terapeutas Ocupacionais é uma das dezoito profissões que integram a carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) regulamentadas pelo Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de Agosto.

A Terapia Ocupacional fundamentou-se e desenvolveu-se como profissão no início do século XX. Em Portugal, no ano de 1957, teve início formalmente o primeiro curso de Terapia Ocupacional, na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) em instalações na Rua do Fidié, atualmente a Escola de Enfermagem S. Vicente de Paulo. As dez primeiras Terapeutas Ocupacionais, que se formaram em 1960, receberam formação nos Estados Unidos e na Inglaterra devido à não existência de pessoas habilitadas para dar a formação

(Turner, 2002). Este curso foi reconhecido pela World Federation Of Occupational Therapists (WFOT) em 1964.

Na década de 60, altura em que foram criadas as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar (ETSSAU), que funcionavam junto aos Hospitais centrais, localizadas em cidades como Macau, Moçambique, Angola, também apresentavam cursos de formação inicial, especialização, aperfeiçoamento e atualização, nos quais se incluía os de medicina física e reabilitação, nomeadamente a Terapia Ocupacional (Lobato, 2001). Em 1966 foi oficialmente criada a primeira escola a formar Terapeutas Ocupacionais, a então chamada Escola de Reabilitação, atualmente Escola Superior de Saúde de Alcoitão, na qual os primeiros professores eram oriundos do Reino Unido. A duração do curso era de 3 anos e formavam-se anualmente cerca de 25 Terapeutas Ocupacionais. Esta Escola foi a única no País a formar Terapeutas Ocupacionais durante as décadas de 60 e 70, apresentando os seus candidatos o mesmo nível de educação, que aquele que necessitavam para a entrada num curso Universitário, ou seja o 12º ano. Em 1982, foi criado o curso de Terapia Ocupacional na Escola Técnica dos Serviços de Saúde do Porto, atualmente Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, com a mesma duração, e formando cerca de 15 Terapeutas Ocupacionais por ano. O plano de estudo das duas escolas era parecido, embora não existissem diretrizes nesse sentido, destacando-se disciplinas como a anatomia, fisiologia, patologia, saúde mental, atividades terapêuticas e adaptações, prática clínica, assentes numa filosofia mecanicista e numa abordagem funcional da pessoa, em que o objetivo era a melhoria da sua função (Ferreira, 2006).

No início da década de 90 foi exigido pelo governo às duas escolas que na altura formavam Terapeutas Ocupacionais, que tivessem um plano de estudos comum, situação que durou 4 anos. Em 1993 através do Decreto-Lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro, as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde são integradas no sistema educativo nacional, passando a designar-se por Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde, que passaram a ter total autonomia na organização dos currículos dos cursos. Os cursos aqui ministrados, bem como os respetivos planos de estudo, são aprovados por portaria conjunta dos dois Ministérios, ficando a cargo do Ministros da Saúde a gestão administrativa e o Ministério

da Educação as questões técnico-científicas. É introduzido pela primeira vez, a designação de *tecnologias da saúde*, à caracterização do conjunto das áreas de saber das correspondentes profissões, antes nomeadas de *técnicas de saúde*.

Em 1994, o ensino da Terapia Ocupacional foi integrado no ensino superior, com o grau de bacharel correspondente a três anos, e em 1998 passou a licenciatura bietápica, estrutura que se mantém até hoje. Assim, as Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde, através da Portaria 505-D/99 de 15 de Julho passaram a ministrar cursos de Licenciatura Bietápica, sendo implementados os planos de estudo do 2º ciclo neste mesmo ano. A autorização do funcionamento do curso de licenciatura bietápica em Terapia Ocupacional da Escola Superior de Saúde de Alcoitão, ocorre através da Portaria n.º 1044/2000 de 27 de Outubro.

Em 1999, após a passagem do curso a licenciatura bietápica houve a alterações no ensino da Terapia Ocupacional nas duas escolas, nomeadamente a abordagem centrada no cliente, a mudança do foco da função para a ocupação e a promoção da prática centrada na evidência com recurso à prática clínica e investigação.

As Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde em 2001 passaram para a tutela exclusiva pelo Ministério da Educação (Decreto-Lei n.º99/2001 de 28 de Março) atualmente com a designação de Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior.

5.3.1. Processo de Bolonha e a Terapia Ocupacional

A génese do Processo de Bolonha remonta a 1955, altura em que o conceito de um Espaço Europeu de Ensino Superior começa ser discutido nas esferas europeias, que se materializa pela Associação Europeia de Universidades (Robertson, 2010) e com a assinatura da *Magna Charta Universitatum* em 1988, assinada por 388 Reitores de Universidades europeias (Robertson, 2010).

Em Abril de 1997, o Processo de Bolonha está em andamento e na Convenção de Lisboa, patrocinada pela UNESCO e pelo Conselho da Europa, são estabelecidos os princípios gerais de um espaço europeu de ensino superior, potenciador de um mercado

de trabalho para profissionais de qualificações elevadas. Em 1998, na Universidade de Sorbonne, em Paris, representantes do ensino superior de vários Países da Europa reúnem-se, emergindo a Declaração de Sorbonne, onde se discute a mobilidade dos docentes e discentes do ensino superior. O sistema de créditos, os ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System - Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos) confere aos estudantes a reconhecimento em qualquer País Europeu, facilitando a sua mobilidade interna e externa e empregabilidade.

A Declaração de Bolonha é assinada a 19 de Junho de 1999 por 29 Estados Europeus que perspectiva o ano de 2010 como prazo para a criação do Espaço Europeu de Ensino Superior. Em Portugal o processo de Bolonha está atualmente regulamentado pelos Decreto de Lei nº 64/2006, sobre o acesso de maiores de 23 anos ao ensino superior, nº74/2006, regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior e nº 88/2006, cursos de especialização tecnológica. O sistema de ensino superior é fundamentalmente baseado em dois ciclos, no qual o primeiro ciclo deve ter uma duração mínima de três anos, que fundamentalmente prepare os estudantes para o mercado de trabalho e um segundo ciclo que permite o acesso a mestrados e/ou doutoramentos. Passado um ano, decorria o ano de 2000, na cimeira de Lisboa, os Países da União Europeia preocupados com a sustentabilidade da economia europeia e com o intuito de a tornar competitiva e sustentável, propõem um novo objetivo, o investimento nas pessoas, já que estas são o principal elemento dinamizador da economia do conhecimento. A aprendizagem ao longo da vida é considerada crucial, devendo os sistemas educativo e de formação europeus adaptarem-se à "... sociedade do conhecimento como também à necessidade de um maior nível e qualidade do emprego. Terão de oferecer oportunidades de aprendizagem e de formação concebidas para grupos-alvo em diferentes fases das suas vidas: jovens, adultos desempregados e as pessoas empregadas que correm o risco de ver as suas competências ultrapassadas pela rapidez da mudança." (Conselho Europeu de Lisboa, 2000).

Também no ano de 2000 é criado o Projecto Tuning (Tuning Educational Structures in Europe), por um grupo de universitários e apoiado pela Comissão Europeia. Neste momento, integra a quase totalidade dos signatários da Declaração de Bolonha. O

projecto Tuning tornou possível certificar a viabilidade da construção do espaço europeu de ensino superior e o seu desenvolvimento. “As universidades são peritas em transmitir o conhecimento das diferentes disciplinas. Certo é, no entanto, que os requisitos de uma sociedade em constante processo de mudança são tais, que os estudantes, qualquer que seja a sua idade, necessitarão desenvolver capacidades genéricas juntamente com os conhecimentos mais especializados. Necessitam igualmente de desenvolver capacidades pessoais que lhes permitam seguir aprendendo ao longo das suas vidas e utilizar os conhecimentos que possuem e que aprenderam de formas tão diversas que hoje em dia apenas podemos vagamente imaginar” (DGES, 2013). Com vemos o Processo de Bolonha, assenta nos fundamentos da Aprendizagem ao Longo da Vida, nomeadamente no aprender a aprender, em que os aprendentes se devem apoiar nas suas experiências de vida e em aprendizagem anteriores a fim de aplicarem os novos conhecimentos e aptidões nos mais variados contextos. As competências genéricas são valorizadas de forma aos alunos estarem melhor preparados para os desafios do mundo atual A motivação e a confiança são elementos fundamentais para a aquisição de aprendizagens e conseqüentemente de competências (DGES, 2013). As competências descrevem os resultados da aprendizagem, e dividem-se em competências genéricas e em competências específicas. Os resultados da aprendizagem especificam os requerimentos mínimos para se obter as unidades de crédito (ECTS).

O Tipo de competências definidas pelo Processo de Bolonha, dividem-se em:

Competências instrumentais: capacidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas e linguísticas;

Competências interpessoais: capacidades individuais tais como as competências sociais (interacção social e cooperação);

Competências sistémicas: capacidades e competências relacionadas ao sistema na sua totalidade (combinação da compreensão, da sensibilidade e conhecimento que permitem ao individuo ver como as partes de um todo se relacionam e se agrupam.

Com o Processo de Bolonha, assistiu-se a uma mudança de paradigma, de um modelo baseado na transmissão de conhecimentos para um modelo baseado no

desenvolvimento de competências, nomeadamente de competências genéricas, capazes de mobilizar os recursos do indivíduo para as mais diversas situações, nomeadamente os desafios no trabalho. Também os métodos de ensino/aprendizagem, segundo o Processo de Bolonha, deverão ser diversificados para estimular – ou permitir que se desenvolvam – qualidades tão valiosas como a capacidade de análise e síntese, a independência de critério, a curiosidade, o trabalho em equipa e a habilidade para comunicar-se (DGES, 2013).

É o somatório das aprendizagens adquiridas no percurso de vida da pessoa e das aprendizagens adquiridas formalmente que as competências de desenvolvem. O homem é um ser biopsicossocial e precisa ser considerado em todas as suas dimensões. Como destaca Lopes (2000, citado por Pinheiro, Lopes, Ohira, & Nicoletto, 2003) o profissional de saúde neste processo de mudança e incerteza, precisa de ter a capacidade de “aprender a aprender”, e para tal deve ser estimulado à autoaprendizagem com aspetos significativos da realidade. Segundo o mesmo autor a integração dos saberes também deve considerar a integração dos saberes escolares com os saberes cotidianos dos alunos, para que desta forma o aluno consiga vincular o ensino formal com sua realidade subjetiva. A comunicação parece ser um elemento central na formação académica e profissional. Os métodos de ensino também devem estimular situações de autodomínio e controlo em que os formandos reconheçam do que se trata quando se abordam as questões de poder, autoestima ou autoconfiança (Sousa, 2011).

A implementação do Processo de Bolonha tem gerado um novo ambiente de reflexão sobre o ensino-aprendizagem ao nível do ensino superior, suportando-se nos fundamentos da Aprendizagem ao Longo da Vida.

No ano de 2004, a então ministra da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior da altura, nomeou um Coordenador para a implementação do Processo de Bolonha para a área das Tecnologias da Saúde, que elaborou um relatório em que todos os cursos das Tecnologias da Saúde foram auscultados com o objetivo de “estudar e dar parecer à Ministra da Ciência e do Ensino Superior relativamente às estruturas de formação para cada área do conhecimento, a nível de primeiro e segundo ciclos, ...” (Lopes, 2004, p.2).

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Todos os cursos das Tecnologias da Saúde, nomeadamente o de Terapia Ocupacional, tiveram a oportunidade de contribuir através de propostas apresentadas pelos Coordenadores das Escolas que formavam Terapeutas Ocupacionais na altura e a Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional, única representante desta classe profissional em Portugal (Lopes, 2004). Estas entidades defenderam que “... a formação de terapeutas ocupacionais que exerçam uma prática baseada na evidência, com capacidade de desenvolver um raciocínio terapêutico crítico e reflexivo, centrado na ocupação e no cliente, deverá ser obrigatoriamente de 4 anos no 1.º ciclo.” Justificam que este profissional “necessita de um desenvolvimento pessoal e maturidade profissional que são, por vezes, incompatíveis com uma aprendizagem ao longo de apenas 3 anos” e que para a formação destes profissionais é necessária que a “carga horária de período de estágio seja superior a 1000 horas”. O Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, onde constam os princípios subjacentes ao processo de Bolonha, refere no artigo 8 que “No ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado deve valorizar especialmente a formação que visa o exercício de uma atividade de carácter profissional, assegurando aos estudantes uma componente de aplicação dos conhecimentos e saberes adquiridos às atividades concretas do respetivo perfil profissional.”

Na proposta do curriculum mínimo na formação do Terapeuta Ocupacional, que consta do documento Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional (Lopes, 2004), elaborado por representantes das duas Escolas à data que formavam Terapeutas Ocupacionais e Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais, foram definidas as competências gerais que este profissional deverá ter no 1º ciclo da formação graduada, correspondentes a 240 ECTS. Destacámos algumas competências que foram elaboradas e deverão servir de base para os planos de estudos de Terapia Ocupacional (Quadro 2).

Quadro 2. Competências gerais dos graduados do primeiro ciclo do curso de Terapia Ocupacional (Lopes, 2004)

Competências gerais dos graduados do Primeiro Ciclo Curso de Terapia Ocupacional
<p>Competências Instrumentais:</p> <ul style="list-style-type: none">• resolver problemas• organizar, reunir e analisar os dados de uma forma sistematizada• compreender os actuais factores sociais, económicos, políticos, geográficos e demográficos• compreender o papel e responsabilidade do terapeuta ocupacional• compreender as tendências nos modelos de prestação de serviços• utilizar princípios de gestão de tempo• manter e organizar áreas de tratamento, equipamento e inventários de material;• manter registos adequados• compreender as responsabilidades profissionais• conhecer uma segunda língua (inglês).• demonstrar conhecimento e compreensão do papel dos factores socioculturais, socioeconómicos e de estilos de vida na sociedade contemporânea;• gerir a informação disponível,• utilizar as Tecnologias de Informação e Comunicação• desenvolver competências básicas necessárias para a publicação e apresentação de projectos de investigação;
<p>Competências interpessoais</p> <ul style="list-style-type: none">• comunicar de forma eficiente• Identificar, sempre que apropriado, a necessidade de referenciar o cliente• demonstrar a capacidade para interagir através da escrita, oralmente e através da comunicação não verbal• demonstrar capacidade para utilizar o processo de ensino-aprendizagem.• demonstrar conhecimento e compreensão do código de ética da profissão
<p>Competências sistémicas</p> <ul style="list-style-type: none">• compreender e valorizar a cooperação com outros profissionais• defender a profissão e os seus clientes• identificar os recursos que pode utilizar para responder a mudanças no mercado de trabalho;• utilizar medidas de progresso na avaliação da continuidade da prestação de serviços;• desenvolver competências para formular e gerir equipas• compreender a importância das associações profissionais e participar na vida associativa;• utilizar resultados de investigação para promover mudanças;• responsabilizar-se pelo planeamento do desenvolvimento profissional contínuo,• demonstrar capacidades e competências pessoais e profissionais no que diz respeito à autogestão, à autoconsciência e ao conhecimento dos limites da sua prática;• assumir as responsabilidades profissionais relacionadas com preocupações de fiabilidade aos actuais modelos de prestação de serviços;• compreender a importância e participar nas atividades académicas que contribuem para o desenvolvimento de conhecimentos relevantes para a profissão de terapia ocupacional;• compreender como a história, a teoria e os contextos sociopolíticos influenciam a prática;• demonstrar capacidade para utilizar procedimentos de segurança

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Atualmente existem seis escolas que formam Terapeutas Ocupacionais em Portugal, três escolas públicas: ESTSP – Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, IPL - Instituto Politécnico de Leiria e IPB - Instituto Politécnico de Beja e duas Escolas privadas: ESSA - Escola Superior De Saúde Do Alcoitão, ISAVE – Instituto Superior de Saúde do Alto Ave e CESPU - Escola Superior De Saúde Do Vale Do Sousa do Instituto Politécnico de saúde do norte. Na ESTSP o curso de Terapia Ocupacional está organizado de acordo com o modelo de Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning*). Atualmente, em Portugal existem 1024 Profissionais de Terapia Ocupacional com cédula profissional (ACSS, 2013).

Concluindo: a história da profissão de Terapia Ocupacional é recente. Questões relativas à afirmação da sua autonomia e identidade profissional, têm estado no centro da literatura mundial desta classe profissional, e sido alvo de intenso debate (Carvalho, 2012; Farinha & Silva, 2005; Kielhofner, 2004; Mayers, 2000)

O desenvolvimento pessoal destes profissionais é considerado basilar no seu desempenho profissional e para fazer face às rápidas mudanças na prestação dos serviços de saúde, que “têm exigido que cada vez mais que o terapeuta ocupacional termine a sua formação académica de base com um conjunto de competências que lhes possibilitem responder, de forma eficiente e eficaz a esses desafios.” (Lopes, 2004, p.3). O profissional de Saúde perante as mudanças atuais, deve ter os recursos necessários e mobilizá-los em prol da sua eficiência e satisfação no trabalho, com consequentes benefícios para a sua saúde. O profissional que hoje em dia não tenha esta bagagem pessoal, irá deparar-se com sérias dificuldades na sua afirmação e no seu desempenho como profissional, com consequências nefastas para a sua saúde. Os serviços de prestação de saúde são complexos, muitas vezes imprevisíveis, desafiantes e exigentes, sendo por isso necessária a capacitação do profissional de saúde com recursos que lhes permita fazer face às exigências do seu trabalho, e por conseguintes lidar melhor com o stresse.

Após a revisão da literatura pertinente com vista a elaborar um quadro de referência para esta investigação, iremos de seguida apresentar a metodologia utilizada para a prossecução dos objetivos deste estudo. Sendo a metodologia o “conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999, p.372), iremos de seguida apresentar o modo como esta investigação foi produzida.

Sendo a metodologia o “conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999, p.372), iremos de seguida apresentar o modo como esta investigação foi produzida, nomeadamente o tipo de estudo e objetivos de investigação, hipóteses e questões orientadoras, definição da amostra, instrumento de recolha de dados, procedimentos e tratamentos dos dados quantitativos e qualitativos.

6.1. Tipo de estudo e objetivos de investigação

O tipo de estudo define qual a estrutura metodológica usada para responder às questões de investigação e/ou hipóteses, procurando descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorando relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses (Padilla & Haro, 2000). De forma a definirmos o tipo de estudo mais ajustado a esta investigação, começaremos por fazer referência aos objetivos deste projeto. Um objetivo pode ser entendido como “um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 1999, p. 100). Os objetivos gerais do presente estudo são: conhecer as principais dimensões e nível de stresse global que afetam os Terapeutas Ocupacionais; através do contributo destes profissionais, diagnosticar necessidades de formação e propor linhas orientadoras no âmbito da educação. Dado o cariz desta investigação, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- . Identificar fontes de stresse associadas à atividade profissional dos Terapeutas Ocupacionais;

- . Conhecer o nível global de stresse que os Terapeutas Ocupacionais experienciam na atividade laboral;

- . Verificar se existe associação entre variáveis sociodemográficas e fatores de stresse relacionado com o trabalho nos Terapeutas Ocupacionais;

- . Verificar se existe associação entre indicadores objetivos da situação profissional e fatores de stresse relacionado com o trabalho nos Terapeutas Ocupacionais;

- . Saber quais os conteúdos educativos que mais influenciaram os Terapeutas Ocupacionais na sua formação inicial para lidar com o stresse relacionado com o trabalho;

- . Identificar quais as competências de regulação emocional que estes consideram mais importantes para lidar com o stresse;

Estes objetivos têm como finalidades:

- . Propor ações no âmbito da educação para prevenir o stresse relacionado com o trabalho nos profissionais de Terapia Ocupacional.

.Contribuir para uma maior qualidade na prestação de cuidados dos Terapeutas Ocupacionais

Depois de definidos os objetivos, e dadas as características desta investigação, classificámos este estudo como observacional analítico transversal, de caráter misto: quantitativo e qualitativo. Neste tipo de estudos o investigador limita-se a observar, medir e analisar determinadas variáveis, não tendo qualquer intervenção ou controlo no fator de estudo.

6.2. Hipóteses de investigação e questões orientadoras

A finalidade do estudo está organizada em volta de duas temáticas: a compreensão dos fatores do stresse relacionado com o trabalho nos Terapeutas Ocupacionais e contribuir através de ações educativas para a melhoria das competências dos Terapeutas Ocupacionais para lidar com o stresse relacionado com o trabalho. Por hipótese entende-se a explicação ou a solução mais plausível de um determinado problema (Almeida & Freire, 2000). Tendo por base os fundamentos que constituem o enquadramento deste trabalho e os seus objetivos, procuraremos comprovar as seguintes hipóteses de investigação:

H1 – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas por variáveis sociodemográficas:

H1.1. – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pela idade;

H1.2. – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pelo sexo;

H1.3. – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pelo estado civil;

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

H1.4. – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pelo grau académico dos Terapeutas Ocupacionais;

H2 – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas por indicadores objetivos da situação profissional dos Terapeutas Ocupacionais:

H2.1. – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pelo tempo de serviço dos Terapeutas Ocupacionais;

H2.2. – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pela área de intervenção dos Terapeutas Ocupacionais;

H2.3. – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pelo contexto onde trabalham os Terapeutas Ocupacionais;

H2.4. – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pelo vínculo profissional dos Terapeutas Ocupacionais;

H2.5. – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pelo número de horas de trabalho dos Terapeutas Ocupacionais;

H3 – As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pelo acesso a informação sobre o stresse relacionado com o trabalho dos Terapeutas Ocupacionais.

H4 - As potenciais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais são influenciadas pelo nível de conhecimentos sobre o stresse relacionado com o trabalho dos Terapeutas Ocupacionais.

H5 – A falta de reconhecimento do Terapeutas Ocupacional por outros profissionais e clientes é uma causa de stresse relacionado com o trabalho.

Neste projeto de investigação, delineado para estudar possíveis fatores de stresse nos Terapeutas Ocupacionais e com esses realizar propostas do âmbito educacional com participação dos atores envolvidos, houve a necessidade de serem introduzidas perguntas abertas de forma a complementar a informação recolhida através do questionário, pretendendo-se responder às seguintes questões de investigação:

- Os Terapeutas Ocupacionais identificam conteúdos programáticos ao nível da formação inicial que os podem influenciar para a prevenção do stresse relacionado com o trabalho?
- Os Terapeutas Ocupacionais identificam competências de autorregulação emocional como necessários para que saibam lidar com o stresse relacionado com o trabalho?
- Os Terapeutas Ocupacionais identificam conteúdos programáticos ao nível da formação inicial para prevenir e ajudar a lidar com o stresse?
- Existem semelhanças entre os conteúdos identificados pelos Terapeutas Ocupacionais na formação inicial para lidar com o stresse e os propostos por estes?

6.3. Definição da amostra

A amostra consiste num subconjunto dos elementos da população, pretendendo-se estimar os verdadeiros resultados da população de onde foi retirada. A amostra para este estudo é uma amostra de conveniência (não aleatória). A população do estudo é constituída por Terapeutas Ocupacionais que estão associados por endereço eletrónico à *mailling-list* dos Terapeutas Ocupacionais, à Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais, à ESTSP e ESSA, bem como contactos da investigadora e que aderiram participar. Optou-se por utilizar o correio eletrónico para o envio do questionário, previamente tratado no programa informático «SurveyMonkey», por se considerar que seria uma ferramenta rápida que chegaria a uma população de Terapeutas Ocupacionais de qualquer parte do País. De referir que muitos dos Terapeutas Ocupacionais se

encontram a trabalhar em número reduzido, distribuídos por vários pontos do País e em locais muito diversificados e por vezes remotos.

6.4. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de informação é “o utensílio utilizado pelo investigador para recolher a informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa” (Gil, 1989, p.91). Optou-se pela aplicação de questionários de autopreenchimento, destinados a obter informações acerca das variáveis em análise neste estudo. Este método de colheita de informação implica respostas escritas a questões colocadas aos atores participantes. Tendo presente os objetivos que formulámos, foi construído um instrumento de recolha de dados que contivesse a informação necessária e pertinente para esta investigação que de seguida iremos expor pela ordem apresentada aos participantes.

1º - Informação relativa a dados sociodemográficos e situação profissional

A revisão bibliográfica realizada demonstrou que as variáveis sócio - demográficas e profissionais têm demonstrado ser moderadoras e pertinentes na área do stresse dos profissionais de saúde. Para se obter esta informação, recorreu-se a catorze questões fechadas que permitem caracterizar os participantes do ponto de vista pessoal e profissional:

- Dados sociodemográficos: idade, sexo, estado civil;
- Formação académica: escola onde realizou a formação inicial, ano de conclusão do bacharelato e licenciatura, grau académico atual;
- Características e condições gerais de trabalho: contexto onde trabalha, funções que desempenha, tempo de serviço, área de intervenção e faixa etária da população com quem desenvolve a sua atividade profissional, vínculo profissional e número médio de horas de trabalho por semana.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

2º - Informação relativa aos conhecimentos dos Terapeutas Ocupacionais sobre stresse relacionado com o trabalho

Para se obter esta informação foram utilizadas preferencialmente questões abertas, no sentido de auscultar os Terapeutas Ocupacionais relativamente aos seus conhecimentos sobre o stresse relacionado com o trabalho. Considerou-se que através desta opção se dava espaço à participação ativa destes profissionais enriquecendo-se o seu contributo para este estudo, com um real contributo destes. Através da questão dezassete, dezoito e vinte, pretendemos saber qual o conteúdo programático ao nível da formação inicial que mais influenciou na prevenção do stresse; as competências de regulação emocionais que consideram mais importantes para lidar com o stresse e proposta de conteúdos programáticos para o prevenir.

Relativamente às questões fechadas, pergunta dezasseis e dezanove, pedimos aos Terapeutas Ocupacionais que indicassem se tiveram acesso a informação sobre stresse relacionado com o trabalho e onde e se a possível falta de reconhecimento do Terapeuta Ocupacional poderia ser uma causa de stresse. Utilizou-se uma questão dicotómica (escala nominal) com possibilidade de resposta: Sim e não.

3º - Informação relativa à formação em contexto de trabalho dos Terapeutas Ocupacionais

Relativamente a esta informação, na questão número doze foi nosso objetivo saber em que medida os Terapeutas Ocupacionais consideram o seu local de trabalho um espaço formativo que influencia o seu desempenho profissional. Foi utilizada uma questão fechada, com cinco possibilidades de resposta, escala tipo Likert.

Através da questão número vinte e dois, pretendeu-se saber quais as ações que os Terapeutas Ocupacionais consideram que mais contribuem para o seu desempenho como profissional, dando a opção de escolha de duas entre as respostas pré-definidas.

4º - Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)

O instrumento utilizado para o presente estudo para a recolha da informação sobre as principais fontes de stresse dos Terapeutas Ocupacionais, foi o *Questionário de*

Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS), desenvolvido por Gomes (2010) a partir dos trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes, Cruz e Cabanelas (2009). Este instrumento foi realizado com profissionais de saúde de diferentes domínios, como psicólogos, médicos e enfermeiros. A versão utilizada para este estudo é a versão final, a qual é constituída por 25 itens que avaliam as potenciais fontes de *stress* no exercício da atividade profissional dos profissionais da saúde, independentemente do contexto, área e/ou domínio de atividade (Gomes, 2010).

O questionário é composto por duas partes: a primeira parte, através de um único item onde é proposta a avaliação global do stress pelos profissionais, com quatro gradientes (0=Nenhum *stress*; 4=Elevado *stress*). Na segunda parte, são indicados 25 itens relativos às potenciais fontes de stress associadas à atividade profissional dos profissionais de saúde. Os itens distribuem-se por **seis** subescalas, sendo respondidos numa escala tipo Likert de 4 pontos (0=Nenhum *stress*; 4=Muito *stress*). A pontuação é obtida através da soma dos itens de cada dimensão, dividindo-se depois os valores encontrados pelo total de itens da subescala respetiva. Valores mais elevados significam maior perceção de stress em cada um dos domínios avaliados. As dimensões avaliadas são (Gomes, 2010):

1. Lidar com clientes: refere-se aos sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços (ex.: possibilidade de cometer erros que prejudiquem os clientes, ter de gerir problemas graves dos clientes, etc.).

Os itens que constituem esta dimensão são 1, 8, 14, 20;

2. Relações profissionais: descreve o mal-estar dos profissionais relativamente ao ambiente de trabalho bem como à relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (ex.: conflitos com colegas, falta de apoio dos superiores, etc.).

Os itens que constituem esta dimensão são 2, 7, 9, 15,21;

3. Excesso de trabalho: diz respeito à excessiva carga de trabalho e de horas a realizar (ex. trabalhar muitas horas seguidas, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas, etc.).

Os itens que constituem esta dimensão são 4, 12, 16,22;

4. Carreira e remuneração: indica os sentimentos de mal-estar relacionados com a falta de perspetivas de desenvolvimento da carreira profissional e de insatisfação com o salário recebido (ex. impossibilidade de progressão na carreira, baixa remuneração, etc.).

Os itens que constituem esta dimensão são 3, 10, 13, 17,23;

5. Ações de formação: reporta as experiências negativas dos profissionais em situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas.

Os itens que constituem esta dimensão são 6,18,24;

6. Problemas familiares: descreve os problemas de relacionamento familiar e a falta de apoio por parte de pessoas significativas (ex.: instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, etc.).

Os itens que constituem esta dimensão são 5, 11, 19, 25.

Pré-teste – Preparação e aplicação do questionário

O questionário foi precedido de um pré-teste, aquele sido aplicado a título experimental, a uma população com características semelhantes à da população em estudo. Esta fase foi importante, pois permitiu além do ensaio da ferramenta online por parte dos participante, investigar o instrumento quanto a (Gil, 1995):

- possibilidade de colheita dos dados pretendidos;
- adequação da operacionalização das variáveis;
- questões mal formuladas ou ambíguas;
- dimensão do questionário.

Este estudo piloto foi enviado por correio eletrónico a 10 pessoas do conhecimento da investigadora, através do respetivo endereço eletrónico. Em resultado do teste piloto, houve necessidade de se proceder a pequenas alterações no questionário, tendo surgido a versão definitiva. O questionário final ficou constituído por 49 questões das quais 3 são abertas e 46 são fechadas.

Os resultados dos pré-testes ou estudos piloto, muitas vezes são referidos com pouco detalhe nos trabalhos de investigação. Estes dados no entanto podem ser muito

úteis para posteriores investigadores que se propõem avançar com projetos utilizando metodologias e instrumentos de medida e recolha de dados de cariz semelhante.

Da reflexão efetuada foram realizados os seguintes reajustes:

- Pergunta 4 – *“Escola onde realizou a formação inicial como Terapeuta Ocupacional”* substituição da pergunta aberta por pergunta fechada com possibilidade de escolha entre respostas;

- Pergunta 9 – *“Tempo de serviço como Terapeuta Ocupacional”* substituição da pergunta aberta por pergunta fechada com possibilidade de escolha entre respostas (classe de anos);

- Pergunta 5 e 6 – no estudo piloto, apenas constava uma pergunta sobre o ano de conclusão do curso, o que suscitou dúvidas aos participantes, pois poderia ser bacharelato ou licenciatura, tendo-se optado pela divisão da pergunta;

- Pergunta 18 – *“Na sua opinião, quais pensa serem as competências de regulação emocional (ações utilizadas para identificar, gerir e expressar sentimentos) necessários para o Terapeuta Ocupacional lidar com o stresse relacionado com o trabalho?”* No pré-teste, nesta pergunta, constava a expressão *“competências de coping”*. Segundo os participantes existiram algumas dificuldades em perceber exatamente o que era pretendido. Optou-se pela substituição do termo por *“competências de regulação emocional”*, visto ser um termo conhecido da prática da Terapia Ocupacional, que consta do *“Enquadramento da Terapia Ocupacional”* referência para os profissionais a exercer em Portugal. Também se optou por colocar entre coimas a explicação do termo, de forma a ser mais claro para os participantes no estudo.

- Pergunta 12 – *“Contexto onde trabalha”* – inclusão de mais duas hipóteses de resposta: Ensino superior, e Creches, Jardim de Infância, Domicílio (Intervenção Precoce)

- No Instrumento *Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)* – inclusão de uma opção de resposta *“Não aplicável”*. Alguns participantes do estudo referiram que a sua situação profissional não se enquadrava em qualquer resposta possível.

A versão final deste questionário, pode ser consultada no Anexo 1, sendo que o tempo médio estimado para o seu preenchimento foi definido em cerca de 7/8 minutos.

6.5. Recolha de dados e procedimentos

Após o término do questionário final, este foi disponibilizado na plataforma digital “surveymonkey” - plano *gold*, no período compreendido entre 22 de Janeiro e 28 de Fevereiro.

O questionário ficou disponível na *mailling-list* da Terapia Ocupacional e foi realizado pedido de divulgação à Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais e às Escolas de formação de Terapeutas Ocupacionais ESTSP e ESSA, bem como a contactos da investigadora.

Na informação aos participantes do questionário, começou por se chamar a atenção destes para o tema com a frase “*Sabia que os Profissionais de Saúde, segundo os últimos dados da Comunidade Europeia, são a categoria profissional que mais sofrem de Stresse, atingindo os 28%?*”. Considerou-se que desta forma se despertaria interesse do público-alvo e assim o número de respostas fosse mais avultado. Foi explicado o âmbito da investigação, de modo sucinto os seus objetivos e solicitado o preenchimento do questionário *online* com o *link* de acesso. Foi garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, a solicitação do envio a outros colegas de profissão e o envio dos resultados a quem demonstrasse interesse, tendo sido disponibilizados os contactos da investigadora para o esclarecimento de qualquer dúvida ou questão. Finalizou-se a informação com um agradecimento pela participação.

De referir que o retorno das respostas apresentou o maior pico nos três primeiros dias e na última semana quando na *mailling-list* foi renovado o pedido de preenchimento dos questionários.

6.6. Tratamento dos dados

Dadas as características da investigação, estudo misto, procedeu-se à análise dos dados quantitativos e qualitativos, que de seguida iremos expor:

6.6.1 Tratamento dos dados qualitativos

Neste trabalho de investigação, utilizámos para o tratamento de dados das respostas abertas das questões 17, 18 e 20, a análise de conteúdo, nomeadamente a técnica de análise temática ou categorial, a qual consta de desmembramento do texto em categorias, segundo reagrupamentos analógicos (Vilelas, 2009).

A Análise de conteúdo é “Um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2008, p.31) que funciona através de “procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2008, p.37), que permitem a inferência de conhecimentos relativos à interpretação dessas mesmas comunicações (Bardin, 2008, p.31)

A análise de conteúdos é um conjunto de técnicas de exploração de documentos que procura identificar os principais conceitos ou os principais temas abordados num determinado texto (Artigo). O objetivo final da análise de conteúdo é classificar de forma exhaustiva e objetiva todas as unidades de codificação ou as de registos que constam do texto. Assim o investigador, ou *analista* é aquele que delimita as unidades de codificação, que pode ser uma palavra, frase, minutos, centímetro quadrado, outras (Bardin, 2008).

O nosso estudo direcionou-se no sentido da análise de ocorrências que envolvem a opinião dos profissionais de Terapia Ocupacional sobre as UC/Conteúdos Programáticos que mais os influenciaram ao nível da formação inicial, no sentido da diminuição do stresse, e a sua proposta no sentido de o prevenir. Também a sua opinião sobre competências de autorregulação que deveriam ter no sentido da diminuição do stresse. Bardin (2008), propõe três etapas cronológicas:

1) Pré Análise

1. Análise flutuante
2. Escolha dos documentos
3. Preparação do material
4. Referenciação de índices e a elaboração de indicadores

2) Exploração do Material

3) Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação

Assim procedeu-se à análise dos dados qualitativos, numa fase inicial, recorrendo-se à leitura de todas as respostas, questão a questão. Nesta fase foi realizada uma leitura global, encontrando-se semelhanças em algumas respostas, tendo sido agrupadas em unidades de análise e/ou registo, que poderiam constar de uma frase e/ou parágrafo. Esta fase é a passagem de dados em bruto para dados organizados por terem características comuns. A fase que se segue é a codificação, uma das etapas mais longas, que consta da marcação das unidades de análise que permitem o seu agrupamento em possíveis categorias e subcategorias. As categorias devem ter algumas qualidades: exclusão múltipla, serem homogéneas, serem pertinentes, serem objetivos e fidelidades. No final, todos os itens devem estar incluídos. Também pretendemos analisar a ocorrência de determinadas categorias, pelo que determinamos a frequência absoluta de unidades de enumeração (UE), ou seja, o número de vezes que os participantes no estudo fazem alusão a cada unidade de registo/contexto. Foi construído um quadro resumo de forma a facilitar a análise e leitura das respostas.

6.6.2. Tratamento dos dados quantitativos

O tratamento dos dados foi efetuado com recurso à estatística descritiva e inferencial, através do *Statistical Package for the Social Sciences – IBM® SPSS® for Windows*, versão 20 e testes de significância bilaterais, considerou-se um erro de tipo I de 5% .

Na caracterização da população estudada foi realizada uma análise descritiva dos dados, em função das variáveis em estudo. Relativamente ao *Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)*, as variáveis analisadas foram comparadas através do teste não paramétrico de *Mann Whitney* e quando mais de dois grupos o teste *Kruskal Wallis*. Adicionalmente foram efetuadas correlações de *Spearman* entre os valores da escala e as suas dimensões e os valores da escala e as variáveis quantitativas: idade, tempo de serviço e horas de trabalho.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Para uma mais clara apresentação dos dados atribuiu-se às diferentes dimensões da escala, letras e números que de seguidas expomos: D1 - Lidar com clientes; D2 - Relações profissionais; D3 - Excesso de trabalho; D4 - Carreira e remuneração; D5 - Ações de formação; D6 - Problemas familiares.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Ao longo deste capítulo iremos apresentar os dados quantitativos e qualitativos da nossa investigação, após terem sido tratados estatisticamente.

