



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Sandra Angelina da Costa Pinheiro

***Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde e seus efeitos a nível individual (Saúde psicológica) e organizacional (Comprometimento afectivo)***



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Sandra Angelina da Costa Pinheiro

***Stress* Ocupacional em Profissionais de  
Saúde e seus efeitos a nível individual  
(Saúde psicológica) e organizacional  
(Comprometimento afectivo)**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia do Trabalho,  
das Organizações e dos Recursos Humanos

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Isabel Maria Soares da Silva**

Junho de 2011

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Sandra Angelina da Costa Pinheiro

**Endereço Electrónico:** [sacpinheiro@hotmail.com](mailto:sacpinheiro@hotmail.com) **Telefone:** 918299498

**N.º do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão:** 13432266

**Título da Tese de Mestrado:** *Stress* Ocupacional em Profissionais de Saúde e seus efeitos a nível individual (Saúde psicológica) e organizacional (Comprometimento afectivo)

**Orientador(es):** Professora Doutora Isabel Maria Soares da Silva

**Ano de conclusão:** 2011

**Designação do Mestrado:** Mestrado Integrado em Psicologia

Área de Especialização em Psicologia do Trabalho, das Organizações e dos Recursos Humanos

**É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL D ESTA TESE/TRABALHO,  
APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO  
ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.**

Universidade do Minho, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

## **Agradecimentos**

*À minha orientadora, Dr.ª Isabel Silva, pelo apoio enriquecedor deste trabalho e pela disponibilidade.*

*Aos meus pais por todo o esforço, empenho e dedicação empregue na minha educação e por sempre me apoiarem e ajudarem nesta árdua mas gratificante tarefa que é o Mestrado Integrado em Psicologia do Trabalho, das Organizações e dos Recursos Humanos, o meu sincero, sentido e eterno*  
**OBRIGADO.**

*À minha irmã, pelo apoio incondicional, alento, compreensão, amizade e revisão do trabalho.*

*Ao meu irmão pelo alento fornecido em todos momentos e pelo ensino de que com esforço e dedicação nada é impossível.*

*À Dra. Olinda Almeida pelo incentivo, apoio e disponibilidade.*

*Aos meus amigos pela dedicação, carinho e compreensão.*

*Aos meus colegas de Mestrado Integrado em Psicologia, em especial áqueles com os quais partilho as angústias, ansiedades, dúvidas e incertezas.*

*A todos os que de algum modo contribuíram para a concretização deste trabalho os meus agradecimentos pela sua inestimável ajuda.*

*A todos, o meu sincero “Obrigada”*

**Resumo:**

Os efeitos negativos do *stress* na saúde e bem-estar têm sido estudados em vários grupos de profissionais, todavia, existem razões especiais como referem Quick, Murphy & Hurrell (1992) e Melo, Gomes & Cruz (1997) para constituir os profissionais da saúde como um grupo particularmente afectado pelo *stress*.

O objectivo desta dissertação é o estudo dos efeitos do *stress* a nível individual - saúde psicológica e a nível organizacional - comprometimento organizacional afectivo num grupo de profissionais de saúde. Outro objectivo será a análise dos níveis de *stress* ocupacional e o estudo da relação de variáveis sócio-demográficas e profissionais – sexo, idade e experiência profissional – com o *stress*. Exploraremos também a relação da percepção de apoio organizacional com o *stress* e com o comprometimento afectivo.

Os dados analisados foram recolhidos junto de 302 profissionais, 90 a exercerem numa instituição de saúde privada e 212 sócios da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas. A recolha de dados procedeu-se no primeiro caso através de questionários em formato papel e, no segundo, em formato on-line.

Os resultados indicam que 35,5% dos participantes relatam índices globais de *stress* significativos. De uma maneira geral, são as questões relacionadas com a carreira e a remuneração que parecem desencadear maior mal-estar, seguindo-se as questões relacionadas com as pessoas a quem prestam serviços de saúde, e num terceiro grande domínio, as questões relacionadas com o excesso de trabalho. Observou-se uma relação negativa significativa da fonte de pressão associada à carreira e remuneração com a idade e com a experiência profissional. Também se verificam relações positivas significativas na perturbação da saúde psicológica com o nível global de *stress* e com as seis fontes de *stress* ocupacional. As fontes de *stress* “excesso de trabalho”, “lidar com os clientes” e “relações interpessoais” constituem preditores significativos da saúde psicológica. Observou-se também que a percepção de apoio organizacional estava associada ao comprometimento organizacional afectivo.

**Palavras-chave:** *stress* ocupacional, comprometimento organizacional, percepção de apoio organizacional, Saúde.

**Abstract:**

The negative effects of *stress* on health and well-being have been studied in several professional groups, however, there are special reasons as described by Quick, Murphy & Hurrell (1992) and Melo, Gomes & Cruz (1997) to provide health professionals as a group particularly affected by *stress*.

The aim of this dissertation is to study the effects of *stress* on an individual level - psychological health and organizational level - affective commitment in a group of health professionals. Another objective will be to analyze the levels of occupational *stress* and the study of the relation of socio-demographic and professional - sex, age and professional experience - with *stress*. We will also explore the relationship between perceived organizational support with *stress* and with affective commitment.

Data were collected from 302 professionals, 90 to exercise at an institution of private health care and 212 members of the Portuguese Association of Physiotherapists. Data collection proceeded in the first case through questionnaires on paper and, in the second, on-line format.

The results indicate that 35.5% of participants reported global indices of *stress* significant. In general, the issues are related to the career and remuneration that seem to trigger greater malaise, followed by issues related to people who provide health services, and a third major area, the issues related to excess work. There was a negative relationship significant source of pressure associated with the career and income with age and work experience. Also exist a positive relationship significant disruption of psychological health with the overall level of *stress* and the six sources of occupational *stress*. The sources of *stress* "overwork", "dealing with customers" and "interpersonal relationships" are significant predictors of psychological health. It was also observed that the perception of organizational support was associated with affective commitment.

**Key-Words:** occupational *stress*, organizational commitment, perceived organizational support, health.

**Índice:**

Introdução .....	1
Enquadramento teórico .....	2
Stress .....	2
<i>Stress</i> Ocupacional: fontes e efeitos ao nível da saúde .....	3
<i>Stress</i> Ocupacional e Variáveis demográficas.....	6
Comprometimento Organizacional .....	6
Modelo Multidimensional de Meyer e Allen (1997) .....	8
Relação entre <i>Stress</i> Ocupacional e Comprometimento Organizacional Afectivo .....	9
Percepção de Apoio Organizacional .....	10
Relação entre o Comprometimento Organizacional e a Percepção de Apoio Organizacional ...	11
Metodologia .....	12
Procedimentos .....	12
Amostra .....	13
Instrumentos .....	14
Questionário Demográfico .....	14
Questionário de Stress em Profissionais de Saúde.....	14
Escala do Comprometimento Afectivo .....	16
Questionário sobre a Percepção de Apoio Organizacional .....	17
Questionário Geral de Saúde.....	18
Resultados .....	19
Nível de <i>stress</i> ocupacional.....	20
Estudo comparativo em função das variáveis demográficas.....	21
Estudo correlacional das variáveis .....	23
Estudo preditivo .....	24
Discussão dos resultados.....	26
Bibliografia .....	30

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1-</b> Perspectiva Comportamental do Comprometimento Organizacional .....	7
<b>Figura 2-</b> Perspectiva Atitudinal do Comprometimento Organizacional .....	8

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1-</b> Características demográficas da amostra .....	14
<b>Tabela 2-</b> Fiabilidade das subescalas do Questionário de <i>Stress</i> para Profissionais de Saúde...	16
<b>Tabela 3-</b> Estrutura factorial do Questionário Geral de Saúde, versão 12 itens .....	19
<b>Tabela 4-</b> Ordenação decrescente dos aspectos experienciados pelos profissionais de saúde como geradores de “bastante” ou “elevado” <i>stress</i> .....	22
<b>Tabela 5-</b> Matriz de correlações das variáveis em estudo .....	24
<b>Tabela 6-</b> Modelo de Regressão entre as fontes de <i>stress</i> e a saúde-Depressão.....	25
<b>Tabela 7-</b> Modelo de Regressão entre as fontes de <i>stress</i> e a saúde-Ansiedade .....	25
<b>Tabela 8-</b> Modelo de Regressão entre o comprometimento afectivo e a percepção de apoio ....	26

## **Introdução**

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho trouxeram maior mobilidade e flexibilidade para alguns colaboradores, no entanto para outros tem trazido insegurança no emprego e formas precárias de contratação (Neves, 2007). O autor defende que as rápidas alterações tecnológicas e as fortes exigências relativamente à eficiência, competitividade e melhoria se aliam a tudo isso. Num panorama de sucessivas mudanças, amplificam as pressões no trabalho, produzindo-se elevados níveis de *stress* ocupacional (Gomes & Cruz, 1997; Antón, 2009).

Os efeitos negativos do *stress* na saúde e bem-estar têm sido estudados em vários grupos de profissionais, todavia, existem razões especiais para constituir os profissionais da saúde como um grupo particularmente afectado pelo *stress* (Quick, Murphy & Hurrell, 1992; Melo, Gomes & Cruz, 1997). De facto, estes profissionais são considerados um grupo de risco, pois estão sujeitos a situações de maior exaustão emocional e despersonalização, lidando constantemente, com situações *stressantes* de casos de deficiência, lesões graves, sofrimento, dor física, trauma e morte dos pacientes (Quick, Murphy & Hurrell, 1992; Sauter & Murphy, 1995).

Neste estudo tentaremos contribuir para a compreensão do *stress* com duas amostras portuguesas, nomeadamente, fisioterapeutas e profissionais de saúde (médicos, podologistas, enfermeiros e nutricionistas) de uma instituição particular. O grupo profissional dos fisioterapeutas é pouco estudado, no âmbito desta temática, introduzindo por isso um carácter inovador a este estudo.

O objectivo desta dissertação é o estudo dos efeitos do *stress* a nível individual - saúde psicológica e a nível organizacional - comprometimento organizacional afectivo. Exploraremos também a relação da percepção de apoio organizacional com o *stress*, tendo a revisão da literatura indicado que tal relação é pouco estudada. Também se tentará compreender a relação da percepção de apoio organizacional com o comprometimento afectivo. Outro objectivo deste estudo será a análise da relação de variáveis sócio-demográficas e profissionais – sexo, idade e experiência profissional – com o *stress*.

A presente dissertação encontra-se estruturada da seguinte forma: Enquadramento teórico, Metodologia, Resultados e, por fim, Discussão dos resultados. Ainda serão apresentadas as limitações do estudo e sugeridas futuras linhas de investigação.

