



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

***GESTÃO DO STRESS***  
***EM***  
***ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS***

Ana Rita Veloso Gonçalves

*Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de  
Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde*

**Orientada por**

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

e

Professor Doutor Leonel São Romão Preto

BRAGANÇA, ABRIL, 2013



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

***GESTÃO DO STRESS***  
***EM***  
***ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS***

Ana Rita Veloso Gonçalves

**Orientada por**

Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão

e

Professor Doutor Leonel São Romão Preto

BRAGANÇA, ABRIL, 2013

## Resumo

A redução do stress relacionado com o trabalho constitui um imperativo não só moral como jurídico, sendo igualmente muito importante para as empresas, pois em 2002 o custo económico do stress relacionado com o trabalho na UE-15 foi estimado em 20 000 milhões de euros. O presente estudo aborda a temática do stress em Enfermeiros Perioperatórios, procurando saber qual o nível de stress nos enfermeiros perioperatórios da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro. Trata-se de um estudo não experimental, de carácter quantitativo, correlacional, num plano transversal. A amostra foi constituída por 81 participantes, 27 enfermeiros perioperatórios da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) e 54 do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Foram aplicados três instrumentos de avaliação: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson (1986), *Nurse Stress Index* (NSI) de Harris de 1989 e Inventário de Resolução de Problemas (IRP) de Vaz Serra (1987). Os principais resultados obtidos foram que, segundo o NSI, a amostra exhibe um nível considerável de stress, apresentando valores equivalentes a stressantes nas sub escalas Carga de Trabalho 1 (Quantitativa), Clima Organizacional e Lidar com doentes e família. Ao nível do *Burnout*, pela escala MBI, constatou-se que a amostra inquirida possui um nível baixo de *Burnout* e quanto ao  *coping*, através do IRP concluímos que a amostra em estudo possui razoáveis mecanismos de  *coping*.

Palavras-chave: Bloco Operatório, Stress, *Burnout*, *Coping*

## Resumen

La reducción del estrés relacionado con el trabajo es un imperativo no solo moral sino jurídico, siendo que es también muy importante para las empresas, puesto que en 2002, el costo económico del estrés relacionado con el trabajo en UE-15 fue estimado en 20 000 millones de euros. Esta exposición trata el tema del estrés en Enfermeros de Quirófano, en la región de *Trás-os-Montes e Alto Douro*. Es un estudio no experimental, cuantitativo, de carácter correlacionado, en un plan transversal. La muestra fue constituida por 81 participantes, 27 enfermeros de quirófano de la Unidad Local de Salud del Nordeste (ULSNE) y 54 del Centro Hospitalario de *Trás-os-Montes e Alto Douro*. Fueron aplicados 3 instrumentos de evaluación: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (1986), *Nurse Stress Index* (NSI) de Harris de 1989 y *Inventario de Resolución de Problemas* (IRP) de Vaz Serra (1987). Las principales conclusiones fueron que, según el NSI, la muestra exhibe un nivel considerable de estrés, presentando valores equivalentes a estresantes en las sub-escalas I – Volumen de Trabajo 1 (cantitativa), III – Clima Organizacional y IV – Relación con enfermos y familia. Al nivel del *Burnout*, por la escala MBI, se ha constatado que la muestra inquirida posee un nivel bajo de *Burnout* y con respecto al *coping*, a través del IRP hemos concluido que la muestra examinada posee razonables mecanismos de *coping*.

Palabras-clave: Quirófano, Estrés, *Burnout*, *Coping*

## Abstract

To reduce work-related stress is peremptory, not only for moral reasons, but also for juridical ones, and this issue is also very important to the companies, since in 2002, the economic cost of work-related stress in UE-15 was estimated in 20 000 millions of Euros. This study deals with stress of surgical nurse staff, in Trás-os-Montes and Alto Douro region. It is a non-experimental, quantitative, correlating study, in a transversal plan. The sample was constituted by 81 participants, 27 male and female surgical nurses from North-east health unit and 54 from Trás-os-Montes and Alto Douro hospital. There were used 3 tools for evaluation: *Maslach Burnout Inventory* (MBI) from Maslach and Jackson (1986), *Nurse Stress Index* (NSI) from Harris from 1989 and *Problem Solving Inventory* (IRP) from Vaz Serra (1987). The most important conclusions were that, according to NSI, the sample shows a high level of stress, with values equal to stressed in sub-scales I – Work Charge 1 (quantitative), III – Organizacional Environment IV – Relationship with patients and family. At Burnout level, through MBI scale, it became evident that the surveyed sample shows a low level of Burnout and in what concerns *coping*, through IRP we have come to the conclusion that the surveyed sample has reasonable *coping* mechanisms.

Key-words: Operating room, Stress, *Burnout*, *Coping*

## **Agradecimentos**

Aos meus orientadores, por terem aceite este desafio e que de forma tão sábia me souberam orientar, estar presentes e dar alento nas alturas em que tudo parecia inalcançável.

Às Instituições onde me foi permitida a realização do estudo, a Unidade Local de Saúde do Nordeste e o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, agradeço a disponibilidade e prontidão em todo o processo burocrático.

Aos enfermeiros chefes dos Blocos Operatórios das Instituições envolvidas no estudo e aos enfermeiros perioperatórios, que dispensaram algum do seu tempo livre para poder participar neste trabalho, permitindo a realização do mesmo.

Aos meus Amigos, que souberam dar-me força e coragem para realizar e terminar este trabalho, sabendo que isso implicaria a minha ausência em momentos de convívio com eles.

À minha Família, por ter tolerado momentos de tensão da minha parte que levaram muitas vezes a alterações de humor tornando-se eles os alvos do meu desabafo.

Ao Armando, que sem o estímulo e insistência dele, este trabalho não estaria a ser realizado. Agradeço toda a ajuda, disponibilidade, momentos de ausência e compreensão que teve durante esta etapa que foi crucial na minha vida.

A uma pessoa especial que se cruzou na minha vida, ainda que por poucos anos, mas que de forma trágica não lhe foi permitida a realização de tantos projectos que tinha para o futuro. A ti, Mina, agradeço as palavras de incentivo que tão sabiamente soubeste proferir despertando em mim o interesse para a Investigação.

### **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AESOP – Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas

BO – Bloco Operatório

CGTP – Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses

CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

DP – Desvio Padrão

EORNA – European Operating Room Nurses Association

IRP – Inventário de Resolução de Problemas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Nº – Número

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UE – União Europeia

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

*Salvam vidas mas trabalham quase sempre no limite (...), não lhes é permitido o erro, mas não lhe dão as condições necessárias para assegurar o melhor tratamento possível ao doente. Os enfermeiros perioperatórios, actuam essencialmente no bloco operatório e são fundamentais para o sucesso das intervenções médicas. (...) Apesar da importância primordial das suas funções, estes profissionais estão ainda bem longe das condições de trabalho que consideram ideais para salvaguardar a vida dos doentes.*

**Mateus e Antunes (2008)**

## Índice Geral

Índice de Figuras.....	iii
Índice de Tabelas.....	iv
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>PARTE I. ESTADO DA ARTE.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I. STRESS – CONCEITOS.....</b>	<b>10</b>
1.1. Efeitos do Stress.....	10
1.1.1. Stress e Resposta Biológica.....	11
1.1.2. Stress e Actividade Intelectual.....	12
1.1.3. Stress e Emoções.....	13
1.1.4. Stress e Comportamento Observável.....	14
2. <i>Coping</i> – Recursos e Estratégias para Lidar com o Stress.....	14
<b>CAPÍTULO II. STRESS NO TRABALHO.....</b>	<b>16</b>
2.1. Factores Organizacionais Indutores de Stress.....	17
2.1.1. Condições Físicas do Trabalho.....	17
2.1.2. Características do Trabalho.....	19
2.1.3. Papel na Organização.....	21
2.1.4. Estrutura e Clima Organizacionais.....	22
2.1.5. Relacionamento Interpessoal.....	24
2.1.6. Factores Extrínsecos ao Trabalho.....	25
2.2. Consequências Negativas do Stress no Trabalho.....	26
2.2.1. Consequências Individuais.....	27
2.2.2. Consequências Organizacionais.....	30
<b>CAPÍTULO III. TRADUÇÃO FINANCEIRA DO STRESS.....</b>	<b>31</b>
3.1. Custos Directos.....	32
3.2. Custos Indirectos.....	34
<b>CAPÍTULO IV. STRESS NO CONTEXTO BLOCO OPERATÓRIO.....</b>	<b>36</b>
4.1. Conceito e Particularidades de um Bloco Operatório.....	36
4.2. Stress em Enfermeiros Perioperatórios.....	37
4.3. <i>Burnout</i> nos Enfermeiros Perioperatórios.....	40
<b>PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO - <i>Gestão do Stress em Enfermeiros Perioperatórios</i>.....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO I. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>43</b>
1.1. Descrição dos Instrumentos de Recolha de Dados Utilizados.....	47
1.2. Procedimento de Recolha de Dados e Aspectos Éticos.....	54
1.3. Modelo de Análise e Tratamento de Dados.....	55
<b>CAPÍTULO II. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>56</b>
2.1. Análise Descritiva dos Dados.....	56
2.2. Análise Inferencial dos Dados.....	73
<b>CAPÍTULO III. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>78</b>
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>85</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>90</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>95</b>
ANEXO I – <i>Autorização para a realização do estudo na Unidade Local de Saúde do Nordeste</i>	
ANEXO II – <i>Autorização para a realização do estudo no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro</i>	
ANEXO III – <i>Instrumento de Recolha de Dados</i>	

## Índice de Figuras

Figura 1: Consequências de stress no trabalho.....	16
Figura 2: Causas mais stressantes no Bloco Operatório referidas pela amostra em estudo .....	62
Figura 3: Representação gráfica da média obtida para as variáveis Género e Unidade Hospitalar onde exerce funções e respectivos intervalos de confiança a 95% .....	76
Figura 4: Representação gráfica da média obtida para a variável <i>De quem foi a escolha da sua colocação no Bloco Operatório</i> e respectivo intervalo de confiança a 95% .....	77

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Instituições e Blocos Operatórios envolvidos no estudo.....	47
Tabela 2: Valores Mínimos, Máximos e Média Teórica para o MBI Total e respectivas dimensões .....	49
Tabela 3: Pontos de corte do MBI para as profissões relacionadas com a Medicina.....	49
Tabela 4: Consistência Interna do MBI Total e suas Dimensões .....	49
Tabela 5: Níveis Mínimos, Máximos e Média Teórica para a variável NSI.....	50
Tabela 6: Identificação das sub escalas do NSI e respectivos itens .....	50
Tabela 7: Consistência Interna do NSI Total e sub escalas .....	51
Tabela 8: Pontos de Corte do NSI .....	51
Tabela 9: Identificação dos factores distinguidos por Serra e respectivos itens.....	53
Tabela 10: Valores Mínimos, Máximos e Média Teórica para a variável IRP e respectivos factores .....	53
Tabela 11: Consistência Interna do IRP Total e respectivos factores distinguidos por Serra.....	54
Tabela 12: Características Sócio-Demográficas (1) .....	57
Tabela 13: Características Sócio-Demográficas (2) .....	57
Tabela 14: Características Profissionais (1) .....	58
Tabela 15: Características Profissionais (2) .....	59
Tabela 16: Características do Trabalho .....	60
Tabela 17: Funções exercidas no Bloco Operatório .....	61
Tabela 18: Actividade de Enfermagem no Bloco Operatório .....	61
Tabela 19: Medidas Minimizadoras de stress no Bloco Operatório.....	63
Tabela 20: Problemas de Saúde relacionados com o local de trabalho .....	64
Tabela 21: Número de dias em que recorreu a um atestado médico ou baixa médica.....	64
Tabela 22: Satisfação com aspectos ligados à profissão .....	65
Tabela 23: Valores Mínimos, Máximos, Média e Desvio Padrão obtidos na amostra para a variável NSI .....	65
Tabela 24: Scores obtidos na amostra para o NSI Total e sub escalas .....	66
Tabela 25: Valores obtidos na amostra para a média e desvio padrão dos scores por sub escala e por item relativo ao NSI.....	67
Tabela 26: Pontos de corte do MBI para as profissões relacionadas com a Medicina.....	68
Tabela 27: Valores Mínimos, Máximos, Média e Desvio Padrão obtidos na amostra para a variável MBI e suas dimensões .....	68
Tabela 28: Média e Desvio Padrão para cada item da <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI) .....	69
Tabela 29: Valores Mínimos, Máximos, Médios e Desvios Padrão obtidos na amostra para o <i>coping</i> total e para os factores distinguidos, comparando-os com os resultados dos estudos de Cruz (2001) e Serra (1988).....	70

Tabela 30: Valores médios e desvios padrão obtidos na amostra para cada item do Inventário de Resolução de Problemas .....	72
Tabela 31: Resultados do teste Kolmogorov-Smirnov para as variáveis MBI, NSI, IRP e Satisfação no Trabalho .....	73
Tabela 32: Correlações de <i>Pearson</i> entre a variável NSI Total e a variável MBI Total .....	74
Tabela 33: Correlações de <i>Pearson</i> entre a variável NSI Total e a variável IRP Total .....	74
Tabela 34: Correlações de <i>Pearson</i> entre a variável NSI Total e a variável Satisfação no Trabalho .....	74
Tabela 35: Teste à normalidade do nível de stress tendo em conta o género e a unidade hospitalar onde exerce funções .....	75
Tabela 36: Teste <i>t-student</i> para comparar as médias do NSI tendo em conta o género e a unidade hospitalar onde exerce funções .....	76
Tabela 37: Teste <i>t-Student</i> para comparar as médias do NSI com a opção de escolha de colocação no Bloco Operatório .....	77

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009), a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que os níveis de depressão e stress aumentarão drasticamente com a disseminação das novas tecnologias e a aceleração da globalização. De igual modo, a OMS antevê que o envelhecimento da população da União Europeia, ao alterar as proporções de pessoas activas e aposentadas vai aumentar não só a idade média da população activa como também a carga de trabalho do gradual decrescente número de trabalhadores, contribuindo assim para o desenvolvimento do stress.

O stress é um fenómeno que se encontra relacionado com todas as actividades humanas, manifesta-se com o nascimento de cada indivíduo, está presente na aprendizagem, nos relacionamentos, na luta pela sobrevivência, na doença e também na actividade profissional.

Apesar do sentido negativo, que por norma se associa ao stress, este é fundamental à sobrevivência dos seres humanos, já que consiste na adaptação que cada indivíduo faz ao meio em que se insere, seja laboral, familiar ou social. A resposta adaptativa aos estímulos stressores, pode adquirir significados positivos, permitindo a evolução dos indivíduos; ou significados negativos, já que o surgimento do mesmo, pode provocar danos irreparáveis no indivíduo.

Ao nível do stress no trabalho, as pessoas sofrem de stress quando sentem que há um desequilíbrio entre as solicitações que lhes são feitas e os recursos de que dispõem para responder a essas solicitações. Embora seja psicológico, o stress pode igualmente afectar a saúde física do indivíduo, constituindo um risco para a segurança e a saúde quando se torna persistente levando mesmo ao aparecimento de *Burnout*.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012) os factores de risco mais comuns do stress relacionado com o trabalho são a falta de controlo sobre o trabalho, as solicitações inadequadas e falta de apoio por parte dos colegas e das chefias. O stress é provocado por um desajustamento entre nós e o trabalho, por problemas de relacionamento, pela presença de violência psicológica ou física no local de trabalho ou ainda pela existência de conflitos entre o nosso papel no trabalho e fora dele.

O stress pode alterar a forma como uma pessoa sente, pensa e se comporta. Entre os sintomas de stress ao nível da organização contam-se: absentismo, elevada rotatividade do pessoal, incumprimento de horários, problemas disciplinares, assédio, produtividade reduzida, acidentes, erros e agravamento dos custos de compensação ou de saúde.

No contexto individual, os sintomas de stress são representativos ao nível das reacções emocionais (irritabilidade, ansiedade, perturbações do sono, depressão, hipocondria, alienação, esgotamento, problemas no seio das relações familiares); das reacções cognitivas (dificuldade de concentração, de memória, de aprendizagem e de decisão); reacções comportamentais (abuso de drogas, álcool e tabaco e comportamento destrutivo) e reacções fisiológicas (perturbações lombares, défice imunitário, úlceras pépticas, problemas cardíacos e hipertensão).

Relativamente ao stress em contextos de saúde, assiste-se a um aumento de profissionais que padecem de stress, estando este problema muitas vezes relacionado com a profissão. De facto, os níveis de mal-estar têm aumentado nas últimas décadas, acarretando custos pessoais, organizacionais e para os próprios doentes, devido à menor qualidade dos cuidados prestados, Frasquilho (2005) citado por Ribeiro et al (2010).

Neste sentido, também tem sido demonstrado que os enfermeiros não estão isentos das consequências do stress ocupacional uma vez que estes profissionais estão em contacto permanente com o sofrimento, a dor, o desespero, a irritabilidade e demais reacções que podem surgir nos doentes em razão da situação em que se encontram, Cavalheiro et al (2008) referido por Ribeiro et al (2010).

Segundo Murofuse et al (2005) descrito em Ribeiro et al (2010), a Health Education Authority chegou mesmo a classificar a enfermagem como a quarta profissão mais stressante do sector público. De facto, são vários os aspectos ameaçadores do meio ambiente ocupacional do enfermeiro, dos quais se destacam o número reduzido de profissionais em relação à carga de trabalho, a ambiguidade de papéis e a falta de reconhecimento social. Além disso, a precariedade dos contratos e os baixos salários, que levam ao acúmulo de mais do que um turno, agravam a situação, resultando numa carga horária extremamente desgastante (Gomes et al., 2009).

Num estudo realizado por Cruz (2001), com enfermeiros perioperatórios, observou-se que estes profissionais requerem uma atenção maior face aos seus cuidados de saúde, pois a intensidade de trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a complexidade dos cuidados, o trabalho por turnos e as situações de urgência/emergência podem criar nos enfermeiros situações de angústia e ansiedade, que posteriormente levam à exaustão, ou seja, ao *Burnout*. Outro estudo desenvolvido por Cabral (2004) sobre os factores de stress, constatou um elevado nível de stress nos enfermeiros perioperatórios.

Aos blocos operatórios está quase sempre associada a noção de que são contextos desgastantes, onde existe grande stress. Pelas suas particularidades, por norma, exigem muito do enfermeiro face à situação do doente, aos procedimentos terapêuticos, às tecnologias de ponta e ao ambiente cirúrgico que o rodeia, Cruz (2001). A propósito do trabalho dos enfermeiros no BO, Campos e Pinheiro (1997) comentam que o stress é um problema que os profissionais de saúde, particularmente os que trabalham em BO sentem de uma forma peculiar.

O presente estudo, refere-se à problemática do stress em enfermeiros perioperatórios para o qual formulamos a seguinte questão de investigação: *“Qual o nível de stress nos enfermeiros perioperatórios da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro?”*

O facto de optarmos por este tema para o desenvolvimento deste estudo, foi em grande parte devido à nossa actividade enquanto enfermeiros perioperatórios e o interesse pela temática do stress. Assim, e porque diariamente lidamos com uma realidade em que os conflitos interpessoais e a carga de trabalho gera stress na equipa multidisciplinar de um Bloco Operatório, quisemos aprofundar esta questão e saber até que ponto os profissionais de saúde, mais propriamente os enfermeiros, estão sujeitos ao stress no desenvolvimento da sua actividade

profissional e quais as consequências da exposição ao mesmo, quer a nível pessoal quer a nível institucional.

Desenvolveu-se um estudo não experimental, de carácter quantitativo e correlacional, num plano transversal e delinear-se como objectivos de estudo:

- Descrever as fontes geradoras de stress nos enfermeiros perioperatórios;
- Avaliar o nível de stress na amostra seleccionada;
- Verificar a existência de relação entre o nível de *Burnout* e o nível de stress experienciado pelos enfermeiros perioperatórios;
- Conhecer a relação entre as estratégias de *coping* adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios e o nível de stress vivenciado pelos mesmos;
- Avaliar a existência de relação entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais e o nível de stress experimentado pelos enfermeiros perioperatórios.

Como instrumento de recolha de dados foram usadas três escalas, a *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson (1986); a escala de Potenciais Fontes de Stress, adaptada e traduzida de *Nurse Stress Index* de Harris de 1989 e o Inventário de Resolução de Problemas de Adriano Vaz Serra (1987).

Para tratamento e análise dos dados obtidos foi utilizado o programa estatístico SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*, versão 19.0 para Windows.

Em termos estruturais, este trabalho divide-se em duas partes. A primeira corresponde à revisão da literatura e inclui informação sobre o conceito de stress, stress no trabalho, tradução financeira do stress e stress associado à actividade de enfermagem em contexto de Bloco Operatório. A segunda parte, refere-se ao estudo empírico. Nesta parte iniciamos com a contextualização metodológica, onde damos a conhecer a problemática do estudo, a justificação do tema, o tipo de estudo que serviu de suporte para a realização do mesmo, variáveis em estudo, hipóteses de investigação, população e amostra em estudo, descrição dos instrumentos usados na recolha de dados e procedimentos de aplicação e recolha de dados. De seguida é feita a apresentação e análise dos resultados obtidos. A discussão dos mesmos teve em conta a revisão teórica apresentada na primeira parte. Por fim, são apresentadas as conclusões, limitações e sugestões face aos resultados apurados.

## **PARTE I. ESTADO DA ARTE**

## CAPÍTULO I. STRESS – CONCEITOS

Ao longo dos anos, o stress tem suscitado inúmeros trabalhos de investigação por se tratar de uma área de particular interesse já que a mesma estuda a fronteira entre o normal e o patológico, mostrando-nos a influência que os factores psicossociais podem ter sobre o indivíduo (Serra, 2011).

Nunca como hoje se falou tanto em stress. Quase todos os dias, senão mesmo todos, ouvimos as pessoas queixarem-se de stress, ora que estão stressadas, ora porque fazer alguma actividade as deixa stressadas, referindo-se ao stress sempre como algo negativo tentando suprimi-lo da sua vida de forma a acabar com o mesmo.

Segundo Eriksen e Ursin (2006) citados por Serra (2011), o stress deve ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa observando-se em todas as espécies que têm cérebro, em todas as culturas humanas, em todas as idades e em ambos os géneros. Segundo estes dois autores, se este não fosse adaptativo e necessário, não teria sobrevivido ao teste da evolução que o faz perdurar no tempo ao longo de múltiplas gerações. Referem ainda, que só em condições muito específicas esta resposta ultrapassa os seus limites e se torna então uma potencial fonte de doença.

Selye (1984, p. 202) médico endocrinologista, considerado o “Pai” do stress, considera-o como “um elemento natural da vida”. Para ele, o stress “está em qualquer lugar; não podemos evitá-lo, nem seria adequado fazê-lo se pudéssemos.”

De acordo com Serra (2011, p.12), o “termo stress provém do verbo latino *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum* que significa apertar, comprimir e restringir”. A expressão não é nova, pois existe na língua inglesa desde o século XIV, sendo frequentemente utilizada para exprimir uma pressão ou uma constrição de natureza física. Só no século XIX, o conceito se alargou para passar a significar também as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana.

Lazarus (1993 e 1999) assegura que o stress representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia.

### 1.1. Efeitos do Stress

Quando uma pessoa entra em stress ocorre um processo de activação que envolve todo o organismo, induzindo emoções, alterando o comportamento observável e interferindo com mecanismos biológicos e cognitivos. Estes efeitos acontecem de forma simultânea e interagem uns com os outros mutuamente, sendo mais acentuados quanto mais intenso e prolongado o stress for (Serra, 2011).

Contudo, de acordo com Powell e Enright (1990), McEwen (1998) e Folkow (2006) apontados por Serra (2011), os seres humanos não são todos iguais na sua maneira de reagir perante o stress.

Powell e Enright (1990) enunciados por este autor, mencionam que dentro de cada indivíduo existe um “*copo de stress*” de capacidade diferente, que conforme as pessoas, todos os dias vai enchendo até que o organismo produza sintomas físicos, mentais, ou comportamentais numa combinação variável sendo diferente de indivíduo para indivíduo o que o faz transbordar. Estes autores descrevem ainda que este copo de stress, depende do tamanho e da forma do “*copo interno*” ou seja, da nossa constituição fisiológica e da nossa capacidade em tolerar o stress, assim como o momento em que apresentamos esses sinais e sintomas de stress.

Neste sentido, Plaut e Friedeman (1984) e Velluci (1997) citados por Serra (2011) referem que o tipo de respostas que cada indivíduo manifesta depende de vários factores, nomeadamente:

- do tipo, gravidade e duração de stress;
- da constituição genética do indivíduo;
- do balanço hormonal existente na ocasião;
- das experiências prévias que atravessou;
- do apoio social que pode obter;
- da forma como lida com os acontecimentos.

Esta multiplicidade de influências leva a compreender porque é que dois indivíduos diferentes reagem de modo diverso perante as mesmas situações, e porque é que a mesma pessoa nem sempre reage com igual intensidade aos acontecimentos a que é sensível.

#### 1.1.1. Stress e Resposta Biológica

Segundo Leite e Uva (2010) a perspectiva biológica ou fisiológica, baseada nas respostas fisiológicas do indivíduo, foi inicialmente desenvolvida por Hans Selye a partir da década dos anos 40. Esta perspectiva, centra-se essencialmente nas reacções do organismo perante um estímulo adverso, pelo que o stress é visto como a resposta dos sistemas fisiológicos de defesa que permitem que o corpo se proteja ou reaja face a uma agressão.

De acordo com Selye (1956), após uma agressão física ou psíquica que ameaça o equilíbrio interno, o organismo desencadeia uma contra-reacção procurando restabelecer o equilíbrio. Para este, a reacção não é específica, pois a mesma não depende da natureza do agente agressor, trata-se sim, de uma resposta geral do organismo a que Selye denominou de

#### **Síndrome Geral de Adaptação (SGA):**

- **Síndrome**, porque envolvia um conjunto de manifestações coordenadas e relativamente independentes;
- **Geral**, porque eram afectados grandes departamentos orgânicos;
- De **Adaptação**, porque tinha como finalidade última, a reactivação de defesas que ajudam a repor o equilíbrio perturbado.

Selye descreve este síndrome em três etapas: *reação de alarme*, *estádio de resistência* e *fase de exaustão*:

1) *Reacção de alarme*, caracteriza-se pela activação do eixo simpático-medular. Há um aumento da produção de adrenalina e noradrenalina devido à activação da medula supra-renal, permitindo ao indivíduo organizar as suas defesas biológicas para estar preparado para lutar ou fugir. Nesta fase, a frequência cardíaca e respiratória aumentam, eleva-se a tensão arterial e dá-se uma vasoconstrição dos vasos da região esplénica e dos membros, a fim de o sangue poder ser canalizado para os músculos e para o coração. As extremidades ficam frias e suadas. O glicogénio armazenado no fígado é libertado para a corrente sanguínea sob a forma de glicose, na tentativa de ajudar a alimentar as células do organismo.

A reacção de alarme termina, quando desaparece o agente indutor de stress.

2) *Estádio de resistência*, é composto pela activação do eixo hipotálamo-hipófiso-supra-renal e surge com objectivos reparadores. Este caracteriza-se pelo esforço que o organismo faz para tentar repor o equilíbrio inicial que foi perdido. Os sinais de alarme desaparecem, apaziguando-se muitas das modificações induzidas na fase anterior e o indivíduo prepara-se para lidar e adaptar-se à situação perturbadora. Dá-se uma elevação do cortisol no sangue, uma activação do metabolismo em geral e um aumento da força muscular. Ocorre uma diminuição dos processos de tumefacção e inflamação.