Iremos começar pela caracterização da amostra inquirida, de seguida pela apresentação dos dados relativos à caracterização profissional dos Terapeutas Ocupacionais que responderam ao questionário e à apresentação dos dados resultantes do questionário QSPS. Iremos posteriormente apresentar os dados em função das hipóteses e das questões orientadoras, apresentando a análise qualitativa das três questões abertas realizadas aos Terapeutas Ocupacionais.

Os dados serão apresentados com recurso a quadros e gráficos, de forma a apresentar os resultados que permitem responder às questões e hipóteses de investigação já identificadas.

7.1 – Caracterização da amostra do estudo

A amostra deste estudo são os Terapeutas Ocupacionais que responderam ao questionário disponibilizado na plataforma *online* do *SurveyMonkey*. Participaram neste estudo 279 profissionais de Terapia Ocupacional. Os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos Terapeutas Ocupacionais são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Características Sociodemográficas dos Terapeutas Ocupacionais da Amostra

Variáveis Sociodemográficas – Terapeutas Ocupacionais	Frequências	
	n.º	%
<i>Idade (anos) (n=279)</i>		
20-30	155	55,6
31-40	84	30,1
41-50	28	10,0
51-60	12	4,3
Média	31,5 anos	
Amplitude	21 e 58 anos	
<i>Género (n = 279)</i>		
Feminino	252	90,3
Masculino	27	9,7
<i>Estado civil (n = 279)</i>		
Solteiro(a)	161	57,7
Casado(a)/União de facto	107	38,4
Divorciado(a)	11	3,9
Viúvo(a)	0	0,0
<i>Grau académico atual (n = 279)</i>		
Bacharelato	12	4,3
Licenciatura	211	75,6
Mestrado	43	15,4
Doutoramento	3	1,1
Outro	10	3,6

Da observação do mesmo ressalta que mais de metade dos indivíduos da amostra tem idades compreendidas entre os 30 e os 40 anos, representando cerca de 55,6% dos inquiridos. A média de idades é de cerca de 31,5 anos de idade, variando entre os 21 e os 58 anos. A larga maioria dos indivíduos é do sexo feminino (90,3%), o que corresponde aos dados existentes, pois profissão de Terapia Ocupacional é uma profissão

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

maioritariamente constituída por mulheres. Relativamente ao estado civil a maior parte dos inquiridos é solteiro (a) 57,7%, encontrando-se casado (a)/união de facto, 38,4%, e divorciado (a), 3,9%.

A habilitação académica mais frequente dos inquiridos é a Licenciatura (75,6%), sendo que 15,4% têm mestrado, 4,3% Bacharelato, 1,1% Doutoramento e 3,6% outros, o que corresponde a 7 Terapeutas Ocupacionais com pós-graduação, 2 especialistas e 1 a frequentar o Mestrado.

Relativamente à escola de formação inicial de Terapia Ocupacional (Quadro 4), observámos que existem duas escolas que se destacam ao nível da formação e com valores muito próximos, o que corrobora o fato de serem as únicas escolas de formação inicial de Terapia Ocupacional que coexistiram até ao ano de 2008 em Portugal. Assim, a distribuição, é de 49,1%, dos indivíduos que obtiveram a formação inicial na ESTSP – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto) e 45,5% na ESSA (Escola Superior de Saúde do Alcoitão). Responderam ainda 2,8% dos indivíduos que obtiveram a formação no ISAVE (Instituto Superior de Saúde do Alto Ave) e 2,5% em outras Escolas (3 inquiridos obtiveram formação no Brasil, 2 em Espanha, 1 em ambas as escolas de ESTSP e ESSA e 1 ESSA).

Quadro 4. Escola de formação inicial dos Terapeutas Ocupacionais

<i>Escola de formação de Terapia Ocupacional</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>(n = 279)</i>		
ESTSP (Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto)	137	49,1
ESSA (Escola Superior de Saúde do Alcoitão)	127	45,5
ISAVE (Instituto Superior de Saúde do Alto Ave)	8	2,9
Outros	7	2,5

7.2 – Apresentação e análise descritiva dos dados

Iremos apresentar inicialmente os dados quantitativos da amostra, nomeadamente a caracterização da situação profissional dos Terapeutas Ocupacionais inquiridos, informação sobre o stresse relacionado com o trabalho, formação em contexto de trabalho e dados resultantes da aplicação do Questionário do Stress profissional nos Profissionais de Saúde (QSPS). Posteriormente realiza-se a apresentação e análise dos dados obtidos, considerando as hipóteses e as questões de investigação formuladas.

Caracterização da situação profissional dos Terapeutas Ocupacionais inquiridos

Quanto ao exercício de funções, observa-se no Quadro 5, que a grande maioria dos Terapeutas Ocupacionais realiza atendimento com clientes (91,3%), seguido de funções de Coordenação (13,4%), Docência (9,4%), Supervisão e Consultadoria (8,3%) e a Investigação (4,7%). Responderam ainda (7,2%) dos inquiridos a outras funções que se distribuem da seguinte forma: Orientação de estágio (5), Gestão de processos (2), e com uma referência a frequência no Doutoramento, numa pós-graduação e a dar formação, Diretora Técnica de uma Instituição, gestora de serviços de saúde, gestão de banco de produtos de apoio, fiscalização, reintegração num centro de saúde, desempregada, participante num projeto de investigação, pontualmente leciona algumas aulas e exercício de funções no âmbito da educação especial.

Quadro 5. Exercício de funções dos Terapeutas Ocupacionais

<i>Funções como Terapeuta Ocupacional</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>(n = 277)</i>		
Atendimento com clientes	253	91,3%
Consultadoria	23	8,3
Docência	26	9,4
Investigação	13	4,7
Coordenação	37	13,4
Supervisão	23	8,3
Outros	20	7,2

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Quanto ao tempo de serviço, verifica-se que 43% dos Terapeutas Ocupacionais que responderam ao questionário trabalham há menos de 5 anos, 25,4% entre 5 e 10 anos, 15,8% entre 11 e 16 anos, 7,2% entre 17 e 22 anos, 3,9% entre 23 e 28 anos, 3,6% entre 29 e 34 anos e 1,1% com mais de 35 anos de serviço. Os resultados encontram-se no Quadro 6.

Quadro 6. Tempo de serviço como Terapeuta Ocupacional

<i>Tempo de serviço</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>(n = 279)</i>		
< 5 anos	120	43
5-10 anos	71	25,4
11-16 anos	44	15,8
17 a 22 anos	20	7,2
23 a 28 anos	11	3,9
29 a 34 anos	10	3,6
> 34 anos	3	1,1

Os Terapeutas Ocupacionais repartem - se de forma idêntica por trabalho com Adultos entre os 19-64 anos (57,5%) e crianças entre os 0-12 anos (56,7%), correspondendo respetivamente a 158 e 156 do total dos inquiridos. A faixa etária dos Idosos (>= 65 anos) é atendida por 41,1% dos Terapeutas Ocupacionais e a dos Jovens (13-18 anos) é atendida por 39,6%, correspondendo a 113 e 109 Terapeutas Ocupacionais respetivamente. De salientar que há Terapeutas Ocupacionais que trabalham com mais do que uma faixa etária. (Quadro 7)

Quadro 7. População atendida pelo Terapeuta Ocupacional

<i>Faixa etária</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>(n = 275)</i>		
Crianças (0-12 anos)	156	56,7
Jovens (13-18 anos)	109	39,6
Adultos (19-64 anos)	158	57,5
Idosos (> 65 anos)	113	41,1

Como se observa no Quadro 8, há quatro áreas principais em que a maior parte dos Terapeutas Ocupacionais desenvolvem a sua atuação: os Distúrbios de desenvolvimento (53,0%), Deficiência/Multideficiência (51,3%), Disfunções neurológicas e ortopédicas (49,1%) e dificuldades de aprendizagem (47,4%). Como se pode verificar no Quadro 6 há Terapeutas Ocupacionais a intervir em mais do que uma área.

Quadro 8. Área de intervenção do Terapeuta Ocupacional

<i>Área de intervenção</i>	Frequências	
	n.º	%
<i>(n = 279)</i>		
Distúrbios do desenvolvimento	148	53,0
Dificuldades de aprendizagem	135	48,4
Disfunções neurológicas e ortopédicas	137	49,1
Dependências e comportamentos de risco	18	6,5
Deficiência/Multideficiência	143	51,3
Saúde Mental	73	26,2
Gerontologia	65	23,3
Cuidados paliativos	15	5,4
Cuidados terminais	9	3,2
Outro	15	5,4

Igualmente referidas foram a área da Saúde Mental (26,2%) e a Gerontologia (23,3%), e com menos referências a área das Dependências e comportamentos de risco (6,5%), Cuidados paliativos (5,4%) e cuidados terminais (3,2%). Como outras áreas de intervenção, foram citadas pelos Terapeutas Ocupacionais, o trabalho com mastectomizadas (2), em cuidados continuados (2), com pessoas com perturbações do espectro do autismo (2), em cuidados de saúde primários (1), em pediatria (1), em pessoas com perturbações neuromotoras (1), em educação especial (1), com pessoas com demências (1) e em fiscalização dos serviços de terapia ocupacional (1) e apenas dois terapeutas não tinham intervenção em qualquer área.

Quanto ao contexto onde o Terapeuta Ocupacional desenvolve o seu trabalho, a IPSS/CERCI recolhe o maior número de referências, cerca de 29,1% dos participantes no estudo, o Gabinete Terapêutico de apoio psicopedagógico com 19,4%, as Escolas (17,6%)

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

e Unidade Hospitalar (16,9%=. Em outros (14,7%), destacam-se o CAO (Centro de Atividades Ocupacionais) (4), estabelecimento prisional (2), apoio domiciliário (2), e outros com uma referência como a piscina, Associação de pais, consultório privado, ONG Médicos do Mundo, Colégio, Organização sem fins lucrativos (Quadro 9).

Quadro 9. Contexto de intervenção do Terapeuta Ocupacional

<i>Contexto de intervenção</i>	n.º	%
<i>(n = 278)</i>		
Unidade hospitalar	47	16,9
Unidade de Psiquiatria	29	10,4
Unidade de Cuidados Continuados	17	6,1
Lar de idosos	27	9,7
Centro de Dia	16	5,8
Ensino superior	15	5,4
Serviço de Apoio Domiciliário	15	5,4
Agrupamento de escolas	49	17,6
Unidade de Cuidados de Saúde Primários(USF/UCSP)	6	2,2
Clínica de Medicina Física e Reabilitação	25	9,0
Gabinete Terapêutico de apoio psico-pedagógico	54	19,4
Instituição Particular de Solidariedade Social/CERCI	81	29,1
Creches, Jardim de Infância, Domicilio (Intervenção Precoce)	20	7,2
Outro	41	14,7

Constatou-se também que existem Terapeutas Ocupacionais que trabalham em mais do que um local (Quadro 10), dos quais 23,29% trabalha em dois contextos diferentes, 27,58% em três locais diferentes e 2,86% em quatro locais diferentes. A maioria, 67,38% que corresponde a 188 indivíduos exerce a sua profissão em apenas um local.

Quadro 10. Nº de locais onde o Terapeuta Ocupacional trabalha

<i>Nº de locais onde o Terapeuta Ocupacional trabalha</i>	n.º	%
<i>(n = 279)</i>		
1 local de trabalho	188	67,38
2 locais de trabalho	65	23,29
3 locais de trabalho	18	27,58
4 locais de trabalho	8	2,86

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Relativamente ao vínculo profissional (Quadro 11), o contrato sem termo é o que reúne o maior número de referências, cerca de 43,4%, seguido de prestação de serviços (30,8%), contrato a termo certo (27,6%) e contrato a termos incerto (8,2%). Ainda foram referidos em Outros (7,2%), a frequência em estágios profissionais, contrato em regime de funcionário público, bolseiro e trabalho por conta própria.

Quadro 11. Vínculo profissional

<i>Vínculo profissional</i>	n.º	%
<i>(n = 279)</i>		
Contrato sem termo	121	43,4
Contrato a termo certo	77	27,6
Contrato a termo incerto	23	8,2
Pretador de serviço	86	30,8
Outros	20	7,2

Relativamente ao número de horas que estes profissionais trabalham em média por semana (Quadro 12), verifica-se que 82,8 % dos Terapeutas Ocupacionais trabalham mais de 31 horas, distribuindo-se 59,9% entre 31 a 40 horas por semana, 21,1% entre 41 a 50 horas por semana e 1,8% com mais de 51 horas por semana. Com menos de 10 horas por semana, referiram 4,7% dos profissionais, 3,6% referiram que trabalhavam entre 11 e 20 horas por semana e 9% entre 21 e 30 horas semanais.

Quadro 12. Número médio de horas por semana de trabalho

<i>Nº médio de horas por semana</i>	n.º	%
<= 10	13	4,7
11-20	10	3,6
21-30	25	9
31-40	167	59,9
41-50	59	21,1
>= 51	5	1,8

Informação sobre stress relacionado com o trabalho:

Quando questionados sobre se já tiveram acesso a informação sobre o stress relacionado com o trabalho, num universo de 279 indivíduos, mais de metade respondeu que não, o que corresponde a 179 dos inquiridos (64,2%) e 100 responderam que sim, o que corresponde a 35,8% (Gráfico 1).



Gráfico 1. Distribuição segundo a opinião dos Terapeutas Ocupacionais sobre o acesso a informação sobre stress relacionado com o trabalho

Aos Terapeutas Ocupacionais que tinham tido acesso à informação sobre o stress relacionado com o trabalho (n=72), pretendeu-se apurar qual tinha sido a fonte de informação (Gráfico 2): a maioria (61,4%) respondeu que foi na Escola (61,4%), seguido do local de trabalho (41,7%) e em Outros (26,4%). Destacam-se em Outros as referências às Formações (4), Artigos (4), Informação nos *media* (3), Pesquisa na internet (3), Mestrado (2), Centro de investigação (1), revistas (1) workshops (1) e Procura pessoal sobre e:

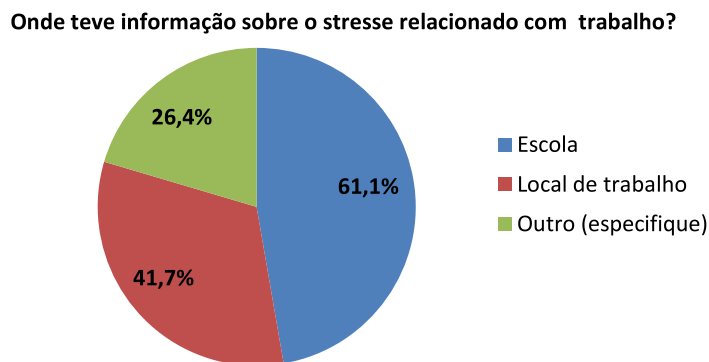


Gráfico 2. Distribuição segundo a fonte de informação dos Terapeutas Ocupacionais sobre stress relacionado com o trabalho

Quando os Terapeutas Ocupacionais foram questionados sobre se a possível falta de reconhecimento destes profissionais por outros (n=171), poderia ser uma fonte do stresse, a grande maioria (84,2%) respondeu que sim (Gráfico 3).

Considera que a possível falta de reconhecimento do Terapeuta Ocupacional por outros profissionais e clientes poderá ser uma causa de stress relacionado com o trabalho?

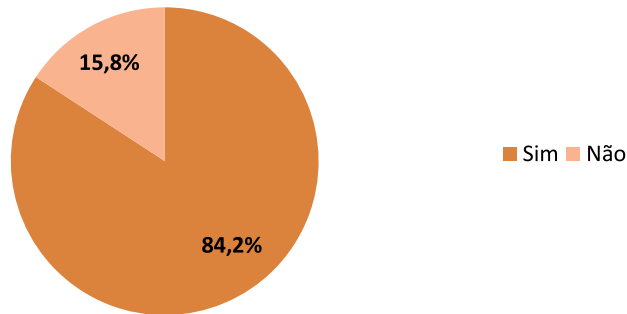


Gráfico 3. Distribuição segundo a opinião dos Terapeutas Ocupacionais sobre a possível falta de reconhecimento da profissão

Para apurarmos o nível de conhecimentos sobre o SRT que os Terapeutas Ocupacionais consideram que possuem (n=170), verificou-se que mais de metade (57,1%) considera que o seu nível de conhecimentos é médio e cerca de 35,3% responderam que era baixo; com nível de conhecimentos alto, foram apenas cerca de 7,6% do total dos inquiridos.

Como considera ser o seu nível atual de conhecimentos sobre stress relacionado com o trabalho?

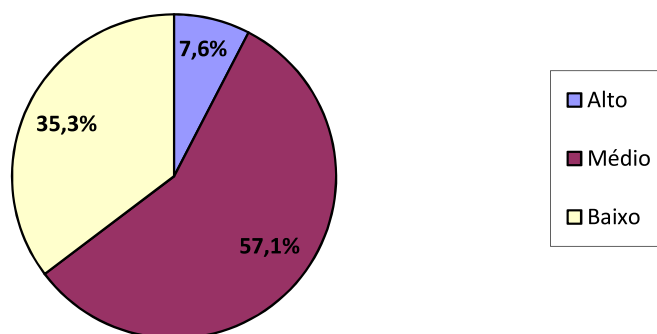


Gráfico 4. Distribuição segundo o nível de conhecimentos dos Terapeutas Ocupacionais sobre o stress relacionado com o trabalho

Formação em contexto de trabalho

Os Terapeutas Ocupacionais foram questionados acerca da forma como o seu espaço de trabalho é um espaço formativo que influencia o seu desempenho, utilizando-se uma escala de likert de 5 pontos, em que 1 representa nada e 5, influência extremamente. Verificou-se (Gráfico 5) que num universo de 171 Terapeutas Ocupacionais, 42,7% consideram que influencia muito, 26,9% influencia moderadamente, 18,1% influencia extremamente e 1,2% consideram que não influencia nada.

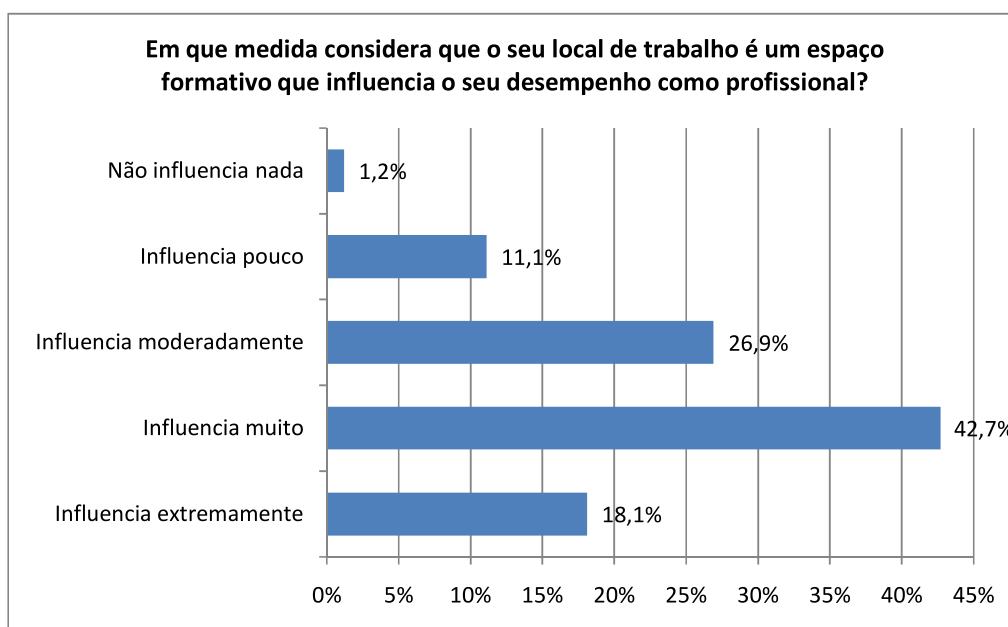


Gráfico 5. Distribuição segundo a opinião dos Terapeutas Ocupacionais sobre o nível de influência do local de trabalho no desempenho como profissional

Relativamente às ações em contexto de trabalho que os Terapeutas Ocupacionais consideram que mais contribuem para o seu desempenho profissional (n=168), as respostas evidenciaram o Trabalho em equipa (70,8%) e a Experiência quotidiana do trabalho (58,3%) como as mais significativas para este grupo profissional. Com menos referências, o Contacto com outros Terapeutas Ocupacionais (23,2%), Ações de formação (20,2%), Reuniões de equipa (8,9%), Estágios de Terapia Ocupacional e Outros (1,2%), que

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

corresponderam a duas referências, as condições de trabalho (espaço, equipamentos, material) e avaliação de domicílios e ajudas técnicas. A Articulação com a Escola de formação inicial não recolheu qualquer menção (Gráfico 6).

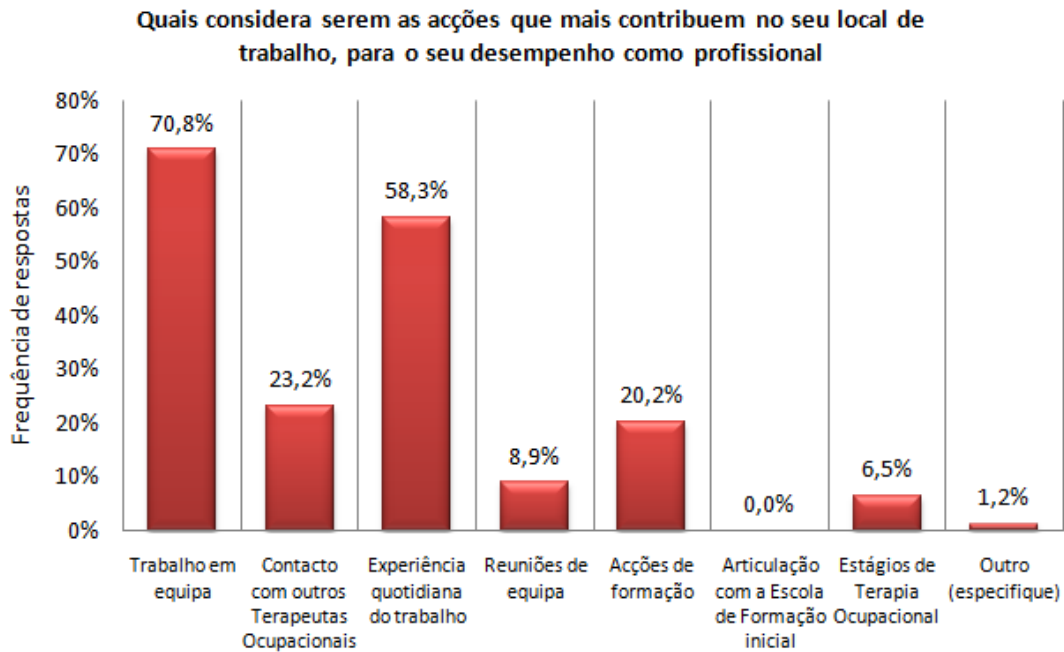


Gráfico 6. Distribuição segundo as ações que os Terapeutas Ocupacionais consideram que mais contribuem para o desempenho no local de trabalho

Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)

Apenas em 60,2% da amostra (n=168) foi possível medir o nível global de stresse. Ao nível das dimensões o nº de respondentes foi inferior, pelo que iremos apresentar todos os dados com os respetivos números de respondentes ao questionário.

- Nível global de stresse

No Quadro apresentam-se as estatísticas descritivas relativas à primeira parte do instrumento *Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)* em que é proposta aos Terapeutas Ocupacionais a avaliação do nível global de stresse experienciado na atividade laboral, através de um único item (0 = *Nenhum stress*; 4 = *Elevado stress*).

Quadro 13. Avaliação do nível global de stresse dos Terapeutas Ocupacionais, do questionário QSPS

<u>Nível global de stresse</u>	<u>n.º</u>	<u>%</u>
Nenhum stresse	2	0,7
Pouco stresse	26	9,3
Moderado stresse	75	26,9
Bastante stresse	54	19,4
Elevado stresse	11	3,9
Média:	2,27	
Mediana	2	
Desvio padrão	0,85	
Amplitude de respostas:	0 a 4	

Da observação do Quadro 13, verifica-se que o nível global de stresse que os Terapeutas Ocupacionais sentem no exercício da sua atividade profissional é alto. Cerca de 23,3% sentem a sua profissão como de bastante a elevado stresse (junção dos valores da escala de likert de bastante a elevado stresse). 26,9% dos inquiridos considerou que apresentava moderado stresse e 19,4% bastante stresse; com elevado stresse foram apenas 3,9%.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Salienta-se o fato de 10% não descreveram problemas significativos a este nível (junção dos valores *nenhum* e *pouco stress* da escala *likert*), que corresponde a 9,3% dos indivíduos que sofrem de pouco stresse e 0,7% de nenhum stresse.

- Fontes de stresse associadas à atividade profissional

Relativamente à segunda secção do questionário, constituído por 25 itens relativos às potenciais fontes de stresse associados à atividade profissional, de uma forma global, verifica-se que dos inquiridos que responderam, a maior parte dos itens foi classificado como “Moderado stresse” ou “Bastante stresse”, encontrando-se a média entre 2 e 3 (Quadro 14).

Quadro 14. Estatística descritiva relativa aos Itens do Questionário sobre as Fontes de stresse - QSPS (itens ordenados por ordem decrescente da média)

Itens - QSPS	Estatísticas Descritivas				Dimensão
	Média	Dp	Mín.	Máx.	
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes	2,92	0,93	1	4	D1
3. A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira	2,61	1,17	0	4	D4
10. Falta de perspectivas de progressão na carreira	2,53	1,21	0	4	D4
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	2,52	1,14	0	4	D3
13. Receber um salário baixo	2,49	1,15	0	4	D4
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	2,44	1,24	0	4	D2
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho	2,43	1,17	0	4	D3
23. Salário inadequado/insuficiente	2,42	1,21	0	4	D4
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes	2,35	1,12	0	4	D1
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático	2,3	1,2	0	4	D3
14. Gerir problemas graves dos meus clientes	2,25	1,08	0	4	D1
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	2,24	1,19	0	4	D2

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Itens - QSPS	Estatísticas Descritivas				Dimensão
	Média	Dp	Mín.	Máx.	
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	2,22	1,08	0	4	D1
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas	2,08	1,09	0	4	D2
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores	2,07	1,17	0	4	D2
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)	2,03	1,23	0	4	D6
4. Trabalhar muitas horas seguidas	1,93	1,11	0	4	D3
9. O ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho	1,89	1,25	0	4	D2
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho	1,87	1,16	0	4	D4
18. Preparar acções de formação sob a minha responsabilidade	1,80	1,14	0	4	D5
6. Falar ou fazer apresentações em público	1,80	1,18	0	4	D5
24. Realizar actividades de formação sob a minha responsabilidade	1,76	1,16	0	4	D5
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares	1,71	1,19	0	4	D6
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar	1,55	1,32	0	4	D6
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)	1,13	1,13	0	4	D6

Dp = Desvio Padrão; Mín. = Valor Mínimo; Máx. = Valor Máximo
Escala: 0 = Nenhum stresse a 4 = Elevado stresse

Os itens que se destacaram como principais fontes de stresse foram: Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes; a falta de perspectivas e desenvolvimento e progressão de carreira, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas; discriminação no local de trabalho, sobrecarga ou excesso de trabalho e salários insuficientes.

Destacámos o item 1. *Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes*, como único item do questionário que não foi classificado como “Nenhum stresse” e que obteve o menos valor de Desvio Padrão, ou seja aquele em que os valores estão mais próximos da média.

Por outro lado, verifica-se que os acontecimentos classificados com menor

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

frequência (média ≤ 2) tiveram a ver com aspetos relacionados com problemas familiares, apoio social, preparar ações de formação, falar em público, o ambiente e clima existente no local de trabalho, trabalhar muitas horas seguidas e viver dos recursos financeiros disponíveis.

Os valores de stresse (Quadro 15) são mais elevados nas seguintes dimensões: (D1) *Lidar com clientes*, (D4) *Carreira e remuneração*, (D3) *Excesso de trabalho* e (D2) *Relações Profissionais*

Quadro 15. Estatística descritiva relativa às Dimensões sobre as fontes de stresse do Questionário QSPS e sua correlação com o nível de stresse global

Dimensões - QSPS	Estatística Descritiva					r	P
	Média	Dp	Mediana	Mín.	Máx.		
D1 -Lidar com clientes (n=128)	2,85	0,74	3,00	1,00	4,00	0,25	P=.004
D2 Relações Profissionais (n=127)	2,67	0,91	3,00	1,00	4,00	0,47	p<.001
D3 - Excesso de trabalho (n=138)	2,67	0,97	3,00	0,00	4,00	0,48	p<.001
D4 - Carreira e remuneração (n.144)	2,78	0,98	3,00	0,00	4,00	0,34	p<.001
D 5 Ações de formação (n=125)	2,03	1,05	2,00	0,00	4,00	0,19	p=.04
D 6 - Problemas familiares (n=102)	1,90	1,03	2,00	0,00	4,00	0,22	p=.03

Dp = Desvio Padrão; Mín. = Valor Mínimo; Máx. = Valor Máximo;

R= correlação se Spearman; P = significância estatística

As dimensões (D5) *Acções de formação* e (D6) *Problemas familiares* são as que menos se correlacionam com a questão do stresse global embora de um modo significativo ($p=.04$) e ($p=.03$) respetivamente. Estas dimensões apresentam valores de mediana 2, inferiores aos valores medianos das restantes dimensões cuja mediana é de 3.

Da observação do Quadro 16, verifica-se que os inquiridos consideraram apresentar bastante stresse na dimensão (D1) *Lidar com clientes* (22,9%), (D2) *Relações Profissionais* (17,2%), (D3) *Excesso de trabalho* (17,9%) e (D4) *Carreira e remuneração* (16,5%). A Dimensão (D5) *Acções de formação* e (D6) *Problemas familiares*, a maior parte

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

dos inquiridos considerou que apresentavam Moderado Stresse, respetivamente 16,5% e 12,9%. Salienta-se o fato da dimensão (D1) *Lidar com clientes* e (D2) *Relações Profissionais*, não apresentaram qualquer indivíduo que referisse sentir nenhum stresse.

Quadro 16. Avaliação do nível de stresse por dimensão do questionário sobre stresse (QSPS)

		D1 Lidar com clientes	D2 Relações Profissionais	D3 Excesso trabalho	D4 Carreira e remuneração	D5 Acções de formação	D6 Problemas familiares
<i>Nenhum stresse</i>	n %	0 0 %	0 0 %	3 1,1%	1 0,4 %	5 1,8 %	8 2,9 %
<i>Pouco stresse</i>	n %	3 1,1 %	13 4,7 %	11 3,9%	13 4,7 %	37 13,3 %	29 10,4 %
<i>Moderado stresse</i>	n %	37 13,3 %	41 14,7 %	44 15,8%	43 15,4%	46 16,5 %	36 12,9 %
<i>Bastante stresse</i>	n %	64 22,9 %	48 17,2 %	50 17,9%	46 16,5%	23 8,2 %	23 8,2 %
<i>Elevado stresse</i>	n %	24 8,6 %	25 9,0 %	30 10,8 %	41 14,7%	14 5 %	6 2,2 %

Verifica-se que o nível de stresse por Dimensão que os Terapeutas Ocupacionais sentem no exercício da sua atividade profissional é alto. Cerca de 31,5% sentem a sua profissão como muito stresse (junção dos valores da escala de likert de bastante a elevado stresse) na (D1) *Lidar com clientes*, 26,2%, na (D2) *Relações Profissionais* 28,7% na (D3) *Excesso de trabalho* e 31,2% na (D4) *Carreira e remuneração*. A Dimensão (D5) *Ações de formação* e (D6) *Problemas familiares*, foram as que os Terapeutas Ocupacionais referiram sentir menos stresse, sendo respetivamente, 13,2% e 10,4% dos que responderam que sentem moderado a elevado stresse nestas dimensões.

7.3 – Apresentação dos resultados em função das hipóteses e das questões de investigação

A **Hipótese 1 (Hipóteses 1.1., 1.2. e 1.3)** analisa a influência de algumas variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, sexo e estado civil, no grau de stresse experienciado pelos Terapeutas Ocupacionais.

Relativamente à influência da variável idade nas dimensões e no nível global de stresse experienciado pelos Terapeutas Ocupacionais, analisou-se a associação através do coeficiente de correlação de *Spearman* e respetiva significância estatística (Quadro 17).

Quadro 17. Comparação dos níveis de stresse na escala e dimensões com a idade: coeficiente de correlação de *Spearman* e significância estatística

<i>Idade</i>	R Spearman	P
<i>Nível global de stresse</i>	0,010	0,90
D1 Lidar com clientes	-0,010	0,25
D2 Relações profissionais	0,19	0,03
D3 Excesso de trabalho	0,10	0,22
D4 Carreira e remuneração	-0,08	0,32
D5 Ações de formação	-0,10	0,28
D6 Problemas familiares	0,09	0,37

Verifica-se através da análise do Quadro 17 que a idade não está relacionada significativamente com o *Nível de stresse global*, bem como com as dimensões D1, D3, D4, D5 e D6. Contrariamente, a dimensão (D2) *Relações profissionais* influencia significativamente de um modo positivo ($p=.03$), sugerindo que nesta dimensão, quanto mais idade maior o nível de stresse sentido por estes profissionais.

No que se refere à variável sexo, observa-se no Quadro 18, que apenas (D1) *Nível global de stresse* tem um valor muito próximo do considerado neste estudo significativo ($P=.053$).

Quadro 18. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao género dos Terapeutas Ocupacionais: teste de *Mann-Whitney*

<i>Sexo</i>	P
Nível global de stresse	0,32
D1 Lidar com clientes	0,053
D2 Relações profissionas	0,26
D3 Excesso de trabalho	0,27
D4 Carreira e remuneração	0,26
D5 Ações de formação	0,28
D6 Problemas familiares	0,21

Em relação ao estado civil os valores da escala e suas dimensões são semelhantes nos diferentes estados civis (solteiro, casado e divorciado) como se pode ver pelo Quadro 19, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$).

Quadro 19. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação aos diferentes estados civis (solteiro, casado e divorciado) dos Terapeutas Ocupacionais: Teste de Kruskal Wallis

<i>Estado civil</i>	P
Nível global de stresse	0,93
D1 Lidar com clientes	0,85
D2 Relações profissionas	0,65
D3 Excesso de trabalho	0,49
D4 Carreira e remuneração	0,94
D5 Ações de formação	0,08
D6 Problemas familiares	0,98

A **Hipótese 2** (Hipóteses 2.1, 2.2., 2.3. e 2.4., 2.5, 2.6.) analisa a influência de alguns indicadores da situação profissional dos Terapeutas Ocupacionais, nomeadamente o grau académico, tempo de serviço, área de intervenção, contexto de trabalho, vínculo profissional e número de horas de trabalho, nas dimensões de stresse e no nível global de stresse experienciado pelos Terapeutas Ocupacionais.

Quanto ao grau académico, Quadro 20, verifica-se que este não está relacionado com o *Nível* de stresse no seu global, nem com as suas dimensões.

Quadro 20. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao grau académico (bacharelato+licenciatura/mestrado+doutoramento+outros): teste de Mann-Whitney

<i>Grau académico</i>	P
Nível global de stresse	0,21
D1 Lidar com clientes	0,35
D2 Relações profissionais	0,41
D3 Excesso de trabalho	0,54
D4 Carreira e remuneração	0,34
D5 Ações de formação	0,24
D6 Problemas familiares	0,87

O mesmo acontece relativamente ao tempo de serviço (Quadro 21).

Quadro 21. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao tempo de serviço dos Terapeutas Ocupacionais: coeficiente de correlação de *Spearman* e significância estatística

<i>Tempo de serviço</i>	r Spearman	P
Nível global de stresse	-0,03	0,74
D1 Lidar com clientes	-0,12	0,18
D2 Relações profissionais	0,17	0,06
D3 Excesso de trabalho	0,07	0,44
D4 Carreira e remuneração	-0,10	0,25
D5 Ações de formação	-0,07	0,41
D6 Problemas familiares	0,14	0,15

Para analisar a comparação dos níveis de stresse da escala em cada área de intervenção foi utilizado o Teste de Mann Whitney (Quadro 22). Verifica-se maior stresse

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

nos técnicos de Terapia Ocupacional que trabalham na área de intervenção dos Distúrbios do desenvolvimento (D5 : p=.047) das Dependências (D1 : p=.02 e D6 : p=.03) e na área da Saúde Mental (D1 : p=.02; D4 : p=.048 e D6: p=.04).

Quadro 22. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao tempo de serviço dos Terapeutas Ocupacionais: Teste de *Mann Whitney* (valores de p)

Áreas de intervenção	Nível global de stresse	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Distúrbios do desenvolvimento	0,11	0,38	0,61	0,39	0,63	0,047	0,96
Dificuldades de aprendizagem	0,14	0,97	0,97	0,43	0,39	0,33	0,24
Disfunções neurológicas	0,71	0,37	0,73	0,33	0,89	0,10	0,38
Dependências	0,24	0,02	0,29	0,77	0,07	0,55	0,03
Deficiência	0,05	0,11	0,75	0,34	0,84	0,17	0,16
Saúde Mental	0,10	0,02	0,51	0,11	0,048	0,39	0,04
Gerontologia	0,47	0,23	0,90	0,22	0,62	0,53	0,44
Cuidados paliativos	0,39	0,22	0,21	0,82	0,16	0,86	0,47
Cuidados terminais	0,97	0,46	0,25	0,64	0,14	0,64	0,35
Outro	0,80	0,11	0,91	0,56	0,18	0,37	0,32

Quanto à variável contexto de trabalho (Quadro 23), observa-se maior stresse nos Terapeutas Ocupacionais ao nível de (D6) *Problemas familiares*, que trabalham em Unidade Hospitalares (p=.01) e em Agrupamento de Escolas (p=.02). Os Terapeutas Ocupacionais que trabalham em Unidades de Cuidados continuados, apresentam maior stresse (p=.02) ao nível de (D1) *Lidar com clientes*. Os Terapeutas Ocupacionais que trabalham em clinicas de Medicina Física e de Reabilitação são os que globalmente apresentaram maior *Nível de stresse* (p=.04), bem como ao nível de (D2) *Relações profissionais* (p=.01), (D3) *Excesso de trabalho* (p=.01), (D4) *Carreira e remuneração*

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

($p=.007$), (D5) *Ações de formação* ($p=.025$) Os que mencionam Outro, apresentaram maior stresse ($p=.04$) na dimensão (D5) *Ações de formação*.