## 1. Enquadramento Teórico

No enquadramento teórico começar-se-à por abordar a temática do *Stress* e *Stress* ocupacional: fontes e efeitos ao nível da saúde, depois *Stress* ocupacional e variáveis sócio-demográficas, posteriormente o Comprometimento Organizacional. Em seguida abordaremos a relação do *stress* com o comprometimento organizacional afectivo, e para finalizar a Percepção de Apoio Organizacional e a relação do comprometimento organizacional afectivo com esta variável.

### 1.1. *Stress*

*A maior arma contra o stress é nossa habilidade de escolher um pensamento ao invés de outro.*

**William James<sup>1</sup>**

Segundo Houaiss, Villar & Franco (2001), os seres humanos sempre foram acompanhados pelo *stress*. Os autores referem que o *stress* tem seguido os nossos ancestrais desde a pré-história na procura pela comida, abrigo ou na sua vida social. A existência de *stress* como uma força que causa desconforto na estabilidade mental dos seres humanos sobrevive desde séculos e continuará a existir no dia-a-dia (Houaiss et. al, 2001). Nos últimos 40 anos, a investigação à volta do *stress* tem produzido diversas conferências, livros, artigos, etc, no entanto, em Portugal é ainda escassa a investigação sobre esta temática (Melo, Gomes & Cruz, 1997).

O conceito do *stress* provém do latim *stringere*, que significa apertar, comprimir (Houaiss et. al, 2001). De acordo com Odgen (2004), o *stress* é descrito por alguns psicólogos como uma resposta ao *stressor* (o que é causado pelo ambiente externo), envolvendo mudanças fisiológicas (ex: alterações hormonais), comportamentais (ex: consumo de tabaco), bioquímicas (ex: aumento da produção de ácido no estômago) e psicológicas (ex: ansiedade).

Selye (1976 *cit. in* Odsen, 2004) descreveu a síndrome do *stress* biológico diferenciada em três fases. A primeira fase, reacção de alarme, ocorre quando o organismo se prepara para lutar. Esta fase é descrita por um aumento na actividade e ocorre após a exposição do indivíduo a uma situação *stressante*. A segunda fase, resistência, envolve tentativas de inverter os efeitos do estado de alarme. Na última fase, exaustão, o indivíduo torna-se incapaz de mostrar mais

---

<sup>1</sup> <http://www.ronaud.com/frases-pensamentos-citacoes-de/william-james> em 23/04/2011

resistência, após ser exposto repetidamente a uma situação *stressante*. Este afirmou ainda que os efeitos dos *stressores* (factores que produzem *stress*) não serão necessariamente iguais em diferentes pessoas (Odsen, 2004).

De acordo com esta síndrome, os indivíduos são agentes passivos, que respondem automaticamente ao seu mundo externo, tendo esta perspectiva sido largamente aceite pela comunidade científica (Odsen, 2004).

A definição de *stress* proposta por Lazarus & Cohen (1977 *cit. in* Branco, 2010), também globalmente aceite, apresenta o *stress* como um processo que envolve uma combinação entre os indivíduos e o meio externo, o qual é marcadamente influenciado pelas estratégias individuais de *coping*. O indivíduo experimenta frustração e tensão e exterioriza emoções negativas, como a ansiedade e a raiva, quando percebe os estímulos ambientais como ameaças, ou quando as exigências do trabalho excedem a capacidade de lidar com estas eficazmente (Branco, 2010).

Através de uma revisão bibliográfica, Lazarus (1977 *cit. in* Branco, 2010) constatou que o termo *stress* deve considerar sempre quatro aspectos: a) existência de uma causa externa ou interna; b) ocorrência de uma avaliação; c) processos de *coping*; d) reacções de *stress*.

Sucintamente, pode-se referir que o *stress* foi estudado por diversos autores, e que consequentemente foram apresentadas diversas definições. É de realçar que apesar do *stress* ser muito estudado em todo o mundo, em Portugal, são ainda relativamente escassos os estudos sobre as fontes do *stress*, justificando-se assim a necessidade deste estudo.

### ***Stress* Ocupacional: fontes e efeitos ao nível da saúde**

O *stress* ocupacional é um problema crescente que tem sido muito estudado, nos últimos anos, devido aos seus custos e efeitos a nível individual e organizacional (Melo et.al, 1997; Murphy, 1984).

Murphy (1984), define *stress* ocupacional como uma consequência de conexões complexas entre condições laborais, condições externas ao trabalho e características pessoais do colaborador, nas quais as exigências do trabalho excedem as aptidões do colaborador para enfrentá-las.

Segundo Cooper (1986 *cit. in* Melo et. al, 1997), o *stress* ocupacional afirma-se como uma consequência resultante da incapacidade de lidar com as fontes de tensão laborais, criando problemas a nível individual e organizacional. Os sintomas individuais do *stress* ocupacional expressam-se através de problemas de saúde física e mental, de alterações no humor, do

consumo excessivo de tabaco e álcool e de diversas queixas sintomáticas (Traver & Cooper, 1993). Por outro lado, as consequências ou efeitos organizacionais podem envolver os seguintes aspectos: elevado absentismo e *turnover*, diminuição do rendimento, da produtividade, da motivação e satisfação laboral (Melo et. al, 1997).

Em concordância com Cooper (1986), Spurgeon & Harrington (1989), afirmam que a experiência do *stress* tem sido apontada como uma das áreas de impacto negativo na saúde física e mental. Apesar deste facto, segundo Silva & Gomes (2009), ainda faltam estudos que estabeleçam claramente relações entre estas variáveis. De seguida, apresentam-se estudos portugueses sobre esta relação.

Num estudo com 44 trabalhadores de uma empresa têxtil, Gomes, Melo & Cruz (1997) verificaram uma associação significativa entre a quase totalidade das fontes de *stress* ocupacional avaliadas no questionário de *stress* e a saúde psicológica dos colaboradores. Só uma fonte de *stress* ocupacional “Carreira e realização” parece não estar associada de forma significativa á saúde psicológica. No que se refere às restantes fontes de *stress* foi evidente que níveis mais elevados de *stress* ocupacional estavam associados a maiores problemas de saúde psicológica.

Gomes, Cruz & Cabanelas (2009), testaram a relação das 8 fontes de *stress* avaliadas no questionário de saúde para profissionais de saúde (QSPS) (versão longa do questionário usado no estudo) com a saúde e com o nível global de *stress*. Os autores verificaram uma relação entre as oito fontes que compõem o questionário de *stress*, sendo positivo o sentido dessas associações. No que concerne às relações entre as 8 fontes de *stress* e problemas de saúde, é de salientar que problemas de saúde tendem a ser mais elevados com aumentos em qualquer uma das dimensões de *stress*. Relativamente á relação entre o nível global de *stress* e a saúde, é de referir que aumentos no nível global de *stress* se associam a aumentos de problemas de saúde física. Gomes e colaboradores (2006) encontraram resultados semelhantes num estudo com uma amostra de 127 professores.

De acordo com a investigação efectuada nos últimos anos, o modelo de *stress* ocupacional desenvolvido por Cooper (1986 cit. in Melo et. al, 1997) aponta para seis principais fontes de *stress* no trabalho: 1) fontes inerentes ao trabalho (ex: horário de trabalho); 2) papel que desempenha na organização (ex: conflito de papéis); 3) *stress* intrínseco às relações interpessoais no contexto laboral (ex: relações com os colegas de trabalho); 4) *stress* assente na progressão de carreira (ex: avaliação do desempenho do colaborador); 5) *stress* proveniente do clima e estrutura organizacional (ex: percepção de apoio social); e 6) “interface” casa-trabalho.

O questionário utilizado no nosso estudo (Gomes, 2010) avalia o nível global de *stress* e aponta as principais fontes de *stress* associadas á actividade laboral dos profissionais de saúde: questões relacionadas com excesso de trabalho, relações profissionais, carreira e remuneração, acções de formação, lidar com os clientes e problemas familiares. É de referir que algumas destas fontes de pressão laboral coincidem com as propostas por Cooper (1986). Seguidamente, apresentam-se estudos sobre os níveis e as fontes de *stress* sentidas na actividade profissional de diferentes grupos profissionais.

Um estudo elaborado por Afonso & Gomes (2008) sobre a prevalência do *stress* em profissionais de segurança pública (n=95) revelou que 45% dos militares relatam índices globais de *stress* muito significativos no exercício da sua actividade profissional. Resultados semelhantes foram encontrados por Gonçalo, Gomes, Barbosa & Afonso (2010), numa amostra de 325 profissionais de segurança.

Gomes e colaboradores (2006) averiguaram que 40% dos docentes experienciam elevados índices globais de *stress* associados à sua profissão, numa amostra com 127 professores do ensino básico e secundário. Correia, Gomes & Moreira (2010) defrontaram-se com resultados parecidos (45% apresentavam níveis significativos de *stress*) numa amostra de 115 professores de ensino básico.

Arnetz, Arnetz & Hort (1995) verificaram que 80% de uma amostra de enfermeiros suecos de uma clinica descreviam problemas de *stress*. Em Portugal, os estudos com profissionais de saúde revelam níveis globais de *stress* significativos mais baixos, respectivamente, 30%, 15% e 31%, em amostras com 439 psicólogos (Gomes et. al, 2000), 155 médicos e enfermeiros (Silva & Gomes, 2009) e 286 enfermeiros (Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009).

No que concerne às fontes de *stress*, alguns autores portugueses aprofundaram o seu estudo. Assim, Silva & Gomes (2009) constataram que os aspectos relacionados com os erros cometidos, fazer apresentações em público, a falta de perspectivas de progresso na carreira, o excesso de trabalho e o mau relacionamento com os superiores foram as principais fontes geradoras de mal-estar. É de salientar, que, Gomes e colaboradores (2009) e Melo e colaboradores (1997) encontraram resultados idênticos, respectivamente, numa amostra com 286 enfermeiros e 120 profissionais de saúde e do ensino.

Em jeito de conclusão pode-se afirmar que o *stress* ocupacional deriva de fontes de pressão laborais, como por exemplo, condições de trabalho, que conseqüentemente podem gerar um sentimento de mal-estar e de incapacidade para realizar as tarefas solicitadas no colaborador. Também se conclui que o *stress* ocupacional afecta diferentes categorias profissionais.

Em seguida, faz-se uma pequena abordagem sobre *stress* ocupacional e variáveis demográficas dado que um dos objectivos deste trabalho pretende explorar essa relação.

### **Stress Ocupacional e Variáveis sócio-demográficas e profissionais**

Michael, Court & Petal (2009), pesquisaram a relação do *stress* ocupacional com variáveis demográficas e profissionais, numa amostra com professores Israelitas, encontrando uma relação entre o *stress* e o sexo, estado civil e experiência profissional dos colaboradores. Estes constataram que colaboradores do sexo feminino apresentam maiores níveis de *stress*, tal como o encontrado por Pinto (2000). Os autores verificaram ainda a inexistência de diferenças significativas entre colaboradores casados e solteiros ao nível do *stress*, e que colaboradores com mais anos de experiência profissional relatam menos *stress*.