3) *Fase de exaustão*, ocorre se o ser humano não consegue lidar nem adaptar-se à situação que induz o stress. Aqui, dá-se uma reactivação vegetativa e a manutenção de níveis elevados de cortisol, que vão tendo efeitos negativos sobre o organismo. A resistência a infecções diminui substancialmente e em casos extremos o indivíduo pode morrer.

### 1.1.2. Stress e Actividade Intelectual

São vários os estudos que avaliaram os efeitos do stress sobre as capacidades cognitivas. Para Cohen et al. (1986) mencionado por Santos e Castro (1998, p.681), “níveis elevados de stress enfraquecem, prejudicam a memória e a atenção das pessoas durante actividades cognitivas.”

Também para Herd (1991) citado por Serra (2011, p. 219), “a resposta varia em função da intensidade do esforço mental exercido para ir ao encontro dos problemas levantados pela situação”.

É frequente perante uma situação de stress, a actividade intelectual desorganizar-se. A percepção do meio ambiente torna-se distorcida e o indivíduo é induzido a fazer interpretações incorrectas do que lhe ocorre sentindo-se incapaz de se manter intelectualmente produtivo.

A tolerância à frustração diminui, já que o indivíduo se irrita tornando-se impaciente e ansioso com maior facilidade. A ansiedade produzida fá-lo cair num estado de apreensão, alarmando-se com as consequências trágicas que antevê que lhe vão acontecer. Serra (2011, p.219) afirma que “se a ansiedade se mantiver, cria um curto-circuito interno de pensamentos que lhe prejudica a capacidade de atenção, de concentração e de memória.”

Segundo este autor, numa situação de stress intenso, o indivíduo tem tendência a envolver-se em processos de ruminação que relembrem de forma incessante o que aconteceu, com a finalidade de focar a atenção sobre as consequências negativas subseqüentes aos acontecimentos que ocorreram. Por outro lado, a ocorrência de erros e distrações que o indivíduo comete quando se encontra em stress, propicia a ocorrência de acidentes na estrada, no trabalho e noutras circunstâncias.

Ao nível do trabalho, o indivíduo pode prejudicar o seu rendimento e eficácia, já que experimenta grandes dificuldades em tomar qualquer decisão.

### 1.1.3. Stress e Emoções

As emoções desempenham um papel muito importante em relação ao stress. O stress, emoções e *coping* (que será desenvolvido mais à frente) são processos interdependentes, que se influenciam de forma recíproca.

Levenson (1994) define as emoções como fenómenos psicofisiológicos de curta duração que representam modos eficientes de adaptação às exigências colocadas pelo meio ambiente. Estas funcionam igualmente como um repositório de influências inatas e aprendidas, possuindo por um lado características que são sempre as mesmas, e por outro, constituem manifestações que podem variar de indivíduo para indivíduo, de grupo para grupo ou de cultura para cultura. No entanto, há autores que afirmam que o ser humano tem maior número de emoções negativas do que positivas. Zautra (2003) assevera que o ser humano presta maior atenção aos estímulos do meio ambiente relacionados com emoções negativas do que positivas.

As emoções evocadas nas situações de stress desempenham um papel muito significativo, pois indicam como um ser humano está a avaliar a circunstância e ajudam-no a compreender o comportamento subseqüente que vai emitir.

Lazarus (1999) considera que há 15 tipos de emoções que podem ocorrer durante o stress: Cólera; Inveja; Ciúme; Ansiedade; Medo; Culpabilidade; Vergonha; Alívio; Esperança; Tristeza; Felicidade; Orgulho; Amor; Gratidão e Compaixão.

As emoções do stress que costumam surgir em situações de dano, de ameaça ou desafio, por norma correspondem a emoções negativas como a cólera, a inveja, o ciúme, a ansiedade, o medo, a culpabilidade, a vergonha e a tristeza.

Contudo, nas situações de stress, podem aparecer emoções positivas, particularmente quando uma situação desagradável termina (alívio), ou quando o indivíduo pensa que algo de bom possa ainda acontecer dentro de um contexto que parece mau, revelando um estado emocional de esperança.

#### 1.1.4. Stress e Comportamento Observável

Segundo Serra (2011), os efeitos do stress em relação ao comportamento humano variam consoante a circunstância aversiva a que a pessoa é sensível e dos recursos e aptidões que possui para lidar com ela. Quanto mais intenso e prolongado for o stress, mais notórias são as alterações de comportamento induzidas. Na actualidade, admite-se que o stress interfere com o desempenho do indivíduo, pois quanto maior for a sua intensidade, pior o desempenho se torna.

Para o autor supracitado, o ser humano quando se encontra em stress, sente dificuldade em tomar decisões, adoptando um, de dois tipos de comportamentos:

- *Agressivo*: excitado, pronto a envolver-se em confrontos e discussões, teimoso e hostil, com respostas de comportamento irrelevantes para a resolução dos seus problemas;
- *Passivo*: deixa-se arrastar pelos acontecimentos, não tentando resolver as suas dificuldades; isola-se e permite que a sua vida se atrase em aspectos essenciais.

No que diz respeito às implicações sociais do stress, nos comportamentos adoptados pelas pessoas, a irritabilidade costuma manifestar-se nestas alturas. Esta, está associada à menor tolerância dos acontecimentos aversivos, gerando mal-estar não só ao nível da família mas também na interacção com os outros, quer no meio social que a pessoa frequenta, quer no ambiente de trabalho. Esta condição pode dar origem a conflitos e atritos, que por sua vez, se tornam um factor agravante da situação inicial.

Quando a fonte de stress advém do meio laboral, o indivíduo pode sentir que “não tolera mais aquele estado de coisas” e ter tendência a ausentar-se do trabalho por períodos de duração variável, evitando situações que o incomodam. Neste absentismo, a pessoa retém o acontecimento penoso que deu origem ao seu mal-estar dificultando o seu regresso ao trabalho. Porém, quanto maior for o tempo de ausência, mais difícil é o seu regresso.

## 2. *Coping* – Recursos e Estratégias para Lidar com o Stress

A palavra *Coping*, deriva do francês *couper* mas foi introduzida e assimilada pela língua inglesa há longa data. Na idade média, *couper* significava bater ou atingir, mas actualmente quando se emprega o termo *coping* referimo-nos às estratégias que são utilizadas pelo ser humano para lidar com as circunstâncias indutoras de stress (Serra, 2011).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o *coping* representa os esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para fazer face às exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos.

Snyder e Dinoff (1999) narrados por Serra (2011) referem-se às estratégias de *coping* como respostas emitidas pelo indivíduo com a finalidade de diminuir a carga física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de stress.

Já os recursos que alguém possui, dizem respeito a aspectos muito diversos, como a experiência da pessoa, as características da sua maneira de ser, a sua capacidade económica ou unicamente, a possibilidade de apoio por parte da rede social onde está inserida. Quanto mais recursos menos relevante e perturbadora se torna determinada situação.

Relativamente à eficácia das estratégias de *coping*, esta avalia-se pela capacidade que têm em reduzir de imediato a perturbação sentida, bem como evitar em termos futuros, o prejuízo do bem-estar ou do estado de saúde do ser humano. Podem ser orientadas pelo indivíduo em três vertentes distintas: *para a resolução directa do problema*, *para a atenuação das emoções sentidas* e *para a interacção social*. Estas podem surgir de forma isolada ou em simultâneo.

Quando as estratégias de *coping* são orientadas para a **resolução do problema**, o indivíduo orienta os seus esforços para resolver a situação que lhe induziu stress. Este tipo de estratégia visa estabelecer um plano de acção que é seguido até eliminar de vez a causa de stress. Evita que se prolongue um estado que é desagradável e que pode ser prejudicial para a sua saúde e bem-estar. Estas são sempre aconselháveis, pois removem de uma só vez a fonte de perturbação. O indivíduo tende a utilizá-las quando o stress é sentido como pouco intenso e a situação tida como controlada e de fácil resolução (Serra, 2011).

Nas estratégias dirigidas para a **atenuação das emoções sentidas**, os esforços são mais canalizados para reduzir o estado de tensão emocional. As emoções quando atingem uma intensidade grande, são difíceis de tolerar, desorganizando a pessoa e o seu bem-estar. A pessoa tenta falar do seu problema com alguém, ou tenta fugir, pois há indivíduos que procuram fugir no “tempo e no espaço” realizando uma viagem que o afaste temporariamente do problema. Outras, porém, tentam actuar directamente sobre a emoção, fumando, ingerindo bebidas alcoólicas ou alimentos em excesso, praticar exercícios de relaxamento ou ingerir medicamentos com regularidade (Serra, 2011).

As estratégias para lidar com o stress focadas na **interacção social** referem-se à forma como a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situações de stress. Independentemente dos recursos da rede social onde o indivíduo esteja inserido, é muito valorizada a qualidade de apoio recebido, DeLongis e Newth (1998).

Para Serra (2011) se as estratégias têm êxito, o stress é reduzido e promove-se bem-estar ao indivíduo, por outro lado, se não forem eficazes o stress mantém-se, originando mal-estar e doença. O grau de eficácia pode ser determinado pelo tipo de recursos que o indivíduo apresenta, assim como pelo problema com que é confrontado.

Para a avaliação das estratégias de *coping* para a população portuguesa, Serra (1988) criou o Inventário de Resolução de Problemas (IRP). Trata-se de um inventário constituído por 40 itens que registam as respostas específicas do indivíduo a três tipos de situações: *ameaça*, *dano* e *desafio*, como forma de resolução de problemas com os quais é confrontado.

Numa situação de *ameaça*, os esforços de *coping* centram-se no futuro, envolvendo uma antecipação do que pode vir a acontecer mas ainda não sucedeu. No caso de uma situação de *dano*, as tentativas de *coping*, são dirigidas ao presente. E numa situação encarada como *desafio*, o indivíduo sente que as exigências podem ser alcançadas ou ultrapassadas.

## CAPÍTULO II. STRESS NO TRABALHO

De acordo com Leite e Uva (2010), o trabalho é considerado um dos principais valores da sociedade já que exerce um papel fundamental na vida das pessoas e contribui em muitos casos, para a saúde dos indivíduos.

Serra (2011) corrobora com esta afirmação e reforça-a, afirmando que a actividade profissional pode ter aspectos positivos ou negativos, já que esta influencia a auto-estima e a identidade do indivíduo, além de constituir uma fonte de rendimento fundamental, conferir estatuto social e aumentar os contactos sociais. Este pode ser também uma fonte de motivação, de realização pessoal e de crescimento psicológico.

No entanto, o trabalho pode ser um dos grandes responsáveis pelo desenvolvimento de factores desencadeantes de stress que gradualmente desgastam o indivíduo, trazendo prejuízo tanto para a saúde física como psíquica do trabalhador. De certa forma, pode ter efeitos negativos sobre o funcionamento da organização e até implicar custos de produção, Figura 1.

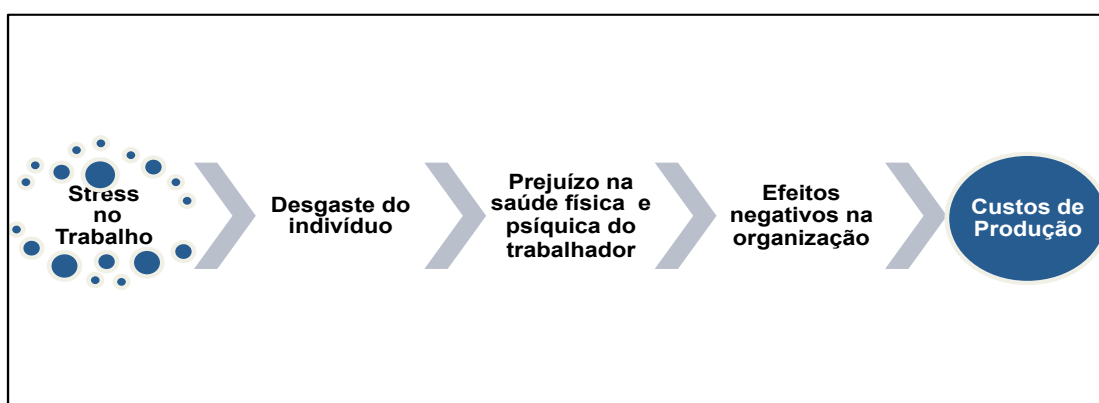


Figura 1

Consequências do Stress no Trabalho (autoria da investigadora)

Nos últimos anos têm surgido pesquisas que se debruçam sobre as causas e consequências do stress relacionado com o trabalho. Estes estudos são importantes por duas razões, já que em primeiro lugar, todas as pessoas experimentam, nalgum momento, stress relacionado com o seu trabalho e, em segundo lugar, o stress relacionado com o trabalho pode ser um dos mais evitáveis problemas de saúde. Para a maioria de nós, o stress no trabalho é breve e não representa uma ameaça séria à nossa saúde, contudo para algumas pessoas, este pode ser crónico, se continuado por vários anos (Straub, 2005).

O stress relacionado com o trabalho, sente-se quando as exigências do ambiente de trabalho excedem a capacidade dos trabalhadores para enfrentar ou até controlar as mesmas. Se este for intenso e de algum modo duradouro, pode induzir problemas de saúde física e mental.

Esta relação do stress com o trabalho pode advir de factores de risco psicossociais, tais como: a organização e gestão do trabalho, a sua elevada exigência e o mau controlo do mesmo, bem como de problemas como o assédio e a violência no local de trabalho. Pode ainda ser provocado por factores de risco físicos, como o ruído e a temperatura.

A nível internacional, europeu e nacional, o stress ligado ao trabalho é considerado como uma preocupação, quer para empregadores quer para trabalhadores, já que este pode potencialmente, afectar qualquer local de trabalho e qualquer trabalhador, independentemente da dimensão da empresa, do sector de actividade, ou do tipo de contrato ou relação de trabalho. No entanto, nem todos os locais de trabalho ou trabalhadores são necessariamente afectados.

O combate ao stress ligado ao trabalho pode conduzir a uma maior eficiência e a uma melhoria da segurança e saúde no trabalho, com os consequentes benefícios económicos e sociais quer para as empresas, trabalhadores e sociedade em geral (CGTP, 2012).

## **2.1. Factores Organizacionais Indutores de Stress**

Uma das preocupações centrais dos especialistas que estudam o stress no trabalho, consiste na identificação das suas causas relacionadas com a organização e a relação destas com a produtividade e com a saúde dos trabalhadores.

Conhecer os factores potenciais indutores de stress associados à organização são fundamentais, já que isto permitirá ao gestor de uma organização reduzir os efeitos negativos do stress.

Segundo vários autores citados por Ramos (2001), a classificação das fontes organizacionais de stress foram enquadradas segundo algumas categorias, como as condições físicas do trabalho, as características do trabalho, o papel na organização, a estrutura e o clima organizacionais, o relacionamento interpessoal, a carreira profissional e os factores extrínsecos ao trabalho. É de realçar que estas fontes de stress não são mutuamente exclusivas, mas sim complementares, já que as mesmas se relacionam entre si, na maioria dos casos.

De seguida, serão descritas cada uma destas fontes indutoras de stress para melhor percepção das mesmas, enquanto possíveis factores indutores de stress.

### **2.1.1. Condições Físicas do Trabalho**

Todos nós sabemos que as condições físicas do trabalho, são um factor preponderante no nosso bem-estar e até no rendimento que cada um de nós poderá trazer para a organização.

O lugar onde se desenvolve o trabalho tem sido alvo de inúmeros estudos, caso da Ergonomia, onde são abordados factores desde a forma de como o espaço envolvente se encontra organizado, passando pelo desenho dos instrumentos de trabalho até às questões de iluminação, temperatura e ventilação.

- Iluminação

A iluminação é uma das condições físicas mais citadas na literatura, já que na antiguidade o interesse pela iluminação motivou as célebres investigações da Western Electric Company nas décadas de 20 e 30. Sabe-se que a luz natural será a melhor forma de iluminação, já que a mesma tem efeito sobre os ritmos internos das pessoas. No entanto, serão poucas as organizações que farão uso deste tipo de iluminação ideal no seu quotidiano, assim torna-se indispensável proporcionar aos colaboradores uma intensidade óptima de luz artificial, consoante o tipo de trabalho, pois os ambientes de trabalho defeituosamente iluminados podem causar stress, sendo as dores de cabeça e os estados de nervosismo os seus mais comuns indicadores (Quick et al, 1997).

- Temperatura e Ventilação

A temperatura é outra condição física do trabalho que pode estar na origem de reações de stress, pois muito frio desanima e desmotiva, ao contrário de que muito calor irrita. Também a conjugação da temperatura com a qualidade do ar reveste-se de grande importância, já que estes dois componentes constituem um “micro-ambiente climatérico” dos locais de trabalho.

Actualmente, a generalidade dos locais de trabalho é climatizada através de dispositivos de ar condicionado, que quando inadequados aos sistemas de ventilação têm sido associados a reações de irritação respiratória (afectando nariz, olhos e garganta) e sintomas neuropsiquiátricos (cefaleias, fadiga e tonturas). A Organização Mundial de Saúde (OMS) designou este conjunto de sintomas de “Síndrome de Edifício Doente” já que o mesmo se manifesta maioritariamente em indivíduos que trabalham em ambientes com ar condicionado, janelas fechadas e sem ar fresco. Segundo a OMS, 30% dos edifícios novos mostram evidências do síndrome e 10 a 30% dos seus ocupantes podem estar afectados (Mendelson et al., 2000).

- Ruído

O ruído ambiental decorrente do funcionamento de máquinas, conversas entre pessoas e telefones e faxes, contribui para o stress em 54% das actividades de trabalho (Chiavenato, 2005). A exposição ao ruído associa-se a fadiga, dores de cabeça, irritabilidade e dificuldade de concentração, prejudicando a execução de tarefas que exigem minúcia e cuidado (Serra, 2011).

- Espaço Físico

De acordo com Steele (1973) citado por Quick et al. (1997), o espaço físico do trabalho deve oferecer protecção e segurança, facilitar o contacto social, promover a instrumentalização das tarefas, aumentar o prazer e estimular o crescimento. Se um local de trabalho não cumprir com qualquer uma destas características, pode transformar-se num factor de stress. Assim, o espaço, bem como as restantes condições físicas do trabalho, podem causar stress quando não são assegurados níveis mínimos de funcionamento biológico e de segurança física (Ross e Altmaier, 1994). Além do conseqüente desconforto sentido pelas pessoas, também a percepção das deficientes condições físicas do lugar podem desencadear experiências de stress.

### 2.1.2. Características do Trabalho

Todos os trabalhos podem ser descritos com base nas suas características ou seja, com base nas suas propriedades intrínsecas, tais como as exigências, desafios, constrangimentos típicos, forma como está organizado e natureza dos processos implicados na realização do trabalho.

Contudo, independentemente dos seus atributos específicos, é possível isolar algumas características comuns a todos os trabalhos e que funcionam como factores potenciais geradores de stress.

- Sobrecarga de Trabalho

Este é talvez um dos clássicos stressores organizacionais. Por norma, a sobrecarga de trabalho refere-se ao excesso de trabalho, ou seja, ao elevado número de tarefas a desempenhar. Muitas vezes, este tipo de sobrecarga está associado à falta de tempo, designando-se por **sobrecarga quantitativa**, que pode ser traduzido pela expressão “ter muito trabalho para fazer” (Ramos, 2001). O excesso de trabalho articula-se com o a escassez de tempo para o realizar, originando muitas vezes horários alargados e a necessidade de levar trabalho para casa. Já a **sobrecarga qualitativa**, refere-se ao “trabalho muito difícil”, que acontece quando as pessoas não possuem os conhecimentos e as competências adequadas para cumprir determinada tarefa, ou quando a tarefa é de grande complexidade (Cartwright e Cooper, 1997).

Os profissionais de saúde, são um exemplo deste tipo de sobrecarga qualitativa já que, na sua vida profissional têm que lidar com a dor e a morte, mas por muita experiência profissional e capacidade de auto-controlo emotivo que se possua, é sempre difícil conviver com estas realidades.

As profissões que assentam na relação humana (caso dos médicos, enfermeiros, professores, psicólogos, etc.) apresentam uma subtil sobrecarga qualitativa, na medida em que encerram uma exigência acrescida: além das competências e conhecimentos técnicos também lhes é exigida habilidade no relacionamento interpessoal (Ramos, 2001).

- Subcarga de Trabalho

Ross e Altmaier (1994) afirmam que a subcarga de trabalho pode funcionar como stressor, já que esta se refere quando um indivíduo no seu dia-a-dia tem pouco ou nada para fazer ou se envolve numa actividade monótona e repetida em relação à qual não se encontra envolvido nem intelectual nem emocionalmente e, por conseguinte não se encontra estimulado.

A subcarga de trabalho é o “segredo” das práticas hostis de algumas organizações que desejam dispensar determinado funcionário e lhe retiram metodicamente funções e responsabilidades, pondo fim à sua missão na empresa. A finalidade é levar o funcionário a uma situação de mal-estar e insatisfação tal, que o faça abandonar a organização pela sua própria vontade (Ramos, 2001).

- Autonomia de Decisão

Theorell (2006) refere que é de grande importância para a saúde o indivíduo ter o controlo sobre a situação que está a viver, já que quando um indivíduo não tem controlo pode ficar exposto a

humilhações susceptíveis de lhe determinarem reacções psicofisiológicas que se forem mantidas por longo tempo, podem fazer surgir a doença.

- Ritmo de Trabalho

O ritmo de trabalho enquanto factor indutor de stress, consiste no encontro entre o que o determina, quem o determina ou o grau de controlo que o profissional pode exercer sobre as tarefas a desempenhar, Karasek e Theorell (1990) e Ross e Altmaier (1994).

Este pode ser marcado por factores que ultrapassam a pessoa, como o aparecimento de uma emergência num Bloco Operatório, gerando um ritmo de trabalho mais intenso já que a situação não era prevista, impondo ao profissional uma resposta eficaz às solicitações que lhe são impostas.

- Trabalho por Turnos

Ramos (2001) afirma que trabalhar por turnos é uma necessidade social, já que concorre para uma realidade económica e uma novidade competitiva. Socialmente é indispensável que determinados serviços estejam permanentemente disponíveis, caso dos hospitais, bombeiros, polícias e até transportes públicos.

Uma vez que o trabalho por turnos obriga a que existam duas ou mais equipas que permitam dar resposta ao alargamento do horário estabelecido, este pode revelar-se de certo modo positivo, pois permite ao indivíduo gozar de uma disponibilidade de tempo vantajosa em termos sociais. No entanto, quando o trabalho por turnos se estende por um período de tempo prolongado pode acarretar consequências negativas e crónicas ao organismo, desorganizando o seu ritmo circadiano.

Isto vai de encontro ao que afirma Gomes (1998) citado em Ramos (2001), quando diz que esta alteração ao ritmo interno do organismo, provoca alterações da libido, do apetite, do peso, problemas digestivos e cardiovasculares, apatia, irritabilidade e cansaço, contribuindo para o aparecimento de perturbações do sono (quer ao nível da qualidade e quantidade), da saúde física e psicológica (elevados níveis de ansiedade) e da vida social e familiar (actividades sociais e insatisfação conjugal).

- Novas Tecnologias

A forma como as novas tecnologias entraram e se difundiram no mundo do trabalho, modificaram e recriaram a forma como o representamos actualmente. De facto, elas colocam novas exigências aos indivíduos, muitas vezes designado por “tecnostress”.<sup>1</sup>

Cartwright e Cooper (1997) e DeFrank e Ivancevich (1998) referem que a principal fonte de stress inerente às novas tecnologias é a considerável pressão para a contínua actualização em relação ao desenvolvimento tecnológico.

---

<sup>1</sup> Adaptação a novos equipamentos e a novas formas de trabalhar, aprendizagem de novas competências e conhecimentos na utilização de instrumentos tecnológicos, novas formas de relacionamento e comunicação organizacional, novos papéis e obrigações profissionais, Ramos (2001).

### 2.1.3. Papel na Organização

Enquanto unidades sociais, as organizações são constituídas por indivíduos que se relacionam entre si. No entanto, já que os mesmos indivíduos estão distribuídos por grupos formais dentro da organização, existem normas explícitas e tácitas que definem essas relações.

Neste sentido, o conceito de *papel* assume particular importância para entender o funcionamento social das organizações. Segundo Robbins (1998), o *papel* define o padrão comportamental esperado pelos outros atribuído a alguém de acordo com a sua posição na organização. Numa situação ideal, cada papel organizacional deveria ser claramente definido e percebido por todos os elementos da organização contudo, nem sempre isso acontece, gerando ambiguidade, conflito e sobrecarga de papéis, que de alguma forma induzem stress.

Neste contexto, passaremos de seguida a descrever estes mesmos factores indutores de stress assim como, a responsabilidade inerente ao papel organizacional.

- Ambiguidade do Papel

Cartwright, Cooper (1997) e Jex (1998) afirmam que um papel desempenhado na organização é ambíguo quando não é claramente definido, fazendo com que o indivíduo que o representa não tenha uma correcta actuação no âmbito dos objectivos do seu trabalho, das expectativas dos seus colegas em relação a ele e das suas responsabilidades perante a organização.

Por vezes, não é indicado ao indivíduo com clareza e de uma forma concreta, quais são as funções que tem de cumprir, podendo levá-lo à sobreposição de competências com outras pessoas.

Tem-se verificado uma relação significativa entre a ambiguidade do papel e sintomas, tais como: humor depressivo, baixa auto-estima, insatisfação profissional, reduzida motivação, absentismo, ansiedade e abandono do trabalho, Glowinkowski e Cooper (1987), Cartwright e Cooper (1994) e Burke (1998) referidos por Ramos (2001).

- Conflito de Papéis

O conflito de papéis acontece quando o indivíduo se vê confrontado com expectativas divergentes sobre o seu papel. Trata-se de uma situação indutora de stress bastante comum no mundo do trabalho e pode corresponder a mais do que uma situação (Robbins, 1998).

Surge um *conflito relacionado com a pessoa* quando esta é solicitada para efectuar determinadas acções que entram em conflito com os seus valores morais.

Há um *conflito de desempenho de papel* quando as expectativas formuladas a um indivíduo na sua profissão colidem com as expectativas que lhe são colocadas fora dela. Dá-se um *conflito entre empregador e utente* quando a um indivíduo lhe são criadas exigências que são contrárias às expectativas dos clientes com quem tem de lidar. Um exemplo deste conflito é o caso de um chefe de oficinas que é incentivado a colocar mais peças nos automóveis dos clientes, mas por outro lado, é também pressionado por estes para fazer as reparações ao menor custo.

Por fim, pode dar-se um *conflito intra-pessoal*, quando ao mesmo indivíduo são solicitadas tarefas incompatíveis (Serra, 2011).

- Responsabilidade

A responsabilidade inerente ao papel desempenhado numa organização está relacionada habitualmente com coisas ou pessoas. A responsabilidade por coisas, como equipamentos, materiais e orçamentos, origina menos stress que a responsabilidade por pessoas. Esta última tem sido mais associada às doenças cardiovasculares que a primeira (Cartwright e Cooper, 1997). Algumas profissões ilustram de forma exemplar a pressão causada pela responsabilidade por pessoas, sendo uma das principais fontes organizacionais de stress, caso dos enfermeiros que são responsáveis pela vida das pessoas, segundo Marshall (1980) referido em Ramos (2001).

#### 2.1.4. Estrutura e Clima Organizacionais

Para Friedman e Naville (1970) e Robbins (1998), uma organização pode ser definida como uma unidade social conscientemente coordenada, constituída por pessoas comprometidas entre si e que dirige a sua actividade para a obtenção de determinados objectivos.