Quadro 23. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao contexto onde trabalham os Terapeutas Ocupacionais: Teste de Mann Whitney (valores de p)

<i>Contexto de intervenção</i>	Nível global de stresse	D1	D2	D3	D4	D5	D6
Unidade hospitalar	0,21	0,84	0,44	0,73	0,47	0,15	0,01
Unidade de psiquiatria	0,14	0,17	0,43	0,81	0,49	0,92	0,31
Unidade de cuidados continuados	0,86	0,02	0,51	0,85	0,55	0,12	0,27
Lar de idosos	0,65	0,96	0,19	0,81	0,97	0,21	0,64
Centro de dia	0,76	0,35	0,22	0,17	0,43	0,46	0,76
Ensino Superior	0,52	0,45	0,52	0,45	0,44	0,47	0,42
Apoio domiciliário	0,76	0,48	0,91	0,88	0,17	0,96	0,51
Agrupamento de escolas	0,27	0,81	0,55	0,08	0,21	0,36	0,02
Unidade de Cuidados de Saúde Primários	0,33	0,26	0,94	0,85	0,54	0,44	0,44
Clinica de Medicina Física e Reabilitação	0,04	0,13	0,04	0,02	0,007	0,024	0,09
Gabinete terapêutico	0,52	0,16	0,06	0,92	0,83	0,61	0,78
Instituição Particular de solidariedade social	0,62	0,81	0,31	0,90	0,62	0,44	0,54
Creches/jardins de infância	0,76	0,87	0,64	0,48	0,32	0,67	0,83
Outro	0,11	0,23	0,19	0,16	0,08	0,04	0,76

Como se pode ver pelo Quadro 24, nenhum dos vínculos profissionais apresenta significância estatística nos valores de stresse tanto a nível global como nas suas dimensões, ou seja o vínculo profissional não está relacionado com o stresse.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Quadro 24. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação aos diferentes tipos de vínculo profissional dos Terapeutas Ocupacionais: Teste de *Mann Whitney* (valores de p)

<i>Vínculo Profissional</i>	Contrato sem termo	Contrato a termo certo	Contrato a termo incerto	Prestador de serviço	Outro
Nível global de stresse	0,42	0,15	0,68	0,48	0,24
D1 Lidar com clientes	0,15	0,36	0,31	0,65	0,68
D2 Relações profissionais	0,08	0,63	0,78	0,17	0,74
D3 Excesso de trabalho	0,37	0,057	0,69	0,48	0,12
D4 Carreira e remuneração	0,46	0,25	0,23	0,61	0,58
D5 Ações de formação	0,56	0,17	0,52	0,45	0,72
D6 Problemas familiares	0,65	0,43	0,59	0,87	0,77

Relativamente ao número de horas de trabalho (Quadro 25), verifica-se que está relacionado significativamente com o *Nível global de stresse* ($p=.02$) experienciado pelos Terapeutas Ocupacionais, quanto mais horas de trabalho, maior o nível de global de stresse é sentido pelos Terapeutas Ocupacionais.

Quando analisadas as relações por dimensão os resultados não apresentam significância estatística ($p>.05$) exceto com o excesso de trabalho, quanto mais trabalho mais stresse ($p=.02$).

Quadro 25. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação ao número de horas de trabalho dos Terapeutas Ocupacionais: coeficiente de correlação de *Spearman* e significância estatística

<i>Número de horas de trabalho</i>	r Spearman	P
Nível global de stresse	.17	.02
D1 Lidar com clientes	.02	.84
D2 Relações profissionais	.04	.63
D3 Excesso de trabalho	.15	.02
D4 Carreira e remuneração	-0,12	0,15
D5 Ações de formação	0,04	0,69
D6 Problemas familiares	-0,01	0,91

A **Hipótese 3 e Hipótese 4 analisam** a influência do acesso a informação sobre stresse relacionado com o trabalho e o nível de conhecimento dos profissionais de Terapia Ocupacional nos níveis de stresse na escala e dimensões experienciado por estes profissionais.

Quanto ao acesso a informação, a hipótese nula de não se verificarem diferenças nos valores de stresse entre os que não têm informação versus os que têm não é rejeitada ($p > .05$) concluindo-se que o stresse não é influenciado pelo fato de os Terapeutas Ocupacionais serem informados sobre o stresse. (Quadro 26)

Quadro 26. Comparação dos níveis de stresse da escala e dimensões em relação aos que têm acesso a informação sobre stresse versus os que não têm: Teste de Mann Whitney (valores de p)

<u>Informação sobre stresse</u>	<u>P</u>
Nível global de stresse	0,12
D1 Lidar com clientes	0,80
D2 Relações profissionais	0,99
D3 Excesso de trabalho	0,49
D4 Carreira e remuneração	0,96
D5 Ações de formação	0,85
D6 Problemas familiares	0,37

Em relação ao grau de conhecimento a hipótese nula de não se verificarem diferenças nos valores de stresse entre os três grupos de trabalhadores com diferentes níveis de conhecimento não é rejeitada ($p > .05$) concluindo-se que o stresse não é influenciado pelo nível de conhecimento sobre stresse relacionado com trabalho (quadro 25). Ver Quadro 27.

Quadro 27. Comparação dos níveis de stresse na escala e dimensões nos nos três grupos (alto, médio, baixo) de níveis de conhecimento sobre o stresse relacionado com o trabalho: teste de Kruskal Wallis

<i>Conhecimento sobre stresse</i>	P
Nível global de stresse	0,50
D1 Lidar com clientes	0,22
D2 Relações profissionais	0,90
D3 Excesso de trabalho	0,71
D4 Carreira e remuneração	0,85
D5 Ações de formação	0,95
D6 Problemas familiares	0,10

De seguida iremos apresentar a análise de dados relativos às três questões abertas que constam no questionário preenchido pelos Terapeutas Ocupacionais e que integram a componente qualitativa deste trabalho. Iremos apresentar sequencialmente seguindo pela ordem que foi apresentada no inquérito.

Optámos por identificar algumas categorias de acordo com o *Perfil de Competências do aluno no fim do Curso de Terapia Ocupacional*, que consta do Documento Implementação do Processo de Bolonha ao nível Nacional (Lopes, 2004). Esta opção pareceu-nos a mais ajustada já que é um Documento elaborado pelos Coordenadores dos Cursos de Terapia Ocupacional à data, na altura da implementação de Bolonha, e que contem as recomendações para os planos de estudo de Terapia Ocupacional em Portugal. Como as questões colocadas aos Terapeutas Ocupacionais no Inquérito, direccionaram-se para conteúdos e unidades curriculares ao nível da formação inicial, optámos por definir algumas Categorias por áreas disciplinares, onde estão já definidas as competências académicas que cada uma deverá contemplar (Lopes, 2004). As áreas disciplinares estão divididas no documento original em *Ciências de Base, Ciências da Área Científica, Ciências da Especialidade, Áreas Complementares e Opcionais*. Optámos por considerar nas ciências de Base, apenas as Ciências do Comportamento (subdivisão das Ciências de Base), bem como associar as Ciências da área científica às Ciências da especialidade, renomeando-a como Ciências da Terapia Ocupacional, por

considerarmos que para o estudo em questão a sua divisão não traria uma mais-valia ao estudo.

Questão 1 - Os Terapeutas Ocupacionais identificam conteúdos programáticos ao nível da formação inicial que os podem influenciar para a prevenção do stresse relacionado com o trabalho?

De modo a facilitar a análise de dados, foram criadas cinco categorias e várias subcategorias que se apresentam no Quadro 28. Relativamente à sua análise, verifica-se que as categorias que apresentaram maior número de referências são a categoria NENHUM CONTEÚDO (UE = 60), a categoria ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do SRT) (UE = 47) e a categoria CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO (UE = 43). Também obtiveram referências embora em menor número, as categorias CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL (UE = 31) e a categoria OUTRAS (UE = 25).

Quadro 28. Categorias e Subcategorias dos Conteúdos programáticos Identificados pelos Terapeutas Ocupacionais ao nível da formação inicial para a prevenção do SRT

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	FREQUÊNCIA DE REFERÊNCIAS	
		UE	Freq.
NENHUM CONTEÚDO TOTAL DE UE = 60	Nenhum conteúdo identificado	60	29,3 %
ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do SRT) TOTAL DE UE = 47	Gestão do stresse no trabalho	5	2,4 %
	Relaxamento e proteção articular	28	13,7 %
	Estratégias de regulação emocional	4	1,9 %
	Dinâmicas de grupo/Expressão dramática	10	4,9 %
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO TOTAL DE UE = 43	Psicologia/Psiquiatria/Saúde Mental	24	11,7 %
	Desenvolvimento do Eu	7	3,4 %
	Relacionamento interpessoal	8	3,9 %
	Vida Equilibrada	4	1,9 %
CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL TOTAL DE UE = 31	Processo da Terapia Ocupacional	17	8,3 %
	Prática da Terapia Ocupacional	9	4,4 %
	Funcionamento em equipa	5	2,4 %
OUTRAS TOTAL DE UE = 24	Não respondeu/sem opinião	5	2,4 %
	Não sabe	9	4,4 %
	Outras opiniões	4	1,9 %
	Outras Unidades Curriculares	6	2,9 %
TOTAL DE UE		205	100%

* Percentagem em relação ao número total de referências

Contributos Educativos para evitar o stress profissional nos Terapeutas Ocupacionais

A categoria NENHUM CONTEÚDO (UE=60), com uma única sub-categoria Nenhum conteúdo identificado (29,3%; UE=60) foi a que obteve o maior número de referências. De seguida transcrevemos algumas das opiniões dos Terapeutas Ocupacionais:

“Não houve nenhum conteúdo programático que sentisse que tivesse repercussão na diminuição do stress relacionado com o trabalho”

“Nenhuma Unidade Curricular abordou essa temática”

“Durante a formação académica, não foi leccionada nenhuma cadeira que nos sensibilizasse sobre o stress que lidámos diariamente”

“Não me recordo de nenhuma acção de formação realizada nesse sentido”

“Nenhum conteúdo programático abordou a questão do stress no trabalho do terapeuta ocupacional, como tal a preparação para este tipo de stress foi praticamente nula.”

“Nenhum conteúdo”

“ Não me lembro de ter tido qualquer espécie de formação sobre a diminuição do stress relacionado com o trabalho”

Quanto à categoria ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do SRT) (UE = 47), segunda categoria que obteve maior número de referências, foram referidos principalmente os conteúdos relacionados com o Relaxamento e protecção articular (13,7%; UE=28). Também obtiveram referência, embora em menor número as Dinâmicas de grupo/atividades de expressão dramática (4,9%; UE=10), seguida de Gestão do SRT (2,4%; UE=5) e Estratégias de regulação emocional (1,9%; UE=4). Estas subcategorias estão expostas no Quadro 29, com algumas transcrições dos Terapeutas Ocupacionais.

Quadro 29. Subcategorias da Categoria ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do SRT) identificados pelos Terapeutas Ocupacionais ao nível da formação inicial para a prevenção do SRT

	Subcategoria	Referências	Transcrição de algumas frases ditas pelos Terapeutas Ocupacionais
Categoria: ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do SRT) (UE=47)	<u>Relaxamento e protecção articular</u> (13,7%; UE=28)	Técnicas de relaxamento (20) Protecção articular (8)	<i>“Técnicas de relaxamento”</i> <i>“Penso que os módulos relacionados com a ergonomia auxiliam na assunção de posturas mais corretas”</i> <i>“Princípios de conservação da energia e protecção articular”</i> <i>“Backschool Técnicas de relaxamento LMERT”</i> <i>“Aulas práticas de sessoes de relaxamento em grupo”</i> <i>“As aulas relacionadas com o relaxamento que se utiliza nas sessões da saúde mental e no Backschool”</i>
	<u>Dinâmicas de grupo/atividades de expressão dramática</u> (4,9%; UE=10)	Dinâmicas de grupo (6) Áreas expressivas (1) Expressão dramática (2) Atividades terapêuticas (1)	<i>“As áreas expressivas, como a cerâmica (...)”</i> <i>“Dinâmica de grupos”</i> <i>“Atividades/Dinâmicas em grupo (tal como relaxamento e outras de expressão emocional/partilha)”</i> <i>“Na formação inicial (Bacharelato) foi a cadeira de atividades terapêuticas mais especificamente o módulo de expressão dramática”</i>
	<u>Gestão do stresse no trabalho</u> (2,4%; UE=5)	Temas globais sobre stresse e burnout (5)	<i>“Lembro-me de termos trabalhado em contexto de aula este tópico através da exposição dos varios tipos de stress, o que foi uma mais valia.”</i> <i>“na abordagem da ansiedade e gestão do stresse”</i>
	<u>Estratégias de regulação emocional</u> (1,9%; UE=4)	Não criar expectativas altas (1) Estratégias de Coping (3)	<i>“Estratégias de coping para lidar com o stress estudadas para a intervenção na área da saúde mental”</i> <i>Competências de coping”</i> <i>“Graduar as atividades e intervenção. Não criar expectativas altas”</i>

Relativamente à terceira categoria mais referenciada pelos Terapeutas Ocupacionais, CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO (UE=43), a sub-categoria Psicologia/Psiquiatria/Saúde Mental foi a que obteve maior número de referências, (11,7%; UE=24), seguida do Relacionamento interpessoal (3,9%; UE=8), Desenvolvimento do Eu (3,4%; UE=7) e Vida equilibrada (1,9%; UE=4). De forma a expormos estas sub-categorias construímos o Quadro 30.

Quadro 30. Subcategorias da Categoria CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO identificados pelos Terapeutas Ocupacionais ao nível da formação inicial para a prevenção do SRT

	Subcategoria	Referências	Transcrição de algumas frases ditas pelos Terapeutas Ocupacionais
Categoria: CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO (UE=43)	<u>Psicologia/Psiquiatria/Saúde Mental</u> (11,7%; UE=24)	Psicologia (11) Psiquiatria (5) Saúde Mental (8)	<i>"Cadeira de Psicologia"</i> <i>"Na formação inicial o reconhecimento dos sinais de alerta da depressão dados pela psiquiatria geral"</i> <i>"Psicologia das relações interpessoais"</i> <i>"Cadeiras de psiquiatria"</i> <i>"Intervenção em saúde mental"</i> <i>"disciplinas de psicologia, saúde mental"</i>
	<u>Desenvolvimento do Eu</u> (3,4%; UE=7)	Temas sobre desenvolvimento pessoal (6) Características da personalidade (1)	<i>"Conhecemo-nos a nós próprios (...)"</i> <i>"Reflexões sobre quem a pessoa é, enquanto pessoa e profissional."</i> <i>"temas abordados em desenvolvimento pessoal"</i> <i>"Recordo-me de um Módulo onde falávamos sobre características da personalidade"</i>
	<u>Relacionamento interpessoal</u> (3,9%; UE=8)	Comunicação (1) Treino de Competências Sociais (4) Relações interpessoais (3)	<i>"conteúdos relacionados com a relação interpessoal, seja com o utente ou em equipa"</i> <i>"Treino de competências sociais, nomeadamente resolução de conflitos."</i> <i>"Relações interpessoais"</i>
	<u>Vida equilibrada</u> (1,9%; UE=4)	Importância de uma vida ocupacional equilibrada (4)	<i>"A importância de uma vida ocupacional equilibrada."</i> <i>"Equilíbrio ocupacional"</i> <i>"Atividades significativas e equilíbrio Ocupacional"</i>

Quanto à categoria CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL (UE = 31), a subcategoria Processo da Terapia Ocupacional, obteve um total de 17 referências (8,3%), a Prática da Terapia Ocupacional, 9 referências (4,4%), e o Funcionamento em equipa, 5 referências (2,4%). Os dados encontram-se no Quadro 31.

Quadro 31. Subcategorias da Categoria CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL identificados pelos Terapeutas Ocupacionais ao nível da formação inicial para a prevenção do SRT

	Subcategoria	Referências	Transcrição de algumas frases ditas pelos Terapeutas Ocupacionais
Categoria: CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL (UE=31)	<u>Processo da Terapia Ocupacional</u> (8,3%; UE=17)	Modelos profissionais da TO (6) Análise e adaptação de atividades (5) Domínio das técnicas de TO (2) Abordagem centrada no cliente (1); Relação terapêutica (1); Perfil ocupacional do terapeuta (1) Ética profissional (1)	<i>“Modelos (profissionais da pratica) da terapia ocupacional”</i> <i>“Abordagem centrada no cliente”</i> <i>“Domínio das técnicas de TO; perfil ocupacional do terapeuta; (...)”</i> <i>“Modelo da Ocupação humana”</i> <i>“ Ao nível da formação inicial, penso que a cadeira de Modelos e Métodos em Terapia Ocupacional, me despertou para essa problemática, (...)”</i> <i>“Análise de atividades”</i> <i>“Graduar as atividades e intervenção”</i>
	<u>Prática da Terapia Ocupacional</u> (4,4%; UE=9)	Estágios (7) Experiências nos diferentes locais de trabalho (2)	<i>“Não posso referir conteúdo específico, aprendi algumas coisas durante os estágios do 3º ano, o resto foi com a experiência nos diferentes locais de trabalho”</i> <i>“Aulas práticas de sessões (...)”</i> <i>“Estágios”</i> <i>“Principalmente as que estão ligadas aos estágios, desde o 1ºano do curso”</i> <i>“estagios, só com a experiencia nos sentimos mais seguros e lidamos melhor com as diferentes situações sem “stress””</i>
	<u>Funcionamento em equipa</u> (2,4%; UE=5)	Partilhar informação com equipa multidisciplinar (3) Tipos de liderança (2)	<i>“Unidade curricular que abordou os modelos de intervenção em equipa”</i> <i>“ Talvez os tipos de liderança”</i> <i>“ (...) partilhar informação em equipa multidisciplinar”</i>

Quanto à Categoria que recolheu menor número de referências OUTRAS (UE = 24), constituíram-se 4 subcategorias: não sabe (4,4%; UE=9); Não respondeu/sem opinião (2,4%; UE=5) e Outras opiniões (1,9%; UE=4), referindo-se a abordagem ao stresse em todas as áreas de uma forma menos formal (1), ler (1) e a não existência de stresse (1) e Aulas tutoriais (1). Na subcategoria Outras Unidades Curriculares (2,9%; UE=6), foram feitas referências a Intervenção familiar (1), Anatomia (1), Pediatria (3) e Psicossociologia das organizações (1).

Questão 2 - Os Terapeutas Ocupacionais identificam competências de autorregulação emocional como necessárias para que saibam lidar com o stresse relacionado com o trabalho?

Numa tentativa de se identificarem pensamentos e ações a que os indivíduos recorriam para lidar com acontecimentos stressantes específicos, foi desenvolvido por Folkman e Lazarus (1988) o *Ways of Coping Questionnaire* – que em Português se denomina Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos. Este questionário foi usado inicialmente como um instrumento de investigação acerca dos componentes e dos determinantes do modo como os indivíduos lidam com / reagem aos acontecimentos. Dividiram-no em subescalas de *coping* (Folkman & Lazarus, 1988). Iremos recorrer a algumas definições nele contidas, para construir as categorias desta questão. Assim, de acordo com o instrumento original de Folkman & Lazarus (1988, citado por, Pais-Ribeiro & Santos, 2001, p.493).

- *Distanciamento: Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação.*

- *Autocontrolo: Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações.*

- *Procura de Suporte Social: Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.*

- *Aceitar a Responsabilidade: Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas*

- *Resolução Planeada do problema: Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação Problema associados a uma abordagem analítica de solução do problema*

- *Reavaliação Positiva: Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.*

Desta forma, iremos nomear, algumas subcategorias de estratégias de regulação-emocional mencionadas pelos Terapeutas Ocupacionais, utilizando o acima exposto.

Pela análise do Quadro 32, verificámos que as categorias das COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO (UE = 171) e as COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A GESTÃO DO SRT (UE = 131), foram as que obtiveram maior número de referências. A Categorias OUTRAS OPINIÕES e a categoria NÃO SABE / NÃO RESPONDE/ DÚVIDAS, foram as que receberam menos citações, respetivamente UE= 23 e UE= 20.

Quadro 32. Categorias e Subcategorias das Competências de Autorregulação emocional identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	FREQUÊNCIA DE REFERÊNCIAS	
		UE	%
COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO TOTAL DE UE = 171	Competências relacionados com o Eu	86	24,9 %
	Competências do Eu relacionadas com o trabalho	18	5,2 %
	Competências relacionais	36	10,4 %
	Vida equilibrada	31	8,9 %
COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A GESTÃO DO SRT TOTAL DE UE = 131	Capacidade de gerir e organizar recursos como o tempo e energia	16	4,6 %
	Relaxamento	7	2 %
	Distanciamento	13	3,8 %
	Autocontrolo	25	7,2 %
	Procura de suporte social	39	11,3 %
	Aceitar a responsabilidade	6	1,7 %
	Resolução planeada do problema	19	5,5 %
Reavaliação positiva	6	1,7 %	
OUTRAS OPINIÕES TOTAL DE UE = 23	Organização / Instituição	8	2,3 %
	Formação	4	1,2 %
	Identidade profissional	6	1,7 %
	Outras opiniões	5	1,4 %
NÃO SABE/NÃO RESPONDE/DÚVIDAS TOTAL DE UE = 20	Não sabe	10	2,9 %
	Duvidas	4	1,2 %
	Não respondeu/sem opinião	6	1,7 %
TOTAL		345	100%

* Percentagem em relação ao número total de referências

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Quanto à categoria das COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO (UE = 171), a subcategoria Competências relacionadas com o Eu (24,9%; UE = 86), foi a que obteve maior número de menções. Destacam-se as competências de autoconhecimento (12), Insight (7); Autorreflexão (7), Paciência (6), Tolerância à frustração (5), Sentido de crítica (5), Ter calma (5) e Capacidade de resolução de problemas (4). Os dados relativos a esta subcategoria encontram-se no Quadro 33.

Quadro 33. Subcategoria Competências relacionadas com o Eu, da categoria COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO, das Competências de Auto-regulação emocional identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT

<u>Categoria</u>	
COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO (UE=171)	
<u>Subcategoria</u>	
Competências relacionadas com o Eu (24,9%; UE=86)	
Autoconhecimento (12)	<i>"O auto conhecimento"</i>
Insight 7	<i>"Motivação profissional"</i>
Autorreflexão (7)	<i>"O conhecimento em si e a segurança nas acções tomadas que só se adquirem com alguma experiencia"</i>
Paciência (6)	<i>"auto-conhecimento acima de tudo, para saber identificar quando pode estar prestes a perder o controlo dos seus sentimentos"</i>
Tolerância a Frustração (5)	<i>"na minha opinião estes aspectos estão mais relacionados com a personalidade da pessoa, e com as estratégias que a mesma usa para resolver os problemas com que se depara no seu dia-a-dia"</i>
Sentido de crítica (5)	<i>"insight, introspecção, reflexão, compreensão.."</i>
Calma (5)	<i>"Auto critica. Calma, ser uma pessoa com princípios"</i>
Capacidade de resolução de problemas (4)	<i>"Apesar de serem abordadas, ao longo do curso, estratégias de regulação emocional e comportamental, são sempre dirigidas para a população atendida e não para nós mesmos. Poderemos, talvez, aplicar em nós algumas dessas estratégias se tivermos insight .."</i>
Ter capacidade de adaptação (3)	<i>"Conhecimento pessoal"</i>
Compreensão (3)	<i>"Juízo critico e capacidade de insight"</i>
Empatia (3)	<i>"Competências do foro pessoal"</i>
Autogestão de emoções (3)	<i>"Boa capacidade de observação e de insight para a identificação dos fatores de stresse e definição da sensibilidade apresentada perante cada fator"</i>
Confiança (3)	<i>"As competências emocionais gerais: como por exemplo a consciência e a compreensão das emoções (...)"</i>
Autoestima (3)	<i>"Auto-confiança e humildade"</i>
Segurança (3)	<i>"Auto-estima, auto-análise (...)"</i>
Compreensão (3)	<i>"Calma, ser uma pessoa com princípios (...)"</i>
Capacidade de análise (2)	<i>"Capacidade de auto-análise, análise dos padrões do comportamento dos outros, compreensão da forma como os comportamentos dos outros nos afeta, e como o nosso comportamento pode influenciar a atitude do outro; ser positivo (...)"</i>
Ser frontal (2)	
Personalidade (2)	
Humildade (2)	
Equilíbrio emocional (1)	
Sinceridade (1)	
Bom senso (1)	
Atitude positiva (1)	
Ser responsável (1)	
Ser uma pessoa com princípios (1)	

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Quanto às restantes categorias, a subcategoria Competências relacionais (10,4%; UE=36), na qual a assertividade (18) foi a competência que reuniu o maior número de menções, seguida da Vida equilibrada (8,9%; UE=31), em que ter equilíbrio ocupacional (15) e realizar atividades de lazer (8) foram as que obtiveram maior número de referências e por fim as Competências do Eu relacionadas com o trabalho (5,2%; UE=18), em que teve mais referências a capacidade de adaptação a diferentes situações (5), e a motivação profissional e a capacidade de liderança igualmente com 4 referências.

Foi construído o quadro 34 com as três subcategorias e respetivas referências.

Quadro 34. Subcategorias Competências relacionais, Vida Equilibrada e Competências do Eu relacionadas com o trabalho, da categoria COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO, das Competências de Autorregulação emocional identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT

Categoria		
Categoria COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO		
Subcategoria Competências relacionais (10,4%; UE = 36)	Subcategoria Vida equilibrada (8,9%; UE = 31)	Subcategoria Competências do Eu relacionadas com o trabalho (5,2%; UE = 18)
Assertividade (18) Capacidade de comunicação (5) Escuta ativa (5) Adquirir competências sociais adequadas (5) Desenvolvimento de relações interpessoais (3)	Ter equilíbrio ocupacional entre a vida profissional e a vida pessoal (15) Realizar atividades de Lazer (8) Realizar atividade desportiva (3) Respeito pelo horário extra laboral (3) Ter uma boa alimentação (1) Ter uma vida pessoal realizada (1)	Capacidade de adaptação a diferentes situações profissionais (5) Motivação profissional (4) Liderança no trabalho (4) Segurança no trabalho que desenvolve (3) Competência (1) Capacidade de controlo do seu papel (1)

Relativamente à segunda categoria mais reportada, COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A GESTÃO DO SRT (UE=131), foram criadas 8 subcategorias. Ver Quadro 35.

Quadro 35. Subcategorias relacionadas com a categoria **COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A GESTÃO DO STRESSE PROFISSIONAL** das Competências de Auto- regulação emocional identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT

	Subcategoria	Referências	Transcrição de algumas frases ditas pelos Terapeutas Ocupacionais
Categoria: COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A GESTÃO DO SRT (UE=131)	<u>Capacidade de gerir e organizar recursos como o tempo e energia</u> (4,6%; UE=16)	Ter competências de organização (7) Ter competências de gestão de tempo (6) Conseguir priorizar objetivos e situações importantes de atuação (3)	<i>"melhorar as competências de organização no trabalho"</i> <i>"Priorizar as necessidades"</i> <i>"organização/estruturação da rotina de trabalho e das sessões"</i> <i>"(...) ser capaz de focalizar em objectivos a curto prazo e passíveis de serem atingidos"</i>
	<u>Relaxamento</u> (2%; UE=7)	Estratégias de relaxamento (7)	<i>"técnicas de relaxamento (contraí-relaxa, exercícios respiratórios)</i> <i>competências e treino ao nível das técnicas de relaxamento"</i> <i>"em situações de conflitos e agressividade, criação de momentos de relaxamento e pausa"</i>
	<u>Distanciamento</u> (3,8%; UE=13)	Relativizar os problemas (3) Distanciamento entre o profissional e o Eu (10)	<i>"saber que "o que não tem remédio, remediado está"; e não se pode ajudar quem não quer, são exemplos de que, por vezes, não é por falta de competência do técnico que não há evolução num cliente."</i> <i>"Ser T.O. No contexto que é a minha prática não é fácil, lidar com pessoas de muita idade, quase sempre com muitas limitações e dificuldades, é emocionalmente desgastante e para lidar "bem" com isto é importante ter consciência do nosso papel e do que podemos e não podemos fazer pelos clientes."</i> <i>"Relativizar os problemas."</i> <i>"Capacidade de crítica e auto-crítica para ser capaz de identificar situações e sentimentos, capacidade de aceitação e algum distanciamento emocional relativamente à situação que está a acontecer de forma a não permitir que determinada situação comprometa o seu equilíbrio emocional e bom senso na forma como expõe os seus sentimentos perante alguém ou alguma situação."</i> <i>"Tentar abstrair dos problemas"</i>
	<u>Autocontrolo</u> (7,2%; UE=25)	Coping (9) Respirar fundo (2) Estratégias de controlo do comportamento (14)	<i>"Capacidade de gerir sentimentos e emoções relacionadas com o processo de prestação do serviço"</i> <i>"controlo do comportamento impulsivo"</i> <i>"Respirar fundo; parar e fazer outra coisa;"</i> <i>"saber identificar quando pode estar prestes a perder o controlo dos seus sentimentos, perceber que não pode manifestar tudo o que sente,(...)"</i> <i>"As competências emocionais gerais: como por exemplo a consciência e a compreensão das emoções, a aceitação das emoções, a capacidade para, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objectivos desejados e a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de</i>

Contributos Educativos para evitar o stress profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Subcategoria	Referências	Transcrição de algumas frases ditas pelos Terapeutas Ocupacionais
		<i>estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível de forma a alcançar objectivos individuais ao mesmo tempo que se atende às exigências da situação”.</i>
<u>Procura de suporte social</u> (11,3%; UE=39)	Manutenção do ciclo de amigos (7) Trabalho em equipa (12) Supervisão entre TOs (4) Procurar ajuda (2) Partilha com colegas (14)	<i>“saber procurar ajuda” “reuniões de equipa informais, nas quais se possam partilhar sentimentos. Reuniões que tenham como principal objectivo os terapeutas e não os clientes.” procurar partilhar algumas das suas preocupações com colegas da área; “Supervisão entre terapeutas ocupacionais” “Ciclo de amigos ativo” “Sentir-se à vontade para partilhar sentimentos de frustração nas reuniões de equipa” “Partilha de emoções e sentimentos junto da equipa técnica” “integração em equipa técnica” “procura de suporte de redes de amigos” “Supervisão entre terapeutas ocupacionais específica nesta área”</i>
<u>Aceitar a responsabilidade</u> (1,7%; UE=6)	Reconhecimento do papel no problema (6)	<i>“auto-avaliação ou reavaliação do seu trabalho, “capacidade de auto-analise, analise dos padrões de comportamento dos outros, compreensão da forma como os comportamento dos outros nos afeta, e como o nosso comportamento pode influenciar a atitude do outro;” “Tomada de consciência do que faz desencadear o stress e quais as situações que estimulam isso;”</i>
<u>Resolução planeada do problema</u> (5,5%; UE=19)	Identificar a causa (12) Utilizar estratégias de comportamento eficazes (7)	<i>“racionalizar e reestruturar cognitivamente” “Mas principalmente realizar actividades para objectivos que possam ser alcançados, de acordo com os interesses do clientes e princípios do terapeuta ocupacional. Desta forma fundamentada diminuímos a frustração a que estamos sujeitos e consequentemente situações de stress.” “Escrever sobre o assunto e expressar os sentimentos para o papel” “agir de acordo com os objectivos desejados e a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível de forma a alcançar objectivos individuais ao mesmo tempo que se atende às exigências da situação.”</i>
<u>Reavaliação positiva</u> (1,7%; UE=6)	Focar na reabilitação e não no problema do cliente (2) Atitude positiva na resolução do problema (4)	<i>“Tentar ser otimista face a situação, identificar as várias hipoteses de solução para diminuir a ansiedade” “Na gestão de stress, bom humor e resiliência. Atitude Positiva face as varias dificuldades no local de trabalho;” “focar na reabilitação do cliente e não nas patologias”</i>

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

A Categoria com menções a OUTRAS OPINIÕES (UE=23) foi dividida em quatro subcategorias. Com maior número de referências questões que têm a ver com a Organização/Instituição (2,3%; UE=8), na qual os Terapeutas Ocupacionais destacaram ter uma boa chefia (1), tempo para realizar atividades entre o pessoal da Instituição (2), ter boas condições de trabalho (1), Humanização (1), segurança (1) e cultura da Instituição (1); ter outros profissionais especializados no tema, que não os da instituição (1); questões que se prendem com a Identidade profissional (1,7%; UE=6), na qual se destacam a valorização profissional da Terapia Ocupacional (2), conhecimento profissional da Terapia Ocupacional (3) e afirmação da profissão (1); de seguida questões que se prendem com a Formação (1,2%; 4), em que foram feitas referências a manter-se atualizado e informado ao nível da formação (4) outras opiniões (1,4%; UE=5), as instituições não estão preparadas para lidar com o *burnout* dos técnicos (1); são necessárias todas (1), pergunta muito complexa (1), Nenhum stresse (2).

Com 20 referências a Categoria NÃO SABE/ NÃO RESPONDE/DÚVIDAS, subdividiu-se em três subcategorias: Não sabe (2,9%; UE=10), não respondeu/sem opinião (1,7%; UE=6) e dúvidas na pergunta (1,2%; UE=4).

Questão 3 - Os Terapeutas Ocupacionais identificam conteúdos programáticos ao nível da formação inicial para prevenir e ajudar a lidar com o stresse?

A categoria que mais se destacou foi as CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO (UE = 59), seguida de CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL (UE=49) e das ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do SRT) (UE = 26), e a categoria OUTROS (UE=7). Os dados encontram-se no Quadro 36.

Quadro 36. Categorias e Subcategorias de Unidades Curriculares/conteúdos identificadas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	FEQUÊNCIA DE REFERÊNCIAS	
		UE	%
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO TOTAL DE UE = 59	Psicologia/Psiquiatria/Saúde Mental	16	9,4 %
	Desenvolvimento do Eu	23	13,5 %
	Relacionamento interpessoal	30	17,5 %
CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL TOTAL DE UE = 49	Processo da Terapia Ocupacional	17	9,9 %
	Prática da Terapia Ocupacional	14	8,2 %
	Identidade da Terapia Ocupacional	8	4,7 %
	Funcionamento em equipa	10	5,8 %
ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do SRT) TOTAL DE UE = 26	Gestão do stresse no trabalho	12	7 %
	Relaxamento e proteção articular	5	2,9 %
	Estratégias de regulação emocional	8	4,7 %
	Dinâmicas de grupo e expressão dramática	9	5,3 %
	Atividades desportivas e de lazer	2	1,2 %
OUTRAS TOTAL DE UE = 37	Nenhum conteúdo	3	1,8 %
	Não sabe	15	8,8 %
	Não respondeu/ sem opinião	8	4,7 %
	Outras Unidades Curriculares	11	6,4 %
TOTAL		171	100%

Relativamente à Categoria que recebeu maior número de referências CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO (UE=59), dividimos em três subcategorias, que apresentámos no quadro 37.

Quadro 37. Subcategorias da Categoria Conteúdos relacionados com o Eu e com os outros, propostas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT

	Subcategoria	Referências	Transcrição de algumas frases ditas pelos Terapeutas Ocupacionais
Categoria: CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO (UE=59)	<u>Psicologia/Psiquiatria/ Saúde Mental</u> (9,4%; UE=16)	Saúde mental (6) Psicologia (6) Psicoterapia (2) Psicodrama (1) Psiquiatria (1)	<i>“Talvez se existisse um trabalho emocional mais aprofundado, como o que existe com os estudantes de psicologia.”</i> <i>“Saude mental”</i> <i>“Unidade curricular relacionada com a Saúde Mental”</i> <i>“Aulas de psicologia relacionadas com este tema”</i>
	<u>Desenvolvimento do Eu</u> (13,5%; UE=23)	Desenvolvimento pessoal (15) Inteligência emocional (5) Autoconceito (2) Motivação (1)	<i>“uma unidade curricular que implique o pensar acerca dos sentimentos e emoções envolvidos nas situações diárias”</i> <i>“desenvolvimento de competências individuais para bem estar e qualidade de vida do estudante para alivio de stress</i> <i>“Auto conhecimento pessoal”</i> <i>“Desenvolvimento de competências para formação pessoal (emocional, psicológica e física) de forma a melhorar bem-estar e qualidade de vida do estudante”</i> <i>“Penso que poderiam ser focados alguns conteúdos sobre inteligência emocional, estratégias de liderança e de coping aplicadas à prática profissional”.</i>
	<u>Relacionamento interpessoal</u> (17,5%; UE = 30)	Assertividade (1) Gestão de conflitos (21) Treino de competências sociais (2) Mediação de Conflitos com Famílias, clientes, equipa (2) Relacionamentos interpessoais (3) Comunicação (1)	<i>“qualquer uma relacionada com os relacionamentos interpessoais (gestão de Conflitos,...)”</i> <i>“Deveria ser mais aprofundado quando se fala em competências sociais”</i> <i>“Análise e gestão de conflitos”</i> <i>“Relações interpessoais com o cliente e o profissional”</i> <i>“treino de competências sociais do modelo cognitivo-comportamental (...)”</i>

A segunda categoria que recebeu mais referências, CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL (UE=49), também recolhe um elevado número de referências, distribuindo-se as menções no Processo da Terapia Ocupacional (9,9%; UE=17), Prática da Terapia Ocupacional, (8,2%; UE=14), Identidade da Terapia Ocupacional (4,7%; UE=8) e Funcionamento em equipa (5,8%; UE=10). Apresentámos o Quadro 38 com as subcategorias e as respetivas referências por parte dos Terapeutas Ocupacionais.