Gomes e colaboradores (2009), constataram diferenças significativas nas 6 fontes de *stress* em função do sexo, resultando em todos os casos numa maior experiência de *stress* por parte das mulheres. Silva & Gomes (2009) e Gonçalo et. al (2010) encontraram resultados iguais. Correia e colaboradores (2010), por seu lado, não encontraram diferenças significativas no que respeita á variável sexo.

Estudos com profissionais de saúde portugueses, onde se testou a relação das fontes de *stress* com variáveis demográficas - idade e experiência profissional dos participantes -, revelaram a existência de diferenças significativas nas fontes de *stress* em função da idade e da experiência profissional, resultando num maior relato de *stress* relacionado com problemas ao nível da carreira e instabilidade e remuneração em colaboradores mais novos e com menos experiência profissional (Gomes et. al, 2006; Gomes et al, 2008; Gomes et. al, 2009; Silva & Gomes, 2009).

### **1.2. Comprometimento Organizacional**

As alterações ocorridas no mercado de trabalho originaram um interesse pelo estudo do comprometimento dos colaboradores relativamente às suas organizações (Neves, 2007; Mendes, 2008; Honório, 2009). O conceito comprometimento organizacional surgiu durante a procura de variáveis explicativas para o fenómeno de *turnover*, nos anos 70 (Ferreira, 2005).

Mowday, Porter e Steers (1979), através de uma revisão bibliográfica, apuraram que o termo comprometimento organizacional possui um reduzido consenso quanto à sua definição e que autores de diferentes disciplinas atribuem os seus próprios significados ao termo. Mais tarde, quase vinte anos depois, Benson (1998) confirmou as palavras destes autores, constatando

uma considerável diversidade na definição e na medida do comprometimento organizacional. Ferreira (2005), acrescenta ainda que vulgarmente são usados diferentes termos para descrever o mesmo fenómeno.

Segundo Ferreira (2005), apesar da aparente multiplicidade conceptual evidenciam-se certas tendências, pois parece surgir de todas as conceptualizações do comprometimento que este liga o indivíduo à organização e que se refere à força com que o colaborador se identifica com a mesma.

Uma das definições mais aceites e usadas de comprometimento organizacional foi apresentada por Porter, Steers, Mowday & Boulian (1974: 7, *cit. in* Honório, 2009), definindo-o como “a força relativa da identificação de um indivíduo e do seu envolvimento em determinada organização”.

De acordo com esta definição, o comprometimento engloba três factores principais: a crença e aceitação dos valores e dos objectivos da organização, por parte do indivíduo (identificação organizacional); a intenção de incrementar esforços em prol dessa organização (envolvimento); e uma forte vontade de permanecer como membro da organização (lealdade) (Mowday, Steers & Porter, 1979). Assim, os indivíduos dão algo de si próprios e contribuem para o bem-estar da sua organização, indo além de uma mera lealdade (Ferreira, 2005).

Meyer & Allen (1997), afirmam que as várias definições de comprometimento têm em comum o facto de este ser um estado psicológico que caracteriza o relacionamento do empregado com a organização, e tem implicações na decisão de continuar membro da mesma.

O estudo no âmbito do comprometimento organizacional tem seguido duas abordagens: Comportamental e Atitudinal, ilustradas nas figuras abaixo (Honório, 2009).

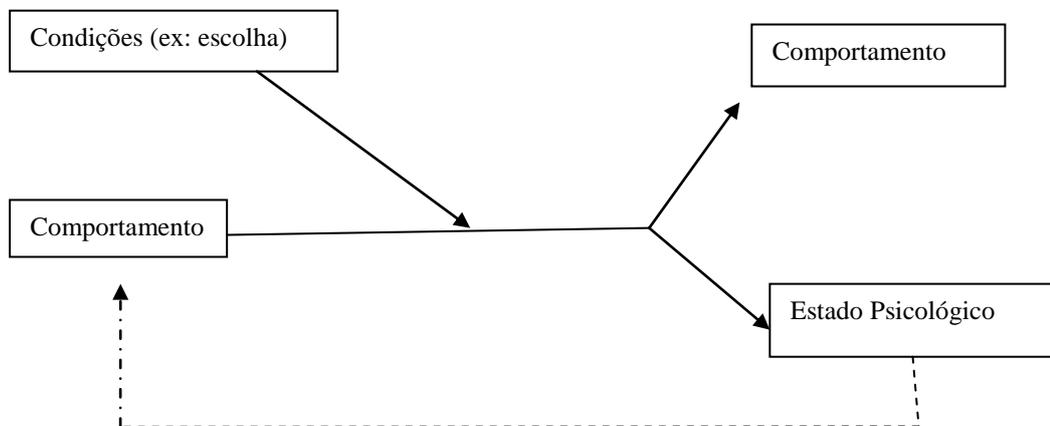


Figura 1- Perspectiva Comportamental do Comprometimento Organizacional, adaptado de Meyer & Allen (1991, p. 63)

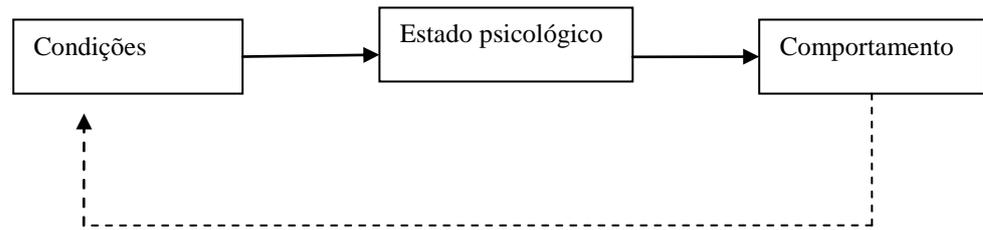


Figura 2- Perspectiva Atitudinal do Comprometimento Organizacional, adaptado de Meyer & Allen, 1991, p. 63)

A perspectiva comportamental (Swales, 2000) conceptualiza o comprometimento como um comportamento, entendendo-o como uma forma de estar do indivíduo. A perspectiva atitudinal (Allen & Meyer, 1991) conceptualiza o comprometimento como uma atitude, ou seja, como uma ligação psicológica à organização, que se manifesta através da vontade de permanecer na organização e do envolvimento do colaborador.

De acordo com Allen & Meyer (1991), existe uma grande variedade de modelos de Comprometimento Organizacional, que podem ser categorizados em dois grandes tipos: Modelos Unidimensionais ou Multidimensionais do Comprometimento Organizacional.

O modelo unidimensional de Mowday, Steers & Porter (1979) defende que o comprometimento possui três características (envolvimento organizacional, identificação organizacional e lealdade à organização) que se relacionam com um mesmo constructo.

Penley e Gould (1988) sugeriram um modelo multidimensional, que diferenciava o comprometimento moral, alienador e calculativo. Meyer e Allen (1997) apresentaram o modelo das três componentes do comprometimento: Afectivo, Calculativo e Normativo. Este modelo tem sido bastante estudado, e também como é o adoptado neste estudo, será apresentado em seguida.

### **Modelo Multidimensional de Meyer & Allen (1997)**

Tal como referido anteriormente, não existe um modelo unânime, mas sim vários modelos do comprometimento. O modelo de Meyer e Allen (1997) é um dos mais aceites mundialmente pela comunidade científica (Ferreira, 2005; Honório, 2009). Este modelo considera o comprometimento como um estado psicológico vinculativo na relação Colaborador-Organização, que condiciona a permanência do colaborador na organização. O comprometimento organizacional é formado por três componentes Afectivo, Normativo e

Calculativo que desenvolvem diferentes tipos de ligações para com a organização (Meyer e Allen, 1997).

Com base em Meyer & Allen (1997), passamos a descrever cada um dos tipos de comprometimento organizacional.

O comprometimento afectivo avalia o nível em que o colaborador se sente afectiva ou emocionalmente ligado, identificado e envolvido na organização. Logo, um colaborador com comprometimento afectivo forte estará mais motivado para contribuir para o bem-estar da organização, identificando-se e envolvendo-se com a mesma. Assim, pode-se afirmar que os colaboradores permanecem na organização porque assim o querem.

O comprometimento normativo define-se como a medida em que o trabalhador sente uma obrigação ou dever moral de permanecer na organização. Este comprometimento aumenta à medida que o colaborador interioriza as normas da organização, quando se estabelece um contrato psicológico ou quando se recebem recompensas.

O comprometimento calculativo, denominado de comprometimento instrumental por alguns autores, avalia a ligação do colaborador à organização devido ao reconhecimento dos custos associados com a sua saída. Este comprometimento aumenta quando o colaborador não identifica perspectivas de emprego no mercado de trabalho e quando reconhece as perdas associadas ao abandono da organização.

### **Relação entre *Stress* Ocupacional e Comprometimento Organizacional Afectivo**

A relação do comprometimento organizacional com o *stress* ocupacional foi estudada por vários autores (Matheus & Zajac, 1990; Hunter & Thatcher, 2007; Nasr, 2010), sendo que alguns (Hunter & Thatcher, 2007; Nasr, 2010) aprofundaram o estudo do comprometimento organizacional afectivo com o *stress*. É importante referir que na revisão da literatura efectuada encontramos apenas estudos com relações entre níveis de *stress* ocupacional e comprometimento organizacional, e não com fontes de *stress*.

Num estudo, com uma amostra de 261 trabalhadores de duas indústrias espanholas, sobre o impacto do *stress* na satisfação profissional e no comprometimento organizacional, Antón (2009) obteve como uma das principais conclusões a relação entre o *stress* e o comprometimento afectivo ( $r=-.56$ ,  $p=.04$ ) demonstrando, no entanto, que o *stress* tem um efeito indirecto através da satisfação, mas não tem um efeito directo no comprometimento afectivo do colaborador. Portanto, não suportou uma relação directa entre o nível de *stress* e o comprometimento afectivo.

Nasr (2010), elaborou um estudo com 100 colaboradores numa média empresa do Líbano, e encontrou que os níveis de *stress* se correlacionam significativamente com o comprometimento afectivo, num sentido negativo ( $r=-.39$ ,  $p=.001$ ). Hunter & Tatcher (2007), encontraram resultados idênticos numa amostra com 419 responsáveis de venda num banco americano ( $r=-.42$ ,  $p=.003$ ). Num estudo com 332 forças de segurança portuguesas, Gonçalo e colaboradores (2010) verificaram uma relação negativa significativa entre o *stress* e o comprometimento organizacional ( $r=-.33$ ,  $p=.000$ ), sendo que colaboradores mais comprometidos com a organização tendem a experienciar menores níveis de *stress* ocupacional.

