



Mónica Cristina da Silva Ferreira

***Stress* na Transição para a Reforma**

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia do Desenvolvimento, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob a orientação da Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima.

2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Stress na Transição para a Reforma

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia do Desenvolvimento, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e realizada sob a orientação da Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima.

Mónica Cristina da Silva Ferreira

2013

Agradecimentos

À Professora Doutora Margarida Lima, pela forma exímia com que me acompanhou neste trabalho.

À Professora Doutora Teresa Machado por toda a disponibilidade e profissionalismo, demonstrado no decorrer deste mestrado.

Aos meus colegas de mestrado, pela amizade e companheirismo.

A todos os funcionários do Centro Hospitalar do Médio Tejo, que colaboraram neste estudo, em especial à enfermeira Teresa Madaleno e enfermeira Maria Alexandra Vieira.

A todos os colaboradores do Hospital São João Baptista do Entroncamento, que colaboraram neste estudo, em especial à Dr.^a Barbara Barbosa.

Aos meus amigos, pela amizade e partilha que persiste.

À Miriam, pela elaboração da ilustração de capa deste trabalho.

Aos meus pais, pela dedicação constante.

A todos aqueles que de alguma forma me acompanharam na elaboração deste trabalho, colaborando para o meu enriquecimento pessoal e académico, muito obrigada!

Resumo

Nos últimos anos constata-se um considerável aumento dos estudos sobre a temática da velhice, consequência do fenómeno mundial do envelhecimento demográfico.

Porém, na área de estudo do envelhecimento e da velhice, muito existe ainda por problematizar e compreender. Apesar dos crescentes esforços para a promoção do envelhecimento bem-sucedido e ativo, sobretudo por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), referindo esta, em 2002, que há muito que fazer e que é fundamental o apoio aos trabalhadores à medida que se aproximam da velhice, estimulando a sua mobilidade, independência e saúde.

O caminho para que este apoio aos mais velhos seja possível, de forma coerente e ajustada, parece ser ainda muito longo, em particular em Portugal, onde os programas de preparação para a reforma são praticamente inexistentes.

O nosso trabalho, visa dar um contributo na compreensão da fase de transição/adaptação à reforma, em particular nos profissionais de saúde, uma vez que este período de vida, assume grande relevo na nossa cultura e tem sido pouco estudado. Assim, neste trabalho propusemo-nos estudar: “a vulnerabilidade ao *stress* na transição para a reforma dos profissionais da área da saúde”. Para conseguir encontrar respostas à nossa questão, recorreremos ao uso de um protocolo de avaliação auto-administrado composto por três blocos de questões: dados sociodemográficos, dados profissionais e a Escala 23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000), com uma amostra de 64 profissionais de saúde, com 50 anos de idade ou mais.

Das conclusões do nosso estudo podemos destacar, que foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de sujeitos vulneráveis ao *stress* e o grupo de sujeitos não vulneráveis ao *stress*, concretamente nas variáveis: escolaridade, projetos para o futuro e profissão.

Palavras-chave: Envelhecimento, transição/adaptação, reforma, vulnerabilidade, *stress*, profissionais de saúde.

Abstract

In the last few years there has been a considerable increase in studies on the theme of old age, a consequence of the global phenomenon of demographic aging. However, in the study area of aging and old age, there is still much to discuss and understand. Despite the increasing efforts to promote successful and active aging, especially by the World Health Organization (WHO), stating that, in 2002, it is essential to support workers as they approach old age, encouraging their mobility, independence and health, there is much to do.

The way for this support to the older to be possible, coherent and adjusted, seems to be still very long, particularly in Portugal, where programs of preparation for retirement are virtually nonexistent.

Our work aims to make a contribution in understanding the transition/adjustment to retirement, particularly in health care professionals, since this period in life is of great importance in our culture and has been poorly studied. In this work we set out to study "vulnerability to stress in the transition to the retirement of health care professionals."

To find answers to our question, we used a self-administered assessment protocol, consisting of three blocks of issues: sociodemographic data, professional data and 23 Questions for assessment Vulnerability to Stress Scale (Vaz Serra, 2000), with a sample of 64 health professionals, 50 years of age or older.

From the conclusions of our study we can highlight that significant differences were found between the group of individuals vulnerable to stress and the group of subjects not vulnerable to stress, particularly in the variables: education, projects for the future and profession.

Keywords: Aging, transition/adjustment, retirement, vulnerability, stress, health professionals.

Résumé:

Ces dernières années, il y a eu une augmentation considérable des études sur le thème de la vieillesse, une conséquence du phénomène mondial du vieillissement.

Cependant, dans la zone d'étude du vieillissement et la vieillesse, il reste encore beaucoup de questions à discuter et à comprendre. Malgré des efforts croissants visant à promouvoir un vieillissement réussi, surtout par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en indiquant celle-ci, en 2002, qu'il est essentiel de soutenir les travailleurs, à mesure qu'ils approchent de la vieillesse, visant à stimuler leur mobilité, leur indépendance et leur santé, en fait il reste encore beaucoup à faire.

Pour que ce soutien aux personnes âgées soit possible, de manière cohérente et adaptée, le chemin à suivre semble encore trop long, notamment au Portugal, où les programmes de préparation à la retraite sont pratiquement inexistantes.

Notre travail vise à apporter une contribution à la compréhension de la phase de transition/adaptation à la retraite, en particulier pour les professionnels de santé, vu que cette période de la vie est d'une importance déterminante pour notre culture et elle a été peu étudiée.

En effet, dans le présent travail nous avons cherché à étudier : « la vulnérabilité au stress dans la transition vers la retraite des professionnels de santé ». Pour trouver des réponses à notre question, nous avons eu recours à un protocole d'évaluation auto-administré composé de trois blocs de questions : des données sociodémographiques, des données professionnelles et l'Échelle 23 Questions concernant l'évaluation de la Vulnérabilité au Stress (Vaz Serra, 2000), avec un échantillon de 64 professionnels de santé, âgés de 50 ans et plus.

L'étude que nous avons faite a permis de mettre en évidence le fait que des différences significatives ont été trouvées entre le groupe de sujets vulnérables au stress et le groupe de sujets non-vulnérables au stress, notamment en ce qui concerne les variables suivantes : le niveau de scolarité, les projets d'avenir et la profession.

Mots-clés: Vieillissement, transition/adaptation, retraite, vulnérabilité, *stress*, professionnels de santé.

Índice

Introdução -----	10
Primeira parte – Concetualização Teórica -----	11
-Envelhecimento bem sucedido-----	11
-Reforma: Transição-Adaptação-----	17
-Teoria da crise e teoria da continuidade-----	19
- Fases da Reforma – Atchley-----	19
- Estilos de adaptação à reforma - Hornstein e Wapner -----	21
- Preparação/ Educação para a reforma-----	26
- <i>Stress</i> -----	29
- <i>Stress</i> Positivo / <i>Stress</i> Negativo-----	33
-Acontecimentos indutores de <i>Stress</i> -----	35
- <i>Stress</i> nos profissionais de saúde-----	37
Segunda parte – Estudo empírico -----	41
-Objetivos e Hipóteses de Estudo-----	41
-Método e procedimento-----	42
-Instrumentos-----	42
-Análise dos dados-----	44
-Caracterização da amostra-----	44
- Avaliação das qualidades psicométricas do QVS 23-----	44
-Apresentação dos resultados-----	59
- Discussão dos resultados-----	59
Conclusão e Reflexões finais -----	63
Bibliografia -----	65
Anexos	

Índice de Quadros

Quadro 1. Análise das correlações entre os itens do QVS23 e a escala total-----	45
Quadro 2. Distribuição dos itens do QVS23 pelos fatores, com base na Análise Fatorial-----	46
Quadro 3. Descrição da amostra segundo as pontuações obtidas no 23QVS e respectivos fatores-----	49
Quadro 4. Comparação de resultados obtidos no 23 QVS, segundo o sexo-----	50
Quadro 5. Comparação de resultados obtidos no 23 QVS, para os indivíduos com relacionamento estável e sem relacionamento-----	51
Quadro 6. Comparação de resultados obtidos no 23 QVS, de acordo com a profissão-	52
Quadro 7. Comparação de resultados obtidos no 23 QVS, entre sujeitos que têm ou não projetos para a reforma-----	53
Quadro 8. Matriz de correlações-----	53
Quadro 9. Planos/projeto para a reforma do grupo não vulnerável ao <i>stress</i> .-----	55
Quadro 10. Planos/projeto para a reforma do grupo vulnerável ao <i>stress</i> .-----	56
Quadro 11. Comparação do grupo não vulnerável e grupo vulnerável ao <i>stress</i> .-----	57

“A vida feliz consiste na tranquilidade da mente”.

Cícero (106 a.C. - 43 a.C.)

“Envelhecer com sucesso significa ser competente e empenhado na vida”

Paúl (2005)

Introdução

A temática do envelhecimento e da velhice tem-se tornado, com o envelhecimento da população, fonte de discussão e de análise em diversas áreas disciplinares como, por exemplo, a psicologia.

Geralmente o início da velhice, na nossa cultura, é marcado pela passagem para a reforma, no entanto, a psicologia tem estudado pouco os fatores que podem causar stress neste período de transição, bem como, a relação entre esta transição e a qualidade de vida dos indivíduos. Tal deve-se, em parte, à persistência da ideia de que a velhice é essencialmente uma época de perdas sucessivas, ou seja, a fase final da vida onde se perde o trabalho, a saúde, as capacidades funcionais, os amigos e/ou mesmo o cônjuge.

A escolha deste tema para a elaboração da Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, enquadra-se nas tendências e preocupações políticas, sociais e académicas em torno da promoção do envelhecimento bem-sucedido/ativo e da qualidade de vida das pessoas mais velhas.

Para que seja possível viverem com qualidade de vida e bem-estar as pessoas de idade avançada, mais concretamente as que entram na reforma e que apesar das numerosas conotações negativas que a nossa sociedade lhe atribuí têm pela frente largos anos de vida, é necessário desenvolver e proporcionar meios que os ajudem a enfrentar e superar as crescentes dificuldades. A exclusão social, insuficientes respostas sociais ajustadas às suas necessidades, a perda ou afastamento de familiares e baixas pensões, são alguns exemplos, das dificuldades que se apresentam às pessoas de idade avançada.

Consequentemente, o objetivo deste trabalho é estudar a vulnerabilidade ao stress na transição para a reforma no contexto nacional, para depois apresentar respostas e mais valias que ajudem as pessoas a beneficiarem desta transição e a ajustarem-se a esta nova fase das suas vidas.

As pessoas que entram na reforma, se bem informadas, se conhecerem bem as suas possibilidades e se sentirem acolhidas pela sociedade, retiram melhor proveito dos anos pós obrigações laborais.

Em Portugal, ao contrário do que acontece em países como, por exemplo, o Brasil e os Estados Unidos, os programas de preparação para a reforma, têm muito pouca visibilidade e apresentam-se como facultativos. Neste contexto enquadra-se o seguinte trabalho.

Primeira parte – Concetualização Teórica

Envelhecimento bem sucedido

A investigação sobre o desenvolvimento humano é um domínio científico fascinante e, ao mesmo tempo, complexo (Papalia & Olds, 2000).

O conhecimento do desenvolvimento humano apresenta-se com grande importância para uma melhor compreensão da maneira de ser e de estar das pessoas nos mais variados contextos em que atuam, só através do conhecimento do desenvolvimento do indivíduo em todas as etapas do ciclo de vida e neste caso concreto da terceira idade, nos será possível atuar/intervir de uma forma concertada.

Segundo dados do INE (2011), o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década. Os resultados dos Censos 2011 indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos. Em 2001 este índice era de 102. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentam os índices de envelhecimento mais baixos do país, respetivamente, 74 e 91. Em contrapartida, as regiões do Alentejo e Centro são as que apresentam os valores mais elevados, respetivamente 179 e 164.

Devido ao aumento da população idosa a nível mundial e mais concretamente em Portugal, é importante que se olhe para esta faixa etária com grande atenção. Estes dados levam à necessidade de criação de mais e melhores políticas e estruturas de apoio, ao nível social, mas também de saúde, proporcionando respostas adequadas às suas especificidades e consequentemente melhor qualidade de vida.

Erikson e Baltes são autores de relevo, olhando para o envelhecimento do ponto de vista desenvolvimental. É desta forma importante rever as ideias principais destes autores.

Erikson (1982) teve o mérito de ser um dos primeiros a contribuir para o estudo do desenvolvimento humano do nascimento à morte incluindo, consequentemente, a idade adulta.

Elaborou um grande corpo teórico que visa a descrição integrada dos muitos e

diferentes aspetos do ciclo-de-vida, que contribuiu para mudanças na forma como este era perspectivado. Os conceitos desenvolvidos por ele, no que concerne à adolescência e à velhice foram na altura inovadores.

Para ele o desenvolvimento é um processo do nascimento à morte onde a biologia e a sociedade interagem de diferentes formas em diferentes momentos. O desenvolvimento ocorre, pois, segundo o que o autor designa de o princípio epigenético. Este princípio remete para a existência de uma ordem pré-determinada no desenvolvimento. Contudo, esta ordem não deve ser vista de forma demasiado rígida.

Certos críticos interpretam por vezes a teoria de Erikson como demasiado presa à evolução biológica (Fonseca, 2005), o que não faz justiça à complexidade da sua proposta. Erikson era muito sensível às questões culturais, tendo estado envolvido em estudos de carácter antropológico e psicobiográfico. Daí que a sua própria teoria tenha o nome de teoria psico-social do desenvolvimento.

Erikson pegou em muitas das ideias de Freud (sendo um seguidor deste) e acrescentou-lhes a questão da influência da sociedade, que, na altura, era quase totalmente ausente do discurso psicanalítico. Utilizando também o conceito de crise, que ele defendeu estar presente em cada estágio do desenvolvimento. Este conceito passou progressivamente a designar algo como tarefa desenvolvimental.

Tal como preconizado por Freud, a patologia pode ocorrer no desenvolvimento se as crises forem mal resolvidas. Por outro lado, cada estágio pode fazer florescer uma nova virtude. Outro aspeto que é importante referir é o de que, embora cada crise/tarefa seja central a um estágio do desenvolvimento, as problemáticas que as caracterizam mantêm-se mais ou menos presentes através de toda a vida e as pessoas podem a elas retornar noutras alturas da sua vida.

Um exemplo é o divórcio por altura da meia-idade que pode levar ao reviver de questões ligadas com a intimidade ou mesmo identidade, as quais são tarefas pertencentes a estádios anteriores.

Torna-se pertinente olhar para os dois últimos estádios de desenvolvimento do Ego, segundo Erikson:

- Estádio da meia-idade (dos 30 até aos 60/65 anos) – caracterizado pelo conflito entre a generatividade e a estagnação. A forma mais comum de generatividade é “o ter filhos”. Existindo, no entanto, muitas outras formas de combinar criatividade e

preocupação com as próximas gerações, incluindo a ciência, o ativismo social, a invenção, a escrita, a arte. Generatividade é a extensão do amor do estágio anterior para o futuro. Agora a ênfase está no dar, ou, melhor, no legar. Neste estágio, a ligação entre as gerações está presente, mas o foco agora é na geração seguinte e já não nas gerações anteriores, como nos primeiros estágios. A virtude a conquistar é o cuidado. O cuidado pela próxima geração e pelo mundo.

No outro extremo temos a estagnação, uma sensação de empobrecimento pessoal. Em vez de dedicar os seus recursos à próxima geração ou ao mundo em seu redor, o indivíduo vira-se para si mesmo. Tal conduz, muitas vezes, à crise da meia-idade, onde a identidade é repensada. Este é um exemplo de como as tarefas de cada estágio podem ter que ser revisitadas.

- A Velhice (dos 60/65 anos até à morte): entre a integridade e o desespero. A integridade do Ego é o culminar de um desenvolvimento bem-sucedido. Pressupõe a aceitação da vida que se viveu, aceitando os erros que se cometeu, compreendendo as consequências das ações que se tomou sem remorso excessivo e sem desespero perante a morte. Por outro lado, a falha da integridade do Ego leva ao desespero, à noção de que já é tarde demais para alterar o que precisava de ser alterado, ao medo da morte, ao arrependimento e remorso e a uma visão desgostosa do mundo e da vida que se viveu.

A virtude a conquistar é a sabedoria. A diminuição do tempo que sobra para viver e das capacidades biológicas torna premente a questão da morte. O indivíduo, perante esta inevitabilidade pode aceitar ou não a vida que levou e, conseqüentemente, estar ou não pronto para morrer. A sabedoria inclui uma aceitação e compreensão do mundo e das pessoas, um certo sentido de ligação já não a uma geração específica, mas a várias culturas, gerações e meios sociais.

Muitas das críticas feitas a Erikson prendem-se não com a essência da sua teoria ou das suas propostas, mas com pormenores destas, nomeadamente com a demarcação temporal dos estágios e com a eleição de tarefas desenvolvimentais específicas. Outros autores, como Levinson, Loevinger ou Gould (vd. Sugarman, 2000, citado por Amado, 2008), ao realizarem uma divisão do ciclo-de-vida preferiram enfatizar outros aspetos. Por exemplo, Vaillant (1997, citado por Amado, 2008) acrescenta algumas semi-tarefas, como a do desenvolvimento da carreira na adultez ou a oscilação entre a manutenção do sentido e a rigidez no período posterior da adultez.

A sua teoria e o seu pensamento procuraram sempre integrar os fatores históricos e culturais no desenvolvimento. No entanto, os estádios que descreve funcionam melhor para um homem branco da classe média americana dos anos 50 do séc. XX. Contudo, as noções são suficientemente plásticas para se adaptarem a outras culturas e outras épocas, e os múltiplos trabalhos realizados sobre forte influência da sua teoria atestam-no (Hoover, 2004).

Surgindo neste sentido, a crítica a Erikson de que a sua teoria pressupõe uma aceitação acrítica da sociedade e não é, portanto, adequada a muitas delas, nomeadamente a sociedades inseridas em regimes ditatoriais (Amado, 2008).

Depois de analisarmos a teoria de Erikson, parece-nos importante olhar para o que nos diz Baltes. Uma vez que Baltes foi um dos estudiosos que mais se dedicou à idade adulta e ao envelhecimento, numa perspetiva desenvolvimental.

Baltes, em 1987, fez referência pela primeira vez à forma como a interação recíproca organismo-ambiente age sobre o desenvolvimento do indivíduo, passando pela contemplação da existência de “ganhos” e “perdas” desenvolvimentais e pela ênfase no modelo SOC (Seleção-Otimização-Compensação).

Fonseca (2005) considera que as teorias de envelhecimento bem-sucedido perspetivam a pessoa idosa como proactiva, definindo os seus objetivos e dispondo de recursos que lhe permitam adaptar-se às mudanças decorrentes da idade. Como tal, não há uma única forma de envelhecer com sucesso, mas existem vários caminhos e muitas formas de os percorrer, podendo diferentes pessoas em moldes diversos alcançar a mesma satisfação de vida e um sucesso idêntico.