Quadro 38. Subcategorias da categoria CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL propostas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT

	Subcategoria	Referências	Transcrição de algumas frases ditas pelos Terapeutas Ocupacionais
Categoria CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL (UE=49)	<u>Processo da Terapia Ocupacional</u> (9,9%; UE=17)	Introdução à profissão to (7) Teoria da TO (2) Análise de atividades (2) Psiquiatria em TO (1) Ética profissional (2) AVDS (1) Competências profissionais (2)	<i>“Na minha opinião este tema deveria ser abordado de uma forma mais global, em que todas as unidades curriculares específicas da TO (como por exemplo: introdução à TO”</i> <i>“Modelo e métodos da Terapia Ocupacional (...)”</i> <i>“Unidades curriculares relacionadas com a ética profissional”</i> <i>“Introdução à Terapia Ocupacional”</i> <i>“Competências profissionais”</i> <i>“Qualquer das disciplinas onde se aborda a intervenção do Terapeuta Ocupacional”</i>
	<u>Prática da Terapia Ocupacional</u> (8,2%; UE=14)	Estágio e aulas de preparação estágio (6) TO na prática (com clientes) (5) Partilha de experiências entre profissionais e alunos (3)	<i>“Mais horas de estágio curricular”</i> <i>“Penso que uma cadeira não seria necessária, mas por ex. podia-se aproximar mais os alunos do contexto laboral criando-se grupos de debate e partilha de experiência, que juntassem alunos e profissionais”</i> <i>“Partilha de experiências por parte de profissionais experientes, bem como exposição de casos práticos geradores de stress e discussão sobre a melhor forma de lidar com estes”</i> <i>“As aulas de casos práticos com doentes”</i> <i>“Cadeira de pré-estágio”</i>
	<u>Funcionamento em equipa</u> (5,8%; UE=10)	Liderança (3) Gestão de equipa (7)	<i>“Participação em equipa multidisciplinar”</i> <i>“(…) gestão de equipas”</i> <i>“Trabalho em equipa”</i> <i>“Equipas multidisciplinares – o papel dos vários interveniente”</i>
	<u>Identidade da Terapia Ocupacional</u> (4,7%; UE=8)	Identidade da TO (5) Promoção da Terapia Ocupacional (3) Legislação de procedimentos inerentes à prática de Terapia Ocupacional (1)	<i>“Penso que quando se conclui o curso não existe uma identidade realmente definida de “O que é um Terapeuta Ocupacional e quais as suas funções em todas as áreas de intervenção”. Penso que esta falta de identidade dificulta o processo de afirmação junto de outros profissionais.”</i> <i>“Reforçar a identidade profissional”</i> <i>“ Considero que seria pertinente educar os TOs acerca da sua identidade ocupacional. Penso que grande parte do stresse advem do desgaste de diariamente sermos confrontados com a ignorância acerca da nossa profissão.”</i>

Na terceira categoria que recolheu maior número de referências ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do stresse profissional) (UE=26), a subcategoria que mais se

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

destacou foi Gestão do stresse profissional (7%; UE=12), seguida de Dinâmicas de grupos e expressão dramática (5,3%; UE=9), Estratégias de regulação emocional (4,7%; UE=8), Relaxamento e proteção articular (2,9%; UE=5) e Atividades desportivas e de lazer (1,2%; UE=2). Os dados encontram-se no Quadro 39.

Quadro 39. Subcategorias da categoria ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do stresse profissional) propostas pelos Terapeutas Ocupacionais para a gestão do SRT

	Subcategoria	Referências	Transcrição de algumas frases ditas pelos Terapeutas Ocupacionais
Categoria ÁREAS COMPLEMENTARES (Gestão do SRT) (UE=26)	<u>Gestão do stresse profissional</u> (7%; UE=12)	UC – Gestão do stresse (12)	<p><i>“ uma cadeira especifica só com essa formação, equiparada por exemplo à cadeira de sociologia da saúde, ou marketing social. deveria haver uma cadeira só para gerir o stress no trabalho”</i></p> <p><i>“Gestão do Stress”</i></p> <p><i>“Uma unidade especifica sobre o tema”</i></p> <p><i>“Contudo, era interessante integrar uma unidade curricular especifica que tenha como objetivo fundamental abordar assuntos relacionados com stress no trabalho (...)”</i></p>
	<u>Dinâmicas de grupos e expressão dramática</u> (5,3%; UE=9)	Dinâmicas de grupo (9)	<p><i>“Role play sobre situações do mundo do trabalho e trabalho prático sobre gestão de conflitos”</i></p> <p><i>“Dinâmicas de grupo ou role plays que envolvam este tipo de eventualidades.”</i></p>
	<u>Estratégias de regulação emocional</u> (4,7%; UE=8)	Técnicas de autorregulação emocional (5) Gestão do tempo(2) Coping (1)	<p><i>“Alguma informação sobre gestão de tempo”</i></p> <p><i>“Estratégias de coping no trabalho”</i></p> <p><i>“Técnicas de auto-regulação emocional para TOs”</i></p> <p><i>“Estratégias de identificação para ultrapassar o mesmo”</i></p>
	<u>Relaxamento e proteção articular</u> (2,9%; UE=5)	Relaxamento (4) Proteção articular (1)	<p><i>“Técnicas de relaxamento de índole neurofisiológica e psicológica”</i></p> <p><i>“Métodos de relaxação”</i></p> <p><i>“ergonomia com foco no stresse”</i></p>
	<u>Atividades desportivas e de lazer</u> (1,2%; UE=2)	Atividade desportiva e de lazer (2)	<p><i>“Sensibilizar os futuros Terapeutas que devem reservar um a dois períodos por semana para uma atividade desportiva/lazer ou de relaxamento.”</i></p> <p><i>“Educação física”</i></p>

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Relativamente à Categoria OUTRAS (UE=37), as referências distribuíram-se da seguinte forma: Não sabe (8,8%; UE=15), Não responderam/sem opinião (4,7%; UE=8), Nenhum conteúdo (1,8%; UE=3), e Outras Unidades Curriculares (6,4%; UE= 11), das quais, Psicologia das Organizações (3), *Coaching* (1), Gestão de recursos humanos (1), Gestão de Instituições (1), Higiene e segurança e saúde no trabalho (1), PNL (1), Educação para a Saúde no trabalho (3). Algumas transcrições dos Terapeutas Ocupacionais desta última subcategoria são:

“Penso que a unidade curricular que melhor se adequa será a relacionada com a Psicologia das Organizações, mas também seria importante ser um Terapeuta Ocupacional no activo a falar sobre esta problemática no seu contexto profissional, para informar sobre quais os desafios que se colocam diariamente e quais as estratégias a aplicar nas situações.”

“UC específicas educação para a saúde para o trabalho”

“Unidades curriculares direccionadas para a psicologia do trabalho”

“Higiene e segurança no trabalho (saúde ocupacional)”

Questão 4: Existem semelhanças entre os conteúdos identificados pelos Terapeutas Ocupacionais na formação inicial para lidar com o stresse e os propostos por estes?

Para responder a esta questão elaborámos o Quadro 40 que nos apresenta os resultados comparativos das diferentes categorias e subcategorias identificadas e propostas respetivamente pelos Terapeutas Ocupacionais.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Quadro 40. Categorias e Subcategorias de Unidades Curriculares/conteúdos identificados e propostas pelos Terapeutas Ocupacionais para ajudar a lidar com o SRT

CATEGORIAS	UC/ conteúdos identificados		SUB-CATEGORIAS	UC/ conteúdos propostos		CATEGORIAS
	FEQ. ABS *			FEQ. ABS *		
	UE	%		UE	%	
NENHUM CONTEÚDO TOTAL DE UE = 60	60	29,3	Nenhum conteúdo	3	1,8	NENHUM CONTEÚDO TOTAL DE UE = 5
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO TOTAL DE UE = 43	24 7 8 4	11,7 3,4 3,9 1,9	Psicologia/Psiquiatria/Saúde Mental Conteúdos relacionados com o Eu Relações interpessoais Vida equilibrada	16 23 30 0	9,4 13,5 17,5 0	CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO TOTAL DE UE = 59
ÁREAS COMPLEMENTARES (gestão do SRT) TOTAL DE UE = 47	5 28 10 4 0	2,4 13,7 4,9 1,9 0	Gestão do stresse no trabalho Relaxamento e proteção articular Dinâmicas de grupos/Expressão dramática Estratégias de regulação emocional Atividades desportivas e de lazer	12 5 9 8 2	7 2,9 5,3 4,7 1,2	ÁREAS COMPLEMENTARES (gestão do SRT) TOTAL DE UE = 26
CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL TOTAL DE UE = 31	17 9 0 5	8,3 4,4 0 2,4	Processo da Terapia Ocupacional Prática da Terapia Ocupacional Identidade da Terapia Ocupacional Funcionamento em equipa	17 14 8 10	9,9 8,2 4,7 6,4	CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL TOTAL DE UE = 49
OUTRAS TOTAL DE UE = 18	5 9 4 6	2,4 4,4 1,9 2,9	Não respondeu/sem opinião Não sabe Outros Outras Unidades Curriculares	8 15 0 11	4,7 8,8 0 6,4	OUTRAS TOTAL DE UE = 30
TOTAL DE UE	205	100%		171	100%	

Verificámos de uma forma global que os Terapeutas Ocupacionais ao nível da formação inicial, nas UC/conteúdos que tiveram e que consideraram contribuir mais para gerir o stresse profissional foi o Relaxamento e proteção articular (13,7%; UE=28), Psicologia/Psiquiatria/Saúde Mental (11,7%; UE=24), Dinâmicas de grupos/ Expressão dramática (4,9%; UE=10) e Processo da Terapia Ocupacional (8,3%; UE=10). Na proposta de UC/conteúdos ao nível da formação inicial que estes profissionais propõem para ajudar a gerir o stresse profissional, foi Relações interpessoais (17,5%; UE=30), Conteúdos relacionados com o Eu (13,5%, UE=23), Processo da Terapia Ocupacional (9,9%; UE=17) e Psicologia/Psiquiatria/Saúde Mental (9,3%; UE=16).

Destacámos igualmente 60 referências a Nenhum conteúdo (29,3%), identificado por estes profissionais na formação inicial para lidar com o stresse (categoria com maior número de referências) e apenas 3 referências (1,8%) considerarem não dever haver

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

qualquer Unidade Curricular para lidar com o stresse. De referir que destas opiniões, 3, relatam que este tema deve ser trabalhado em outras unidades curriculares e não existir uma específica.

De referir também que a categoria CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO e CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL foram as que registaram aumento de referências dos Terapeutas Ocupacionais, quando comparado as UC/conteúdos identificados na formação inicial e os propostos pelos Terapeutas Ocupacionais para gerir o stresse profissional. Na categoria CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL, todas as subcategorias tiveram um aumento significativo de referências, inclusive o acréscimo da subcategoria Identidade profissional. A categoria CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO, também registou um aumento muito significativo nas referências principalmente às subcategorias Relações interpessoais (17,5%; UE=30) e Conteúdos relacionados com o Eu (13,5%, UE=23), sendo das mais citadas. Na categoria OUTRAS, também se registou um aumento de referências, mas devido sobretudo à inclusão da subcategoria Outras Unidades Curriculares, nas UC/conteúdos propostos pelos Terapeutas Ocupacionais.

Perante o fato de o stresse ser a segunda causa mais frequente de problemas de saúde relacionados com o trabalho (Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, 2009a), e os profissionais de saúde constituírem uma classe profissional especialmente afetada por este, algo nos inquietava não só relativamente ao potencial stresse na classe profissional dos Terapeutas Ocupacionais, mas também no que diz respeito à influência que a educação pode ter na prevenção e gestão do stresse neste grupo profissional. O Relatório publicado pelo Observatório Europeu dos Riscos (2009), prevê que o número de pessoas afetadas por stresse relacionado com o trabalho venha a aumentar no futuro, fato que nos levou a investigar esta temática no sentido de propor ações para a prevenção, entre as quais destacamos as ações educativas.

Em Portugal ainda são poucos os estudos sobre o stresse nos profissionais de saúde, apesar de esta classe profissional ser considerada uma das que tem risco mais elevado (Mcyntire, 1994).

Com a metodologia eleita e após a apresentação dos resultados, pretende-se de seguida uma interpretação, discussão e análise dos mesmos iniciando-se com algumas considerações relacionadas à análise descritiva dos dados, nomeadamente a caracterização global da amostra e da situação profissional dos Terapeutas Ocupacionais, e dados globais sobre o nível global e fontes de stresse que mais afetam os TOs. De seguida é apresentada uma exploração reflexiva, tendo em vista a demonstração das hipóteses e das questões de investigação formuladas, com vista ao alcançar dos objetivos propostos por esta investigação. Esta análise irá desenvolver-se à luz da revisão bibliográfica efetuada, bem como de outros estudos relacionados com as temáticas do SRT, aprendizagem ao longo da vida, competências a serem desenvolvidas, entre outras.

8.1. Discussão dos dados em função de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais da população avaliada

Variáveis sociodemográficas

Relativamente à amostra do nosso estudo, constata-se que a média de idades dos Terapeutas Ocupacionais que responderam a este questionário, encontra-se nos 31,5 anos, que a larga maioria dos indivíduos é do sexo feminino (90,3%), relativamente ao estado civil a maior parte dos inquiridos é solteiro (57,7%). A maior parte dos inquiridos possui Licenciatura (75,6%).

A maioria dos Terapeutas Ocupacionais está situada entre os 20-30 anos, o que poderá refletir por um lado o fato dos profissionais de Terapia Ocupacional mais jovens estarem conectados mais às tecnologias de informação, nomeadamente à internet, que foi a ferramenta de recolha de dados utilizada para o nosso estudo, mas por outro, ao fato de ter aumentado exponencialmente o número de Terapeutas Ocupacionais formados nos últimos anos em Portugal. Esta situação deve-se quer ao aumento de vagas disponíveis nas escolas existentes até 2008 (ESTSP e ESSA), quer à abertura de novos cursos de Terapia Ocupacional, entre outras escolas, constituindo atualmente, num universo de sete escolas.

Quanto à prevalência do género feminino, vai ao encontro à literatura existente de as profissões de saúde serem ocupadas preferencialmente por mulheres, fato também constatado na Terapia Ocupacional. Segundo dados da European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2008) o setor da saúde apresenta um grande desequilíbrio entre géneros, sendo cerca de 80% dos profissionais de saúde são mulheres (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2009). Mesmo no caso da medicina, tem-se assistido a um aumento exponencial das mulheres nos últimos anos, contrariamente ao que acontecia até há poucos anos (Matos, Toassi & Oliveira, 2013).

Quanto à Escola de formação, como esperado, verificaram-se resultados semelhantes entre a ESTSP (49,1%) e ESSA (45,5%), com ligeira superioridade da Escola do

Porto. Apenas 2,9% de Terapeutas Ocupacionais que responderam ao questionário foram formados no ISAVE, resultados justificados pelo fato do curso ter aberto em 2008, e apenas até à altura da realização deste questionário, ter sido uma turma formada com Terapeutas Ocupacionais. Todas as outras escolas em Portugal, ainda não têm alunos de Terapia Ocupacional formados.

Quanto ao grau académico verifica-se que a larga maioria destes profissionais tem licenciatura, 75,6%, e que apenas 4,3% têm Bacharelato. Registámos também 15,4% da nossa amostra ter Mestrado e 1,1% Doutoramento. Estes dados são reveladores do grande desenvolvimento de habilitações académicas por parte destes profissionais, especialmente nos últimos anos, nomeadamente a partir de 1999, ano em que se iniciaram as licenciaturas bietápicas. Recordámos que num estudo realizado em 2004, em 167 Terapeutas Ocupacionais (Mota, 2004), 54% tinha Licenciatura, 41% tinha Bacharelato, 3% possuía o Bacharelato + CESE e igualmente 1% tinha o Mestrado e Doutoramento, observando-se como tal um aumento muito significativo das habilitações académicas, nomeadamente do grau de Licenciado.

Variáveis relativas à situação profissional

Quanto ao tempo de serviço verificámos que apesar de os respondentes terem uma média de idades jovem (31,5 anos), 25,4% trabalham entre 5 e 10 anos e 31,5% já tem mais de 11 anos de serviço.

Outros dos aspetos que gostaríamos de realçar relativamente à situação profissional dos Terapeutas Ocupacionais, prende-se com o fato de a grande maioria, no exercício da sua atividade profissional, realizar *atendimento com clientes*. O atendimento com clientes, no exercício da Terapia Ocupacional, passa pelo estabelecimento da relação terapêutica, com vista à sua máxima participação de forma a alcançar o máximo de funcionalidade e independência do indivíduo. A relação terapêutica pode ser definida de uma forma simples como a a qualidade pessoal do cliente e do terapeuta, e a interação entre ambos (Portela, Almeida, Seabra, & Nunes, 2008). Existem vários estudos

indicadores de que esta tem sido consistentemente associada aos resultados da abordagem terapêutica, o que dá bem conta das exigências e do peso que esta pode trazer para o Terapeuta. Segundo (Hagedorn, 2007, citado por Palhau (2011, p.31) “Em terapia ocupacional, a relação é normalmente uma parceira entre o terapeuta e o indivíduo, desenvolve-se gradualmente quando esse indivíduo procura a assistência do terapeuta para promover a exploração conjunta de algum problema que esteja afetando a vida diária e para agir sobre ele”. O mesmo autor refere que “... uma bem-sucedida relação terapêutica, no mínimo, tão importante quanto o tratamento oferecido. Não é, no entanto, simplesmente uma questão de habilidade do terapeuta. Também depende do quanto o cliente participa ativamente no processo (embora alguém possa argumentar que o grau de participação seja influenciado pelas habilidades do terapeuta para promovê-la” (op.cit.p.34).

Da literatura existente o contacto com clientes é um dos principais fatores de stresse dos profissionais de saúde (Carvalho & Malagris, 2007; Gutiérrez, et al., 2004; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Ribeiro, Gomes, & Silva, 2010; Ruiz & Silva, 2009; Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2012; Silva & Gomes, 2009).

Os profissionais de saúde são uma classe que desenvolve a sua atividade profissional, nas chamadas “profissões de ajuda”, que se caracterizam pelas exigências múltiplas, que a nível físico, quer a nível psicológico (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2012, p.9). Como refere Borges et.al (2002, citados por Carvalho & Malagris, 2007, p. 212), “ajudar outras pessoas sempre foi reconhecido como objetivo nobre, mas apenas recentemente tem sido dada atenção para os custos emocionais da realização do objetivo”. Os mesmos autores referem que existe uma ténue distinção entre “envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda ao outro”, conduzindo a uma relação com os clientes repleta de “ambiguidades”. Carvalho & Malagris, 2007, pag 212). O perigo emocional advém da exposição ao sofrimento humano, que pode induzir emoções negativas no profissional de saúde, podendo conduzir, por exemplo a estados depressivos e os perigos físicos podem advir da exposição a doenças infecciosas, a substâncias tóxicas e violência de clientes, entre outros (Spector, 1999). Os resultados da nossa investigação evidenciam 91,3% dos profissionais de Terapia Ocupacional a realizar atendimento com

clientes, o que os expõem a uma das principais causas de stresse relacionada com trabalho evidenciada na literatura.

Outro aspeto é relativo ao número médio de horas de trabalho semanal. Constatase que cerca de 60% dos TOs trabalha entre 31 a 40 horas e cerca de um quarto dos respondentes, mais de 41 horas de trabalho por semana, o que representa um número bastante elevado de profissionais a trabalhar muitas horas por semana. O nº de horas de trabalho avultado tem sido apontado na literatura como um fator de stresse para os profissionais de saúde. As longas horas de trabalho estão estudadas como fator de stresse na classe médica e causa de menos qualidade no cuidar dos doentes (Firtz-Cozens, 1993; Mckee and Black, 1992, citados por Vincent, 1999, p.63). Também Fielden e Peckar (1999, citados por Sacadura-Leite & Uva, 2012), encontraram uma relação direta entre o número de horas e os níveis de stresse em alguns grupos profissionais de saúde, mesmo na presença de elevados níveis de suporte social em ambiente hospitalar.

Relativamente ao vínculo profissional, verifica-se que 43,4% da amostra dos Terapeutas Ocupacionais tem um contrato sem termo, considerando-se a situação mais estável ao nível profissional. No entanto existem 30,8% que são prestadores de serviço o que revela uma situação laboral mais instável e imprevisível. Tendo como referência o estudo de Mota (2004), verificámos que o vínculo profissional atualmente é mais frágil, já que os dados encontrados na altura, mostram 58% dos TOs como pertencendo ao quadro da instituição e apenas 9% destes profissionais possuíam contrato de avença, ou seja eram prestadores de serviço. Na conjuntura atual do País verifica-se que a relação do trabalhador com a entidade patronal é cada vez menos estável, podendo conduzir esta situação, colocando o trabalhador numa situação de maior imprevisibilidade, incerteza e segurança relativamente ao seu trabalho. O vínculo profissional também está estudado na literatura, que sugere que contratos de trabalho mais instáveis e precários podem ser causa de stresse nos trabalhadores (Cabanelas, Cruz & Gomes; Silva & Gomes, 2009).

Informação sobre o stress relacionado com o trabalho

De forma a apurarmos esta informação, colocámos quatro questões aos Terapeutas Ocupacionais: se tiveram acesso a informação sobre o stresse relacionado com o trabalho e onde a obtiveram, qual o nível de conhecimentos que achavam que têm sobre esta temática e se consideram que a falta de reconhecimento da profissão pode ser um fator de stresse. Constatámos que a maioria da nossa população não teve acesso a qualquer informação sobre o stresse relacionado com o trabalho (64,2%) e a grande maioria, 92,4% considera ter um nível de conhecimentos médio e baixo sobre o assunto. Verificou-se também que 84,2% dos TOs consideram que a falta de reconhecimento da profissão pode ser uma causa de stresse. Quanto às fontes de informação dos profissionais que responderam que sim, 61,1% referiu ter na escola, 41,7% no local de trabalho e 26,4% em outros locais, como imprensa e pesquisa laboral.

Sendo o stresse relacionado com o trabalho, a segunda maior causa de doença na Europa relacionada com o trabalho (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho, 2009), com impacto negativo na saúde do trabalhador e na organização onde este trabalha, esperaríamos que os profissionais de saúde que se encontram entre as áreas profissionais que mais sofrem com este tivessem conhecimentos sobre esta temática, nos seus vários contextos de vida, formais, não formais e informais, o que não se verificou na nossa investigação. Estes resultados demonstram por um lado que esta temática ainda é muito pouco conhecida por estes profissionais e que muito ainda existe por fazer, nomeadamente ao nível das práticas educativas, uma vez que a informação só por si não é geradora de mudanças de comportamento, ou seja não existe aprendizagem, e como destacam Carvalho & Carvalho (2006, p.19) “sem aprendizagem não há educação”.

O elevadíssimo número de anuências ao fato dos TOs considerarem que o pouco reconhecimento da profissão por outros profissionais e clientes, pode ser uma causa de stresse, também é revelador que estes profissionais sentem falhas graves relativamente à

sua identidade e reconhecimento profissional. Estes indicadores, encontram correspondência em outros estudos, como numa pesquisa recente realizada com terapeutas ocupacionais que intervêm no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade do Rio de Janeiro, na qual 24% dos profissionais de Terapia Ocupacional entrevistados apontaram a falta de reconhecimento da profissão como o principal desafio em sua prática (Carvalho, 2012).

Segundo Kielhofner (1997, citado por Carvalho, 2012, p.368), “identidade profissional é o que os membros de um grupo têm em comum e que os diferencia significativamente dos membros de outros grupos.” Ou seja a identidade profissional permite que os Terapeutas Ocupacionais tenham uma visão mais sólida da natureza e significado do seu trabalho, permitindo aos outros conhecerem mais sobre o nosso trabalho e aquilo que fazemos (Kielhofner, 1997, citado por Farinha & Silva, 2005, p. 102)

As questões relacionadas com a identidade profissional da Terapia Ocupacional, tem sido alvo de intenso debate entre os seus profissionais acompanhado a história da profissão (Carvalho, 2012; Gilfoyle, 1984; Kielhofner, 2004; Lycett, 1990). Entre os vários problemas apontados destacámos, a falta de uma definição uniforme do que é a Terapia Ocupacional, perdendo-se “*em longas definições, muitas vezes incompreensíveis*” Carvalho (2012, pp.369); dificuldades dos profissionais explicarem o que é o seu trabalho (Lycett, 1990); questionamentos relativamente ao nome da profissão (Creek, 2000 citado por Carvalho, 2012), existindo autores que defendem o desaparecimento no nome de Terapia Ocupacional da profissão (Clark et al. 1991, citado por Farinha & Silva, 2005), entre outras. As questões relacionadas com a natureza da educação e da formação inicial, onde o modelo biomédico sobressai e se reflete nas divisões académicas e de pesquisa de campo, como a de disfunção física (tratamento do corpo), disfunção psicossocial (cura da mente) e idade pediátrica e geriátrica grupos (facilitação de Desenvolvimento) (Gilfoyle, 1984) são também apontadas como causa, sugerindo-se uma mudança do sistema de valores da profissão, a preocupação com a ocupação humana e a visão holística sobre o indivíduo Kielhofner (1997) que segundo (Gilfoyle, 1984), passa obrigatoriamente pela mudança do foco educacional da profissão e por uma reestruturação de conceitos, acompanhado do desenvolvimento de competências como a capacidade de gestão, liderança e consulta que devem ser incluídas nos currículos académicos.

Contexto de trabalho

Relativamente ao local de trabalho foram colocadas duas questões aos Terapeutas Ocupacionais: qual o nível de influência deste no seu desempenho como profissional, ao qual 87,7% dos TOs consideram que os influencia muito (soma dos fatores de influencia moderadamente a extremamente), e qual a ação do local de trabalho que mais influencia o seu desempenho como profissional, das quais se destacaram o trabalho em equipa (79,8%) e a experiência quotidiana de trabalho (58,3%). Cada vez existe mais estudos que documentam a importância do espaço de trabalho como altamente formativo ao nível de experiências e de formação vivencial. Como destaca Canário (2003, p. 130), “A ação faz apelo à mobilização de um conjunto diverso de saberes, contextualizados e transformados em competências...”. Como refere Pain (1990, citado por Alves, 2008) o contexto de trabalho pode ser considerado como um espaço educativo fundamental, no qual existem muitas atividades que podem aumentar o potencial formativo das situações, dando como exemplos as relações interpessoais, as relações com a organização, o trabalho em equipa, as reuniões, entre outras.

QSPSS: Nível global de stresse e dimensões de stresse

No que se refere à observação dos valores médios e frequências do nível global de stresse e das várias dimensões avaliadas relacionadas com as dimensões de stresse experienciadas pelos Terapeutas Ocupacionais, realçamos os seguintes aspetos:

Desde logo verifica-se que o nível global de stresse que os Terapeutas Ocupacionais sentem no exercício da sua atividade profissional é alto. Cerca de 23,3% sentem a sua profissão como de bastante a elevado stresse (junção dos valores da escala de *likert* de bastante a elevado stresse) e 26,9% com moderado stresse. Desde logo estes valores justificam e fundamentam a importância deste estudo nesta classe profissional, já que cerca de um quarto dos inquiridos experiencia elevados níveis de stresse na sua prática profissional.

Analisando as dimensões de stresse que poderão indicar a origem deste problema, os resultados encontrados sugerem como principais fontes de stresse o Lidar com clientes, Relações Profissionais, Excesso de trabalho e Carreira e remuneração. Estes indicadores encontram correspondência em outras investigações, sobretudo o que diz respeito à relação com clientes, às dificuldades de trabalho em equipa, excesso de trabalho e baixos salários (Payne & Firth-Cozens, 1987; Gomes & Cruz, 1997)

Comparando com outros estudos realizados em Portugal, nomeadamente com Médicos e Enfermeiros (N=155), em 15% dos participantes a sua profissão foi sentida como muito estressante (junção dos valores *bastante stress* e *elevado stress* da escala tipo *likert*) (Silva & Gomes, 2009). Num estudo realizado com Psicólogos (Cruz & Gomes, 2004) sugerem quatro tipos de fontes de stresse nesta classe, “Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves”, “relações profissionais, excesso e sobrecarga de trabalho e carreira profissional.

Em outro estudo realizado com Fisioterapeutas, verificou-se existir uma relação significativa entre algumas fontes de pressão no emprego e a qualidade de vida dos fisioterapeutas, nomeadamente a carreira e realização, fontes intrínsecas ao trabalho; clima e estrutura da organização e interface casa trabalho. (Franco & Tavares, 2009).

O domínio da Terapia Ocupacional é “promover a saúde e a participação ao longo da vida, através do envolvimento em ocupações” (Marques & Trigueiro, 2011, p.7). Estes profissionais de saúde promovem a participação dos seus clientes de forma a estes alcançarem o máximo de independência e bem-estar. As condições de trabalho em que o Terapeuta Ocupacional desenvolve o seu trabalho, muitas vezes são inapropriadas, originando confusão nas suas funções, bem como intervenções pouco reconhecidas. (Llotd & King, 2001, citados por Gutiérrez et al., 2004) conclui que o trabalho do profissional de terapia ocupacional é especialmente stressante, já que tem de lidar com as mesmas fontes de stresse de outros profissionais de saúde, acrescidas de outras relacionadas com a natureza da profissão. As questões da identidade profissional e do pouco reconhecimento da profissão, também são apontadas por estes profissionais como um desafio à sua prática (Carvalho, 2012). Dos estudos existentes com Terapeutas Ocupacionais, sugerem elevados níveis de stresse, no reconhecimento profissional, em

lidar com clientes, baixo salário, pouca coesão no trabalho em equipa, falta de conhecimento por parte da equipa do que é a terapia ocupacional, elevado número de horas de trabalho e exposição às angústias dos pacientes (Llotd & King, 2001, citados por Gutiérrez et al., 2004).

8.2 - Apresentação e análise dos dados em função das Hipóteses e das Questões de investigação

A **Hipótese 1 (Hipóteses 1.1., 1.2. e 1.3)** testa a influência de algumas variáveis sociodemográficas, nomeadamente a Idade, Sexo e Estado civil, nas dimensões de stresse e no nível global de stresse experienciado pelos Terapeutas Ocupacionais.

Da análise realizada verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão *Relações profissionais* relativamente à idade dos participantes no estudo. Esta situação é indicativa de quanto mais idades têm os Terapeutas Ocupacionais, maior o nível de stresse sentido por estes profissionais nesta dimensão no seu local de trabalho.

A prestação do serviço em Saúde implica uma ação articulada e concorrencial de várias disciplinas do conhecimento humano e entre os diversos setores de saúde, sendo esta uma condição mínima necessária à produção da saúde, o que no seu conjunto constitui-se como uma tarefa complexa (Oliveira, 2007). As Relações profissionais no contexto de saúde têm sido nos últimos anos alvo de mais atenção, fruto da emergência e afirmação de novos grupos profissionais de saúde, nomeadamente os Terapeutas Ocupacionais, bem como dos atuais modelos de intervenção, atualmente mais ecológicos, procurando uma abordagem sistémica do indivíduo e realizados em equipa interdisciplinares de profissionais (Cavaco & Gonçalves, 2005; Carvalho, 2012; Kielhofner, 2004).

A falta de apoio dos superiores hierárquicos, conflitos interpessoais com colegas e “mau” ambiente de trabalho têm sido descritas na literatura como potenciais fontes de stresse entre os profissionais de saúde (Gomes, Cruz & Cabamelas, 2009; Serranheira, Uva, Sousa & Leite, 2009) aponta os conflitos entre profissionais, a ambiguidade de papéis como circunstâncias indutoras de stresse nos profissionais de saúde. Num estudo

realizado por (Santos & Barros, 2004), com Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (n=150), nomeadamente com Técnicos de Farmácia, Radiologistas e Fisioterapeutas, verificou-se que as competências de comunicação e a resolução de conflitos interpessoais constavam entre os fatores mais stressantes (B314, pag 6). Nos Técnicos de Fisioterapia, área profissional que podemos considerar mais próxima dos Terapeutas Ocupacionais, foram referidas como causas de maior stress, a pouca autonomia, a desorganização das equipas, o baixo reconhecimento profissional e a diferença entre de valores e objetivos destes profissionais e as hierarquias. Podemos considerar que os Terapeutas Ocupacionais têm problemas similares, nomeadamente os que se prendem com a identidade profissional, que iremos falar mais aprofundadamente, e o reconhecimento profissional dentro da equipa bem como a autonomia.

O fato de os Terapeutas Ocupacionais com mais idade apresentam um nível de stresse mais elevado nas Relações Profissionais, vai ao encontro ao estudo realizado por McIntyre, McIntyre, & Silvério (1999) com enfermeiros, que evidenciou que os enfermeiros mais velhos sentem mais stresse relativamente à ambiguidade de papéis. Existem no entanto outros estudos que apontam para resultados diferentes. Num estudo realizado com 321 profissionais de saúde mental realizado por Rebouças, Legay & Abelha (2007), verificou-se que o aumento da idade elevava o nível de satisfação e reduzia o nível de impacto do trabalho, o que sugere que a experiência aumenta a segurança nas decisões tomadas e maior controle sobre as exigências no trabalho, diminuindo o estresse. Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) e (Silva & Gomes 2009), encontraram achados que evidenciam que os profissionais de saúde mais novos parecem estar sujeitos a mais stresse, fruto do excesso de trabalho, instabilidade profissional e carreira, remuneração e status profissional.

Quanto à variável sexo e estado civil verificou-se que estes não estão relacionados significativamente com o nível de stresse global nem com as diferentes dimensões do stresse.

Relativamente à influência da variável Sexo na experiência ao stresse relacionado com o trabalho, importa primeiro destacar que de uma forma geral trabalhar está relacionado positivamente com a saúde, quer nas mulheres quer nos homens Gyllensten

& Palmer (2005). No entanto o stresse relacionado com o trabalho é um problema cada vez mais sério, e os estudos tentam perceber se os fatores stressantes os afetam de forma diferente, quer no tipo de agentes stressores, quer na sua severidade (NIOSH, 2008).

Vários investigadores, como Calais, Andrade & Lipp (2003), Cooper, Dewe & O`Driscoll (2001), Cruz & Mesquita (1988), Gomes & Cruz (2004), Melo, Gomes & Cruz, 1997, Pinto (2000) citados por Gomes, Cruz & Cabanelas (2009, p.316) tem vindo a estudar a relação entre a variável sexo e a exposição ao stresse relacionado com o trabalho tem apresentado resultados variáveis, havendo no entanto predominância dos estudos que indicam que as mulheres apresentam níveis de stresse mais elevados. Estas inconsistências nos resultados encontrados, parecem derivar de diferenças nas características da amostra e em limitações dos instrumentos que têm sido utilizados para medir o stresse relacionado com o trabalho (Spielberger & Reheiser, 1994). Gomes & Cruz, 2004) suportando-se em vários autores, destaca dois aspetos que os estudos têm indicado parecer diferenciar as mulheres dos homens: um primeiro aspeto é o de estas, além de estarem expostas ao mesmo tipo de fontes de stresse dos homens, referirem também outras causas específicas, como preconceitos profissionais, discriminação, conflitos entre a carreira profissional e a vida doméstica; o outro aspeto prende-se com o fato das mulheres relatarem maior intensidade e quantidade de stresse experienciados em situações de trabalho. Rinaldi (2007) citado por (Sadir, Bignotto & Lipp, 2010), refere-se a estudo realizado pela OMS, que revela que as mulheres no ambiente de trabalho geralmente apresentam maior stresse relativamente aos homens, quer em países emergentes quer em países desenvolvidos.

Em Portugal, num estudo com enfermeiros (n=286) no qual se procurou observar a importância de fatores individuais e familiares no stresse ocupacional, contactou-se que em todas as dimensões do QSPS existiram diferenças significativas, com as mulheres a apresentarem uma maior experiência ao stresse que os homens (Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto & Pinheiro, 2008). Em outro estudo realizado com profissionais da área da saúde, Médicos e enfermeiros, utilizando-se o mesmo questionário, os resultados encontrados foram semelhantes (Silva & Gomes, 2009). Existem no entanto outros estudos com profissionais de saúde, os quais não apresentam diferenças significativas na

experiência ao stresse em função do sexo (Frone et.al, 1995; Barnet, Brennan, 1997 citados por Spector, 1999, p.35). Num estudo realizado por Felício e Pereira (1994, citado por Lino, 2002, p.5), com 60 clínicos gerais, de três centros de saúde do distrito de Lisboa, não apresentaram diferenças significativas entre os sexos.

Quanto à variável Estado Civil, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos diferentes estados, solteiro, casado e divorciado.

Num estudo realizado por Sadir, Bignotto, & Lipp (2010) com 106 adultos, mostrou que os profissionais casados apresentaram maiores níveis de stresse. As causas prendem-se como o aumento da quantidade do número de papéis sociais que aumenta a probabilidade de se desenvolver stresse (Rocha & Debert-Ribeiro, 2001), fruto da gestão entre o trabalho e a vida família, que podem gerar mais conflitos (Simon, 1995, citado por Sadir, Bignotto, & Lipp (2010, p.79). Resultados diferentes, foram obtidos por Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto & Pinheiro (2008) com enfermeiros (n=286), em que definiu dois grupos de comparação entre solteiros e casados, concluindo-se que os solteiros experienciavam mais stress relacionado com a instabilidade profissional e a carreira e os casados, mais problemas ao nível da sua saúde física e maior vontade de abandonar a profissão.

