

***Stress* e os Profissionais de Saúde: Os que Tratam Também Sofrem**

TERESA MENDONÇA MCINTYRE (*)

«Médico, cura-te a ti mesmo.»

S. Lucas 4:23

«O médico dos outros, ele próprio abunda em úlceras.»

Eurípides

1. INTRODUÇÃO

A noção de *stress* ocupacional tem ocupado o interesse do mundo empresarial nos últimos 20 anos devido, em grande parte, a razões de ordem económica. Os estudos têm demonstrado que o *stress* no trabalho está relacionado com a doença e, subsequentemente, menor produtividade, aumento de absentismo, acidentes de trabalho, erros de desempenho, invalidez, morte prematura, e problemas familiares (Calhoun, 1980; Greenberg, 1987). Definiu-se o síndrome de «burnout» (esgotamento) para descrever de forma sistemática uma reacção adversa ao *stress* ocupacional com componentes psicofisiológicos, psicológicos e comportamentais (Greenberg, 1987; Venning & Spradley, 1981) e têm-se organizado estudos massivos de várias ocupações

para se determinarem quais os níveis de *stress* experienciados e quais os componentes desse *stress* nas várias profissões (Lindstrom, 1992; Smith, 1978).

No sector da saúde, o *stress* ocupacional tem sido muito menos estudado, embora este sector envolva profissões consideradas de alto risco em termos de *stress*. Um estudo de 22.000 trabalhadores em 130 ocupações (Smith, 1978) revelou que 7 das 27 ocupações consideradas de *stress* elevado estavam relacionadas com os cuidados de saúde. Os estudos também indicam que as instituições de saúde, especialmente os hospitais e os centros de saúde, constituem ambientes de trabalho particularmente stressantes, contendo características organizacionais geralmente associadas com o *stress*, como níveis múltiplos de autoridade, heterogeneidade do pessoal, interdependência das responsabilidades, e especialização profissional (Calhoun, 1980). Recentemente, um outro aspecto tem sido associado às profissões de saúde para explicar o seu *stress* elevado, as exigências de contacto social inerentes às profissões da saúde (Pines, Aronson & Kafry, 1981). Estes investigadores sugerem que a responsabilidade por pessoas é geradora de mais *stress* do que a responsabilidade por coisas, incluindo esta a responsabilidade perante os doentes, perante familiares preocupados, a equipe de trabalho, o pessoal administrativo, e as organizações profissionais, entre outros.

Estes dados apontam para a importância de se examinarem as fontes de *stress* para os profissio-

(*) Universidade do Minho, Departamento de Psicologia, Instituto de Educação, Campus de Gualtar, 4700 Braga.

nais de saúde, assim como os seus efeitos, no sentido de prevenir reacções adversas que terão consequências ao nível dos cuidados do doente e da saúde física e mental dos que o tratam (Calhoun, 1980). Estas questões situam-se no campo de estudo e intervenção da Psicologia da Saúde na medida em que um dos seus objectivos é a aplicação dos conhecimentos psicológicos à melhoria dos cuidados de saúde (McIntyre, 1994), o que passa necessariamente pela promoção da saúde e prevenção da doença daqueles que se ocupam desses cuidados.

Este artigo pretende diminuir o silêncio acerca das complexidades, incertezas, limitações e sofrimento que muitas vezes rodeia a prática dos profissionais de saúde ao fazer uma revisão da literatura sobre as fontes e efeitos do *stress* nestes profissionais, incluindo dados de estudos piloto feitos em Portugal. Essas reflexões focar-se-ão no *stress* nos médicos e enfermeiros, as profissões tradicionalmente ligadas à saúde, e sobre as quais as investigações têm incidido. No entanto, existem novas profissões da saúde, como os técnicos do serviço social e os psicólogos, que devem ser igualmente estudadas. Finalmente, tecer-se-ão algumas reflexões sobre o papel do Psicólogo da Saúde na promoção do bem-estar dos profissionais de saúde.