Baltes (1997) apresenta o modelo SOC (Seleção-Otimização-Compensação) com o exemplo do famoso pianista Rubinstein, que, quando lhe perguntaram como é que ele aos 80 anos de idade se mantinha um excelente pianista de concerto, nomeou três razões. Ele tocava menos peças (um exemplo de seleção), mas praticava-as mais tempo (um exemplo de otimização) e utilizava contrastes de tempo, tocando as partes mais lentas de forma ainda mais lenta para que as partes rápidas parecessem, por contraste, mais rápidas do que a verdadeira velocidade com que ele as conseguia, com essa idade, tocar (um exemplo de compensação).

Apresentando cada um dos processos em pormenor, Baltes (1997) e Freund e Baltes (1998, 2002), referem que a seleção envolve a consideração de uma determinada orientação para o desenvolvimento, à luz da qual se definem objetivos e resultados dese-

jáveis para esse mesmo desenvolvimento, sendo com base nessa orientação que o indivíduo vai selecionar possibilidades e oportunidades de desenvolvimento de obtenção de bem-estar psicológico.

A otimização é um processo constituído pela obtenção, aperfeiçoamento, coordenação e aplicação dos meios pelos quais se obtêm os objetivos desenvolvimentais e elevados níveis de funcionamento. Ela implica muitas vezes a canalização de muitos recursos e é, por isso, dos três processos SOC o menos importante na velhice. Dependendo do contexto social e cultural serão diferentes os meios mais adequados para obter os objetivos desenvolvimentais.

A compensação, abarca as ações perante as perdas temporárias ou permanentes ou o declínio nos meios de aquisição de objetivos que podem afetar o nível de funcionamento do sujeito, tornando necessário um contra-investimento que permita uma resposta funcional a tais perdas. É a esse contra-investimento que Baltes e colegas chamam compensação.

Em suma, este modelo preconiza que um processo adaptativo bem sucedido e com efeitos desenvolvimentais positivos consiste na obtenção de um resultado desenvolvimental onde se conjugam uma maximização de ganhos e uma minimização de perdas, através da conjugação de processos de seleção, otimização e compensação. Tendo este modelo na sua origem uma noção básica: o desenvolvimento psicológico ocorre através de interações permanentes entre a pessoa e o ambiente que a rodeia, entre um indivíduo com determinadas predisposições (temperamento, emoções) e características (idade, competências), e um ambiente com determinadas especificidades (de natureza física, histórica e sociocultural), concedendo a psicologia desenvolvimental do ciclo de vida ao ser humano a possibilidade de criar o seu próprio desenvolvimento pela modelagem, seleção e criação do ambiente que o rodeia (Fonseca, 2004).

Segundo Oliveira (2008, 35-36) Este modelo permite envelhecer de um modo mais positivo, “selecionando o mais importante, otimizando-o e usando eventuais compensações”.

Além dos modelos destacados por Erickson e Baltes, por nós já referidos, a política de envelhecimento ativo, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), também tem discutido as questões relacionadas à saúde na velhice, enfatizando que envelhecer bem faz parte de uma construção coletiva e que deve ser facilitado pelas políticas públicas.

A OMS, tem reunido esforços relativamente à promoção do envelhecimento ativo. No final do século XX, substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo de envelhecimento ativo, no sentido de melhorar as oportunidades de saúde, de participação e de segurança ao longo da vida e, conseqüentemente, da população de pessoas com idade mais avançada. Surgia assim um novo paradigma na conceptualização da velhice em que as pessoas mais velhas são membros integrados na sociedade em que vivem. Desta forma, o envelhecimento ativo visa a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das atividades básicas de vida diária, quer ao nível das atividades instrumentais de vida diária, a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde.

Em suma, hoje sabemos que a forma como preparamos a velhice assume um papel fulcral para se conseguir um envelhecimento bem-sucedido, pois os comportamentos adotados ao longo da vida refletir-se-ão nesta fase.

Reforma: Transição-Adaptação

O conceito de reforma foi proposto por Bismark no final do século XIX, na Alemanha e designa a cessação do trabalho com um determinado vencimento, garantindo assim a sobrevivência dos trabalhadores que passavam dos 65 anos. Podemos considera-la um marco no ciclo de vida de cada indivíduo, e que vai ser vivido dependendo de como cada um o encara (Vieira, 2004).

Em Portugal, também desde o final do século XIX, assistimos a alguns avanços da proteção social na velhice. Dirigidos porém, a grupos específicos de trabalhadores.

A tendência desta evolução, tornou mais visível no início da década de 70, acentuou-se após o 25 de Abril de 1974 e principalmente após a aprovação da nova Constituição, que afirmou o direito de todos à Segurança Social, integrando expressamente a proteção na velhice.

Atualmente, a velhice e a reforma passaram a representar duas realidades distintas (a idade de ser velho surge agora mais tarde que a idade da reforma), o que põe em causa a legitimidade, da reforma face à velhice e os pressupostos da solidariedade social, e dos contratos intergeracionais, nos quais se basearam (Fernandes, 2008).

Esta crise dos sistemas de Segurança Social, em termos não só da sustentabilidade, mas também do ponto de vista da própria legitimidade dos contratos sociais e dos princípios da cidadania social (Mendes, 2011), promete, em Portugal, dadas as projeções em termos do envelhecimento demográfico, e logo acentuada diminuição do número de contribuintes ativos, ser um desafio social, cuja resolução implicará o aparecimento de novas estratégias e políticas sociais, adequadas às características socioculturais do nosso país. Entre as quais está o aumento da idade estabelecida para a entrada na reforma, que se estima chegar, dentro de alguns anos aos 70 anos de idade (Mendes, 2011).

Segundo Hoffman, Paris e Hall (1994 citados por Fonseca, 2004), todos os momentos da vida de um adulto ou idoso em que ocorrem mudanças podem, pois, suscitar ocasiões e experiências de transição e de adaptação, muitas vezes revestidas de um carácter desenvolvimental, isto é, suscetíveis de resultar numa modificação de concepções acerca do “eu” e do mundo, de conduzir a uma maior consciencialização de

si mesmo e de provocar uma maior abertura, quer ao seu próprio potencial de desenvolvimento quer ao dos outros.

Para Levinson (1974) o ciclo de vida é intercalado por períodos de estabilidade e períodos de transição, que resultam em mudanças na forma como o sujeito se vê a si próprio, ao mundo e aos outros. O objetivo primordial do desenvolvimento humano é conseguir alcançar uma estrutura interna harmoniosa e conciliadora entre elementos externos e internos. O autor identificou ainda cinco períodos de transição, dos quais se destaca a transição para a velhice, geralmente a partir dos 60 anos, onde ocorre uma mudança das capacidades físicas e psicológicas e onde aparece cada vez mais a reflexão sobre o sentido da morte.

Os autores, Schlossberg, Waters e Goodman (1995, citado por Silva, 2009) definem transição de vida como *“um evento ou não evento, que resulta em mudanças nas relações, rotinas, pressupostos, e papéis”*. As autoras distinguem assim entre três tipos de transições possíveis de ocorrer durante o desenvolvimento humano. As transições antecipadas são consideradas como as transições de vida para as quais o indivíduo já está preparado, as transições não-antecipadas ou não-normativas são todas as transições de vida que partem de eventos ou situações de vida não previsíveis, como a morte de um filho, ao passo que as transições por não-acontecimento englobam todas as *“transições que um indivíduo espera mas que não ocorrem”*, trazendo no entanto alterações na sua estrutura de vida.

Uma transição assume-se assim enquanto um processo interno e psicológico, em que o sujeito se tem de ajustar a uma nova situação.

A perspectiva do Ciclo de Vida argumenta que a história e os atributos individuais, bem como os contextos (sociais, familiares, culturais, políticos, etc...) influenciam a forma como estas pessoas conseguem a transição para a reforma. É dado relevo aos processos dinâmicos de mudança e desenvolvimento que ocorrem durante o percurso de vida do indivíduo, o objetivo é focar a investigação no processo, na interdependência dos indivíduos que vivem juntos e no contexto. Engloba quer a dinâmica de passar à reforma, quer os possíveis mecanismos pelos quais o estatuto de reformado pode afetar o bem-estar psicológico. A experiência da transição para a reforma e do desenvolvimento pós-reforma é contingente ao contexto específico em que ocorre, ao contex-

to social ou ao contexto laboral. O contexto social é de particular importância devido aos recursos nele existentes, como as redes de suporte social (Wang & Schultz, 2009).

Em suma, como nos diz Fonseca (2011), a satisfação que se obtém nesta etapa da vida, é afetada por aspetos de natureza interna (saúde, crenças, objetivos) e aspetos de natureza externa (estatuto, rede social, recursos disponíveis). “De qualquer modo a reforma é sempre um acontecimento que acarreta ajustamentos e mudanças mais ou menos substanciais na vida individual. Cujas reorganização é suscetível de colocar os reformados sob *stress*” (Fonseca, 2011, 25).

Teoria da crise e teoria da continuidade

A teoria da crise e a teoria da continuidade, são dois modelos explicativos frequentemente usados para explicar o modo como decorre a transição e adaptação face à reforma, numa perspetiva desenvolvimental. Sendo que ambas se focalizam no modo como os indivíduos se adaptam à perda de papéis que acompanha a reforma.

A teoria da crise, coloca ênfase na importância que o papel ocupacional/profissional desempenha, o qual é visto como a principal instância de validação cultural e social do indivíduo, uma espécie de eixo em torno do qual giram as outras dimensões de funcionamento humano. Esta perspetiva encara a passagem à reforma como o abandono de um papel determinante, algo que necessariamente vai afetar pela negativa o desempenho de outros papéis e a própria identidade pessoal (Fonseca, 2004). Sendo, desta forma, um ajustamento com sucesso alcançado apenas na medida em que se conseguir substituir as atividades significativas inerentes ao papel de trabalhador, por outras atividades igualmente significativas para o indivíduo, a partir das quais ele constrói um papel de reformado (Fonseca, 2004).

A teoria da continuidade contrasta com a posição da teoria da crise. Sendo que, para esta, as pessoas tendem a manter os seus padrões de estilo de vida, auto-estima e valores ao longo de todo o percurso existencial, mesmo durante a reforma, visto esta não implicar, necessariamente, desajuste e perturbação psicológica (Kim & Moen, 2002).

Fases da Reforma - Atchley

Com base nos princípios da teoria da continuidade, Atchley (1996) identificou um conjunto de fases, não estanques, através das quais se analisa frequentemente o processo de "transição-adaptação" à reforma:

- fase da pré-reforma: o indivíduo contempla a inevitabilidade ou a possibilidade de se reformar e começa a separar-se emocionalmente do seu trabalho, fantasiando acerca da sua vida futura como reformado. Para Atchley, a associação entre "reformado" e "velhice" e as conotações pejorativas que habitualmente andam ligadas a esta etapa da vida podem tornar esta fase que antecede a reforma particularmente difícil e até mesmo penosa. Prentis (1992, citado por Fonseca, 2004), por sua vez, considera que a necessidade de lidar com as tarefas adaptativas subjacentes à reforma pode suscitar receios quanto ao futuro e gerar alternativas a uma "passagem à reforma" próxima e total, que se traduzem, por exemplo — e quando tal é possível -, por um afastamento progressivo e, por isso menos doloroso, da vida profissional. Para muitas pessoas, a passagem a um regime profissional a tempo parcial, como passo transitório antes da efetiva e completa "passagem à reforma", assegura uma desejada ligação mínima ao mundo do trabalho, favorece o equilíbrio emocional e promove uma articulação com outros contextos (família, lazer, interesses extra-profissionais), dos quais o indivíduo andava distante e de que agora se pode aproximar de um modo progressivo, preparando verdadeiramente a sua inserção na condição de "reformado";

- fase da "lua-de-mel": o indivíduo abandona a vida profissional, experimenta a condição de "reformado" e começa a procurar viver as fantasias anteriormente elaboradas, adotando basicamente uma de duas posturas - ocupação/atividade versus descanso/tranquilidade -, ou uma combinação entre elas; segundo Atchley (1996) é, geralmente, um período que corresponde a uma elevada satisfação de vida, uma espécie de "férias prolongadas";

- fase do desencanto: fase caracterizada pela diminuição da satisfação experimentada na fase anterior; aqui o indivíduo descobre, por exemplo, que a jardinagem diária é menos divertida que a jardinagem de fim-de-semana, que não vai aguentar os próximos 20 anos só a ler e a ouvir música, que não tem dinheiro para passar o tempo todo a viajar, ou que passar o dia na companhia do(a) esposo(a) pode revelar-se menos gratificante do que uma relação confinada aos finais de dia e aos fins-de-semana; o indivíduo sente-se vazio e podem ocorrer estados depressivos;

- fase da definição de estratégias de *coping*: estudos realizados por Atchley (1989) demonstraram efetivamente que a satisfação com a condição de "reformado" diminui progressivamente ao longo do primeiro ano, fazendo com que ao abandono das fantasias sobre a reforma suceda uma procura realista de soluções para a ocupação do tempo disponível, que tragam consigo motivos de satisfação duradoura;

- fase da estabilidade: o indivíduo revela capacidade para pensar e sentir a sua vida de uma forma integrada e, nessa medida, elabora e desenvolve objetivos de vida que se constituem como estratégias adaptativas eficazes face à situação em que se encontra; algumas pessoas mantêm-se numa atitude de descanso/tranquilidade, mas a maioria procura estabelecer uma rotina de substituição da vida profissional anterior, que pode ser completamente nova ou então ser um reforço de um padrão de vida que já coexistia com o estado anterior, mas que estava limitado aos tempos livres.

Há pessoas, contudo, que não conseguem alcançar esta estabilidade, acabando por entrar numa de duas situações que Atchley (1996) classifica como:

- fase da dependência: implica passar de um estado de total autonomia (exceto nas situações em que a reforma surge por motivo de doença grave) para um estado de necessidade de ajuda, incluindo a gestão do quotidiano;

- fase do retorno: o indivíduo cansa-se ou incompatibiliza-se mesmo com a sua condição de vida e move-se para fora do seu papel de reformado, procurando de novo uma ocupação de natureza profissional que lhe preencha o tempo e lhe assegure a satisfação de necessidades e de motivações que a reforma não conseguia satisfazer.

Estilos de adaptação à reforma - Hornstein e Wapner

Hornstein e Wapner (1985), a partir de uma investigação que fizeram com vinte e quatro sujeitos, de diferentes áreas profissionais, em dois momentos de suas vidas: a um mês do início da reforma e seis/oito meses após o início da mesma. Definiram quatro estilos ou modos de adaptação à reforma:

1. Transição para a velhice: vivenciam a reforma como um marco inicial do envelhecimento. Os sujeitos parecem incorporar oficialmente a sua entrada na última etapa do ciclo vital, sem demonstrarem novos interesses e/ou planos para o futuro.

2. Novo começo: encaram a reforma com entusiasmo e como um momento de novas oportunidades ou renovação de propósitos e objetivos.

3. Continuação: procuram manter ao máximo as suas atividades, em geral, sem grandes alterações no seu quotidiano.

4. Rutura imposta: sentem-se grandemente afetados pela perda de papéis, demonstrando que prefeririam manter-se no trabalho, já que continuavam em condições de prosseguir suas vidas laborais.

Wang e Bodner (2007, citado por Wang & Schultz, 2009) chegaram à conclusão que numa amostra representativa da população dos Estados Unidos, aproximadamente 70% dos reformados relatam mudanças mínimas no bem-estar psicológico; cerca de 25% dos reformados relatam mudanças negativas, durante a fase inicial da transição, mas depois mostram melhoras; e 5% dos reformados experienciam mudanças positivas no bem-estar psicológico. Estes resultados salientam a natureza múltipla do processo de transição e adaptação à reforma.

Na investigação portuguesa sobre esta temática o estudo realizado por Fonseca (2004, 360), a reforma é descrita “globalmente como um acontecimento de vida que origina um processo “transição-adaptação” no âmbito do qual se forja um resultado adaptativo mais ou menos satisfatório”.

A “passagem à reforma” surge na nossa cultura e na atualidade como um acontecimento de vida de cariz predominantemente normativo, exigindo o desempenho de novos papéis e a respectiva integração numa dada estrutura de personalidade, cuja ocorrência coincide no tempo com outros acontecimentos de vida característicos do envelhecimento (Fonseca, 2005).

Este processo é de particular importância:

1. dado o papel central que a vida profissional tem na existência do indivíduo, trata-se de algo que acaba por fazer parte da própria personalidade;
2. independentemente da preparação que para ela o indivíduo tenha feito a “passagem à reforma” (como qualquer outra transição) trás consigo realidades novas, total ou pelo menos parcialmente diferente do que inicialmente esperado;
3. a “passagem à reforma” é, provavelmente a transição do ciclo de vida onde a vulnerabilidade individual assume contornos mais extraordinários, quer pela falta de modelos de referência, quer pela influência de múltiplas variáveis (Hooker, 1991; citado por Fonseca, 2005).

A condição do “eu reformado” é vivida em simultâneo com a percepção do “eu que envelhece”, e a passagem à reforma “surge como uma ocasião, particularmente relevante para o estudo de aspectos psicológicos indicadores de um maior ou menor sucesso adaptativo individual face a este acontecimento” (Fonseca, 2005, 46).

Fonseca (2005, 68) no seu estudo, conclui que “não é possível definir um padrão único de funcionamento, seja ao nível da transição à reforma, seja relativamente à vivência da condição de “reformado”.

Esta “passagem à reforma” envolve diversas mudanças em simultâneo e, se por um lado, trazem benefícios, também implicam perdas, sobretudo em termos de rotinas, hábitos, lugares familiares e relacionamentos, provocando, muitas vezes, sentimentos ora de frustração, ora de tristeza.

Na opinião de Kim e Moen (2002) se, por um lado, a experiência de reforma pode promover um sentido de bem-estar, à medida que os trabalhadores se retiram de uma actividade exigente e/ou stressante, por outro lado, a passagem à reforma ela própria pode levar a uma diminuição do bem-estar, no seguimento da perda por parte dos indivíduos dos seus vínculos ocupacionais, da sua rede social e de um elemento essencial na sua própria identidade.

A entrada na reforma é vista como uma das maiores transições de vida (Newman, 2008 citado por Silva, 2009), onde interagem factores organizacionais, financeiros e familiares com elementos psicológicos, onde o sujeito passa de uma situação de vida profissional para uma situação de vida sem emprego, onde o trabalho

termina e uma nova fase de vida se inicia. A reforma é uma transição objectiva do curso de vida de um sujeito, uma vez que tende a acontecer no curso de vida de todos os indivíduos que exerceram uma atividade laboral formal, mas assume-se igualmente enquanto elemento de desenvolvimento subjectivo e como uma transformação psicológica e social ao nível da identidade do sujeito, das suas expectativas, preferências e significados.