Michael et. al (2009), realizaram um estudo com 131 coordenadores educacionais israelitas, onde encontraram que o nível de *stress* ocupacional dos colaboradores influencia negativamente o seu comprometimento afectivo. Assim, os coordenadores experienciam baixos níveis de *stress* quando estão mais comprometidos afectivamente com a organização. Jacobs, Tytherleigh, Webb & Cooper (2010), acharam resultados semelhantes com uma amostra de 2005 colaboradores de universidades americanas.

De uma forma sumária, pode-se afirmar que indivíduos com menores níveis de *stress* estão mais comprometidos afectivamente, identificando-se mais com a sua organização.

### **1.3. Percepção de Apoio Organizacional**

A investigação sobre os agentes que influenciam a solidez e intensidade do comprometimento dos colaboradores para com as organizações empregadoras é cada vez mais decorrente (Ferreira, 2005). O desenvolvimento de uma explicação social do valor de troca na relação colaborador-organização torna-se útil devido ao realce na troca de esforço e lealdade por bens materiais ou recompensas sociais (Eisenberger, Huntington, Hutchison & Sowa, 1986).

O estudo da Percepção de Apoio Organizacional (POS-Perceived Organizational Support) partiu do pressuposto de que os colaboradores se preocupam tanto com o comprometimento da organização em relação a eles, como as organizações se preocupam com o comprometimento dos trabalhadores (Eisenberger et. al, 1986).

A teoria de apoio organizacional (Eisenberger et. al, 1986; Rhoades & Eisenberger, 2002) defende que os colaboradores formam uma percepção global quanto ao grau em que a organização enaltece a sua prestação e se preocupa com o seu bem-estar. Esta teoria sustenta que as respostas da organização para recompensar, reconhecer, aprovar e apreciar o esforço dos colaboradores é avaliada pelos mesmos com base nestas crenças (Eisenberger et. al, 1986; Eisenberger, Aselage & Sucharski, 2004). Assim, colaboradores que sentem uma maior

percepção de apoio organizacional exibem mais atitudes positivas e comportamentos desejáveis no trabalho, expressando sentimentos mais fortes de afiliação e lealdade (Eisenberger, Armeli, Rexwinkel, Lynch e Rhoades, 2001; Rhoades & Eisenberger, 2002).

De acordo com a Teoria de Apoio Organizacional (Organizational Support Theory), os antecedentes da POS, ou seja os factores que induzem um aumento da POS organizam-se em três categorias - justiça, apoio das chefias e práticas de gestão de recursos humanos (Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski & Rhoades, 2002; Eisenberger et. al, 2004).

A POS compreende ainda vários consequentes, como: sentimento de obrigação para que a organização atinja os seus objectivos (Eisenberger et. al, 1986; Eisenberger et. al., 2001), maiores níveis de comprometimento afectivo (Eisenberger et. al, 1986; Rhoades & Eisenberger, 2002), melhores níveis de desempenho, vontade de permanecer na organização, redução no absentismo e no *turnover* (Eisenberger, Fasolo & Davis-LaMastro, 1990; Rhoades & Eisenberger, 2002; Eisenberger et. al, 2002; Chen, Eisenberger, Sucharski & Aselage, 2009) e menores níveis de *stress* (Eisenberger et. al, 2004).

É importante referir que segundo Eisenberger e colaboradores (2004), o potencial efeito directo da percepção de apoio organizacional na redução do *stress* ocupacional carece de investigação. De acordo com George e colaboradores (1993) e Robblee (1994), citados por Eisenberger e colaboradores (2004), em situações *stressantes*, a percepção de apoio organizacional pode reduzir a tensão psicológica, indicando disponibilidade de suporte emocional.

Em jeito de conclusão, pode-se afirmar que a percepção de apoio organizacional, ou seja, a crença do colaborador sobre a forma como a organização valoriza a sua prestação e se preocupa com o seu bem-estar, é um factor determinante no desempenho organizacional, apresentando vários antecedentes e consequentes, nomeadamente, o *stress* ocupacional e o comprometimento organizacional.

### **Relação entre Percepção de Apoio Organizacional e Comprometimento Organizacional Afectivo**

Tal como referido anteriormente neste contexto actual de crise torna-se particularmente interessante o estudo da relação do comprometimento organizacional com a percepção de apoio organizacional. Com base na Teoria de apoio organizacional prevê-se uma relação entre a percepção de apoio organizacional e cada uma das dimensões do comprometimento

organizacional (Eisenberger et. al, 1986). Em seguida, apresentam-se estudos que analisam a relação entre o comprometimento afectivo e a percepção de apoio organizacional.

Alguns autores (Eisenberger et. al, 1986; Eisenberger et. al, 1990; Meyer & Allen, 1991; Tavares, 2001; Ferreira, 2005; Honório, 2009) verificaram uma relação positiva entre a POS e o comprometimento afectivo dos colaboradores. Num estudo com 531 trabalhadores (422 funcionários fabris e 109 funcionários administrativos) de uma indústria metalúrgica, Eisenberger e colaboradores (1990), encontraram uma relação positiva entre o comprometimento afectivo e a percepção de apoio organizacional ( $r=.945$ ,  $p=.000$ ). Quando um trabalhador percebe que a organização investe no próprio, este empenha-se mais em prol da mesma.

É de destacar que existe um aumento da ligação afectiva e da identificação dos colaboradores para com a organização quando as necessidades sócio-emocionais e a troca social estão satisfeitas (Lee e Peccei, 2007).

Colaboradores com um maior comprometimento afectivo pela organização apresentam maiores níveis de desempenho e interiorizam as normas e os valores organizacionais (Eisenberger et. al, 1990). De facto, a POS pode possuir uma função determinante no desenvolvimento do comprometimento afectivo (Eisenberger et. al, 1986; Eisenberger et. al, 1990).

A direcção de causalidade entre o comprometimento afectivo e a POS foi posta em causa pelo facto de estes conceitos serem repetidamente medidos em simultâneo (Rhoades, Eisenberger & Armeli, 2001). Para testar essa relação de causa-efeito, os autores realizaram um estudo longitudinal com 388 ex-estudantes de uma universidade Americana, estimando as interrelações entre a POS e o comprometimento afectivo num espaço de 2 a 3 anos. Verificaram que a POS está relacionada com as mudanças temporais aferidas no comprometimento afectivo. Assim, corroborou-se a relação de causalidade entre as variáveis, indicando que a percepção de apoio organizacional leva ao comprometimento afectivo (Rhoades et. al, 2001).

## **2. Metodologia**

### *2.1. Procedimentos*

Este estudo iniciou-se através do contacto, presencial e por *email*, respectivamente, de uma instituição de saúde privada (Hospital) e da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas com o intuito de solicitar a participação na presente investigação.

Após receber a autorização para o uso dos instrumentos de medida, junto dos autores, apresentou-se o questionário às instituições, que autorizaram a sua aplicação.

O questionário foi aplicado em formato papel no hospital e em formato *on-line* para os associados da referida associação. A opção *on-line* prendeu-se com a possibilidade de uma maior taxa de resposta, aliada ao facto de facilitar a recolha dos dados junto dos associados.

No caso da instituição de saúde, a directora de recursos humanos apelou à participação voluntária dos profissionais de saúde. No sentido de garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes foi fornecido a todos os inquiridos um envelope no qual introduziam o questionário preenchido, que deveria ser posteriormente devolvido, devidamente fechado. O questionário era depois recolhido pela investigadora. Obteve-se uma taxa de resposta de 75%.

A recolha de dados demorou cerca de três semanas, na instituição.

É importante referir que o questionário *on-line* continha também uma secção com instruções no sentido do anonimato e confidencialidade.

A recolha de dados decorreu entre 29 de Março e 3 de Abril de 2011, sendo que os questionários estiveram *on-line* vinte e quatro horas por dia, podendo ser respondidos em horário pós-laboral, em qualquer local com acesso à internet.

Os dados recolhidos foram tratados recorrendo ao programa SPSS®, versão 17 – para Windows®.

## *2.2. Amostra*

Este estudo compreendeu uma amostra de 302 profissionais de saúde. No total, a amostra estudada conta com 90 colaboradores de um hospital privado e com 212 associados da Associação Nacional de Fisioterapeutas. Os profissionais de saúde do hospital distribuem-se pelos seguintes grupos ocupacionais: 46 (51%) enfermeiros(as), 21 (23,5 %) médicos(as), 10 (11%) nutricionistas e 13 (14,5 %) podologistas.

Em seguida, apresenta-se na tabela 1 as principais características da amostra, tais como: sexo, idade, nível de escolaridade e experiência profissional.

**Tabela 1-** Características demográficas da amostra

Variáveis		Hospital		Fisioterapeutas	
		n	%	N	%
<b>Sexo</b>	Masculino	8	8,9	37	17,5
	Feminino	82	91,1	175	82,5
<b>Nível de escolaridade</b>	Licenciatura Pré-Bolonha	85	94,5	181	85,4
	Licenciatura Pós-Bolonha	5	5,6	26	12,3
	Mestrado Pré-Bolonha	0	0	5	2,4
	Mestrado Pós-Bolonha	0	0	0	0
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	48	53,3	132	62,3
	Casado(a)	30	33,3	56	26,4
	União de Facto	2	2,2	5	2,4
	Divorciado(a)	10	11,2	19	9,0
	Viúvo(a)	0	0	0	0
<b>Filhos</b>	Sim	22	24,4	42	19,8
	Não	68	75,6	170	80,2
<b>Horário de Trabalho</b>	Diurno	89	98,9	210	99,1
	Implica a realização de noites	1	1,1	2	0,9
Variáveis		Hospital		Fisioterapeutas	
		$\bar{X}$	D.P	$\bar{X}$	D.P
Idade		31,2	6,4	29,8	7,2
Experiência profissional (anos)		7,5	6,1	7,3	6,9
Antiguidade na empresa (anos)		5,3	4,7	5,2	5,7

### 2.3. Instrumentos

#### Questionário Demográfico

O questionário de dados demográficos é essencial à recolha de dados para a caracterização da amostra e para o estudo de variáveis demográficas relacionadas com as dimensões em estudo. Os dados recolhidos dividiam-se em dados pessoais: sexo; idade; estado civil; nível de escolaridade; presença de filhos e filhos menores de idade, e dados profissionais: categoria profissional; antiguidade na organização; experiência profissional e horário de trabalho.

#### Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde

Gomes (2010), desenvolveu o Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde (QSPS) a partir de trabalhos de Gomes (1998) e de Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) realizados com profissionais de saúde. O autor efectuou a adaptação dos itens de avaliação das fontes de *stress* de acordo com os profissionais da área da saúde a que se destina o instrumento (ex: enfermeiros, fisioterapeutas e médicos). A última versão do instrumento, a qual, é utilizada no presente

estudo, é constituída por 25 itens que avaliam as potenciais fontes de *stress* no exercício da actividade profissional destes profissionais (Gomes, 2010).