2. FONTES DE STRESS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O conceito de *stress ocupacional* é difícil de definir na medida em que envolve aspectos intrínsecos ao *trabalho*, como condições de trabalho pobres, ao indivíduo, como o seu nível de ansiedade, e *extra-trabalho*, como problemas familiares. Portanto, trata-se de *stress* no trabalho que ocorre numa *pessoa* (Greenberg, 1987). As fontes de *stress* ocupacional mais estudadas nos profissionais de saúde referem-se às duas primeiras, factores do trabalho e sua interacção com a pessoa do profissional de saúde.

Os autores têm identificado agentes específicos de *stress* relacionados com reacções adversas a este (Calhoun, 1980, p. 172): sobrecarga de trabalho (física e mental); insegurança do trabalho; inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho; ambiguidade de papéis (o que é esperado e por quem); trabalhar em domínios des-

conhecidos; perfeccionismo; servir uma população que vive ansiedade e medo; não participação nas decisões ou planeamento; responsabilidade por outras pessoas; subaproveitamento das suas capacidades; recursos inadequados; ambições não satisfeitas; conflito interpessoal; mudanças tecnológicas rápidas; sentimentos de imortalidade (exposição continuada à morte).

Os dados de investigação confirmam a maioria destes itens como fontes de *stress* para os profissionais de saúde.

3. ASPECTOS ORGANIZACIONAIS

A Finlândia é um dos países que apresenta um estudo mais sistemático do *stress* nos profissionais de saúde. Por iniciativa do Ministério da Saúde Finlandês foi levada a cabo uma análise dos problemas de saúde ocupacional dos profissionais de saúde Finlandeses. Numa revisão da literatura, Leppanen e Olkinuora (1987) relataram que a maior parte dos médicos e enfermeiras consideravam o seu trabalho compensador em termos de providenciarem serviços com significado, serem capazes de utilizar e desenvolver as suas capacidades profissionais e possuírem desafios profissionais. No entanto o *desafio* profissional também pode constituir um *stress*, com cerca de metade das enfermeiras a considerar-se incompetente em questões de ordem médica e, particularmente, em questões de ordem psicológica. Para os médicos o problema fundamental era a *sobrecarga de horas*, frequentemente aumentada pelas urgências, especialmente nas especialidades de cirurgia e anestesiologia. Para além da sobrecarga horária, as enfermeiras consideravam que as *situações inesperadas e urgentes* constituíam o maior stressor no seu trabalho. É interessante notar que o tipo de stressor varia com o sector da saúde. Assim, o pessoal dos hospitais mentais considerava como um stressor dominante o carácter *monótono e rotineiro* das suas tarefas.

Gray-Toft e Anderson (1981), num estudo de *stress* no pessoal de enfermagem de 5 unidades hospitalares americanas, também identificaram como fontes de maior *stress* a sobrecarga de trabalho e sentirem-se inadequadamente preparados para lidar com as exigências emocionais dos doentes e suas famílias. Eles apontam como

causas da sobrecarga de trabalho stressores de ordem organizacional, como *ambiguidades de papel* e *linhas múltiplas de autoridade*, factores também apontados por Leppanen e Olkinuora. O nível de *responsabilidade* envolvido nos cuidados de saúde é também um stressor importante, mas o que é percebido como mais problemático é a existência de responsabilidades pouco definidas ou ambíguas. Muitas vezes esta responsabilidade não é acompanhada da possibilidade de tomar ou influenciar decisões, o que aumenta o stress envolvido.

Os *conflitos de papel* tomam várias formas nos profissionais de saúde e constituem uma fonte importante de *stress*. Esta ambivalência começa na percepção comum dos profissionais de saúde de que o seu trabalho com os doentes é ao mesmo tempo compensador e pesado. É o caso das enfermeiras psiquiátricas que têm que negociar os papéis terapêutico, administrativo e custodial, e lidar com a ameaça potencial de violência por parte dos doentes (Lindstrom, 1992). Médicos e enfermeiros têm de lidar com expectativas dos doentes e seus familiares, colegas, e superiores, as quais nem sempre convergem e podem entrar em conflito com as suas atitudes pessoais. São exemplo mais recente disto as questões sobre o aborto, a SIDA e as decisões de prolongar a vida em unidades de cuidado intensivo, em que os conflitos entre as convicções éticas do profissional, a lei, a instituição de saúde, o doente e seus familiares, são fonte de *stress* ocupacional (Gray-Toft & Anderson, 1981; McCue, 1982).