Mais recentemente, têm surgido algumas investigações que se debruçam sobre as transições para a reforma bem sucedidas, Wong e Earl (2009) apresentaram um trabalho intitulado “*Towards a integrated model of individual, psychosocial, and organizational predictors of retirement adjustment*”, onde colocam a ênfase nos factores individuais, psicossociais e nas influências organizacionais na adaptação à reforma, com uma amostra de 394 reformados, entre os 45 e 93 anos.

Os autores referem que um bom estado de saúde psicológica e uma melhor pensão estão positivamente relacionadas com uma melhor adaptação à reforma. Porém, sublinham que os resultados obtidos sugerem uma maior influência por parte da entidade/empresa onde o indivíduo trabalhava, do que por parte dos factores psicossociais ou individuais, na adaptação à reforma.

Desta forma as condições favoráveis de abandono do trabalho são importantes na adaptação à reforma, merecendo atenção na discussão sobre a temática e a necessidade de a explorar mais, para assim garantir uma experiência positiva relativamente à reforma. Segundo Matour e Prout (2007, citados por Wong & Earl 2009), os trabalhadores (e as empresas a que eles pertencem) devem ser incentivados a planear atempadamente a sua saída do mercado de trabalho.

Na mesma linha do estudo, Donaldson *et al.* (2010) estudaram uma amostra de 570 australianos com idades compreendidas entre os 49 e 97 anos, com o intuito de identificar os factores que influenciam a adaptação à reforma e de explorar a relação entre o planeamento/preparação e a adaptação à reforma. O autor refere que existe alguma evidência para sugerir que o planeamento da reforma conduz a uma maior sensação de controlo, aumentando a percepção de bem-estar.

Segundo Moen, (1996, citado por Donaldson, *et al.* 2010) é mais fácil os indivíduos adaptarem-se a acontecimentos planeados ou previstos do que aos acontecimentos imprevistos.

Para Donaldson, *et al.* (2010), os resultados indicam que as condições de saída e o domínio foram os melhores indicadores de adaptação à reforma, seguidas da saúde psicológica e física dos indivíduos. Sendo importante para os funcionários o aumento de controlo na decisão de se reformarem, por exemplo através da partilha de trabalho, licenças e outros acordos flexíveis que lhes proporcionem mais opções. Isto é, as pessoas que acreditam ter maior domínio da sua vida experimentam maiores benefícios psicológicos na reforma. Este estudo reforça a importância de se estudarem outros fatores para além dos económicos, saúde e planeamento na compreensão da transição adaptação à reforma, colocando especial ênfase no papel das condições favoráveis de saída do mercado de trabalho.

A decisão de se reformar, enquanto transição de vida, nem sempre é fácil, uma vez que, se para uns significa entrar numa fase de prazer, de liberdade e de ausência de responsabilidades sociais, para outros surge como desvalorização por parte da sociedade, de abandono de uma fonte de identidade para si, do seu emprego.

Tais significados, remetem-nos para o *stress* e/ou *Burnout* na transição para a reforma. Uma vez que, a entrada na reforma se apresenta com uma conotação negativa por parte da nossa sociedade, a qual não reconhece por vezes o valor destes indivíduos, que dedicaram anos da sua vida ao trabalho.

Segundo Cabete e Saraiva (2012, 89), são criadas expectativas com a aproximação da reforma, “contudo a mudança e a reavaliação podem por vezes gerar algum sentimento de perda e mesmo de desilusão decorrente do balanço pessoal e profissional entre o desejo e o alcançado.” O indivíduo fica mais vulnerável e o reaparecimento de doenças do foro psicológico pode fazer-se sentir, dominando a depressão pelas perdas vivenciadas.

Cabete e Saraiva (2012, 90), referem notar “que conhecimentos e experiências de vida que poderiam ser transmitidos ficam muitas vezes na memória de quem os vivenciou, ficando num eu silencioso que gostava de ter voz para uns ouvidos atentos, todavia ausentes.”

Segundo Saraiva (2006, 68), o perfil do suicida em Portugal tem-se mantido ao longo dos anos: homem, na faixa etária acima dos 50 anos, a viver predominantemente na Grande Lisboa, Alentejo ou Algarve, separado, divorciado ou viúvo, desempregado ou reformado, com escassos rendimentos, com baixos níveis de instrução, socialmente

isolado, sem práticas religiosas, deprimido e alcoólico, em co-morbilidade com perturbação da personalidade, psicopatologia por vezes associada a doença crónica dolorosa ou incapacitante, com múltiplos problemas afetivos, com ideação de morte ou suicida prévias, incluindo tentativas de suicídio, que põe termo à vida por método violento como o enforcamento, com arma de fogo, usando pesticidas, precipitação, afogamento, trucidação por comboio, na Primavera ou no Verão.

Na figura seguinte, podemos observar a predominância no sexo masculino, bem como um decréscimo da taxa de suicídio no geral, com exceção no género feminino com idade compreendidas entre os 65-74 anos.

Taxas específicas por 100.000 habitantes - PORTUGAL, Género				
Idade	Masculino		Feminino	
	2003	2006	2003	2006
15-24	6.2	4.3	1.8	0.5
25-34	12.4	7.3	3.8	1.0
35-44	16.6	12.1	4.0	3.6
45-54	18.7	13.6	4.6	4.4
55-64	23.6	16.9	8.9	4.9
65-74	33.2	27.8	7.7	8.1
75+	61.0	48.0	11.1	7.8

Figura 1- Suicídio em Portugal no ano 2003 e 2006 - Género e Idades.

In, Veiga, 2009 www.spsuicidologia.pt

Tendo em conta os dados apresentados, a preparação para a reforma torna-se um aspeto importante para análise.

Preparação/ Educação para a reforma

A necessidade de uma boa preparação para a transição da vida laboral para a aposentação é destacada por Oliveira (2008, 87) propondo uma “pedagogia ou educação para a reforma”, através da qual os futuros reformados recebam informações antecipadas sobre a situação vindoura e possíveis dificuldades. Assim como, Simões (2006), na sua obra “A Nova Velhice” defende objetivamente a necessidade e utilidade da educação para a reforma.

Segundo Neto (2012), a educação para a reforma é um grande contributo para o desejado envelhecimento bem-sucedido. “O desejo de alcançar algo e a vontade de realizar determinadas obras dão ânimo ao ser humano para continuar a sua jornada e perseverar na sua existência. Sem um objetivo ou algo a desenvolver, muito provavelmente, a vida perderá o seu sentido”, Neto (2012, 20).

Bueno, Vega e Bus (2004, 432) sublinham os efeitos positivos de uma boa Educação para a Reforma: “ajuda a enfrentar os problemas de saúde, económicos, sociais e a organização global de toda a vida”. Acrescentam que a preparação para a reforma é cada vez mais requisitada por parte dos futuros reformados, já que a reforma pressupõe uma “reorientação e organização dos hábitos diários da vida”.

As formações e/ou atividades de preparação para a reforma devem abordar questões importantes, tais como: o processo de envelhecimento; a mudança de atitudes; hábitos e estilos de vida saudáveis; os processos de adaptação social (em família e na comunidade); as possibilidades e as melhores formas de gestão do tempo disponível; as alterações na economia própria e doméstica; os aspetos jurídicos interessantes à população idosa; os tipos e modalidades de apoio existente para a velhice; os aspetos relacionados ao voluntariado; o turismo sénior, de entre outros relevantes aos sujeitos que caminham para uma nova etapa (Bueno, Vega e Bus, 2004).

No Brasil, tais programas (Anexo3), chamados de Programa de Preparação para a Aposentadoria (PPA) foram criados nos anos 90, por grandes empresas estatais, nas importantes empresas privadas e multinacionais. Funcionando, geralmente em parceria, com protocolos entre a empresa e uma universidade sénior externa.

França (2011), refere como chave para o desafio da longevidade nas organizações a Educação ao longo da vida – *Life Long Learning* (LLL). Devendo as organizações manter os seus trabalhadores mais velhos atualizados e promover a preparação para a reforma nos funcionários que pretendem sair do mercado de trabalho, respeitando sempre a sua vontade.

As estratégias do PPA, devem incluir a preparação das equipas interdisciplinares, a inserção de facilitadores, a sensibilização, a realização de diagnósticos, a implementação do programa, o acompanhamento e as suas avaliações constantes.

A preparação para a reforma é um processo individual, que depende do coletivo. Isto é, a forma como os indivíduos avaliam e percebem os indicadores ambientais,

socioeconómicos e políticos influencia positiva ou negativamente o planeamento para o futuro (França, 2011).

O PPA “irá permitir aos trabalhadores terem um olhar no passado, com visão no presente, no que é possível realizar no futuro, e de como lidar com as possíveis frustrações que possam ocorrer na reforma (...) as organizações ao garantirem o PPA para seus trabalhadores cumprem com sua responsabilidade social”, (França, 2011, 216).

Em Portugal, empresas privadas de formação profissional e o próprio poder público já começam a criar programas semelhantes e formações, seminários e fóruns destinados à preparação das pessoas prestes à reforma.

O “Projeto Recriar o Futuro” (Anexo 4), é um exemplo de uma iniciativa pública portuguesa destinado à preparação para a aposentação ou de educação para a reforma. Consiste numa formação aos responsáveis pelos recursos humanos de instituições, públicas e privadas, do nosso país, com a finalidade de promover uma preparação para a reforma de seus colaboradores, dinamizada pelo Instituto de Segurança Social. Algumas instituições em diferentes distritos portugueses já aderiram ao projeto (Segurança Social, 2001).

Ainda é pouco representativa a adesão aos programas de preparação para a aposentação ou à educação para a reforma. Sendo normalmente facultativa a participação das pessoas que se aproximam do desligamento da vida laboral nesse tipo de programas, muitas pessoas acabam por não aproveitar os benefícios das informações e preparação oferecidas (Simões, 2006).

O “Projeto Recriar o Futuro”, é facultativo, funcionado através de candidatura por parte das entidades empregadoras, à Segurança Social. No decorrer da nossa investigação, obtivemos a informação junto da Segurança Social, que o projeto não se encontrava naquela data em execução, uma vez não ocorreu nenhuma candidatura ao mesmo, por parte das entidades empregadoras. Este dado vem sublinhar a fraca adesão das entidades aos programas de educação/adaptação à reforma, no nosso país.

Stress

Segundo Ramos (2001), definir o conceito de stress é difícil. *Stress* é uma palavra inglesa que significa “pressão”, “tensão” e cuja genealogia se iniciou com o termo latino *stringere* (“esticar”). Segundo Vaz Serra (2011, 12) “a expressão existe na língua inglesa desde o século XIV sendo utilizada, durante bastante tempo, para exprimir uma pressão ou uma constrição de natureza física. Apenas no século XIX o conceito se alargou para passar a significar também as pressões que incide sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana”.

O *stress* é, deste modo, um tipo particular de relação entre o sujeito e o seu meio, marcada pela perceção de exigências, que o individuo tem e que excedem os seus recursos de *coping* podendo ameaçar o seu bem-estar. Esta discrepância, entre o que o sujeito sente que lhe é pedido e o que julga poder dar, é sinalizada pelo organismo, em toda a sua globalidade e totalidade, isto é, aos níveis fisiológicos (imunológico, neural, hormonal), psicológicos (emocional, cognitivo, comportamental) e sociais (família, trabalho, comunidade), Ramos (2001).

Uma experiência de *stress* acontece quando o sujeito avalia que determinada situação comporta exigências significativas para o seu bem-estar, face às quais julga não dispor de recursos que as satisfaçam (tanto recursos de *coping* como de apoio social ou outros).

Este processo avaliativo não é reflexivo, racional ou lógico, mas sim automático, involuntário, e profundamente emocional. É este processo que determina o que é o *stress*, as reações de *stress* do indivíduo e os resultados dos seus esforços adaptativos. Posteriormente, dá-se a resposta de *stress*, uma reação total do organismo que denuncia o desequilíbrio próprio da situação de stress em que o indivíduo se encontra. A resposta de *stress* pode incluir um alargado conjunto de sinais e sintomas, muitas vezes com a designação de *strains* (Anexo 4), em três dimensões: fisiológica, psicológica e social (Ramos, 2001).

Para Lazarus (1993 e 1999, citado por Vaz-Serra, 2011), o *stress* representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que o indivíduo desencadeia.

Selye, em 1956, desenvolveu o “Síndrome Geral de adaptação”, que ele descreveu em três fases. Após tomar contacto com o *Stressor*, o indivíduo entra na fase de alarme, activando e reforçando o SNS (Sistema Nervoso Simpático).

Com a continuação da exposição ao *Stressor*, passa-se à fase de resistência, começam a atuar as estratégias de *coping*, tentativas de inverter os efeitos do estado de alarme, muitas destas estratégias superam o *Stressor* à custa do bem-estar físico e psicológico. Por exemplo, para passar nos exames (*stressor*) o aluno faz longas noites e alimenta-se mal para tirar boas notas (Feldman, 2001).

Quando a resistência não é adequada, quer por esta não ser eficaz quer por estar exposto a uma situação permanente de *Stress*, atinge-se a fase da exaustão. Durante esta fase a capacidade de adaptação da pessoa encontra-se muito diminuída, ao ponto de aparecerem as consequências negativas do *Stress*.

Embora este modelo apresente, um salto enorme na compreensão do *Stress*, deixa algumas questões em aberto, que são também a limitação do próprio modelo, como por exemplo, o porquê de cada pessoa reagir de forma diferente ao mesmo estímulo.

Apesar de não existir um significado para o *stress*, unanimemente aceite, para Maslach (1976), todas as definições de stress podem agrupar-se em três categorias. Numa primeira, o *stress* é entendido como um estímulo que torna as pessoas disfuncionais, sendo os acontecimentos do meio ambiente (forças externas) apontados como geradores de *stress* nos indivíduos. “O termo evoca pois a ideia de pressão e tem sido usado para significar a pressão psíquica exercida sobre o ser humano pelo meio ambiente, incluindo quer fatores de ordem física como o ruído, quer os que resultam da interação social e da vida em sociedade” (Barata, 2006, 58-59).

Numa segunda análise, encontramos o *stress* como uma resposta interna dos indivíduos a um ambiente stressante. O modelo de Selye é o mais conhecido desta categoria. “Na realidade o *stress* psicológico é gerado no próprio indivíduo, quando este não tem capacidade de lidar com os desafios postos pelo ambiente” (Barata, 2006, 62). Uma terceira conceção do *stress*, mais recente, define-o como consequência da interação entre estímulos ambientais e as respostas individuais. Esta perspetiva coloca em evidência as perceções individuais e o modo como os indivíduos lidam com o stress. “Os indivíduos têm diferentes níveis de tolerância ao *stress*, os quais são influenciados principalmente pela personalidade, pelas estratégias de luta contra o stress, e também

pela idade, sexo, experiência com situações semelhantes, atitudes, treino e apoio social recebido da família, amigos e colegas de trabalho” (Barata, 2006, 60).

A aplicação do modelo transacional de Lazarus “visa, por um lado, chamar a atenção para a importância das variáveis individuais na experiência de *stress* e, por outro lado, para o tipo de transações que ocorrem entre trabalhadores e o ambiente de trabalho assumindo-se, neste caso, a importância das estratégias de confronto utilizadas pelo indivíduo e as mudanças na experiência de stress, que acontecem ao longo do tempo e em diferentes situações” (Lazarus, 1995 citado em Gomes, 2004, 33).

Falta perceber portanto o que vai despoletar o episódio *Stressante*. Para a maioria das pessoas um acontecimento só é tido como *Stressante* quando representa uma ameaça, ou seja, quando o sujeito não se percebe como capaz de lhe fazer frente. Assim, o mesmo acontecimento, numa ocasião pode ser *Stressante* e noutra não, em virtude da pessoa adquirir estratégias que a façam perceber como competente (Feldman, 2001).

O modelo de *stress* ocupacional formulado por Cooper (1978) procura identificar as principais fontes de stress em contexto ocupacional e quais os efeitos e consequências resultantes tanto para o indivíduo, como para a organização. O modelo identifica seis fontes de *stress* ocupacional:

1. Fatores intrínsecos ao trabalho (más condições físicas de trabalho, meios e recursos de trabalho, excesso de horas, tarefas com alto grau de dificuldade, demasiado trabalho a executar);

2. Papel na organização (a ambiguidade do papel, o conflito de papéis e o grau de responsabilidade);

3. Relações no trabalho (relações com superiores e colegas como fonte de apoio e ajuda ou como fonte potencial de pressão e stress);

4. Desenvolvimento da carreira (enfoque na inconsistência entre as expectativas das pessoas e a posição social ocupada e no problema da insegurança no trabalho e na carreira);

5. Clima e estrutura Organizacional (aspectos da organização que promovem ambientes ambíguos e inconsistências, por exemplo, políticas administrativas, fraca ou inexistente participação no processo de tomada de decisões, restrições no comportamento);

6. Fontes extra-organizacionais (fatores individuais que podem alterar ou modificar o modo como o trabalhador percebe ou reage ao seu ambiente de trabalho. Por exemplo: problemas de família, satisfação na vida, dificuldades financeiras, ausência de apoio social).

Por seu turno Leal (1998), em *Stress e Burnout*, considera como fontes de *stress* ocupacional:

- fatores intrínsecos da profissão;
- o desenvolvimento da própria atividade profissional;
- as relações no trabalho;
- a estrutura e o clima organizacional.

Segundo Eriksen e Ursin (2006, citados por Vaz-Serra 2011), o *stress* deve ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa. Se o *stress* não fosse adaptativo e necessário, não teria sobrevivido ao teste da evolução, que o faz perdurar no tempo, ao longo de múltiplas gerações. Só em condições muito específicas esta relação ultrapassa os seus limites e se torna então uma fonte de potencial doença.

Vaz-Serra (2000) refere como características no perfil do indivíduo vulnerável ao *stress*: pouca capacidade auto-afirmativa, fraca tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver os problemas e preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia-a-dia, bem como, marcada emocionalidade.

Ramos (2005) resume a ideia central da sua obra “Crescer em Stress” no esquema abaixo apresentado que integra os processos de *coping*, adaptação psicológica e o desenvolvimento, que nos fazem crescer em *stress*.