Este questionário é dividido em duas partes distintas: na primeira parte é proposta a avaliação do nível global de *stress* experienciado na actividade laboral, através de um único item (0=Nenhum *stress*; 4=Elevado *stress*) (Gomes *et. al*, 2009). Na segunda parte, são avaliadas as potenciais fontes de *stress* no exercício da actividade dos profissionais da saúde (independentemente do contexto, especialidade). Para este efeito, foram propostos 25 itens relativos às potenciais fontes de *stress* no trabalho, sendo respondidos numa escala tipo “likert” de cinco pontos (0=Nenhum *stress*; 4=Elevado *stress*). Os itens são distribuídos por seis subescalas: **i) lidar com os clientes** (quatro itens): refere os sentimentos negativos dos profissionais relacionados com as pessoas a quem prestam os seus serviços (ex: “gerir problemas graves dos meus clientes”); **ii) relações profissionais** (cinco itens): traduz o mal-estar dos profissionais inerentes com os problemas de relacionamento com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (ex: “o ambiente e “clima” existentes no meu local de trabalho”); **iii) excesso de trabalho** (quatro itens): refere-se à excessiva carga de trabalho a realizar bem como ao facto da actividade laboral exigir o máximo envolvimento dos profissionais para conseguirem cumprir as tarefas estabelecidas (ex: “trabalhar muitas horas seguidas”); **iv) carreira e remuneração** (cinco itens): aponta os sentimentos de insegurança dos profissionais relacionados com a sua situação laboral e carreira profissional e indica o mal-estar e descontentamento dos profissionais relacionados com o baixo salário recebido (ex: “falta de perspectivas de progressão na carreira”); **v) acções de formação** (três itens): reporta as experiências negativas dos profissionais em situações onde devem “conduzir” acções de formação (ex: “preparar acções de formação sob a minha responsabilidade”); e **vi) problemas familiares** (quatro itens): descreve os problemas de relacionamento familiar e as dificuldades de conciliação entre a vida profissional e familiar (ex: “Problemas interpessoais com pessoas significativas/familiares”) (Gomes, 2010). De acordo com o autor, as seis sub-escalas apresentaram uma consistência interna razoável, encontrando valores de coeficiente *alpha* de Cronbach: .90 Lidar com clientes, .82 Relações profissionais, .84 Excesso de trabalho, .80 Carreira e remuneração, .79 Acções de formação e .80 Problemas familiares.

Pestana e Gageiro (2005), classificaram a consistência interna através do valor do coeficiente de *alpha* de Cronbach, da seguinte forma: *alpha* <.60 -inadmissível, *alpha* entre .60 e .70 -fraca, *alpha* entre .70 e .80 -razoável, *alpha* entre .80 e .90 -boa e *alpha* > .90 -muito boa.

Através da análise dos valores de *alpha* de *Cronbach* obtidos nas subescalas no nosso estudo, apresentados na tabela 2, pode-se afirmar que todas as subescalas apresentam uma boa consistência interna, pois obtiveram-se valores entre .80 e .90.

**Tabela 2-** Fiabilidade das subescalas do Questionário de *Stress* nos Profissionais de Saúde

<b>Subescala</b>	<b>Número de Itens</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
Lidar com os clientes	4	.82
Relações profissionais	5	.83
Excesso de trabalho	4	.80
Carreira e remuneração	5	.88
Acções de formação	3	.87
Problemas Familiares	4	.80
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>.91</b>

#### Questionário de Comprometimento Organizacional: Escala de Comprometimento Afectivo

Com base no Modelo das três componentes, Allen e Meyer (1990) construíram o Questionário do Comprometimento Organizacional. Os autores criaram três escalas com 24 itens, cada uma compilada com 8 itens: Escala de Comprometimento Afectivo, Escala de Comprometimento Normativo e Escala de Comprometimento calculativo. As três escalas apresentaram uma consistência interna, medida pelo coeficiente *alpha* de *Cronbach*, de .87 para a afectiva, de .75 para a calculativa e de .79 para a normativa (Allen e Meyer, 1990).

Mais tarde, na última versão proposta por Meyer & Allen (1997), as escalas foram revistas, passando a ser constituídas por seis itens para a afectiva, três dos quais são invertidos, sete para a calculativa e seis para a normativa, dos quais um é invertido. Na versão revista, as três sub-escalas apresentam uma consistência interna aceitável, encontrando valores de coeficiente *alpha* de *Cronbach*: .85 para a escala afectiva, .79 para a escala calculativa e .73 para a escala normativa.

Nascimento, Lopes & Salgueiro (2008) adaptaram e validaram esta versão do instrumento para a população portuguesa, e obtiveram elevados coeficientes de *alpha* de *cronbach*: .91 para a escala do comprometimento calculativo, .84 para a escala do normativo e .91 para a escala do afectivo. Como se pode verificar pelos resultados apresentados anteriormente, estes resultados são superiores aos encontrados por Meyer & Allen (1997).

É de referir que as três escalas do comprometimento são constituídas por afirmações representativas da dimensão específica que está a ser medida (ex: Escala de comprometimento afectivo: “Esta empresa tem um grande significado pessoal para mim”). A resposta é dada numa escala de tipo Likert de 1 a 7 pontos (1 – Discordo Totalmente, 2 – Discordo Moderadamente, 3

– Discordo Ligeiramente, 4 – Não Concordo Nem Discordo, 5 – Concordo Ligeiramente, 6 – Concordo Moderadamente e 7 – Concordo Totalmente).

Neste trabalho utilizou-se a Escala de Comprometimento Afectivo, adaptada e validada por Nascimento, Lopes & Salgueiro (2008). No nosso estudo foi obtido um *alpha* de *cronbach* de .88, o que de acordo com Pestana e Gageiro (2005) nos leva a afirmar que a escala apresenta uma boa consistência interna.

### Questionário sobre Percepção do Apoio Organizacional

O Questionário sobre Percepção do Apoio Organizacional (SPOS - Survey of Perceived Organizational Support) foi criado por Eisenberger e colaboradores (1986) para medir as crenças do trabalhador sobre o tratamento que recebe da organização, em retribuição aos seus esforços no trabalho. O SPOS é composto por 36 afirmações que representam vários raciocínios avaliativos da organização em relação ao trabalhador (ex: “A organização não reconhece qualquer esforço extra da minha parte.”) e descrições de acções que a organização poderia tomar em diversas situações para o beneficiar ou prejudicar (ex: Mesmo se eu fizesse o melhor trabalho possível, a organização não o iria reconhecer”) (Eisenberger et. al, 1986).

De acordo com Rhoades & Eisenberger (2002: 12) pode-se utilizar uma escala menor com 8 itens, construída a partir dos itens com maior carga factorial do SPOS, porque "como a escala original é unidimensional e tem a confiabilidade interna alta, o uso de versões mais curtas não parece problemático. No entanto, exige-se cautela pois ambas as facetas da definição de POS (valorização da contribuição dos colaboradores e preocupação com o bem-estar dos empregados) não são representadas em versões curtas do questionário”.

De referir, ainda, que neste trabalho se optou por utilizar o SPOS, na versão curta, ou seja, a de 8 itens (Rhoades & Eisenberger, 2002).

A partir da consulta da versão original de 8 itens de Rhoades e Eisenberger (2002) e da versão longa traduzida e adaptada para a população portuguesa por Honório (2009) elaboramos a versão utilizada no presente estudo. Assim, procedemos à alteração de 3 itens, mantendo a parte inicial e alterando apenas as palavras finais dos itens (ex: A organização valoriza a minha contribuição para o seu bem-estar (Honório, 2009); A organização valoriza a minha contribuição para o seu desenvolvimento (item usado no nosso estudo)), tendo em conta ainda as sugestões de um nativo da língua inglesa (responsável pela tradução do original para português) e de colegas do mestrado.

A escala de resposta de tipo Likert de 7 pontos (1 – Discordo Totalmente; 2 – Discordo Moderadamente; 3 – Discordo Ligeiramente; 4 – Não concordo nem discordo; 5 – Concordo Ligeiramente; 6 – Concordo Moderadamente; 7 – Concordo Totalmente) proposta pelos autores (Eisenberger et. al, 1986) foi mantida. Também se manteve a formulação negativa dos itens propostos.

Dada a ausência de adaptação para português desta versão curta resolvemos efectuar uma análise factorial exploratória. A análise factorial exploratória com rotação varimax indicou a existência de um factor, que explica 65% de variância total. Os pesos de saturação dos itens no factor variam entre .78 e .85. Do ponto de vista da sua fiabilidade (consistência interna), o valor de *alpha* de *cronbach* foi de .92, o que pode ser considerado muito bom.

#### Questionário Geral de Saúde (GHQ)

O Questionário Geral de Saúde (General Health Questionnaire- GHQ), que integra o Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (EPTT), é uma medida simples de saúde mental, que faculta a detecção de perturbações psiquiátricas menores na população geral (Silva, Azevedo & Dias, 1995). A versão original de Goldberg (1978 *cit. in* Silva, 1995) inclui 60 itens, existindo também versões com 12, 20, 28 e 30 itens. No presente trabalho utilizou-se a versão de 12 itens, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Silva e colaboradores (1995).

O GHQ é constituído por um conjunto de afirmações sobre a saúde nas últimas semanas, abarcando os níveis recentes de depressão, auto-confiança, perda de sono e solução de problemas (Silva et. al, 1995). A resposta é dada numa escala de 4 pontos (1 – Menos que o costume, 2 – O mesmo do costume, 3 – Mais que o costume, 4 – Muito mais que o costume). Quanto maior o somatório de todos os itens, mais pobre será a saúde psicológica do indivíduo (Silva et. al, 1995).

Segundo Ribeiro & Antunes (2003), em Portugal foram apresentadas algumas traduções deste questionário. No entanto, de acordo com os autores referidos, essas traduções não referem a metodologia utilizada na tradução nem as qualidades métricas. McIntyre, McIntyre e Redondo (1998 *cit. in* Ribeiro & Antunes, 2003) adaptaram para a população portuguesa o Questionário Geral de Saúde de 12 itens, a partir da versão de 1992 de Goldberg. A análise factorial exploratória da versão portuguesa apontou para a existência de dois factores (Factor Depressão e Factor Ansiedade) que explicam 46.5% da variância total, obtendo-se um coeficiente do *alpha* de *Cronbach* de .83 e .77, respectivamente, indicando uma boa consistência interna.

Dada a ausência das qualidades métricas da versão de 12 itens adoptada no nosso estudo realizou-se uma análise factorial exploratória. A análise factorial exploratória com rotação varimax revelou a existência de 3 factores, com valores próprios superiores a 1, que explicam 35% de variância total, sendo que um dos factores é composto por 2 itens. Dados os resultados da adaptação feita por McTntyre et. al (1998) que era composta por 2 factores, forçamos a estrutura factorial a este número. Pode-se ainda afirmar que o questionário apresenta uma consistência interna aceitável, pois obtiveram-se valores de *alpha* de *cronbach* de .71 e .70 para o Factor Depressão e Factor Ansiedade, respectivamente.