Esta pressupõe a divisão do trabalho em distintas tarefas agrupadas em departamentos de forma a promover a sua coordenação, ou seja, a existência de uma **estrutura organizacional**. É esta estrutura, que definirá o ordem e articulação das relações sociais e das actividades em rede. No mesmo sentido, a organização dispõe de um padrão de suposições basilares e de valores, resultantes da sua história que serve de orientação ao comportamento dos seus membros, a chamada **cultura organizacional**, Schein (1990) referido por Ramos (2001).

- Estrutura Organizacional

Por norma distinguem-se dois tipos de estruturas organizacionais: as centralizadas e as descentralizadas. Nas primeiras, a tomada de decisão concentra-se num único ponto da organização habitualmente, na figura dos gestores, directores ou administradores. Nas segundas, a tomada de decisão é descentralizada, quando os empregados possuem controlo sobre o seu trabalho porque podem tomar decisões ou porque as suas opiniões contribuem para a tomada de decisões.

A não participação nas decisões relativas ao trabalho, própria das estruturas centralizadas, desencadeia situações de stress, expressas por indicadores tais como má saúde geral, baixa auto-estima, depressão e absentismo (Cartwright e Cooper, 1997). Ao contrário das estruturas organizacionais descentralizadas que permitem aos indivíduos maior poder na tomada de decisão, pois não provocam tanto stress.

- Clima Organizacional

Hartley (1995) referido por Serra (2011) afirma que as pessoas e as empresas lidam actualmente com níveis de mudança sem precedentes no local de trabalho. De acordo com este autor, existem quatro situações indutoras de stress que podem afectar a saúde física e mental do trabalhador, como a *incerteza*, os *avanços tecnológicos*, a *distribuição do trabalho* e as *taxas de desemprego*.

Também a comunicação organizacional e interpessoal tem sido alvo de atenção por parte das organizações, já que a sua melhoria e promoção têm levado a um aumento do rendimento.

A comunicação é o instrumento capital da relação humana sendo também por isso, o principal meio psicossocial do trabalho. Quando esta é pobre ou incompleta entre chefias e subordinados, surgem situações indutoras de stress (Ramos, 2001).

- *Downsizing*<sup>2</sup>

Segundo Ramos (2001) as práticas de *dowsizing*, são uma das principais fontes de stress na vida actual das organizações, na medida em que implicam uma efectiva perda de emprego para muitos trabalhadores. A ameaça de despedimento e a incerteza relativamente ao seu posto de trabalho, são angustiantes para os indivíduos que permanecem na organização pois a dispensa de colegas ensombra o seu desempenho profissional, já que aumenta a probabilidade de acontecer o mesmo com eles, resultando num aumento significativo dos seus níveis de ansiedade e num correspondente decréscimo de produtividade.

Por fim, o *downsizing* implica um stressor já anteriormente definido, a sobrecarga de trabalho, pois o número de trabalhadores sofre uma redução, mas o mesmo não se verifica com o trabalho em si, o que acrescenta aos indivíduos que permanecem na organização o trabalho dos outros entretanto dispensados. O trabalho dos que saem passa a ser cumprido pelos que ficam, caso dos enfermeiros que são dispensados das instituições de saúde, mas em que o número de doentes a quem são prestados cuidados se mantém.

- Trabalho de Equipa

Muitos gurus da gestão aconselham as organizações a fomentar o trabalho de equipa, já que desta forma a organização vê aumentar o seu rendimento e promove o empenho dos seus colaboradores.

Ramos (2001) afirma que o trabalho em equipa favorece a produtividade, a participação na tomada de decisões, a resolução de problemas, a motivação, o comprometimento com a organização, a qualidade do trabalho, a identidade profissional e o suporte social. Este autor, diz ainda que um dos principais méritos das equipas de trabalho é o seu potencial papel na prevenção do stress.

- Violência no Trabalho

Actualmente assiste-se com maior visibilidade a uma forma de violência psicológica, cuja designação anglo-saxónica é *mobbing* (do verbo *to mob*, que significa “atacar”, “maltratar”), que consiste na demonstração sistemática e continuada de acções e atitudes que visam hostilizar determinada pessoa. Por norma, é praticada por indivíduos isolados (superiores hierárquicos ou colegas) ou pela própria organização e destina-se a encerrar a pessoa visada numa situação de desgaste, levando-a a sentir que a cedência e a desistência são as suas únicas alternativas (Ramos, 2001).

---

<sup>2</sup> Definido como uma reestruturação organizacional com vista à redução de despesas, tem constituído, na última década, uma das principais estratégias organizacionais de promoção da competitividade, Ramos (2001).

No entanto, a violência psicológica afecta não só os seus alvos, mas também os restantes membros da organização, que encontram nela um potencial indutor de stress materializado num clima organizacional negativo ou na possibilidade de lhes acontecer o mesmo.

Ao nível da enfermagem, segundo Carvalho (2008), dos enfermeiros que já foram submetidos de alguma forma ao *mobbing* no seu contexto de trabalho, têm uma opinião mais crítica relativamente ao clima organizacional, ou seja, apresentam uma percepção menos positiva do seu clima de trabalho, quando comparado com aqueles que não foram submetidos a qualquer acto de *mobbing*. Estes apontam a existência de um excesso de trabalho, uma ambiguidade de papéis, uma diminuição nas decisões a tomar e uma diminuição do controlo sobre a sua profissão. Quando expostos, apresentam níveis mais baixos de satisfação, níveis mais elevados de abandono, de ansiedade e de depressão e uma taxa de absentismo por doença mais elevada, quando comparados com os que não estão expostos.

#### 2.1.5. Relacionamento Interpessoal

A relação entre as pessoas é um dos factores com maior influência no stress, tanto por ser uma das suas principais causas, como por funcionar como protector das suas consequências.

As relações interpessoais, são potencialmente indutoras de stress, quer seja no trabalho ou fora dele, uma vez que as diferenças individuais têm grande importância na forma como nos relacionamos com os outros. Selye (1984) chegou mesmo a afirmar que aprender a viver com os outros é um dos aspectos da vida de cada pessoa que mais stress causa.

- Relação com Colegas

O relacionamento entre colegas é de extrema importância para a definição de um bom clima de trabalho. As relações precárias, fracas ou pobres entre colegas de trabalho estão associadas a sentimentos de ameaça, desconfiança, reduzido apoio interpessoal e ausência de empatia. Se o grupo não é coeso, a comunicação não será seguramente franca, aberta e interessada, o que contribuirá para o desenvolvimento de conflitos interpessoais (Ramos, 2001).

- Relação com Superiores

De acordo com Ramos (2001), a relação com os superiores pode induzir stress sobretudo se eles optam por um estilo de liderança autoritário, distante e directivo.

Outro factor associado à relação com os superiores, prende-se com o seu próprio stress. Ou seja, as chefias, costumam enfrentar mais situações de stress, muitas vezes ligadas à responsabilidade acrescida por pessoas e bens. Nestas situações, o stress que experienciam denota-se na relação que estabelecem com os subordinados, contribuindo para a prejudicar, ou por perturbar as suas competências comunicacionais, ou por impor aos subordinados exigências suplementares.

- Relação com Subordinados

A necessidade de motivar os subordinados, de os criticar e corrigir e de os premiar ou punir, preservando simultaneamente uma boa relação com eles e um bom ambiente de trabalho, é um nítido factor gerador de stress.

Por outro lado, os superiores devem possuir boas competências de relacionamento interpessoal e mostrar disponibilidade para o mesmo. Estar disponível para ouvir de forma atenta os subordinados, compreendê-los, mostrar interesse e dar-lhe respostas adequadas de forma a garantir o bom funcionamento do seu departamento é uma exigência que pode causar stress às chefias (Ramos, 2001).

#### 2.1.6. Factores Extrínsecos ao Trabalho

A existência humana é dificilmente compartimentada de forma estanque, já que as diversas dimensões da vida se influenciam e recriam reciprocamente. As preocupações e sofrimentos exteriores ao trabalho manifestam-se inexoravelmente no trabalho, mas o inverso também não é inegável (Ramos, 2001).

Neste sentido, serão descritas outras fontes de stress que actuam sobre o indivíduo que trabalha nomeadamente, a articulação entre o trabalho e a família, os acontecimentos importantes de vida, os stressores crónicos, micro e macrostressores.

- Articulação Trabalho – Família

Para a maioria dos homens e mulheres dos nossos dias, as organizações empregadoras e a família são as duas instituições centrais da vida, já que no seio da família, os indivíduos definem a sua identidade e encontram o principal reforço da mesma. O trabalho representará a oportunidade para confirmar e desenvolver tal identidade ou para a reestruturar (Ramos, 2001).

- Acontecimentos Importantes de Vida

Ao longo da vida, a existência de cada pessoa é marcada por acontecimentos extraordinários que alteram o curso normal da estabilidade da vida e que lhe impõem uma necessidade constante de adaptação. No entanto, nem sempre é fácil esta adaptação, implicando a mesma transformações e readaptações na personalidade dos indivíduos. Exemplos deste tipo de acontecimentos são a morte de familiares, divórcio, desemprego, entre outros. Estes acontecimentos suscitam naturais vivências de stress que se mantêm para lá do fim da sua acção, concorrendo frequentemente para o surgimento de doenças, nomeadamente doenças cardiovasculares e depressão (Ramos, 2001).

- Stressores Crónicos

Segundo Ramos (2001) por vezes um grande número de pessoas convive com dificuldades contínuas, que perduram no tempo, muitas vezes iniciando-se e mantendo-se de forma insidiosa. Ao contrário do que acontece nos acontecimentos importantes de vida, referidos atrás, neste tipo de adversidade o que causa stress é a ausência de mudança isto é, são mantidos os agentes

indutores de stress e conseqüentemente, os seus efeitos. Exemplos de stressores crónicos, são a toxicoddependência de um filho, doenças crónicas do próprio ou familiares próximos, problemas financeiros constantes, dificuldade em engravidar, entre outros.

- **Microstressores**

Estes são caracterizados pelas situações de menor stress que se prendem com a rotina quotidiana e que se traduzem nos regulares aborrecimentos do dia-a-dia, que apesar de representarem stressores de reduzida importância quando experimentados de forma repetida e cumulativa, geram considerável stress. São exemplo de microstressores as filas de trânsito, os vizinhos barulhentos, a perda de objectos, as condições climatéricas, o planejar e preparar refeições, entre outros (Ramos, 2001).

- **Macrostressores**

Estes dizem respeito a circunstâncias sociais que provocam nos indivíduos que as percebem, uma relativa preocupação. A recessão económica e o desemprego, são um dos maiores macrostressores vividos actualmente.

Ao nível do desemprego, este constitui-se de uma fatalidade quando acontece a um indivíduo, já que este tem de se confrontar com uma diminuição dos seus rendimentos, com a alteração do estatuto social, e com a modificação do relacionamento com os outros, resultando num sentimento de fracasso, de isolamento e de perda de sentido para a vida.

Assim, o desemprego é uma fonte de stress que se repercute na saúde física e mental do indivíduo, contribuindo para o aumento da incidência da mortalidade. Estudos longitudinais comprovam que o desemprego induz sintomas de quadros clínicos e manifestações sintomatológicas sub-clínicas. Os sintomas depressivos são os que se encontram mais frequentemente associados, manifestando uma correlação positiva com sintomas de ansiedade e de somatização. Quando o indivíduo consegue reempregar-se a sintomatologia tende a esbater-se (Serra, 2011).

## **2.2. Consequências Negativas do Stress no Trabalho**

As consequências negativas do stress nem sempre se manifestam no domínio da saúde. Consequências como a angústia, a desmotivação, a incapacidade, o sub-rendimento, o mau desempenho, a produtividade insatisfatória e o reduzido envolvimento no trabalho e na vida real, são outros dos exemplos em que o stress pode estar presente.

Ao nível do trabalho, as pessoas sofrem de stress quando sentem que há um desequilíbrio entre as solicitações que lhes são feitas e os recursos de que dispõem para responder a essas solicitações. Cada indivíduo reage de forma diferente às mesmas circunstâncias, sendo que uns reagem melhor do que outros à pressão de muitas solicitações. O que conta é a avaliação subjectiva que cada indivíduo faz da sua situação, não sendo possível determinar com base exclusivamente na situação o stress que esta pode provocar.

O stress pontual (e.g., cumprir um prazo) não constitui em princípio um problema, pelo contrário, pode ajudar as pessoas a darem o seu melhor, traduzindo-se este aspecto em *Eustress*, ou stress positivo. Por outro lado, o stress constitui um risco para a segurança e a saúde quando se torna persistente, designado-se de *Distress* ou stress negativo.

Algumas consequências do stress podem ter influência quer ao nível da saúde individual de cada indivíduo, quer ao nível da saúde organizacional. Neste contexto, iremos identificar algumas das consequências individuais e organizacionais pelas quais o stress pode ser responsável.

### 2.2.1. Consequências Individuais

As consequências individuais do stress, são o que na generalidade, as pessoas melhor conhecem. O stress afecta a saúde já que este provoca alterações nos comportamentos individuais, quer nos que dizem respeito à saúde, quer nos que dizem respeito à doença, resultando na maior sensibilidade a sintomas, o que por sua vez promove o envolvimento em comportamentos relacionados com a doença (vigilância de sintomas, consultas médicas, entre outros) (Ramos, 2001).

Quando as situações de stress são muito prolongadas, intensas ou frequentes e o indivíduo não possui adequadas possibilidades de resistência ou adaptação, o stress pode causar doenças. Estas podem resultar de alterações comportamentais ou dos efeitos fisiológicos nocivos de duradouras respostas ao stress, dependendo também da combinação de factores predisponentes quer de natureza genética e psicológica.

Neste sentido, com base na literatura consultada iremos descrever de forma sucinta algumas doenças e comportamentos decorrentes das consequências negativas do stress.

- Consumo Excessivo de Tabaco, Álcool e Drogas

É do conhecimento da sociedade em geral que o stress faz aumentar o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilegais. O facto de não representar em si mesmo uma doença, este comportamento aditivo pode no entanto desencadear um considerável número de patologias, como a cirrose hepática, diabetes, doenças cardiopulmonares e neoplasias malignas.

Em termos financeiros, este tipo de consumos acarreta elevados custos tanto para quem os pratica, como pelas suas evidentes consequências para as economias nacionais, que associadas à sua elevada incidência social, o abuso destas substâncias é assumido como problema de saúde nacional e os seus utilizadores como populações de risco (Ramos, 2001).

- Perturbações Gastrointestinais

O sistema digestivo é uma das primeiras vítimas da acumulação de consequências nocivas do stress, pois quem não teve já a desagradável sensação de ter os ritmos intestinais alterados quando sujeito a um período de stress?

As perturbações gastrointestinais mais frequentes são a dispepsia funcional e as úlceras pépticas.

Muitos dos indivíduos em stress, referem dificuldades digestivas, apontando as digestões lentas e pesadas, dores epigástricas abdominais, sensação de enfiamento e intenso desconforto. Esta sintomatologia corresponde ao retardamento do esvaziamento gástrico, devido à redução da motilidade gástrica.

As úlceras pépticas, são talvez, o típico quadro clínico no contexto actual do trabalho. Estas resultam da excessiva secreção dos sucos ácidos produzidos durante a digestão. Esta secreção é altamente influenciada por estados emocionais, pois a investigação sugere que estar numa situação em que se antecipam consequências negativas, em que nada se pode fazer, pode desencadear doença péptica ulcerosa resultante dos altos níveis de sucos ácidos segregados (Bishop, 1994).

- Doenças Cardiovasculares

São a primeira causa de morte nos países industrializados, pelo que foram uma das primeiras razões para o início de investigações no âmbito do stress no trabalho.

Estudos efectuados, revelaram que elevadas exigências psicológicas do trabalho, combinadas com baixo poder de decisão faziam aumentar o risco de doença cardiovascular. Estes resultados têm sido confirmados ao longo destas últimas décadas, pelo que se afirma existir uma notória relação causal entre stress no trabalho e doenças cardiovasculares, independentemente do tipo de trabalho e do sexo dos indivíduos, Schnall et al. (1994) referido por (Ramos, 2001).

- Neoplasias

O stress é um dos factores que contribui para o aparecimento ou evolução do cancro, estando mesmo associado ao aumento de alguns dos seus factores de risco, ao aumento dos casos de cancro, à maior disseminação das metástases e consequente aceleração de certos tipos de cancro e ao aumento de respostas desfavoráveis aos tratamentos, Bishop (1994) e (Quick et al. (1997).

O stress pode ainda influenciar os processos de malignidade, de duas formas: aumentando a produção de células anormais e diminuindo a capacidade do organismo em as eliminar. Já Selye (1984) afirmava que a redução da imunocompetência podia concorrer para o desenvolvimento de cancros, já que o organismo perdia a capacidade de controlar e destruir pequenos nichos de células cancerosas.

- Depressão<sup>3</sup>

Para Ramos (2001) é talvez a perturbação mais frequente e com maiores probabilidades de acontecer a cada um de nós. Têm sido distinguidos dois tipos de depressão, a *endógena*, sem causa aparente, e a *exógena* ou *reactiva*, a qual tem sido associada às vivências de stress.

O stress pode causar depressão em grande parte pelos acontecimentos importantes de vida, sabendo-se através da investigação que esta associação é verdadeira já que a severidade da

---

<sup>3</sup> Caracterizada segundo o quadro clínico de desesperança, falta de vitalidade e desespero: humor melancólico, sentimentos de desvalorização, diminuição do prazer, falta de energia, alterações do sono e do peso, pensamentos negativos e ideação acerca da morte e suicídio, Ramos (2001).

depressão depende da severidade dos acidentes de vida, pois quanto mais graves, mais intensa é a depressão.

Ao nível do stress no trabalho, a depressão surge, quando falha a possibilidade de controlo pessoal, como já foi referido anteriormente.

- **Perturbações Sexuais**

Uma vida sexual satisfatória é uma das condições essenciais para o equilíbrio, bem-estar e saúde das pessoas. No entanto, esta pode ser perturbada pelo stress diminuindo a disponibilidade emocional e inibir o prazer na intimidade, bem como precipitar algumas disfunções. Segundo Quick et al. (1997) a primeira consequência sexual do stress no trabalho é a inibição do desejo, pois segundo estes autores a resposta de stress mobiliza a atenção e energia do indivíduo para o confronto com a situação indutora de stress, resultando na inibição do desejo e na redução da disponibilidade para os momentos amorosos, podendo os encontros sexuais revelar-se mais insatisfatórios porque “a cabeça não está ali”.

- **Perturbações do Sono**

São das principais queixas das pessoas em stress, na medida em que os indivíduos referem sintomas como dificuldade em adormecer, sono fragmentado (acordar várias vezes durante a noite, com dificuldade em retomar o sono), acordar muito cedo e não ser capaz de voltar a adormecer, sono insuficiente e não retemperador e fadiga ao longo do dia.

A relação entre o stress no trabalho e este tipo de perturbações é directamente proporcional, pois estas afectam a concentração, vigília, memória, desempenho de tarefas e aumentam a propensão para acidentes (Ramos, 2001).

- **Perdas de Memória**

A memória (a curto prazo), aliada às queixas relativas ao sono, é uma das funções afectada pelo stress, sendo uma queixa recorrente observada na prática clínica. As pessoas referem esquecimentos frequentes de nomes de pessoas, local onde deixaram objectos e tarefas que deviam cumprir, demonstrando grande preocupação, pois referem que “eu dantes não era assim”. Dormir bem revela-se de extrema importância para a capacidade e qualidade da memória, pois é durante o sono que o cérebro procede à regulação neurohormonal indispensável à manutenção da memória, organizando a informação acumulada ao longo do dia preparando-a para futuras utilizações, Rosch (1997) descrito por Ramos (2001).

- **Morte**

Talvez seja o exemplo mais extremo das consequências individuais de stress, contudo sabe-se que o stress aumenta a susceptibilidade e o risco de acontecer a morte resultante de doenças, como os ataques cardíacos e a ocorrência de comportamentos, do qual o suicídio é exemplo mais radical (Ramos, 2001).

- *Burnout*

O *burnout* é designado como um estado de fadiga física e emocional traduzindo a mais insidiosa e trágica consequência do stress no trabalho. Este instala-se a partir de vivências de stress no trabalho que confrontam a pessoa com um desajustamento entre as suas motivações e expectativas e os recursos que o trabalho disponibiliza para as satisfazer. Na tentativa de o superar, a pessoa envolve-se mais, sobrecarregando-se, sendo a consequência desta entrega esforçada o *burnout*, a desistência, o cinismo e o distanciamento emocional quando a pessoa conclui que os seus esforços foram infrutíferos, Freitas (1999) citado por Ramos (2001).

Para Gil-Monte (2006), o *Burnout* é definido como uma resposta ao stress laboral crónico que aparece segundo um processo de reavaliação cognitiva, quando as estratégias iniciais para enfrentar o stress laboral crónico não resultam funcionais. Esta resposta é uma variável mediadora entre o stress percebido e as suas consequências, iniciando-se com um desenvolvimento de baixa realização pessoal no trabalho e alta exaustão emocional.

### 2.2.2. Consequências Organizacionais

O stress afecta a saúde das organizações, podendo esta ser entendida como o conjunto de três conceitos: harmonia, capacidade de produção e vitalidade. Às organizações interessa que a sua saúde se traduza num aumento de ganhos e redução de custos, já que a saúde organizacional, designa um processo contínuo e sistemático de adaptações e mudanças no sentido de assegurar o pleno funcionamento das organizações (Quick et al. 1997).

Segundo vários autores referidos por Ramos (2001), as organizações são sustentadas por quatro dimensões internas interligadas pela cultura organizacional: pessoas, estruturas, tecnologia e tarefas. A sobrevivência, a vitalidade e o sucesso empresarial depende em grande medida do equilíbrio destas quatro dimensões, ao mesmo tempo que o seu desajustamento ameaça o seu funcionamento.

Uma organização saudável deve fazer esforços constantes para atingir a integração das suas quatro dimensões internas e o ajustamento com o ambiente externo. A saúde organizacional concretiza-se num processo contínuo de vigilância sobre possíveis incongruências internas e relações com o meio. É precisamente ao nível dos desajustamentos internos que resulta o stress no trabalho que se não for vigiado, prevenido e controlado se torna num dos mais poderosos elementos destabilizadores da saúde organizacional, traduzindo-se em custos para as organizações (Ramos, 2001).

### **CAPÍTULO III. TRADUÇÃO FINANCEIRA DO STRESS**

Segundo Serra (2011) os custos do stress só podem ser calculados por indicadores indirectos, já que estes consistem no mal-estar, nas incapacidades e nas mortes prematuras que origina, decorrentes de transtornos físicos e psíquicos que induz, no consumo de analgésicos, tranquilizantes, tabaco, drogas ilícitas ou bebidas alcoólicas frequentemente utilizadas pelos indivíduos de forma a tolerar os seus efeitos.

Já em 1989, Everly citado por Serra (2011) referia que cerca de 25% da população dos Estados Unidos da América, era vítima dos efeitos negativos do stress excessivo e, aproximadamente 50% de todos os doentes ia a um médico de clínica geral em virtude de problemas relacionados com o stress.

As repercussões do stress são muito significativas no mundo do trabalho, já que no plano organizacional se reflecte directamente no comportamento do indivíduo e, indirectamente no clima da organização, na insatisfação com o desempenho das tarefas, na baixa adesão aos objectivos organizacionais, nos atrasos de produção, no absentismo, nos acidentes com máquinas, nas mudanças de emprego e nas reformas antecipadas (Serra, 2011).

Conforme a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009), em 2005 observou-se uma redução dos níveis de stress nos números da UE-27. Contudo, a redução da exposição ao stress foi registada sobretudo nos países da UE-15 (20,2%), sendo que os novos Estados Membros continuavam a denotar altos níveis de exposição, acima dos 30%.

Nos 15 Estados-Membros da UE pré-2004, estima-se que os custos do stress no local de trabalho e dos problemas de saúde mental dele decorrentes, correspondam entre 3 a 4% do produto nacional bruto, ascendendo anualmente a 265 mil milhões de euros.

A redução do stress relacionado com o trabalho e dos riscos psicossociais constitui um imperativo não só moral como jurídico, sendo de extrema importância já que em 2002, o custo económico do stress relacionado com o trabalho na UE-15 foi estimado em 20 000 milhões de euros. No que se refere ao absentismo, a investigação mostra que do total de dias de trabalho perdidos, 50% a 60% estão relacionados com o stress, Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2009).

Os estudos efectuados, apontam para que os custos do stress relacionado com o trabalho para as empresas e os governos dos países em causa, rondem os 20 000 milhões de euros, e isto só em custos de absentismo e problemas de saúde.

No que se refere ao absentismo, a investigação mostra que do total de dias de trabalho perdidos, 50% a 60% estão relacionados com o stress.

A seguir serão descritos os custos directos e indirectos que conduzem a custos para as organizações, decorrentes do stress no trabalho.

### 3.1. Custos Directos

Estes são devidos aos decorrentes da participação dos indivíduos, do desempenho dos mesmos no local de trabalho e dos cuidados de saúde e dos prémios de compensação e indemnização.

- Absentismo

O termo indica a não comparência no local de trabalho, o que significa que as tarefas que a pessoa ausente deveria fazer, ou não são cumpridas ou terão que ser executadas por terceiros. O absentismo acarreta custos para as organizações, tanto pelo trabalho que não é executado como pela contratação excepcional de outras pessoas para a realização do mesmo. Pode ainda contribuir para diminuir a moral dos restantes trabalhadores, pois muitas vezes são eles a colmatar a ausência do colega em falta. Por outro lado, é muito difícil para uma organização atingir os seus objectivos se os funcionários faltam ao trabalho. Podendo mesmo, ao nível da gestão, fazer adiar decisões importantes.

O absentismo pode ainda ser benéfico para a organização já que pode revelar-se uma boa estratégia de *coping* para o indivíduo. Neste sentido, pode ser melhor que o trabalhador falte um ou outro dia ao trabalho por estar doente, cansado ou em stress, do que comparecer e tomar decisões erradas contribuindo para um decréscimo da produtividade, Quick et al. (1997) e Robbins (1998). No entanto, as organizações procuram fazer face ao absentismo e falta de assiduidade, atribuindo prémios financeiros, obtendo deste modo resultados significativamente satisfatórios. Porém, este tipo de estratégias apenas minimiza possíveis efeitos do stress, mas não resolve as suas causas.

- *Turnover*<sup>4</sup>

Uma elevada taxa de *turnover* resulta em custos significativos de recrutamento, selecção e formação com vista à substituição do trabalhador que abandona a organização, estimando-se que esse custo corresponda a cinco vezes o seu salário mensal (Quick et al., 1997). Noutra sentença, o *turnover* pode afectar de forma preocupante a eficiência e eficácia de uma organização, quando são os bons colaboradores que a abandonam. De forma a colmatar as faltas destes, a organização vê-se forçada a encontrar substitutos com os mesmos níveis de conhecimento, experiência e eficácia, o que de alguma forma pode revelar-se dispendioso.

Porém, no mundo actual de trabalho em constante mudança, a prática de *turnover*, pode revelar-se uma condição saudável, pois promove a flexibilidade das organizações e reforça a empregabilidade das pessoas. Uma organização equilibrada deve procurar manter uma taxa de *turnover* adequada, no sentido de assegurar a sua renovação, evitando perder os colaboradores que não quer perder, evitando desta forma custos consideráveis (Ramos, 2001).