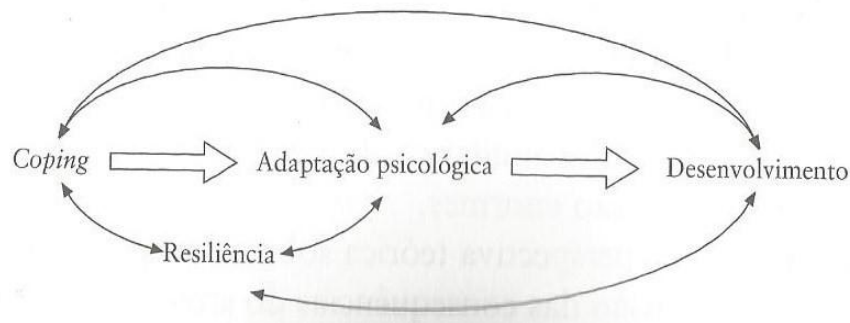


Figura 2 - Processos que permitem "crescer em stress"

In Ramos, 2005

As setas largas indicam a sequência dos processos centrais à ideia de crescer em stresse: o *coping* promove a adaptação psicológica e o desenvolvimento; adicionalmente, adaptação psicológica favorece o desenvolvimento pessoal. O conceito de resiliência ocupa um lugar marginal nesta sequência, mas desempenha um papel determinante, na medida em que favorece cada um dos restantes processos. Por sua vez, cada um dos processos reforça e é reforçado pelos outros: uma pessoa madura lida melhor com o *stress*, e ao lidar melhor com o stress ganha maturidade; do mesmo modo, consegue adaptar-se melhor; por seu lado, ao adaptar-se melhor “cresce” mais; por uma e por outra via, torna-se mais resiliente, e assim continuamente, com todos os termos do esquema (Ramos, 2005, 199).

Tendo em conta que os indivíduos apresentam diferentes níveis de tolerância aos *stressores*, passamos a clarificar o *stress* positivo e negativo.

Stress Positivo / Stress Negativo

Selye (1980) referiu dois tipos de *stress*, um positivo (*eustress*) e outro negativo ou nocivo (*distress*).

Até um determinado nível, a excitação e ativação que o *stress* provoca pode ser benéfica para o indivíduo, levando a maximizar as suas capacidades. No entanto, é necessário ter em atenção que o corpo não ultrapasse o ponto de equilíbrio, isto é, que a activação simpática, comandado pelo hipotálamo seja acompanhada da necessária

regulação parassimpática. Quando isto acontece pode chamar-se não de *stress* mas de situação de desafio. Estando esta questão relacionada com a atribuição que o indivíduo faz dos acontecimentos, isto é, se considera determinado acontecimento, um desafio ou pelo contrário uma ameaça. Por outro lado, quando a activação é demasiada e não é acompanhada pela regulação parassimpática, este estado de excitação é transformado em ansiedade e medo. Dá-se a quebra do equilíbrio e atinge-se o ponto de ruptura, entrando-se em *distress* e por via disso, as respostas endócrinas, neuronais e corporais levam a uma diminuição da capacidade reactiva, diminuindo por isso o desempenho (Guerra, 2001).

Percebemos por isso que o limiar do desafio está em justaposição com o início do *stress*. Este ponto de equilíbrio, entre a maximização de capacidades e a ruptura de *stress* é muitas vezes difícil de manter, variando de acordo com a variabilidade inter-sujeitos.

É da procura deste equilíbrio ténue e frágil que muitos acabam por sucumbir ao que tanto tentavam evitar, caem em *stress*, estes sujeitos, também associados a Personalidades Tipo A, com o objectivo constante de se superarem acabam por enfrentar a exaustão que a constante activação neuro-hormonal provoca nos tecidos frágeis, como artérias e veias, daí a sua susceptibilidade a sofrer de doenças cardiovasculares.

Segundo Vaz Serra (2011), se o indivíduo apresentar aptidões e recursos suficientes que lhe permitem emitir respostas adequadas perante as exigências criadas, a vida decorre dentro de padrões controlados de *stress*. Se as exigências são superiores à capacidade de resposta do indivíduo, o mesmo vive numa situação de *stress* desgastante. Por último, se as aptidões e recursos são superiores às exigências o grau de *stress* é mínimo. No entanto, se as exigências forem demasiado baixas o aborrecimento e tédio consequentes dos baixos níveis de exigência, podem constituir-se como um fator de *stress*, como podemos ver na figura seguinte.

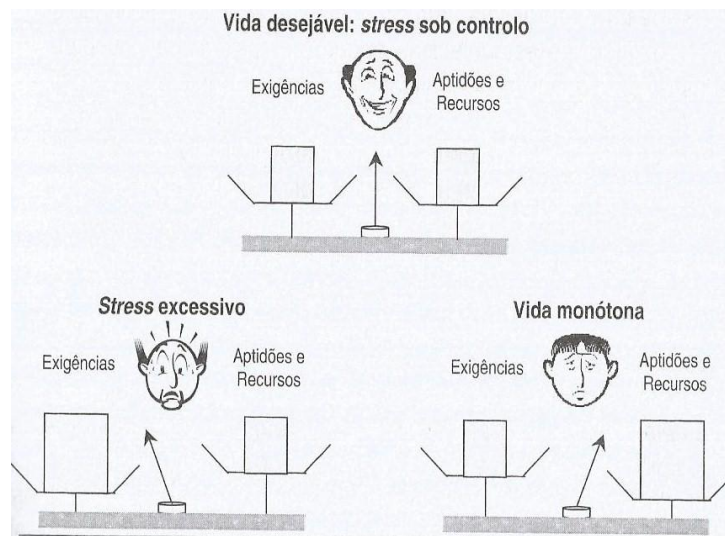


Figura 3- O balanço do stress varia em função do grau de exigência estabelecido pela circunstância tendo em conta as aptidões e recursos pessoais e sociais que o indivíduo possui para a confrontar.

In Vaz Serra (2011)

Importa agora, olhar para os principais acontecimentos indutores de *stress*, sendo a sua origem diversificada, clarificamos de seguida estes aspetos.

Acontecimentos indutores de Stress

Lazarus e Folkman (1984, citados por Vaz-Serra, 2011), referem que as situações indutoras de *stress* pertencem a três categorias distintas: ameaça, dano e desafio, sendo a diferença entre elas sobretudo temporal. A ameaça diz respeito à antecipação de um acontecimento desagradável que pode vir a acontecer mas que ainda não surgiu. É uma situação que se projecta no futuro. O dano, refere-se a alguma circunstância penosa que já ocorreu. Ao indivíduo nada mais resta do que aceitar o acontecimento ou reinterpretar de uma forma mais positiva o seu significado ou as suas consequências. O desafio representa uma circunstância em que o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas, correspondendo a uma situação ligada ao presente.

Vaz Serra, em 2000, na sua construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao *Stress*, a 23 QVS, identificou sete classes principais de acontecimentos indutores de *Stress*.

Na primeira categoria encontramos os traumas graves, situações onde a morte pode estar relacionada e que são percebidas como muito graves pelo indivíduo. Como exemplos temos as ameaças de morte, as agressões, os espancamentos, o testemunhar um homicídio.

Na segunda, estão incluídos os acontecimentos significativos da vida, definidos como ocasiões onde a pessoa sofre um choque momentâneo mas, normalmente, o desconforto associado passa ao longo um período não muito extenso, são exemplos destes acontecimentos a morte ou separação de um familiar próximo ou cônjuge.

Às situações regulares, que equivalem a uma forma de *stress* contínua, provenientes do desempenho de papéis sociais, o autor chamou de “circunstâncias indutoras de *Stress* crónico”, o *Stress* destas situações permanentes vai se acumulando e corroendo a capacidade de resistência do indivíduo, situações como problemas conjugais, exigências no trabalho, prazos. Para Vaz Serra (2001, 283), “são comparáveis a “ferrugem” que se vai acumulando e gradualmente vai desgastando dado material”.

Os micro-indutores de *Stress* são os pequenos acontecimentos que em conjunto se tornam perturbadores, tais como, trânsito no caminho para o emprego, perder uma chave.

Os macro-indutores, são provenientes da envolvimento política/económica do país, situações de crise laboral, etc.

Na penúltima categoria encontramos os acontecimentos desejados mas que não ocorreram. Estes dizem respeito às expectativas defraudadas, anseios que não se realizam. Como, por exemplo, uma promoção na carreira profissional ou um aumento de vencimento prometido.

Por último, Vaz Serra (2001) refere os stressores consequência dos traumatismos que ocorreram na infância. Nestes incluem-se o indivíduo ter sofrido maus tratos, ter sido abusado ou ter vivido num ambiente familiar hostil.

Segundo Vaz Serra (2001), numa outra perspectiva ao falar de fontes de *Stress*, podemos dizer que há duas grandes fontes de *Stress*, as internas e as externas.

As fontes internas ao indivíduo são as exigências ou pressões exercidas pelo próprio, como o seu sentido de responsabilidade, as obrigações morais, a suas características de personalidade, problemas físicos, entre outros.

No que às fontes externas diz respeito, estas são pressões externas de que o indivíduo é alvo como a carga de trabalho, responsabilidade familiar, dificuldades financeiras (Guerra, 2001).

Segundo Ramos (2005), conhecer as situações com que temos ou teremos de lidar permite-nos preparar melhor as estratégias com que as vamos defrontar.

No nosso trabalho, estudámos a vulnerabilidade ao *stress* numa amostra de profissionais de saúde. Neste sentido, levamos a cabo uma breve revisão da literatura sobre o stress nos profissionais de saúde, que passamos a apresentar.

Stress nos profissionais de saúde

Segundo Vaz-Serra (2011), há um número muito grande de circunstâncias que podem induzir *stress* nos profissionais de saúde, concretamente nos médicos, o que também pode ser distinto de especialidade para especialidade.

Para a Associação de Medicina Britânica (1992, citada por Vaz-Serra, 2011), as situações susceptíveis de induzirem *stress* nos médicos podem ser incluídas em cinco categorias relacionadas com:

1- emprego: questões como o número de horas de trabalho, os turnos, a aprendizagem de novas tecnologias, os perigos de uma contaminação accidental, a sobrecarga do trabalho ou as tarefas excessivamente difíceis;

2- estrutura e o clima da organização onde se trabalha: diz respeito falta de autonomia ou ao não envolvimento nas tomadas de decisão;

3- a evolução da carreira: aspectos relacionados com o ordenado, ameaça de desemprego, insegurança no trabalho, dificuldades de promoção ou aposentação compulsiva numa idade precoce;

4- o papel dentro da organização, isto é, a responsabilidade em relação às pessoas ou às exigências que podem tornar-se conflituosas ou ambíguas.

5- as relações de trabalho com superiores, colegas e subordinados.

Olkinuora e colaboradores (1990, citados por Vaz-Serra 2011) salientam que há profissões que tem índices elevados de *burnout*, particularmente aquelas cujos membros tratam doentes crónicos, incuráveis ou que estão atingidos por doenças fatais. Incluem nesta situação as especialidades de oncologia, de pneumologia e de psiquiatria. As que representam um menor índice de *burnout* são as que lidam com doentes de prognóstico mais favorável, como a obstetrícia e a ginecologia ou a otorrinolaringologia e a oftalmologia.

Para Heim (1992, citado por Vaz-Serra, 2011) os enfermeiros atravessam condições de *stress* ainda mais intensas do que os médicos. Refere que são provenientes, em grande parte, da atenção e dos cuidados que têm de prestar continuamente aos doentes, seguidos de conflitos de equipa ou sobrecarga de trabalho, insegurança, falta de autonomia e conflitos de autoridade.

Segundo Martins (2003), os diversos estudos realizados revelam um conjunto de fontes de *stress* que podem ser consideradas específicas das profissões de saúde. Estas fontes de *stress* são fundamentalmente de ordem sócio-emocional e prendem-se com o contacto com os doentes e a capacidade de responder às exigências emocionais dos mesmos. A falta de treino de competências psicológicas para lidar com tais exigências aumenta o *stress* desse contacto.

A autora refere ainda que, esta questão é referida, tanto por médicos como por profissionais de enfermagem, como uma fonte de *stress* de grande relevância, podendo, ainda, ser agravada pela falta de um espaço de diálogo na instituição hospitalar, quer com os colegas e superiores quer com o doente e sua família.

Segundo McIntyre (1994), uma percentagem considerável dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) evidencia reações adversas a determinados stressores, que afetam o seu bem-estar pessoal, a sua saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados.

Os estudos realizados com técnicos de saúde têm incidido sobretudo sobre os sintomas subjetivos de *stress*, de ordem psicológica ou psicossomática. Os primeiros incluem ansiedade, nervosismo, tensão, depressão e tendência para o suicídio; os segundos incluem dores abdominais, dores no peito, alterações dos batimentos cardíacos, náuseas, dores de cabeça e fadiga crónica/*burnout*. O síndrome de *burnout* inclui

elementos objetivos e subjetivos, psicológicos e psicossomáticos, como a depressão, queixas físicas, absentismo e tendência para o isolamento (Greenberg, 1987, citado por Martins, 2003).

Kandolin (1993), num estudo realizado em profissionais de saúde que praticam trabalho por turnos, encontrou três aspetos de *burnout*: fadiga psicológica, perda de satisfação no trabalho e endurecimento das atitudes. Segundo este autor, o *stress* do trabalho faz-se também sentir na esfera familiar e social, nas relações de amizade e de lazer.

Os técnicos de saúde encontram-se, por isso, na posição insustentável de ter exigência emocionais elevadas no seu trabalho. Por outro lado, a exigência social de que o médico ou enfermeiro seja sempre médico ou enfermeiro fora da instituição hospitalar, contribui para o isolamento emocional e para a fadiga ocupacional (Mcintyre, 1994).

Ao nível do doente, a chamada humanização dos cuidados de saúde tem motivado uma atenção especial às dimensões sociais e humana da doença e do doente. Porém, esta humanização não se tem estendido à pessoa dos profissionais de saúde, cuja saúde é presumida e não promovida, segundo Martins (2003).

Oliveira (2003) desenvolveu um estudo que pretendia determinar a influência de alguns fatores de *stress* em profissionais da Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em Portugal, utilizando uma amostra constituída por 151 profissionais pertencentes ao Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) de Porto, Coimbra e Lisboa, perfazendo um total de 41.4% da população, com uma média de idades de 33.15 anos, em que 53% eram médicos, 34.4% enfermeiros e 12.6% técnicos de ambulância de emergência (TAE) / tripulante de ambulância de socorro (TAS). De acordo com o estudo efectuado, existe uma correlação significativa entre percepção de *stress* e a capacidade de resolução de problemas, sendo que os profissionais com maior capacidade para resolução de problemas apresentam uma percepção de *stress* significativamente inferior. Da correlação efetuada entre tempo semanal de exercício na VMER e percepção de *stress*, refere a investigadora a existência de uma correlação negativa, pelo que os profissionais que trabalham menos horas por semana apresentam maior percepção de *stress*. Porém, salienta-se a existência de uma correlação negativa entre o facto de trabalhar noutro serviço que não a VMER e a sua percepção de *stress*, referindo a investigadora que “*os profissionais que trabalham mais tempo por semana em outro serviço além*

da VMER, tendem a evidenciar menor percepção de situações indutoras de stress” (Oliveira, 2003, 11).

No estudo efetuado por Amaro e Jesus (2008), com uma amostra constituída por 161 profissionais de emergência médica distribuídos pelo território nacional dos quais 42,2% possuem a categoria profissional de TAE/TAS, 31,7% são enfermeiros e 26,1% são médicos, tendo sido utilizada uma amostragem por *clusters*, seguida da técnica de amostragem aleatória.

Os autores verificaram a existência de valores médios de vulnerabilidade ao *stress* baixos, inferiores a 43 para a totalidade dos sujeitos da amostra o que, de uma forma geral, segundo Vaz-Serra (2000), nos permite afirmar que os sujeitos de estudo não apresentam vulnerabilidade ao *stress*. Porém, ao avaliar a vulnerabilidade ao *stress* mediante a categoria profissional, verificaram que são os sujeitos de estudo com a categoria profissional de TAS/TAE aqueles que apresentam maior percentagem de vulnerabilidade ao *stress*, o que parece compreensível na medida em que são simultaneamente os sujeitos do estudo com a categoria de TAS/TAE aqueles que apresentam valores médios mais elevados quer para a totalidade do instrumento de medida da vulnerabilidade ao *stress*, quer para as dimensões “*Condições de vida adversas*”, “*Subjugação*” e “*De privação de afetos e rejeição*”.

Na dimensão “*Condições de vida adversas*”, fazem parte os item “Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais” e “O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais”.

Para a “*Subjugação*” integram os itens, “Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim”, “Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades” e “Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão”.

Já a dimensão “*De privação de afetos e rejeição*” é composta pelos itens “Dou e recebo afeto com regularidade”, “As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito” e o item “Há em mim aspetos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas”.

O 23QVS (23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao *Stress*) utilizado por Amaro e Jesus (2008), e construído por Vaz Serra (2000), é o instrumento utilizado no nosso estudo e que passamos a apresentar no capítulo seguinte.

Segunda parte – Estudo empírico

Objetivos e Hipóteses de Estudo

Definição dos Objetivos do Estudo

O principal objetivo deste projeto de investigação é contribuir para a compreensão das variáveis relacionadas com o *stress* na transição para a reforma com vista a propor futuras ações de prevenção. Neste sentido, estudou-se a vulnerabilidade ao *stress* referida pelos técnicos do Centro Hospitalar do Médio Tejo e Hospital S. João Baptista da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento, na fase de transição para a reforma.

Definição de Problema e Hipóteses:

Problema: “Qual a vulnerabilidade ao *stress* na transição para a reforma dos profissionais da área da saúde?”

As hipóteses que advêm deste problema são as seguintes:

H1 – O nível de *Stress* aumenta com a aproximação da idade da reforma.

H2- O nível de *Stress* está correlacionado com o número de horas de trabalho semanal.

H3 – O nível de *Stress* varia com o cargo ocupado.

H4 – O nível de *Stress* é influenciado pelo grau de escolaridade.

H5 – O nível de *Stress* difere consoante as características do relacionamento amoroso.

H6 - O nível de *Stress* depende da existência de projetos para o futuro, concretamente para a reforma.

Método e Procedimento

Utilizámos um estudo descritivo-correlacional uma vez que pretendemos verificar a natureza das relações existentes entre as diferentes variáveis estudadas. Mais especificamente, a relação entre o *stress* percebido pelo sujeito e as suas diversas componentes, isto é, as sete subescalas: Fator 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração, Fator 2: Inibição e dependência funcional, Fator 3: Carência de apoio social, Fator 4: Condições de vida adversas, Fator 5: Dramatização da existência, Fator 6: Subjugação, Fator 7: Deprivação de afeto e rejeição e as variáveis socio-demográficas da nossa amostra.

Amostra foi recolhida por conveniência do investigador, no distrito de Santarém, mais concretamente nas cidades de Tomar, Abrantes e Torres Novas. Estes três hospitais, compõem o Centro Hospitalar do Médio Tejo. E na cidade do Entroncamento, Hospital S. João Baptista da Santa Casa da Misericórdia. Foram avaliados 64 indivíduos, profissionais da área da saúde (e.g., médicos, enfermeiros, radiologistas).