**Tabela 3-** Estrutura factorial do Questionário Geral de Saúde, versão de 12 itens

Descrição do item	Factores*	
	1	2
Tem-se sentido infeliz e deprimido(a)?	.66	
Tem perdido a confiança em si próprio?	.72	
Tem sentido que não é capaz de vencer as suas dificuldades?	.54	
Tem-se sentido razoavelmente feliz, apesar de tudo?	.67	
Tem pensado que é uma pessoa sem valor?	.52	
Tem tido prazer nas actividades normais do dia-a-dia?	.69	
Tem sido capaz de enfrentar os seus problemas?	.55	
Tem sido capaz de se concentrar no que está a fazer?		.75
Tem perdido muito sono, por preocupações?		.68
Tem sentido que tem tido um papel útil nas coisas?		.73
Tem-se sentido constantemente sob pressão?		.40
Tem sido capaz de tomar decisões sobre coisas?		.67
<b>Variância explicada</b>	19,2%	16,2%

\*Factor 1 – Depressão; Factor 2 – Ansiedade

### 3. Resultados

A informação gerada neste trabalho é de natureza quantitativa, o que se depreende pela descrição dos instrumentos utilizados. No tratamento de dados serão calculadas frequências ou realizados testes estatísticos tendo para o efeito sido utilizado o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Assim, sempre que considerarmos necessário realizamos o teste de correlação de *Spearman* e o teste estatístico não paramétrico *Mann-Whitney*. A utilização de testes não-paramétricos ocorreu sempre que os pressupostos de utilização dos testes paramétricos não estavam cumpridos (Field, 2005). Também se realizaram, para o total de amostra, Modelos de regressão linear múltipla de forma a estudar a capacidade preditiva das fontes de stress consideradas nos efeitos na saúde e um Modelo de regressão linear simples para estudar a capacidade preditiva da percepção de apoio organizacional no comprometimento organizacional afectivo.

### 3.1. Nível de *Stress* Ocupacional

No que refere ao “nível global de *stress*” experienciado pelos profissionais de saúde no exercício da sua actividade profissional realça-se o facto de 35,5% (107) dos participantes relatarem índices globais de *stress* significativos (junção dos valores “bastante” e “elevado” na escala de *Likert*), enquanto 48% (145) descreveram níveis moderados e 16,5% assinalaram níveis baixos (49 e 1, respectivamente, junção de pouco e nenhum *stress*).

Através da análise do teste *Mann-Whitney* verificou-se não existirem diferenças significativas entre os fisioterapeutas e os profissionais de saúde do hospital referentes ao nível global de *stress*.

Numa análise mais detalhada dos problemas que podem contribuir para esta situação, a tabela 4 ilustra os 10 itens, de um total de 25 itens da segunda parte do QSPS, que foram considerados como geradores de maior tensão. Optou-se por apresentar os resultados tendo por base a opção do autor do instrumento utilizado (Gomes, 2010), nomeadamente a apresentação dos 10 itens mais geradores de pressão.

De uma maneira geral, são as questões relacionadas com a carreira e a remuneração que parecem desencadear maior mal-estar (ex: “salário baixo”), seguindo-se as questões relacionadas com as pessoas a quem prestam serviços de saúde (ex: “erros profissionais podem ter consequências graves”), e num terceiro grande domínio, as questões relacionadas com o excesso de trabalho (ex: “Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas atreafas profissionais”). Os profissionais referem ainda que as questões relacionadas com problemas familiares (ex: “Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas, ex: filhos”) e com relações interpessoais (ex: “Favorecimento ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho”) são fontes geradoras de grande mal-estar. É de referir que só as questões relacionadas com acções de formação não parecem desencadear níveis elevados de *stress* nos colaboradores.

Através de uma análise mais pormenorizada da tabela 4, constata-se que as questões relacionadas com as pessoas a quem prestam os serviços de saúde e as questões relacionadas com a carreira e remuneração parecem ser a maior fonte de *stress* nos colaboradores do hospital. Estes colaboradores são afectados por questões relacionadas com excesso de trabalho e problemas familiares. Também se constata que os fisioterapeutas são mais afectados por questões relacionadas com a carreira e remuneração, aparecendo depois questões relacionadas com excesso de trabalho e com as pessoas a quem prestam serviços de saúde. Um dado curioso relaciona-se com o facto de apenas os fisioterapeutas expericiarem *stress* com questões relacionadas com as relações interpessoais estabelecidas no local de trabalho e de apenas os

colaboradores do hospital experienciam *stress* com questões relacionadas com a realização de acções de formação.

O teste *Mann-Whitney* mostrou não existirem diferenças significativas entre os fisioterapeutas e os colaboradores do hospital ao nível das fontes de *stress*.

### 3.2. Estudo comparativo em função de variáveis demográficas da amostra

Nesta etapa do estudo, procuramos observar diferenças nas fontes de *stress* e no nível global de *stress* em função do sexo, idade e experiência profissional da nossa amostra total.

A análise do Teste *Mann-Whitney* revelou não existirem diferenças entre profissionais de saúde do sexo feminino e do sexo masculino ao nível das fontes de *stress* ocupacional avaliadas.

A análise dos coeficientes de *spearman* mostrou que existe uma relação negativa significativa entre a fonte de pressão associada à carreira e remuneração e a idade ( $r_{sp} = -.15$ ,  $p = .02$ ). Quanto maior a idade do profissional de saúde, menor será a pressão relacionada com problemas de carreira e remuneração. Também se encontrou uma relação negativa significativa entre a experiência profissional e a fonte de pressão associada à carreira e remuneração ( $r_{sp} = -.12$ ,  $p = .04$ ). Quanto maior a experiência profissional, menor será a pressão associada à carreira e remuneração.

Relativamente ao nível global de *stress*, através do teste *Mann-whitney* concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre profissionais de saúde do sexo masculino e do sexo feminino. A análise do coeficiente de correlação de *spearman* revelou não existirem relações do nível global de *stress* com a idade e com a experiência profissional.

**Tabela 4– Ordenação decrescente dos aspectos experienciados pelos profissionais de saúde como geradores de “bastante” ou “elevado” stress**

Fisioterapeutas			Hospital			Total		
Itens	Escala	%	Itens	Escala	%	Itens	Escala	%
A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira	CR**	55,7	Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes	LC	58,2	Falta de perspectivas de progressão na carreira	CR	55,5
Salário inadequado	CR	55,7	Falta de perspectivas de progressão na carreira	CR	54,5	A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira	CR	53,3
Falta de perspectivas de progressão na carreira	CR	53,3	A falta de perspectivas de desenvolvimento e progressão na carreira	CR	47,7	Salário inadequado	CR	51,0
Receber um salário baixo	CR	52,4	Receber um salário baixo	CR	46,7	Receber um salário baixo	CR	50,6
Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	ET**	46,5	Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	ET	40,0	Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes	LC	48
Tomar decisões onde os erros podem ter consequências graves para os clientes	LC**	43,4	A sobrecarga ou excesso de trabalho	ET	40,0	Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex:filhos)	PF	45,5
A sobrecarga ou excesso de trabalho	ET	42,4	Salário inadequado/insuficiente	CR	40,1	Falta de tempo para realizar adequadamente as minhas tarefas profissionais	ET	44,7
O favoritismo e/ou discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	RI**	38,2	Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: filhos)	PF	37,8	A sobrecarga ou excesso de trabalho	ET	41,7
Comportamentos desajustados e/ou inadequados de colegas de trabalho	RI	34,5	Não poder ou não ser capaz de corresponder àquilo que os clientes esperam de mim	LC	37,8	Favorecimento e Discriminação “encobertos” no meu local de trabalho	RI	36,4
Falta de tempo para manter uma boa relação com as pessoas mais próximas (ex: filhos)	PF**	34,4	Falar ou fazer apresentações em público	AF**	33,4	Não poder ou não ser capaz de corresponder aquilo que os clientes esperam por mim	LC	35

(\*\*)- Factores a que correspondem os itens: **CR**-Carreira e remuneração; **ET**-Excesso de trabalho; **LC**- Lidar com os clientes; **RI**- Relações interpessoais; **PF**- Problemas familiares; **AF**- Acções de formação;

### 3.3. Estudo correlacional das variáveis

Nesta fase do estudo, procuramos ver as correlações entre todos os factores em estudo: nível global de *stress*, fontes de *stress*, saúde, percepção de apoio organizacional e comprometimento organizacional afectivo. Estas foram obtidas por meio do teste não-paramétrico de *Spearman*, estando os seus resultados apontados na tabela 5.

Através da análise da matriz de correlações pode-se afirmar que existe uma relação entre as 6 fontes de *stress* retratadas no QSPS, sendo positivo o sentido das associações, o que equivale a dizer que aumentos em cada 1 das 6 fontes de *stress* implica igualmente aumento nas restantes 5 fontes.

Através do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* conclui-se que não existe uma relação entre o comprometimento organizacional afectivo e as 6 fontes de pressão retratadas no QSPS. Tal como se pode ver na tabela 5, verificou-se que a percepção de apoio organizacional não está relacionada com as fontes de *stress* e com o nível global de stress.

Constata-se também relações positivas significativas entre perturbação na saúde psicológica (ansiedade e depressão) dos profissionais de saúde e o nível global de *stress*, e as seis fontes de *stress* ocupacional. Pode-se afirmar que aumentos nos níveis globais de *stress* e nas seis fontes de *stress* ocupacional estão associados a maiores níveis de ansiedade e depressão.

Outro resultado obtido foi a existência de uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a percepção de apoio organizacional e o comprometimento organizacional afectivo. Profissionais de saúde com uma maior percepção de apoio organizacional tendem a estar mais comprometidos afectivamente com a sua organização.

**Tabela 5– Matriz de correlações das variáveis em estudo**

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1- Nível Global de <i>stress</i>	—										
2- QSPQ: Lidar com os clientes	.20**	—									
3- QSPQ: Relações Interpessoais	.37**	.36**	—								
4- QSPQ: Excesso de trabalho	.47**	.43**	.53**	—							
5- QSPQ: Acções de formação	.25**	.25**	.41**	.26**	—						
6- QSPQ: Carreira	.002	.39**	.16*	.22**	.12	—					
7- QSPS: Problemas Familiares	.18**	.58**	.50**	.39**	.34**	.36**	—				
8- QGS:Ansiedade	.16**	.03	.35**	.19**	.28**	.54	.17**	—			
9- QSG: Depressão	.36**	.21**	.42**	.36**	.38**	.17	.28**	.62**	—		
10- Comprometimento Organizacional Afectivo	0,063	0,050	0,011	-0,37	0,091	-0,085	0,016	.08	.09	—	
11- Percepção de Apoio Organizacional	.10	.02	.15	.09	.05	.07	.13	-.03	.02	.24**	—

\* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ;

### 3.4. Estudo preditivo

O objectivo destas análises foi compreender quais os factores que poderiam melhor explicar a saúde tendo por base as 6 fontes de *stress*. Também se pretende entender o efeito preditor da percepção de apoio organizacional no comprometimento organizacional afectivo.