O *clima organizacional* é também um stressor potencial para os profissionais de saúde. O carácter hierárquico, burocrático e especializado das organizações de saúde tem sido percebido pelos profissionais de saúde como gerador de *stress* (Lindstrom, 1992). Este *stress* é acentuado pela discrepância entre os valores dos profissionais de saúde, que são centrados nos objectivos da ciência e prática médicas, e os dos administradores dos serviços de saúde, que são de ordem predominantemente económica e política. Este conflito de valores está bem ilustrado no caso de profissionais de saúde em posições administrativas que têm que negociar as questões de qualidade dos cuidados de saúde e redução de custos (Sherwood & Greenblatt, 1987). Os estudos concluíram que um clima participativo, caracte-

rizado por trabalho de equipa, racionalização das tarefas e participação do doente, causa o menor *stress* ocupacional (Calhoun, 1980; Lindstrom, 1992).

4. ASPECTOS SÓCIO-EMOCIONAIS

Enquanto muitos dos stressores acima podem ser encontrados noutras profissões prestadoras de serviços públicos (Greenberg, 1987), os estudos revelam um conjunto de fontes de *stress* que podem ser considerados específicos das profissões de saúde. Estas fontes de *stress* são predominantemente de ordem sócio-emocional e prendem-se com o *contacto com os doentes* e a capacidade de responder às exigências emocionais destes. Enquanto muitos dos profissionais de saúde escolhem a sua ocupação motivados pelo desejo de ajudar os outros, o contacto com o doente pode ser uma fonte de *stress* que se reveste de características particularmente difíceis e que pesa mais do que noutras profissões. No estudo de Gray-Toft e Anderson (1981) de enfermeiras em vários serviços, sentir-se inadequadamente preparado para lidar com as exigências emocionais dos doentes e suas famílias, foi considerada uma das três fontes principais do seu *stress* ocupacional. Este sentimento foi partilhado pelas enfermeiras dos estudos Finlandeses (Lindstrom, 1992).

O doente vem à consulta médica ou está num serviço de saúde porque a sua saúde e bem-estar estão ameaçados, trazendo consigo sentimentos de insegurança, medo e ansiedade, e a expectativa do doente é de que o profissional de saúde o conforte, compreenda o seu sofrimento e o alivie de alguma forma. Isto torna este contacto difícil, cansativo, e potencialmente desagradável para o profissional de saúde. A falta de treino nas competências para lidar com estas exigências emocionais aumenta o *stress* deste contacto. McCue (1982) fez uma análise profunda do que o *stress* do contacto com o doente significa para os médicos, descrevendo as questões relacionadas com o sofrimento do doente, o contacto com a morte e o lidar com a incerteza do conhecimento médico.

A distinção entre o desconforto ou disfunção físicas, e o sofrimento, ajuda a compreender porque o contacto com o doente pode ser particularmente stressante para o profissional de

saúde. A noção de *sofrimento* vai além dos sintomas físicos e do corpo, podendo-se definir como um estado de *stress* severo associado com acontecimentos que ameaçam a vida da pessoa, envolvendo a pessoa na sua totalidade (Cassel, 1982). Enquanto os profissionais de saúde estão bem treinados em como lidar com a doença, sentem dificuldades em lidar com o sofrimento. A comunicação médico-doente é muitas vezes afectada pela dificuldade de expressão do sofrimento através da linguagem e compreensão desta por parte dos profissionais, e por falta de competências para lidar com os aspectos psicológicos e sociais do sofrimento. Isto pode resultar em frustração da parte do profissional e do doente, surgindo sentimentos ambivalentes dos dois lados. Isto acontece particularmente quando os profissionais têm de lidar com os *doentes difíceis*, isto é, aqueles que constantemente exigem ajuda ou a rejeitam, o que provoca reacções de evitamento, suspeita e irritabilidade nos profissionais (McCue, 1982). Estas fontes de *stress* são agravadas pela *incerteza e limites* do conhecimento médico. Motivados pelo medo, a ansiedade e sentimentos de vulnerabilidade, os doentes exigem frequentemente respostas definitivas acerca da sua doença e prognóstico da mesma. Estas exigências tornam as decisões médicas difíceis de negociar, podendo resultar, por exemplo, em uso excessivo de técnicas de diagnóstico ou numa simplificação e secretismo relativamente às questões abordadas com o doente.