Inicialmente, foi enviado aos colaboradores do Centro Hospitalar do Médio Tejo, um *e-mail*, a solicitar a sua colaboração no nosso estudo e com indicação do *link* ao qual deveriam aceder para responder ao nosso questionário. O número de respostas *on-line* foi muito reduzido, o que nos levou a solicitar presencialmente aos colaboradores do Centro Hospitalar do Médio Tejo o preenchimento do nosso questionário em formato impresso, para que fosse possível prosseguir com o nosso estudo.

No Hospital S. João Baptista da Santa Casa da Misericórdia, todos os questionários foram preenchidos em formato impresso.

Após a respetiva recolha de dados, estes foram introduzidos e tratados com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20, onde efetuamos as análises estatísticas, em função dos objetivos deste trabalho.

Instrumentos

Para recolher os dados utilizámos um protocolo auto-administrado composto por três blocos de questões:

- (1) dados sociodemográficos – género, idade, estado civil e agregado familiar;
- (2) dados profissionais – nível de ensino, tempo de experiência profissional, profissão, número de anos em falta para a reforma;
- (3) escala 23 Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress – Vaz Serra, (2000).

Este inventário consiste numa escala do tipo Likert constituída por 23 itens, cada um deles com cinco opções de resposta, que variam entre 0 (concordo em absoluto) e 5 (Discordo em absoluto).

Para a elaboração desta escala de avaliação da vulnerabilidade ao stresse, Vaz Serra (2000a) efetuou um estudo, com uma amostra constituída por 368 indivíduos da população em geral, em que a escala inicial era constituída por 64 itens, tendo ficado posteriormente reduzida a 23, com exclusão de 41 itens. O autor menciona que para definir as sub-escalas que constituem o 23QAVS procedeu a uma análise fatorial em componentes principais, seguida por uma rotação ortogonal *varimax*, tendo obtido uma solução de 7 fatores que explicam 57,5% da variância total. A saber, Fator 1: “perfeccionismo e intolerância à frustração” (10,7% da variância), Fator 2: “inibição e dependência funcional” (10,5% da variância), Fator 3: “carência de apoio social” (7,6% da variância), Fator 4: “condições de vida adversas” (7,6% da variância), Fator 5: “dramatização da existência” (7,2% da variância), Fator 6: “subjugação” (7,2% da variância), e, por ultimo, o Fator 7: “deprivação de afeto e rejeição” (6,6% da variância).

Relativamente aos indivíduos vulneráveis ou não vulneráveis ao stresse, Vaz Serra (2000, 303) refere que “os indivíduos que ao preencherem uma escala 23 QVS obtenham um valor igual ou superior a 43 devem ser considerados vulneráveis ao *stress*”. Desta forma, sempre que a utilização deste instrumento for efetuado em condições de prevalência de doença semelhantes aquelas descritas pelo autor no estudo original, espera-se que os indivíduos que obtenham uma pontuação superior a 43 no instrumento de avaliação tenham 40,1% de probabilidades de ser doentes, aqueles que obtenham um resultado inferior a 43 têm 85,3% de probabilidades de efetivamente não serem doentes.

Análise dos dados

Caracterização da amostra

A presente amostra é composta por 64 sujeitos, dos quais 37 laboram no Centro Hospitalar do Médio Tejo (57,8% da amostra) e 27 no Hospital S. João Baptista da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento (42,2% da amostra).

Relativamente ao género, 51 sujeitos são do sexo feminino (79,7% da amostra) e 13 do sexo masculino (20,3% da amostra). A idade média dos sujeitos da amostra é de 55,5 anos (mínimo 50, máximo 64) com um desvio padrão de 3,4 anos.

Quanto ao estado civil dos sujeitos da amostra a sua larga maioria encontra-se casado (70,3%), seguido dos sujeitos divorciados (21,9%), em união de facto (4,7%) e com igual percentagem os sujeitos solteiros e viúvos (1,6%).

Os sujeitos da amostra têm entre 2 e 41 anos de trabalho, com uma média de 24,15 anos de trabalho nos hospitais analisados.

Quanto à profissão exercida, 56% dos sujeitos da nossa amostra desempenham a profissão de operacionais e 44% a profissão de técnicos superiores. Relativamente ao número de anos que faltam para os sujeitos solicitarem a reforma a média é de 5,6 anos.

Avaliação das qualidades psicométricas do QVS 23

Para avaliar se o instrumento utilizado (QVS23 - Vaz-Serra, 2000) tem ou não boas qualidades psicométricas, começámos por analisar a sua consistência interna. Assim, na nossa amostra foi obtido um Alfa de Cronbach de 0,78, valor considerado elevado segundo Maroco (2007). No quadro seguinte observamos que as correlações dos vários itens do QVS com a escala total se situam, de um modo geral, entre 0,215 e 0,575, existindo apenas quatro itens com valores de correlação inferiores a 0,2.

Quadro 1. Análise das correlações entre os itens do QVS23 e a escala total

	Correlação item-total	Alfa de <i>Cronbach</i> se item eliminado
QVS_23_1	,277	,780
QVS_23_2	,184	,785
QVS_23_3	,293	,778
QVS_23_4	,270	,781
QVS_23_5	,242	,781
QVS_23_6	,313	,778
QVS_23_7	,188	,783
QVS_23_8	,320	,777
QVS_23_9	,350	,776
QVS_23_10	,513	,764
QVS_23_11	,501	,766
QVS_23_12	,370	,774
QVS_23_13	,331	,776
QVS_23_14	,215	,782
QVS_23_15	,284	,779
QVS_23_16	,411	,772
QVS_23_17	,080	,788
QVS_23_18	,563	,760
QVS_23_19	,575	,762
QVS_23_20	,110	,791
QVS_23_21	,410	,771
QVS_23_22	,271	,779
QVS_23_23	,485	,767

Podemos então dizer que a consistência interna do 23QVS se revelou adequada com a nossa amostra, pelo que os dados poderão ser utilizados para realizar análises estatísticas.

De seguida, realizámos uma Análise Fatorial Exploratória, com rotação Varimax, tendo obtido 7 factores (tal como os autores originais tinham obtido) que explicam 64,6% da variância total da amostra. Através do quadro seguinte, verificamos que a distribuição dos itens pelos factores é semelhante à distribuição obtida pelos autores originais.

Stress na Transição para a Reforma

Quadro 2. Distribuição dos itens do QVS23 pelos fatores, com base na Análise Fatorial

Fator 1 (19,5% da variância explicada)

Item		Loading
5	Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	.476
10	Sou um individuo que se enerva com facilidade	.578
16	Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	.744
18	Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	.727
19	Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	.696
23	Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	.546

Fator 2 (11,3% da variância explicada)

Item		Loading
1	Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	,691
8	É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	,627
9	Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver	,636
12	Quando me criticam tenho tendência a sentir culpabilizado	,633

Stress na Transição para a Reforma

Fator 3 (5,8% da variância explicada)

Item		Loading
2	Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	,823
3	Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	,476
6	Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	,544
20	Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	,241

Fator 4 (9,8% da variância explicada)

Item		Loading
4	Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	,874
21	O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	,825

Fator 5 (5,0% da variância explicada)

Item		Loading
22	Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	,802

Stress na Transição para a Reforma

Fator 6 (6,3% da variância explicada)

Item		Loading
11	Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	,667
14	Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	,825
15	Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	,698

Fator 7 (6,9% da variância explicada)

Item		Loading
7	Dou e recebo afecto com regularidade	,558
13	As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	,728
17	Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas	,674

Embora tenhamos obtido uma distribuição dos itens pelos fatores, semelhante à dos autores originais, os fatores 2,3,5 e 6 apresentaram algumas diferenças em relação à composição dos fatores originais, existindo cerca de 8 itens que saturaram em fatores diferentes do original. No entanto, optámos por manter a distribuição dos autores originais devido ao número reduzido de itens que saturam em fatores diferentes, e também porque os valores de correlação de cada item com os respetivos fatores situam-se todos entre .241 e .874.

Apresentação dos resultados

Quadro 3. Descrição da amostra segundo as pontuações obtidas no 23QVS e respectivos fatores

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fator 1 Perfeccionismo e intolerância à frustração	64	4,00	24,00	13,6406	4,67131
Fator2 Inibição e dependência funcional	64	,00	12,00	4,7969	2,63782
Fator3 Carência de apoio social	64	,00	7,00	2,0937	1,63996
Fator4 Condições de vida adversas	64	,00	8,00	3,5156	2,53228
Fator5 Dramatização da existência	64	1,00	12,00	6,6094	2,39455
Fator6 Subjugação	64	1,00	13,00	8,1094	3,05566
Fator7 Deprivação de afeto e rejeição	64	,00	10,00	3,5938	2,12109
QVS_total	64	16,00	65,00	37,9688	10,6267

Observando o quadro 3, verificamos que, no QVS Total, os sujeitos obtiveram em média uma pontuação de 38 pontos, estando esta compreendida entre os 16 e os 65 pontos. Podemos observar ainda a pontuação média que os sujeitos obtiveram em cada um dos 7 fatores do 23QVS (e respectivo desvio-padrão), bem como os valores mínimo e máximo de cada uma destas subescalas. Temos assim a distribuição da nossa amostra segundo o instrumento utilizado e respectivas subescalas.

Comparação dos sujeitos da amostra em relação às variáveis socio-demográficas estudadas

Quadro 4. Comparação de resultados obtidos no 23 QVS, segundo o sexo

	Homens		Mulheres	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Fator 1 Perfeccionismo e intolerância à frustração	13,2	3,5	13,7	5,0
Fator2 Inibição e dependência funcional	5,0	2,8	4,7	2,6
Fator3 Carência de apoio social	2,4	1,9	2,0	1,6
Fator4 Condições de vida adversas	2,5	2,1	3,8	2,6
Fator5 Dramatização da existência	6,2	1,8	6,7	2,5
Fator6 Subjugação	7,1	2,4	8,4	3,2
Fator7 Deprivação de afeto e rejeição	4,1	1,9	3,5	2,2
QVS Total	36,2	8,2	38,4	11,2

Embora as diferenças obtidas no 23QVS, entre homens e mulheres não tenham sido significativas ($p > 0,05$), podemos ver no quadro 4. que para o Fator 1: Perfeccionismo e intolerância à frustração, a média obtida pelo indivíduos do sexo feminino (13,7) foi superior à média obtido pelos indivíduos do sexo masculino (13,2). No fator 3 carência de apoio social, pelo contrário os homens (2,4) pontuaram acima das mulheres (2,0).

No QVS total as mulheres obtiveram a pontuação de 38,4 e os homens de 36,2, revelando o sexo feminino um maior nível de *stress* em relação ao sexo masculino, embora, como já referimos, esta diferença não tenha sido significativa.

Quadro 5. Comparação de resultados obtidos no 23 QVS, para os indivíduos com relacionamento estável e sem relacionamento

	Com relacionamento amoroso estável		Sem relacionamento amoroso	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Fator 1 Perfeccionismo e intolerância à frustração	14,0	4,7	11,9	4,2
Fator 2 Inibição e dependência funcional*	5,1	2,7	3,2	2,1
Fator 3 Carência de apoio social	2,0	1,7	1,8	1,1
Fator 4 Condições de vida adversas	3,1	2,4	4,4	2,7
Fator 5 Dramatização da existência	6,7	2,5	6,4	2,0
Fator 6 Subjugação*	8,5	2,9	6,6	3,1
Fator 7 Deprivação de afeto e rejeição	3,3	2,0	4,1	2,4
QVS Total	38,6	11,0	34,7	7,8

*P < 0,05

Através do quadro 5. podemos observar que existem diferenças significativas no fator 2: inibição e dependência funcional e no fator 6: subjugação, de acordo com a existência ou não de relacionamento amoroso dos indivíduos. Assim para o fator 2: inibição e dependência funcional, os indivíduos com relacionamento amoroso estável têm maior inibição e dependência funcional (média: 5,1; dp: 2,7) do que os indivíduos sem relacionamento amoroso (média: 3,2; dp: 2,1). Por outro lado, para o fator 6: subjugação, os indivíduos com relacionamento amoroso estável apresentam maior subjugação (média: 8,5; dp: 2,9) do que os indivíduos sem relacionamento amoroso (média: 6,6; dp: 3,1).

Quadro 6. Comparação de resultados obtidos no 23 QVS, de acordo com a profissão

	Operacionais (auxiliares, administrativos...)		Técnicos superiores (médicos, enfermeiros...)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Fator 1 Perfeccionismo e intolerância à frustração*	14,7	4,7	12,1	4,4
Fator 2 Inibição e dependência funcional	4,5	3,0	4,9	2,0
Fator 3 Carência de apoio social	1,8	1,5	2,3	1,7
Fator 4 Condições de vida adversas*	4,4	2,5	2,2	2,0
Fator 5 Dramatização da existência*	7,5	2,4	5,7	2,1
Fator 6 Subjugação*	8,9	3,1	7,0	2,8
Fator 7 Deprivação de afeto e rejeição	3,4	2,4	3,6	1,7
QVS Total	40,5	10,3	33,9	9,5

*P < 0,05

Uma vez que a nossa amostra continha sujeitos cujas profissões tinham designações diversas, optámos por agrupar estas profissões em dois grupos, distinguindo assim os sujeitos com um trabalho que não exige habilitações superiores, de carácter mais técnico, dos sujeitos com habilitações superiores cujo trabalho está diretamente relacionado com a prestação de cuidados de saúde. Desta forma, pudemos comparar estes dois grupos nas variáveis relacionadas com o *stress*.

Analisando o quadro 6., podemos ver que existem diferenças significativas para o Fator 1: perfeccionismo e intolerância à frustração, Fator 4: condições de vida adversas, Fator 5: dramatização da existência, Fator 6: subjugação e para o QVS Total, relativamente às profissões dos indivíduos; mais especificamente, os operacionais pontuaram mais alto do que os técnicos superiores em todos esses factores. Por exemplo, no fator 5 a pontuação dos operacionais foi de 7,5 e a dos técnicos superiores 5,7 o que significa que os operacionais dramatizam mais a sua existência, comparativamente aos técnicos superiores.

Stress na Transição para a Reforma

Quadro 7. Comparação de resultados obtidos no 23 QVS, entre sujeitos que têm ou não projetos para a reforma

	Com projetos para a reforma		Sem projetos para a reforma	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Fator 1 Perfeccionismo e intolerância à frustração	14,3	3,9	12,7	5,4
Fator 2 Inibição e dependência funcional	4,4	2,3	5,0	2,8
Fator 3 Carência de apoio social	2,2	1,7	1,8	1,5
Fator 4 Condições de vida adversas	3,3	2,1	3,5	2,9
Fator 5 Dramatização da existência	7,1	2,1	6,2	2,7
Fator 6 Subjugação	8,0	2,8	8,1	3,4
Fator 7 Deprivação de afeto e rejeição	3,4	2,1	3,6	2,2
QVS Total	38,2	7,9	36,7	12,7

Como se pode verificar pelo quadro 7., não existem diferenças significativas entre os indivíduos com projetos para a reforma e os indivíduos sem projetos para a reforma, uma vez que $p > 0,05$ em todos os sete fatores e QVS total.

Quadro 8. Matriz de correlações

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	QvsTotal
F2	.44							
F3	.12	.39**						
F4	.28*	-.00	.24					
F5	.51**	.18	.05	.20				
F6	.39**	.35	.19	.20	.07			
F7	.10	.25	.35**	.20	-.17	.26*		
QvsTotal	.81**	.68	.47**	.49**	.48**	.63**	.37**	
Escolaridade	-.36**	.04	.14	-.46**	-.44**	-.39**	.04	-.38**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

No quadro 8., podemos verificar que o fator 1 : perfeccionismo e intolerância à frustração, se correlaciona muito significativamente, com os fatores 5: dramatização da existência, fator 6: subjugação e QvsTotal. Assim, os sujeitos que pontuam mais no perfeccionismo e intolerância à frustração, pontuam mais na dramatização da existência, na subjugação e no QvsTotal. Tendo sido também encontrada uma correlação com o fator 4: condições de vida adversas.

O fator 2: inibição e dependência funcional, apresenta uma correlação elevado com os fator 3: carência de apoio social. Por sua vez, o fator 3: carência de apoio social, correlaciona-se de forma elevada com o fator 7: privação de afeto e rejeição e com o QvsTotal.

O fator 7: privação de afeto e rejeição correlaciona-se significativamente com o fator 6: subjugação.

Podemos verificar ainda que desta forma, que o QvsTotal apresenta correlações significativas com todos os fatores, à exceção do fator 2: inibição e dependência funcional, sendo estas correlações na sua maioria moderadas: A correlação da escala total com o fator 1 revela-se elevada. Isto constitui um contributo para a validade interna da escala.

Caracterização do grupo não vulnerável ao stress

Adotando a sugestão de Serra (2000), dividimos a nossa amostra em dois grupos: vulneráveis e não vulneráveis ao *stress*, segundo o ponto de corte de 43 pontos. A média de idades para o grupo de sujeitos não vulneráveis (N=44) ao *stress* é de 55 anos, sendo 77% do sexo feminino e 67% casados. Quanto ao número de filhos, 35% têm um descendente, 33% não têm descendentes e 88% não têm netos.

Analisando o nível de escolaridade, 51% dos sujeitos têm formação superior, seguidos dos sujeitos com o ensino secundário (21%) estes, por sua vez, próximos dos sujeitos com o 2º e 3º ciclo de escolaridade (19%).

No grupo de sujeitos não vulneráveis ao *stress*, quanto à profissão exercida, não existem diferenças significativas, uma vez que, 51% desempenham funções de técnicos superiores e 49% desempenham funções de operacionais. Encontrando-se o grupo não vulnerável ao *stress*, maioritariamente num lugar de quadro no hospital onde laboram (95%). Em média laboram no seu local de trabalho há 26 anos e referem estar a cerca de

5 anos de pedirem a reforma.

Quanto aos planos/ projetos para a reforma, os valores aproximam-se, sendo que 51% não apresenta planos para a reforma e 49% apresentam planos para esta fase da vida.

No quadro seguinte podemos analisar os planos/projetos que os sujeitos do grupo não vulnerável ao *stress* referem, destacando-se o voluntariado e a categoria várias, que inclui duas ou mais respostas nas outras categorias apresentadas.

Quadro 9. Planos/projetos para a reforma do grupo não vulnerável ao *stress*.

	Percentagem
Voluntariado/ outro tipo trabalho	36,8
Cuidar de familiares	5,3
Hobbies/atividades lazer	21,5
Várias (duas ou mais das categorias anteriores)	36,8
Total	100,0

Caracterização do grupo vulnerável ao stress

O grupo de sujeitos vulneráveis ao *stress* (N=20) é constituído em 86% por indivíduos do sexo feminino, e com uma média de idades de 55 anos, sendo 76% casados. Relativamente ao número de filhos, 33% não tem filhos, 33% tem dois filho e 28% da amostra tem um filho, quanto ao número de netos, 91% dos elementos da amostra não tem netos. Ainda quanto ao agregado familiar, 86% dos indivíduos referem não ter idosos dependentes.