De forma a analisar o efeito preditor das fontes de *stress* na saúde-Depressão realizou-se uma regressão linear múltipla que mostrou que as 6 fontes de *stress* explicam aproximadamente 20% da variância da saúde –Depressão. A fonte de *stress* "excesso de trabalho" é o preditor mais significativo dessa dimensão da saúde psicológica, sendo que quanto maior a pressão com o excesso de trabalho maior serão os problemas de saúde ao nível da depressão.

**Tabela 6** – Modelo de Regressão entre as fontes de *stress* e a saúde -Depressão

Saúde –Depressão				
Fontes de <i>Stress</i>	R2(R2ajustado)	F(6,156)	$\beta$	T
Lidar com os clientes			-.07	1.89
Relações interpessoais			.10	2.33
Excesso de trabalho	.22(.19)	7.31***	.89**	4.44
Carreira e remuneração			.20	2.32
Acções de Formação			.33	1.94
Problemas Familiares			.14	1.99

\*\*\* p< .001 \*\* p< .05

De forma a analisar o efeito preditor das fontes de *stress* na saúde –Ansiedade realizou-se uma regressão linear múltipla que mostrou que as 6 fontes de *stress* explicam 18% da variância da saúde –Ansiedade. As fontes de *stress* “lidar com os clientes” e “relações interpessoais” são os preditores mais significativos dessa dimensão da saúde psicológica, sendo que quanto maior a pressão em lidar com os clientes maior serão os problemas de saúde ao nível da ansiedade, assim como, quanto maior a pressão das relações interpessoais maior serão os problemas de saúde ao nível da ansiedade.

**Tabela 7** – Modelo de Regressão entre as fontes de *stress* e a saúde -Ansiedade

Saúde –Ansiedade				
Fontes de <i>Stress</i>	R2(R2ajustado)	F(6,156)	$\beta$	T
Lidar com os clientes			.20	-2.12**
Relações interpessoais			.30	3.60**
Excesso de trabalho	.18(.16)	6.03***	.07	1.75
Carreira e remuneração			-.10	2.09
Acções de Formação			.08	1.93
Problemas Familiares			.18	1.7

\*\*\* p< .001 \*\* p< .05

O efeito preditor do comprometimento organizacional afectivo na percepção de apoio organizacional foi calculado através de uma regressão linear simples que mostrou que o comprometimento explica 5,6% da variância da percepção de apoio organizacional. Sendo significativo podemos concluir que a percepção de apoio organizacional é preditora do comprometimento afectivo.

**Tabela 8** – Modelo de Regressão entre o comprometimento organizacional afectivo e a percepção de apoio organizacional

	Comprometimento Organizacional Afectivo			
	R <sup>2</sup> (R <sup>2</sup> ajustado)	F(1,300)	β	T
Percepção de Apoio Organizacional	.056(.053)	17.71***	.24	4.21***

\*\*\* p< .001

#### 4. Discussão dos resultados

O estudo do *stress* ocupacional tem vindo a assumir-se como uma área cada vez mais conhecida em termos de investigação, sendo o contexto da saúde um dos domínios que mais tem despertado interesse por parte dos autores (Gomes et. al, 2009). O nosso estudo procura fornecer informações sobre a prevalência desta temática nos profissionais de saúde, bem como avançar com alguns factores individuais e organizacionais associados á experiência no contexto laboral.

No que concerne ao nível global de *stress*, é de salientar o facto de 35,5% e 48% dos participantes terem referido elevados e moderados níveis (junção dos valores “bastante” e “elevado” na escala de *Likert*). Em termos práticos isto resulta da elevada percepção das exigências que lhes são colocadas na prática profissional, justificando a importância do estudo junto destas classes profissionais. Estes resultados alertam para a relevância de se desenvolverem estratégias de intervenção que possam ajudar na gestão da pressão inerente a este grupo profissional. Os valores encontrados coincidem com estudos portugueses desenvolvidos com este grupo profissional (ex: Gomes et. al, 2009; Ribeiro, Gomes & Silva, 2010) e com outros profissionais, nomeadamente em professores (ex: Pinto, 2000; Gomes et. al, 2006) e em forças de segurança (ex: Afonso & Gomes, 2009; Gonçalo et. al, 2010). No entanto, encontram-se muito abaixo dos valores encontrados pela Associação Americana de enfermeiros<sup>2</sup> (2003) e por Arnetz, Arnetz & Horte (1995), respectivamente, 71 e 80%.

Analisando mais detalhadamente as fontes de *stress* que poderão estar na origem deste problema, os resultados por nós encontrados sugerem que as questões relacionadas com a carreira e remuneração, excesso de trabalho e clientes a quem prestam serviços estão associadas a perturbações da saúde psicológica. Estes indicadores encontram correspondência nos dados de outros investigadores portugueses (Gomes et. al, 1997; gomes et. al, 2009). Estes dados poderão ser explicados pelo facto destes colaboradores terem uma boa percepção das exigências da sua

<sup>2</sup> <http://www.ahna.org/Resources/StressManagement/tabid/1229/Default.aspx>, acedido em 24/05/2011

profissão, pela má política salarial das organizações, pelas expectativas enviezadas relativamente ao salário auferido e pelo aumento da exigência de qualidade por parte dos clientes. Os “Problemas familiares” e as “Relações interpessoais” parecem não perturbar tanto os colaboradores, o que talvez se explique por possuírem um bom suporte familiar, pelo facto da amostra ser maioritariamente solteira (tendo por isso menos responsabilidades familiares) e pela existência de relações saudáveis e de um bom ambiente no local de trabalho. Outro dado interessante prendeu-se no facto de só os colaboradores do hospital experienciarem como muito *stressante* a realização de acções de formação e de só os fisioterapeutas experienciarem elevado *stress* ao nível das relações interpessoais. Este dado poderá ser explicado pelo facto dos fisioterapeutas não desenvolverem actividades enquanto formadores.

Relativamente á relação do *stress* com variáveis demográficas, consideramos três grupos de comparação na amostra deste estudo: sexo, idade e experiência profissional. No que respeita á influência do sexo no *stress*, não se encontraram diferenças significativas ao nível das seis fontes de *stress* e do nível global de *stress*. Tais resultados não coincidem com o que a literatura refere nesse domínio, que tende a atribuir às mulheres de um modo geral níveis mais elevados de *stress* relacionados com vários aspectos do trabalho (ex: Silva & Gomes, 2009; Michael et. al, 2009; Correia et. al, 2010). No entanto, Correia e colaboradores (2010) também não encontraram diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino ao nível das 6 fontes de *stress* do QSPS e do nível global de *stress*. O nosso resultado poderá ser explicado pelo desequilíbrio entre o sexo masculino e o sexo feminino na amostra (85% composta por elementos do sexo feminino), ou pelo facto de os homens possuírem actualmente um papel mais doméstico e familiar.

A comparação dos profissionais de saúde em função da idade e da experiência profissional, salienta o facto de enfermeiros mais novos e, conseqüentemente, com menos experiência profissional, demonstrarem mais problemas relacionados com a carreira e o salário auferido. Estes dados foram também corroborados por outros autores (Gomes et al, 2008; Gomes et. al, 2009; Gomes et. al, 2010), e talvez se devam aos vínculos de trabalho precário nos locais de trabalho, à inexistência de alternativas profissionais neste contexto de crise económica.

Segundo Manuel & Soeiro (2010), considerando a importância que é atribuída ao trabalho na vida dos indivíduos e na vida em sociedade, o estudo do *stress*, da qualidade de vida e bem-estar em contexto profissional parece assumir uma relevância inequívoca. De acordo com Vaz-Serra (2000), o *stress* pode não ser sempre prejudicial, acrescentando que “confere algum sabor à vida e pode constituir um incentivo de realização profissional e pessoal.” (p. 263). O autor sustenta que são as posições extremadas que podem ser prejudiciais para a saúde dos profissionais, seja de monotonia e ausência de estímulos ou, por outro lado, de excesso de

excitação e de um número elevado de exigências indutoras de *stress* intenso e/ou prolongado. As análises de correlação efectuadas no estudo revelam que o *stress* está associado a problemas de saúde psicológica (depressão e ansiedade), resultados semelhantes aos encontrados por autores portugueses (Gomes et. al, 1997). Graziani e Swendsen (2004) referem que 80% dos indivíduos que recorrem a uma consulta médica o fazem devido a doenças associadas ao *stress*, como a depressão e a ansiedade. Através de modelos de regressão conclui-se que as fontes de *stress* “excesso de trabalho”, “lidar com os clientes” e “relações interpessoais” são as melhores preditoras da depressão e da ansiedade.

No nosso estudo não se obteve uma correlação significativa entre os níveis de *stress* e o comprometimento organizacional afectivo, contrariamente ao encontrado por outros autores (ex: Nasr, 2010; Afonso & Gomes, 2009). Os autores referem que um colaborador mais afectivamente ligado, identificado e envolvido na organização tende a experienciar menores níveis de *stress*, pois este estará mais motivado para contribuir para o bem-estar da organização, identificando-se e envolvendo-se com a mesma. O facto de os participantes pertencerem a diferentes instituições de saúde também poderá contribuir para este resultado. Os resultados poderão ainda ser explicados pelo facto dos profissionais de saúde serem maioritariamente solteiros e relativamente novos (média de idades= 30), o que de acordo com alguns autores (Matheu & Zajac, 1990; Bilhim & Castro, 1997 e Meyer & Herscovitch, 2001) resulta em menores níveis de comprometimento afectivo.

A relação entre a percepção de apoio organizacional e os níveis de *stress* ocupacional também não foi demonstrada neste estudo. Tal como referido inicialmente, a revisão bibliográfica efectuada mostrou não existirem artigos empíricos neste sentido, todavia Eisenberger e colaboradores (2004), referem o *stress* como um consequente da percepção de apoio organizacional. Mais uma vez estes resultados poderão ser compreendidos em função dos participantes pertencerem a diferentes organizações.

A existência de uma relação positiva entre a percepção de apoio organizacional e o comprometimento afectivo dos colaboradores entre os profissionais de saúde vai de encontro à revisão de literatura por nós efectuada (Tavres, 2001; Honório 2009). Colaboradores que sentem uma maior percepção global quanto ao grau em que a organização enaltece a sua prestação e se preocupa com o seu bem-estar exibem mais comportamentos desejáveis no trabalho, expressando sentimentos mais fortes de afiliação (Eisenberger et. al, 1986). Este resultado talvez possa ser explicado pelo facto de os participantes pertencerem a diferentes instituições de saúde.