A Hipótese 2 (Hipóteses 2.1, 2.2., 2.3. e 2.4., 2.5, 2.6.) testa a influência de alguns indicadores da situação profissional dos Terapeutas Ocupacionais, nomeadamente o grau académico, tempo de serviço, área de intervenção, contexto de trabalho, vínculo profissional e número de horas de trabalho, nas fontes de stress e no nível global de stresse experienciado pelos Terapeutas Ocupacionais.

Na análise realizada quanto à influência da variável Grau académico dos Profissionais de Terapia Ocupacional, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas com o stresse. A maioria da nossa amostra tem o grau de bacharelato e/ou licenciado (79,9%), 15,4% o grau de mestre e apenas 1,1% o grau de doutoramento. Apenas 13,4% dos Terapeutas Ocupacionais assumem cargos de Coordenação e 9,4% cargos de Docência.

Ao nível da literatura, existe alguma evidência de que os profissionais que ocupam cargos de maior responsabilidade terão maior controlo do seu trabalho, o que na literatura é considerado fator protetor de stresse profissional (Cooper, 2011). Na literatura consultada não conseguimos encontrar relação entre o grau académico, competências demonstradas e função desempenhada, no entanto o facto estarem habituados a assumir a gestão de recursos humanos e materiais, bem como a resolver problemas no quotidiano permite-lhes adquirir alguma experiência no controlo de problemas relacionados com o trabalho e/ou resultantes na relação com os outros.

Quanto ao tempo de serviço, verifica-se que este não está relacionado com o nível de stresse no seu global, nem com as suas dimensões.

Estes dados coincidem com os estudos realizados por Alves (2008) e Costa *et al.* (2011), de não existirem diferenças estatisticamente significativas na experiência de stresse relativamente aos anos de serviço. No entanto existem outros estudos que evidenciam outros resultados. Em um estudo realizado por Gomes & Silva (2009) com Enfermeiros e Médicos, verificou-se que os profissionais que trabalhavam até 5 anos de trabalho, eram mais reativos ao stresse ao nível da instabilidade profissional, remuneração e no *status* profissional que os restantes colegas, com mais anos de experiência. Outro estudo realizado com enfermeiros (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009), também se verificou que os profissionais com menos anos de trabalho, apresentavam mais stresse relacionado com a instabilidade profissional e na carreira e na remuneração.

A literatura existente sugere, que os profissionais que trabalham há mais tempo poderão exercer mais controlo sobre o seu trabalho, desenvolver mais habilidades, o que por si só pode conduzir a sentirem menos stresse no exercício da sua profissão, mas por outro lado, os profissionais mantendo-se durante muito tempo na mesma função, poderão entrar numa fase de estagnação com menor entusiasmo pela profissão, aumentando os seus níveis de stresse e *burnout* (Quirós & Labrador, 2008). Como refere Prieto *et al.* (2007, citado por Quirós & Labrador, 2008), não existe até esta altura evidência que sustente uma clara correlação entre estes fatores, devendo apurar-se

outras situações como o cargo que ocupa, remuneração, tempo despendido na mesma função, entre outros.

Relativamente à área de intervenção, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nos profissionais de Terapia Ocupacional que trabalham na área dos Distúrbios do Desenvolvimento na dimensão das *Ações de formação* ($p=.0047$), nas dimensões *Lidar com clientes* e *Problemas familiares* em técnicos de Terapia Ocupacional que trabalham na área de intervenção das Dependências e da Saúde Mental. Nesta última área de intervenção, também se encontrou uma associação positiva e estatisticamente significativa na *Carreira e Remuneração*. Estes dados sugerem que principalmente nas áreas de intervenção mais próximas da saúde mental, como sejam a área das Dependências e da Saúde Mental, os profissionais experienciam mais stresse.

Têm sido realizados diversos estudos com profissionais que trabalham na área da saúde mental, que têm indicado que este é um contexto, pela sua complexidade e especificidade, de alta vulnerabilidade e de elevada sobrecarga emocional (Santos & Cardoso, 2010). Na área da saúde mental, as exigências da relação terapêutica entre o profissional de saúde e o cliente poderão ser ainda mais elevadas que em outros contextos de saúde, pois existe um contacto interpessoal intenso com clientes com perturbações emocionais muitas vezes graves, que necessitam de muita atenção e cuidado. Moore & Cooper (1996), Rabin, Feldman, & Kaplan (1999) citados por (Santos & Cardoso (2010) destacam precisamente estes fatores específicos dos profissionais de saúde mental e que aumentam a sua vulnerabilidade ao stresse que são: o cuidar por um longo período de tempo de pessoas com transtornos mentais; a responsabilidade para com a vida do cliente; as dificuldades em estabelecer limites nas suas interações profissionais e a atenção constante aos problemas e necessidades dos clientes de uma forma não recíproca. Os resultados obtidos na nossa investigação vão de encontro a estes estudos, evidenciando-se que os profissionais de Terapia Ocupacional apresentam maiores níveis de stresse, em fatores como o tomar decisões erradas que possam ter consequências para os clientes, não corresponder aos anseios dos clientes, gestão dos problemas graves dos clientes e sentir que não há nada a fazer para ajudar a resolver os seus problemas. Moore e Cooper (1996) propõem que talvez exista uma lacuna entre as

expectativas idealizadas por estes profissionais e os efeitos na sua prática, já que na realidade as mudanças experienciadas por clientes crónicos poderão ser muito reduzidas.

No entanto outros estudos também destacou que o contacto com os clientes e com a equipa também podem ser percebidos como recompensadores pelos profissionais de saúde (McIntyre, T. M., McIntyre, S., & Silvério, J., 1999).

Relativamente aos estudos com os Terapeutas Ocupacionais que trabalham em saúde mental (De Marco, Cítero, Moraes & Nogueira-Martins, 2008), estes têm revelado que estes profissionais apresentam altos índices de stresse neste contexto devido a causas similares a outros profissionais de saúde mental bem como devido à especificidade própria da profissão (Sweeney e Nichols, 1996).

Num estudo realizado com 203 profissionais da saúde mental (De Marco, Cítero, Moraes & Nogueira-Martins, 2008), dos quais fizeram parte da amostra, médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, antropólogo, dentista e educadores, verificou-se que os terapeutas ocupacionais e assistentes sociais sentem, de forma mais exacerbada, o impacto da carga de trabalho em relação aos outros profissionais, bem como apresentaram maiores índices perturbações psiquiátricas menores. Estes autores apontam como possíveis causas a falta de reconhecimento profissional pelos outros profissionais da equipe, ideia errada por parte da equipa da profissão de terapia ocupacional, e ambiguidade em relação ao papel profissional, muitas vezes associado a outras profissões, como os fisioterapeutas. (Sweeney e Nichols (1996), num estudo realizado por profissionais de terapia ocupacional, verificaram que os que optaram por trabalhar na área da saúde mental apresentaram maiores índices de estresse, sendo os principais fatores desencadadores a constante exposição as angustias e dificuldades dos pacientes, frequente exposição aqueles que tem má qualidade de vida e resistência que muitos pacientes têm em mudar condições de vida que antes não traziam consequências desagradáveis, mas que agora contribuem para situações difíceis. No mesmo sentido, Ruiz & Silva (2009) referem que os profissionais de Terapia Ocupacional apresentam riscos para a sua saúde devido à exposição à angústia e ao comportamento difícil dos clientes, às intervenções prolongadas e com resultado incerto

De Marco, Cítero, Moraes & Nogueira-Martins (2008), chamam a atenção para o fato de um intervenção em terapia ocupacional requerer a colaboração e participação ativa do cliente, a qual poderá perdurar no tempo, principalmente na área da saúde mental.

Na literatura existente, constam também outros agentes stressores nos Profissionais de Saúde Mental, como sejam a ambiguidade da função, conflitos na equipe, a pouca valorização do trabalho, falta de reconhecimento, falta de diálogo com as chefias e pouca preocupação com a qualidade dos serviços prestados, entre outros (Macedo, 2005 citado por Santos & Cardoso, 2010; Klayne et al., 2002; Rebouças, Legay & Abelha, 2007)

Estes fatores de stresse no seu conjunto podem produzir maior tensão nas relações extraprofissionais dos Terapeutas Ocupacionais. O estudo com profissionais de saúde mental indica que a incidência de álcool por exemplo, também é elevada nestes profissionais com prejuízo para a sua vida familiar (OMS 2010a, 2010b).

Relativamente à *carreira e remuneração*, dimensão em que foram encontrados dados estatisticamente significativos, constam a falta de perspectivas no desenvolvimento e progressão na carreira e receber um salário baixo. Estes resultados também são confirmados por alguns estudos nos quais aspetos relacionados com a falta de recompensas, são frequentemente associados ao stresse nos profissionais de saúde mental (Macedo, 2005; Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi & Morosini, 2003 citados por Santos & Cardoso, 2010). A perceção por parte dos profissionais de poucas expectativas de melhoria da sua vida e de carreira, poderá ser também um fator de desmotivação e acomodação face a algumas tarefas do seu trabalho, com consequências ao nível pessoal (Jennings, 2008).

Relativamente à área dos distúrbios do desenvolvimento, o nosso estudo evidenciou que os Terapeutas Ocupacionais apresentam maior nível de stresse nas ações de formação. A área dos distúrbios do desenvolvimento, são uma área próspera relativamente aos estudos que têm surgido em grande número, bem como às mudanças que têm ocorrido ao nível das práticas de intervenção, nomeadamente a intervenção precoce, as práticas centradas na família, modelos de intervenção em equipa, entre outros. A este respeito Pereira (2009) aponta que em Portugal, um contributo muito

positivo do programa de intervenção precoce reside no facto deste ter conduzido à realização de diversas ações de formação, quer para técnicos do distrito, quer para profissionais de todo o país, constituindo-se uma mais-valia para o desenvolvimento de outros projetos de IP a nível nacional que posteriormente surgiram. As ações de formação que têm surgido nos últimos anos em Portugal são em elevado número e dirigidas a um público cada vez mais informado, o que poderá condicionar mais stresse nos profissionais de Terapia Ocupacional, quando estes são responsáveis pelas mesmas. No estudo realizado por Gomes com Médicos e Enfermeiros, as ações de formação, estão entre as dimensões mais stressantes para quem as realiza (Silva & Gomes, 2009).

Relativamente ao contexto de trabalho, verificou-se maior stresse nos técnicos de TO que trabalham em Unidades hospitalares e em Agrupamento de Escolas, ao nível de *Problemas familiares*. Os profissionais que trabalham em Clínicas de Medicina Física e de Reabilitação apresentam *Globalmente mais Stress*, bem como nas dimensões *Relações Profissionais*, *Excesso de trabalho*, *Carreira e Remuneração* e *Ações de Formação*. Os profissionais que trabalham em Unidades de Cuidados Continuados, apresentam maior stresse na dimensão *Lidar com clientes*. Os profissionais de Terapia Ocupacional que identificaram Outros locais de trabalho como CAO (Centro de Atividades Ocupacionais), Estabelecimento prisional, Apoio domiciliário, piscina, Associação de pais, consultório privado, ONG Médicos do Mundo, Colégio, Organização sem fins lucrativos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas *Ações de formação*.

Os hospitais constituem-se, como organizações de grande dimensão e de grande complexidade (Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2010). As múltiplas relações entre as diferentes disciplinas profissionais, a diversidade de utentes com diversas patologias associadas que recorrem a estes e toda a dinâmica inerente a um serviço grande de saúde, pode interferir na vida dos profissionais de saúde, provocando stresse

Em um estudo levado a cabo por Koniarek (1995, citado por Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2010), a 1023 enfermeiros de onze hospitais de Lodz, revelou que 75% destes profissionais são da opinião que devem parar de pensar nos problemas dos seus doentes no final seu turno de trabalho, mas apenas 9% referem que quase nunca o fazem, 61,5%

referem fazê-lo por vezes e muito frequentemente nos restantes 29,5%. O suporte social, está estudado como um fator protetor do stress (Lundberg & Cooper, 2011), bem como o equilíbrio entre a vida laboral e o trabalho e quando este não ocorre, o profissional poderá estar mais exposto a situações de stress (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2002). O nosso estudo vai ao encontro a estes resultados, apresentando os Terapeutas Ocupacionais elevados índices de stress relativamente à dimensão problemas familiares.

As Escolas em Portugal atualmente regem-se pelo paradigma da inclusão para todos os alunos, que se tem vindo a afirmar principalmente após a Declaração de Salamanca (1994). Nesse âmbito torna-se pertinente fazer referência ao Decreto-Lei nº 319/91, de 23 de Agosto, o qual introduziu oficialmente o conceito de necessidades educativas especiais (NEE) e estabeleceu medidas educativas, entre as quais a constituição de equipas nas Escolas com Técnicos de diferentes áreas do saber, entre os quais o Terapeuta Ocupacional. Apesar da legislação em vigor, são vários os autores que consideram que a inclusão ainda não está completamente impregnada no sistema educativo português, havendo ainda uma acentuada discrepância entre a legislação e a sua aplicação na prática, (Correia & Cabral, 1999; Sanches & Teodoro, 2007) o que poderá conduzir a sentimentos de frustração e expectativas frustradas por parte dos profissionais que trabalham nesta área. (Kauffman, 2007).

Os estudos que existem sobre o trabalho dos Terapeutas Ocupacionais nas Escolas, especificam a importância do trabalho de colaboração (Bose, & Hinojosa, 2008; Correia & Cabral, 1999; Sanches & Teodoro, 2007) e de competências específicas como a importância da comunicação, capacidade de lidar e resolver problemas, suporte das hierarquias, entre outras (Friend & Cook, 2000; Snell & Janney, 2000; Rainforth & England, 1997; Walther-Thomas, Korinek, McLaughlin, & Williams, 1999, citados por Bose & Hinojosa, 2008). Num estudo realizados nos Estados Unidos, a falta de tempo para o Terapeuta Ocupacional se reunir nas Escolas, foi considerado o fator que constituía maior pressão para estes profissionais, referindo que a maior parte das interações ocorre de forma informal, como por exemplo durante as refeições, ou antes ou depois dos horários escolares (Bose & Hinojosa, 2008). Vários estudos indicam que a falta de tempo é uma

das principais dificuldades e obstáculos para uma efetiva colaboração nas escolas (Donegan, Ostorsky, & Fowler, 1996; Nochajski, 2001; O'Shea & O'Shea, 1998; Voltz, Elliott, & Cobb, 1994, citados por Bose & Hinojosa, 2008). Outro motivo poderá prender-se com o fato de a maioria dos contratos serem a termo por um ano, não garantido a manutenção do mesmo, logo pouca estabilidade ao nível profissional que poderá condicionar a vida pessoal e a manutenção de um ciclo de amigos.

Os profissionais que trabalham em Medicina Física e Reabilitação, foram os que no nosso estudo apresentaram *Globalmente maior nível de stress*, e em cinco das seis dimensões avaliadas, que são *Relações Profissionais, Excesso de trabalho, Carreira e Remuneração e Ações de Formação*, diferenças estatisticamente significativas. Estes dados são reveladores que neste contexto de trabalho são muitas as fontes de stresse percecionados por estes profissionais. Os estudos ao nível da investigação que comparam os diferentes *settings* de intervenção quanto às potenciais fontes de stresse e nomeadamente estudos mais específicos sobre os serviços de medicina física e reabilitação, são escassos.

Iremos recorrer ao estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde, de 2008, sob o tema "*Caracterização do Acesso dos Utentes a Serviços de Medicina Física e de Reabilitação*", para nos ajudar a caracterizar estes serviços em Portugal, e desta forma tentarmos compreender estes resultados que evidenciam níveis de stress elevados. A Medicina Física e Reabilitação é uma área de especialização médica direcionada para a reabilitação do indivíduo cujo âmbito de intervenção são utentes com variados tipos de problemas como sejam lesões músculo-esqueléticas, lesões cerebrais causadas por acidentes, enfartes, lesões ortopédicas, lesões neurológicas, como a esclerose múltipla, poliomielite e esclerose lateral amiotrófica, entre outras. O utente tipo que recorre a estes serviços pode ser agrupado em três grupos: utentes mais idosos, com maior incidência de doença crónica; utentes mais jovens e em idade produtiva que fruto da alteração nos estilos de vida e evolução tecnológica apresentam situações potencialmente incapacitantes, e por último crianças com sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e do parto (Entidade Reguladora da Saúde, 2008).

Notámos, que de uma forma global a população atendida caracteriza-se por ser de elevado grau de incapacidade e cronocidade, que como já falámos é um dos principais riscos de stresse profissional e que poderá por si só justificar os elevados índices de stresse experienciados por estes profissionais, nomeadamente na dimensão *relações profissionais* (Moore e Cooper, 1996; Nogueira-Martins, Marco, Cítero, Moraes, 2008; Ruiz & Silva, 2009; Sacadura-Leite & Sousa-Uva, 2010).

A maioria dos serviços de MFR está integrada em entidades privadas, verificando-se uma desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde, cerca de 45% são Fisioterapeutas, 29% Médicos, 5% de Terapeutas Ocupacionais e 4% de Terapeutas da Fala (Entidade Reguladora da Saúde, 2008). O atual modelo de pagamento apresenta problemas, nomeadamente no fecho das convenções e relativamente ao valor dos preços tabelados (por procedimento terapêutico), francamente abaixo dos que seriam necessário (Entidade Reguladora da Saúde, 2006, p.32), assistindo-se assim à “indução artificial da procura” dos serviços de saúde, sobrecarga de trabalho para os profissionais, e baixa remuneração (Bártolo, 2009). Estes dados estão em concordância com os resultados do nosso estudo, em que se evidencia uma perceção de stresse por parte dos técnicos de Terapia Ocupacional nas dimensões *Excesso de trabalho* e *Carreira e remuneração*.

O estudo realizado sobre o Burnout com Terapeutas Ocupacionais (n=21) e Fisioterapeutas (n=19) a trabalharem em reabilitação de Traumatismo Crânio Encefálicos (head injury), indica elevados índices de exaustão emocional, aconselhando os autores do estudo, apoio a estes grupos profissionais que trabalham neste contexto (Kathleen, Mark & Brian, 1995). O mesmo estudo sugere que a pouca autoconfiança dos Técnicos e uma pobre formação de base, são apontados como fatores que podem contribuir para aumentar o stresse na tomada de decisões (Kathleen, Mark & Brian, 1995). Este último dado também poderá estar na causa do stresse experienciado por estes profissionais, e nomeadamente na dimensão *Ações de formação*, em que a exposição pública é exigida para se abordar determinada temática.

Outras situações potenciadoras de stresse e que poderão justificar estes resultados são a pouca autonomia técnica, estando diretamente depende a intervenção

de prescrição médica, falta de espaço e recursos, número de clientes elevado, contratos precários, sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos, dificuldades de um efetivo trabalho em equipa, entre outros. Estes dados podem justificar os níveis elevados de stresse nesta população. De salientar que a única dimensão que não foi evidenciada como stressante neste contexto, foi *Lidar com clientes*, que pensámos este ser um ponto positivo percecionado pelos Terapeutas Ocupacionais, já que a diversidade de clientes que existem nas clientes poderá ser desafiante e motivador.

Apesar das orientações no sentido de as equipas multiprofissionais que estão no contexto da medicina física e reabilitação trabalharem em equipa e definiram objetivos comuns centrados nos clientes, sabemos que na realidade existem muitos constrangimentos pelos motivos acima descritos, nomeadamente a falta de tempo e o excesso de clientes, dificultando o trabalho em equipa. Também a questão da pouca autonomia dos técnicos de reabilitação, o pouco reconhecimento da Terapia Ocupacional poderá condicionar e perturbar as relações em equipa.

Os profissionais que trabalham nas Unidades de Cuidados Continuados são os que indicaram sentir maior stresse, na dimensão *lidar com clientes*. As Unidades de Cuidados integrados são os cuidados de convalescença, recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas em situação de dependência. (Portal da Saúde, 2013). As unidades de cuidados continuados têm como público-alvo pessoas com dependência funcional, com doença crónica e com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. O público-alvo caracteriza-se por apresentar um elevado grau de dependência e cronocidade. O nível de dependência do cliente é considerado um fator de stresse para o profissional de saúde, e especialmente para o Terapeuta Ocupacional, que pelo âmbito da sua intervenção, que os expõem à angústia dos clientes e comportamento difícil, bem como um possível baixo nível de participação por parte do cliente, conduzindo a intervenções com resultado incerto. (Ruiz & Silva, 2009). O contacto com o doente que sofre, particularmente doentes considerados “difíceis”, ou seja, que rejeitam ou que exigem ajuda permanente pode criar estados de stresse no profissional de saúde (Sacadura-Leite & Uva, 2009).

Relativamente ao vínculo profissional, verificou-se que este não está estatisticamente relacionado com qualquer dimensão do stresse. Estes dados não vêm de encontro aos estudos que indicam que o vínculo profissional precário poderá ser motivo de instabilidade profissional, ocorrendo principalmente em pessoas mais jovens (Leiter & Harvie, 1996; Schaufeli & Buunk, 1996, citados por Silva & Gomes, 2009). Silva & Gomes, 2009, no estudo realizado com enfermeiros e médicos portugueses, apontou para os profissionais que apresentavam vínculos mais precários, apresentaram maiores problemas nas três dimensões do stresse, carreira profissional, excesso de trabalho e remuneração auferida.

Estes resultados poderão ser explicados pelas atuais circunstâncias do mundo laboral, em que o facto de se ter um trabalho, mesmo com vínculo precário, só por si é enaltecido e considerado um fator positivo. Também fazemos aqui referência ao fato de no nosso questionário um número significativo de TOs trabalhar em mais do que um local, o que corresponde a cerca de 90 profissionais, o que poderá conduzir à situação de prestadores de serviço.

Quanto ao nº de horas por semana, verificámos que quanto mais horas os Terapeutas Ocupacionais trabalham, mais stresse experienciam.

O fato dos Terapeutas Ocupacionais trabalharem muitas horas por semana, poderá ser indicador de que estes profissionais recebem salários que não vão de encontro às suas expectativas, tendo por isso de trabalhar muitas horas e recorrer a mais do que um local de trabalho (dado também constatado na nossa investigação). Um estudo português realizado com enfermeiros (Queirós, 2005, citados por Silva, 2008b), verificou que os profissionais mais inexperientes e que trabalhavam mais horas por semana, eram o que apresentavam maiores níveis de exaustão e ineficácia profissional. Fielden e Peckar (1999, citados por Sacadura-Leite & Uva, 2012), encontraram uma correlação direta entre o número de horas de trabalho e os níveis de stresse experienciados pelos profissionais, apesar da existência de elevados níveis de suporte social em ambiente hospitalar.

A **Hipótese 3 e Hipótese 4** testam a influência do acesso à informação sobre stresse relacionado com o trabalho e o nível de conhecimento dos profissionais de Terapia Ocupacional nas fontes e no nível global de stresse experienciado. Da análise realizada verificaram-se que as Hipóteses não são comprovadas, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre estas variáveis e os níveis de stresse experienciados pelos Terapeutas Ocupacionais. Constatámos que ter conhecimento sobre o stresse não é só por si um fator de proteção e prevenção do mesmo.

O primeiro dado que nós gostaríamos de reter, é que a maior parte dos Terapeutas Ocupacionais não teve acesso a informação sobre o stresse relacionado com o trabalho (N=179; 64,2%), e dos que tiveram acesso a informação (N=100; 35,8%), a maior parte foi na Escola (N=44, 61,1%), seguido do local de trabalho (N=30, 41,7%) e Outras fontes (N=19, 26,4%). Ou seja, apesar do stresse relacionado com o trabalho ser uma das condições que mais afetam a saúde dos trabalhadores e nomeadamente a dos profissionais de saúde, o seu conhecimento por parte desta categoria profissional ainda é baixo, apesar de cada vez mais surgiu informação e legislação que vai ao encontro a práticas de educação para a saúde.

A cultura de prevenção e promoção da saúde, baseada na capacitação dos trabalhadores “*empowerment*” para a melhoria da sua qualidade de vida e do seu bem-estar no trabalho, tem sido referida por várias organizações nacionais e internacionais (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007, 2008, 2009a, 2009b; OMS, 2005b, 2005c; Ministério da Saúde, 2010). Para existir esta capacitação, tem de existir envolvimento por parte dos atores e entidades que o patrocinam. As ações de educação no âmbito da saúde visam processos e experiências educacionais que têm vindo a ser reconhecidas como fulcrais no sentido de influenciar positivamente a saúde do indivíduo e comunidades.

O conhecimento sobre determinado assunto, nomeadamente no âmbito da educação para a saúde, não é só por si, indicador de que a pessoa irá utilizar essa informação em prol da sua saúde ou das dos outros. Antunes (2008, p.627) citando Serrano González (1997), alerta para o fato de que só a informação tem pouca influência na mudança de atitudes e comportamentos preventivos, pelo que os métodos tradicionais de intervenção educativa fracassaram, pois ignoraram “totalmente o

processo de formação, de autoconstrução reflexiva e crítica necessário a um processo de educação”. Ora, a informação não é um processo educativo, mas sim um instrumento valioso sensibilizador de um processo educativo (Colom, 1987), “a formação faz-se na “produção” e não no “consumo” do saber (...), a formação é sempre um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes)” (Nóvoa,1988, p.128). A mobilização de recursos para o desenvolvimento de competências, procura que informação que se adquire não vise apenas aumentar e organizar conhecimentos mas, fundamentalmente, mudar a forma de entender, expressar e viver a vida.

Os dados do nosso estudo comprovam que pelo fato de o indivíduo ter conhecimento sobre um determinado assunto, constitui por si só uma vantagem para a resolução do mesmo. Em 1990, a Fundação Europeia referia que o maior desafio para as práticas de PST, eram os níveis reduzidos de sensibilidade dos atores principais sobre estes assuntos. São escassos os estudos sobre as práticas e os resultados de programas de educação para a saúde relacionados com os profissionais de saúde.

Questões de investigação

De forma a responder às nossas questões de investigação, passaremos a discutir os dados de carácter qualitativo recolhidos neste estudo. Optámos por realizar três questões abertas no nosso questionário por considerarmos que assim obteríamos opiniões diretamente destes profissionais, logo mais originais, variadas e diversificadas. Considerámos que assim teríamos um contributo mais rico e pessoal destes profissionais. Considerando a análise dos dados, considerámos uma forte ligação entre a **Questão 1 e 3**, pelo que vamos discutir os resultados obtidos em conjunto, iniciando pela **Questão 2**.

- Competências de autorregulação para lidar com o stresse relacionado com o trabalho

A **questão 2** prende-se com a identificação por parte dos Terapeutas Ocupacionais de competências de regulação emocional que estes profissionais consideram importantes para lidar com o stresse relacionado com o trabalho.

A opção por se utilizar o termo “competência de regulação emocional”, deveu-se ao fato de se considerar que este seria familiar para os Terapeutas Ocupacionais já que faz parte do Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional. O enquadramento da prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo, 2ª edição (Enquadramento-II) é um documento referência para os Terapeutas Ocupacionais, realizado pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) e que contém um resumo de constructos teóricos que se inter-relacionam e definem e guiam a prática da terapia ocupacional. Em Portugal está a ser utilizada por várias escolas de formação inicial de Terapia Ocupacional, nomeadamente a Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto do Instituto Politécnico do Porto que o elegeram como documento de referência a ser utilizado pelos alunos e promovendo a sua divulgação e amplo uso aos futuros Terapeutas Ocupacionais Marques & Trigueiro (2011).

As competências de regulação emocional são definidas neste documento como “Ações ou comportamentos que um cliente utiliza para identificar, gerir e expressar sentimentos, enquanto se envolve ou interage com outros.” Marques, Trigueiro (2011, p.27). No mesmo documento referem-se exemplos da utilização destas competências, como “responder aos sentimentos dos outros, reconhecendo-os ou mostrando-lhes apoio; persistir numa tarefa apesar da frustração; controlar a zanga em relação a outros e reduzir os atos agressivos; recuperar de um choque ou decepção sem o demonstrar; manifestar as emoções adequadas à situação e utilizar estratégias de relaxamento de modo a lidar com eventos stressantes.” Marques, Trigueiro (2011, p.27). Considerámos que a utilização desta terminologia no nosso questionário, querendo-nos referir às estratégias de *coping* ou de gestão do stresse que os Terapeutas Ocupacionais identificam para lidar com o stresse, fazia mais sentido para esta classe profissional. De referir, que

como já mencionado no pré-teste, houve opiniões de Terapeutas Ocupacionais que assim o mencionaram.

Verificámos que as competências relacionadas com o Eu, foram as mais citadas pelos inquiridos (24,9%; UE=86) recolhendo cerca de um quarto do total das menções, bem como as competências relacionais (10,4%; UE=36) e a Vida Equilibrada (8,9%; UE=31), na categoria das COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM AS CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO. A procura de suporte social (11,3%; 39) também obteve um número muito significativo de referências (segunda subcategoria mais citada), seguida do auto-controlo (7,2%; UE=25) da resolução planeada do problema (5,5%; UE=19) e da capacidade de gerir e organizar recursos como o tempo e energia (4,6%; UE=16), na categoria COMPETÊNCIAS RELACIONADAS COM A GESTÃO DO SRT.

Um primeiro aspeto que gostaríamos de salientar, já destacado na revisão da bibliografia é de que o conceito de stresse tem sido concetualizado por diferentes especialistas (Mendes, 2002) e que a perspetiva oferecida por Lazarus e Folkman (1991), na abordagem ao stresse e aos mecanismos de *coping* são as consideradas mais abrangentes e referidas nos estudos da especialidade. Nesta perspetiva estes autores chamam a atenção para o facto de os resultados do processo dinâmico entre a pessoas e os possíveis agentes stressantes, estarem relacionados com o tipo de personalidade, contexto situacional, e também as estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com o problema. A personalidade do indivíduo e o suporte social podem tornar as pessoas mais ou menos vulneráveis ao stresse (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2000), bem como as estratégias de *coping* que atualmente são consideradas um dos principais fatores mediadores do stresse. “A vulnerabilidade individual parece ser fator mediador do impacto do estressor na estrutura psicofísica de cada um” (Lazarus, 1995, citado por Sadir, Bignotto & Lipp, 2010, p.74).

Apesar dos estudos evidenciarem que o contacto dos profissionais de saúde com os doentes trazem elevadas exigências psicológicas, muito profissionais de saúde acabam por desenvolver mecanismos de adaptação, prevenindo a ocorrência do stresse e do burnout (Schaufeli, 1999). Como referem Sacadura-Leite & Uva (2009), fatores individuais, como a personalidade ou os mecanismos preferenciais de *coping*, poderão

influenciar a avaliação de uma determinada situação por alguns profissionais de saúde, e como consequência o enfrentamento ou não de situações de stresse. A competência refere-se à capacidade em do indivíduo mobilizar um conjunto de recursos para agir numa determinada situação específica (Dias, 2010; Farias, 2009; Pires, 2003; Boterf, 1998). A mobilização de competências básicas, nomeadamente as inter e intrapessoais por parte do indivíduo, fez com que as pessoas lidem ou não de uma forma mais eficiente com potenciais fatores de stresse (Meichenbaum & Deffenbacher, citados por Grazziano & Bianchi, 2010; CE, 2000).

As competências intrapessoais são aquelas, que se referem “às capacidades para operacionalizar conhecimentos sobre o “eu”, atitudes positivas para consigo mesmo e habilidades para gerir os dinamismos intrapsíquicos, de modo a ser bem sucedido na vida pessoal. Pressupõem a promoção do potencial interior, a otimização dos recursos internos e a perceção de si mesmo. São a base das relações interpessoais e do desempenho profissional e são a fonte do bem-estar e da saúde mental...” (Jacinto, 2007, p.88) As competências relacionadas com o desenvolvimento do eu têm sido consideradas essenciais para fazer face aos desafios diários, nomeadamente às exigências no trabalho.

As competências relacionadas com o Eu foram as mais destacadas pelos inquiridos como sendo as mais essenciais de regulação emocional para lidar com o stresse. Algumas das referências foram o *autoconhecimento, autorreflexão, ter insight, ser paciente, ser tolerante à frustração, ter sentido de crítica, ter calma, ter capacidade de resolução de problemas, ter capacidade de adaptação, ter capacidade de compreensão, Saber lidar em situação de conflito, ter empatia, auto- gestão de emoções, ter confiança, autoestima, segurança, compreensão, capacidade de análise, ser frontal*, entre outras.

Outro aspeto a salientar é de que o facto de o questionário ser dirigido a profissionais de Terapia Ocupacional que vivenciam diariamente situações de trabalho, ao destacarem estas competências como as mais significativas para a gestão do stresse, são as que consideram, fruto da sua experiência vivencial quotidiana, como as mais significativas e importantes.

O autoconhecimento, competência mais destacada pelos TOs, é o “Conhecimento de si próprio, das suas características, qualidades, imperfeições, sentimentos etc; que

caracterizam o indivíduo por si próprio.” (Dicionário online português, 2013) O conhecimento de si é considerado um fator importante na gestão do stresse, pois o indivíduo fazendo uma análise da sua personalidade e características do seu comportamento, poderá “mudar” para comportamentos mais saudáveis e ajustados às diferentes situações potenciadoras de stresse (Lipp, 1999).

Como destaca Jacinto (2007, p.90), o comportamento individual depende muito do grau de consciência que a pessoa tem de si mesma e do mundo em que vive, e quanto mais realista, objetiva e diferenciada é tal consciência, tanto maior é a possibilidade de ser bem sucedido na adaptação às circunstâncias da vida, nomeadamente às potenciais situações geradoras de stresse.

Os estudos sobre stresse, destacam que determinados traços de personalidade e do comportamento podem tornar as pessoas particularmente resistentes ao stresse. Uma personalidade resistente é aquela que manifesta um bom controlo sobre os acontecimentos, um bom compromisso relativamente às diferentes áreas da sua vida e é capaz de considerar mudanças e desafios (Kobosa, 1979, Kobosa et al (1982 a e b e 1983) citado por Serra, 1988) . Pessoas mais otimistas, que interpretam acontecimentos da sua vida de forma positiva, tendem a esperar resultados positivos do seu comportamento, focando-se na resolução dos mesmos e procurando suporte social, em contraste com os mais pessimistas, que tendem a desistir na resolução dos problemas ou fingir que não ocorreram (Furhman, 2005). Também foram destacados pelos Terapeutas Ocupacionais algumas características positivas da personalidade como *ter confiança, autoestima, segurança, compreensão, motivação, frontalidade*.

Relativamente às competências relacionais (10,4%; UE=36), os Terapeutas Ocupacionais deram especial relevo à *assertividade*, que reuniu metade de todas de referências nesta subcategoria. Também foram destacadas a *capacidade de comunicação, escuta ativa, ter competências sociais adequadas e desenvolvimento de relações interpessoais*.

As competências interpessoais ou relacionais referem-se às capacidades para estabelecer relações com os outros, ter atitudes positivas e habilidades para gerir as

interações, de modo a ser bem-sucedido na vida social (Jacinto, 2007). Na sociedade atual, são muito necessárias para o confronto face à complexidade das interações.

Um dos pilares da educação é precisamente o aprender a viver junto ou aprender a viver com os outros, na qual a educação é concebida para conhecer os outros, num primeiro nível através da descoberta progressiva do outro, e num segundo nível, e ao longo de toda a vida, a participação em projetos comuns (Delors, 1996). O trabalho em equipa, as relações que se estabelecem entre colegas de trabalho, a colaboração entre os trabalhadores, o suporte das hierarquias, entre outros, são reconhecidos na literatura, como fatores de proteção ao stresse quando existem, e causa do mesmo, na sua ausência (autores).

A assertividade tem sido muito destacada na literatura, através de autores como Caballo, 1988, 1993, 1998; Castanyer, 2003; Del Prette & Del Prette, 2001, 2003, 2005; Gillen, 2001; Hundert, 1995; Monjas, 2002; Verdugo, 1997, citados por Jacinto (2007, p.109) que significa “afirmar”, expor de forma positiva o que se deseja transmitir, sem constrangimentos e sem rodeios, os seus sentimentos, opiniões e necessidades e, ainda, escutar ativamente os sentimentos, opiniões e necessidades do outro. A assertividade está muito ligada ao autoconhecimento, pois apenas as pessoas que se conhecem profundamente são capazes de se afirmar de forma madura e honesta. A assertividade foi inicialmente descrita como uma característica da personalidade em 1949, por Andrew Salter. O treino da assertividade mostrou-se eficaz para lidar com a depressão, raiva, ressentimento e ansiedade nas relações interpessoais, principalmente quando esses sintomas foram provocados por situações injustas, bem como para reduzir o stresse (Davis, Eshelman & Mckay, 1982).

O treino da assertividade tem sido descrito em vários estudos como relevante para o controlo e intervenção no stresse (Lipp, 1999). Intervenções tais como treino em assertividade, resiliência, comunicação e relacionamento interpessoal e autoestima, são dos mais difundidos na literatura para a gestão do stresse (Lin, et al. 2004; Lee & Crocket, 1994; Sauter e Murphy, 2005, citados por Grazziano & Ferraz Bianchi (2010).

As competências do Eu relacionadas com o trabalho, como a *capacidade de adaptação a diferentes situações profissionais, motivação profissional, liderança no trabalho, segurança no trabalho que desenvolve e capacidade de controlo do seu papel*, foram algumas das referências mais evidenciadas pelos Terapeutas Ocupacionais.