Olhando para a escolaridade, 38% dos indivíduos estudaram até ao 2º e 3º ciclo, seguidos dos indivíduos com formação superior (33%).

Stress na Transição para a Reforma

Quanto à profissão, 71% do grupo de sujeitos vulneráveis ao *stress* exercem profissões de operacionais, isto é, funções como administrativos ou auxiliares. Na sua larga maioria (76%) encontra-se num lugar de quadro no hospital onde laboram. Em média laboram no seu local de trabalho há 21 anos e referem estar a cerca de 6 anos de pedirem a reforma.

Analisando os planos/ projetos deste grupo de sujeitos, 57% não referem nenhum plano para a sua reforma.

No quadro 10, podemos analisar os planos/projetos que os sujeitos do grupo vulnerável ao *stress* referem, com grande destaque para o projeto “cuidar de familiares” (44,4%).

Quadro 10. Planos/projetos para a reforma do grupo vulnerável ao *stress*.

	Percentagem
Voluntariado/outro tipo de trabalho	22,2
Cuidar de familiares	44,4
Hobbies/atividades lazer	11,1
Várias (duas ou mais das categorias anteriores)	22,2
Total	100,0

Quadro 11. Comparação dos grupos não vulneráveis e grupo vulnerável ao *stress*.

		Grupo vulnerável ao <i>stress</i>			Grupo não vulnerável ao <i>stress</i>		
		Homens N=3	Mulheres N=17	Total N=20	Homens N=34	Mulheres N=10	Total N=44
Profissão	Operacionais	0%	88%	71%	30%	53%	49%
	Técnico Superiores	100%	12%	29%	70%	47%	51%
Idade (média)		57anos	55anos	55anos	59anos	55anos	55anos
Nº de filhos (média)		2	1	1	1	1	1
Relacionamento	Relac. amoroso estável	100%	77%	81%	60%	77%	72%
	Sem relac. amoroso	0%	23%	19%	40%	23%	28%
Escolaridade	1º ciclo	0%	23%	19%	10%	9%	9%
	2º e 3º ciclo	0%	47%	38%	0%	23%	19%
	Ensino Secundário	0%	12%	10%	20%	21%	21%
	Curso Superior	100%	18%	33%	70%	47%	51%
Vínculo laboral -efetivo		33%	82%	76%	90%	97%	95%
Anos de trabalho (média)		13anos	22anos	21anos	23anos	26anos	26anos
Horas trabalho semanal (média)		32horas	36horas	36horas	37horas	36horas	36horas
Anos para a reforma (média)		4anos	6anos	6anos	5anos	6anos	5anos
Planos para a reforma	Sim	67%	53%	43%	60%	44%	51%
	Não	43%	57%	57%	40%	56%	49%

As diferenças significativas entre o grupo de sujeitos não vulneráveis e o grupo de vulneráveis ao *stress*, encontradas, recaem sobre a profissão dos sujeitos. Sendo que no grupo de sujeitos vulneráveis ao *stress*, os indivíduos exercem maioritariamente a profissão de operacionais (71%) e no grupo de sujeitos não vulneráveis ao *stress* não

Stress na Transição para a Reforma

existem diferenças significativas relativamente à profissão, os operacionais representam 49% e os técnicos superiores 51%.

Outra diferença significativa encontrada, foi no tipo de planos/projetos que ambos os grupos apresentam, como já analisamos anteriormente.

Discussão dos resultados

O período de transição para a reforma é vivido como um processo interno e psicológico, em que o sujeito se tem de ajustar a uma nova situação.

Este ajustamento pode desencadear *stresse*, uma vez que os fatores que predis põe a uma maior vulnerabilidade ao *stress* de natureza psicológica estão intrinsecamente relacionados com a forma como que o individuo percebe a realidade.

Tem-se vindo a dar ao *stress* ocupacional uma maior atenção na nossa sociedade, devido às consequências ao nível da saúde, assim como em termos organizacionais.

Devido à escassez de estudos que se debruçam sobre o *stresse*, na transição para a reforma, consideramos relevante analisar a vulnerabilidade ao *stresse*, nos profissionais de saúde, neste período.

De seguida, iremos discutir a vulnerabilidade ao *stress* na transição para a reforma dos profissionais da área da saúde.

H1 – O nível de *Stress* aumenta com a aproximação da idade da reforma.

Nos resultados obtidos neste estudo, não foi encontrado nenhuma relação significativa entre o nível de *stress* e a idade do sujeito, assim parece que a idade não influencia o nível de *stress* percebido pelos indivíduos estudados.

H2- O nível de *Stress* percebido está correlacionado com o n° horas de trabalho semanal.

Através dos resultados obtidos pela matriz de correlações, verifica-se que o número de horas que os sujeitos laboram semanalmente não se correlaciona de forma significativa com o nível de *stress* percebido pelos sujeitos. Deste modo, os sujeitos que fazem mais horas de trabalho não se encontram por isso mais vulneráveis ao *stress*.

H3 – O nível de *Stress* varia com o cargo.

Os dados obtidos, demonstram que existem diferenças significativas quanto à percepção de *stress* dos indivíduos consoante o seu cargo no meio hospitalar. Mais concretamente nos Fatores 1: perfeccionismo e intolerância à frustração, Fator 4: condições de vida adversas, Fator 5: dramatização da existência, Fator 6: subjugação e para o QVS Total. Os operacionais pontuaram mais alto do que os técnicos superiores

em todos estes fatores.

Assim, os técnicos superiores, apresentam maior tolerância à frustração, por outro lado, os operacionais demonstram ser mais perfeccionistas, tendo uma maior preocupação na execução do seu trabalho de forma correta (fator1).

Os operacionais dramatizam mais a sua existência, comparativamente aos técnicos superiores (fator5) e apresentam maior subjugação comparativamente aos técnicos superiores (fator6).

H4 – O nível de *Stress* é influenciado pelo grau de escolaridade.

O grau de escolaridade dos sujeitos da nossa amostra correlaciona-se significativamente com os fatores 1: perfeccionismo e intolerância à frustração; 4: condições de vida adversas; 5: dramatização da existência; 6: subjugação e QVStotal.

Isto significa que quanto maior o nível de escolaridade do sujeito menor tendência tem para o perfeccionismo e apresenta-se mais tolerante à frustração. Quanto ao fator 4: condições de vida adversas, em que os itens avaliados são: “Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais” e “O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais”, aponta para que quanto maior o grau de escolaridade, mais condições os sujeitos apresentam para fazer face às situações de vida adversas.

Os sujeitos com maior grau de escolaridade demonstram menos tendência à dramatização da sua existência, bem como menos tendência à subjugação, e de forma geral menos vulnerabilidade ao *stress*.

H5 – O nível de *Stress* difere consoante as características do relacionamento amoroso dos elementos da nossa amostra.

Podemos observar que existem diferenças significativas neste aspeto, assim conforme o tipo de relacionamento amoroso dos sujeitos, estes tendem a pontuar distintamente, em particular nos fatores referentes à inibição e dependência funcional e à subjugação.

Assim para o fator 2: inibição e dependência funcional, os indivíduos com relacionamento amoroso estável têm maior inibição e dependência funcional do que os

indivíduos sem relacionamento amoroso. No fator 6: subjugação, os indivíduos com relacionamento amoroso estável apresentam maior subjugação do que os indivíduos sem relacionamento amoroso.

H6- O nível de *Stress* depende da existência de projetos para o futuro, concretamente para a reforma.

Ramos (2005), refere que conhecer as situações com que temos ou teremos de lidar permite-nos preparar melhor as estratégias com que as vamos defrontar. No entanto, os resultados obtidos, não apresentam diferenças relativamente à vulnerabilidade ao *stress* entre os indivíduos com projetos para o futuro e os indivíduos sem projetos para o futuro.

Apesar de não termos encontrado estudos que analisem a vulnerabilidade ao *stress* dos profissionais de saúde no período da entrada na reforma, o que dificulta a discussão dos dados por nós obtidos, é importante olhar para o estudo de Amaro e Jesus (2008), que estudou a vulnerabilidade ao *stress* num grupo de profissionais de saúde, no qual verificou, tal como nós a existência de valores médios de vulnerabilidade ao *stress* baixos, afirmando assim que, de uma forma geral, os sujeitos do seu estudo não apresentam vulnerabilidade ao *stress*. Porém ao avaliar a vulnerabilidade ao *stress* mediante a categoria profissional, estes autores, assim como nós, verificaram diferenças.

Sendo os sujeitos de estudo com a categoria profissional de TAS/TAE aqueles que apresentam maior percentagem de sujeitos vulneráveis ao *stress*, sendo os sujeitos que apresentam valores médios mais elevados quer para a totalidade do instrumento de medida da vulnerabilidade ao *stress*, quer para as dimensões “*Condições de vida adversas*”, “*Subjugação*” e “*De privação de afetos e rejeição*”.

Estes resultados coincidem de alguma forma, com os resultados por nós obtidos, nas seguintes dimensões: Fator 4: condições de vida adversas, Fator 6: subjugação e o QVS Total. Surgindo assim, diferenças entre os operacionais e os técnicos superiores, como referimos atrás. No nosso estudo não foi possível estudar a categoria profissional de TAS/TAE, uma vez que não obtivemos respostas por parte destes profissionais, possivelmente por os profissionais que compõem esta categoria profissional estão na sua maioria numa faixa etária abaixo da que pretendíamos analisar.

Ainda relativamente à profissão dos sujeitos, o grupo de sujeitos vulneráveis ao

stress é composto largamente por operacionais (79%), sendo que estes não apresentam um nível de escolaridade superior. O que nos leva a concluir que os sujeitos com formação superior, de alguma forma planeiam mais as suas vidas. E, como nos diz Oliveira (2012, 64), “ para mitigar os efeitos mais ou menos perniciosos ou potenciar os positivos, é necessário, antes de mais, preparar bem esta fase da vida e que o reformado seja ajudado a fazer essa transição do mundo exigente do trabalho para uma nova forma de gerir o tempo e o trabalho livre”.

Na nossa revisão da literatura, referimos as conclusões do estudo realizado por Donaldson *et al.* (2010), que nos diz que, é importante para os funcionários o aumento de controlo na decisão de se reformarem, uma vez que segundo o autor, as pessoas que acreditam ter maior domínio da sua vida experimentam maiores benefícios psicológicos na reforma. Sendo de grande importância as condições favoráveis de saída do mercado de trabalho.

Atualmente, no nosso país, as condições de saída do mercado de trabalho, não parecem transmitir controlo aos indivíduos relativamente à decisão de se reformarem, podendo desta forma a transição para a condição de reformado adequada estar comprometida.

Conclusão e Reflexões finais

O fenómeno do envelhecimento demográfico, apresenta-se atualmente como um fenómeno mundial, que urge respostas adequadas.

O início da velhice, na nossa cultura, é geralmente marcado pela passagem para a reforma. Este acontecimento, a passagem à reforma, surge na nossa cultura, como um acontecimento de vida de cariz predominantemente normativo, exigindo o desempenho de novos papéis.

O ajustamento à nova condição de reformado, pode desencadear *stress*, uma vez que os fatores que predispõe a uma maior vulnerabilidade ao *stress* de natureza psicológico estão intrinsecamente relacionados com a forma como o indivíduo percebe a realidade.

O objetivo central, do nosso estudo, foi estudar a vulnerabilidade ao *stress* dos profissionais de saúde, na transição para a reforma. Tendo sido encontradas diferenças significativas entre o grupo de sujeitos não vulneráveis e o grupo de vulneráveis ao *stress*, relativamente à profissão dos sujeitos e nos planos/projetos que ambos os grupos apresentam. Sendo que mais de metade dos sujeitos que compõem o grupo vulnerável ao *stress* não apresenta qualquer projeto/plano para o período de reforma. O nível de escolaridade mais elevado, também parece ajudar os sujeitos a lidarem melhor com as situações adversas de vida, sendo estes menos vulneráveis ao *stress*.

Na elaboração da revisão da literatura, por nós elaborada, ficou evidente que o envelhecimento bem-sucedido depende em larga escala do estilo de vida adotado pelos indivíduos. Assim, se a etapa da reforma coincidir com novas atividades, novas metas e uma hábil ocupação do tempo disponível, podemos esperar que ocorra um envelhecimento bem-sucedido. Assim, a reforma tem aspetos positivos, como por exemplo mais tempo livre, mas também aspetos negativos, como a perda de contatos sociais e demasiado tempo livre.

Para potenciar os aspetos positivos e minimizar os aspetos negativos, torna-se necessário preparar bem esta fase da vida, sendo o reformado ajudado nesta transição do mundo exigente e rotineiro do trabalho para uma nova forma de gerir o seu tempo livre.

A educação/preparação para a reforma dos indivíduos que se aproximam da reforma é bastante importante, sendo defendida, como vimos no nosso trabalho, por vários autores. Para que a saída do mercado de trabalho aconteça da maneira mais adequada possível. Onde o planeamento para a reforma assume relevo, para que seja

possível a continuidade do projeto de vida. Sendo de grande importância a colaboração de toda a sociedade, possibilitando respostas e a integração da população idosa.

No entanto, o “Projeto Recrear o Futuro”, criado pela Segurança Social em 2001, não se encontrava em execução, no decorrer da nossa investigação, por inexistência de candidaturas ao mesmo, por parte das entidades empregadoras. O que sublinha a fraca relevância atribuída a esta temática e consequentemente fraca atuação, no nosso país, ao contrário do que acontece por exemplo, noutros países europeus.

Quanto às limitações do nosso estudo, de referir a fraca adesão dos profissionais de saúde, o que originou que não fosse possível obter a amostra esperada inicialmente. A nossa amostra é composta maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, apresentando-se este aspeto como uma limitação do nosso estudo, tal como a grande diversidade de profissões exercidas pelos indivíduos que constituem a nossa amostra, tendo surgido a necessidade de os agrupar em duas categorias (operacionais e técnicos superiores).

A análise efetuada neste estudo permite, a nosso ver, uma maior compreensão da vulnerabilidade ao *stress* na transição para a reforma, nos profissionais de saúde, no entanto, pensamos que em trabalhos futuros, poderá ser enriquecedor realizar estudos mais alargados e até mesmo compará-los com o nosso estudo.

Em estudos futuros, seria importante analisar indivíduos que se encontrem mais próximos da idade da reforma, uma vez que no nosso estudo, em média os sujeitos estão a aproximadamente 6 anos da idade da reforma.

Importa ainda referir, que tendo em conta a instabilidade e austeridade económica e política que se faz sentir no nosso país atualmente, muitos dos sujeitos da nossa amostra, referiram temer que não pudessem usufruir da sua reforma, a partir da data que tinham previsto (65anos). Uma vez que a tendência atual é subir a idade da reforma, devido ao prolongamento médio de vida e como tentativa de sustentabilizar a segurança social do nosso país. Tendo em conta estes aspetos, seria importante perceber até que ponto esta questão influencia os resultados do nosso estudo.

Deste modo, fica claro que o estudo da temática do envelhecimento, em particular da transição para a reforma, tem ainda um vasto caminho a percorrer. Sendo que, apenas depois de obtermos conhecimento científico sobre esta temática, podemos atuar de forma ajustada à nossa realidade, dando respostas às necessidades específicas de todos aqueles que se encontram na transição para a reforma.

Referências Bibliográficas

- Aiken, L.R. (1994). Aging: na introduction to Gerontology (pp. 134-169). London: Sage;
- Amado, N. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. Tese de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa. ISPA;
- Amaro, H., Jesus, S. (2008). Vulnerabilidade ao stresse em profissionais de emergência médica pré-hospitalar Mudanças – Psicologia da Saúde, 16 (1), Jan-Jun 2008, 62-70;
- Atchley, R. (1996). “Retirement.” in J. Birren, Encyclopedia of gerontology, Vol. 2 San Diego: Academic Press;
- Ballone, G. J. (2002). *Síndrome de Burnout* - in. PsiqWeb Psiquiatria Geral;
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogenesis: Selection, optimization, and compensation as foundations of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366-380;
- Barata, Óscar S. (coord.), (2006), *Temas e Problemas de Ciências do Trabalho*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas;
- Bueno, B.; Vega, J. & Buz, J. (2004). Desenvolvimento Social a partir da Meia-Idade. In César Coll, Álvaro Marchesi, Jesús Palacios *et al* *Desenvolvimento Psicológico e Educação, vol. 1 Psicologia Evolutiva*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed;
- Cooper, C., Maslach (1976), “Occupational Sources of a stress: a review of the literature relation to coronary heart disease and mental ill health” in *Journal of Occupational Psychology*, (49), pp.11-28;
- Donaldson, T., et al. (2010) *Extending the integrated model of retirement adjustment: Incorporating mastery and retirement planning*. Journal of Vocational Behavior 77, (279-289);
- Erikson, Erik (1982). *The life cycle completed: a review*. New York: Norton;
- Feldman, R. S. (2001). *Compreender a Psicologia*. (5ª ed.). (Neto, L., Santos, S., Trad.). Lisboa: McGraw-Hill. p. 504-509;
- Fernandes, A. (2008). *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri-Faculdade de Ciências Sociais e Humans da UNL;

- Fonseca, A. M., Paúl, C. (2002). “*Adaptação e validação do “Inventário de Satisfação com a Reforma” para a população portuguesa*”. *Psychologica*, 29, 169-180;
- Fonseca, A. M. (2004). *Uma abordagem psicológica da “Passagem à reforma” – Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto;
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Fonseca, A. M. (2006). “ *Transição-adaptação” à reforma em Portugal*. *Psychologica*, 42, 45-70;
- Fonseca, A. M. (2010). *Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento*. *Contextos Clínicos*, 3(2)124-131;
- Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Almedina;
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência;
- França, L. H. (2004). *Attitudes towards retirement: A cross-cultural study between New Zealand and Brazilian executives*. Department of Psychology. The University of Auckland, New Zealand;
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13 (4), 531-543;
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). *Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (4), 642-662.
- Gomes, A. Rui e CRUZ, José F. (2004), “A experiência de *stress* e *burnout* em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género”, in *Teoria, Investigação e Prática*, vol.9;
- Gomes, A. Rui, CRUZ, José F. e MELO, Bárbara (2004), “*Stress* e *Burnout* nos profissionais de Psicologia” in *Teoria, Investigação e Prática*, vol.9;
- Governo de Portugal (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da solidariedade entre gerações 2012*. Consultado em Agosto de 2012 em: europa.eu/ey2012/ajax/BlobServlet?docId=7343&langId=pt