Após identificarmos as principais fontes de *stress* ocupacional experienciadas por profissionais de saúde surge a importância do desenvolvimento de programas de intervenção tendo em vista o controle das fontes de *stress* junto dos indivíduos e das organizações. Perante este tipo de efeitos negativos individuais e organizacionais, Cooper e Payne (1993) consideram que existem diversas possibilidades de intervenção que podem reduzir estes problemas. Neste sentido, no primeiro nível (intervenção primária) o foco deve ser colocado na organização, representando exemplos de intervenções a modificação da estrutura organizacional, o treino e formação, a rotação de postos de trabalho, etc. O segundo nível é a intervenção secundária sendo preconizada a “interface” indivíduo-organização, nomeadamente o estabelecimento de boas relações no trabalho, a promoção da coesão nas equipas, etc. O terceiro nível, a intervenção terciária centra-se no indivíduo surgindo várias técnicas psicológicas nomeadamente, o treino do relaxamento, biofeedback, meditação, exercício físico, programas de assistência aos trabalhadores e dos programas de gestão do tempo.

Tal como referido anteriormente, as fontes de *stress* que melhor predizem a saúde psicológica são: “excesso de trabalho”, “lidar com os clientes” e “relações interpessoais”. A intervenção mais adequada para resolver estes problemas seria uma intervenção primária ao nível do “excesso de trabalho”, uma intervenção terciária ao nível da fonte “lidar com os clientes” e uma intervenção secundária ao nível da fonte “relações interpessoais”.

Para finalizar resta-nos referir que ao longo desta investigação deparamo-nos com algumas dificuldades que condicionaram a sua realização. Um dos grandes desafios com que nos debatemos foi encontrar sujeitos para participarem no nosso estudo, visto que a amostra inicial seriam apenas profissionais de saúde da instituição privada. No entanto, após sugestão da orientadora contactou-se uma associação de profissionais de saúde e esta dificuldade dissipou-se. Na administração de questionários em formato papel foram dadas verbalmente instruções de preenchimento, no entanto, os participantes online apenas tinham essa instrução por escrito, o que não garante que tenham sido tidas em consideração durante o preenchimento dos mesmos. Outra limitação prende-se com o facto da amostra que aqui apresentamos (n=312) não ser generalizável a outras populações, nem mesmo ao universo da instituição de saúde privada.

Para investigações futuras, seria pertinente realizar mais estudos sobre *stress* na população dos fisioterapeutas e outros profissionais de saúde menos estudados, visto tratarem-se de um grupo profissional de risco. Além disso, também seria interessante estudar mais efeitos organizacionais do stress, como: o absentismo, a performance laboral e continuar com a percepção de apoio organizacional (aqui estudada). Em Portugal seria também útil a realização de trabalhos sobre a temática da percepção de apoio organizacional.

## Bibliografia

- Afonso, J. & Gomes, R.A. (2009). *Stress Ocupacional em Profissionais de Segurança Pública: um estudo com militares da Guarda Nacional Republicana. Psicologia, Reflexão e Crítica*, 22 (2), 294-303.
- Allen, N.J. & Meyer, J.P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 115-127.
- Antón, C. (2009). The impact of role stress on workers' behaviour through job satisfaction and organizational commitment. *International Journal of Psychology*, 44(3), 187-194.
- Benson, J. (1998). Dual Commitment: Contact Workers in Australian Manufacturing Enterprises. *Journal of Management Studies*, 35(5), 355-375.
- Bilhim, J. & Castro, M. (1997). *Comportamento Organizacional: Caderno de Apoio*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Branco, A. (2010). *Stress Profissional na Polícia: Um estudo exploratório sobre a influência das variáveis tempo de serviço e sexo*. Tese de mestrado não publicada: Universidade de Lisboa.
- Chen, Z, Eisenberger, R., Johnson, K. M., Sucharski, I. L., & Aselage, J. (2009). Perceived organizational support and extra-role performance: Which leads to which?. *Journal of Social Psychology*, 5(2), 16-34.
- Cheng, Y. & Stockdale, M. S. (2003). The validity of the three-component model of organizational commitment in a Chinese context. *Journal of Vocational Behaviour*, 62: 456-489.
- Cooper, C.L., & Payne, R. (1993). International perspectives on research into work, well-being, and stress management. In J. C. Quick, L. R. Murphy & J. J. Hurrell, Jr. (Eds.), *Stress & well-being at work*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Correia, T., Gomes, R.A. & Moreira, S. (2010). *Stress Ocupacional em professores do ensino básico: um estudo sobre as diferenças pessoais e profissionais. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Braga: Universidade do Minho.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived Organizational Support. *Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507.
- Eisenberger, R., Fasolo, P., & Davis-LaMastro, V. (1990). Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation. *Journal of Applied Psychology*, 75, 51-59.
- Eisenberger, R., Armeli, S., Rexwinkel, B., Lynch, P. D., & Rhoades, L. (2001). Reciprocation of perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 86, 42-51.

- Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology*, 87, 565-573.
- Eisenberger, R. Aselage, J., Sucharski, I. L., Jones, J. R. (2004). Perceived Organizational Support. In J. Coyle-Shapiro, L. Shore, & S. Taylor, & L. Tetrick (Eds.). *The employment relationship: Examining psychological and contextual perspectives*. Oxford University Press.
- Ferreira, M. M. (2005). Empenhamento Organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com Diferentes Modelos de Gestão. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE.
- Gomes, A.R. (2010). Questionário de *Stress* para profissionais de Saúde. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. R., Silva, M. J., Mourisco, S., Mota, A., & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: um estudo sobre o *stress*, “burnout”, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19, 67-93.
- Gomes, A.R., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C. & Pinheiro, L. (2008). *Stress*, saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. *Actas do II Congresso família, saúde e doença: modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde*, 2º edição, 4, 178-192.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Gonçalo, H., Gomes, A., Barbosa, F. & Afonso, J. (2010). *Stress* Ocupacional em forças de segurança: um estudo comparativo. *Análise psicológica*, 1 (28), 165-178.
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O stress. Emoções e estratégias de adaptação*. Lisboa: Climepsi.
- Honório, C. (2009). Percepção de Apoio Organizacional e Empenhamento Organizacional: Que relação? Estudo de uma amostra numa empresa do sector bancário. Dissertação de Mestrado em Psicologia dos Recursos Humanos, Trabalho e Organizações. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Houaiss, A., Villar, M. de S., & Franco, F. M. de M. (Orgs.). (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Hunter, L. W. & Thatcher, S. M. B. (2007). Feeling the heat: Effects of *stress*, commitment and job experience on job performance. *Academy of Management Journal*, 50 (4), 953-968.

- Jacobs, P., Tytherleigh, M., Webb, C. & Cooper, C. (2010). Breaking the mould: the impact of working in a gender-congruent versus -incongruent role on self-reported sources of *stress*, organisational commitment and health in UK universities. *International Journal of Stress Management*, 17(1), 21-37.
- Lee, H-J. and Peccei, R. (2007). Organizational-level gender dissimilarity and employee commitment. *British Journal of Industrial Relations*, 45(4), 687-712.
- Mathieu, J. E.; Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108 (2), 171-194.
- Mayer, R. C. & Schoorman, F. D. (1998). Differentiating antecedents of organizational commitment: A test of March and Simon's model. *Journal of Organizational Behavior*, 19, 15-28.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (1997). *Stress* ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-71.
- Mendes, S. V. (2008). O Efeito da Disponibilização de Benefícios Organizacionais, da sua Utilização e da Percepção de Suporte Organizacional na facilitação do trabalho para a família. Dissertação de Mestrado em Psicologia dos Recursos Humanos. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: theory, research and application*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Meyer, J.P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human Resource Management Review*, 11, 299-326.
- Meyer, J.P., Stanley, D.J., Herscovitch, L. & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 20-52.
- Michael, O.; Court, D.; Petal, P. Job *stress* and organizational commitment among mentoring coordinators. *International Journal of Educational Management*, 23 (3), 266-288.
- Mowday, R.T., Steers, R.M., & Porter, L.W. (1979). The Measurement of Organizational Commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Murphy, L. R. (1984). *Stress* management in highway maintenance workers. *Journal of Occupational Medicine*, 26, 436-442.
- Nascimento, J., Lopes, A. & Sagueiro, M.(2008). Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 14(1), 115-133.
- Nasr, L. (2010). The relationship between the three components model of commitment, workplace *stress* and career path application to employees in medium size organization in

- Lebanon. *Proceedings of the academy of organizational culture, Communications and Conflict*, 15(2), 7-19.
- Manuel, G. & Soeiro, C. (2010). Incidentes Críticos na Policia Judiciária. *Análise Psicológica*, 28(1).
- Neves, P. (2007). Can I trust when we change? Antecedents, consequences and moderators of interpersonal trust within organizational change interventions. Tese de Doutoramento. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Penley, L. E. & Gould, S. 1988. Etzioni's model of organizational involvement: A perspective for understanding commitment to organizations. *Journal of Organizational Behaviour*, 9, 43-59.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo: Lisboa.
- Pinto, A. M. (2000). Burnout profissional em professores portugueses: representações sociais, incidência e preditores. Tese de Doutoramento não Publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Quick, J., Murphy, L. & Hurrell, J. (1992). *Stress & Well-being at work: Assessments and interventions for occupational mental health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. & Armeli, S. (2001). Affective commitment to the organization: The contribution of perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 86, 825-836.
- Rhoades, L. & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87, 698-714.
- Ribeiro, L., Gomes, A.R., & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercer em contexto hospitalar. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio, & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp. 1494-1508)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Ribeiro, J. & Antunes, S. (2003). *Contribuição para o estudo da adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens (General Health Questionnaire –GHQ28)*. Revista Portuguesa de Psicossomática, 5(1), 37-45.
- Sauter, S. & Murphy, L. (1995). *Organizational risk factors for job stress*. Washington DC: American Psychological Association.
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York, McGraw-Hill.

- Silva, M., & Gomes, A.R. (2009). *Stress* ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Silva, C., Azevedo, M. & Dias, M. (1995). Cronobiologia e Avaliação Psicológica: Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 35-42.
- Swales, S. (2000). Organizational Commitment: Searching for the Holy Grail of HRM. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 6 (2), 199-212.
- Tavares, S. (2001). Vinculação dos indivíduos às organizações. In J. Ferreira, J. Neves, & A. Caetano (Eds.), *Manual de psicossociologia das organizações*. Amadora: McGrawHill.
- Traver, C.J.& Cooper, C.L. (1993). “Mental health, job satisfaction and occupational *stress* among UK teachers”, *Work and Stress*, 7(3), 203-19.
- Vaz-Serra, A. (2002). *O Stresse na Vida de Todos os Dias*. Edição do autor.