Aos sentimentos de incerteza e conflito vividos pelos profissionais de saúde, juntam-se frequentemente sentimentos de fracasso, especialmente quando as terapêuticas usadas não funcionam ou quando o doente, simplesmente, morre. A *exposição à morte* é citada pelos enfermeiros no estudo de Gray-Toft e Anderson como a terceira maior fonte de *stress*. Marshall (1980) afirma que os enfermeiros em unidades de cuidado terminal evitam mostrar compaixão e utilizam uma abordagem técnica para com o doente para se protegerem do *stress*. Outros autores explicam que lidar com a morte é particularmente problemático para os profissionais de saúde pois ameaça o seu papel profissional e social de lutar por preservar a vida (Schulz, & Aderman, 1976). Uma das reacções apontadas é a tendência dos médicos evitarem o doente e as suas famílias, deixando a responsabilidade desse contacto aos

enfermeiros. A questão de dizer a verdade ao doente acerca de um diagnóstico terminal é também uma fonte de *stress* para o profissional de saúde, especialmente numa época de transição entre o modelo médico tradicional e um modelo mais participativo (Dias, 1994). Esta dificuldade é aumentada pela falta de um espaço de diálogo na instituição de saúde, quer com os colegas e superiores quer com o doente e sua família (McCue, 1982). A imagem social e profissional de que o médico é corajoso e a familiaridade com a morte cria uma carapaça de dureza que diminui o seu impacto no profissional de saúde, contribuindo para que estes sofram em silêncio.

5. OS EFEITOS DO *STRESS* NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Enquanto um pouco de *stress* pode motivar comportamentos e emoções produtivas, a realidade é que uma percentagem considerável dos profissionais de saúde evidencia reacções adversas ao *stress*, que afectam a sua saúde física e mental e põem em risco o seu bem-estar pessoal, e a sua capacidade de oferecer cuidados adequados. Os estudos realizados nos profissionais de saúde têm incidido sobre os *sintomas subjectivos de stress*, de ordem psicológica ou psicossomática, e não sobre os sintomas objectivos de *stress*, como mudanças psicofisiológicas ou de performance. Os sintomas psicológicos relacionados com o *stress* incluem a ansiedade, nervosismo, tensão, depressão, suicídio, etc.. Os sintomas de *stress* considerados psicossomáticos incluem dores abdominais, dores no peito, mudanças de batimento cardíaco, dores de cabeça, náusea, fadiga, etc. (Leppanen & Olkinuora, 1987). O síndrome de *burnout* inclui elementos objectivos e subjectivos, psicológicos e psicossomáticos, como depressão, queixas físicas, absentismo e isolamento (Greenberg, 1987).

Os estudos feitos na Finlândia em vários profissionais de saúde revelam que entre 10-20% desta população reporta um número considerável de sintomas de *stress* e que os sintomas de ordem psicossomática são mais frequentes do que os de ordem psicológica (Leppanen & Olkinuora, 1987). É interessante notar que os médicos Finlandeses reportavam mais sintomas psicológicos e menos sintomas psicossomáticos do que

os profissionais de enfermagem. Observaram-se também variações com o sexo e a posição hierárquica. Os médicos tinham mais sintomas psicossomáticos do que as médicas mas não diferiam destas em sintomas psicológicos. Os enfermeiros em posição de chefia reportavam mais stress do que os seus subordinados. É de assinalar o facto de que a maioria destes profissionais de saúde revelarem intenção de evitar situações difíceis em resposta ao stress.