A motivação é um estado interior que induz uma pessoa a assumir determinados tipos de comportamentos (Silveira, Siqueira & Garcia, 2012). A motivação no trabalho tem sido destacada na literatura, existindo mesmo estudos que evidenciam uma correlação entre o nível de satisfação na vida com a satisfação no trabalho (Spector, 2006). A combinação de elevadas exigências de trabalho e elevada liberdade de decisão induz resultados psicológicos positivos, como a motivação e o desenvolvimento pessoal, visto o indivíduo ter a possibilidade de enfrentar com sucesso as fontes geradoras de stresse através da sua ação pessoal (Cunha, Rego, Cunha & Cardoso, 2004).

O estudo realizado sobre fatores de stresse em diferentes categorias profissionais, realizado por Chan, Lai, Ko & Kam, 2000, citados por Sadir, Bignotto, Lipp (2010) mostrou que os profissionais que principalmente exercem maior autonomia e controlo sobre o processo de trabalho apresentaram melhores condições de enfrentamento de situações causadoras de desgaste mental. A capacidade de liderança e segurança na tarefa desempenhada também tem sido indicada nos estudos como uma competência importante (Cunha, Rego, Cunha & Cardoso, 2004).

A opinião dos Terapeutas Ocupacionais espelha a valorização das competências transversais, nomeadamente as inter e intrapessoais, pelo elevado número de referências a competências como o desenvolvimento pessoal, capacidade de insight, autorreflexão, sentido de crítica, assertividade, capacidade de comunicação, relacionamento interpessoal, entre outras. Também considerámos que estes dados estarão na base da formação do Terapeuta Ocupacional, em que as Ciências do comportamento têm alguma preponderância nos planos de estudo, encontram-se nos programas curriculares, e tendo sido destacadas por estes profissionais (questão 1 e questão 3).

Estes dados vêm de encontro aos estudos mais recentes sobre stresse relacionado com o trabalho, onde a capacidade de tomar decisões e resolver problemas, pensamento

crítico, capacidade de gerir as suas preocupações, autoconhecimento entre outras, são consideradas como essenciais para as pessoas de uma forma eficiente lidarem com o stresse (Comissão europeia, 2000). No âmbito da educação, a valorização crescente do aprender a ser, tem sido destacado na vasta literatura, como essencial para o indivíduo fazer face aos novos desafios quer profissionais, quer pessoais nomeadamente os relacionados com a sua saúde. As ferramentas para o indivíduo agir nas diferentes circunstâncias da sua vida, passam pela contribuição da educação “para o desenvolvimento total da pessoa, espírito, corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal e espiritualidade.” (Delors, 2003, P. 97)”, que permita a construção de um “eu” competente nas várias dimensões da sua vida.

A necessidade de se desenvolver uma abordagem da educação centrada no desenvolvimento pessoal e na expressão das potencialidades das pessoas, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento do meio, é evidenciada por Honoré (*in* Josso, 1991-b, citado por Pires (2005, p.9). As propostas preconizadas pelo livro Branco, a educação de adultos, a aprendizagem ao longo da vida, são exemplos de valorização das competências pessoais conciliando-as com as competências profissionais são outro exemplo de valorização destas competências (Pires, 2005, p.51).

A vida equilibrada é a terceira subcategoria mais destacada pelos Terapeutas Ocupacionais, e uma das mais referidas nos estudos sobre a prevenção e gestão do stresse (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho, 2007; Comissão Europeia, 2012). Ter equilíbrio ocupacional entre a vida profissional e a vida pessoal, realizar atividades de lazer e de desporto, ter uma boa alimentação, foram atividades sugeridas pelos Terapeutas Ocupacionais e que são também descritos na literatura como importantes na gestão do stresse (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008; Lipss, 2009).

Considerámos que os Terapeutas Ocupacionais estão especialmente sensibilizados para a importância do equilíbrio ocupacional, já que é uma das áreas que fundamenta a ciência ocupacional e que está diretamente ligada ao bem-estar e qualidade de vida dos clientes.

Cabral et al. (2003, citado por Lentine, Sonoda, & Biazin (n.d.), p.119) afirma que “a diversão e descontração tornam-se cada vez mais importantes no combate ao estresse puramente mental, físico e psicológico”. O melhor remédio é a diversão e a descontração em que se encontra qualquer coisa que tome o lugar dos pensamentos preocupantes, para afugentá-los, e nada afasta tão eficazmente pensamentos desagradáveis quanto a concentração em pensamentos agradáveis.” O exercício físico, relaxamento, ter situações de humor, passear, ioga, entre outras são consideradas como benéficas para a prevenção e gestão do stresse (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008; Grazziano & Ferraz, 2010; Lipp, 2009; Santos & Cardoso, 2010)

A segunda categoria que sobressaiu da opinião dos Terapeutas Ocupacionais foram as **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS PARA LIDAR COM O SRT**. Tem havido um reconhecimento crescente de que o stresse é um aspeto inevitável da vida humana, que exige por parte do indivíduo a utilização de estratégias de *coping* , que podem constituir a grande diferença na experiência em lidar com stresse (Lazarus & Folkman, 1984). Ou seja, as potenciais situações indutoras de stresse apenas se constituem como um obstáculo se o indivíduo não for capaz de utilizar estratégias de *coping* no sentido de gerir essas mesmas situações (Lazarus & Folkman, 1984a). Assim os mecanismos de *coping* constituem-se como uma das principais barreiras protetoras para a prevenção do stresse, desempenhando assim um papel fulcral no processo de gestão do stresse tendo igualmente implicações ao nível do bem-estar e saúde dos indivíduos (Sheu, Lin & Hwang, 2002). No nosso estudo, os Terapeutas Ocupacionais também atribuíram elevada importância a estas competências, sendo a procura de suporte social , a subcategoria que reuniu maior número de referências.

As situações de trabalho são vivenciadas como stressantes quando as exigências do trabalho não coincidem com o conhecimento do trabalhador ou com as suas necessidades, especialmente quando os trabalhadores têm a perceção de suporte social ou de controlo do seu trabalho insuficientes. (Sacadura-Leite & e Uva, 2007). O Suporte social define-se como «a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós» (Sarason, Levine, Basham & Sarason (1983, p.127). Serra (2007), definiu-o como

sendo a quantidade e coesão das relações interpessoais que envolvem de forma dinâmica o indivíduo. Para Barrios (1999, citado por Fonseca & Moura, 2008), “ter apoio social é sentir-se cuidado, amado, querido e estimado, o que favorece e promove a autoestima de cada um, gerando uma rede social de situações, sentimentos e comportamentos bilaterais”. Para este estudo, define-se a procura de suporte social como os “esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional” para lidar com o stresse (Folkman & Lazarus, 1988). O suporte social está fortemente relacionado com a experiência de stresse (autores) e considerado um fatores preditivo de saúde. Vários autores como a Agência europeia para a segurança e saúde no trabalho, 2007; Lundber & Cooper, 2011 e Casimiro & Custódio, 2005; Cooper, 2011; Lo 2002; Pinheiro & Ferreira 2001; Seco, Pereira, Dias, Rodin e Salovey (1989); Serra, 1999; Ridder e Schreurs, 1996, citados por Ribeiro (1999) evidenciam que o suporte social contribui para o desenvolvimento pessoal do indivíduo, maior bem-estar, mais satisfação, menor risco de doenças, mais saúde e menor stresse.

Os nossos dados vão de encontro à investigação de que o suporte social é um dos fatores protetores do stresse mais utilizado pelos profissionais. McIntyre, McIntyre & Silvério (1999), num estudo que realizou, concluiu que o recurso mais utilizado pelos enfermeiros para lidar com o stresse era o apoio social, o que foi considerado justificado pelos autores do estudo como esperados, já que se encontram estes achados em outros estudos, mas também por considerarem que Portugal é um país em que os relacionamentos interpessoais são também um valor cultural. Os nossos dados também vão de encontro a estas conclusões.

Considerámos também que a própria ciência da Terapia Ocupacional, em que o indivíduo é visto como um ser holístico, incluído num contexto e num ambiente são fatores que poderão ter contribuído para a importância dada a esta dimensão.

O autocontrolo foi a segunda referência mais citada pelos Terapeutas Ocupacionais nesta categoria, sendo concetualizados como “os esforços de regulação dos próprios sentimentos e ações”. Na literatura sobre o assunto esta é também uma competência destacada como essencial na gestão do stresse, e que está subjacente características cognitivas, no sentido do indivíduo conseguir regular emoções perante

uma determinada situação de potencial stresse. A capacidade de gerir recursos como o tempo e energia, no estudo realizado por McIntyre, McIntyre & Silvério (1999) foi considerada a segunda competência que os enfermeiros mais usavam para lidar com o stresse, é essencial para uma boa gestão do stresse. A dificuldade na conciliação entre trabalho e vida profissional, está frequentemente associada às condições de organização do trabalho. No mesmo estudo, os recursos menos usados pelos enfermeiros para lidar com o stresse são a Forma Física, a Saúde Física, o Controlo de Stress, e a Resolução de Problemas, que são precisamente as estratégias para lidar com o stresse mais usadas por outros enfermeiros em outros países (Kandolin, 1993, citado por McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999). A conclusão deste autor é que esta diferença pode refletir o nível pobre de educação para a saúde em Portugal e uma falta de formação específica nestas competências por parte dos profissionais de saúde.

Também destacámos o estudo realizado sobre as competências transversais dos diplomados do ensino superior, o qual contém a perspectiva dos empregadores e diplomados, e no qual se evidenciou a forte valorização das competências transversais nomeadamente a autonomia, a adaptação à mudança, inovação, liderança, espírito crítico, motivação, entre outros Cabral-Cardoso, Estêvão & Silva (2006). Outro dado do mesmo estudo sugere que as competências básicas apesar de serem consideradas importantes por parte dos diplomados, existe um gap entre o ideal e o real, como sejam nas competências de autoconfiança, motivação, tolerância ao stresse, planeamento e organização, resolução de problemas e gestão de conflitos, ou seja apesar de serem consideradas importantes, não foram devidamente desenvolvidas na formação universitária e experiência profissional, encontrando-se abaixo do desejável. Estes indicadores enfatizam também a importância e o papel crucial que a educação tem no desenvolvimento destas competências tão fundamentais.

A **Questão 1** refere-se à identificação por parte dos Terapeutas Ocupacionais de conteúdos tidos na formação inicial que estes consideraram que os influenciaram para a prevenção do stresse relacionado com o trabalho, enquanto que a **Questão 3** pretende apurar quais os conteúdos programáticos que estes profissionais consideraram importantes e propõem para ajudar a lidar melhor com o stresse na sua prática profissional.

Optámos por discutir as questões em paralelo, evidenciando diferenças e pontos comuns entre ambas, de forma a assim mostrarmos as opiniões dos Terapeutas Ocupacionais, relativo às UC/ conteúdos que tiveram na formação inicial e as que propõem para a gestão do stresse. Pretendemos assim construir conhecimento que vá de encontro à finalidade da nossa tese, que são as propostas educativas com a participação dos TOs para a prevenção e gestão do stresse.

Um primeiro aspeto a destacar, é que as categorias CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO, ÁREAS COMPLEMENTARES (gestão do stresse) e CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL foram as que globalmente, nas duas questões recolheram maior número de referências. Outro facto é a valorização das CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO e das CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL, como áreas propostas pelos TOs para ajudar a lidar com o stresse, observando-se um aumento muito considerável de referências em ambas as categorias. Por outro lado, a categoria ÁREAS COMPLEMENTARES (gestão do stresse profissional) teve uma diminuição significativa de referências, na proposta de UC/ conteúdos dos TOs para lidar com o SRT. Outro aspeto que gostaríamos de destacar é a inclusão nas CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL de uma nova subcategoria Identidade profissional, com um razoável número de referências.

As competências desenvolvidas nas ciências de base do 1º ciclo do curso de Terapia Ocupacional, no documento que contém o Perfil de Competências do aluno do fim do curso de Terapia Ocupacional, objetiva que este profissional tenha conhecimento e compreensão sobre o desenvolvimento ao longo da vida; de como as funções e estruturas do corpo influenciam e interagem com o desempenho na atividade; como agentes internos e externos podem provocar alterações no desenvolvimento, nomeadamente nos primeiros anos de vida; o ter conhecimento do comportamento humano em sociedade, a compreensão de como os efeitos da doença e incapacidade pode ter na saúde da pessoa,

no contexto de família e na sociedade, entre outros fatores. Conteúdos curriculares como a Psicologia do desenvolvimento, Psicologia das relações interpessoais, Análise do Movimento, Sociologia, Bioética, entre outros, são conteúdos trabalhados nestas áreas (Lopes, 2004). Destacámos também o peso atribuído a estes conteúdos, no Curriculum mínimo do aluno do curso de Terapia Ocupacional, distribuindo-se as unidades de crédito de 30 a 40 ECTS para as Ciências de Base, considerando-se um total de 240 ECTS no 1º ciclo de formação graduada com duração de 4 anos. Os Terapeutas Ocupacionais destacaram-nas através de referências às unidades curriculares de psicologia/saúde mental e psiquiatria, bem como a conteúdos relacionados com o Eu, com as relações interpessoais e a vida equilibrada.

O fato desta categoria ser a que globalmente foi mais enaltecida pelos Terapeutas Ocupacionais quer na identificação de conteúdos quer na proposta para lidar com o stresse, é indicador de que estes profissionais valorizam a importância do “desenvolvimento total da pessoa — espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade”, ou seja o aprender a ser, “para melhor desenvolver a sua personalidade e estar à altura de agir com cada vez maior capacidade de autonomia, de discernimento e de responsabilidade pessoal” (Delors, 1996, p.99). A educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa, e o fato de as ciências de base, ser a categoria que reúne a maioria das referências por parte dos Terapeutas Ocupacionais, enfatiza a importância que são atribuídas a estas, para fazer face às vicissitudes da vida, e nomeadamente para lidar com o stresse.

O fato de nesta categoria os TO terem dado especial destaque às subcategorias das competências interpessoais e intrapessoais como conteúdos importantes a terem na formação inicial para lidar com o stresse, reforçam esta ideia, de que os profissionais de terapia ocupacional estão sensibilizados para a importância do aprender a ser. “Este desenvolvimento do ser humano, que se desenrola desde o nascimento até à morte, é um processo dialético que começa pelo conhecimento de si mesmo para se abrir, em seguida, à relação com o outro. (...) Neste sentido, a educação é antes de mais nada uma viagem interior, cujas etapas correspondem às da maturação contínua da personalidade. (Delors, 1996, p.101)”. O aprender a viver juntos, também é aqui enaltecido,

nomeadamente no desenvolvimento da compreensão do outro e a perceção das interdependências. As competências genéricas são atributos muito importantes na formação do Terapeuta Ocupacional e a sua eficácia advém da sua formação específica na aplicação do conhecimento no processo de intervenção associado ao desempenho ocupacional (Lopes, 2004)

Outra categoria que emergiu, e que foi referida por um considerável número de Terapeutas Ocupacionais como tendo um importante papel no lidar com o stresse nesta classe profissional, e que nos criou maior surpresa, foi a das CIÊNCIAS TERAPIA OCUPACIONAL, nomeadamente questões que se prendem com o Processo da Terapia Ocupacional, Prática da Terapia Ocupacional e Identidade da Terapia Ocupacional. O funcionamento em equipa, também foi referido, embora com menos menções nas UC/conteúdos propostos pelos Terapeutas Ocupacionais.

As CIÊNCIAS DA TERAPIA OCUPACIONAL, são a área disciplinar que tem o maior número de ECTS atribuídos no Curriculum mínimo na formação do Terapeuta Ocupacional, cerca de 100 a 120 ECTS. As competências a serem desenvolvidas pelos alunos através desta área disciplinar, constam da compreensão do processo da terapia ocupacional e as variações da mesma de acordo com os objetivos ou contexto; a compreensão dos vários papéis no desempenho do seu trabalho; a utilização de ferramentas de rastreio para determinar a intervenção no âmbito da Terapia Ocupacional, exercer uma prática com qualidade, centrada no cliente e baseada na evidência científica, avaliar contextos de desempenho ocupacional, desenvolver planos e estratégias de intervenção baseados na ocupação, demonstrar a capacidade de educar e treinar o cliente/família/outros, para facilitar competências de desempenho, ter competência de raciocínio e tomada de decisão em terapia ocupacional, na metodologia e planeamento da intervenção em terapia ocupacional, comunicar eficazmente com o cliente, entre outras, entre outros ().

O processo da Terapia Ocupacional foi a subcategoria que recolheu maior número de opiniões. “O Processo da Terapia Ocupacional é a forma como os profissionais de terapia ocupacional operacionalizam a sua proficiência para providenciar serviços aos seus clientes. O processo inclui avaliação, intervenção e monitorização dos resultados;

ocorre no âmbito do domínio; envolve a colaboração entre o terapeuta ocupacional e o cliente”. (Marques & Trigueiro, 2011, p.69). Os conteúdos desta área disciplinar, que constam do Curriculum mínimo na formação do Terapeuta Ocupacional, estão relacionados com o raciocínio e a tomada de decisão, prática baseada na evidência científica, metodologias de planeamento relação terapêutica, estágios, histórias e fundamentos da TO, entre outros. Destacam-se os modelos profissionais, introdução à profissão, a abordagem centrada no cliente, relação terapêutica; teoria da TO; Domínio das técnicas de TO, competências profissionais, entre outras.

A valorização destas competências por parte dos profissionais de TO para gerir melhor o stresse, no nosso entender, prende-se com o facto de este profissional ir buscar evidência à sua profissão para se demarcar ao nível profissional de outros profissionais, fortalecer a sua posição como profissional de saúde, ter segurança no exercício da sua profissão e adquirir uma maior identidade profissional. Gillette, N & Kilhnofner (1979 citados por Lancman, 1998), referem que qualquer profissão que se pretenda impor, tem de ter uma base técnica sólida, garantindo que as abordagens utilizadas no campo, convençam o público dos seus serviços, e que sejam confiáveis e exclusivos. Este monopólio de atribuição de competências pertence às instituições de ensino superior, que através de um curriculum que define conteúdos teóricos na área do saber, para alunos, aspirantes a profissionais (Lancman, 1998). Salientámos que o Curriculum mínimo na formação do Terapeuta Ocupacional, para a implementação de Bolonha, foi realizado com o contributo dos Coordenadores dos Cursos de TO e a APTO, salientando-se no mesmo documento que a evolução da educação superior em Terapia Ocupacional também tem evoluído, nacional e internacionalmente, balizada por organismos internacionais tais como, a World Federation of Occupational Therapists (WFOT), Comité Europeu de Terapeutas Ocupacionais (COTEC), European Network of Occupational Therapy Education (ENOTHE), American Occupational Therapy Association (AOTA) e Canadian Occupational Therapy Association (CAOT), e nacionais, como a Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais (APTO).

A prática da terapia ocupacional, também obteve um aumento de referências, como conteúdo proposto para lidar com o stresse, indicando a forte valorização da componente prática e experiencial que estes profissionais atribuem, com a maior parte das referências aos estágios, experiências nos diferentes locais de trabalho, intervenção com clientes e partilha de experiências entre profissionais e alunos.

Os estudos sobre a importância da componente prática dos cursos de saúde é crescente, bem como da valorização de práticas experienciais e de alternância, de forma a estes profissionais desenvolverem competências mais ajustadas ao seu contexto de trabalho (Canário, 2004). “A teoria e a prática juntam-se na educação clínica, a qual pretende promover um desenvolvimento em direção à prática competente” salienta-se no documento do Perfil de competências do aluno de Terapia Ocupacional (Lopes, 2004). No mesmo documento justifica-se a necessidade de mais de 1000 horas de formação em estágio do Terapeuta Ocupacional, o que vai permitir “(...) que o estudante vá aplicando em contexto real os diferentes conhecimentos adquiridos ao longo de todo o curso e aferindo a sua aprendizagem e maturidade pessoal e profissional” (Lopes, 2004, p.23)

As referências também às ciências da especialidade, remetem-nos também para a importância do “aprender a aprender” no contexto da profissão de Terapia Ocupacional, com referências à necessidade de partilha com colegas de profissão e supervisão.

Outro dado de destaque é o aparecimento da subcategoria identidade profissional, como proposta para lidar com o stresse, evidenciando bem as preocupações destes profissionais nesta área. A este respeito, lembrámos a pergunta que foi realizada a estes profissionais sobre a associação entre o reconhecimento da profissão, como possível causa de stresse, ao que a grande maioria considerou ser uma causa de stresse profissional, 84,2% de opiniões favoráveis.

Os estudos relativos à identidade profissional dos Terapeutas Ocupacionais têm-se multiplicado em vários Países e ao longo de vários anos, provavelmente desde a génese da profissão. Gilfoyle (1984), na revisão da literatura sobre a Terapia Ocupacional, destaca a identidade profissional como uma das principais áreas de preocupação da profissão, e com a qual os Terapeutas Ocupacionais ao longo da sua história têm sempre

lutado (Creek, 2000; Cooper & Wood, 2002; Kielhofner (1997) citados por Farinha & Silva (2005). Kielhofner (2004) destaca que é a identidade profissional que permite aos Terapeutas Ocupacionais além de diferenciarem o seu trabalho, terem uma visão da natureza do mesmo. Considerámos que estas são também as razões que estão na base da sua referencia por parte dos inquiridos, já que são questões alvo de preocupação por parte dos profissionais e que poderão ser causa de situações de stresse.

Quanto às ÁREAS COMPLEMENTARES (gestão do stresse), verificou-se uma diminuição das referências da UC/ conteúdos identificados e dos propostos por estes profissionais. Notámos que o relaxamento e a proteção articular foi a subcategoria mais evidenciada nos conteúdos tidos na formação inicial, obtendo poucas referências nos conteúdos propostos. Parece-nos que este facto é demonstrativo não da menor importância atribuída por parte dos profissionais relativamente a estes conteúdos, notámos que são conteúdos ministrados na formação inicial e que os TOs utilizam no exercício da sua profissão com os seus clientes, mas que pelo facto de já os dominarem e terem conhecimentos sobre os mesmos, outros conteúdos existem na abordagem ao stresse, com os quais não estão tão familiarizados.

A subcategoria que obteve mais referências relativamente à identificação de conteúdos ao nível da formação inicial para lidar com o stresse, foi Nenhum conteúdo identificado. Estes dados vão de encontro a outros estudos de que apesar de as Universidades e Politécnicos constituírem-se como “*espaços sociais estratégicos*” (Mello, Moysés & Moysés, 2010, p.684) para a promoção da saúde já que constituem grupos populacionais específicos, que perspetivam a entrada no mundo laboral, com consequente impacto na população em geral, as ações no âmbito da educação para a saúde, são praticamente inexistentes (Precioso, 2004), não obstante várias recomendações nacionais e internacionais valorizarem o papel que o ensino superior pode desempenhar na prevenção e promoção de comportamentos saudáveis, bem como apoiado a sua disseminação (OMS, 1998; UNESCO, Organização Pan-americana de Saúde,

2003). Por outro lado, e como já abordámos, os conteúdos relativos a determinado tema de saúde, podem e devem encontrar-se disseminados em outros conteúdos (), o que é traduzido no nosso questionário por exemplo pelo elevado número de referências à UC de Psicologia, Psiquiatria e Saúde Mental. Outra questão, tem a ver com o facto das competências transversais, nomeadamente as inter e intrapessoais, que foram as mais identificadas pelos TOs para ajudar a lidar com o stresse, se desenvolverem e mobilizarem em diferentes situações vivenciais, logo integradas nos vários conteúdos ministrados ao nível da formação inicial, especialmente aqueles em que os alunos tenham oportunidade de os colocar em prática, seja em situações de sala de aula, seja em situação de estágios e /ou outras.

Concluindo: as subcategorias que os Terapeutas Ocupacionais mais identificaram ao nível da formação inicial para lidar com o stresse foram, o Relaxamento e proteção articular, UC de psicologia/psiquiatria e saúde mental, Dinâmicas de grupo / Atividades de expressão dramática e Processo da Terapia Ocupacional. Relativamente às propostas por estes profissionais, foram as Relações interpessoais, Conteúdos relacionados com o Eu, Processo da Terapia Ocupacional, Prática da Terapia Ocupacional e Funcionamento em equipa.

**CAPÍTULO V - PROPOSTAS DE LINHAS ORIENTADORAS NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO: AS
CONCLUSÕES**

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Esta investigação teve como finalidade propor linhas orientadoras no âmbito da educação, para o desenvolvimento de competências dos Terapeutas Ocupacionais para lidarem melhor com o stresse profissional.

Tendo nos capítulos anteriores realizado a revisão bibliográfica pertinente para este estudo e metodologia de investigação, com as respetivas conclusões específicas, passámos a expor os principais resultados da investigação, as propostas de linhas orientadoras no âmbito da educação para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais, indicando também as principais limitações encontradas, bem como algumas sugestões para investigações futuras.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

No final desta investigação, podemos afirmar que os procedimentos metodológicos por que optámos, de natureza exploratória, qualitativa e quantitativa dos dados que apresentámos, respondem aos objetivos que nos propusemos para esta investigação. Com o contributo do profissional de Terapia Ocupacional, conseguimos apurar o nível de stresse global e principais dimensões que afetam esta classe profissional bem como conhecer e discriminar as competências que estes profissionais consideram importante desenvolver para lidar com o stresse. Propomo-nos com estes contributos apontar linhas orientadoras no âmbito da educação para serem trabalhadas aptidões ao nível da formação inicial, bem como em contexto de trabalho, embora este não fosse diretamente o alvo da nossa investigação.

Construiu-se um questionário dirigido aos Terapeutas Ocupacionais a trabalhar em Portugal, no qual consta informação pertinente para caracterizar os diferentes profissionais inquiridos, bem como o instrumento QSPSS (Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde), o qual nos permitiu conhecer o nível global de stresse, bem como as dimensões que mais atingem esta classe profissional.

Foram recebidas 279 respostas, um número bastante expressivo, tendo em conta o número total de profissionais de Terapia Ocupacional a trabalhar em Portugal.

Os resultados obtidos justificam e tornam pertinente este nosso estudo. De seguida apresentamos as principais conclusões:

- Verificámos que apesar dos nossos respondentes terem uma média de idades relativamente jovem (31,5 anos), 25,4% trabalham entre 5 e 10 anos e 31,5% tem mais de 11 anos de serviço. Cerca de 60% dos TOs trabalham entre 31 a 40 horas por semana, e cerca de um quarto dos respondentes, mais de 41 horas por semana; 32,6% trabalham em mais de dois locais diferentes. O facto da população da nossa amostra ser jovem, poderá ser indicador de as vivências pessoais e profissionais serem ainda pouco diversificadas, que poderão condicionar as respostas ao nosso questionário. No entanto considerámos que o considerável número de anos de trabalho da maioria da nossa amostra, número de horas de trabalho semanal, bem como a diversidade de locais de intervenção, poderão colmatar eventuais limitações do estudo pela amostra jovem.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

- Constatámos que grande parte da nossa população não teve acesso a qualquer informação sobre o stresse relacionado com o trabalho (64,2%) e a grande maioria (92,4%) considera ter um nível de conhecimentos médio e baixo sobre o assunto. Estas variáveis não tiveram impacto no stresse sentido por estes profissionais, o que segunda a nossa opinião reflete o pouco impacto que práticas informativas no âmbito da promoção e educação para a saúde podem ter nos indivíduos (Santos, 2000).

- Verificou-se que 84,2% dos TOs consideram que a falta de reconhecimento da profissão pode ser uma causa de stresse. Estes dados são indicadores das preocupações dos TOs relativos a esta questão, e vão de encontro à literatura que indica que os profissionais de TO além de terem de lidar com as fontes de stresse comuns a outras profissões de saúde, têm especificidades da sua própria profissão, nomeadamente questões que se prendem com o reconhecimento e identidade profissional;

- 87,7% dos TOs consideram que o local de trabalho os influencia muito no seu desempenho profissional, e as ações que mais os influenciam, é o trabalho em equipa (79,8%), a experiência quotidiana de trabalho (58,3%), o contacto com outros Terapeutas Ocupacionais (23,2%) e Ações de formação (20,2%). O processo de aprendizagem desenvolve-se ao longo da vida e o contexto profissional, espaço no qual o indivíduo despende por vezes muitas horas do seu dia, é por excelência um local onde se gere a emergência de conhecimento e de auto conhecimento. Para Canário (2000, p.43) “os contextos constituem-se elementos no processo da construção do saber, integram as características e a filosofia da organização e a inteligibilidade global do profissional, face ao contexto, torna possível pensar e agir à escala da organização, posicionando-se como um actor autónomo e criativo, no sistema social que é a sua organização de trabalho”;

- O nível global de stresse que os Terapeutas Ocupacionais sentem no exercício da sua atividade profissional é de 50,2% é alto (junção dos valores de likert de moderado a elevado stresse); e as principais dimensões de stresse que afetam esta classe profissional são: Lidar com clientes, Relações Profissionais, Excesso de trabalho e Carreira e remuneração. Considerámos que estes dados indicam claramente a necessidade deste tipo de estudos no sentido da prevenção e gestão do SRT;

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

- Dos dados do nosso questionário, o perfil do Terapeuta Ocupacional que apresenta maior risco de desenvolver stresse:

. quanto mais idade tiver, nas relações profissionais;

. na dimensão lidar com clientes e problemas familiares se intervém na área das dependências e em saúde mental e nas ações de formação, se trabalha com distúrbios do desenvolvimento;

. na dimensão problemas familiares, se trabalha em hospitais e agrupamento de escolas; mais stresse sente globalmente e nas dimensões relações profissionais, excesso de trabalho, carreira e remuneração e ações de formação nas clínicas de medicina física e reabilitação; maior stresse em lidar com clientes nas unidades de cuidados continuados e nas ações de formação se trabalha em Outros locais;

. quanto mais horas de trabalho semanal, maior o nível de stresse global sentido por estes profissionais;

- Relativamente às **competências de autorregulação emocional** identificadas pelos TOs para lidar com o stresse, verificámos que as competências relacionadas com o Eu (24,9%; UE=86), procura de suporte social (11,3%; UE=39); competências relacionais (10,4%; UE=36), vida equilibrada (8,9%; UE=31); autocontrolo (7,2%; UE=25); resolução planeada do problema (5,5%; UE=19) e capacidade de gerir e organizar recursos como o tempo e energia (4,6%; UE=16); foram as mais identificadas pelos inquiridos;

- Quanto aos **conteúdos identificados no âmbito da formação inicial** que influenciaram os TOs para prevenir o SRT, notámos que nenhum conteúdo (29,3%; UE = 60;) foi a subcategoria com mais referências, seguida de relaxamento e protecção articular (13,7%; UE=28); psicologia/Psiquiatria/Saúde mental (22,7%; UE=24), processo da TO (8,3%; UE=17); dinâmicas de grupo e expressão dramática (4,9%; UE=10) e prática da Terapia Ocupacional (4,4%; UE=9);

- As referências **aos conteúdos que os TOs sugerem para ajudar a lidar com o stresse ao nível da formação inicial**, repartiram-se nas relações interpessoais (17,5%; UE=30); conteúdos relacionados com o Eu (13,5%; UE=23); processo da Terapia Ocupacional (9,9%; UE=17); psicologia/Psiquiatria/Saúde mental (9,4%; UE=16); prática da Terapia Ocupacional (8,2%; UE=14); e gestão do SRT (7%; UE=12);

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

- Ainda no que se refere a estas últimas, chamámos a atenção à menor importância que estes profissionais atribuíram a competências específicas para lidar com o SRT, como o relaxamento e proteção articular, gestão do tempo, *coping* , relativamente às competências do Eu e relacionais. Embora estes resultados, possam ser justificados no nosso entender, em parte pelo conhecimento que estes profissionais têm sobre estes conteúdos para a sua prática profissional, já que existem nos planos de estudos dos cursos de Terapia Ocupacional, e como tal sentem já possuir conhecimentos sobre os mesmos, por outro lado o ênfase a competências relacionadas como o Eu e os outros para lidar com o SRT, é inequívoco;

- A valorização por parte dos Terapeutas Ocupacionais de conteúdos que se prendem com o Processo da Terapia Ocupacional, Prática da Terapia Ocupacional e Identidade da Terapia Ocupacional, para ajudar a lidar com o SRT, reflete a necessidade/preocupação que estes profissionais têm relativo a mais conhecimento de constructos teóricos e práticos que definem e guiam a prática da terapia ocupacional;

- Globalmente, evidencia-se um claro reconhecimento por parte dos Terapeutas Ocupacionais, quanto à importância do desenvolvimento das competências no âmbito do aprender-ser, nomeadamente as competências interpessoais e intrapessoais, adquiridas durante a formação inicial e que são suscetíveis de desenvolvimento ao longo da vida, para responder perante os desafios colocados no seu contexto de trabalho, bem como e especificamente as relacionadas com o SRT.

A saúde é a base da produtividade no trabalho, da capacidade de aprender na escola e da capacidade de crescer intelectual, física e emocionalmente (Loureiro, 2009). A saúde dos profissionais de saúde tem de ser cuidada, pelo âmbito da práxis de atuação destes profissionais, que antes de o ser, são pessoas, bem como pelas pessoas que são alvo dos seus cuidados, que se têm um profissional de saúde “doente”, os cuidados que terão, poderão não ser maximizados ao máximo.

As pessoas estão cada vez mais “stressadas” pois a grande maioria não possui conhecimento de como lidar com as fontes de pressão (Lipp, 2009). A saúde é,

progressivamente, compreendida nas suas dimensões socioeconómicas e socio-ecológicas e é atribuída cada vez maior importância à participação das pessoas, com base na evidência e nas necessidades.

“A capacitação do indivíduo para a sua saúde depende do conhecimento deste sobre o desenvolvimento humano, sobre os determinantes de saúde, sobre os agentes que podem ser prejudiciais a esta, sobre fatores de risco, entre outros o que o levará a tomar decisões que sejam favoráveis para a sua saúde de uma forma mais sustentada e informada.” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

A sociedade atual, pelas suas constantes mudanças, exige profissionais que aprendam ao longo da vida, que sejam flexíveis, polivalentes e fortalecidos interiormente para fazer face aos desafios do seu dia-a-dia, bem como aproveitar as oportunidades e potencialidades da sociedade atual. As competências básicas e a aprendizagem ao longo da vida, são conceitos extremamente associados, e que pretendem fazer a face às mudanças das sociedades atuais, que afetam os indivíduos, as organizações e as sociedades, entre outros, Enguita (2001, p.22). A aquisição de competências é feita não só ao longo do tempo, da infância até à morte, mas através de uma trajetória pessoal, social e profissional, numa multiplicidade de contextos, nos quais estas são postas em ação, em situações concretas, diretamente interligadas à formação integral do sujeito (Pires, 2005). “A educação deve contribuir para o desenvolvimento integral da pessoa que começa pelo conhecimento de si mesmo para se abrir, em seguida, à relação com o outro.” (Delors, 1996, p. 101).

A capacitação do indivíduo e participação ativa na sua saúde, tem como eixos a informação, práticas de educação para a saúde, desenvolvimento de competências, entre outras que objetiva criar condições para que os cidadãos se tornem mais autónomos e responsáveis relativamente à sua saúde, de quem deles depende (Plano Nacional de Saúde 2012-2016). O mesmo documento conclui “A educação, o comportamento e estilos de vida, entre outros, são determinantes-chave para a melhoria do estado de saúde.” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

A construção do conhecimento no ensino superior baseia-se tanto nos docentes como nos estudantes, sendo ambos principais intervenientes e elementos catalisadores do processo de ensino-aprendizagem. Segundo Tavares (2003, p.26), o professor universitário e do politécnico deverá ajudar os alunos a adquirir, autodisciplina da afetividade (emoções, sentimentos e paixões); desenvolvimento de capacidades cognitivas e metacognitivas; coerência entre o ter, o ser e o estar na vida consigo e com os outros e saber investir as suas energias de uma forma inteligente e equilibrada. Para tal o modelo ativo de ensino-aprendizagem é essencial, e também é essencial o envolvimento dos professores do ensino superior como agente determinante no sucesso académico dos alunos (Sousa, 2011).

No estudo realizado por Sousa (2011) - *Processo de Bolonha e Mudanças na Educação Superior: Um Estudo no Ensino Superior Politécnico Português*, destaca-se a necessidade dos currículos acompanharem a velocidade e as exigências atuais da sociedade do conhecimento, e não se cingirem a simples cortes nos conteúdos para se adaptarem à diminuição de horas de contacto, sendo necessário para tal “que os planos curriculares reflitam os objetivos do currículo e contribuam para a construção do saber pensar, o saber ser e estar e que culminem com o saber fazer.”

Tendo como finalidade do nosso trabalho propor algumas linhas orientadoras para a formação inicial dos Terapeutas Ocupacionais, com vista à prevenção e melhor gestão do SRT dos profissionais de Terapia Ocupacional, de seguida iremos expor algumas sugestões.

Maior relevo na formação inicial a temas relacionados com a saúde do profissional de saúde, nomeadamente o Stresse Relacionado com o Trabalho:

- Inclusão da gestão do SRT nos conteúdos curriculares do 1º ciclo do curso de TO. Esta poderia surgir como UC própria ou integrada numa mais geral, como Educação para a Saúde do Profissional de saúde, junto com outros tópicos como as lesões músculo-esqueléticas do Profissional de Saúde, também destacadas na literatura como de risco para estes profissionais.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

- Infusão desta temática no currículo de UC já existentes das áreas científicas das ciências de base, como a Psicologia, Psiquiatria, Saúde Mental, das ciências da especialidade, como Introdução à Profissão em TO; Dinâmicas de grupo; Ocupação, saúde e bem-estar; relação terapêutica, funcionamento em equipa, ética e deontológica em TO, entre outras; e nas áreas complementares, incluídas em temáticas das várias UC que constam dos planos de estudos de TO. As sugestões de inclusão dos conteúdos nestas UC advêm também da opinião dos TOs do nosso estudo.