- Greves

As greves, são talvez a consequência do stress mais radical que afecta as pessoas no trabalho. Para Ramos (2001) a greve revela um desajustamento nas dimensões internas da organização,

---

<sup>4</sup> Número e frequência da saída voluntária ou involuntária de pessoas da empresa, Ramos (2001).

cuja gravidade percebida pelos empregados justifica a paragem do trabalho. Assim, a organização perde um volume considerável de receitas com as greves, já que é suspensa a produção de trabalho além de acarretar outros prejuízos para as organizações, perturbando a sua relação com o meio exterior nomeadamente, com clientes e fornecedores.

- Desempenho no Trabalho<sup>5</sup>

As organizações dependem do rendimento dos seus funcionários, ou seja do seu desempenho. O stress, afecta o desempenho ao influenciar a maneira como as pessoas decidem os seus comportamentos no trabalho, nomeadamente para que objectivos canalizam os seu esforços, esforçando-se muito ou pouco e se utilizam ou não as suas capacidades. Se o desempenho dos indivíduos no trabalho é prejudicado, o mesmo acontecerá com a eficiência, eficácia e consequentemente com a produtividade das organizações.

Da mesma forma que os incentivos existem para atenuar o absentismo, as organizações recorrem a estes prémios financeiros, contrariando as quebras de produtividade devidas ao mau desempenho dos colaboradores no sentido de contrariar estes efeitos. Contudo, os prémios de assiduidade e produtividade não alcançam frequentemente os resultados esperados, facto que os especialistas em recursos humanos não conseguem explicar (Ramos, 2001).

- Acidentes de Trabalho

O stress provoca um aumento na propensão para todo o tipo de acidentes. Sabe-se que os acidentes de trabalho implicam custos para as organizações que são tanto maiores, quanto mais grave for o acidente, quer em termos de produção perdida, quer em termos de saúde do trabalhador. Warshaw (1979) citado por Quick et al. (1997) reforça esta ideia quando afirma que uma pessoa em stress é um acidente prestes a acontecer.

- Custos de Saúde

É indiscutível que o stress aumenta os custos directos com a saúde, tanto ao nível dos pagamentos de cuidados de saúde, como aos prémios de seguros. Todavia, não é fácil calcular os custos com a saúde e mais difícil é calcular aqueles que são relativos ao stress.

Tomemos como exemplo os custos organizacionais com dois problemas de saúde relativamente associados ao trabalho: a depressão e os enfartes agudos do miocárdio. A depressão mergulha as pessoas num sofrimento tal incapacitando-as para o funcionamento social, mas raramente implica um internamento hospitalar. Por outro lado, os enfartes agudos do miocárdio, implicam necessariamente esse procedimento. Assim, poder-se-ia quantificar os custos de uma e de outra doença a partir das despesas hospitalares e medicação, no entanto, não só elas não são comparáveis, como a depressão é muito mais frequente que os enfartes agudos do miocárdio (Ramos, 2001).

De acordo com Cartwright e Cooper (1997), no total as empresas norte-americanas gastam mais de 700 milhões de dólares anualmente para substituir os mais de 200.000 homens entre os 45 e

---

<sup>5</sup> Conjunto de comportamentos em que os indivíduos se envolvem no trabalho e que contribui significativamente para os objectivos organizacionais, Jex (1998) .

65 anos que morrem ou ficam incapacitados em resultado de doenças cardiovasculares. Por outro lado, os custos com seguros individuais de saúde subiram cerca de 50% nos últimos vinte anos, mas a contribuição das organizações aumentou cerca de 140%. Em termos de custos organizacionais com a saúde associada ao stress, só dispomos de exemplos norte-americanos pois nestes, são as próprias organizações que os suportam, através de seguros de saúde. A nível Europeu, estes custos diluem-se nas despesas dos Sistemas Nacionais de Saúde e são os impostos dos cidadãos que suportam essa factura. Com efeito, os Governos mostram uma tendência em motivar os cidadãos a título individual e as organizações a suportar essa factura, assumindo esse tipo de despesas, razão pela qual os seguros de saúde estão em crescente.

- **Compensações e Indemnizações**

São o quarto tipo de custos organizacionais relativos ao stress, devidos ao pagamento de compensações e indemnizações aos trabalhadores que se queixam de terem sido lesados pelas consequências de stress no trabalho. Por norma, essas queixas compreendem perturbações emocionais (e.g. depressão) e doenças físicas (e.g. hipertensão).

Nos Estados Unidos da América, existe um organismo legal especificamente destinado a este tipo de queixas dos empregados contra os empregadores a fim de executar as indemnizações, o Workers' Compensation. No início, esta entidade deliberava apenas sobre queixas relativas a problemas físicos, mas com o tempo tornaram-se mais comuns as queixas relativas a problemas emocionais consequentes da acção negativa do stress (DeFrank e Ivancevich, 1998). Contudo, apesar da maior dificuldade em analisar dados emocionais do que danos físicos, e das restrições e melhoramentos nas leis operadas durante a década de 90, o patronato norte-americano pagou no ano de 1996, cerca de 80 biliões de dólares em indemnizações a trabalhadores (Quick et al., 1997). A nível Europeu este tipo de custos directos motivados pelo stress não possui ainda uma grande expressão, no entanto assiste-se já a um aumento nos litígios interpostos por trabalhadores e sindicatos (Cartwright e Cooper, 1997).

### **3.2. Custos Indirectos**

Os custos indirectos resultam da relação que o trabalhador estabelece com a organização, reflectindo-se na perda de vitalidade (baixo moral, baixa motivação, insatisfação), nas falhas de comunicação entre colaboradores, dos erros de tomada de decisões e da qualidade das relações de trabalho.

- **Perda de Vitalidade**

Esta traduz-se em baixa moral, reduzida motivação e insatisfação no trabalho. Este deixa de ser prazenteiro, as tarefas não são realizadas com alegria e empenho para dar lugar à obrigação de trabalhar. É sobejamente conhecido que as organizações saudáveis possuem benefícios a longo prazo, sendo desejo de bons profissionais nelas trabalharem, Quick et al. (1997). Numa organização sem vitalidade, a força de trabalho não é tão produtiva quanto podia ser, já que a

baixa moral, a falta de motivação e a insatisfação próprias de um trabalho que perdeu vitalidade contribuem para vários custos directos, referidos anteriormente.

- Falhas na Comunicação

A comunicação é o instrumento essencial ao funcionamento de uma organização, traduzindo a sua perturbação uma nova categoria de custos indirectos organizacionais. As pessoas em stress tendem a evitar comunicar com os outros de forma a defenderem-se. Reduzir o número e frequência dos comportamentos de comunicação é um mecanismo de *coping* muito utilizado, porque se revela momentaneamente eficaz já que se evita o confronto com o problema. Contudo, ao nível da organização, acarreta custos a médio prazo pois obstrui a eficácia no trabalho e, como não existe trabalho solitário e independente, no seio de uma empresa, todo aquele que depende em qualquer grau da pessoa que comunica menos, será afectado. Quick *et al.* (1997) reforçam a importância deste efeito ao nível da gestão, já que ela encerra funções que assentam na transmissão de instruções, na partilha de informação e no esclarecimento de actividades e objectivos para a organização.

- Qualidade das Relações Interpessoais no Trabalho

O stress afecta sem dúvida o relacionamento interpessoal, assim como a redução na frequência da comunicação. Quick *et al.* (1997) apontam que associado a este distanciamento se conta a emergência de sentimentos de desconfiança, desrespeito, e animosidade contribuindo decisivamente para a deterioração da qualidade no trabalho. Como resultado, os conflitos normais na vida de uma organização, são transformados em situações conflituosas destrutivas. Deste tipo de relações à violência física e psicológica, vai um curto espaço que percorrido leva ao declínio das relações interpessoais no trabalho com todos os custos aí implicados.

- Erros na Tomada de Decisão

Tendo por base que a eficácia organizacional assenta nas boas decisões, os custos organizacionais do stress que resultam dos erros das tomadas de decisão, revelam-se de grande importância. De acordo com Ramos (2001) existem dois aspectos na origem das decisões erradas: a insuficiente informação e a diminuição da capacidade de julgamento. Pela insuficiente informação (quantitativa ou qualitativa), entende-se aquela que resulta em grande parte da comunicação deficiente, mencionada anteriormente. Naturalmente, a eficácia dos processos de decisão pressupõe o conhecimento sensato de todos os aspectos em questão. Se estes forem insuficientes ou desvirtuados, a decisão errada implicará custos para a organização.

Por outro lado, se surgir a diminuição da capacidade de julgamento<sup>6</sup>, conseqüente à acumulação do desgaste provocado pelo stress, esta pode trazer impacto na redução e perspicácia na abordagem dos problemas. Uma pessoa em stress sente dificuldades em pesar os aspectos envolvidos na tomada de decisão, em ponderar alternativas e em articular informação relevante.

---

<sup>6</sup> Diminuição da capacidade de decisão – Queixa mais frequente entre os gestores e empresários observada no contexto psiquiátrico, Ramos (2001).

## **CAPÍTULO IV. STRESS NO CONTEXTO BLOCO OPERATÓRIO**

O Bloco Operatório (BO) é uma unidade cirúrgica fechada e isolada do exterior, cuja criação depende da população a que se destina, dos tipos de cirurgia a que deverá dar resposta, da tecnologia de apoio bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para prestar cuidados cirúrgicos ou anestésicos de forma eficaz (Ferreira, 2010).

### **4.1. Conceito e Particularidades de um Bloco Operatório**

De acordo com a AESOP (2006), um BO é uma unidade orgânico-funcional autónoma que reúne meios técnicos, humanos e materiais vocacionados para a prestação de cuidados anestésico/cirúrgicos especializados a doentes total ou parcialmente dependentes, com o intuito de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.

São unidades de tratamentos bastante dispendiosos dada a tecnologia, os materiais utilizados, assim como a especificidade dos procedimentos efectuados e a demorada formação dos seus profissionais. São também uma das maiores “fontes de rendimento” de um Hospital pois quanto maior for o número de cirurgias efectuadas, maior o orçamento atribuído ao Hospital em causa (Fonseca, 2007).

O BO representa cerca de 60% da actividade do hospital, consome cerca de 10 a 15% do seu orçamento e ocupa cerca de 4,8% da área do hospital. Considerando que este funciona cerca de oito mil e setecentas horas por ano, o custo de um minuto por sala de operações é de 7,51 euros (Pinheiro, 2007).

No BO actua uma equipa multidisciplinar que presta cuidados altamente especializados aos utentes. O trabalho em equipa faz parte da dinâmica do BO, onde a comunicação, o bom senso e a flexibilidade são essenciais para o bom funcionamento dos vários profissionais de saúde que integram essa equipa (Fonseca, 2007).

Esta equipa multidisciplinar é constituída por pessoal fixo e por pessoal rotativo. O pessoal fixo é composto por todos os profissionais que estão afectos ao serviço isto é, que estão registados no centro de custos desse serviço ou departamento, exercendo as suas funções exclusivamente no BO. A este pessoal correspondem os enfermeiros perioperatórios e assistentes operacionais<sup>7</sup>.

Os profissionais que são considerados como pessoal rotativo, pertencem a outro departamento ou centro de custos, como é o caso dos médicos das várias especialidades cirúrgicas, anesthesiologistas e técnicos de diagnóstico e terapêutica. Estes estão afectos aos serviços correspondentes, no entanto exercem as suas funções tanto no BO como nas consultas de especialidade e serviços de internamento.

O pessoal rotativo do BO, desloca-se a este em determinados dias da semana para dar

---

<sup>7</sup> Anteriormente designados de Auxiliares de Acção Médica

continuidade ao trabalho realizado nos outros locais, exercendo assim, as funções que lhe competem sendo considerados como “utilizadores do bloco operatório” na medida em que as salas ou suites operatórias são distribuídas pelas especialidades cirúrgicas com escala própria de utilização, para que todas usufruam e consigam cumprir o seu objectivo de produção cirúrgica e anestésica.

No BO existem por sala operatória três enfermeiros perioperatórios<sup>8</sup> com conhecimentos e qualificações para exercerem em diferentes áreas de actuação: Enfermeiro de Anestesia, Enfermeiro Circulante e Enfermeiro Instrumentista. Durante a Fase Intra-Operatória<sup>9</sup> as funções de cada enfermeiro são distintas, contudo de acordo com a gestão do BO em causa, os enfermeiros podem ser considerados polivalentes ou seja, todos eles estão integrados nas três áreas e aptos a desempenhar qualquer uma das três funções. No entanto, existem blocos operatórios em que as funções são fixas e por isso os enfermeiros não estão integrados nas três áreas de actuação.

Além destas três áreas, os enfermeiros actuam ao nível da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), que corresponde ao período pós-operatório, onde o doente recupera após o acto cirúrgico e anestésico.

Ao nível da gestão, o facto de um enfermeiro estar integrado em qualquer uma destas áreas, permite vantagens, pois possibilita a polivalência de funções e uma melhor gestão de recursos humanos, nomeadamente em situações de catástrofes, emergências, férias, formação e carência de elementos, entre outras razões.

#### **4.2. Stress em Enfermeiros Perioperatórios**

Tendencialmente imaginamos que os profissionais de saúde se destinam somente a cuidar das doenças dos outros, sem concebermos que eles próprios podem ser afectados por problemas de saúde, sejam eles físicos ou psíquicos.

De acordo com Ferreira (2010), em função de todo o desgaste físico e psicológico, a Enfermagem foi classificada pela Health Education Authority como a quarta profissão mais stressante, devido à responsabilidade pela vida das pessoas, levando a uma maior probabilidade de ocorrência de desgaste físico e psicológico.

O enfermeiro perioperatório é o profissional com conhecimentos ao nível dos cuidados de enfermagem perioperatórios que presta cuidados de enfermagem ao utente durante as fases pré, intra e pós-operatória (EORNA, 2012).

No âmbito das competências dos enfermeiros perioperatórios, o “saber ser” no BO implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, facilidade de adaptação e de concentração, espírito crítico, resposta rápida a emergências e controlo do stress (Pinheiro, 2007).

---

<sup>8</sup> Enfermeiros que exercem funções em Blocos Operatórios.

<sup>9</sup> Fase Intra-Operatória – Período que corresponde à realização do acto cirúrgico, em que a equipa multidisciplinar desempenha as suas funções em interligação, com o objectivo de promover o bem-estar e segurança do utente durante a intervenção cirúrgica.

Os blocos operatórios caracterizam-se por áreas físicas com elevados recursos humanos para prestar cuidados a doentes em estados críticos, de uma forma rápida e eficaz. O trabalho aí desenvolvido é complexo e intenso, e como tal os enfermeiros precisam de estar preparados para receber doentes com alterações hemodinâmicas relevantes que requerem e exigem continuamente a aquisição de conhecimentos específicos e grande habilidade para tomar decisões, (Ferreira, 2010).

Como já foi referido, o trabalho no BO é desenvolvido por uma equipa multidisciplinar onde deverá existir uma grande cumplicidade, já que cada elemento desempenha funções específicas e devidamente definidas, contribuindo para um objectivo comum, que é cuidar/tratar do doente com qualidade e em segurança.

Segundo Marques et al. (2006) citado por Ferreira (2010) num BO executam-se cada vez mais funções técnicas e específicas, acontecem um maior número de situações de urgência/emergência e é exigida uma maior selecção de necessidades consoante as prioridades, acompanhado de um maior nível de exigência na aquisição das competências dos enfermeiros. No seu dia-a-dia, os profissionais de enfermagem deparam-se com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, podendo levar a um choque com os seus próprios valores, cultura, princípios e sentimentos.

Apesar da divisão do trabalho não ser rígida, as funções de cada enfermeiro devem ser perfeitamente definidas para que cada um saiba o que fazer num determinado momento, para não haver falhas. Porque o acto anestésico-cirúrgico não é compatível com falhas, um erro apenas pode significar a morte do doente ou mesmo para os elementos da equipa cirúrgica, no caso de acidente de trabalho (e.g. picada de agulha infectada com o vírus da Sida ou de Hepatite B e C). Quanto maior é a tensão emocional vivenciada pelo enfermeiro, maior é a probabilidade dele cometer erros, pois a enfermagem perioperatória é uma profissão de risco e de rápido desgaste, sendo difícil quantificar as “doses” máximas suportáveis pelos enfermeiros, (Pinheiro, 1993) citado por (Cruz, 2004).

Para Pinto (1990) referido por Cruz (2004) as situações indutoras de stress mais frequentes no bloco operatório são:

- **Pressão do tempo:** acontece sobretudo nas cirurgias de urgência, complicações intra-operatórias, assim como na preparação do que é necessário para a próxima intervenção cirúrgica, o que exige das pessoas grande dinamismo e capacidade de resposta rápida;
- **Carência de pessoal:** muitas vezes determinada pela dificuldade de integração de pessoal e pelo facto de serem locais muito isolados/fechados, o que faz com que não sejam muito atractivos quer para enfermeiros recém-licenciados, quer para enfermeiros já com alguma experiência profissional;
- **Situações imprevistas:** bastante frequentes neste tipo de ambiente. Referem-se a avarias dos equipamentos electrónicos, instrumentos cirúrgicos que se conspurcam e que são necessários, tendo que se aguardar a sua re-esterilização; o facto de o doente não ter reserva de sangue e este ser necessário durante a cirurgia; o aspirador não funcionar durante uma grande hemorragia, entre outros;

- **Alterações do plano cirúrgico:** obrigam a num curto espaço de tempo à preparação de novos materiais e equipamentos, sendo exigida a estes profissionais uma grande capacidade de improviso e agilidade. Pode acontecer quando um doente está marcado para ser intervencionado, mas que acaba por ser recusado por razões diversas, como por exemplo: complicações súbitas no seu estado de saúde, falta de vaga na Unidade de Cuidados Intensivos, falta de material necessário ao procedimento, inexistência de hemoderivados, entre outras situações. Estas situações obrigam os enfermeiros, num curto espaço de tempo, a preparar novo material para a próxima intervenção, o que de alguma forma origina tensão;
- **Deficiências no equipamento e seu funcionamento:** avarias em equipamentos indispensáveis à cirurgia, como o bisturi eléctrico, a mesa operatória, o ventilador, entre outros, que obrigam o enfermeiro a actuar de forma rápida e eficiente. A situação pode complicar-se quando acontece pela primeira vez e não se conhece minimamente o funcionamento dos aparelhos e materiais;
- **Conflitos de personalidade:** isto acontece pelo número elevado de elementos que constituem a equipa multidisciplinar do bloco operatório, funcionando o enfermeiro como elo de ligação, sofrendo quase sempre as consequências;
- **Factores ambientais:** inclui o vestuário próprio que tem de ser utilizado (barrete e máscara cirúrgica), pouca ou nenhuma luz natural, utilização de gases anestésicos, radiações (prejudiciais à saúde), exposição ao barulho, diferenças de temperatura, risco de contaminação, grandes períodos de permanência em pé, muitas horas em silêncio e falta de comunicação com os colegas de outros serviços (isolamento em relação ao exterior).

Outras investigações realizadas por Moss (1989) citado por Martins (2004), sugerem que os enfermeiros perioperatórios sofrem de stress moderado, apresentando como situações indutoras de stress: *cirurgias ofensivas, falta de formação específica na área de enfermagem perioperatória, materiais que não estão disponíveis quando são precisos, elementos preguiçosos na equipa, equipamento sujo, paragens cardíaco-respiratórias durante o procedimento anestésico ou cirúrgico, várias emergências ao mesmo tempo, problemas relacionados com a profissão de enfermagem, turnos de trabalhos intensos, muitas horas de prevenção e stress relacionado com os constantes avanços da tecnologia e procedimentos.*

Num estudo relacionado com o stress ocupacional a que os enfermeiros operatórios estão sujeitos, desenvolvido por Schmidt et al. (2009) mencionado por Ferreira (2010), constatou-se que se deveria atribuir maior atenção à saúde dos enfermeiros, pois 84% destes profissionais encontravam-se stressados face à alta exposição do trabalho.

Cada elemento da equipa multidisciplinar possui ideais, objectivos e uma personalidade própria, pelo que o stress inerente ao trabalho desenvolvido no BO pode influenciar negativamente o seu relacionamento e desempenho profissional com os outros elementos, levando ao aparecimento de *Burnout* (Fonseca, 2007).

### 4.3. *Burnout* nos Enfermeiros Perioperatórios

O *burnout* tem sido alvo de várias investigações um pouco por todo o mundo, inclusive em Portugal.

A primeira definição deste conceito aplicada à área da saúde atribui-se a Freudenberg, psicanalista norte-americano. Este adoptou o termo para contextos de saúde referindo-se ao *burnout* como um estado mental de exaustão que leva o indivíduo a experimentar uma perda gradual de emoções, de motivação e empenho.

Em termos latos, podemos dizer que o *burnout* é um estado de esgotamento, traduzido por fadiga física e mental, caracterizado por um conjunto de estratégias adoptadas pelos indivíduos, como afastamento e desumanização que alteram o seu comportamento no local de trabalho (Landeiro, 2011).

De acordo com Vara (2007), a definição mais aceite pela maioria dos investigadores é a de Maslach e Jackson (1986) que o conceptualizam como cansaço emocional que leva a uma perda da motivação e que progride para sentimentos de inadequação e fracasso. Para Maslach, Jackson e Leiter (1996) referidos por Vara (2007), os profissionais que passam muito tempo envolvidos intensamente com outras pessoas e cuja interacção profissional-cliente se centra nos problemas (psicológicos, sociais ou físicos) do segundo, tendem a sentir raiva, embaraço, medo ou desespero. Isto verifica-se porque nem sempre as soluções para tais problemas são óbvias ou facilmente obtidas, aumentando a ambiguidade e a frustração.

Maslach e Jackson (1986), consideram que o *burnout* tem uma configuração multidimensional e é por isso constituído por três dimensões: *exaustão emocional*, *despersonalização pessoal* e *redução da realização pessoal*.

Segundo Queirós (2005) descrito por Landeiro (2011) o sujeito sente uma ***exaustão emocional*** que se faz acompanhar de um estado de esgotamento físico, caracterizado pela sensação de que não pode dar mais de si aos outros em situações em que os recursos emocionais parecem estar esgotados.

A ***despersonalização*** é a peça chave da tríade do *burnout* no contexto das profissões de assistência, uma vez que a exaustão emocional e a redução da realização pessoal também se encontram noutros síndromes depressivos. Este fenómeno surge da necessidade que o indivíduo sente de se proteger dos sentimentos negativos que o rodeiam, levando-o a isolar-se e a evitar relações interpessoais, bem como a emitir uma atitude fria e despersonalizada para com os clientes/utentes e colegas de trabalho. Nesta sequência, adopta o cinismo, o distanciamento e recorre a termos depreciativos para se referir aos outros, atribuindo-lhes a culpa das suas frustrações. Parece haver um decréscimo de simpatia e respeito pelos outros e um aumento de respostas impessoais e desumanização das atitudes e sentimentos no relacionamento interpessoal, Queirós (2005) citado por Landeiro (2011).

A ***redução da realização pessoal*** manifesta-se por perda do sentimento de competência e idoneidade profissional, desmotivação, abandono de tarefas e do trabalho levando à diminuição das expectativas pessoais implicando uma auto avaliação negativa onde se inclui a não aceitação de si próprio, assim como sentimentos de fracasso e baixa auto-estima, Maslach (1982) citado por

Vara (2007). As vítimas de *burnout* relatam com frequência insatisfação com o seu trabalho, o seu modo de vida e baixo auto-conceito.

De acordo com Vargas (2010) o *burnout* é considerado uma característica das profissões de ajuda, daqueles cujo núcleo central do seu trabalho é prestar serviços humanos e trabalhar com pessoas. O contacto directo e prolongado com a doença, a dependência, a morte e particularmente o sofrimento crónico são esgotantes para estes profissionais.

O trabalho dos profissionais de ajuda, mais especificamente o de enfermagem, pressupõe três características fundamentais:

- Grande esforço mental e físico;
- Contínuas interrupções e reorganização das tarefas, com agravamento do nível de carga e de esforço mental;
- Relação com pessoas em situação de extrema ansiedade e sofrimento.

Este tipo actividade pode conduzir a graves problemas emocionais, já que o sofrimento do doente afecta também, de algum modo os profissionais.

Segundo esta autora, o BO devido ao alto nível tecnológico que apresenta, e à especificidade de funções que exige, é um local privilegiado ao aparecimento de momentos de confusão, stress, tensões emocionais e relacionais que levam ao aparecimento de *burnout*.

Num estudo realizado por Cruz (2004), observou-se que os enfermeiros perioperatórios estabelecem o confronto diário com situações de doença, angústia e morte, associadas ao trabalho por turnos, situações de urgência/emergência que requerem da equipa de enfermagem, uma atenção contínua devido à complexidade dos cuidados, criando nos enfermeiros situações de angústia e ansiedade que posteriormente levam à exaustão.

**PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO**

*Gestão do Stress em Enfermeiros Perioperatórios*

## **CAPÍTULO I. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

A investigação científica surge como um processo sistemático que nos permite examinar fenómenos com vista à obtenção de respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis: é sistemático, rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos, efectuando-se de uma forma ordenada, seguindo uma série de etapas, Fortin (2009).

Ao longo deste capítulo será descrita a metodologia que foi desenvolvida para atingir os objectivos anteriormente propostos. Esta será apresentada através de um conjunto de sub-capítulos, entre os quais, identificação do problema, justificação do tema, tipo de estudo, objectivos, variáveis em estudo, hipóteses de investigação, população e amostra e instrumento de recolha de dados.

### **Questão de Investigação**

Segundo a problemática que pretendemos estudar, formulamos a seguinte questão de investigação: *“Qual o nível de stress nos enfermeiros perioperatórios da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro?”*

### **Justificação do Tema**

Uma vez que a nossa actividade enquanto enfermeiros se desenvolve desde a conclusão do curso de Licenciatura num Bloco Operatório, foi-nos permitido ao longo deste período, observar inúmeros conflitos entre os vários profissionais que interagem diariamente e que compõe a equipa multidisciplinar perioperatória. Muitas vezes, estes conflitos geram momentos de tensão que são responsáveis por momentos carregados de stress.

Embora a visão social, quer dos enfermeiros quer dos médicos seja valorizada, existem diferenças enquanto grupos profissionais. Se por um lado, o enfermeiro é visto à luz da sociedade em geral, como mero executor de prescrições médicas, ao médico é-lhe reconhecida uma actuação independente, o que na realidade, não acontece. Tanto assim é, que o Bloco Operatório se constitui como o único serviço de um Hospital do qual fazem parte (respeitante ao centro de custos) apenas enfermeiros e assistentes operacionais. Todos os restantes profissionais que lá actuam, são externos a este serviço, deslocando-se lá pontualmente, por curtos períodos, aquando da realização de cirurgias, quer sejam de carácter programado, urgente ou emergente.

Neste contexto, o enfermeiro perioperatório assume o poder de ser “dono e senhor do espaço”, dos materiais e dos meios técnicos tendo também ele uma palavra a dizer,

depreendendo-se daqui que as relações de poder entre estes dois grupos profissionais podem levar de certa forma à ocorrência de conflitos que podem ser geradores de stress.

Optamos assim, por dirigir o nosso estudo aos enfermeiros, já que estes durante a sua prática clínica estabelecem grande número de interacções intra e interprofissionais, das quais resultam momentos carregados de stress que de certa forma podem comprometer a prestação de cuidados ao doente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica.

Pelo atrás descrito, parece-nos ser o Bloco Operatório, um local de eleição para um estudo deste tipo, já que tratando-se do nosso local de trabalho, permitiu-nos estar informados relativamente à problemática em causa e conhecer os comportamentos dos intervenientes perante as situações vivenciadas.

### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo não experimental, de carácter quantitativo e correlacional, num plano transversal.

### **Objectivos do Estudo**

Delineamos os seguintes objectivos:

- Descrever as fontes geradoras de stress nos enfermeiros perioperatórios;
- Avaliar o nível de stress na amostra seleccionada;
- Verificar a existência de relação entre o nível de *Burnout* e o nível de stress experienciado pelos enfermeiros perioperatórios;
- Conhecer a relação entre as estratégias de *coping* adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios e o nível de stress vivenciado pelos mesmos;
- Avaliar a existência de relação entre as variáveis sócio-demográficas e profissionais e o nível de stress experimentado pelos enfermeiros perioperatórios.

### **Variáveis em Estudo**

Em investigação, variável é qualquer coisa que seja observável, mensurável, que pode ser susceptível de mudança. As variáveis na investigação constituem um elemento central, pois é à volta destas que a investigação se estrutura.

Segundo Ribeiro (2010) variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades e é o oposto a uma constante.

De seguida serão apresentadas as variáveis em estudo com o objectivo de facilitar a interpretação das hipóteses formuladas no sub-capítulo seguinte.

### *Variáveis Independentes*

A variável independente ou explicativa mantém-se a si própria, podendo ser manipulada pelo investigador. Também chamada de variável experimental é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente, Fortin (2009).

Consideramos para este estudo como variáveis independentes: as variáveis sócio-demográficas e profissionais; a satisfação no trabalho; o nível de *Burnout* e as estratégias de *coping* adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios.

O nível de *Burnout* foi operacionalizado segundo a escala *Maslach Burnout Inventory* (1986) e o *Coping* através do Inventário de Resolução de Problemas de Adriano Vaz Serra (1987).

### *Variável Dependente*

A variável dependente não pode existir por si só. Está sempre sujeita a outra variável, variando pela acção da variável independente. É o efeito e geralmente aparece em segundo lugar na hipótese, sendo a que sofre o efeito da variável independente, tratando-se portanto do resultado predito pelo investigador, Fortin (2009).

Neste sentido, a variável dependente no presente estudo é o *nível de stress nos enfermeiros perioperatórios*.

Esta variável relaciona-se com os níveis de pressão causados pelo trabalho e foi operacionalizada segundo a escala *Nurse Stress Index* de Harris de 1989 já aplicada a enfermeiros perioperatórios portugueses por Cruz (2001), num estudo que pretendia avaliar o stress destes profissionais em contexto de Bloco Operatório na Região Autónoma dos Açores.

### **Hipóteses de Investigação**

O papel fundamental da hipótese na pesquisa é sugerir explicações para os factos. Tal como a questão de investigação, a hipótese tem em conta as variáveis-chave e a população alvo, tratando-se de um enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica, Fortin (2009).

Identificado e definido o problema que se pretende estudar, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

- **H<sub>1</sub>:** *Existe relação entre o nível de Burnout e o nível de stress experienciado pelos enfermeiros perioperatórios.*
- **H<sub>2</sub>:** *Existe relação entre as estratégias de coping adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios e o nível de stress experienciado pelos mesmos.*
- **H<sub>3</sub>:** *Existe relação entre a satisfação no trabalho no Bloco Operatório e o nível de stress experienciado pelos enfermeiros perioperatórios.*

- **H<sub>4</sub>:** *Existem diferenças nas médias do nível de stress dos enfermeiros perioperatórios, obtidas nas variáveis sócio-demográficas: género e unidade hospitalar.*
- **H<sub>5</sub>:** *Existem diferenças nas médias do nível de stress percebido pelos enfermeiros perioperatórios nas variáveis sócio-profissionais, nomeadamente a escolha de colocação no Bloco Operatório.*

### **População e Amostra**

Na realização de uma investigação, é necessário determinar o universo ou população, onde o investigador irá testar as suas hipóteses e confirmar ou não, a relação que estabelece com as variáveis. Para Fortin (2009), uma população consiste num conjunto de elementos ou indivíduos que partilham características comuns.

De acordo com os objectivos deste estudo, definiu-se como população alvo, todos os enfermeiros perioperatórios da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro, da qual fazem parte os enfermeiros que exercem funções nos Blocos Operatórios da Unidade Local de Saúde do Nordeste: Unidade de Bragança, Unidade de Macedo de Cavaleiros e Unidade de Mirandela. É ainda constituída pelos enfermeiros perioperatórios dos Blocos Operatórios do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro: Unidade de Chaves, Unidade de Vila Real e Unidade de Lamego.

Uma vez delimitada a população, nem sempre é possível reunir informações sobre cada elemento que compõe essa mesma população. Assim, utiliza-se uma amostra que deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada, já que a amostra é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo, Fortin (2009).

Desta forma, da população de 108 enfermeiros perioperatórios pertencentes às duas Instituições Hospitalares, a amostra seleccionada para o nosso estudo correspondeu a 81 enfermeiros perioperatórios, obtendo-se um erro amostral de 5,5% para um grau de confiança de 95%.

Tratou-se assim, de uma amostra probabilística, em que cada um dos indivíduos tem probabilidade igual de ser incluído no estudo.

Na Tabela 1, está apresentada a População e a Amostra por Blocos Operatórios pertencentes às instituições hospitalares onde foi realizado o estudo. Pela sua análise podemos observar que relativamente à população em estudo e à amostra obtida, dos questionários não devolvidos, dezanove (19) não foram entregues pelos indivíduos em estudo, correspondendo a onze (11) questionários ao BO de Vila Real, seis (6) ao BO de Chaves e dois (2) ao BO de Mirandela.

Dos restantes, oito (8) questionários foram entregues pelos inquiridos mas não foram validados por nós, em virtude de os mesmos se encontrarem em branco ou preenchidos incorrectamente, os mesmos pertenciam ao BO de Mirandela.

Relativamente aos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos no estudo, estabeleceu-se como critério de inclusão todos os enfermeiros que exercem funções nos Blocos Operatórios das referidas instituições e como critério de exclusão, todos os enfermeiros chefes ou enfermeiros responsáveis pelo serviço, já que estes seriam facilmente identificados.

Tabela 1

*Instituições e Blocos Operatórios envolvidos no estudo*

Instituições envolvidas no estudo	Blocos Operatórios	População	Participantes	Questionários não devolvidos	Questionários não validados
<b>Unidade Local de Saúde do Nordeste</b>	Bloco Operatório de Bragança	16	16	-	-
	Bloco Operatório de Macedo de Cavaleiros	8	8	-	-
	Bloco Operatório de Mirandela	13	3	2	8
<b>Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro</b>	Bloco Operatório de Chaves	21	15	6	-
	Bloco Operatório de Vila Real	44	33	11	-
	Bloco Operatório de Lamego	6	6	-	-
<b>TOTAL</b>		<b>108</b>	<b>81</b>	<b>19</b>	<b>8</b>

### 1.1. Descrição dos Instrumentos de Recolha de Dados Utilizados

Barañano (2004) refere que a escolha do método de recolha de dados constitui um passo importante numa investigação e depende de vários aspectos: o tipo de questões de investigação enunciadas, o grau de controlo que o investigador tem sobre os eventos que irão ser observados e do facto do foco da investigação estar dirigido a eventos contemporâneos ou a factos históricos.

Tendo em conta a metodologia científica e os objectivos do estudo optamos por utilizar um Instrumento de Recolha de dados constituído por duas partes baseando-nos num estudo realizado por Cruz (2001) relativo ao Desgaste Profissional em Enfermeiros do BO da Região Autónoma dos Açores (Anexo III).

Na primeira parte do Instrumento de Recolha de Dados são realizadas questões relativas à Caracterização Sócio-Demográfica e Profissional; questões que estão relacionadas com a actividade de enfermagem no Bloco Operatório e Stress e uma questão que diz respeito à Satisfação no Trabalho, constituída por cinco perguntas, cotadas de 1 a 5, numa escala ordinal tipo *Likert* de 5 pontos, apresentando valores mínimos teóricos de 5, valores máximos teóricos de 25 e valores médios teóricos de 15 pontos.

Numa segunda parte do Instrumento de Recolha de Dados foram utilizadas três escalas: a *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach e Jackson (1986); a escala de Potenciais Fontes de Stress, adaptada e traduzida de *Nurse Stress Index* de Harris de 1989 e o Inventário de Resolução de Problemas de Adriano Vaz Serra (1987).

A seguir serão descritas as qualidades psicométricas de cada uma das escalas utilizadas como Instrumentos de Recolha de Dados no nosso estudo.

### **A. Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Para avaliar o nível de *Burnout*, Maslach e Jackson (1986) elaboraram um instrumento de medida de vinte e dois (22) itens, agrupados em **três dimensões** que avaliam diferentes aspectos, sob a forma de afirmações, que se referem às atitudes, emoções e sentimentos que o enfermeiro sente em relação ao seu trabalho ou aos seus doentes. Estes itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 7 pontos, entre 0 e 6, de tal maneira que 0 supõe que o evento em questão nunca acontece e 6 acontece todos os dias, sendo possível obter valores mínimos teóricos de 0 pontos, máximos teóricos de 132 pontos e uma média teórica de 66 pontos.

A dimensão **Exaustão Emocional** (EE), é entendida como uma situação em que os profissionais sentem que não podem dar mais de si mesmos a nível afectivo. Trata-se de uma situação de esgotamento de energia e dos recursos emocionais próprios, reflectindo-se numa experiência de estar emocionalmente exausto devido ao contacto diário com as pessoas que são o seu objecto de trabalho, Gil-Monte (2006).

É constituída por 9 itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), podendo pontuar de 0 a 54 pontos. Uma pontuação elevada nesta dimensão indica que o indivíduo está a suportar uma tensão para além dos seus limites.

A dimensão **Despersonalização** (D), pode ser definida como o desenvolvimento de atitudes e sentimentos negativos para com pessoas a quem são destinados os cuidados. Estas pessoas são vistas pelos profissionais de forma desumanizada devido a um recalçamento afectivo, culpando os próprios doentes pela manifestação da sua doença, Gil-Monte (2006).

É composta por 5 itens (5, 10, 11, 15 e 22), pontuando de 0 a 30 pontos. Uma pontuação elevada indica que o sujeito tende a distanciar-se dos outros e a pensar neles como objectos.

A dimensão **Realização Pessoal** (RP), diz respeito à falta de realização pessoal no trabalho, definindo-se como a tendência negativa que os profissionais têm para avaliar a sua capacidade para realizar o trabalho e relacionar-se com as pessoas que atendem, quer sejam doentes, quer familiares. Os profissionais sentem-se descontentes consigo mesmo e insatisfeitos com os seus resultados laborais. Consiste em 8 itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) que pontuam de 0 a 48 pontos. Uma pontuação elevada nesta sub escala, indica que o indivíduo considera que vale a pena executar o seu trabalho e que o está a realizar de uma forma digna, já que esta possui um *score* contrário relativamente às outras duas dimensões, Gil-Monte (2006).

Assim, um nível baixo de *Burnout* reproduz-se em *scores* baixos nas dimensões Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (D) e *scores* elevados na Realização Pessoal (RP). Um nível médio de *Burnout* é representado por valores médios nos *scores* das três dimensões, já um valor alto de *Burnout* apresenta valores altos nos *scores* das dimensões Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (D) e valores baixos nos *scores* da dimensão Realização Pessoal (RP).

Pela análise da Tabela 2, podemos observar a distribuição das dimensões do MBI, os respectivos itens que constituem cada dimensão, assim como os valores mínimos, máximos e média teórica para cada dimensão e para o MBI Total.

Tabela 2

Valores Mínimos, Máximos e Média Teórica para o MBI Total e respectivas Dimensões

MBI	Itens	Mínimo Teórico	Máximo Teórico	Média Teórica
<i>MBI Total</i>	1 a 22	0	132	66
<i>Exaustão Emocional (EE)</i>	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20	0	54	27
<i>Despersonalização (D)</i>	5, 10, 11, 15 e 22	0	30	15
<i>Realização Pessoal (RP)</i>	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21	0	48	24

Relativamente aos pontos de corte do MBI, apresentamos na Tabela 3 os dados normativos para as profissões relacionadas com a Medicina, segundo Matos, Vega e Urdániz (1999).

Tabela 3

Pontos de corte do MBI para as profissões relacionadas com a Medicina

Profissões	Dimensões	Scores do MBI		
		Baixo	Médio	Alto
Relacionadas com a Medicina	<i>Exaustão Emocional (EE)</i>	≤18	19-26	≥ 27
	<i>Despersonalização (D)</i>	≤ 5	6-9	≥ 10
	<sup>10</sup> <i>Realização Pessoal (RP)</i>	≥ 40	34-39	≤ 33

Fonte: Matos, Vega e Urdániz (1999)

No sentido de avaliar a consistência interna deste inventário foi calculado o coeficiente de *alpha de Cronbach* para para cada uma das três dimensões assim como para o MBI Total, no qual se obteve um valor de 0,82, o que sugere uma Boa consistência interna deste inventário, Tabela 4.

Tabela 4

Consistência Interna do MBI Total e suas Dimensões

MBI	α Cronbach	
	Neste Estudo	Maslach & Jackson (1981)
<i>MBI Total</i>	0,82	0,82
<i>Exaustão Emocional (EE)</i>	0,86	0,80
<i>Despersonalização (D)</i>	0,34	0,64
<i>Realização Pessoal (RP)</i>	0,80	0,60

<sup>10</sup> Esta dimensão apresenta os itens invertidos, ou seja, valores mais baixos significam menor sentimento de realização pessoal.

### B. Nurse Stress Index (NSI)

O Nurse Stress Index (NSI) é um questionário de 30 itens traduzido e adaptado por Flores (1999) a partir dos trabalhos desenvolvidos numa primeira fase por Harris, Hingley e Cooper em 1986 e numa segunda fase por Harris em 1989.

Este questionário identifica rapidamente os factores de stress em enfermeiros, medindo o grau de pressão que cada situação é capaz de transmitir à pessoa inquirida através de uma escala de tipo *Likert* de 5 pontos: 5 (Muita Pressão), 4 (Bastante Pressão), 3 (Moderada Pressão), 2 (Pouca Pressão) e 1 (Nenhuma Pressão), apresentando valores mínimos teóricos de 30, valores máximos teóricos de 150 e médias teóricas de 90 (Tabela 5).

Tabela 5

*Níveis Mínimos, Máximos e Média Teórica para a variável NSI*

Variável	Mínimo Teórico	Máximo Teórico	Média Teórica
NSI Total	30	150	90

O autor distinguiu 6 sub escalas, que correspondem às fontes potenciais de stress na enfermagem hospitalar. Cada uma delas consistiu em 5 itens que identificam as cinco situações indutoras de stress, mais representativas para a população em estudo. Para evitar enviesamentos, a disposição dos itens no questionário, foi feita de modo a não ser possível identificar as sub escalas, conforme se pode observar pela Tabela 6.

A diferença entre a Carga de Trabalho 1 (Quantitativa) e a Carga de Trabalho 2 (Qualitativa), tem a ver com a natureza do trabalho; enquanto que a primeira (Quantitativa) avalia o grau de pressão da sobrecarga física resultante do trabalho sobre pressão, a segunda (Qualitativa) avalia o grau de pressão resultante da necessidade de adaptação às exigências em constante mutação, impostas pela carga de trabalho.

Tabela 6

*Identificação das sub escalas do NSI e respectivos itens*

Sub Escalas do NSI	Foro	Itens
I – Carga de Trabalho 1 (Quantitativa)	Organizacional e Gestão	1, 7, 13, 19, 25
II – Carga de Trabalho 2 (Qualitativa)	Organizacional e Gestão	2, 8, 14, 20, 26
III – Clima Organizacional	Organizacional e Gestão	3, 9, 15, 21, 27
IV – Lidar com doentes e família	Clínico e Pessoal	4, 10, 16, 22, 28
V – Conflito casa/trabalho	Clínico e Pessoal	5, 11, 17, 23, 29
VI – Papel na Organização	Organizacional e Gestão	6, 12, 18, 24, 30

Fonte: Flores (1999)

Flores (1999) aferiu a fiabilidade interna do questionário referente aos 30 itens, utilizando uma amostra de 46 indivíduos, através do cálculo do *alpha de Cronbach*, para o qual obteve o valor de 0,855, o que pode ser considerado muito bom.

Para a nossa amostra, segundo a Tabela 7, foram calculados os valores de *alpha de Cronbach* para o NSI Total e respectivas sub escalas, tendo-se obtido um valor de 0,94 para o NSI Total, o que demonstra uma Muito Boa consistência interna da escala.

Tabela 7

*Consistência Interna do NSI Total e sub escalas*

NSI e Sub Escalas	$\alpha$ Cronbach	
	Neste Estudo	Itens
NSI Total	0,94	30
I – Carga de Trabalho 1 (Quantitativa)	0,73	5
II – Carga de Trabalho 2 (Qualitativa)	0,66	5
III – Clima Organizacional	0,66	5
IV – Lidar com doentes e família	0,75	5
V – Conflito casa/trabalho	0,72	5
VI – Papel na Organização	0,74	5

Os acontecimentos indutores de stress na profissão de enfermagem são classificados segundo o grau obtido, conforme se pode observar na Tabela 8, onde estão referenciados os pontos de corte do NSI, segundo Flores (1999).

Tabela 8

*Pontos de Corte do NSI*

Grau de Pressão	Score
<i>Muito stressante</i>	$\geq 3,50$
<i>Stressante</i>	$> 2,50$ e $< 3,50$
<i>Nada stressante</i>	$\leq 2,50$

Fonte: Flores (1999)

### C. Inventário de Resolução de Problemas (IRP)

Com a finalidade de se fazer uma avaliação individual das estratégias de *coping* de cada um dos elementos da amostra, foi utilizado o Inventário de Resolução de Problemas (IRP) elaborado por Vaz Serra em 1987. Este inventário, trata-se de um instrumento de auto-avaliação que pretende medir as reacções dos indivíduos a três situações específicas diferentes: de *ameaça*, de *dano* e de *desafio* que podem acontecer a qualquer pessoa na sua vida quotidiana, com consequências susceptíveis de se arrastarem no tempo e de envolverem aspectos interpessoais.

Através de respostas que o indivíduo dá, este instrumento procura avaliar as estratégias de *coping* que usualmente utiliza para lidar com problemas da sua vida de todos os dias (Serra, 2011).

Trata-se de uma escala unidimensional do tipo *Likert* de 5 pontos, de tal forma que quanto mais elevada é a pontuação obtida, mais eficazes são as estratégias de *coping*. As respostas às diferentes situações são dadas através de 40 itens, que representam três aspectos importantes relacionados com o stress: **estratégias globais de coping, mecanismos redutores de estados de tensão e disposições permanentes da personalidade**. Os itens 3, 8, 15, 17, 26, 31, 32, 33, 34, 36 e 40 encontram-se cotados de 1 a 5, da esquerda para a direita. No sentido inverso, encontram-se os restantes itens, cujas pontuações são revertidas de forma a que uma pontuação mais elevada exprima sempre uma estratégia de *coping* mais eficaz.

Depois de uma análise factorial dos 40 itens, após uma rotação varimax, efectuada numa amostra de 692 elementos, o autor distinguiu 9 factores diferentes que são explicativos de 51,7% da variância total.

Os diversos factores foram designados em função do que pareciam significar, nomeadamente:

- F<sub>1</sub> – Pedido de Ajuda;
- F<sub>2</sub> – Confronto e resolução activa dos problemas;
- F<sub>3</sub> – Abandono passivo da situação;
- F<sub>4</sub> – Controlo interno/externo dos problemas;
- F<sub>5</sub> – Estratégias de controlo das emoções;
- F<sub>6</sub> – Atitude activa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências;
- F<sub>7</sub> – Agressividade internalizada/externalizada;
- F<sub>8</sub> – Auto-responsabilização e medo das consequências;
- F<sub>9</sub> – Confronto com os problemas e planificação das estratégias.

Na Tabela 9, estão identificados os factores distinguidos por Serra, no seu estudo realizado em 1987 e os respectivos itens que compõem cada factor.

Tabela 9

*Identificação dos factores distinguidos por Serra e respectivos itens*

IRP- Factores Distinguidos por Serra	Itens que compõem cada Factor
F <sub>1</sub> Pedido de Ajuda	5, 11, 18, 20, 26
F <sub>2</sub> Confronto e resolução activa dos problemas	21, 31, 32, 33, 34, 36, 40
F <sub>3</sub> Abandono passivo da situação	1, 2, 7
F <sub>4</sub> Controlo interno/externo dos problemas	6, 12, 14, 30, 35, 37, 38, 39
F <sub>5</sub> Estratégias de controlo das emoções	23, 24, 25, 29
F <sub>6</sub> Atitude activa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências	3, 8, 9, 13
F <sub>7</sub> Agressividade internalizada/externalizada	27, 28
F <sub>8</sub> Auto-responsabilização e medo das consequências	4, 10, 16, 19
F <sub>9</sub> Confronto com os problemas e planificação das estratégias	15, 17, 22

Fonte: Serra (1988)

Através da análise da Tabela 10, é possível observar os valores mínimos, máximos e média teórica obtidos para a nossa amostra relativa à variável IRP Total e respectivos factores.

Tabela 10

*Valores Mínimos, Máximos e Média Teórica para a variável IRP e respectivos factores*

IRP	Mínimo Teórico	Máximo Teórico	Média Teórica
IRP Total	40	200	120
IRP_F1	5	25	15
IRP_F2	7	35	21
IRP_F3	3	15	9
IRP_F4	8	40	24
IRP_F5	4	20	12
IRP_F6	4	20	12
IRP_F7	2	10	6
IRP_F8	4	20	12
IRP_F9	3	15	9

Tendo em conta os valores normativos para o IRP Total (M=153,828; DP=16,40) propostos por Vaz Serra (1988), consideram-se mecanismos de *coping* menos eficazes, para valores inferiores à média, razoáveis mecanismos de *coping* para valores idênticos à média e mecanismos de *coping* eficazes para valores superiores à média.

A consistência interna da escala foi avaliada pela determinação do coeficiente de Spearman-Brown, para o qual Serra (1988) obteve um valor igual a 0,860.

Segundo a Tabela 11, foram calculados os valores de *alpha de Cronbach* para o IRP Total e respectivos factores distinguidos pelo autor, obtendo-se um valor de 0,71 para o IRP Total, o que demonstra uma Razoável consistência interna da escala.

Tabela 11

*Consistência Interna do IRP Total e respectivos factores distinguidos por Serra (1988)*

IRP- Factores Distinguidos por Serra	$\alpha$ Cronbach	
	Neste Estudo	Itens
IRP Total	0,71	40
F <sub>1</sub> Pedido de Ajuda	0,74	5
F <sub>2</sub> Confronto e resolução activa dos problemas	0,61	7
F <sub>3</sub> Abandono passivo da situação	0,61	3
F <sub>4</sub> Controlo interno/externo dos problemas	0,42	8
F <sub>5</sub> Estratégias de controlo das emoções	0,67	4
F <sub>6</sub> Atitude activa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências	0,57	4
F <sub>7</sub> Agressividade internalizada/externalizada	0,66	2
F <sub>8</sub> Auto-responsabilização e medo das consequências	0,44	4
F <sub>9</sub> Confronto com os problemas e planificação das estratégias	0,16	3

## 1.2. Procedimento de Recolha de Dados e Aspectos Éticos

Os aspectos éticos são decisivos em investigação já que sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa, Ribeiro (2010).

Qualquer investigação efectuada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais que a própria escolha do tipo de investigação, determina directamente a natureza dos problemas que se podem colocar, Fortin (2009).

Para que fosse possível a aplicação do instrumento de recolha de dados, foram elaborados por escrito pedidos de autorização aos Conselhos de Administração da Unidade Local de Saúde do Nordeste (Anexo I) e Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (Anexo II).

Após aprovação e antes de se proceder à recolha dados, foram tidos em consideração alguns aspectos éticos. Foram contactados os enfermeiros chefes de cada serviço, no sentido de os elucidar acerca dos objectivos e relevância do estudo e agendado um dia em que os mesmos tivessem disponibilidade para nos receber. Foi também garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados sendo a participação no estudo de carácter voluntário por parte de cada um dos envolvidos, já que não lhes era pedido o seu nome aquando do preenchimento do instrumento de recolha de dados.

A fim de recolher os dados, foram distribuídos 108 questionários pelos seis Blocos Operatórios em estudo, no sentido de abranger toda a população envolvida.

Agendada a data, procedeu-se à entrega dos questionários em envelopes individuais aos enfermeiros chefes ou responsáveis dos Blocos Operatórios das respectivas instituições. Estes, por sua vez distribuíram-nos aos enfermeiros perioperatórios que após o seu preenchimento selaram o envelope colocando-o numa caixa fechada deixada pelos investigadores em cada Bloco Operatório.

Após as formalidades relativas aos pedidos de autorização, procedeu-se à recolha de dados no período compreendido entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2012.

### 1.3. Modelo de Análise e Tratamento de Dados

Depois de efectuada a recolha de dados, estes foram analisados e interpretados. Os dados obtidos através do instrumento de recolha de dados foram codificados e registados numa base de dados através do programa informático SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 19.0 para Windows.

Os dados serão apresentados através de tabelas e figuras onde omitimos as respectivas fontes, pelo facto de todos os dados apresentados terem sido obtidos através do Instrumento de Recolha de Dados do nosso estudo de investigação, já referenciado no decorrer do trabalho.

Em função das questões e dos objectivos do estudo, foram calculadas as frequências absolutas (n), as frequências relativas (%) para as variáveis qualitativas e a média e desvio padrão (D.P.) para as variáveis quantitativas.

A consistência interna de cada escala utilizada no instrumento de recolha de dados foi avaliada pelo  $\alpha$  de Cronbach.

O nível de significância estatístico adoptado foi de 5%.

O estudo da normalidade das distribuições, para as variáveis quantitativas, foi realizado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov para amostras com  $n \geq 30$  ou pelo teste de Shapiro-Wilk para amostras com  $n < 30$ . As variáveis com valor de prova igual ou inferior a 5% foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com valor de prova superior a 5% foram consideradas com distribuição normal.

O estudo da correlação entre variáveis foi efectuado pelo coeficiente de correlação de *Pearson*. A interpretação da magnitude da correlação foi efectuada pelos intervalos de Pestana e Gageiro (2005)<sup>11</sup>.

Para comparar a média de duas amostras independentes, recorreu-se ao teste paramétrico *t de Student*.

---

<sup>11</sup> Correlação: > 0,19 Muito Fraca; 0,20 a 0,39 Fraca; 0,40 a 0,69 Moderada; 0,70 a 0,89 Forte; 0,90 a 1 Muito Forte, Pestana & Gageiro (2005).

## CAPÍTULO II. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, será realizada a apresentação descritiva e análise dos resultados, sendo a discussão dos mesmos apresentada no capítulo seguinte

Depois de tratados os dados informaticamente, segue-se a sua análise utilizando a estatística inferencial que visa avaliar a relação existente entre as variáveis dependente e independentes, permitindo dar resposta à questão de investigação enunciada e verificação das hipóteses formuladas.

### 2.1. Análise Descritiva dos Dados

#### ✓ *Caracterização Sócio-Demográfica*

Nas Tabelas 12 e 13 apresentam-se as principais características sócio demográficas dos participantes no estudo.