Em relação aos *indicadores mais graves de stress*, como o síndrome de *burnout*, a toxicod dependência e o suicídio, os dados são pouco animadores. Numa revisão da literatura, McCue (1982) reporta que a toxicod dependência é comum nos estudantes de medicina Americanos e 30 a 100 vezes mais comum nos médicos do que na população geral. As taxas de alcoolismo é pelo menos semelhante à da população geral. Nos médicos em internato, um terço apresenta episódios frequentes de depressão e 25% têm ideação suicida. Está amplamente confirmado que a taxa de suicídio nos médicos é duas a três vezes maior do que a da população em geral, especialmente na especialidade de psiquiatria (Lurie, 1982; Sue, Sue & Sue, 1990). Vários estudos na Finlândia confirmam a alta incidência de alcoolismo e ideação suicida nos médicos (Lindstrom, 1992; Olkinuora et al., 1992). Quanto ao síndrome de *burnout*, estes estudos mostram, em geral, percentagens de *burnout* nos médicos semelhantes aos de gestores em outras profissões. No entanto, foram apontados índices superiores de *burnout* para especialidades da Medicina que lidam com doentes crónicos e incuráveis. Kandolin (1993), num estudo de *burnout* em enfermeiros e enfermeiras com trabalho de turnos, encontrou três aspectos de *burnout*: fadiga psicológica, perda de satisfação no trabalho e endurecimento de atitudes. Os sintomas aumentavam com o número de turnos.

Mesmo nos profissionais de saúde que não apresentam estes sintomas graves, o *stress* ocupacional faz-se sentir frequentemente na sua *vida privada*, especialmente na esfera familiar e de contactos sociais. O distanciamento e diminuição de disponibilidade para a família são consequências inevitáveis da sobrecarga de trabalho e dos horários pesados de urgências e turnos, chegando-se mesmo a falar do médico estar «casado» com a Medicina. Problemas a nível

familiar são relatados por médicos e enfermeiras em regime de turnos (Garvey & Tuason, 1979; Lindstrom, 1992). Esta restrição de relações íntimas estende-se muitas vezes à esfera das amizades e do lazer (McCue, 1982). Os profissionais de saúde encontram-se assim na posição insustentável de ter exigências emocionais elevadas no seu trabalho mas privação emocional e social fora da sua ocupação. A exigência social de que o médico ou enfermeiro seja sempre médico e enfermeiro, mesmo fora da instituição de saúde, contribui para esse isolamento emocional e para a fadiga ocupacional.

6. EM PORTUGAL

Os estudos sobre o *stress* nos profissionais de saúde são escassos e provêm da área da Saúde Pública. José Nogueira (1988) fez um estudo piloto de sintomas de *stress*, *burnout* e prevalência de depressão em 182 médicos de carreira de Clínica Geral do distrito do Porto, 109 do sexo feminino. As três primeiras fontes de *stress* assinaladas pelos Clínicos Gerais foram sobrecarga de consultas e/ou utentes, remuneração inadequada e ambições profissionais frustradas. Em termos de *burnout*, 86,8% dos Clínicos Gerais apresentavam sintomas de *burnout* e 82% destes encontravam-se na fase 3 ou seguintes do síndrome de *burnout*, isto é «sintomas crónicos», tendo-se verificado uma associação entre índice de *burnout* e depressão. Esta fase é caracterizada por doença, depressão e irritabilidade (Veninga & Spradley, 1982). Quanto à prevalência de depressão, 33,8% dos médicos apresentavam alguma forma de depressão, comparado com 66,2% das médicas, embora o índice suicidário fosse baixo em 72,3% dos casos. Este estudo aponta alguns resultados alarmantes, especialmente em termos da prevalência de depressão e de *burnout*, mas sofre de muitas limitações, como a ausência de um grupo de controlo e de grupos de comparação de outras especialidades médicas, o que limita a validade e generalizabilidade dos resultados

Felício e Pereira (1994) fizeram um estudo piloto sobre o *stress* ocupacional em 60 clínicos gerais de ambos os sexos (30,30) de três centros de saúde do distrito de Lisboa. Os resultados revelaram níveis moderados de *stress* ocupacional,