- Sensibilização por parte de todos os Docentes dos cursos de Terapia Ocupacional do SRT, de forma a ser abordada de forma transversal nas várias UCs do curso. Esta possibilidade parece-nos ótima no sentido de conectar esta temática aos vários conteúdos ministrados nas várias UCs, mas parece-nos difícil de colocar em prática, pois, como referimos na revisão bibliográfica implica uma ação concertada de todos os atores, o que poderá não se revelar uma situação fácil de ser operacionalizada.

- Os resultados do nosso estudo, nomeadamente as dimensões de stresse que mais afetam a nossa classe profissional, Lidar com clientes, Relações Profissionais, Excesso de trabalho e Carreira e remuneração, deverão servir de mote para a partilha e discussão de estratégias entre alunos e Docentes, bem como os fatores que segundo o nosso estudo estão significativamente relacionados com o stresse, como a idade, o número de horas de trabalho, áreas e contextos de intervenção.

- As estratégias em qualquer das situações e de acordo com os pressupostos de Bolonha, devem assentar em processos de ensino-aprendizagem ativos, com participação efetiva dos professores e alunos. Para tal é crucial um rácio razoável de alunos/docente que permita um trabalho mais acompanhado e próximo. As competências desenvolvem-se e demonstram-se na ação, como tal, o trabalho de grupo, situações práticas com clientes, *role playing*, discussões e debates, são essenciais na prossecução destes objetivos.

Maior desenvolvimento de competências relacionadas com o desenvolvimento pessoal ao longo da formação inicial, que visem a formação integral do aluno

- As áreas das CIENCIAS DO COMPORTAMENTOS e CIÊNCIAS DA ESPECIALIDADE, são as áreas onde estes conteúdos poderão ser mais explorados. As dinâmicas de grupo, atividades de expressão dramática, psicodrama, técnicas de relaxamento e proteção articular, as atividades desportivas e de lazer, treino de competências sociais, desenvolvimento do eu, inteligência emocional, mediação de conflitos, estratégias de regulação emocional, trabalho em equipa, importância da vida equilibrada, promoção de estilos de vida saudável, procura de suporte social, entre outros, são muitos conteúdos já existentes no curso, que são valorizados pelos TOs e deverão ser explorados dirigidos não só para a aplicação em clientes, mas para o Eu pessoal e profissional.

- As competências básicas devem ser exploradas nos vários conteúdos ministrados na formação inicial, pelos Docentes. Para tal, torna-se necessário uma sensibilização dos Docentes para as aprendizagens relacionadas com o saber- ser, bem como a adoção de métodos mais ativos de ensino-aprendizagem, com uma participação efetiva por parte dos alunos. O método tutorial, em que exista uma relação mais próxima entre formador e formando, será um dos mais adequados para o ensino que pretende estimular a construção dos saberes próprios (Loureiro, 2009). A realização de reuniões entre os professores com o intuito da partilha e da reflexão conjunta, sobre as estratégias pedagógicas que utilizam, os métodos de ensino-aprendizagem mais eficazes, como podem ser exploradas as competências básicas nas várias unidades curriculares, poderá ser uma mais-valia para a interiorização destas por parte de todos os intervenientes.

- Para o desenvolvimento de competências na construção do indivíduo como pessoa e profissional, é essencial a vivência de situação concretas, e um bom conhecimento de si, um trabalho de descoberta pessoal (Pires, 2003). A vivência prática das competências a serem desenvolvidas pelos alunos é essencial, e muito apontada pelos Terapeutas Ocupacionais. Sugerem-se mais práticas de alternância entre o conteúdo mais teórico e a prática clínica, com maior aproximação das escolas aos locais

de trabalho e às suas reais necessidades; a partilha de experiências durante a formação entre os docentes e os profissionais em contexto profissional foi destacado no nosso questionário, bem como a existência de mais casos práticos com clientes, mais horas de estágio e aulas de preparação para estas. Os docentes devem ter menos estudantes e permanecer mais tempo junto dos mesmos, e devem ter menos locais de estágio, de forma a ser possível, desenvolver estratégias que possibilitem um acompanhamento mais próximo do processo de desenvolvimento pessoal e profissional dos contextos da prática (Abreu, 2003).

- O acompanhamento de recém-licenciados por parte das escolas, através por exemplo da promoção de reuniões periódicas de acompanhamento nos anos subsequentes à formação inicial, poderia ser uma mais-valia no sentido de dar suporte ao Terapeutas Ocupacionais recém-formados. A presença nestas reuniões de TOs com experiência em contexto de trabalho, também seria importante, no sentido de partilharem-se experiências, trocar-se informação, e poderem colmatar-se possíveis constrangimentos e dificuldades encontradas. Este tipo de iniciativas, permitiria também que os TOs recém-formados mantivessem uma maior ligação com a escola de formação inicial, e esta por sua vez um com contacto mais próximo com o contexto real de trabalho dos TOs.

- Conteúdos que vão de encontro ao reforço da identidade dos Terapeutas Ocupacionais deverão ser mais explorados com os alunos em conjunto com os contextos de trabalho e os seus profissionais. Sugestões como a constituição de legislação de procedimento inerentes à prática, marketing da TO e promoção da TO no mercado de trabalho foram referidos pelos TOs. Pensámos que ações participadas entre todos, alunos, docentes, profissionais, contextos de trabalho, escolas de ensino superior, associações é o caminho para o maior reconhecimento da profissão.

Como refere Canário (2004), num contexto de educação permanente, a educação profissional não deve ser estanque à formação inicial, nomeadamente o que diz respeito ao ensino superior, devendo acompanhar todo o percurso profissional dos indivíduos. As

fronteiras entre formação inicial e contínua esbatem-se, e o ensino superior deve preparar-se para receber um público adulto com experiência profissional, que pode recorrer a este, enquanto instituição de formação especializada e permanente, e não somente como espaço de oferta de formação inicial e esporádica de atividades de extensão educativa. Notámos que na questão realizada aos TOs das ações que estes consideravam que mais contribuem para o seu desempenho profissional no local de trabalho, não houve qualquer referência à articulação com a escola de formação inicial, indicando que os TOs não mantêm vínculos que perpetuem a sua ligação às escolas de ensino superior, o que na nossa opinião, seria uma mais-valia.

Relativamente a linhas orientadoras para o contexto de trabalho dos Terapeutas Ocupacionais, com vista à prevenção e melhor gestão do SRT dos profissionais de Terapia Ocupacional, propomos:

- Maior aproximação entre os profissionais de Terapia Ocupacional e a escola de formação inicial

- A realização de programas no âmbito da educação para a saúde, nomeadamente o SRT nas escolas de formação inicial dirigidas para os profissionais de TO, poderiam ser uma mais-valia no desenvolvimento de competências por parte destes profissionais para prevenir o SRT ou ajudar a lidar com este. A utilização dos resultados deste estudo, nomeadamente os fatores de maior risco de stresse para os profissionais de Terapia Ocupacional, podem ser um bom mote para estas ações, bem como as estratégias apresentadas por estes profissionais para a sua gestão;

- Grupos de discussão e reflexão sobre o crescimento pessoal e profissional entre profissionais de TO e as escolas de formação inicial, poderiam ser extremamente úteis e ricos quer para os alunos, quer para os profissionais, de forma a partilharem experiências de contexto de trabalho e estratégias de resolução de problemas partilhados entre todos;’.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

- Organização de *workshops* como círculos de discussão ativa para promover momentos de reflexão e partilha conjunta, mais frequentes e sistematizados, poderiam ser importantes. O convite por parte da escola a diferentes profissionais de TO que estejam a trabalhar em diferentes contextos, para partilharem, a forma como perante situações de potencial stresse, as resolveram, poderia ser muito enriquecedor. A deslocação em pequenos grupos de estudantes aos contextos de trabalho, onde estas questões fossem abordadas, também poderia ser importante, nomeadamente para os profissionais nos locais de trabalho, que poderiam ficar mais sensibilizadas relativamente a estas situações.

- Desenvolver estratégias para os profissionais de Terapia Ocupacional utilizarem em contexto de trabalho

- O trabalho em equipa é a ação que os TOs disseram contribuir mais para o seu desempenho profissional. Na ausência de uma equipa ideal, Ramminger (2005, citado por Santos & Cardoso, 2010) verificou que os indivíduos como estratégia para lidar com o stresse, procuram como fonte de suporte e partilha das dificuldades vivenciadas, um colega com quem possam dividir as suas angústias. Outra estratégia utilizada é a psicoterapia, a qual pode ser uma ação importante de suporte ao profissional, nomeadamente o profissional que trabalhe em saúde mental e com clientes com elevado grau de incapacidade e cronicidade, que exigem elevadas demandas emocionais, que os estudos sugerem particularmente em risco de sofrer stresse (Santos & Cardoso, 2010).

- A experiência quotidiana de trabalho, o contacto com outros TOs e as ações de formação também foram mencionadas por estes profissionais. As experiências vivenciais, são o contexto que suporta o desenvolvimento de competências. Os dados do nosso estudo indicam que também podem ser fonte de stresse, nomeadamente a relação com os clientes, colegas de trabalho e excesso de trabalho. A supervisão é considerada um fator de proteção do stresse e *burnout* em contexto de trabalho, constituindo-se como uma rede de apoio ao profissional (Santos & Cardoso, 2010) e também referido por alguns profissionais no nosso questionário. Poderiam ser discutidas questões técnicas do

serviço, discussões sobre o próprio trabalho, o stresse dos profissionais, as dificuldades interpessoais e as estratégias compartilhadas para o enfrentamento das situações stressoras.

- Desenvolver estratégias de como a utilização de técnicas de proteção articular, de relaxamento que englobam o controlo da respiração, meditação, yoga, musicoterapia, visualização criativa e terapia do humor, associadas a módulos educacionais que ensinam ao indivíduo como reconhecer o stresse e o *burnout*, e desenvolver estratégias de regulação emocional mais eficazes, bem como a desenvolver características de personalidade mais resistentes ao stresse são difundidas na literatura (Glanz, Rimer, Viswanath, 2008; Grazziano & Ferraz, 2010; Lipp, 2009, Nogueira-Martins, 2003, Marqués, Sáez, & Guayta, 2004; Santos & Cardoso, 2010).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

No campo das ciências sociais e humanas, a complexidade das relações causais não nos permite designar sempre cada variável como a única causa possível do aparecimento de um fenómeno em particular (Fortin, 2003), o que conduz por exemplo à coexistência de teorias diversas para explicar um mesmo fenómeno, o que já não é tão frequente nas ciências exatas. Esta singularidade das ciências sociais, “aparece indubitavelmente associado a condicionalismos que para uns é a *fraqueza* e para outros a *nobreza* do estatuto científico das ciências” (Almeida & Freire, 2000, p.21).

Uma das limitações do estudo, prende-se com a ferramenta utilizada para a recolha de dados, o questionário *online*, que por um lado é uma ferramenta que chega a um razoável número de profissionais e com taxas de retorno de respostas considerável, mas por outro, implica o acesso dos inquiridos às tecnologias, nomeadamente o acesso à internet, durante o tempo necessário para preencher o questionário, podendo não ser um recurso acessível a todos.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Apesar do nosso trabalho ter tido como foco estratégias que passam pelo contributo do profissional de Terapia Ocupacional para a gestão do SRT, sabemos que este deriva de múltiplas causas, nomeadamente as relacionadas com a Organização, também destacados no nosso questionário pelos inquiridos, nomeadamente no que se prende com as condições de trabalho, salários, relações com entidades patronais, condições físicas como equipamento e material, entre outras. A gestão e prevenção do SRT passam por uma ação concertada entre todos e em próximos estudos seria importante que os contextos de trabalho fossem incluídos, embora, no caso dos TOs, poder ser algo ambicioso, pois estes encontram-se muito dispersos em vários locais de trabalho e em reduzido número de profissionais por local.

Relativamente aos questionários utilizados neste estudo, temos também consciência de que os mesmos eram um pouco extensos, devido nomeadamente à inclusão de três questões abertas. Apesar de estarmos conscientes do risco que corríamos, e que se efetivou, pelo acentuado decréscimo de inquiridos que acederam ao questionário e que efetivamente o responderam, assumimos essa opção, por acharmos que desta forma seria mais genuína e rica a opinião dos TOs, não querendo induzir respostas. Por outro lado, a natureza das questões colocadas no nosso estudo, implicavam alguma disponibilidade, autorreflexão e tempo de resposta por parte dos inquiridos, o que poderá também ter criado constrangimentos à adesão ao estudo.

Outra limitação que nós considerámos ter existido no nosso estudo, foi o fato de não termos a opinião dos Docentes e Coordenadores dos Cursos de Terapia Ocupacional relativamente a esta temática, o que se deveu a constrangimentos de tempo por parte da investigadora. A consulta dos planos de estudo dos cursos de Terapia Ocupacional até esta altura foi outra opção ponderada, mas que se revelou impossível de ser concretizada, pelo número de mudanças já ocorridas nos planos de estudo, pela identificação das UC muitas vezes não serem representativos do seu conteúdo, pelo fato dos mais antigos planos de estudos, não estarem digitalmente disponíveis, o que tornava esta missão totalmente infrutífera.

IMPLICAÇÃO PARA A INVESTIGAÇÃO:

As inferências suscitadas pelo nosso estudo, na nossa perspetiva, são um contributo importante e pertinente para a sensibilização dos profissionais de saúde para a temática do SRT, nomeadamente os TOs, bem como para o desenvolvimento de competências nestes profissionais que os tornem mais fortalecidos pessoal e profissionalmente para lidar com os constrangimentos e desafios permanentes de trabalho.

Com este estudo percebemos que os profissionais de TO, estão de acordo relativamente à importância que as competências relacionadas com o saber-ser têm na gestão de questões relacionadas com o SRT. Relativamente ao seu desenvolvimento partimos do princípio de que as competências não técnicas se desenvolvem por processos de identificação e de socialização ao longo do percurso de vida do sujeito, e estes processos podem ser reconstruídos a partir de situações formais de educação, e em situações reais da sua existência, em contextos como a escola, a família, o trabalho, os tempos de lazer, enquadram-se na multiplicidade de contextos que constituem o meio onde os indivíduos se situam como seres biopsicossociais (Pires, 2003).

As questões relacionadas com o reconhecimento e a identidade da Terapia Ocupacional são uma preocupação da maioria dos profissionais. Pensámos que o nosso contributo, embora não tenha sido o nosso alvo de estudo, poderá ser uma mais-valia, juntamente com as ações que têm sido desenvolvidas pelas Escolas que formam Terapeutas Ocupacionais, Associações e grupos de interesse na Terapia Ocupacional.

Em todos os processos de investigação, enfrentam-se obstáculos e desafios ao longo do percurso, suscitando a necessidade de outros contributos para o desenvolvimento e crescimento da investigação, nomeadamente, o estudo da utilização e da eficácia por parte dos TOs das estratégias identificadas por estes e a realização de ações nas escolas em prol das temáticas da saúde dos profissionais de saúde, com a avaliação dos mesmos.

Contributos Educativos para evitar o stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

Por fim considerámos também que este estudo poderá servir de referência para outras profissões na área da saúde, nomeadamente as que se incluem nos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, já que apresentam uma matriz comum e como também os desafios enfrentados pelos Terapeutas Ocupacionais e as sugestões feitas, poderão servir de referência e confrontação com as das suas próprias profissões.

Concluindo, esperamos desta forma termos contribuído nesta temática atual do Stresse Relacionado com o Trabalho, especificamente na classe profissional dos Terapeutas Ocupacionais, através de uma maior sensibilização dos diferentes atores envolvidos, bem como expectando que os seus resultados e ações propostas possam ajudar os atuais e futuros profissionais de TO a prevenir e a lidar melhor com o stresse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2003). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In R. Canário (org.), *Formação e Situação de Trabalho* (147-168). Porto: Porto Editora.
- ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde (2013). Gestão de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (em linha). ACSS. Web site. Acedido Outubro 14, 2013, em <http://tdt-rhs.min-saude.pt/pages/entradaacss.aspx?ReturnUrl=%2fAPP%2fUserProcess%2fDEFAULT.ASPX>
- ACT – Autoridade para as Condições de Trabalho (2008). *Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2016*. Lisboa: ACT
- Afonso, N & Canário, R. (2008). Nota de apresentação. Educação e Saúde. In R. Canário, *Sísifo/Revista de ciências da educação*,5, 5-8.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2002). *Stress relacionado com o trabalho*. Belgium: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007). *Previsão dos perigos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho (SST)*. Belgium: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009). *Perspectivas 1 – Novos riscos emergentes para a segurança e saúde no trabalho*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Albornoz, S. (1994). *O que é trabalho?*. São Paulo: Ed. Brasiliense.
- Albuquerque, A. (1997). *Stress: causas, prevenção e controlo*. Lisboa: Texto Editora.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.

- Almeida, M. A., Gustavo L. G. & Renato, M. (2012). *Qualidade de Vida. Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo: Edições EACH.
- Amiguiño, A., Valente, A., Correia, H., Mandeiro, M.J. (2003). Formar-se no projecto e pelo projecto. In R. Canário (org.), *Formação e Situação de Trabalho* (101-116). Porto: Porto Editora.
- Amorim, C. (1999). Intervenção para autonomia de opção. In *Trajectos e projectos*. Viana do Castelo, 1, 17-21.
- Amorim, C.& Turbay, J. (1998). *Qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout*. Anais do VII Encontro Regional Sul da ABRAPSO. Curitiba, 18-20 de setembro, p. 70.
- Alves, P.V. (2008). Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho. O caso de um serviço hospitalar. In *Sisifo / Revista de Ciência da Educação*, Nº5.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência. Ultrapassa os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira D. R. (1998). *O conceito de coping: uma revisão teórica*. Estudos de Psicologia, 3 (2), 273-294.
- Antunes, M.C.P. (2008). *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Edições Almedina
- Antunes, M.C.P. (2008). Promoção e educação para a saúde: a participação comunitária como proposta Metodológica. In B. Jorge (Coord.), *Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas*, (624-631). Évora: CIEP - Centro de Investigação em Educação e Psicologia
- Appelbaum, S.H. (1981). *Stress management for health care professionals*. USA: Na Aspen Publication
- Araújo, I.M.B. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto de educação e psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Armstrong, N. (1998). *A educação para a saúde. O papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis*. Lisboa: Omniserviços, Representações e Serviços.

- Barbosa, F. (2004). *A educação de Adultos. Uma visão crítica*. Porto: Estratégias Criativas.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições Setenta.
- Barros, R. (2011). *Genealogia dos conceitos em educação de adultos: da educação permanente à aprendizagem ao longo da vida. Um estudo sobre os fundamentos político-pedagógicos da prática educacional*. Lisboa: Chiado Editora.
- Bateson, G. (1987). *Natureza e espírito*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Benavides, G.F., Ruiz-Frutos, C. & Garcia, A.M. (2004). *Salud laboral. Conceptos y Técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Madrid: Masson.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bireaud, A. (1995). *Os métodos pedagógicos no ensino superior*. Porto: Porto Editora.
- Bolis, C. L. (1999). Stress: Adaptation and Homoestasis. In WHO (Ed.) C. L. Bolis & J. Licinio, *Stress and Adaptation: From Seley's Concept to Application of Modern Formulations*, 1-78.
- Bonde, J.P. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environment Medicine*, 65 (7), 438–445.
- Bonito, J. (coord.) (2008). *Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas*. Évora: CIEP - Centro de Investigação em Educação e Psicologia
- Bose, P., & Hinojosa, J. (2008). Reported experiences from occupational therapists interacting with teachers in inclusive early childhood classrooms. *The american journal of occupational therapy*, 289-297.
- Bowers, K.S. (1973). Situationalism in psychology: an analysis and critique. *Psychological Review*, 80, 307-335.
- Bridges, W. (1995). *Mudanças nas relações de trabalho: como ser bem sucedido em um mundo sem empregos*. São Paulo: Makron Books.

- Burke, R.J., Greenglass, E.R., & Schwarzer, R. (1996). Predicting teacher burnout over time: Effects of work stress, social support, and self-doubts and its consequences. *Anxiety, Stress and Coping, 9*, 261-275.
- Byrne, B.M. (1991). Burnout: Investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary, and university educators. *Teaching and Teacher Education, 7*, 197-209.
- Cabral-Cardoso, C., Estevão, C.V. & Silva, P. (2006). *As competências transversais dos diplomados do ensino superior: Perspectiva dos empregadores e dos diplomados*. Guimarães: TecMinho/Gabinete de Formação Contínua.
- Canário, R. (1994). O professor e a produção de inovações. *Colóquio educação e sociedade, 4*, 97-121.
- Canário, R. (2000). *Educação de adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.
- Canário, R. (2001). Adultos – Da escolarização à Educação. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 35* (1), 85-100.
- Canário, R. (org.). (2003). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (2003). A “Aprendizagem ao Longo da Vida” – Análise crítica de um conceito e de uma política. In R. Canário (org.), *Formação e Situação de Trabalho* (189-205). Porto: Porto Editora.
- Canário, R. (2004). Formação profissional: problemas e perspectivas de futuro. In Lima, L.C. (org.). *Educação de Adultos. Forum III*. Unidade de Educação de Adultos. Universidade do Minho.
- Canário, R. & Cabrito, B. (2008). *Educação e formação de adultos: mutações e convergências*. Lisboa: Educa.
- Caniglia, M. (2005). *Terapia ocupacional: um enfoque disciplinar*. Belo Horizonte: Ophicina da arte e prosa.

- Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R.; Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). *O stress nos Professores Portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Carreras & J.S., Haro, A.E. (coord.) (1998). *La Educación de personas adultas: en defensa de la reflexividade crítica*. Salamanca: Amarí Ediciones.
- Carvalho, C. R. A. (2012). A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. *Saude soc.*, 21 (2), 364-37.
- Carvalho, A. & Carvalho G.S. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, J.M.C. (2003). *Ensino Superior – Modelo de gestão, mérito e responsabilização*. Lisboa: Gráfica Rolo & Filhos.
- Carvalho, L. & Malagris, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de *stress* em profissionais de saúde. *Estudos e pesquisas em psicologia*, (3), 210-222
- Cázon, R.L. *et al.* (2007). Educação para Saúde no trabalho. *Revista Digital*, Nº 112.
- Chousos, G.P. & Gold, P,W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *Jama*, 267 (9), 1244-1252. Acedido Maio 15, 2013, em https://www.researchgate.net/publication/21616289_The_concepts_of_stress_and_stress_system_disorders_Overview_of_physical_and_behavioral_homeostasis
- Clarke, S. & Cooper, C.L. (2004). *Managing the risk of workplace stress*. London and New York: Routledge.
- Coffey, L. C., Skipper, J. K. & Jung, F. D. (1988). Nurses and shift work: Effects on job performance and job-related stress. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 245-254.
- Comissão das Comunidades Europeias (1995). *Livro Branco – Ensinar e Aprender – Rumo à Sociedade Educativa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

- Comissão Europeia (2000). *Memorando sobre a aprendizagem ao longo da vida*. Bruxelas.
- Comissão das Comunidades Europeias (2002). Adaptação às transformações do trabalho e da sociedade: uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança 2002-2006. In *Comunicação da Comissão*, Comissão Europeia. Bruxelas, 11 de Mar, 2002 (1-118).
- Comissão das Comunidades Europeias (2004). *Livro Branco - Crescimento, competitividade, emprego. Os desafios e as pistas para entrar no séc. XXI*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Comissão das Comunidades Europeias (2007). Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho: estratégia comunitária para a saúde e a segurança no trabalho 2007-2012. In *Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social europeu e ao comité das regiões*. Bruxelas: Comissão Europeia.
- Comissão do Livro Branco dos Serviços de Prevenção (2001). *Livro branco dos serviços de prevenção das empresas*. Lisboa: IDICT.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127 (1), 87-127.
- Conselho Europeu de Lisboa (2000). Conclusões da Presidência - Conselho Europeu de Lisboa, 23 e 24 de Março, de 2000. Acedido a 15 de Maio, 2011, em www.europarl.eu.int.
- Correia, M. L. & Cabral, M. (1999). Práticas tradicionais da colocação do aluno com Necessidades Educativas Especiais. In M. L. Correia, *Alunos com necessidades Educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora
- Costa, M. & López, E. (1996). *Educacion para la salud. Una estratégia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cooper, C.L., & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*, 49, 11-28.

- Cooper, C. L., Sloan, S., & Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator: Management Guide*. Windsor: NFER-NELSON.
- Cooper, C. L., Dewe, P. J., & O`Driscoll, M. O. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. London: Sage.
- Costa, C. W.& Costa, D.S. (2003). *O Stress Ocupacional como Factor Interveniente na produtividade organizacional*. XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção - Brasil. Disponível em http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0404_1489.pdf
- Coutinho, I. (2003). *Atitudes dos Fisioterapeutas Face aos Padrões de Prática em Fisioterapia*. Dissertação apresentada para realização de Provas Públicas a Professor-Coordenador. ESTeSL, Instituto Politécnico de Leiria, Portugal.
- Cox, T. (1978). *Stress*. London: Macmillan.
- Cox, T. (1990). The recognition and measurement of stress: conceptual and methodological issues. In: E. N. Corlett & J. Wilson (Ed.). *Evaluation of Human Work*. London: Taylor & Francis.
- Cox, T., & Mackay, C. J. (1981). A transactional approach to occupational stress. In: E. N. Corlett and J. Richardson (Ed.). *Stress, Work Design and Productivity*. Chichester: Wiley & Sons.
- Cox, T. & Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. In C. L. Cooper, & R. Payne, *Personality and Stress*. Chichester: Wiley and Sons.
- Cox, T., & Cox, S. (1993). Psychosocial and Organizational Hazards: Monitoring and Control. *Occasional Series in Occupational Health*, N°5. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Cunha, M.P., Rego, A., Cunha, R. C. & Cardoso, C.C. (2004) – *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa: Editora Ra,.

- Cunha, R., Cooper, C. Moura, M., Reis, M. & Fernandes, P. (1992). Portuguese version of OSI: study of reliability and validity, *Stress medicine*, 8, 247-251.
- Cury, A. (2005). *Pais brilhantes, professores fascinantes*. Cascais: Pergaminho.
- D`Espinay, L. (coord). (2004). *Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional – Grupos por áreas de conhecimento-Enfermagem*: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- Davis, M., Eshelman, E. R. & McKay, M. (1982). *Manual de relaxamento e redução do stress*. São Paulo: Summus editorial.
- De Marco, P. F., Cítero, V. A., Moraes, Nogueira-Martins, L. A. (2008). O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J Bras Psiquiatr.*, 57 (3) 178-183.
- Decreto-lei nº 415/93 de 23 de Dezembro. Diário da República n.º 298/93 - I Série A. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de Agosto. Diário da República n.º 186/99 - I Série A. Ministério da Saúde.
- Decreto-lei nº 564/99 de 21 de Dezembro. Diário da República n.º 295/99 - I Série A. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei nº 99/2001 de 28 de Março. Diário da República n.º 74/2001 – I Série A. Ministério da Educação.
- Decreto-lei n.º 208/2002 de 17 de Outubro. Diário da República n.º 240/2002 – I Série. Ministério da Educação.
- Decreto-lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto. Diário da República n.º 166/ 2005 – I Série. Ministério da Educação.

- Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março. Diário da República n.º 60/2008 - I Série A. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Decreto-Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro. Diário da República n.º 176/2009 – I Série. Ministério da Administração Interna.
- Decter, M. (2000). *Four strong winds: understanding the growing challenges to health care*. Toronto: Stoddart.
- Delors, J. (1996). *Educação um Tesouro a Descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. (J. C. Eufrázio, Trad.). Porto: Asa Editores.
- DGES – Direcção Geral do Ensino Superior (2013). O processo de Bolonha (em linha). *Web site*. Site Oficial da DGES. Acedido Agosto 22, 2013, em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+de+Bolonha/>
- Dias, J. R. (1982). *A Educação de Adultos. Introdução Histórica*. Braga: CEEP – Universidade do Minho.
- Dias, J. R. (coord.) (1983). *Curso de Iniciação à Educação de Adultos*. Braga: Unidade de Educação de Adultos. Universidade do Minho.
- Dias, J. R. (1998). A Procura da Sabedoria. In J.R. Dias & F. & Araújo, (org). *Filosofia da Educação: Temas e Problemas*. Braga: CEEP – Universidade do Minho.
- Dias, J.R. (1993). Filosofia da Educação. Pressupostos, Funções, Método, Estatuto. In *Revista Portuguesa de Filosofia*, 49,3-28.
- Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.
- Direcção-Geral da Saúde (2009). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012 (Programa e protecção da saúde no local de trabalho)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health promotion. Models and values* (2ª ed.). Oxford: University Press.
- Ekehammer, B. (1974). Interactionism in personality from a historical perspective. *Psychological Bulletin*, 81.
- Enguita, M. F. (2001). *Educar en Tiempos Inciertos*. Madrid: Morata
- ENWHP-European Network for Workplace Health Promotion (1997). *Luxembourg Declaration on work place promotion*. Version of June 2005. Luxembourg November 27-28
- Erikson, H.R., Ursin, H. (2006). Stress - it is all in the brain. In B.B. Arnetz & R.Ekman (Eds), *Stress in health and disease*, 46-48. Weinheim: Willy – VCH
- Esperidião, E. & Munari, D. B. (2005). A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. Formação profissional: possibilidades para a humanização da assistência. *Maringá*, 4 (2), 163-170
- ESTeSL (Escola Superior de Tecnologia da Saúde). (2007). *ESTeSL: Um breve olhar sobre os 25 anos de Ensino e Formação*. Lisboa: ESTeSL-IPL
- Eurofound (2000). *Work-related stress*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurofound (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Agency for Safety and Health at Work (2000a). *The changing world of work*. Luxembourg: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- European Agency for Safety and Health at Work (2000b). *Research on work-related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Agency for Safety and Health at Work (2008). *Living and working in Europe*, (1-28). Acedido em Novembro 7, 2011, em <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>

European Agency for Safety and Health at Work (2009). *OSH in figures: stress at work — facts and figures*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Agency for Safety and Health at work. (2011). E-facts 46 Mental health promotion in the health care sector. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Agency for Safety and Health at Work (2013). Occupational safety and health and education: a whole school approach. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission (1999). *Guidance on work-related stress “Spice of life – or kiss of death?”* Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Comission (2012). Action plan for the EU health workforce. In *Commission staff working document: Communication from the commission to the european parliament, the council, the european economic and social committee and the committee of the regions*, European Comission.

Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2004). Burnout among teachers: Student`s and teacher`s perceptions compared. *School Psychology International*, 25 (2), 131-148.

Fabião, E. & Calado, J. (2011). *Algarve - Perfil de Saúde da Região*. Faro: Administração Regional de Saúde do Algarve.

Faculty of the UCLA School of Public Health (1992). *50 simples things you can do to save your life*. Earth Works Press.

Farber, B.A. & Miller, J. (1981). Teacher burnout: A psycho educational perspective. *Teachers College Record*, 83, 235-243.

- Faria, M.C.C.S. (1999). Educação para a Saúde no Ensino Superior. In Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L, Vilaça, M.T. Henriques, R. Lacerda, T. (2000). *Educação para a Saúde*. 2ª ed. Braga: Departamento de Metodologias de Educação. Universidade do Minho.
- Farias, C. M. & Votorino, E. V. (2009). Competência informacional e dimensões da competência do bibliotecário no contexto escolar. *Perspect. ciênc. inf*, 14 (2), 2-16.
- Farinha, A.C. & Silva, C.V. (2005). Da consciência individual à identidade colectiva: um contributo para a compreensão da identidade profissional dos Terapeutas Ocupacionais. *Re (habilitar) – Revista da ESSA*, 1, 101-129.
- Figueiredo, S.V.M. (1999). Stress em profissionais de saúde, um programa de intervenção. *Psiquiatria Clinica*, 20 (1), 51-61.
- Firth-Cozens, J. & Payne, R. (Eds.) (1999). *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*. Great Britain: Wiley.
- Fletcher, B. (1988). The epidemiology of occupational stress. In: C.L. Cooper & R. Payne (Ed.) *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Chichester: Wiley & Sons.
- Fonseca, M. J. (2001). O Ensino Politécnico em Portugal. A história recente. In: *Politécnica, Boletim Informativo do Instituto Superior Politécnico de Viseu – ISPV*, 2, p. 7-9.
- Fonseca, I. S. S. & Moura, S. B. (2008). Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicologia America Latina*, 15. Acedido em 20/9/2013 a partir de <http://psicolatina.org/15/apoio.html>
- Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fragellil T, B, O. & Shimizull, H.E. (2012). Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações. *Rev Bras Enferm*, 65 (4), 667-674.
- Franco, M. & Tavares, E. (2009). Fontes de Pressão no Emprego e Seu Potencial Impacto na Qualidade Vida de Fisioterapeutas. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da*

- Saúde*, 2 (6), 186-195. Acedido Agosto 15, 2012, em (6) 2
<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/revistasauade>
- Frenk J. et al. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 28 (2), 337-341.
- Furham, A. (2005). *The Psychology Of Behaviour At Work: The Individual In The Organisation*. (3ª ed.) Canadá: Psychology Press.
- Frydenberg, E. (1996). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Gadoti, M. (2000). Perspectivas atuais da educação. *São Paulo em perspectiva*, 14 (2), 3-11.
- Galego, M.J. (2009). *A saúde dos profissionais dos cuidados saúde primária*. Saúde e Trabalho. 7, 47-67. Acedido em Novembro 3, 2012, em <http://www.spmtrabalho.com/images/pdf/st07.pdf>
- Gavídea, V. & Rodes, M. (1996). Tratamiento de la Educación para la Salud como matéria transversal. *Alambique- Didáctica de las Ciencias Experimentales*, (9) 7-16.
- Giddens, A. (2000). *O mundo na era da globalização*. Lisboa: Celta Editora.
- Gil, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gilfoyle, G.M. (1984). Transformation of a Profession. *American Journal of Occupational Therapy*, 38, 575 – 584.
- Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. (eds.) (2008). *Health behaviour and health education, Theory, research and practice* (4ª edição). San Francisco: Jossey-Bass.
- Goleman, D. (2006). *Inteligência social. A nova ciências das relações humanas*. Barcelos: Círculo de Leitores.

- Gomes, J.P. (2009). As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, 32 (1) 84-91.
- Gomes, A.R. (1998). *Stress e burnout nos profissionais de Psicologia*. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A.R. (2010). *Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. Submetido para publicação.*
- Gomes, R. (2010b). *Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)*. Escola de Psicologia, Universidade do Minho.
- Gomes, A.R. & Cruz, J.F. (1997). Stresse ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria Investigação e Prática*, 53-71.
- Gomes, A.R.; Melo, B. & Cruz, J.F. (2000). *Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses*. In J.F. Cruz, A.R. Gomes, & B. Melo (Eds.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses (73-130)*. Braga: SHO - Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gomes, A. R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). Stresse, saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde: análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M. G. Pereira, C. Simões & T. McIntyre (Orgs.), *Actas do II congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde (2ª ed.)*, 4, 178-192. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A.R.; Cruz, J.F. & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (3), 307-318. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/9921>
- González, M.I. S. (1990). *Salud y participacion comunitária*, Madrid: Diaz de Santos.
- Grazziano, E.S. & Ferraz B.E.R. (2010). Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. *Enfermería Global*, 18, 1-20.
- Green, et al. (1980). *Health Education Planning: a diagnostic approach*. Palo Alto, Mayfield (policopiado).

- Gutiérrez, et al. (2004). Burnout in occupational therapy: an analysis focused on the level of individual and organizational consequences. *Psychology in Spain*, 8 (1), 98-105. Acedido Maio 12, 2011, em <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2004/full.asp?id=8009>.
- Gyllensten, K & Palmer, S. (2005). The role of gender in workplace stress: A critical literature review. *Health Education Journal*, 63 (3), 271-288.
- Handy, C. (1995). *A era do paradoxo. Dando um sentido para o futuro*. São Paulo: Makron Books.
- Hardly, S., Carson, J., & Thomas, B. (1998). *Occupational stress. Personal & professional approaches*. United Kingdom: Stanley Thornes.
- Hardly, S., & Thomas, B. (1998). Stress in health professions: a review of the research literature. In S. Hardly, J. Carson, & B. Thomas (Eds.), *Occupational Stress. Personal & Professional Approaches* (18–31). United Kingdom: Stanley Thornes.
- Heloani, J. R. e Capitão, C. G. (2003). Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (2) 102-108.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista portuguesa da psicossomática*, 7 (1/2), 153-162.
- Holt, R. R. (1982). Occupational stress. In: L. Goldberger & S. Breznitz (eds). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press.
- International Labour Organization – ILO (2011). *ILO introductory report: global trends and challenges on occupational safety and health : XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul Turkey, 11-15 September 2011 / International Labour Office.- Geneva: ILO, 2011 B221*
- Jardim, M.J.A. (2007). *Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico*. Dissertação de Doutoramento, Departamento de Ciências da Educação - Universidade de Aveiro, Portugal.

- Jennings, B. M. (2008). Charter 26: Work Stress and Burnout Among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. In G. H. Ronda (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (1-22). Acedido em Setembro 3, 2013, em <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/nursesfdbk.pdf>.
- Jex, S.M. & Spector, P.E. (1996). The impact of negative affectivity on stressor-strain relations: a replication and extension. *Work and stress*. 10(1), 36-45.
- Johnson, J.V. (1996). Conceptual and methodological developments in occupational stress research. An introduction to state-of-the-art reviews I. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 6-8.
- Juste, M.R.P. (2001). *La educación para la salud: Marco Teórico y desarrollo curricular*. Vigo: Tórculo Artes Gráficas.
- Kals, S. V. (1991). Assessing health risk in work setting. In H.E. Schroeder. (ed.). *New directions in health psychology assessment*. New York: Hemisphere.
- Kals, S. V. (1992). Surveillance of psychological disorders in the workplace. In Keita, G. P., Sauter, S. L., *Work and well-being: An addenda for the 1990s*. Washington: American Psychological Association.
- Kathleen C. S., Mark R. G., Brian D. (1995). Burnout in Occupational Therapists and Physical Therapists Working in Head Injury Rehabilitation. In *The American Journal of Occupational Therapy*, 49 (10) 986-993.
- Kauffman, J. A. (2007). Pode a educação especial deixar de ser especial. In J. A. Lopes, *Prespectiva crítica da educação especial em Portugal* (22-94). Braga: Psiquilibrios edições.
- Kielhofner, G. (2004). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. (3.ª ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Klayne et al. (2002). Estresse ocupacional e Síndrome de *Burnout* no exercício profissional da psicologia. *Psicologia: ciência e profissão*, 22 (2).