Relativamente à variável *Bloco Operatório onde exerce funções*, verificamos que 40,7% dos enfermeiros inquiridos pertencem ao BO da unidade de Vila Real do CHTMAD, 19,8% correspondem ao BO da unidade de Bragança da ULSNE, seguindo-se o BO da unidade de Chaves do CHTMAD com 18,5%, o BO da unidade de Macedo de Cavaleiros da ULSNE com 9,9%, o BO da unidade de Lamego do CHTMAD com 7,4% e por fim o BO da unidade de Mirandela da ULSNE com 3,7%.

No que concerne à variável *Género*, constatamos que os inquiridos são maioritariamente constituídos por elementos do género feminino (74,1%).

Quanto ao *Estado Civil*, observamos que na generalidade são casado ou a vivem em união de facto (81,5%), seguida do estado civil de Solteiro (13,6%) e somente 4,9% referem ser divorciados ou estar separados.

No que diz respeito à variável *Habilitações Académicas*, apuramos que 91,4% são Licenciados, somente 2,5% possuem como habilitação académica o 12º Ano, Bacharelato ou são detentores de um Doutoramento. Dos restantes, apenas 1,2% refere possuir Mestrado.

Tabela 12

*Características Sócio-Demográficas (1)*

<b>Variáveis Sócio-Demográficas (n=81)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bloco Operatório onde exerce funções</b>		
ULSNE – Bragança	16	19,8
ULSNE – Macedo de Cavaleiros	8	9,9
ULSNE – Mirandela	3	3,7
CHTMAD – Vila Real	33	40,7
CHTMAD – Chaves	15	18,5
CHTMAD – Lamego	6	7,4
<b>Género</b>		
Feminino	60	74,1
Masculino	21	25,9
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro/a	11	13,6
Casado/a ou em união de facto	66	81,5
Divorciado/a ou separado/a	4	4,9
<b>Habilitações Académicas</b>		
12º Ano	2	2,5
Bacharelato	2	2,5
Licenciatura	74	91,4
Mestrado	1	1,2
Doutoramento	2	2,5

De acordo com a Tabela 13, concluímos que a *Idade* da amostra corresponde a um mínimo de 27 anos e a um máximo de 59 anos, sendo a média de idades de 43,15 anos com desvio padrão de 7,272 anos.

Quanto ao número de filhos, a globalidade dos inquiridos respondeu de forma afirmativa (77,8%), tendo no mínimo 1 filho e no máximo 3 filhos, sendo a média de 1,63 filhos com desvio padrão de 0,517 filhos.

Tabela 13

*Características Sócio-Demográficas (2)*

<b>Variáveis Sócio-Demográficas (n=81)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>D.P.</b>
<b>Idade</b>	81	100	27	59	43,15	7,272
<b>Tem filhos?</b>						
Sim	63	77,8	1	3	1,63	0,517
Não	18	22,2				

### ✓ **Caracterização Profissional**

Quanto à caracterização profissional dos inquiridos, observando a Tabela 14 podemos inferir que dos 81 participantes apenas 10 possuíam um *Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem* e destes, 9 referiram ser especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Relativamente à *Categoria Profissional*, 84% dos enfermeiros perioperatórios inquiridos são Enfermeiros Graduados, 11,1% possuem a categoria de Enfermeiro e somente 4,9% detêm a categoria de Enfermeiro Especialista.

O *Vínculo Profissional à Instituição* dos enfermeiros inquiridos corresponde a 100% ao contrato fixo, ou seja, todos os enfermeiros possuem um vínculo por tempo indeterminado à instituição onde exerce funções.

A *Escolha da Colocação no Serviço de BO* quando iniciou funções neste serviço, foi para 59,3% dos inquiridos da responsabilidade da instituição, contudo, 40,7% referem ter optado por este serviço.

Tabela 14

*Características Profissionais (1)*

<b>Variáveis Profissionais (n=81)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Possui curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem?</b>		
Sim	10	12,3
Não	71	87,7
<b>Qual o curso de Pós-Licenciatura? (n=10)</b>		
Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	9	11,1
Não respondeu	1	1,2
<b>Categoria Profissional</b>		
Enfermeiro	9	11,1
Enfermeiro Graduado	68	84
Enfermeiro Especialista	4	4,9
<b>Vínculo Profissional à Instituição</b>		
Contrato Fixo	81	100
<b>De quem foi a escolha da sua colocação no Bloco Operatório?</b>		
Escolha Própria	33	40,7
Escolha da Instituição	48	59,3

Analisando a Tabela 15, no que respeita ao "*Tempo de Exercício Profissional*", 100% da amostra refere ter no mínimo 4 anos de exercício profissional e no máximo 42 anos, situando-se a média de anos de exercício profissional em 20,65 anos com desvio padrão de 7,751 anos.

Já o "*Tempo de Exercício Profissional no Bloco Operatório*" para a amostra em estudo, é no mínimo de 1 ano e no máximo de 35 anos, situando-se a média de tempo de exercício profissional em 15,48 anos com desvio padrão de 7,831 anos.

Relativamente à variável "*Teve período de integração quando iniciou funções no BO*", pela observação da Tabela 15 constata-se que 86,4% da amostra respondeu de forma afirmativa. Estes afirmaram ter tido um período mínimo de integração que correspondeu a 1 mês e um

período máximo de integração de 15 meses, correspondendo a média de tempo de integração a 3,96 meses com desvio padrão de 2,318 meses.

Tabela 15

*Características Profissionais (2)*

Variáveis Profissionais (n=81)	n	%	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Tempo de exercício profissional (anos)	81	100	4	42	20,65	7,751
Tempo de exercício profissional no Bloco Operatório (anos)	81	100	1	35	15,48	7,831
<b>Teve período de integração quando iniciou funções no Bloco Operatório?</b>						
Sim. Quantos meses?	70	86,4	1	15	3,96	2,318
Não.	11	13,6				

#### ✓ **Características do Trabalho**

Respeitante às características do trabalho, pela análise da Tabela 16 conclui-se que 87,7% da amostra têm uma carga semanal de trabalho de 35 horas.

Quanto à realização de turnos consecutivos (e.g., manhã e tarde), 38,3% dos inquiridos afirma fazê-lo às vezes, 37% afirma ser frequente realizar turnos consecutivos, no entanto 24,7% da amostra diz não o fazer.

A modalidade de horário efectuado para 49,4% da amostra é horário rotativo, mais vulgarmente designado de *roulement*, em que os turnos são alternados de manhãs, tardes ou noites, podendo também trabalhar aos feriados e fins de semana. Segue-se a prática de horário fixo com 29,6 %, onde os inquiridos realizam um horário fixo, que pode ser só composto por Manhã ou Manhã e Tarde até às 20 horas, não trabalhando aos feriados nem fins de semana, conforme o modelo de gestão do BO. Outra das modalidades de horário, praticada pela nossa amostra em estudo, foi o horário misto, com 21%. Neste tipo de horário, os enfermeiros realizam o horário de *roulement* acrescido ainda de regime de prevenção durante algumas Noites ou dias (e.g. fim de semana), conforme estabelecido pelo serviço.

No entanto, no que respeita ao horário de trabalho, alguns dos inquiridos sentiram necessidade de alterar o horário de trabalho realizado, optando pela realização de horário fixo em detrimento de horário de *roulement* ou misto. Assim, 14,8% da amostra referiu várias razões para a alteração do horário (e.g. de ordem familiar, impostas pela instituição, conveniência pessoal e familiar, fecho da traumatologia e razões de serviço), 12,3% assumiu dever-se a razões particulares e apenas 2,5% a mudanças de categoria que implicaram a alteração de horário.

Relativamente à variável “Possuir outro emprego”, 79% da amostra em estudo diz não possuir outro emprego, já 21% assume exercer funções noutra local de trabalho.

Tabela 16

## Características do Trabalho

Características do Trabalho (n=81)	n	%
<b>Carga horária semanal</b>		
35 horas	71	87,7
40 horas	10	12,3
<b>Realiza turnos consecutivos?</b>		
Sim	30	37
Não	20	24,7
Às Vezes	31	38,3
<b>Modalidade de horário efectuado</b>		
Horário rotativo ( <i>Roulement</i> )	40	49,4
Fixo	24	29,6
Misto (uma das modalidades anteriores, acrescidas de regime de prevenção)	17	21
<b>Se já fez horário rotativo ou misto e agora faz fixo, qual o motivo? (n=24)</b>		
Razões Particulares	10	12,3
Mudanças de Categoria	2	2,5
Outras:	12	14,8
<i>Alteração do horário</i>	3	3,7
<i>Conveniência pessoal e familiar</i>	1	1,2
<i>Fecho da traumatologia</i>	3	3,7
<i>Imposto pela instituição</i>	2	2,5
<i>Motivos Familiares</i>	2	2,5
<i>Razões de Serviço</i>	1	1,2
<b>Possui outro emprego?</b>		
Sim	17	21
Não	64	79

No que concerne às funções exercidas pelos enfermeiros no Bloco Operatório, através da Tabela 17, é possível demonstrar que 35,8% dos enfermeiros perioperatórios inquiridos executam funções polivalentes no BO, pois estes exercem funções na UCPA, são enfermeiros de anestesia, enfermeiros circulantes e enfermeiros instrumentistas.

Além das funções acima referidas, 6,1% da amostra diz desempenhar outras funções: apoio de anestesia noutros serviços, realização de consulta de enfermagem de cirurgia de ambulatório, funções de coordenador no serviço e apoio à dor crónica.

Tabela 17

*Funções exercidas no Bloco Operatório*

<b>Funções exercidas no Bloco Operatório: (n=81)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermeiro de Anestesia	2	2,5
Enfermeiro Instrumentista e Circulante	14	17,3
Enfermeiro de Anestesia e Circulante	2	2,5
Enfermeiro de UCPA e Circulante	3	3,7
Enfermeiro de UCPA e Anestesia	14	17,3
Enfermeiro de UCPA, Circulante e Instrumentista	12	14,8
Enfermeiro de UCPA, Anestesia, Circulante e Instrumentista	29	35,8
Outras funções:	5	6,1
<i>Anestesia em locais remotos e dor aguda</i>	1	1,2
<i>Apoio de anestesia a outros serviços</i>	1	1,2
<i>Consulta de enfermagem de cirurgia de ambulatório</i>	1	1,2
<i>Coordenador</i>	1	1,2
<i>Dor crónica</i>	1	1,2

Através da análise da Tabela 18 verificamos que grande parte da amostra em estudo considera a actividade de enfermagem no BO bastante stressante (77,8%). A mesma opinião não tem 3,7% dos inquiridos pois avaliam a actividade de enfermagem no BO como nada stressante.

Tabela 18

*Actividade de Enfermagem no Bloco Operatório*

<b>Considera que a actividade de enfermagem no Bloco Operatório é: (n=81)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nada stressante	3	3,7
Pouco stressante	6	7,4
Bastante stressante	63	77,8
Muitíssimo stressante	9	11,1

Quando questionados os indivíduos sobre as *causas que consideram mais stressantes no desenvolvimento da actividade de enfermagem no BO*, atendendo à Figura 2, observa-se que as causas mais apontadas foram as questões relacionadas com as relações interpessoais (n=29), seguida de surgimento de situações de urgência/emergência (n=18) e a estrutura física do serviço (n=14). Os doentes críticos também são referenciados por onze (n=11) inquiridos, seguindo-se o volume de trabalho e a carga horária excessiva que este serviço exige, ambos com n=10. Segue-se-lhe a planificação dos tempos operatórios, referindo-se a estes como inexequíveis. As falhas de equipamento ou material necessário à realização da cirurgia e a pressão laboral a que se sentem sujeitos, foram mencionados por nove inquiridos (n=9).

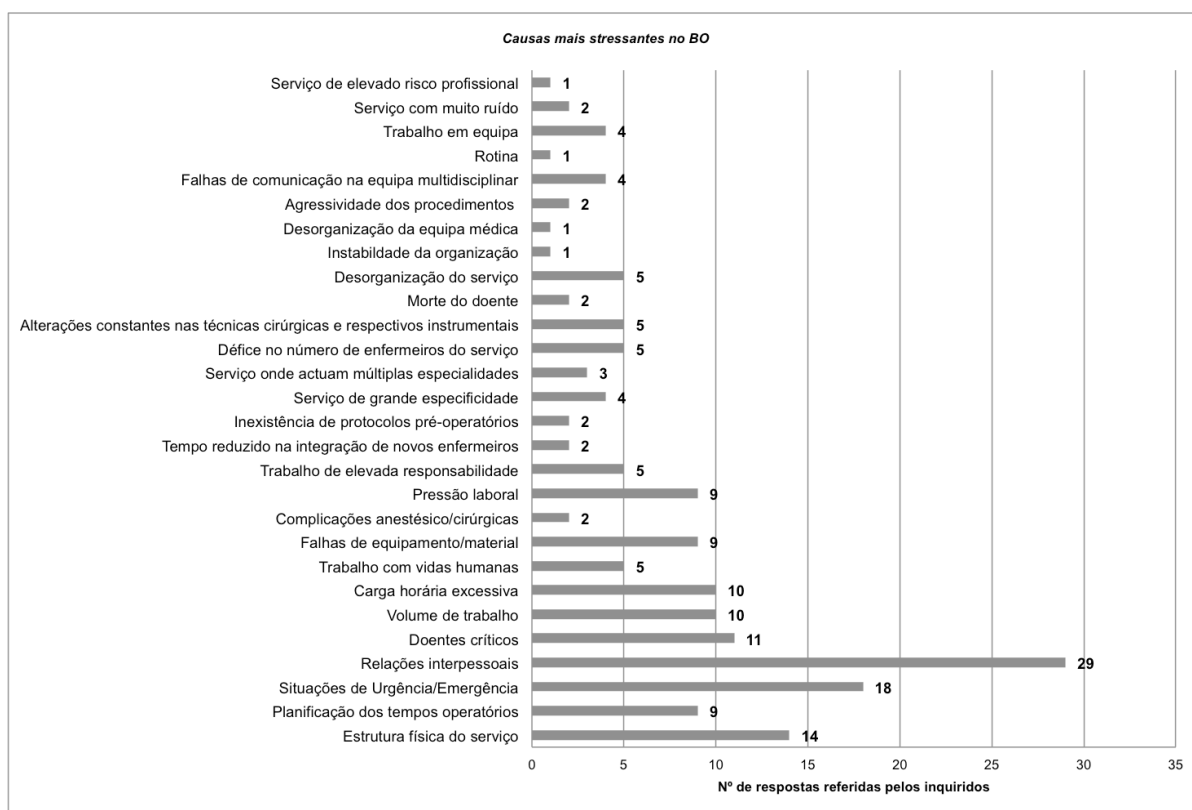


Figura 2  
Causas mais stressantes no Bloco Operatório referidas pela amostra em estudo

Como *medidas minimizadoras de stress no BO*, considerando a Tabela 19 aferimos que *Melhorar a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar* é a medida mais apontada pela amostra em estudo como medida minimizadora de stress no BO (67,9%). Segue-se *Melhorar as condições de trabalho* (45,7%), *Existência de protocolos de actuação específicos para cada uma das intervenções cirúrgicas* (44,4%), *Redução da pressão laboral e Formação contínua e Jornadas de actualização sobre BO* ambas com 39,5%.

Por outro lado, 90,1% da amostra não considera ser necessário o *Rastreio e aconselhamento individual* pelo serviço de Saúde Ocupacional da instituição como medida preventiva ou minimizadora de stress.

Tabela 19

*Medidas Minimizadoras de stress no Bloco Operatório*

Medidas Minimizadoras de stress no Bloco Operatório (n=81):	Sim		Não	
	n	%	n	%
Acções de formação sobre a maneira de enfrentar o stress	27	33,3	54	66,7
Participação na tomada de decisões	19	23,5	62	76,5
Formação contínua e jornadas de actualização sobre BO	32	39,5	49	60,5
Redução da pressão laboral	32	39,5	49	60,5
Melhorar a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar	55	67,9	26	32,1
Exercícios de relaxamento regulares	27	33,3	54	66,7
Rastreio e aconselhamento individual (serviço de Saúde Ocupacional)	8	9,9	73	90,1
Melhorar as condições de trabalho	37	45,7	44	54,3
Dotação de pessoal de enfermagem adequada por sala de operações	13	16	68	84
Melhorar a integração de novos enfermeiros	10	12,3	71	87,7
Horários flexíveis	12	14,8	69	85,2
Grupos de reflexão (mais reuniões de serviço)	12	14,8	69	85,2
Existência de protocolos de actuação específicos para cada uma das intervenções cirúrgicas	36	44,4	45	55,6
Implementação da visita pré-operatória	17	21	64	79
Outras	3			

Relativamente à questão colocada à nossa amostra, sobre o aparecimento de problemas de saúde que se atribui estarem relacionados com o stress e a que estão sujeitos no local de trabalho no último ano, podemos constatar através da análise da Tabela 20 que os problemas apontados com *Muita Frequência* foram a falta de vontade de se levantar de manhã (11,1%), seguida de irritabilidade (6,2%), insónias e cefaleias (4,9%).

Quando observados os problemas de saúde que surgem *Algumas Vezes*, observa-se que a irritabilidade cresce (49,7%), a falta de vontade para se levantar de manhã também aumenta consideravelmente (35,8), surgem as palpitações (30,9%), novamente as insónias mas com um valor mais elevado (27,2%) e as dores de cabeça, também com um valor superior (25,9%).

No entanto, alguns problemas de saúde *Nunca* são referidos pela amostra como a falta de apetite (70,4%), diminuição da apetência sexual (60,5%), aumento no número de micções (58%) e alterações gastrointestinais (44,4%).

Além dos problemas apontados houve inquiridos que referiram outros problemas de saúde como Constipações por mau funcionamento do ar condicionado (n=1), Contracturas Musculares (n=1), Dores Cervicais (n=1), Hipertensão (n=1), Lombalgias (n=1), Rinite e Infecções Urinárias (n=1), Tonturas, Síndrome Vertiginoso motivado pelo cansaço (n=1) e Varizes (n=1).

Tabela 20

*Problemas de Saúde relacionados com o local de trabalho*

Problemas de saúde relacionados com o local de trabalho (n=81):	Nunca		Com pouca frequência		Algumas vezes		Frequentemente		Com muita frequência	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Falta de apetite	57	70,4	9	11,1	11	13,6	4	4,9	0	0
Alterações gastrointestinais	36	44,4	18	22,3	14	17,4	12	14,8	1	1,2
Aumento do número de micções	47	58	21	25,9	8	9,9	5	6,2	0	0
Palpitações	38	46,9	13	16	25	30,9	3	3,7	2	2,5
Insónias	26	32,1	17	21	22	27,2	12	14,8	4	4,9
Irritabilidade	16	19,8	13	16	33	40,7	14	17,3	5	6,2
Cefaleias	27	33,3	16	19,9	21	25,9	13	16	4	4,9
Diminuição da apetência sexual	49	60,5	15	18,5	10	12,3	5	6,2	2	2,5
Falta de vontade para se levantar de manhã	23	28,4	6	7,4	29	35,8	14	17,3	9	11,1
Outros problemas de saúde (n=8)										

Relativamente à questão nº 24 do instrumento de recolha de dados, quando questionados sobre a *necessidade de recorrer a um atestado médico ou baixa médica nos últimos dois anos*, na Tabela 21 identificamos que 70,4% da amostra diz não ter tido necessidade de se ausentar ao serviço. No entanto, 29,6% diz tê-lo feito no mínimo 1 dia e no máximo 62 dias, com uma média de 14,04 dias.

Tabela 21

*Número de dias em que recorreu a um atestado médico ou baixa médica*

Nos últimos 2 anos teve de recorrer a um atestado médico ou baixa médica? (n=81)	n	%	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Sim. Esteve ausente por quantos dias?	24	29,6	1	62	14,04	16,724
Não	57	70,4				

Quanto à questão relativa à Satisfação no Trabalho, observamos na Tabela 22 que os enfermeiros perioperatórios se sentem Bastante Satisfeitos com o apoio dado aos colegas (43,2%), Satisfeitos com o apoio recebido pelos colegas de serviço (48,1%), Satisfeitos com o apoio dado aos colegas (40,7%) o Trabalho no BO (35,8%) e a Profissão de Enfermagem (34,5%).

Contudo, o item mais pontuado pela negativa pelos inquiridos foi o item relativo à Progressão na Carreira, quando 64,2% da amostra afirma não estar *Nada Satisfeito*. Relativamente ao item Trabalho no BO, 21% da amostra refere estar *Muitíssimo Satisfeita* enquanto enfermeiro perioperatório.

Tabela 22

Satisfação com aspectos ligados à profissão

Sente-se satisfeito com (n=81):	Nada Satisfeito		Pouco Satisfeito		Satisfeito		Bastante Satisfeito		Muitíssimo Satisfeito	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A profissão de enfermagem	5	6,2	17	21	28	34,5	23	28,4	8	9,9
O trabalho no BO	0	0	5	6,2	29	35,8	30	37	17	21
A progressão na carreira	52	64,2	23	28,4	6	7,4	0	0	0	0
O apoio recebido pelos colegas	0	0	9	11,2	39	48,1	29	35,8	4	4,9
O apoio dados aos colegas	0	0	5	6,2	33	40,7	35	43,2	8	9,9

#### ✓ Avaliação do Nível de Stress (NSI)

Para a avaliação do nível de stress na nossa amostra, recorreu-se como já referimos atrás, ao questionário Nurse Stress Index de Harris de 1989.

Os resultados obtidos na nossa amostra estão referidos na Tabela 23 onde é possível observar que a nossa amostra apresenta um valor mínimo de 37, um valor máximo de 122, uma média de 81,25 pontos e um desvio padrão de 20,688.

Relativamente à média obtida, podemos concluir a amostra do estudo apresenta um nível considerável de stress, já que apresenta valores médios aproximados, dos valores médios teóricos (90).

Tabela 23

Valores Mínimos, Máximos, Média e Desvio Padrão obtidos na amostra para a variável NSI

Variável	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
NSI Total	37	122	81,25	20,688

Quanto aos scores obtidos para o NSI Total e respectivas sub escalas estão representados na Tabela 24, onde é possível observar que para o NSI Total, o grau de pressão para a nossa amostra corresponde a *Stressante*, obtendo-se uma score mais elevado na sub escala **I – Carga de Trabalho 1 (Quantitativa)** e na sub escala **IV – Lidar com doentes e família**. Nas restantes sub escalas, podemos notar que somente a sub escala **VI – Papel na Organização**, apresenta um grau de pressão correspondente a *Nada Stressante*, o mesmo não se verificando nas outras sub escalas, onde o grau de pressão observado equivale a *Stressante*.

Tabela 24

Scores obtidos na amostra para o NSI Total e sub escalas

Sub Escalas do NSI	Score (médias)	D.P.	Grau de Pressão
NSI Total	2,71	0,689	<i>Stressante</i>
I – Carga de Trabalho 1 (Quantitativa)	2,87	0,796	<i>Stressante</i>
II – Carga de Trabalho 2 (Qualitativa)	2,64	0,704	<i>Stressante</i>
III – Clima Organizacional	2,79	0,759	<i>Stressante</i>
IV – Lidar com doentes e família	2,91	0,843	<i>Stressante</i>
V – Conflito casa/trabalho	2,58	0,853	<i>Stressante</i>
VI – Papel na Organização	2,45	0,779	<i>Nada Stressante</i>

A Tabela 25 mostra os valores obtidos relativamente à média e desvio padrão dos scores por sub escala, e os scores médios por item. Os resultados da amostra estão assinalados da seguinte forma:

- os itens com melhor score ( $\geq 3,50$ ) estão assinalados a negrito, correspondendo a itens **Muito Stressantes**;
- os itens com score intermédio ( $> 2,50$  e  $< 3,50$ ) estão a itálico, sendo considerados *Stressantes*;
- os itens com score mais baixo ( $\leq 2,5$ ) estão assinalados a letra normal, portanto Nada Stressantes.

Daqui concluímos que foram considerados pela nossa amostra, três itens como Muito Stressantes: um correspondeu à sub escala “III – Clima Organizacional”, (3) *Sentir que são tomadas decisões que me afectam, sem a minha consulta* e dois corresponderam à sub escala “IV – Lidar com doentes e família”, (4) *Ter dificuldades em lidar com pessoas agressivas* e (16) *Ter de lidar com situações de vida ou morte*.

Quanto ao grau de pressão *Stressante*, na globalidade os resultados obtidos para cada item na nossa amostra correspondem a este grau de pressão, pois verificamos que 15 itens obtiveram uma média de score que se enquadra nesta categoria. O grau de pressão *Nada Stressante*, foi obtido para 12 itens da escala.

Tabela 25

Valores obtidos na amostra para a média e desvio padrão dos scores por sub escala e por item relativo ao NSI

NSI	Amostra (n=81)	
	Média	D.P.
<b>I – Carga de Trabalho (Quantitativa)</b>	2,87	0,796
1 – Trabalhar em “contra-relógio”.	3,28	1,247
7 – Ter pouco tempo para fazer tudo o que esperam de mim.	3,36	1,110
13 – Ter dificuldades em gerir o meu tempo, face às solicitações dos outros.	2,70	1,089
19 – Passar o tempo a “apagar fogos”, em vez de seguir um plano de actividades.	2,73	1,183
25 – Ter de executar demasiadas tarefas de rotina, que interferem com o desempenho das minhas funções.	2,28	1,098
<b>II – Carga de Trabalho (Qualitativa)</b>	2,64	0,704
2 – Ter uma carga de trabalho com altos e baixos ao longo do dia.	3,09	0,938
8 – Ter de interromper o meu trabalho em função de novas prioridades impostas pelo meu chefe.	2,88	1,198
14 – Ter de definir prioridades.	2,27	0,895
20 – Sentir que o meu papel de enfermeiro entra em conflito com outras actividades fora do meu conteúdo funcional.	2,51	1,142
26 – Ter escassez de recursos essenciais para o desempenho das minhas funções.	2,47	1,195
<b>III – Clima Organizacional</b>	2,79	0,759
<b>3 – Sentir que são tomadas decisões que me afectam, sem a minha consulta.</b>	<b>3,58</b>	<b>1,182</b>
9 – Sentir incompreensão a nível superior em relação às necessidades efectivas do meu serviço.	3,00	1,235
15 – Sentir falta de apoio por parte dos meus colegas.	2,57	1,072
21 – Só ter “feedback” do meu trabalho quando “as coisas correm mal”.	2,96	1,308
27 – Ter de me relacionar com os meus superiores.	1,86	1,009
<b>IV – Lidar com doentes e família</b>	2,91	0,843
<b>4 – Ter dificuldades em lidar com pessoas agressivas.</b>	<b>3,64</b>	<b>1,207</b>
10 – Lidar com doentes difíceis.	3,01	1,156
<b>16 – Ter de lidar com situações de vida ou morte.</b>	<b>3,62</b>	<b>1,241</b>
22 – Apoiar os familiares dos doentes falecidos.	2,37	1,391
28 – Lidar com os familiares dos doentes.	1,89	0,949
<b>V – Conflito casa/trabalho</b>	2,58	0,853
5 – Envolver-me emocionalmente com os problemas de trabalho.	3,15	0,950
11 – Ter dificuldades em conciliar as minhas responsabilidades familiares e profissionais.	2,64	1,258
17 – Sentir incompreensão a nível superior relativamente à minha dificuldade em conciliar a casa e o trabalho.	2,46	1,061
23 – Sentir que as solicitações da minha vida pessoal diminuem as possibilidades de ascensão na carreira.	2,25	1,240
29 – Ter de me ausentar do serviço para gerir problemas domésticos.	2,42	1,604
<b>VI – Papel na Organização</b>	2,45	0,779
6 – “Levar a cabo” mudanças na minha equipa ou organização.	3,06	1,029
12 – Ter de executar tarefas que estão fora da minha competência.	2,62	1,280
18 – Lidar com novas técnicas e equipamentos.	2,47	0,989
24 – Ter falta de treino especializado para o cargo que ocupo.	2,21	1,104
30 – Não ter a certeza do meu grau de responsabilidade ou área de actuação.	1,90	1,136

✓ **Avaliação do Burnout nos Enfermeiros Perioperatórios**

Para a avaliação do *Burnout*, foi usado como referido atrás o *Maslach Burnout Inventory* (1986).