não existindo diferenças significativas entre os dois sexos no nível geral de *stress* ocupacional. Quanto às *fontes de stress*, médicos de ambos os sexos referiram nos três primeiros lugares os seguintes stressores: sobrecarga de trabalho, interferência da quantidade na qualidade do trabalho e falta de recursos adequados. No entanto, as médicas valorizavam mais do que os médicos como fontes de *stress* não ser apreciado e aceite pelos colegas e outros profissionais de saúde. Em termos de *sintomas de stress*, verificou-se que os sintomas intelectuais e comportamentais, eram mais frequentes do que os físicos para ambos os sexos, mas as médicas apresentavam mais sintomas intelectuais de falta de memória e de concentração. Um dos sintomas físicos mais frequentes para ambos os sexos foram as queixas dispépticas (problemas digestivos), mas houve uma diferença nos sintomas físicos apresentados por médicos e médicas, com as médicas a reportarem maior frequência de obstipação e maior fadiga. Como seria de esperar, verificou-se que os médicos que apresentavam maior *stress* ocupacional também exibiam maior número de sintomas de *stress*. Este estudo sofre das mesmas limitações do anterior, apontando apenas algumas pistas de investigação.

Salvaguardando as limitações apontadas, os resultados destes estudos sugerem algumas tendências possíveis dos médicos Clínicos Gerais Portugueses, nomeadamente, a sobrecarga horária com fonte de *stress* comum, e os sintomas de *stress* de ordem intelectual e comportamental apresentados por estes. Estes dados estão em conformidade com os encontrados na revisão da literatura Europeia e Americana acima descrita e salientam a importância de se analisar o *stress* ocupacional e seus efeitos nos médicos Portugueses. Os dados Portugueses são discrepantes em relação ao nível de *stress* experienciado pelos Clínicos Gerais, com Nogueira a reportar níveis graves de *stress* enquanto Felício e Pereira indicam níveis moderados. Outra vez, a presença de um ou mais grupos de comparação e de controlo torna-se indispensável ao esclarecimento desta questão, assim como a análise de indicadores mais específicos de *stress* comportamental e emocional.

Em contraste com os estudos estrangeiros, os aspectos do *stress* inerente ao contacto com o doente foram negligenciados nestes estudos. É

de notar o facto de as escalas usadas pelos autores se focarem na análise de fontes de *stress* de carácter organizacional, e não sócio-emocional. Isto aponta para a necessidade de estudos com uma abordagem dos aspectos relacionais do *stress* ocupacional dos médicos. Há também necessidade de alargar as amostras e realizarem-se estudos mais abrangentes, a nível nacional, que avaliem a «saúde» dos profissionais de saúde, e que incluam as várias especialidades médicas e não médicas ligadas à saúde. É claro que seria desejável que este tipo de iniciativa fosse apoiada a nível do próprio Ministério da Saúde, à semelhança de países como a Finlândia e os Estados Unidos da América.

7. CONCLUSÕES

Esta análise sobre as fontes e efeitos do *stress* ocupacional dos profissionais de saúde demonstra claramente a afirmação deste artigo de que «os que tratam também sofrem». Os dados indicam que este sofrimento se faz sentir a nível físico, emocional e social, e provem de aspectos organizacionais, como a sobrecarga de trabalho e sócio-emocionais, como o lidar com as exigências emocionais do doente. Estes últimos parecem ser mais específicos das profissões de saúde mas menos reconhecidos no treino e prática diária destes profissionais. O resultado são profissionais de saúde que sofrem sem lhes ser social e profissionalmente permitido falar honestamente acerca deste sofrimento, ou ter oportunidade de recorrer a ajuda formal ou informal para lidar com o mesmo.

A nível organizacional, têm sido apontadas medidas preventivas e remediadoras do *stress* nas instituições de saúde, como reorganização do trabalho, diminuição das horas de trabalho por redistribuição e delegação, limite dos turnos a 8 horas, providenciar de períodos de descanso periódico, disponibilizar treino e supervisão adequados, diminuir os níveis de hierarquia, privilegiar o trabalho de equipa e a divisão de responsabilidades, entre outros (Calhoun, 1980; Leppanen & Olkinuora, 1987). Esta análise organizacional, assim como a implementação de métodos de lidar com estas fontes de *stress*, deverão ser geridas pela administração das instituições de saúde com ajuda imprescindível de um cientista

do comportamento na equipa de gestão, como um psicólogo das organizações (Calhoun, 1980).