- Kluthcovsky, A. C. G. & Takayanagui, A. M. M. (2007). Qualidade de vida – aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava*, 1 (1), 13-15.
- Kompier, M. & Levi, L. (1994). *Stress at work: causes, effects and prevention*. Dublin: European Foundation for the Improvement of living and working conditions.
- Kompier, M. A.; Kristensen, T. S. (2003). *As intervenções em estresse organizacional*. Cadernos de psicologia social do trabalho, 6, pp. 37-58.
- Labour Education (2002). *Health and safety at work: a trade union priority*. ILO
- Lage, M. I. G. S. (2007). *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do cuidado no cuidador informal*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Lisboa.
- Lacman, S. (1998). A influência da capacitação dos Terapeutas Ocupacionais no processo de constituição da profissão no Brasil. In *Caderno de Terapia Ocupacional UFSCar*, 7 (2). 49-57.
- Larrea, C. & Plana, M. (1993). Antropologia y educación para la salud. *Rol de enfermería*, 179 (180), 65 – 69.
- Lautert, L. (1997a). O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 18 (2):133-144.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984a). Coping and adaptation. In W. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984b). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Le Boterf, G. (1998). *L'ingénierie des compétences*. Paris: Les Éditions d'Organisation.

- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Leal, M.F. (1998). *Stress e Burnout*. Porto: Bial.
- Leka, S, Griffiths, A. & Cox, T. (2003). *Work Organization & Stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Protecting Workers`. Health Series, nº3. WHO publications.
- Leka, S, Griffiths, A. & Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Génova: World Health Organisation .
- Lentine, E.C., Sonoda, T.K. & Biazin, D.T. (n.d.). Estresse de profissionais de saúde das unidades básicas do município de Londrina. *Terra e cultura*, nº 37.
- Levi, L. (1972). Stress and distress in response to psychosocial stimuli. *Acta Medica Scandinavica*, 191 (suppl.), 528.
- Levi, L., Frankenhauser, M., and Gardell, B. (1986). The characteristics of the workplace and the nature of its social demands. In: S. Wolf and A. J. Finestone (Ed.). *Occupational Stress, Health and Performance at Work*. Littleton: PSG Pub.
- Lima, L.C. (org.) (2004). *Educação de adultos – Forum III*. Braga: Universidade do Minho.
- Lima, L.C. (2006) A educação de adultos não pode estar entregue ao mercado. In *Revista Aprender ao Longo da Vida*, nº 6, 28-34.
- Lima, L.C. (2007). *Educação ao longo da vida: entre a mão direita e a mão esquerda de Miró*. São Paulo: Cortez.
- Lino, J. M. B. (2002). O stress profissional nos trabalhadores da saúde, em contexto hospitalar e a resposta do *counselling* centrado na pessoa. In *Comunicação apresentada nas I Jornadas Latinas de Abordagem Centrada na Pessoa, UAL, Lisboa, 1 Mar, 2002* (1-13).
- Lipp, M. E. N. (2009). *O stress está dentro de você*. São Paulo: Editora Contexto.

- Lopes, A.M.F (coord.) (2004). *Implementação do processo de Bolonha a nível nacional: grupos por áreas de conhecimento*.
- Lisboa, L.F. (2008). Evolução do conceito de causa e sua relação com os métodos estatísticos em Epidemiologia. *Revendo Ciências Básicas*, 6 (3), 375-377.
- Lourenço, J.M. & Guedes, M.G. (2007). *Bolonha: ensino e aprendizagem por projecto*. Lisboa: Centro Atlântico.
- Loureiro, I. (2009). Competências para promover a saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 43 (2).
- Lundberg, U. & Cooper, C.L. (2011). *The Science of Occupational Health: Stress, Psychobiology and the new World of Work*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Lycett, R. (1990). Well, what is occupational therapy: an examination of the definitions given by occupational therapists? *The British Journal of Occupational Therapy*, 54 (11) 411-414.
- Macedo, A. P. (2004). Formação e qualidade em contexto hospitalar: uma reflexão crítica. *Enfermagem*, 2ª série Julho/Dezembro, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Malagris, L. & Fiorito, A. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área da saúde. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 391-398.
- Mann, K, Gordon, J & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Adv in Health Sci Educ*, 14, 595–621.
- Marqués, F., Sáez, S. Guayta, R. (eds.). (2004). *Métodos Y medios en promoción y educación para la salud*. Barcelona: Editorial UOC.
- Marques & Trigueiro (2011). *Enquadramento da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo* (2ª ed.). Porto: Livpsic-Edições de Psicologia.
- Martín, M. S. (1985): *Educación para la salud en el médio escolar*. Madrid: Escuela Espanola.

- Martínez, A. G., Carreras & J.S., Haro, A.E. (2000). *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán Ediciones.
- Mascarenhas, F. (2000). Tempo de trabalho e tempo livre: Algumas reflexões a partir do marxismo contemporâneo. *Licere*, 3 (1) 72-89.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2ed.). Mountain View, CA: CPP.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS). *MBI Manual* (3ed., pp. 3-17). Mountain View, CA: CPP, Inc.
- Matos, I.B., Toassi, R.F.C, Oliveira, M. C. (2013). Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações, In *Athenea Digital*, 13 (2), 239-244.
- Matos, E. Pires, D. (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor da saúde e em enfermagem. *Texto e Contexto enfermagem*, 15 (3), 508 – 514.
- Matos H.S. (1999). *Estudo do Síndrome do Burnout entre os Profissionais de Saúde num Hospital Geral*. *Psiquiatria Clínica*, 125-138.
- McGrath, J.E. (1976). Stress and behavior in organizations. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand McNally.
- McIntyre, T. M. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2 (7), 193-200.
- McIntyre, T. M., McIntyre, S., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 17 (3), 513 - 527
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1997). Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde e do Ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e prática*, 2 (1), 53-57.

- Melo, B. T.; Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1999). *Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia*. Vol. VI (pp. 596-603). Braga: APPORT - Universidade do Minho.
- Mello, A. L. S. F., Moysés, S.T. Moysés, S.J. (2010). A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Comunicação Saúde Educação*, 14 (34), 683-692.
- Migott, A. M. B. (2001). Cuidado construtivo: desvelando questões existenciais entre o agir ético e o técnico. *Série Enfermagem*, 4.
- Milner, P. Palmer, S. (1998). *Integrative Stress Counselling: A Humanistic Problem-Focused Approach*. London: Sage Publications Company.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2 v. - Vol. I - Prioridades, 1-88.
- Ministério da Saúde (2003). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*, Acedido em Junho 3 em http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf
- Ministério da Saúde, Administração Regional da Saúde e Lisboa do Vale do Tejo, IP, Departamento de Saúde Pública (2010). *Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde*. Lisboa.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) (2008). *A estratégia Nacional para a Saúde e Segurança no trabalho 2008-2012*. ACT.
- Miralles P.M. & Valverde, M.A.T. (coord.) (2007). *Terapia Ocupacional: una perspectiva histórica. 90 años após su creación*. Acedido em Janeiro 3, 2012, em www.revistatog.com.

- Moore, K. A. & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82-89.
- Moreira, M. C. A. P. (2010). *O paradoxo em tecnologias de saúde, da racionalidade paramétrica à racionalidade estratégica*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Gestão, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Morrison J. R. (2011). (Re)conociendo a las fundadoras y “madres” de la terapia ocupacional. Una aproximación desde los estudios feministas sobre la ciência. *TOG. A Coruña*
- Mota, A. (2004). *O estado da Terapia Ocupacional em Portugal*. Dissertação de licenciatura. Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, Porto.
- Motta, L. B. & Aguiar, A. C. (2007). Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 12 (2), 363-372.
- Moura, M.C. (2006). Mudanças na gestão dos sistemas de saúde - o modelo canadiano. *J Port Gastrenterol*, 13, 105-110.
- Navarro, M.F. (1995). Educação para a Saúde e Profissionais de Saúde Comunitária. In *Revista Portuguesa Comunitária*, nº4.
- Navarro, M.F. (1999). Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos fundamentais para novas práticas. In *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Navarro, M.F. (2000). Educar para a Saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso, F., Viseu, L. Dourado, M.T. Vilaça, R. Henriques & T. Lacerda (Eds.), *Educação para a saúde* (13-28). Braga: Departamento de Metodologias da Educação Universidade do Minho.
- Navarro, S. (2004). *Redes sociales Y construcción comunitária*. Madrid: CCS.

- Neto, F. (1993). Satisfaction with life among Portuguese adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-134.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características da personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) (1988) .*Psychosocial Occupational Health*. Washington, DC.: National Institute of Occupational Safety and Health.
- NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) (1999). *Stress at Work*, Publication nº 99 –101.
- NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) (2002). *The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People*. Columbia Parkway: Official Business
- NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health) (2008). *Exposure to Stress Occupational Hazards in Hospitals*. Columbia Parkway: Official Business
- Nogareda, C., et al. (2007). *Perspectivas de intervención en riesgos psicosociales. Medidas preventivas*. Barcelona: Forment fel Trabalho Nacional
- Nóvoa, A. (2009). Educação 2021: para uma história de futuro. *Revista Iberoamericana de educación*, 1-18.
- Nogueira, A. (1996). *Para uma educação permanente à roda da vida*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Nogueira-Martins, L.A. (2003). Saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1 (1) 56-68.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2012). *Relatório de Primavera 2012. Crise & saúde um país em sofrimento*.
- OMS, (1948). WHO definition of Health (em linha). World Health Organization. Acedido Junho 8, 2010, em <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

- OMS, (1978). *Declaração de Alma-Ata. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS.
- OMS, Ministério da Saúde (1985). *As metas da saúde para todos*. Lisboa: artes gráficas.
- OMS, (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Cuidados Primários de Saúde*. Ottawa, Canadá
- OMS, (1988). *Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Adelaide, Austrália.
- OMS, (1991). *Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Sundsvall, Suécia.
- OMS, (1997). *Declaracion de Yacarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI. Adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud*, Yacarta.
- OMS, (1998). *Declaração de Tokyo*. Acedido a 15 Maio 2013, em <http://www.workhealth.org/news/tokyo.html>.
- OMS, (2000a). *Plano Europeo de Actuación sobre Alcohol. 2000-2005*. Madrid: Ministério de Sanidad Y Consumo.
- OMS, (2000b). *Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, México.
- OMS, (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo . A saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Edição em português. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- OMS, (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, São Paulo: Editora Universidade de São Paulo.
- OMS, (2004). *Work Organization and Stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade unions representatives. Protecting Workers' Health series 3*. Geneva: World Health Organization (WHO). Acedido Outubro 3, 2012, em http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehestress.pdf

- OMS, (2005a). *Mental Health: facing the challenges, building solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference. Geneva: World health organization.
- OMS, (2005b). *Mental Health policies and programmes in the work place*. Geneva: World health organization.
- OMS, (2005c). *Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Bangucoque, Tailândia.
- OMS, (2007). Raising Awareness of Stress at Work in Developing Countries. A modern hazard in a traditional working environment. *Protecting Workers' Health Series 6*. Geneva: World Health Organization (WHO). Acedido Maio 19, 2011, em http://www.who.int/occupational_health/publications/raisingawarenessofstress.pdf.
- OMS, (2007). Worker`s health global plan of action. In *Sixtieth world health assembly*. 23 de Maio, 2007, Disponível em http://www.ttl.fi/en/international/organizations/Documents/WHO_health_assembly_en_web.pdf.
- OMS, (2010a). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Geneva: WHO Press.
- OMS, (2010b). *Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times*. Copenhagen: Press WHO Regional Office for Europe.
- OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) (1995): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*. 41 (10) 403-409.
- OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF Group), (1998a). Development of the World Health Organization. Quality of Life Assesmen. *Psychol Med*, 28, 551-8.
- OMS. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL Group), (1998b). The world health organization quality of life assessment. Development and general psychometric propertirs. *Soc Sci Med*, 46, 1569-1585.

- Organización Panamericana de la Salud, Grupo de Determinantes de la Salud y Promoción de la Salud & Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (2009). Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. In *El Compromiso Social de las Universidades: Documento de Trabajo Desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud*, Pamplona, 7-9 de Out, 2009.
- Oliveira, C. C. (2002). Perspectivas holistas na educação para a saúde. *Revista galego-portuguesa de Psicologia e Educación*, 6 (8).
- Oliveira, S.G. (2001). Protecção Jurídica à saúde do Trabalhador. *Revista, ampliada e actual*. (3ª ed.). São Paulo: LTr.
- Oliveira, C. (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Oliveira, T.R.B. (2007). Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde. *Rev. Saúde*, 3 (1) 20-27.
- Padilla, F. M. G. & Haro, M. D. G. (2000). Estudios descriptivos, in: A.F. Osuna, (org.). *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Pais-Ribeiro, J. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. In *Análise Psicológica*, 4 (9), 491-502.
- Pereira, I.D. F. & Lages, I. T. (2013). Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. *Trab. educ. saúde*, 11 (2) 319-338.
- Perrenoud, P. (2001). *Porquê construir competências a partir da escola?* Porto: Asa.
- Perrenoud, P. (2002). *A prática Reflexiva no Ofício do Professor: Profissionalização e Razão Pedagógica*. Porto Alegre: Artmed.
- Pinheiro, E.F.C., Lopes, M.L.S., Ohira, R.H.F. & Nicoletto (2003). Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. Estudos, reflexões e experiências em educação profissional na saúde. *Formação*, 8, 1-98.

- Pinto, A.M.; Lima, M. L.; & Silva, A. L. (2005). *Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping en profesores portugueses*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 21, 125-143.
- Pires, D. A. (1999). A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: M. T. Leopardi, et al., *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Ed. Papalivros.
- Pires, A.L.O. (1995). *Desenvolvimento pessoal e profissional um estudo dos contextos e processos de formação das novas competências profissionais*. Dissertação de mestrado, Secção autónoma das ciências sociais aplicadas ciências de educação, Faculdade de ciências e tecnologia, Universidade Nova de Lisboa.
- Pires, A.L.O. (2005). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016, (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (em linha) Ministério da Saúde Web site. Acedido Agosto 3, 2013, em <http://pns.dgs.pt/>
- Pocinho, M.; Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35 (2), 351-367.
- Portal da Saúde (2013). Cuidados continuados integrados (em linha). *Portal da Saúde Web site*. Acedido Outubro, 2, 2013, 3m <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/cuidados+continuados/cuidados+continuados.htm>.
- Portaria n.º 18523 de 12 de Junho. Diário da República. n.º 135/61 – I Série. Ministério da Saúde e Assistência,
- Portaria n.º 22034 de 4 de Junho. Diário da República n.º 131/66 – I Série. Ministério da Saúde e da Assistência.
- Portaria n.º 505-D /99 de 15 de Julho. Diário da República n.º 163/1999 - 2.º Suplemento, I Série B. Ministério da Educação e da Saúde.

- Portaria nº 3/2000 de 4 de Janeiro. Diário da República n.º 2/2000 – I Série B. Ministério da Educação e da Saúde.
- Portaria nº 1044/2000 de 27 de Outubro. Diário da República n.º 249/2000 - I Série B. Ministério da Educação e da Saúde.
- Portela, C., Almeida, D. Seabra, J. & Nunes, P. (2008). Relação terapêutica nas terapias cognitivo-comportamentais (em linha). *O portal dos psicólogos* Web site. Acedido 7 Setembro, 2013, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0112.pdf>.
- Prado de Carlo, M. M. R. & Bartalotti, C. C. (org.) (2001). *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus.
- Precioso, J. A. G. (1992). Algumas estratégias de âmbito intra e extracurricular. Parapromover e educar para prática de uma alimentação racional. *In Revista Portuguesa de Educação*, 2 11-128.
- Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L, Vilaça, M.T. Henriques, R. Lacerda, T. (2000). *Educação para a Saúde*. (2ª ed.) Braga: Departamento de Metodologias de Educação. Universidade do Minho.
- Precioso, J. (2004) Educação para a saúde na universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 3 (2).
- Promoção da Saúde no Local de Trabalho na União Europeia (1997). *Declaração do Luxemburgo sobre a Promoção da Saúde no Local de Trabalho na União Europeia*. União Europeia.
- Queirós, P. J. (2005). *Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Quesada, R.P. (2004). *Educación para la salud: reto de nuestro tiempo*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Quintas, H.L.M. (2008). *Educação de Adultos: vida no currículo e currículo na vida*. Lisboa: Agência Nacional para a Qualificação.

- Quirós, M.B. & Labrador, F.J. (2008). Correlations among occupational stress, burnout and psychopathological symptoms at Madrid's area – 9 outside hospital emergency care units. *Anuario Psicología Clínica y de la Salud / Annuary of Clinical and Health Psychology*, 4, 53-61. Acedido Maio 18, 2013, em http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_4_eng_53-61.pdf
- Rebouças D., Legay L.F. & Abelha L. (2007). Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviços de saúde mental. *Rev Saude Publica* 41 (2), 244-50.
- Requejo, O. (1986). Intervención pedagógico-social y desarrollo comunitário. In *Pedagogía Social*. 4, 173-174.
- Ribeiro, L.; Gomes, A. R. & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In C. Nogueira, I. Silva, Lima, A.T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio, & M.C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (1494-1508)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia. Disponível em <http://www.actassnip2010.com>
- Ribeiro, J. L. (1994). Psicologia da saúde e a revolução da saúde. In T.M. McIntyre, *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção Perspectivas Futuras* (33-53). Braga: APPORT.
- Ribeiro, C.V.; Léda, D.B. (2005). O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 2, 76-84. Acedido Março 15, 2012, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v4n2/v4n2a06.pdf>
- Ribeiro, E. M.; Pires, D. & Blank, V. L. G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Caderno Saúde Pública*, 20 (2), 438-446.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica* 3 (17), 547-558

- Rice, V.H. (2000). *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications for Nursing Research, Theory, and Practice*. Unites States of America: Sage Publications.
- Robertson, S. (2010). Europa, competitividade e educação superior: um projecto em evolução. In A. Teodoro, (Org.), *A Educação Superior no Espaço Iberoamericano. Do Elitismo à Transnacionalização* (116-138). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Rocha, A., Correia, C., Pestana, L., Bento, M., Preto, O. & Lobão, S. (2011). Saúde Escolar em Construção: Que Projetos? *Millenium*, 4, 89-113.
- Rocha, E. (2008). Universidades Promotoras de Saúde. *Rev Port Cardiol*; 27 (1), 29-35.
- Rodolfa, E.R., & Kraft, W.A. (1988). Stressors of professionals and trainees at APA approved counselling and VA medical center internship sites. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 43-49.
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Ronda G. H. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Acedido em Setembro 3, 2013, em <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesbdbk/nursesbdbk.pdf>
- Ruiz, L.M. & Silva, N.R. (2009). Indicadores de *burnout* em docentes de terapia ocupacional: um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional. Uniersidade de. São Paulo*, 20 (2) 101-109
- Rua, M. & Alarcão, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-82.
- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação de Professores. Interpretação e Apropriação de Mudanças nos Quadros Conceptuais de Referência*. Tese de Doutoramento, ESES, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Sacadura-Leite, E. & Uva, A. S. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Saúde e Trabalho*, 6, 25-42. Acedido Janeiro 7, 2013, em <http://www.spmtrabalho.com/downloads/st06.pdf>

- Sacadura-Leite, E. & Sousa-Uva, A. (2010). *Stress (relacionado com o trabalho) e Imunidade*. Cadernos avulso 06, acessado em Julho 14, 2013, em <http://www.spmtrabalho.com/downloads/ca06.pdf>
- Sacadura-Leite, E., Sousa-Uva, A. (2012). Fatores indutores de Stress em profissionais de saúde, *Saúde e Trabalho*, 8, 7-21. Acessado Janeiro 7, 2013, em <http://www.spmtrabalho.com/downloads/st8/01.pdf>
- Sadir, M. A., Bignotto M. M., Lipp M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20 (45), 73-81.
- Salanova, M. (2008). Organizaciones Saludables: una aproximación desde la psicología positiva. In Vázquez, C.; Hervás, G. (Eds.), *Psicología Positiva: bases científicas del bienestar y la resiliência*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sanches, I. & Teodoro, A. (2007). Procurando indicadores de educação inclusiva: as práticas dos professores de apoio educativo. *Revista portuguesa de educação*, 105-149.
- Santos, A.M. & Castro, J.J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4 (16), 675-690.
- Santos, A. & Cardoso, C. (2010). Profissionais de Saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e stressores ocupacionais em saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 15 (2), 245-253.
- Santos, V. L. (2000). Marco conceptual de educación para la salud, in: A. F Osuna, *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.
- Sarafino, E. (1994). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (2ª ed.). New York: Wiley.
- Sarason, L.G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Sauter, S.L., Hurrell, J. J., Jr., Murphy, L.R., & Levi, L. (Eds.). (1998). *Psychosocial and organizational factors*. In J.M. Stellman (Ed.) *Encyclopaedia of Occupational Health*

- and Safety, Fourth Edition, 2, pp. 34.2-34.6. Geneva, Switzerland: International Labour Organization.
- Santos, M.C. & Barros, L.Q. (2004). Occupational stress in health professionals – contributions to prevention by educational programs. In *European Congress on Physiotherapy Education*, 4-5 Nov, 2004 (1-9).
- Schaal, V. T. & Struchiner M. (1999). Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad. Saúde Pública* [online] (15) 2, 4-6.
- Schabracq, M. J.; Winnubs, J. A. M., & Cooper, C. L. (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383–425). New York: Wiley.
- Schaufeli, W.B., & Buunk, B.P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing.
- Schwartz, K. B. (2003). Historia de la terapia ocupacional. In E., Crepeau, E., Cohen, B. Shell (Eds). (10ª ed). *Willard and Spackman`s Terapia Ocupacional* (203-215). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Revista Saúde Coletiva*, 17 (1), 29-41.
- Sheu, S., Lin, H. & Hwang, S. (2002). Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: The effect of coping behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 165-175.
- Seabra, A. (2008). *Síndrome de Burnout e a Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Seidl, E.M.; Zannon, C.,M. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológico*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (2), 580-588.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New-York: McGraw-Hill.
- Serra, A.V. (1988). Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clinica*, 9 (4) 301-316.

- Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Serra, V. (2005). As múltiplas facetas do stress. In: A, Pinto & A, Silva (Coords.). *Stress e bem-estar* (17-42) Lisboa: Climepsi.
- Serranheira, F., Uva, A., Sousa, P.& Leite,E. (2009). Pat safety - Segurança do doente e Saúde e Segurança dos profissionais de Saúde: duas faces da moeda. In *Revista Saúde e Trabalho*, 7. Acedido Junho 7, 2012, em <http://www.spmtrabalho.com/images/pdf/st07.pdf>.
- Serrano, M.P.T. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Tese de Doutoramento. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Seyle, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth.
- Shilton, T., Howat, P., James, R. & Lower, T. (2003). Development of competencies for health promotion practitioners in Australia. *Promotion & Education*. 10 (4), 162-171.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25-48). New York: Wiley.
- Shön, D. (2000). *Educando o profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, F. (2000). Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. *Psi-revista de psicologia social e institucional*, 2 (1). Acesso 14 Junho de 2012 em <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>.
- Silva, A.F.F & Silva, C.V. (2006). Perfil dos estudantes de Terapia Ocupacional da Escola Superior de Saúde do Alcoitão. *Re (habilitar) – Revista da ESSA*, nº3, Edições Colibri, 37-64.
- Silva, E. A. & Costa I. I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. *Psicologia em Revista*, (14) 1, 83-106.

- Silva, M.C.M. & Gomes, A.R.S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*. 14(3), 239-248. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/10624>.
- Silveira, A. A., Siqueira, M. S. D. & Garcia, T. E. M. (2012). Motivação, estresse e satisfação com o trabalho em diferentes contextos educacionais. In *21 congresso de iniciação científica /4ª mostra científica*.
- Silvestre, C.A.S (2003). *Educação/formação de adultos como dimensão dinamizadora do sistema educativo/formativo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Somerfield, M. R. & McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research – Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55 (6), 620-625.
- Sousa, I., Mendonça, H., Zanini, D. & Nazareno, E. (2009). Estress ocupacional, coping e burnout. *Estudos Goiania*. 36 (1/2), 57-74.
- Sousa, I.M.A.B. (2011). *Processo de bolonha e mudanças na educação superior: um estudo no ensino superior politécnico português*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Educação, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.
- Souza, M.A.S.L. (2010). As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. *Textos & Contextos*. 9 (2), 334 – 344. Acedido Abril 14, 2012, em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7340/5793>.
- Souza, S. (2011). Relações profissionais em Equipes de Saúde: alternativas construcionistas relacionais. *Sau. & Transf. Soc.* 1(3) 37-46.
- Spector, P. E. (1999). Individual differences in the job stress process of health care professionals. In J. Firth-Cozens & R. Payne (Eds.), *Stresse in health professionals: psychological an organizational causes and interventions*. (pp. 33–42). Great Britain: Wiley.
- Spector, P. E. (2006). *Psicologia nas Organizações*. São Paulo: Saraiva

- Spencer, J., L. M. & Spencer, S. M. (1993). *Competence at Work – Models for superior Performance*. New York: John Willey & Sons, Inc.
- Spielberg, C. (1976). The nature and measurement of anxiety. In Spielberg C.D., Diaz & Guerrero, R. *Cross-Cultural Anxiety*. Washington: Hemisphere.
- Spielberger, C. D. & Reheiser, E. C. (1994). The job stress survey: Measuring gender differences in occupational stress. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9 (2), 199-218.
- Soares, L.B.T. (1991). *Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: Hucitec.
- Stora JB. (2000) *O stress*. Porto: Rés Editora.
- Sutherland, V. J. & Cooper, C. L. (1993). *Understanding stress – a psychological perspective for health professionals* (3ªed.) London: Chapman e Hall.
- Sweeney G & Nichols K. (1996). Stress experiences of occupational therapists in mental health practice arenas: a review of the literature. *The International Journal of Society Psychiatry*, 42, 132-40.
- Tavares, D. (2007). *Escola e Identidade Profissional: O caso dos técnicos de cardiopneumologia*. Lisboa: Edições Colibri/Instituto Politécnico de Lisboa.
- Tavares, J. (2003). *Formação e Inovação no Ensino Superior*. Porto: Porto Editora.
- Teixeira, C.F., Paim J.S. & Vilasboas, A.L. (1998), Modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico*, 7, 8-28.
- Terris, M. (1980): *La revolucion epidemiológica y la medicina social*. México: siglo XXI Editores.
- Tones, K. & Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- Tuning Educational Structures in Europe. Disponível em: <http://www.tuning.unideusto.org/>.

- Turner, A. (2002). *Occupational Therapy and Physical Dysfunction* (5.ª ed.). London: Churchill Livingstone,
- UNESCO (1949). *Summary Report of the International Conference on Adult Education*, Elsinour, Dinamarca.
- UNESCO (1960). *World Conference on Adult Education*, Montreal, Canadá.
- UNESCO (1972). *III Conferência Internacional sobre Educação de Adultos*, Tóquio: Instituto de Educação da Unesco.
- UNESCO (1976). *Recommendation on the Development of Adult Education*, Nairobi.
- UNESCO (1985). *IV Conferência Internacional sobre Educação de Adultos*, Paris, Instituto de Educação da Unesco.
- UNESCO (1990). *World Declaration on Education for All*, Jomtien, Tailândia.
- UNESCO (1997). *V Conferência Internacional sobre Educação de Adultos*, Hamburgo: Instituto de Educação da Unesco.
- UNESCO (2009). *VI Conferência Internacional sobre Educação de Adultos*, Belém: Instituto de Educação da Unesco.
- Uva, A.S. (2006). Avaliação e gestão do risco em Saúde Ocupacional: algumas vulnerabilidades. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6, 1-12.
- Uva, A. & Faria, A. (2000). Exposição profissional a substâncias químicas : diagnóstico das situações de risco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18 (1), 5-10.
- Uva, A. & Graça, L. (2004). Saúde e segurança no trabalho: glossário: Sociedade Portuguesa de Medicina no Trabalho (Cadernos Avulso-4).
- Uva, A. & Sacadura-Leite, E. (2007). *Stress relacionado com o trabalho*. *Revista Saúde e trabalho*, Vol.6, pp. 25-42.
- Uva, A.S.& Prista, J. (2004). Necessidades e expectativas em Saúde e Segurança dos técnicos e restantes trabalhadores da saúde. *Jornal das Ciências Médicas*, 168, 25-41.

- Van Veldhoven, M., Taris, T. W., de Jonge, J., & Broersen, S. (2005). The relationship between work characteristics and employee health and wellbeing: how much complexity do we really need? *International Journal of Stress Management*, 12, 3-28.
- Varandas da Costa, M.L.G. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Educação, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vaz Serra, A. (2000). A Vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, (4), 261-278.
- Veiga, M. A. (2001). *Vida Violência Escola Família*. Braga. Edições APPACDM de Braga.
- Viana, C.E.S. (2006). Evolução histórica do conceito de educação e os objetivos constitucionais da educação brasileira. *Janus, Iorena*, 3 (4) 129-138.
- Videira, S. Ventura, S.R. (2008). Estudo do stress nos técnicos de radiologia. *TDT online magazine*. Jan/Fev.
- Vieira, S.I. & Sobrinho, O. S. (1996). Estresse e sua prevenção. In ANAMT – Associação Nacional de Medicina do Trabalho (Eds), *Coleção Medicina Básica de Trabalho*, (3ª ed.) (19-29). Curitiba: Genesis.
- Vieira, S.I.; Ramos, A., et al (2006). Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Rev Psiquiatr*, 28 (3), 352-6. Acedido em 3 de Outubro em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/v28n3a15.pdf>
- Vincent, C. (1999). Fallibility, uncertain and the impact of mistakes and litigation, In J. Firth-Cozens, & R. Payne (Eds.), *Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions*(63-79). Great Britain: Wiley.
- Woleck, A. (2000). O trabalho, a educação e o emprego: uma perspectiva histórica. In: *Revista de Negócios*, Blumenau: Editora da FURB.
- Zacharias, V.L.C. (2007). Paulo Freire e a educação. *Centro de Referência Educacional*.

ANEXOS

**ANEXO 1: Questionário: Stresse Profissional nos Terapeutas
Ocupacionais**

Stresse profissional nos Terapeutas Ocupacionais

*

1. Idade

Anos:

*

2. Sexo

- Masculino
 Feminino

*

3. Estado civil

- Solteiro Divorciado Outro
 Casado/ União de facto Viúvo

*

4. Escola onde realizou a formação inicial como Terapeuta Ocupacional

- ESTSP - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto
 ESSA - Escola Superior de Saúde do Alcoitão
 ISAVE - Instituto Superior de Saúde do Alto Ave
 Outro (especifique)

5. Ano de conclusão do bacharelato em Terapia Ocupacional

Ano de
conclusão do
bacharelato em
Terapia
Ocupacional
Ano:

6. Ano de conclusão da licenciatura em Terapia Ocupacional

Ano de
conclusão da
licenciatura em
Terapia
Ocupacional
Ano:

*

7. Grau acadêmico atual

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutorado
- Outro (especifique)

8. Exerce atualmente funções

- Atendimento com clientes
- Consultadoria
- Docência
- Investigação
- Coordenação
- Supervisão
- Outro (especifique)

*

9. Tempo de serviço como Terapeuta Ocupacional

- < 5 anos
- 5-10 anos
- 11-16 anos
- 17-22 anos
- 23-28 anos
- 29-34 anos

- > 35 anos

*

10. Faixa etária da população com quem desenvolve a sua atividade profissional

- Crianças (0-12 anos)
 Jovens (13-18 anos)
 Adultos (19-64 anos)
 Idosos (>=65 anos)

*

11. Área de intervenção da sua atividade profissional

- Distúrbios do desenvolvimento
 Dificuldades de aprendizagem
 Disfunções neurológicas e ortopédicas
 Dependências e comportamentos de risco
 Deficiência/Multideficiência
 Saúde Mental
 Gerontologia
 Cuidados paliativos
 Cuidados terminais
 Outro (especifique)

*

12. Contexto onde trabalha

- Unidade hospitalar
 Unidade de Psiquiatria
 Unidade de Cuidados Continuados
 Lar de idosos
 Centro de Dia
 Ensino superior
 Serviço de Apoio Domiciliário
 Agrupamento de escolas
 Unidade de Cuidados de Saúde Primários (USF/UCSP)

- Clínica de Medicina Física e Reabilitação
- Gabinete Terapêutico de apoio psico-pedagógico
- Instituição Particular de Solidariedade Social/CERCI
- Creches, Jardim de Infância, Domicílio (Intervenção Precoce)
- Outro (especifique)

*

13. Vínculo profissional

- Contrato sem termo
- Contrato a Termo Certo
- Contrato a Termo Incerto
- Prestador de serviço
- Outro (especifique)

*

14. Número médio de horas que trabalha semanalmente

- <= 10
- 11-20
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- >= 51

*

15. Teve acesso a informação sobre o stress relacionado com o trabalho?

- Não
- Sim

*

16. Onde teve informação sobre o stress relacionado com o trabalho?

- Onde teve informação sobre o stress relacionado com o trabalho? Escola
- Local de trabalho
- Outro (especifique)

*

17. Ao nível da formação inicial, qual o conteúdo programático que considera que o influenciou mais, no sentido da diminuição do stress relacionado com o trabalho?

*

18. Na sua opinião, quais pensa serem as competências de regulação emocional (acções utilizadas para identificar, gerir e expressar sentimentos) necessários para o Terapeuta Ocupacional saber lidar com o stress relacionado com o trabalho?

*

19. Considera que a possível falta de reconhecimento do Terapeuta Ocupacional por outros profissionais e clientes poderá ser uma causa de stress relacionado com o trabalho?

- Sim
- Não

*

20. Ao nível da formação inicial, qual a Unidade Curricular que o curso de Terapia Ocupacional no seu entender deveria ter, para ajudar o Terapeuta Ocupacional a lidar com o stress?

*

21. Em que medida considera que o seu local de trabalho é um espaço formativo que influencia o seu desempenho como profissional?

- Influencia extremamente
- Influencia muito
- Influencia moderadamente
- Influencia pouco
- Não influencia nada

*

22. Quais considera serem as acções que mais contribuem no seu local de trabalho, para o seu desempenho como profissional (Indique no máximo duas respostas)?

- Trabalho em equipa
- Contacto com outros Terapeutas Ocupacionais
- Experiência quotidiana do trabalho
- Reuniões de equipa
- Acções de formação
- Articulação com a Escola de Formação inicial
- Estágios de Terapia Ocupacional
- Outro (especifique)

*

23. Como considera ser o seu nível atual de conhecimentos sobre stress relacionado com o trabalho?

- Alto
- Médio
- Baixo

Por favor, preencha de seguida o Questionário de Stress nos Profissionais de Saúde (QSPS)

Na escala que se segue, assinale o que melhor indicar o nível de “stress” que sente geralmente no exercício da sua atividade profissional.

*

24. Em TERMOS GERAIS, a minha atividade profissional provoca-me...

	Nenhum stresse	Pouco stresse	Moderado stresse	Bastante stresse	Elevado stresse
Em TERMOS GERAIS, a minha atividade profissional provoca-me...	1	2	3	4	5

*

25. Apresentam-se seguidamente várias fontes potencialmente geradoras de stress na sua atividade profissional. Por favor, assinale a que melhor indicar o nível de stress/pressão gerado por cada potencial fonte ou factor no exercício da sua atividade profissional (Nenhum Stress - Elevado Stress).

Se alguma das situações referidas não se aplicar ao seu caso particular, por favor assinale a resposta “não aplicável”. Tenha igualmente em consideração o fato de neste questionário o termo “clientes” ser utilizado para identificar as pessoas a quem presta os seus serviços, cuidados, tratamentos ou instrução. Nas suas respostas pense nessas pessoas como “clientes” do serviço que presta, mesmo que possa usar outro termo no seu trabalho.

	Nenhum stress	Pouco stress	Moderado stress	Bastante stress	Elevado stress	Não aplicável
1. Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes						
2. O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho						
3. A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira						
4. Trabalhar muitas horas seguidas						
5. Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares						
6. Falar ou fazer apresentações em público						
7. A falta de encorajamento e apoio por parte dos meus superiores						
8. Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim						
9. O ambiente e “clima” existentes no meu						

local de trabalho						
10. Falta de perspectivas de progressão na carreira						
11. A falta de estabilidade e segurança na minha vida conjugal e/ou familiar						
12. O excesso de trabalho e/ou tarefas de carácter burocrático						
13. Receber um salário baixo						
14. Gerir problemas graves dos meus clientes						
15. Os conflitos interpessoais com outros colegas						
16. Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais						
17. Viver com os recursos financeiros de que disponho						
18. Preparar acções de formação sob a minha responsabilidade						
19. A falta de apoio social e emocional fora do local de trabalho (família, amigos)						
20. Sentir que não há nada a fazer para resolver os problemas dos meus clientes						
21. Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho						
22. A sobrecarga ou excesso de trabalho						
23. Salário inadequado/insuficiente						
24. Realizar actividades de formação sob a minha responsabilidade						
25. Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: cônjuge, filhos, amigos, etc.)						

Muito Obrigado !