- Guerra, M. & Oliveira, M. (2004). *Burnout nos profissionais de saúde mental: Expectativas, auto-actualização e outras variáveis associadas*. Artigos, Janeiro/Fevereiro 2004, vol.1, p. 15-17;
- Hespanhol, Alberto. *Burnout e Stress Ocupacional*. *Rev. Port. Psicossomática*, jan. 2005, vol.7, no.1-2, p.153-162. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/287/28770212.pdf>;
- Hoover, K. (Ed.) (2004). *The future of identity: Centennial reflections on the legacy of Erik Erikson*. Oxford, U.K.: Lexington books;
- Hornstein, G. A. & Wapner S. (1985). “Modes of experiencing and adapting to retirement”. *International Journal of Aging and Human Development*. 21(4), 291-315;
- Jacob, L. et al. (2011). *Ideias para um Envelhecimento Activo*. Almeirim: Rutis;
- Kandolin, I. (1993). *Bournout of female nurses in shiftwork*. *Ergonomics*, 36 (1-3): pp.141-147;
- Kim, J., Moen, Phyllis (2002) *Retirement Transitions, Gender, and Psychological Well-Being: A Life-Course, Ecological Model* «Journal of Gerontology: Psychological Sciences» The Gerontological Society of America. Vol 57B, N.3, p. 212-222;
- Leal, M^a F. (1998). *Stress e Burnout*, Porto: Bial;
- Levinson, D., Darrow, C., Klein, E., Levinson, M., & Mckee, B. (1978). *The season's of a man's life*. New York: Alfred Knopf;
- Lima, M. P. (2004). *Envelhecimento e perdas. Como posso não me perder?* *Psychologica*, 35, 133-145;
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra;
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo;
- Martins, M. (2003). *Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar*. Millenium;
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: The Guilford Press;

- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7 (4), 295-321;
- McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61 (3), 204-217;
- McAdams, D. P., de St. Aubin, E. & Logan, R. L. (1993). Generativity among young, mid-life, and older adults. *Psychology and Aging*, 8 (2), 221-230;
- McIntyre, T.M. (1994). *Le Domaine de la Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France;
- Mendes, F. (2011). *Segurança Social: O futuro hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Melo, B. et al. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 53-72;
- Ogden, J. (2000). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Oliveira, A. (2003). Estudo da influência de alguns factores de stress em profissionais das viaturas médicas de emergência e reanimação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 8, 8-16;
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso 3ª ed.* Porto: LivPsic;
- Oliveira, J. H. B. (2012). *Psicologia do Idoso. Temas complementares*. Porto: LivPsic;
- Papalia, Diane & Olds, Sally (2000). *Desenvolvimento Humano. 7ª ed.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul;
- Paúl, C. (1992). *Satisfação de vida em idosos*. *Psychologica*, 8, 61-80;
- Paúl, C.; & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Quaresma, J. C. (2000). *Burnout nos docentes de enfermagem*. Tese de mestrado em Saúde pública não publicada apresentada à Universidade de Medicina de Coimbra;
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: Editora RH;
- Ramos, M. (2005). *Crescer em Stresse – Usar o Stresse para Envelhecer com Sucesso*. Porto: Ambar;

- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Envelhecimento Ativo*. In O. Ribeiro (coord.), Manual de Envelhecimento Ativo. Lisboa: Lidel.
- Rossi, A. M. (2005). *Stress e Qualidade de Vida no Trabalho – perspectivas actuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Editora Atlas;
- Ribeiro, O. Paúl, C. (2012). *Manual de Gerontologia Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel;
- Santos, E. et al. (2012). *Transição para a reforma/ aposentação – Contributos para a adaptação*. Viseu: Psicosoma;
- Saraiva, C. B. (2006). *Estudos sobre o para-suicídio—O que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse;
- Selye, H. (1980). *The stress concept today*. Handbook on stress and anxiety, Jossey Bass Publishers, 127-143;
- Silva, P. N. (2009). *Adaptação à Reforma e Satisfação com a Vida: A importância da Actividade e dos Papéis Sociais na realidade europeia*. Tese de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa;
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice: um novo público a educar*. Porto: Âmbar;
- Teixeira, D. C. (2009). “*Antecipando os anos dourados*”, *Programa Educacional Breve de Promoção da adaptação à Reforma e ao Envelhecimento: Estudo piloto numa amostra de seniores portugueses*. Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação;
- Vaz Serra, A. (2000a). *A vulnerabilidade ao stress*. *Psicologia Clínica*, 21, (4),261-278;
- Vaz Serra, A. (2000b). *Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress*. *Psicologia Clínica*, 21, (4), 279-308;
- Vaz-Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. 3ª Ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra;
- Vieira, E. B. (2004). *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro: Revinter;
- Wang, M, Shultz, Kenneth S. (2009) – *Employee Retirement: A review and Recommendation for Future Investigation* « *Journal of Management*». Southern Management Association Sage. XX(X). Disponível em: <http://jom.sagepub.com/content/early/2009/10/06/0149206309347957>;

- Wong, J., Earl, J. (2009). *Towards an integrated model of individual, psychosocial, and organizational predictors of retirement adjustment*. Journal of Vocational Behavior 75, 1-13.

www.ine.pt

www.luciafranca.com/

www.spsuicidologia.pt

www.advita.pt

Anexos

Anexo 1

Mónica Ferreira
Rua Senhora da Luz, nº49
Charneca da Peralva
2305-507 Paialvo
E-mail: mcrsilvaferreira@gmail.com

91

AUTORIZADA A
APLICAR OS
QUESTIONÁRIOS DOS
PROFISSIONAIS DO H.M.T.
A DIMensão de maio de 2012

António José Horta Lérias (Dr.)
Vogal

Eng Joaquim Esperancinha (Eng)
Presidente do Conselho de Administração

Paulo Marques Vasco (Dr.)
Director Clínico

Nelson Paulino Silva (Enf^o)
Enfermeiro Director

Exm Sr.

Eng Joaquim Esperancinha
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospital Médio Tejo
Av. Xanana Gusmão
Apartado 45
2350-754 Torres Novas

Tomar, 7 de Maio de 2012

Assunto: Aplicação de Questionários.

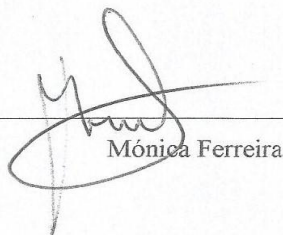
Eu, Mónica Cristina da Silva Ferreira, aluna da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, a frequentar o Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que me seja concedida autorização para que possa aplicar questionários (que junto em anexo) aos profissionais do Centro Hospital Médio Tejo.

Este pedido surge no contexto da realização de uma Dissertação de Mestrado, na área do "Stress na transição para a reforma" sob orientação da Sr.ª Professora Doutora Margarida Pedroso Lima.

Comprometo-me ao sigilo de dados e a enviar os resultados da pesquisa.

Agradeço a atenção dispensada e fico ao seu dispor.

Com os melhores cumprimentos,


Mónica Ferreira

Anexo 2

26/12/12 Gmail - Aplicação de Questionário Universidade de Coimbra



Mónica Ferreira <mcrsilvaferreira@gmail.com>

Aplicação de Questionário Universidade de Coimbra

3 Mensagens

Mónica Ferreira <mcrsilvaferreira@gmail.com>
Para provedor@scment.pt, directorhospitar@scment.pt

22 de Junho de 2012 11:33

Exm Sr. Provedor da
Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento,

Eu, Mónica Cristina da Silva Ferreira, aluna da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, a frequentar o Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência que me seja concedida autorização para que possa aplicar questionários (junto em anexo) aos profissionais do **Hospital Sao Joao Baptista**, com 55 anos ou mais.

Este pedido surge no contexto da realização de uma Dissertação de Mestrado, na área do "Stress na transição para a reforma" sob orientação da Sr.ª Professora Doutora Margarida Pedroso Lima.
Comprometo-me ao sigilo de dados e a enviar os resultados da pesquisa.

Agradeço a atenção dispensada e fico ao seu dispor para os esclarecimentos que julge necessários.

Com os melhores cumprimentos,

Mónica Ferreira
Tlm: 919131681

 **Questionário Mónica.doc**
79K

Secretaria - Scme <secretaria@scment.pt>
Para mcrsilvaferreira@gmail.com
Cc: Sónia Paulino <soniapaulino@scment.pt>

26 de Junho de 2012 10:27

Exma. Senhora Mónica Ferreira

Vimos, por este meio, informar V. Ex.ª que o pedido para aplicar questionário aos profissionais desta Instituição foi deferido.

Encontramo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que necessite.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Felisberta Barros

Anexo3

Exemplo de Modelo do PPA – Programa de preparação para a aposentadoria

Silva, et al. In Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia

Não existe uma fórmula para o programa, cada empresa formula de acordo com suas necessidades.

Segue abaixo sugestões de como elaborar o programa:

a) Compete ao departamento de Recursos Humanos a elaboração dos formulários a serem preenchidos facultativamente. Sendo o principal objetivo fornecer dados que possam ajudar a empresa a preparar o programa. As informações serão tratadas individualmente, tendo total sigilo quando necessário;

b) Preparar a entrevista, isto é, apresentação do que se pretende avaliar, fazer o uso de um roteiro flexível, levando-se em conta os objetivos da pesquisa assim como o tempo disponível para a concretização da entrevista;

c) Início da entrevista, nesta etapa prioriza-se à criação de um ambiente favorável, para que a entrevista seja de forma natural, sem que o entrevistado se sinta inibido ou ter qualquer outra dificuldade para se expressar.

d) Corpo da entrevista, neste momento é apresentado os tópicos que constam no formulário, de modo a tornar conhecido o conteúdo. Esta etapa é importante, pois estimula as dúvidas e esclarecimentos. São tomados os devidos cuidados para que esta apresentação não se torne diretiva, mas feita de forma aberta.

e) A primeira etapa do preenchimento do formulário são informações pessoais como: Nome completo, cargo atual, tempo de trabalho comprovado, estado civil e idade. A segunda etapa são interesses atuais dentre elas: - Pretende aposentar-se no tempo devido? - Já sabe o que fazer após se aposentar-se? etc.

Após reunir e interpretar as informações dos funcionários o departamento de RH deve incentivar o futuro aposentado a participar do PPA, onde deverá preparar reuniões que devem contar com palestrantes, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, como também um agente do INSS e advogados, especializados na área previdenciária pública e privada.

Logo na iniciação do programa, a empresa deveria firmar um convênio com o INSS, pois assim pessoas especializadas no assunto poderiam esclarecer aos pré-aposentados o que é o INSS e os ajuda a fazer os cálculos e saber realmente o quanto

vai receber de aposentadoria, pois muito dos funcionários não conhecem a previdência e não sabem os seus direitos, ficando assim mais tranquilo diante de tanta burocracia.

Cabe à equipe profissional ajustar a proposta de acordo com a realidade da empresa, em função dos recursos disponíveis e das estratégias adotadas para a proposta.

O quadro abaixo representa vários modelos para aplicação do PPA – Programa de Preparação para Aposentadoria, depois de fazer os questionários à empresa descobre o perfil dos funcionários podendo assim escolher a melhor forma de aplicação.

A empresa direciona seus funcionários de acordo com cada atividade que se adapte a cada um deles, por exemplo, há algumas pessoas que não querem trabalhar depois de se aposentar, outras tendem a se motivar com o programa e aprender uma nova atividade.

Como por exemplo, o módulo III, que é voltado para a saúde, às palestras e encontros orientará os funcionários a terem uma vida mais saudável, praticando exercícios de acordo com seu perfil e orientação sobre as doenças da terceira idade, devem ser incluídas também as consequências do tabagismo, alcoolismo e consumo de medicamentos sem prescrição médica e sedentarismo.

Já no módulo IV, sobre a administração financeira, o funcionário deverá planejar seu orçamento pós-aposentadoria.

São sete etapas para a implantação do programa:

- 1- Sensibilização da Instituição;
- 2- Elaboração do Projeto;
- 3- Identificação e preparação de facilitadores;
- 4- Inscrição e sensibilização dos candidatos;
- 5- Realização do Seminário;
- 6- Elaboração de Relatórios;
- 7- Acompanhamentos dos resultados e redimensionamento das atividades.

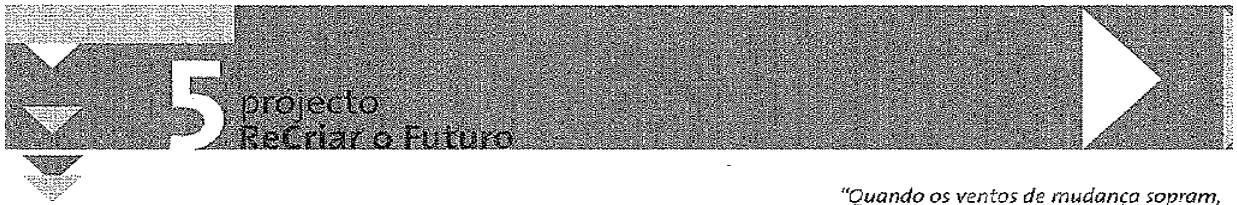
As contribuições do PPA são para resgatar sonhos, repensar os próprios valores, despertarem mudanças, é um trabalho que envolve um conjunto de pessoas que contribui para a melhoria da qualidade de vida dentro e fora do ambiente de trabalho.

Segundo depoimentos de funcionários da empresa Aracruz sobre o programa dizem poder afirmar, com toda a tranquilidade, que nunca participaram de algo, ao mesmo tempo, tão bom, reflexivo e com consequências grandiosas para suas vidas, na

empresa. Esta iniciativa da empresa demonstra de forma inquestionável, a importância que dedica ao seu profissional no que diz respeito ao lado pessoal no momento que este se prepara para se aposentar. Isto sim, é um tratamento digno aos seus colaboradores de tantos anos.

Anexo 4

Projeto Recriar o Futuro (43-50)



*"Quando os ventos de mudança sopram,
uns levantam barreiras e outros
constróem moinhos de vento"*
Provérbio Oriental

1 - O QUE É ?

O Projecto Recriar o Futuro é uma iniciativa do Instituto para o Desenvolvimento Social que tem em vista fomentar a preparação para a reforma, como meio de promover o desenvolvimento pessoal, social e empresarial, inscrevendo-se num contexto de promoção da inclusão.

Visa sensibilizar as entidades empregadoras, entidades representantes de trabalhadores e outras estruturas com vocação na área da formação, para a importância de preparar a reforma, disponibilizando-lhes enquadramento teórico e propostas de actuação nas áreas da gestão de recursos humanos e de formação para a reforma, disponibilizando ainda o apoio técnico na adaptação, implementação e avaliação das acções.

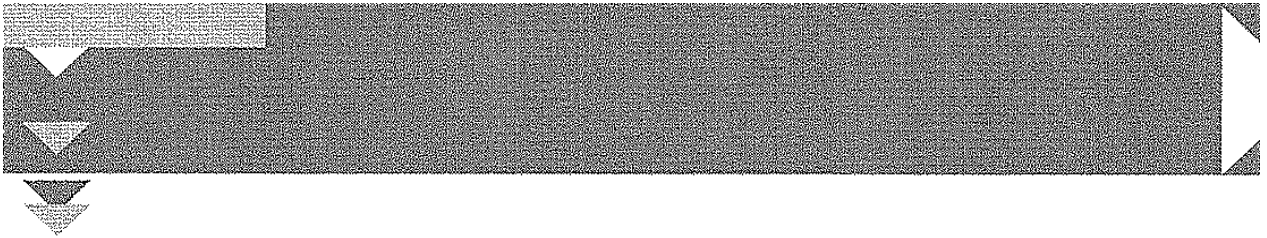
Trata-se de um contributo para uma nova política de recursos humanos, que valorize o colaborador ao longo da sua carreira profissional e permita a transição sem rupturas para a nova fase da vida.

Por outro lado, o conjunto de estratégias e ideias constantes do projecto podem contribuir para criar ou reforçar os laços sinalagmáticos entre entidade empregadora e empregado, consolidando uma relação que ultrapassa a cessação do vínculo laboral e permitindo a rentabilização de saberes e de sentires que fazem a cultura das organizações e o seu traço distintivo.

O Projecto apresenta três vertentes complementares de actuação:

- a) **Sensibilização para uma mudança de atitudes** - Ao longo do seu processo de divulgação e difusão o projecto constitui um poderoso instrumento de sensibilização das entidades e dos indivíduos para a necessidade de, respectivamente, reverem os seus modelos gestionários e planearem o seu percurso de vida.
- b) **Apoio técnico para uma efectiva alteração de práticas** - Ao disponibilizar o dossier de informação e assegurando apoio técnico à implementação das ideias sugeridas, o IDS pretende que o Projecto se revele como um meio de alteração das práticas instituídas.
- c) **Elaboração de propostas de alteração legislativa** - Algumas das ideias alicerce deste projecto poderão vir a originar, depois de testadas, propostas de alteração legislativa em ordem a reforçar uma perspectiva mais humanizada e social de gestão.





2 - QUE OBJECTIVOS TEM O PROJECTO ?

Para além dos objectivos gerais atrás sumariamente identificados, o projecto prossegue os seguintes objectivos específicos:

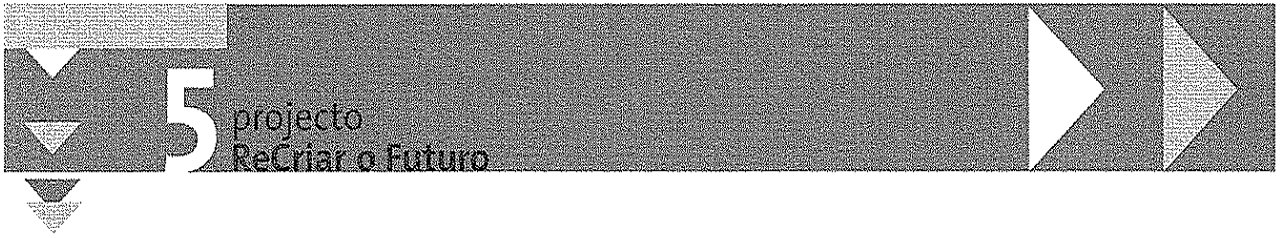
- **Sensibilizar** para a necessidade de investir numa gestão de recursos humanos mais integrada e prospectiva.
- **Promover** o bem-estar e prevenir problemas psicossociais como a depressão, o isolamento, stress e problemas de relacionamento.
- **Contribuir** para o fomento da cidadania empresarial;
- **Estimular** a valorização dos trabalhadores em fase final de carreira e após a Reforma;
- **Facilitar** a transição da pessoa para uma nova etapa da vida, prevenindo rupturas e promovendo a inclusão social;
- **Contribuir** para uma participação social mais activa, facilitando o exercício da cidadania e para o desenvolvimento pessoal e/ou profissional;
- **Disponibilizar** informação/formação sobre direitos e alternativas de ocupação que promovam o bem estar ao longo de toda a vida, nomeadamente o associativismo.

3 - A QUEM SE DESTINA ?