Considerando os pontos de corte do MBI para as profissões relacionadas com a Medicina segundo Matos, Vega e Urdaniz (1999), Tabela 26, verifica-se um nível baixo de *Burnout* quando os scores obtidos são baixos nas dimensões Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (D) e os scores são elevados na Realização Pessoal (RP); um nível médio de *Burnout* é representado por valores médios nos scores das três dimensões e um valor alto de *Burnout* apresenta valores altos nos scores das dimensões EE e D e valores baixos nos scores da dimensão RP.

Tabela 26

Pontos de corte do MBI para as profissões relacionadas com a Medicina

Profissões	Dimensões	Scores do MBI		
		Baixo	Médio	Alto
Relacionadas com a Medicina	Exaustão Emocional (EE)	≤ 18	19-26	≥ 27
	Despersonalização (D)	≤ 5	6-9	≥ 10
	<sup>12</sup> Realização Pessoal (RP)	≥ 40	34-39	≤ 33

Fonte: Matos, Vega e Urdániz (1999)

Relativamente aos resultados obtidos no nosso estudo, a partir da análise da Tabela 27, concluímos que os enfermeiros perioperatórios inquiridos, possuem um nível baixo de *Burnout*, já que apresentam para a dimensão EE uma média igual a 12,91 (≤ 18 – Baixo), para a dimensão D média de 4,60 (≤ 5 – Baixo) e para a dimensão RP uma média de 12,22 (≤ 33 – Alto).

Tabela 27

Valores Mínimos, Máximos, Média e Desvio Padrão obtidos para a variável MBI e suas dimensões

MBI	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
MBI Total	0	74	31,78	15,88
Exaustão Emocional (EE)	0	31	12,91	7,86
Despersonalização (D)	0	13	4,6	3,66
Realização Pessoal (RP)	0	48	12,22	8,94

<sup>12</sup> Esta dimensão apresenta os itens invertidos, ou seja, valores mais baixos significam menor sentimento de realização pessoal.

Na Tabela 28, é possível observar a média e o desvio padrão para cada item que compõe a *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Os itens que apresentam uma média mais elevada, na ordem de 2, são os itens “Sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho” que corresponde ao item 2 e o item 14 “Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no emprego”, observando-se uma média para cada um deles de 2,57 e 2,22 respectivamente.

Tabela 28

*Média e Desvio Padrão para cada item da Maslach Burnout Inventory (MBI)*

MBI (n=81)		Média	D.P.
1	Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho.	1,65	1,42
2	Sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho.	<b>2,57</b>	1,60
3	Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.	1,78	1,57
4	Posso facilmente compreender como os meus doentes se sentem acerca das coisas que acontecem.	1,35	1,75
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem “objectos impessoais”.	0,58	1,11
6	O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante.	1,42	1,48
7	Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes.	1,60	1,79
8	Sinto-me exausto com o meu trabalho.	1,85	1,46
9	Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho.	1,44	1,80
10	Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.	0,93	1,44
11	Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente.	1,90	1,65
12	Sinto-me cheio de energia.	1,52	1,46
13	Sinto-me frustrado com o meu trabalho.	1,42	1,56
14	Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no emprego.	<b>2,22</b>	1,88
15	Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes.	0,59	1,46
16	Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado stress.	0,91	1,20
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes.	1,80	1,86
18	Sinto-me estimulado por trabalhar ao pé dos meus doentes.	1,30	1,57
19	No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas.	1,28	1,76
20	Sinto-me no limite das minhas forças.	1,12	1,45
21	No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma.	1,93	1,90
22	Sinto que os doentes me culpam por algum dos seus problemas.	0,60	1,27

✓ **Avaliação do Inventário de Resolução de Problemas (IRP)**

A Tabela 29 considera os mínimos, máximos, médias e desvios-padrão obtidos no nosso estudo, relativamente ao IRP Total e aos nove factores extraídos. Compara ainda as médias com um estudo realizado por Cruz (2001) em enfermeiros perioperatórios e com os resultados da aferição portuguesa para a população em geral num estudo realizado por Serra em 1987.

Atendendo aos valores normativos para o IRP Total (M=153,83; DP=16,40) propostos por Vaz Serra (1988), consideram-se mecanismos de *coping* menos eficazes, para valores inferiores à média, razoáveis mecanismos de *coping* para valores idênticos à média e mecanismos de *coping* eficazes para valores superiores à média.

Logo, através da Tabela 29 podemos concluir que os enfermeiros perioperatórios inquiridos, possuem razoáveis mecanismos de *coping*, uma vez que os resultados obtidos são idênticos à média global (IRP Total) proposta por Vaz Serra (1988).

Destacamos os Factores 4 e 7, pelo facto destes apresentarem uma média mais elevada, permitindo-nos afirmar que os enfermeiros perioperatórios do nosso estudo possuem um eficaz controlo interno/externo dos problemas (F4) e têm eficazes mecanismos de *coping* relativamente à agressividade internalizada/externalizada (F7).

Tabela 29

Valores Mínimos, Máximos, Médios e Desvios Padrão obtidos neste estudo para o coping total e para os factores distinguidos, comparando-os com as médias obtidas nos estudos de Cruz (2001) e Serra (1988)

IRP	Participantes (n=81)				Estudo realizado por Cruz (2001)		Estudo realizado por Serra (1988)	
	Mínimo	Máximo	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
IRP – Total	123	173	148,15	8,96	153,15	11,3	153,83	16,40
IRP – F1	8	24	15,79	3,16	16,80	3,02	17,15	4,11
IRP – F2	16	30	22,93	2,89	25,78	4,67	24,70	4,71
IRP – F3	5	15	12,70	2,14	13,34	1,41	13,09	2,01
IRP – F4	23	38	32,23	2,89	32,05	3,85	31,35	4,99
IRP – F5	6	19	15,17	2,13	16,51	2,33	16,66	3,00
IRP – F6	8	17	12,79	2,24	11,90	1,87	13,30	2,87
IRP – F7	6	10	9,60	0,79	9,51	1,03	9,34	1,32
IRP – F8	10	20	16,52	2,36	16,34	2,64	16,56	2,88
IRP – F9	6	15	11,40	1,86	10,90	2,21	11,66	2,01

Comparando os nossos resultados, com os obtidos nos estudos realizados por Cruz (2001) e Serra (1988), observamos que os valores médios são idênticos, assim concluímos que a nossa amostra:

- Sente que tem controlo pessoal das situações, planeando estratégias para a sua resolução;
- Procura o confronto e uma resolução activa dos problemas;
- Não se mostra propenso a pedir ajuda;
- Possui eficazes estratégias no controlo das emoções;
- Não deixa que as situações indutoras de stress, interfiram nas suas actividades diárias;
- Não abandona de forma passiva as situações;
- Não tende a deixar-se responsabilizar-se e a ter medo das consequências negativas;
- Não manifesta tendência para a agressividade.

Na Tabela 30 que se segue, estão indicados os valores médios e desvios padrão obtidos na nossa amostra para cada item que compõe o Inventário de Resolução de Problemas.

Observamos que das 40 questões que compõem o Inventário, 17 apresentam valores médios de 4, outras 17 questões apresentam valores médios de 3, à volta de uma média de 2 obtivemos 5 questões e para uma média de 1, obteve-se uma só questão que corresponde ao item 21 do Inventário.

Tabela 30

Valores Médios e Desvios Padrão obtidos na amostra para cada item do Inventário de Resolução de Problemas

IRP (n=81)		Média	D.P.
1	Vou deixar correr esta situação; o tempo ajuda a resolver.	4,22	1,012
2	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o individuo e não ligar ao que possa dizer ou fazer.	4,02	1,037
3	Não vou permitir que este acontecimento interfira no que tenho de fazer no dia-a-dia.	3,30	1,229
4	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria ocorrido; tive toda a culpa no que aconteceu.	3,47	1,195
5	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.	3,01	1,090
6	Estou perdido; este acontecimento deu cabo da minha vida.	3,68	1,149
7	O melhor é não fazer nada, até ver onde isto vai parar	4,46	0,775
8	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	3,52	0,923
9	Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são.	2,51	0,924
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que o problema está como está.	4,43	0,935
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	3,01	1,078
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar meu.	4,51	0,727
13	Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor.	2,48	0,923
14	Estou-me a sentir destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desenvencilhar-me desta situação.	4,57	0,631
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele individuo.	4,05	0,820
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	4,33	0,822
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	3,27	1,275
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.	3,30	0,941
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.	4,28	0,884
20	Vou pedir conselho, a amigos meus, sobre a melhor atitude a tomar.	3,21	0,971
21	De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-de remover obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz, sei que hei-de conseguir.	1,93	0,891
22	Passo longas horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	4,07	0,738
23	Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.	4,33	0,612
24	Meto-me na cama durante longas horas.	3,81	0,776
25	Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim efeitos reparadores.	2,89	0,671
26	Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades	3,26	0,803
27	Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta	4,74	0,519
28	Chego a bater em mim próprio.	4,86	0,379
29	Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou um psicólogo.	4,14	0,905
30	Pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	4,12	0,914
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.	2,05	0,921
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.	2,99	0,536
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.	3,31	0,625
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.	3,44	0,742
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	4,25	0,699
36	Ter sempre a coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	3,25	0,662
37	Envolver-me apenas naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixam ficar mal.	3,69	0,769
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me confronto.	3,15	0,760
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	4,27	0,742
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.	3,81	0,808

## 2.2. Análise Inferencial dos Dados

Para a análise das hipóteses de investigação que definimos anteriormente, usamos a seguinte estratégia:

- A associação entre variáveis de natureza quantitativa ou escalares foi estudada recorrendo-se à análise das correlações existentes entre as variáveis;
- Para as hipóteses em que a variável dependente é de natureza quantitativa e a variável independente é de natureza qualitativa estudou-se a relação entre as variáveis, recorrendo-se à comparação das médias obtidas na variável dependente e pelas categorias das variáveis independentes;
- Optamos pela utilização de testes paramétricos uma vez que são mais robustos do que os testes não paramétricos, no entanto tal como assegura Pereira (2008) estes exigem que se verifiquem determinados pressupostos:
  - ✓ Ser possível realizar operações numéricas sobre os dados experimentais, o que naturalmente implica que as variáveis sejam de natureza numérica;
  - ✓ As variáveis destes testes devem seguir uma distribuição normal;
  - ✓ Deve existir homogeneidade da variância<sup>13</sup>.
- Para validar ou refutar estatisticamente as hipóteses  $H_1$ ,  $H_2$  e  $H_3$  determinaram-se as correlações de *Pearson*, pois tratam-se de variáveis escalares que seguem aproximadamente a distribuição normal, como se pode observar pelos valores de prova, superiores a 5%, obtidos no teste de Kolmogorov-Smirnov apresentados na Tabela 31.

Tabela 31

Resultados do teste Kolmogorov-Smirnov para as variáveis MBI, NSI, IRP e Satisfação no Trabalho

	MBI	NSI	IRP	Satisfação no Trabalho
<b>Kolmogorov-Smirnov Z</b>	0,988	0,637	1,004	1,227
<b>Valor de Prova</b>	0,284	0,812	0,266	0,098

Pasamos de seguida ao estudo das hipóteses anteriormente formuladas.

**$H_1$ : Existe relação entre o nível de *Burnout* e o nível de stress experienciado pelos enfermeiros perioperatórios.**

Pela análise da Tabela 32, é possível verificar que existe correlação estatisticamente significativa entre o nível de stress (NSI Total) e o nível de *Burnout* (MBI Total) experienciado pelos enfermeiros perioperatórios. Logo, existe uma relação positiva entre o nível de stress e o nível de *Burnout*, levando-nos a afirmar que valores elevados de *Burnout* correspondem a valores elevados de stress.

Assim validamos a Hipótese  $H_1$ .

<sup>13</sup> Este pressuposto foi tido em consideração através do teste de Levene, mas os resultados não são apresentados.

Tabela 32

Correlações de Pearson entre a variável NSI Total e a variável MBI Total

Correlação Pearson	MBI Total
NSI Total	0,43
	$p < 0,001$

**H<sub>2</sub>: Existe relação entre as estratégias de *coping* adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios e o nível de stress experienciado pelos mesmos.**

Através da análise da Tabela 33, observamos que existe uma relação estatisticamente significativa entre o nível de stress (NSI Total) e as estratégias de *coping* (IRP Total) adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios. Contudo, esta relação é negativa o que traduz uma relação inversa, já que valores elevados nas estratégias de *coping* (IRP) correspondem a níveis baixos de stress (NSI) e vice-versa.

Neste sentido, validamos a Hipótese H<sub>2</sub>.

Tabela 33

Correlações de Pearson entre a variável NSI Total e a variável IRP Total

Correlação Pearson	IRP Total
NSI Total	- 0,28
	$p < 0,05$

**H<sub>3</sub>: Existe relação entre a satisfação no trabalho no Bloco Operatório e o nível de stress experienciado pelos enfermeiros perioperatórios.**

Para o estudo da hipótese acima enunciada, obteve-se uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre as variáveis nível de stress (NSI Total) e Satisfação no Trabalho (Tabela 34). Esta correlação negativa, traduz-se numa relação inversa entre o nível de stress e a satisfação no trabalho, permitindo-nos afirmar que enfermeiros com um maior nível de satisfação, apresentam menores níveis de stress no trabalho.

Logo, validamos a Hipótese H<sub>3</sub>.

Tabela 34

Correlações de Pearson entre a variável NSI Total e a variável Satisfação no Trabalho

Correlação Pearson	Satisfação no Trabalho
NSI	- 0,396
	$p < 0,001$

**H<sub>4</sub>: Existem diferenças nas médias do nível de stress dos enfermeiros perioperatórios, obtidas nas variáveis sócio-demográficas: género e unidade hospitalar.**

Para testar a Hipótese 4 recorreu-se ao teste paramétrico de *t-Student* para duas amostras independentes. Com este teste pretende-se comparar os valores médios de dois grupos, para os quais é necessário comprovar a sua normalidade, caso não sejam amostras de grande dimensão. Neste caso em concreto, em cada um dos testes, um dos grupos é de pequena dimensão (género Masculino e unidade hospitalar ULSN) e como tal procedeu-se à validação da normalidade (Tabela 35).

Tabela 35

Teste à normalidade do nível de stress tendo em conta o género e a unidade hospitalar onde exerce funções

NSI	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	ET	Valor prova	ET	Valor prova
Feminino (n=60)	0,100	0,20	0,961	0,051
Masculino (n=21)	0,134	0,20	0,967	0,673
ULSN (n=27)	0,124	0,20	0,943	0,148
CHTMD (n=54)	0,073	0,20	0,982	0,588

Para o género Masculino e ULSN os valores de prova do teste Shapiro-Wilk são superiores a 5% pelo que as variáveis têm distribuição aproximadamente normal. Para as restantes variáveis, apesar de serem de grande dimensão, verifica-se a sua normalidade recorrendo ao teste de Kolmogorov-Smirnov já que o valor de prova obtido é superior a 0,05.

Constatamos que conforme se demonstra na Tabela 36, o género Feminino obteve uma média superior ( $83,37 \pm 22,01$ ), apesar desta não ser estatisticamente diferente da média obtida no género Masculino ( $75,19 \pm 15,17$ ), já que a mesma apresentou um valor de prova igual a 0,120.

Quanto à variável *unidade hospitalar onde exerce funções*, a média mais elevada observou-se no CHTMAD ( $82,91 \pm 20,38$ ), no entanto, não é estatisticamente diferente da média obtida para a ULSN ( $77,93 \pm 21,28$ ), pois o valor de prova obtido foi de 0,310.

Daqui podemos inferir que não validamos a Hipótese H<sub>4</sub>, já que não existem diferenças estatisticamente diferentes nas médias obtidas para as variáveis género e unidade hospitalar.

Tabela 36

Teste *t-Student* para comparar as médias do NSI tendo em conta o género e a unidade hospitalar onde exerce funções

	NSI	Estatística Descritiva		Teste <i>t-Student</i>	
		Média	D.P.	ET	Valor Prova
<b>Género</b>	Feminino (n=60)	83,37	22,01	$t=1,573$	0,120
	Masculino (n=21)	75,19	15,17		
<b>Unidade Hospitalar onde exerce funções</b>	ULSN (n=27)	77,93	21,28	$t=-1,022$	0,310
	CHTMD (n=54)	82,91	20,38		

Na Figura 3 está representada gráficamente a média obtida para as variáveis “Género” e “Unidade Hospitalar onde Exerce Funções”.

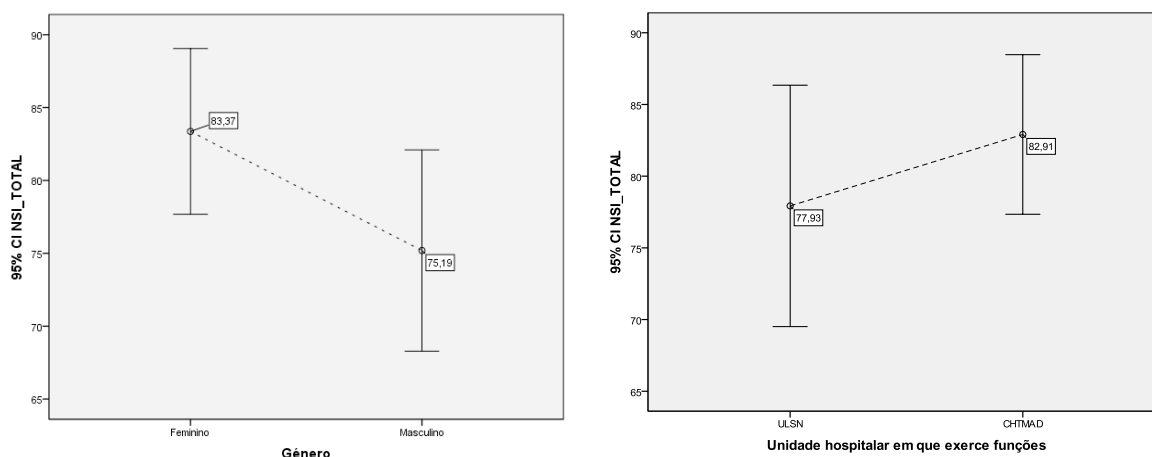


Figura 3

Representação gráfica da média obtida para as variáveis Género e Unidade Hospitalar onde exerce funções e respectivos intervalos de confiança a 95%

**H<sub>5</sub>: Existem diferenças nas médias do nível de stress percebido pelos enfermeiros perioperatórios nas variáveis sócio-profissionais, nomeadamente a escolha de colocação no Bloco Operatório.**

Para testar a Hipótese 5, recorreu-se ao teste paramétrico de *t-Student* para amostras independentes, pois tratam-se de amostras de grande dimensão e como tal não é necessário comprovar a normalidade das populações.

O valor de prova obtido foi de 0,417 e como tal conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas entre o nível de stress e a escolha de colocação no Bloco Operatório. A opção de trabalhar no Bloco Operatório, que correspondeu a uma escolha

do próprio enfermeiro, obteve um valor médio mais elevado ( $M=83,52$ ) comparativamente à escolha que recaiu por parte da instituição ( $M=79,69$ ). Estes resultados são apresentados na Tabela 37 e como tal, concluímos que não validamos a Hipótese H<sub>5</sub>.

Tabela 37

Teste *t-Student* para comparar as médias do NSI com a opção de escolha de colocação no Bloco Operatório

NSI	Estatística Descritiva		Teste <i>t-Student</i>	
	Média	D.P.	ET	Valor Prova
Escolha própria (n=33)	83,52	17,18	$t=0,816$	0,417
Escolha da instituição (n=48)	79,69	22,84		

Na Figura 4 está representada gráficamente a média obtida para a variável “De quem foi a escolha da sua colocação no serviço de Bloco Operatório”.

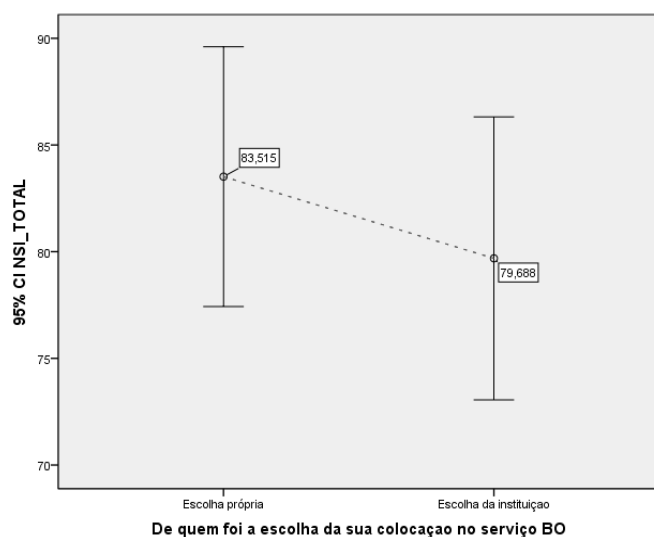


Figura 4

Representação gráfica da média obtida para a variável *De quem foi a escolha da sua colocação no Bloco Operatório* e respectivo intervalo de confiança a 95%

No capítulo seguinte procede-se à discussão dos resultados aqui apresentados.

### CAPÍTULO III. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No campo da investigação, a discussão dos resultados é uma fase enriquecedora. É nesta fase da investigação que é possível dar realce aos dados significativos encontrados, comparando-os com a opinião dos autores que deram suporte teórico ao presente estudo, tirando daí as relações possíveis.

De seguida serão discutidos os resultados face aos resultados obtidos no estudo.

#### ✓ *Caracterização Sócio-demográfica*

Relativamente à variável *Bloco Operatório onde exerce funções*, verificamos que a grande maioria da nossa amostra corresponde aos Blocos Operatórios do CHTMAD, com um total de 66,6% da amostra face aos 33,4% que correspondem ao total de enfermeiros perioperatórios da ULSNE. Estes resultados, não são de todo inesperados, pois é do nosso conhecimento que o BO do CHTMAD da Unidade de Vila Real é de grande dimensão comparativamente aos outros Blocos Operatórios onde foi realizado o estudo, logo emprega maior número de profissionais.

Podemos considerar que a nossa amostra é constituída por um grupo relativamente homogéneo quanto ao *género*, já que se observou um número significativo de elementos do género feminino (74,1%), facto que é bem visível na profissão de Enfermagem e que vai de encontro aos dados estatísticos relativos ao ano de 2011 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012), onde é possível observar que a grande maioria dos profissionais em exercício profissional são do género feminino.

Quanto ao *estado civil* dos enfermeiros perioperatórios inquiridos, constatamos que a grande fatia corresponde ao item Casado ou a viver em União de Facto com 81,5%, seguido de 13,6% da amostra que referiram ser solteiros e 4,9% responderam estar divorciados ou separados.

No que concerne às *habilitações académicas*, grande parte da amostra referiu ser Licenciada (91,4%). Estes dados estão de acordo com o estado actual da formação em enfermagem e da possibilidade que existiu da realização do curso de Complemento de Enfermagem que conferia o grau de licenciado. Contudo ainda existem profissionais que referem como habilitação académica o 12º Ano e o Bacharelato (2,5%). Apenas 1,2% da amostra referiu possuir um Mestrado e 2,5% responderam ser detentores de um Doutoramento. De certa forma, ao obtermos estes resultados, podemos compreender que os enfermeiros perioperatórios embora mostrem interesse na frequência de cursos para a obtenção de novos graus académicos, o facto de não existir nenhuma compensação remuneratória ao nível da carreira hospitalar, faz com que muitos profissionais adiem essa decisão.

De acordo com a *idade* dos inquiridos, obtivemos um valor mínimo de 27 anos e um valor máximo de 59 anos de idade, correspondendo a uma média de idades de 43,15 anos. Segundo os dados estatísticos da OE (2012) para o ano de 2011, a grande maioria dos enfermeiros em exercício encontram-se na faixa etária entre os 26 e 30 anos de idade.

✓ *Caracterização Profissional*

Para a variável *Possuir Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem*, 87,7% da amostra respondeu não possuir qualquer especialidade. Somente 12,3% dos inquiridos afirmaram ter investido num Curso de Pós-Licenciatura e, destes 11,1% declarou ser especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. De certa forma, compreende-se que para quem exerce funções num BO esta seja a especialidade de enfermagem mais adequada, já que não existe em Portugal até ao momento uma especialidade específica ao exercício da enfermagem no BO.

Segundo a *categoria profissional*, 11,1% da amostra respondeu pertencer à categoria de Enfermeiro e somente 4,9% responderam ser Enfermeiros Especialistas. A grande maioria dos inquiridos ocupa a categoria de Enfermeiro Graduado (84%), o que está de acordo com a idade e com a carreira profissional de enfermagem que determinava que ao fim de seis anos, os enfermeiros progrediam automaticamente para enfermeiros graduados. Actualmente, segundo o Decreto-Lei nº 248/09 de 22 de Setembro, a carreira especial de enfermagem está estruturada em apenas duas categorias: Enfermeiro e Enfermeiro Principal. Contudo, ainda não se efectivaram as transições para a nova carreira, pelo que os enfermeiros se reportaram às categorias regulamentadas pelo Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. Estes resultados vão de encontro aos dados estatísticos apresentados pela OE (2012) referentes ao ano de 2011.

No que diz respeito ao *vínculo profissional à instituição*, 100% dos enfermeiros perioperatórios inquiridos responderam possuir um contrato fixo à instituição. Este tipo de contrato refere-se a um contrato por tempo indeterminado.

A *escolha de colocação no serviço de Bloco Operatório*, foi da responsabilidade da Instituição para 59,3% da amostra. Por outro lado, 40,7% dos inquiridos escolheram por opção exercer funções neste serviço.

O *tempo de exercício profissional* da amostra correspondeu a um mínimo de 4 anos e a um máximo de 42 anos, obtendo-se uma média de 20,65 anos de exercício profissional.

Do *tempo de exercício de funções no BO*, é possível observar que os indivíduos responderam ter como experiência profissional neste serviço, no mínimo 1 ano e no máximo 35 anos, apresentando como média 15,48 anos de exercício no BO. Através destes dados, é possível concluir que determinados enfermeiros exercem funções à largos anos neste serviço.

Relativamente ao *período de integração aquando do início de funções no BO*, 86,4% dos inquiridos responderam ter tido um período de integração que variou de um mínimo de 1 mês ao máximo de 15 meses, observando-se uma média de 3,96 meses. No entanto, 13,6% afirma não ter tido período de integração.

O facto de o período de integração ser tão longo, comparativamente a outro serviço hospitalar está de certa forma relacionado com a especificidade de funções que cada enfermeiro tem que desempenhar no BO. Por outro lado, se tivermos em conta que no BO operam várias especialidades cirúrgicas, também temos que considerar mais tempo de integração ao enfermeiro que se integra no serviço, pois cada especialidade possui especificidades próprias. Ao nível da gestão, não é desejável que o período de integração de um enfermeiro seja longo, já que este durante este período, é considerado como um elemento neutro, que não produz trabalho efectivo.

#### ✓ *Características do Trabalho*

Relativamente à *carga horária semanal* da amostra, os resultados obtidos conferem que grande parte da amostra tem uma carga horária semanal de 35 horas (87,7%) comparativamente com a restante amostra (12,3%) que declarou trabalhar 40 horas por semana.