A nível sócio-emocional, as fontes de *stress* e os efeitos do *stress* fazem-se sentir ao nível do contacto com o doente. A Medicina e as instituições de saúde têm negligenciado este aspecto mais subjectivo da prática médica, sendo queixa frequente a falta de preparação dos profissionais para lidarem com os aspectos psicológicos da doença e do doente (Kandolin, 1993; McCue, 1982). Ao nível do doente, a chamada humanização dos cuidados de saúde tem motivado uma atenção mais cuidada às dimensões sociais e humana da doença e doente. Contudo, esta humanização não se tem estendido à pessoa dos profissionais de saúde, cuja saúde é presumida e não promovida.

A *Psicologia da Saúde* é uma disciplina recente mas que já possui muito conhecimento sobre os aspectos psicológicos da doença e, como ciência social e do comportamento, capaz de contribuir para lidar com os problemas apresentados pelos sistemas de saúde como palcos de interacções e reacções humanas, quer os indivíduos sejam os utentes destes serviços, quer os próprios profissionais de saúde (McIntyre, 1994). Os autores têm apresentado como técnicas possíveis de redução de stress sócio-emocional a disponibilização de espaços privados para os profissionais de saúde se retirarem, o treino de técnicas de redução do *stress*, como as técnicas de relaxamento, a disponibilização de grupos de discussão com colegas, como grupos de discussão sobre mortalidade e morbilidade, e o aconselhamento individual ou familiar (Calhoun, 1980; McCue, 1987).

Quanto a mim, o Psicólogo da Saúde pode ter uma contribuição multifacetada na saúde dos profissionais de saúde, ajudando a alargar a humanização da Medicina aos que tratam, e oferecendo uma intervenção informada pelo trabalho de equipa com estes profissionais. Este tipo de intervenção seria de carácter preventivo e remediativo e envolveria: (a) a sensibilização dos profissionais de saúde e difusão do conhecimento adquirido pela Psicologia da Saúde para a compreensão dos aspectos psicológicos da doença e do comportamento do doente, (b) o treino em competências de atendimento e comunicação com o doente e família, (c) o treino em competências de liderança de uma equipa e trabalho em

equipa, (d) a aprendizagem de métodos de identificar os sintomas de *stress* e lidar eficazmente para minorar ou remediar uma resposta desadaptada a este, e (d) a disponibilização de recursos para o profissional poder procurar ajuda de pares, superiores, ou profissionais especializados para lidar com o *stress*. Nesta última salienta-se também a contribuição da Psicologia Clínica e da Psiquiatria.

A melhoria dos cuidados de saúde, tão falada a nível da imprensa popular e dos *media*, deve fazer parte inquestionável da agenda política Portuguesa. Contudo é questionável que se consiga uma melhoria dos cuidados de saúde sem prestar atenção devida às variáveis organizacionais e sócio-emocionais que afectam os profissionais de saúde, e que foram acima apontadas. À semelhança de outros países, torna-se indispensável a disponibilização de fundos de investigação nesta área de inquérito e a abertura de posições nos quadros das instituições de saúde para técnicos das ciências sociais e do comportamento. Só assim teremos realmente cuidados de saúde por profissionais de saúde «saudáveis».

REFERÊNCIAS

- Calhoun, G. (1980). Hospitals are high-stress employers. *Hospitals*, 54 (12): 171-176.
- Cassel, E. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11): 639-645.
- Dias, M. (1994). Informar os doentes oncológicos: Uma perspectiva de intervenção. In *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (T. McIntyre, Ed.), pp. 17-32, Braga: APPORT.
- Felício, M. & Pereira, A. (1994). *Stress ocupacional: sua relação com a saúde e variação com o sexo*. Comunicação apresentada no I Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa.
- Garvey, M. & Tuason, V. (1979). Physician marriages. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40: 129-131.
- Gray-Toft, P. & Anderson, J. (1981). Stress among hospital nursing staff: its causes and effects. *Social Sciences Medicine*, 15A: 639-647.
- Greenberg, J. (1987). *Comprehensive stress management*. Dubuque, Iowa: William C. Brown Publishers.
- Kandolin, I. (1993). Burnout of female and male nurses in shiftwork. *Ergonomics*, 36(1-3): 141-147.