O Projecto destina-se prioritariamente:

- *Às Estruturas Empregadoras:*
 - Do Sector público (serviços da administração central, autarquias e empresas públicas)
 - Sector privado
 - Terceiro sector (mutualidades, misericórdias, instituições particulares de solidariedade social e cooperativas)
- *Às Estruturas representativas dos trabalhadores, prestadores de serviços, aposentados e reformados (Centrais Sindicais, Sindicatos, Ordens, Associações de Aposentados e Reformados)*
- *A outras entidades com vocação na área da formação (Associações e Universidades Séniores)*





Mas para além dos destinatários directos do projecto é necessário salientar que os grandes beneficiários da sua implementação são os trabalhadores na sua generalidade e, em particular os trabalhadores cuja reforma se encontra iminente.

Na perspectiva já exaustivamente defendida de que a preparação para a reforma é uma alavanca de promoção da inclusão e que deve ser encarada como responsabilidade colectiva, parece claro que os promotores deste projecto podem ser provenientes dos três sectores, já que todos são estruturas empregadoras.

No que respeita ao sector público e terceiro sector, a responsabilidade social pela qualidade de vida dos colaboradores reformados parece evidente, cabendo-lhes dar o exemplo, nessa intervenção solidária e preventiva. É ao Estado que compete dar o primeiro passo neste desafio de dar dimensão individual aos recursos humanos.

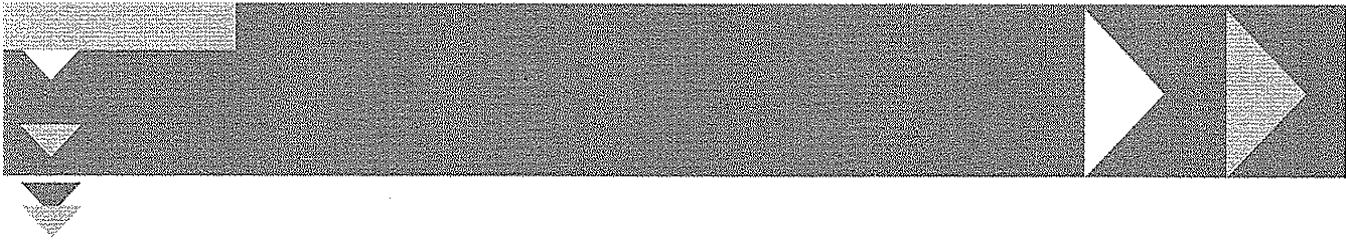
Mas também ao sector privado pode ser exigida uma outra atitude que reconheça em cada colaborador um elemento essencial para o sucesso da actividade prosseguida e, nesse sentido, merecedor de um apoio personalizado e dignificante na hora da saída.

Até agora a perspectiva dominante é a da utilização sem limites ou escrúpulos dos colaboradores, reduzindo-lhes a sua esfera de realização pessoal e de vivência social e familiar para depois de esgotados, os dispensar.

Relativamente às entidades representativas dos trabalhadores e reformados, é de salientar que a adesão a este Projecto pode revelar-se um alargamento da sua intervenção tradicional, mais virada para a reivindicação em torno das carreiras, horários, salários e pensões, mas que nem sempre actua na defesa dos direitos à auto-realização, dignidade e reconhecimento individual do trabalhador.

Se considerarmos que muitas entidades empregadoras não possuem dimensão ou estrutura que justifique e fundamente a implementação de medidas de preparação para a reforma, nomeadamente ao nível da formação, verificamos que só estas entidades poderão suprir essa lacuna actuando junto de um conjunto mais alargado de potenciais interessados.

Por último, podem ainda aderir a este projecto outras entidades que actuem no domínio da formação, nomeadamente aquelas que se destinam a pessoas já reformadas ou mais idosas e que possuem uma verdadeira vocação e sensibilidade para oferecerem apoio nesta área, como por exemplo as Universidades da Terceira Idade.



4 - COMO SE PODE ADERIR AO PROJECTO?

Reconhecendo a diversidade das estruturas potencialmente aderentes, decorrente da sua dimensão, tipo de actividade, número e características dos colaboradores, dispersão ou concentração geográfica, situação económica e natureza jurídica, a adesão a este projecto pode ter vários níveis, desde a mera adopção de algumas das ideias contidas neste dossier, até à realização sistemática de acções de formação.

As entidades que se identificarem com os princípios do projecto devem dirigir um ofício ao Instituto que lhes enviará a ficha de candidatura que constitui anexo do dossier. A mesma será objecto de análise, sendo a decisão proferida no prazo de 30 dias e comunicada à entidade candidata.

Em caso de aceitação, a adesão formal ao Projecto pode verificar-se com a celebração de um Protocolo entre o IDS e a entidade aderente, momento a partir do qual a entidade assume o seu compromisso de:

- Implementar as medidas propostas no projecto, no(s) eixo(s) que se adaptar(em) e se justificar(em) face à sua realidade;
- Cooperar na definição das políticas e medidas ligadas à preparação da reforma, sempre que solicitadas;
- Fornecer ao IDS os documentos que tenham produzido no âmbito da implementação do projecto, bem como o resultado das respectivas avaliações;
- Dar continuidade às medidas implementadas sempre que a avaliação seja positiva;
- Apoiar e valorizar os seus reformados.

Em contrapartida competirá ao IDS:

- Fornecer o dossier do projecto;
- Planear com a entidade e acompanhar as acções a realizar fornecendo apoio técnico na adaptação de um plano de preparação para a reforma específico para a realidade da entidade promotora;
- Avaliar as acções implementadas;
- Dar formação e/ou orientação pedagógica aos formadores, indicados pela entidade promotora;
- Dar formação aos responsáveis em cada entidade pelo acompanhamento dos processos de reforma;
- Apoiar a criação de Associações de Reformados e núcleos de voluntariado.

5 - QUE MODELO DE PREPARAÇÃO PARA A REFORMA DEVEMOS ESCOLHER?

O Projecto Recriar o Futuro não apresenta propostas ou modelos rígidos de actuação, mas sim uma base para elaborar planos adequados a cada realidade.

Não compete à entidade promotora a escolha de um modelo único de preparação para a reforma, mas sim a disponibilização de diversas alternativas que possam seduzir e interessar os seus colaboradores.

Quer seja ao nível da mera difusão dos materiais disponibilizados, ou através da realização de acções de formação ou adopção de medidas promotoras da qualidade de vida dos trabalhadores em fase final da carreira e/ou já reformados, coloca-se um leque muito variado de hipóteses de implementação concreta do projecto, como por exemplo:

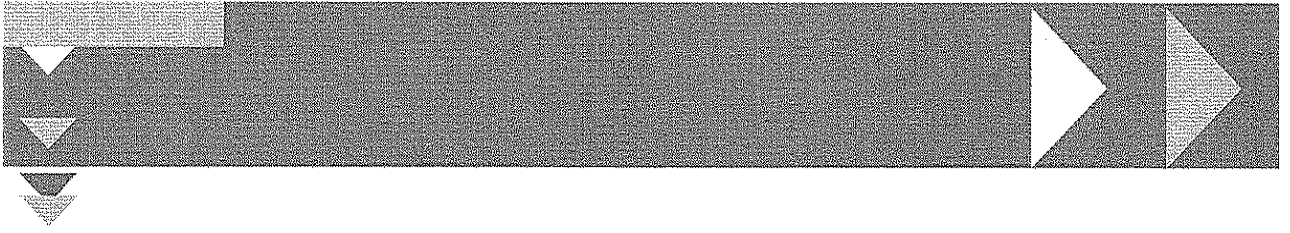
- Elaboração de material de divulgação e sensibilização para a matéria como por exemplo brochuras, vídeos, mensagens para enviar por correio electrónico;
- Realização de acções de informação, formação e sensibilização de duração variável e utilizando metodologia diversificada (workshops, formação out door, seminários, reuniões, ou entrevistas individualizadas;
- Elaboração de um livro de boas práticas com testemunhos reais de antigos colaboradores;
- Brochuras de divulgação e diagnóstico de necessidades;
- Manual para os futuros reformados que pode ser sob a forma de guia de BD.

6 - COMO INICIAR A IMPLEMENTAÇÃO DAS MEDIDAS ESCOLHIDAS?

A entidade promotora deve iniciar a implementação do seu projecto de preparação para a reforma de forma cautelosa e segura e procurando consolidar o conhecimento do perfil, desejos e necessidades dos potenciais destinatários.

Neste sentido sugerem-se as seguintes etapas como primeiros passos:

- Identificação do serviço e responsável e pessoa ou equipa pela implementação do projecto e de eventuais parceiros para essas acções;
- Levantamento do número e perfil de potenciais destinatários, através da aplicação de um inquérito simples que identifique os interessados, suas principais preocupações e necessidades;



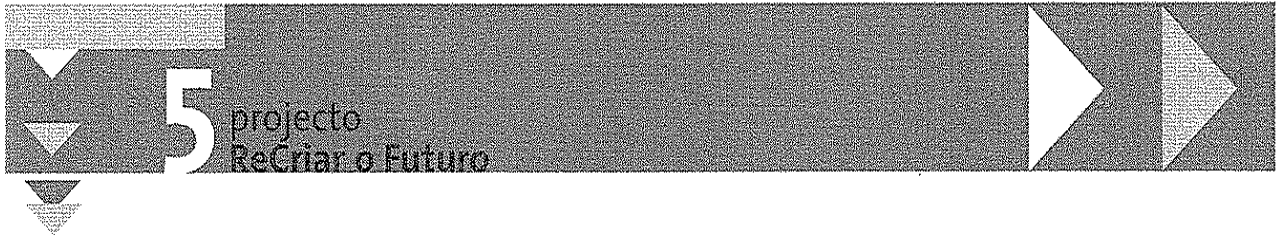
- Recolha e análise dos inquéritos;
- Selecção das medidas a concretizar de acordo com a preferência demonstrada pelos inquéritos e elaboração da respectiva proposta a submeter ao órgão com competência para decidir.

7 - QUE VANTAGENS DECORREM DO PROJECTO?

Para além da satisfação de saberem que colaboram com um objectivo nobre de promoção da inclusão e de promoção de qualidade de vida a vários níveis na perspectiva produtiva podemos identificar várias vantagens para as entidades que decidirem aderir ao projecto:

7.1. PARA AS ENTIDADES EMPREGADORAS:

- Melhoria das relações sociais em virtude de uma potencial redução da conflitualidade interna, principalmente, no contexto de processos de reforma massiva e antecipada.
- Reforço da solidariedade interna e do conhecimento alargado e mútuo dos percursos profissionais e fidelização dos colaboradores à empresa.
- Aumento da produtividade em resultado da satisfação e envolvimento dos quadros ao longo de toda a vida profissional;
- Contínua e sistemática adequação de funções e descoberta de capacidades colaterais ou residuais;
- Rentabilização dos recursos humanos para além da cessação de actividade em áreas de consultoria;
- Manutenção da qualidade nos processos operativos;
- Preservação da cultura organizacional através do aproveitamento dos profissionais reformados na fase de integração de novos elementos e sua formação;
- Clima de valorização dos colaboradores ao longo de todo o percurso individual;
- Manutenção de trabalhadores experientes reduzindo custos com formação e integração de novos colegas;
- Envolvimento responsável e activo na prevenção das situações de exclusão e



inadaptação social pós-reforma o que contribui para uma melhor percepção, por parte do público, da empresa como conhecedora da realidade social e valorizadora das pessoas;

- Valorização e/ou melhoria da imagem exterior da entidade empregadora - mais humanizada e moderna - estimulando a confiança do cliente e da sociedade em geral investindo no futuro do tecido social (cidadania empresarial);
- Preservação e defesa da cultura da Empresa;
- Contribuição para a manutenção de um tecido social coeso, principalmente quando a estrutura promotora se encontra implementada em meios rurais.

Está ainda em estudo, a possibilidade de conferir às entidades promotoras do projecto uma certificação que ateste o seu interesse, disponibilidade e empenhamento na implementação do projecto e no desenvolvimento de uma perspectiva mais solidária da gestão de recursos humanos.

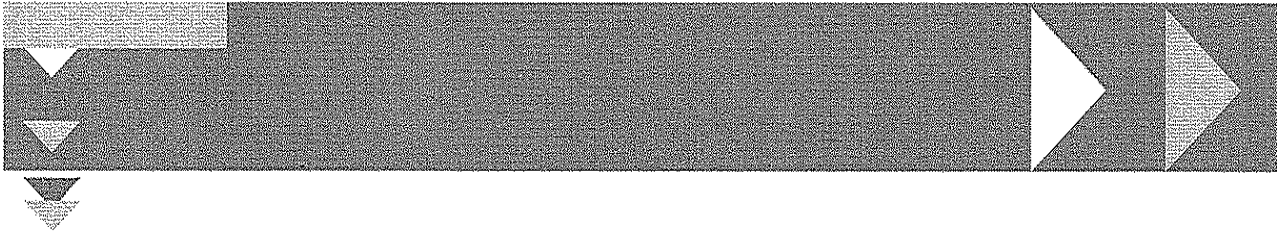
7.2. PARA AS ENTIDADES REPRESENTATIVAS DOS TRABALHADORES E OUTRAS ENTIDADES:

- Intervenção numa área pouco explorada que estende a sua acção para além do vínculo laboral ou do exercício de uma actividade, sublinhando essencialmente a participação para a cidadania.
- Adequação da actividade aos desafios da longevidade no âmbito do mercado de trabalho e da formação
- Oferta aos sócios (no activo e reformados), a título complementar ou substitutivo, de um serviço de acompanhamento técnico, nomeadamente psicológico, social e jurídico especialmente na transição.

7.3. PARA OS TRABALHADORES E REFORMADOS:

- Promoção do bem-estar e prevenção de problemas psicossociais (depressão, isolamento, conflitos familiares e intergeracionais).
- Obtenção de informação e apoio na construção de um projecto de vida.
- Promoção da participação social e facilitação do exercício da cidadania.
- Melhoria da qualidade de vida pós-reforma.

A preparação para a reforma traz ainda vantagens evidentes para a sociedade, reduzindo o



número de excluídos e alimentando os movimentos do associativismo e do voluntariado com novos e valiosos reforços.

Efectivamente o incentivo à criação de Associações por parte dos trabalhadores que se encontram em fase de pré-reforma pode ser uma estratégia empresarial e social na área da gestão dos recursos humanos, uma vez que, para além de abrir caminho a uma vivência activa e participativa do período da reforma, potencializa a realização pessoal e profissional desses trabalhadores, o que se reflecte quer na sua produtividade, quer no seu contributo para a gestão global da entidade empregadora.

Por outro lado, manter um vínculo de colaboração e suporte com organizações associativas assentes no voluntariado de antigos trabalhadores pode constituir um importante meio de promoção e expansão da entidade empregadora que, para além de reforçar a sua participação social, tem acesso a novas oportunidades de mercado, que vão surgindo em virtude de um maior envolvimento com a comunidade.

Em Suma:

O Projecto pode ser implementado em várias vertentes, nomeadamente:

- Informação / sensibilização;
- Gestão de Recursos Humanos;
- Associativismo / voluntariado;
- Formação.

Anexo 4

Dimensões da resposta de *stress* (Ramos, 2001)

- Fisiológica: Taquicardia e aumento da frequência cardíaca;
Aumento da pressão arterial (hipertensão arterial);
Aumento da tensão muscular;
Subida dos níveis de adrenalina e noradrenalina;
Aumento do colesterol e dos ácidos gordos;
Inibição do Sistema Imunológico;
Redução da atuação do Sistema Digestivo;
Dificuldades respiratórias;
Alteração do Sono;
Perturbações sexuais.
- Psicológicas: Perturbações de memória;
Dificuldades de concentração;
Dificuldades na tomada de decisões;
Potenciação de pensamentos irracionais e negativos;
Aumento de erros no processamento de informação;
Mau humor;
Hipersensibilidade à crítica;
Irritabilidade;
Labilidade afetiva;
Excitação;
Tristeza e melancolia;
Angústia;
Diminuição do interesse sexual;
Ansiedade difusa e disfuncional;
Inquietação motora e tiques nervosos;
Gaguez;
Maior tendência para sofrer acidentes;
Aumento do consumo de drogas legais e ilegais;
Falta de apetite ou comer em demasia;
Isolamento.
- Social: Mau relacionamento conjugal;
Menor atenção aos filhos;
Deterioração da comunicação familiar;
Demissão dos papéis familiares;
Diminuição de interesse, eficiência e rendimento profissionais;
Menor qualidade do desempenho;
Absentismo;
Abandono da profissão.

Anexo 5

Este questionário tem o único objetivo de servir de instrumento de avaliação para elaboração de um estudo no âmbito de uma dissertação do Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Os dados recolhidos são confidenciais.

Peço-lhe que responda o mais sinceramente possível, agradecendo desde já a sua disponibilidade.

I Dados sociodemográficos

1- Sexo: Masculino__ Feminino__
2- Idade: __ Anos
3- Estado civil: Solteiro(a) __ Casado(a) __ Viúvo(a) __ Divorciado(a) / Separado(a) __ União de facto __
4- Composição do Agregado familiar (pessoas que habitam consigo): Esposo(a)__ Filhos__ Se sim quantos__ Netos__ Se sim quantos__ Idosos dependentes__ Outros__ Quem?_____
5 – Escolaridade: Não sabe ler e escrever __ Sabe ler e escrever __ Ensino Primário (1ª ao 4ª ano) __ Ensino Preparatório (5º a 9º ano) __ Ensino Secundário (10º a 12º ano) __

Curso Médio / Superior ___ Outra. Qual? _____
6- Profissão: _____
7- Há quanto tempo exerce funções no seu local de trabalho? ___Anos
8- Número de horas de trabalho semanal? ___horas
9- Vínculo Laboral no seu local de trabalho: Efetivo (Lugar de quadro) ___ Contrato individual de trabalho sem termo___ Contrato individual a termo certo___ Contrato a termo incerto___ Trabalhador independente (recibos verdes) ___ Outro___
10- Daqui por quantos anos tenciona pedir a reforma? _____Anos
11- Tem algum plano/projeto para a sua reforma?___ Quais: _____ _____ _____

II

Escala de avaliação da vulnerabilidade ao stresse (23QVS) elaborada por Vaz Serra (2000).

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1- Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas					
2- Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas					
3- Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes					
4- Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais					
5- Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia					
6- Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar					
7- Dou e recebo afeto com regularidade					
8- É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem					
9- Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver					
10- Sou um individuo que se enerva com facilidade					

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
11- Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim					
12- Quando me criticam tenho tendência a sentir culpabilizado					
13- As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito					
14- Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades					
15- Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão					
16- Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas					
17- Há em mim aspetos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas					
18- Nas alturas oportunas costumo exprimir abertamente aquilo que sinto					
19- Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero					
20- Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem					

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
21- O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais					
22-Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar					
23- Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço					

Muito obrigada pela sua colaboração.