- Leppanen, R. & Olkinuora, M. (1987). Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 13: 1-8.
- Lindstrom, K. (1992). Work organization and well-being of Finnish health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 18(2): 90-93.
- Lurie, J. (1982). *Psiquiatria compreensiva para clínicos gerais*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química.
- Marshall, J. (1980). Stress amongst nurses. In *White collar and professional stress* (C. Cooper & J. Marshall, Eds.), pp. 19-61, Chichester: John Wiley & Sons.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2: 99-113.
- McCue, J. (1982). The effects of stress on physicians and their medical practice. *The New England Journal of Medicine*, 306(8): 458-463.
- McIntyre, T. (1994). A Psicologia da Saúde: Unidade na diversidade. In *Psicologia da Saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras* (T. McIntyre, Ed.), pp. 17-32, Braga: APPORT.
- Nogueira, J. (1988). *Stress e exaustão médicas: que saída para a crise?* Estudo feito no âmbito do Internato de especialidade de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L. & Aarimaa, M. (1992). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 18(2): 110-112.
- Pines, A., Aronson, E. & Kafry, D. (1981). *From tedium to personal growth*. New York: The Free Press.
- Schulz, R. & Aderman, D. (1976). How the medical staff copes with dying patients: a critical review. *Omega*, 7: 11.
- Sherwood, E. & Greenblatt, M. (1987). Stresses, supports, and job satisfactions of psychiatrist executives. *Administration in Mental Health*, 15(1): 47-57.
- Smith, M. (1978). *A review of NIOSH Physical stress research-1977*. National Institute of Occupational Health and Safety, pp. 27-28.
- Sue, D., Sue, D. & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Veninga, R. & Spradley, J. (1982). *The work stress connection - How to cope with job burnout*. New York: Ballantine Books.

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão de dados de investigação sobre o *stress* ocupacional nos profissionais

de saúde. São apresentados dados quanto às fontes de *stress* ocupacional de carácter organizacional e socio-emocional experienciado pelos profissionais de saúde. Foram descritas dificuldades ao nível do conteúdo do trabalho, de ambiguidade e conflito de papel, e de clima organizacional. Ao nível sócio-emocional, foram abordadas questões relacionadas com a incerteza do conhecimento médico, a relação com doentes difíceis, a exposição constante à morte, e as implicações do *stress* profissional na vida privada. É salientado que o *stress* do contacto com o doente é específico às profissões da saúde e que os aspectos psicológicos da doença, do comportamento do doente e do contacto com este, têm sido descurados pela ciência médica. A autora também apresenta os resultados de investigações sobre os efeitos do *stress* nos profissionais de saúde, que revelam sintomas físicos, psicológicos e sociais. São ainda apresentados os resultados de dois estudos pilotos feitos em Portugal sobre o *stress* e *burnout* em médicos Clínicos Gerais e apontadas conclusões e limitações destes. O artigo termina com considerações sobre a contribuição da Psicologia da Saúde para a promoção da saúde dos profissionais de saúde e uma melhoria dos seus cuidados. Oferecem-se algumas sugestões de intervenções preventivas e remediativas para lidar com os aspectos organizacionais e sócio-emocionais do *stress* ocupacional nas profissões da saúde.

ABSTRACT

This paper presents a revision of research data on the topic of stress and health care professionals. The organizational and socio-emotional sources of occupational stress in the health professions are reviewed. Difficulties regarding work content, role conflict, role ambiguity and organizational climate are described. At the socio-emotional level, the paper addresses the issues of dealing with uncertainty of medical knowledge, contact with difficult patients, exposure to death, and the implications of these stressors for the provider's private life. It is emphasized that the stress of patient contact is specific to the health professions and that the psychological aspects of disease, the patient's behavior, and the provider-patient relationship, have been neglected by medical science. The author reviews the data on the effects of stress on health care professionals, which reveals symptoms at the physical, psychological and social levels. The results of two Portuguese studies on stress and burnout in General Practitioners were presented, and their conclusions and limitations discussed. The paper concludes pointing out the contribution of Health Psychology in the promotion of health in health care professionals and, thus, toward improving their services. Some final suggestions are offered for preventative and remedial interventions to deal with the organizational and socio-emotional aspects of occupational stress in the health professions.