Segundo a *realização de turnos consecutivos* 38,3% da amostra declarou fazê-lo às vezes, 37%, afirmou realizar turnos consecutivos e 24,7% diz não o fazer.

A *modadlidade de horário efectuado* é para a grande maioria (49,4%), um horário de *roulement*, ou seja por turnos, 29,6% diz praticar o horário fixo não realizando noites nem fins-de-semana e 21% da amostra diz fazer o horário misto. Neste tipo de horário, é realizado o *roulement* mais o regime de prevenção (em que os enfermeiros perioperatórios estão à chamada, caso existam urgências/emergências). O trabalho por turnos é uma necessidade do próprio exercício da profissão de enfermagem. Contudo, existem enfermeiros que optam somente pela realização de horário fixo, apontando algumas razões para isso, como por exemplo, mudança de categoria (por norma os enfermeiros especialistas não realizam horário de *roulement* porque muitas vezes têm como função assessorar o enfermeiro chefe nas questões relacionadas com a gestão do serviço), por razões familiares ou por questões relacionadas com o próprio serviço.

Quanto à *existência de outro emprego*, 79% dos participantes no estudo dizem só trabalhar no BO e somente 21% diz possuir outro emprego.

As *funções desempenhadas no BO* pelos enfermeiros perioperatórios inquiridos, mostram que 35,8% da amostra desempenha funções no BO ao nível das três áreas de actuação (Anestesia, Circulação e Instrumentação) e ainda colaboram na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos. A restante amostra apresenta valores mais representativos (17,3%), ao nível da área da Circulação e Instrumentação e da área da Anestesia. Contudo, existem enfermeiros (6,1%) que realizam outras funções além das mencionadas, que passam pela anestesia em locais remotos, apoio de anestesia a outros serviços, realização de consulta de enfermagem de cirurgia de ambulatório, funções de coordenador e ainda exercem funções no serviço do controlo da dor, nomeadamente na dor crónica.

No que diz respeito à *actividade de enfermagem no BO*, 77,8% da amostra considera esta actividade bastante stressante o que vai de encontro aos estudos realizados por Moss (1989) citado por Martins (2004), em que este sugere que os enfermeiros perioperatórios sofrem de stress moderado. Também Schmidt et al. (2009) mencionado por Ferreira (2010), constatou que

se deveria atribuir maior atenção à saúde dos enfermeiros perioperatórios, pois 84% destes profissionais encontravam-se stressados face à alta exposição do trabalho.

Quando questionados os indivíduos sobre as *causas que consideram mais stressantes no desenvolvimento da actividade de enfermagem no BO*, constatamos que as causas mais apontadas foram as relacionadas com as relações interpessoais (n=29). Neste tipo de relações entendemos as que são estabelecidas com os colegas, superiores, subordinados ou outras classes profissionais, nomeadamente a classe médica com quem o enfermeiro perioperatório trabalha em estreita ligação. Selye (1984) chegou mesmo a afirmar que aprender a viver com os outros é um dos aspectos da vida de cada pessoa que mais stress causa, já que as diferenças individuais têm grande importância na forma como nos relacionamos com os outros.

Outra das situações que induzem mais stress apontadas pela amostra foram as situações de urgência/emergência que por vezes ocorrem no BO. Cruz (2004) corrobora com estes resultados já que num estudo realizado por ele, constatou que aos enfermeiros perioperatórios em situações de urgência/emergência é-lhes exigida uma atenção contínua devido à complexidade dos cuidados, criando nos enfermeiros situações de angústia e ansiedade que posteriormente levam à exaustão.

Como *medidas minimizadoras de stress no BO*, aferimos que “Melhorar a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar” é a medida mais apontada pela amostra em estudo (67,9%). Ramos (2001) reforça este aspecto quando diz que a comunicação organizacional e interpessoal tem sido alvo de atenção por parte das organizações, já que a sua melhoria e promoção têm levado a um aumento do rendimento.

No que confere à questão colocada aos inquiridos sobre o *aparecimento de problemas de saúde, que se atribui estarem relacionados com o stress* e a que estão sujeitos no local de trabalho no último ano, podemos constatar que os problemas apontados pela amostra com *Muita Frequência* foram a falta de vontade para se levantar de manhã (11,1%), seguida de irritabilidade (6,2%), insónias e dores de cabeça (4,9%). Para a opção de resposta, *Algumas Vezes*, observou-se que a irritabilidade cresce (49,7%), a falta de vontade para se levantar de manhã também aumenta consideravelmente (35,8), surgem as palpitações (30,9%), novamente as insónias mas com um valor mais elevado (27,2%) e novamente as dores de cabeça, também com um valor superior (25,9%).

O surgimento de insónias é frequente, tal como afirma Ramos (2001), em que as perturbações do sono são das principais queixas das pessoas em stress, já que os indivíduos referem sintomas como dificuldade em adormecer, sono fragmentado sono insuficiente e não retemperador e fadiga ao longo do dia. A falta de vontade para se levantar de manhã, pode se certa forma estar relacionada com o desenvolvimento de uma Depressão de causa exógena ou reactiva, a qual tem sido associada às vivências de stress, segundo Ramos (2001). De acordo com este autor a Depressão é caracterizada segundo o quadro clínico de desesperança, falta de vitalidade, falta de energia e humor melancólico.

As palpitações entendemos que podem ser englobadas nas doenças cardiovasculares, por serem um sintoma de ansiedade mas que se manifestam ao nível cardiovascular, acelerando o ritmo

cardíaco podendo desencadear mais tarde uma doença cardiovascular que segundo Schnall et al. (1994) referido por (Ramos, 2001) parece existir uma notória relação causal entre stress no trabalho e doenças cardiovasculares, independentemente do tipo de trabalho e do sexo dos indivíduos.

Sobre o facto de *terem recorrido a um atestado médico ou baixa médica nos últimos dois anos*, 24% dos inquiridos respondeu tê-lo feito com a duração mínima de um dia e com a duração máxima de 62 dias, obtendo-se uma média de 14,04 dias de ausência ao serviço. Destes resultados podemos inferir que o absentismo não é muito relevante na nossa amostra. Quick et al. (1997) e Robbins (1998) referem que o absentismo acarreta custos para as organizações já que por vezes é necessário contratar de forma excepcional outros trabalhadores e ao nível da gestão faz com que se adiem decisões importantes. Contudo, o absentismo pode ainda ser benéfico para a organização pois pode revelar-se uma boa estratégia de *coping* para o indivíduo. Para estes autores, é preferível que o indivíduo se ausente do que compareça ao trabalho doente, cansado ou em stress, levando-o a tomar decisões erradas contribuindo para um decréscimo da produtividade.

Relativamente à *satisfação com aspectos ligados à profissão e às funções exercidas no BO*, observamos que os enfermeiros perioperatórios se sentem Satisfeitos com o apoio recebido pelos colegas de serviço (48,1%), Satisfeitos com o apoio dado aos colegas (40,7%) o Trabalho no BO (35,8%) e a Profissão de Enfermagem (34,5%). No entanto, o item mais pontuado pela negativa pelos inquiridos foi o item relativo à Progressão na Carreira, quando 64,2% da amostra afirma não estar *Nada Satisfeito*. Este aspecto demonstra a conjuntura actual que se vive relativamente à insatisfação na profissão de enfermagem.

Relativamente ao item Trabalho no BO, 21% da amostra refere estar *Muitíssimo Satisfeita* enquanto enfermeiro perioperatório.

#### ✓ *Avaliação do Nível de Stress (NSI)*

Na avaliação do Nível de Stress, através do NSI constatamos que a nossa amostra exhibe um considerável nível de stress, já que a mesma apresenta valores médios de stress (81,25) aproximados dos valores médios teóricos (90).

Relativamente aos *scores* obtidos para o NSI Total e respectivas sub escalas observamos que para o NSI Total, o grau de pressão na nossa amostra correspondeu a *Stressante*, obtendo um *score* mais elevado na sub escala “Lidar com doentes e família” (2,91), na sub escala “Carga de Trabalho 1 (Quantitativa)” (2,87) e na sub escala “Clima Organizacional” (2,79). A única sub escala que apresentou um *score Nada Stressante*, foi a sub escala “Papel na Organização”.

Daqui podemos inferir, que para a amostra em estudo o facto de lidar com doentes e família induz bastante stress, o que está de acordo com Marques et al. (2006) citado por Ferreira (2010) quando afirma que no seu dia-a-dia, os profissionais de enfermagem se deparam com situações que envolvem dor, sofrimento e ameaça de vida, podendo levar a um choque com os seus próprios valores, cultura, princípios e sentimentos.

A Carga de Trabalho 1, quantitativa, que se refere à sobrecarga física resultante do trabalho sobre pressão, também vai de encontro ao que Pinto (1990) referido por Cruz (2004) comprova ao mencionar que a pressão do tempo acontece sobretudo nas cirurgias de urgência, complicações intra-operatórias e na preparação do que é necessário para a próxima intervenção cirúrgica, o que exige das pessoas grande dinamismo e capacidade de resposta rápida.

O clima organizacional é outro factor indutor de stress, reforçado por Ramos (2001) ao relatar que quando a comunicação é pobre ou incompleta entre chefias e subordinados, surgem situações indutoras de stress, já que a comunicação é o instrumento capital da relação humana sendo também por isso, o principal meio psicossocial do trabalho.

#### ✓ *Avaliação do Burnout nos Enfermeiros Perioperatórios*

Na avaliação do *Burnout*, através do MBI, constatamos que os enfermeiros perioperatórios possuem em média um nível baixo de *Burnout*, já que a maioria dos inquiridos apresentou baixos níveis de Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (D) e elevados níveis de Realização Pessoal (RP).

Contudo, pensamos que estes profissionais, apresentam algum risco de evoluiem para uma situação de esgotamento profissional, motivado pelo cansaço físico e mental intensos, o que pode ser comprovado pela média observada nos itens relativos ao MBI “Sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho” (Item 2) e “Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no emprego” (Item 14), já que estes itens apresentam um valor médio superior aos restantes.

#### ✓ *Avaliação do Inventário de Resolução de Problemas (IRP)*

No que se refere à avaliação das estratégias de *coping*, através do Inventário de Resolução de Problemas, verificamos que comparativamente com os resultados obtidos nos estudos realizados por Cruz (2001) e Serra (1988), e atendendo aos valores normativos para o IRP Total (M=153,83; DP=16,40) propostos por Vaz Serra (1988), que considera mecanismos de *coping* menos eficazes, para valores inferiores à média, razoáveis mecanismos de *coping* para valores idênticos à média e mecanismos de *coping* eficazes para valores superiores à média, concluímos que os enfermeiros perioperatórios inquiridos, possuem razoáveis mecanismos de *coping*, uma vez que os resultados obtidos são idênticos à média global (IRP Total) proposta por Vaz Serra (1988).

Concluímos ainda, que os participantes neste estudo possuem um eficaz controlo interno/externo dos problemas (F4) e têm eficazes mecanismos de *coping* relativamente à agressividade internalizada/externalizada (F7), já que se observou uma média mais elevada nestes factores.

Comparando os nossos resultados, com os obtidos nos estudos realizados por Cruz (2001) e Serra (1988), uma vez que os valores médios obtidos para cada um dos factores são idênticos, observamos que os inquiridos: sentem que têm controlo pessoal das situações, planeando

estratégias para a sua resolução; procuram o confronto e uma resolução activa dos problemas; não se mostram propensos a pedir ajuda; possuem eficazes estratégias no controlo das emoções; não deixam que as situações indutoras de stress, interfiram nas suas actividades diárias; não abandonam de forma passiva as situações; não tendem a deixar-se responsabilizar-se e a ter medo das consequências negativas e não manifestam tendência para a agressividade.

✓ *Análise Inferencial Dos Dados*

Na análise inferencial dos dados constatamos que existe uma relação positiva entre o nível de stress e o nível de *Burnout*, levando-nos a afirmar que valores elevados de *Burnout* correspondem a valores elevados de stress. Assim verificamos que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de stress e o nível de *Burnout* experienciado pelos enfermeiros perioperatórios, logo validamos a Hipótese H<sub>1</sub>.

Quanto à existência de relação entre as estratégias de *coping* adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios e o nível de stress, através da correlação de *Pearson* constatamos que existe uma relação estatisticamente significativa entre o nível de stress e as estratégias de *coping* adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios, pelo que validamos a **Hipótese 2**. Contudo, esta relação é negativa traduzindo-se numa relação inversa, pois valores elevados nas estratégias de *coping* correspondem a níveis baixos de stress e vice-versa.

Analogamente, recorrendo ao coeficiente correlação de *Pearson*, verificamos existir uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre as variáveis nível de stress e satisfação no trabalho. Tratando-se de uma relação inversa, podemos afirmar que enfermeiros com um maior nível de satisfação, apresentam menores níveis de stress no trabalho, portanto validamos a **Hipótese 3**.

Para validar a **Hipótese 4**, recorreu-se ao teste paramétrico de *t-Student* para comparar as médias obtidas para o género e unidade hospitalar onde o inquirido exerce funções e o nível de stress. Perante os resultados obtidos, não validamos a hipótese 4, logo não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas para o género e unidade hospitalar e o nível de stress, observando-se uma média mais elevada no género Feminino e na unidade hospitalar CHTMAD, em relação ao género Masculino e a unidade hospitalar ULSN.

Relativamente à **Hipótese 5**, recorreremos também ao teste *t-Student* para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas para as variáveis sócio-profissionais, nomeadamente a escolha de colocação no Bloco Operatório e o nível de stress percebido pelos enfermeiros perioperatórios. Conforme os resultados obtidos, concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas entre o nível de stress e a escolha de colocação no Bloco Operatório, pelo que não validamos a hipótese H<sub>5</sub>. A opção de trabalhar no Bloco Operatório, que correspondeu a uma escolha do próprio enfermeiro, obteve um valor médio mais elevado comparativamente à escolha que recaiu por parte da instituição.

## CONCLUSÕES

Ao darmos por concluído este trabalho, tecemos algumas considerações não só acerca do conteúdo e forma como foi desenvolvido, mas também as principais dificuldades que enfrentamos na sua realização.

Consideramos que os objectivos inicialmente delineados para o desenvolvimento deste estudo, foram alcançados na sua totalidade. De facto, a realização deste trabalho, permitiu-nos aprofundar conhecimentos ao nível de uma área específica, gestão de recursos humanos e riscos profissionais, nomeadamente o stress, a que os enfermeiros perioperatórios estão sujeitos.

As principais conclusões que obtivemos são:

- Grande parte dos inquiridos exerce funções nos serviços de BO que pertencem ao CHTMAD (66,6%) face aos 33,4% que pertencem à ULSNE ;
- A amostra é maioritariamente constituída pelo género Feminino (74,1%);
- A idade mínima dos inquiridos corresponde a 27 anos e uma idade máxima de 59 anos de idade, situando-se a média de idades nos 43,15 anos;
- Grande parte da amostra é casada ou vive em união de facto (81,5%);
- Relativamente às habilitações académicas, a grande fatia possui o grau de Licenciado em Enfermagem (91,4%);
- Somente 12,3% da amostra afirma ter investido num Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem e destes, 11,1% declarou ser na área Médico-Cirúrgica;
- A categoria profissional da amostra corresponde em grande parte (84%) a Enfermeiro Graduado;
- O vínculo profissional dos inquiridos à instituição onde exerce funções, corresponde a tempo indeterminado (100%);
- A opção de trabalhar no BO, foi da responsabilidade da instituição para 59,3% da amostra;
- O tempo mínimo de exercício profissional da amostra, correspondeu a 4 anos e no máximo a 42 anos;
- O tempo de exercício no BO correspondeu no mínimo a 1 ano e no máximo a 35 anos, obtendo-se uma média de 15,48 anos de exercício no BO;
- O período de integração no BO, foi para 86,4% da amostra, no mínimo de 1 mês e no máximo de 15 meses, com uma média de 3,96 meses;
- Grande parte da amostra tem uma carga horária semanal de 35 horas (87,7%) e 38,3% diz realizar turnos consecutivos;
- Para 49,4% da amostra a modalidade de horário praticado é o *roulement*;
- Ao nível das funções desempenhadas no BO, 35,8% da amostra diz desempenhar funções no BO ao nível das três áreas de actuação (anestesia, circulação e instrumentação);

- Quanto à actividade de enfermagem no BO, 77,8% considera que esta é “*Bastante Stressante*”;
- As causas mais apontadas pela amostra como stressantes foram as relacionadas com as relações interpessoais (n=29);
- Como medidas minimizadoras de stress, a medida mais referida foi *Melhorar a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar* (67,9%);
- Os problemas de saúde relacionados com o stress referidos pela amostra, com muita frequência, foram a *falta de vontade para se levantar de manhã; irritabilidade; insónias e dores de cabeça*;
- Em média, nos últimos dois anos, os inquiridos sentiram necessidade de se ausentar do serviço no mínimo 1 dia e no máximo 62 dias, obtendo-se uma média de 14,04 dias de ausência;
- Relativamente à satisfação no trabalho, 48,1% sentem-se satisfeitos com o apoio recebido pelos colegas do serviço; 40,7% está satisfeito com o apoio dado aos colegas; 34,5% está satisfeito com a profissão de enfermagem e 21% diz estar muitíssimo satisfeito enquanto enfermeiro perioperatório;
- No que diz respeito ao nível de stress, pela análise do NSI, apuramos que a nossa amostra exhibe um considerável nível de stress, apresentando valores equivalentes a stressantes nas sub escalas “Lidar com doentes e família”, “Carga de Trabalho 1 (Quantitativa)” e “Clima Organizacional”;
- Na avaliação do *Burnout*, através do MBI, constatamos que os enfermeiros perioperatórios possuem em média, um nível baixo de *Burnout* já que a maioria dos inquiridos apresentou baixos níveis de Exaustão Emocional (EE) e Despersonalização (D), e elevados níveis de Realização Pessoal (RP).
- Relativamente às estratégias de *coping*, através do IRP, concluímos que os enfermeiros perioperatórios que fizeram parte do nosso estudo possuem eficazes mecanismos de *coping* no controlo interno/externo dos problemas (F4) e no controlo da agressividade internalizada/externalizada (F7). De forma global, concluímos que a amostra possui razoáveis mecanismos de *coping*, já que sente que tem controlo pessoal das situações, planeia estratégias para a sua resolução; procura o confronto e uma resolução activa dos problemas; não se mostra propenso a pedir ajuda; possui eficazes estratégias no controlo das emoções; não deixa que as situações indutoras de stress, interfiram nas suas actividades diárias; não abandona de forma passiva as situações; não tende a deixar-se responsabilizar-se e a ter medo das consequências negativas e não manifesta tendência para a agressividade.
- Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de stress e o nível de *Burnout* experienciado pelos enfermeiros perioperatórios;
- Existe uma relação estatisticamente significativa entre o nível de stress e as estratégias de *coping* adoptadas pelos enfermeiros perioperatórios;

- Existe uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis nível de stress e satisfação no trabalho, logo enfermeiros com um maior nível de satisfação, apresentam menores níveis de stress no trabalho e vice-versa;
- Não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas para o género ( $t=1,573$ ;  $p>0,120$ ) e unidade hospitalar ( $t=-1,022$ ;  $p>0,310$ ) e o nível de stress. Observando-se uma média mais elevada no género Feminino ( $M=83,37$ ) e na unidade hospitalar CHTMAD ( $M=82,91$ ) em relação ao género Masculino ( $M=75,19$ ) e a unidade hospitalar ULSN ( $M=77,93$ ).
- Não existem diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas entre o nível de stress e a escolha de colocação no Bloco Operatório ( $t=0,816$ ;  $p>0,417$ ). A opção de trabalhar no Bloco Operatório, que correspondeu a uma escolha do próprio enfermeiro, obteve um valor médio mais elevado ( $M=83,52$ ) comparativamente à escolha que recaiu por parte da instituição ( $M=79,69$ ).

Só conhecendo os factores indutores de stress e a forma como este altera comportamentos nos profissionais e conseqüentemente numa organização, é possível apresentar estratégias para a sua prevenção e/ou diminuição.

É necessário agir no sentido de combater o previsto aumento do stress de forma a prevenir ou contrariar o stress relacionado com o trabalho reorganizando o trabalho, melhorando a organização deste, reforçando o apoio social e promovendo recompensas razoáveis pelo esforço envidado.

Tratando-se do BO um serviço fechado, que possui até algum misticismo no qual os profissionais de saúde são confrontados com o stress, a violência, a doença, a morte e o sofrimento, estando assim muito expostos e portanto necessitados de técnicas para se sentirem melhor Rispaill (2002) citado por Fonseca (2007).

Neste contexto, sugerimos como estratégias minimizadoras de stress nos enfermeiros perioperatórios:

- Existência de um serviço de saúde ocupacional para promover a saúde e o bem-estar dos enfermeiros e todos os trabalhadores da organização;
- Orientações para uma vida equilibrada que compreendam, cuidados com alimentação, períodos de lazer e repouso, realização de exames periódicos, prática de exercício físico, entre outras.
- Permitir intervalos de descanso entre cirurgias mais demoradas e complexas;
- Manter uma atitude positiva face às actividades a desempenhar;
- Analisar os problemas, mantendo a calma, não agir automaticamente sem saber a verdadeira origem dos mesmos;
- Familiarizar-se com regras e protocolos do serviço conhecendo normas e procedimentos;
- Dominar materiais e equipamentos recentemente adquiridos pelo serviço, no sentido de prestar cuidados de forma mais célere e eficaz;

- Estabelecer prioridades realizando tarefas por ordem de importância, delegando trabalho e responsabilidades;
- Conhecer as capacidades dos elementos da equipa multidisciplinar;
- Criar programas educativos sobre formas de combater o stress, no sentido de o reduzir, permitindo-lhes compreender as causas de determinadas situações, desmistificando-as;
- Formação em dinâmicas de grupos, relações interpessoais e gestão de pessoas e materiais;
- Identificação de sinais e sintomas de *Burnout*;
- Participação e reuniões periódicas de carácter obrigatório para discussão de assuntos relativos ao serviço, onde cada um possa apresentar o seu ponto de vista;
- Criação de estímulos ao nível do desempenho no sentido de gerar motivação (apresentação de trabalhos e estudos de caso, participação na tomada de decisão, reforços positivos por parte dos colegas e chefias);
- Implementação do *coaching* de equipas.

A organização e os especialistas de recursos humanos podem colaborar na identificação e redução do stress no trabalho. Os especialistas de recursos humanos podem utilizar pesquisas de atitudes para identificar fontes organizacionais de stress, refinando os procedimentos de seleção e colocação para assegurar uma adequação entre pessoa e cargo, bem como propor um planeamento de carreiras em termos das suas atitudes (Chiavenato, 2005).

Em Portugal está legislado, através do Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro, que a entidade patronal possa assegurar ao trabalhador: a prevenção de riscos profissionais, o zelar pela segurança e ambiente de trabalho, a promoção e a melhoria da segurança e da saúde dos trabalhadores no trabalho bem como proporcionar que cada trabalhador participe em todo este processo.

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012), as entidades patronais têm a obrigação de gerir o stress relacionado com o trabalho, através da Directiva 89/391/CEE, relativa à saúde e à segurança na UE. Esta directiva, e a correspondente legislação de transposição adoptada ao nível dos Estados-Membros, colocam inquestionavelmente o stress no domínio jurídico da saúde e da segurança no trabalho. Demonstram a clara expectativa de que o stress seja abordado da mesma forma lógica e sistemática que qualquer outra questão relacionada com a saúde e a segurança no trabalho ao aplicarem o modelo de gestão dos riscos, colocando a tónica nas medidas preventivas.

A gestão do stress tem, tendencialmente, valorizado mais os indivíduos do que as organizações. Não obstante, o mais importante para prevenir o stress relacionado com o trabalho e os riscos psicossociais é a organização e a gestão do trabalho. Mais vale prevenir as consequências do stress relacionado com o trabalho do que procurar remediá-las depois destas terem ocorrido.

Apesar do esforço desenvolvido durante a realização deste trabalho, apresentamos algumas limitações. Entre estas, consideramos o tamanho da amostra, pois seria desejável uma

amostra de maior dimensão, a qual permitiria a obtenção de outros resultados e a escassez de estudos nesta área dirigidos a esta população específica.

Ao dar por terminado a realização deste trabalho, fica a sensação de recompensa, já que durante o seu desenvolvimento nos foi possibilitada a leitura e o conhecimento de conceitos associados à problemática que pretendemos estudar, contribuindo para a nossa formação pessoal e profissional enquanto enfermeiros perioperatórios, proporcionando-nos momentos de reflexão sobre a nossa prática diária num Bloco Operatório.

Pretendemos dar continuidade a este estudo num curso de Doutoramento e publicar este estudo em conferências científicas e redação de artigos científicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2009). *Perspectivas 1 – Novos riscos emergentes para segurança e saúde no trabalho*. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Luxemburgo. Acedido a 21 de Maio de 2012 em [http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/te8108475enc\\_osh\\_outlook#stresse\\_relacionado\\_com\\_o\\_trabalho](http://osha.europa.eu/pt/publications/outlook/te8108475enc_osh_outlook#stresse_relacionado_com_o_trabalho).
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2012). *Stress relacionado com o trabalho*. Acedido a 20 de Outubro de 2012 em <http://osha.europa.eu/pt/topics/stress>.
- AESOP – Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Barañano, A. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão: Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Bishop, G. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Singapore: Allyn and Bacon.
- Cabral, D. (2004). *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 614p.
- Campos, M. e Pinheiro, M. (1997). *Segurança dos trabalhadores no Bloco Operatório*. Revista Enfermagem, 2<sup>o</sup> série (8), pp 16-23.
- Carvalho, G. (2008). *Mobbing: Assédio Moral em Contexto de Enfermagem*. Tesis Doctoral apresentada à Universidade de Extremadura. Badajoz.
- Cartwright, S. & Cooper, C. (1997). *Managing workplace stress*. California: Sage Publications, Inc.
- CGTP – Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses – Intersindical Nacional (2012). *Acordo – Quadro sobre Stress no Trabalho*. Acordo assinado em 8 de Outubro de 2004 entre a Confederação Europeia de Sindicatos (CES) e as Associações Patronais Europeias. Bruxelas. Acedido a 22 Maio de 2012 em <http://www.cgtp.pt/images/stories/imagens/2006/06/20060608stress.pdf>.
- Chiavenato, I. (2005). *Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Cruz, A. (2001). *Desgaste Profissional em Enfermeiros do Bloco Operatório*. Dissertação para o Grau de Mestre em Gestão Pública. Universidade dos Açores.

- Cruz, A. (2004). *O Desgaste Profissional dos Enfermeiros do Bloco Operatório na Região Autónoma dos Açores*. Revista de Investigação em Enfermagem, nº9 – Fevereiro: 35-44.
- Decreto-Lei nº 433/91 de 8 de Novembro (1991).
- Decreto-Lei nº 441/91 de 14 de Novembro (1991).
- Decreto-Lei nº 248/09 de 22 de Setembro (2009).
- DeFrank, R. & Ivancevich, J. (1998). *Stress on the Job: An Executive Update*. Academy of Management Executive, 12, 55-67.
- DeLongis, A. & Newth, S. (1998). *Coping with Stress*. in “Encyclopedia of Mental Health”. Vol. I. Academic Press.
- EORNA – European Operating Room Nurses Association. (2012). Acedido a 15 de Junho de 2012 em <http://www.eorna.eu/>.
- Ferreira, A. C. (2010). *O cuidar de si, como pessoa. Como o fazem os enfermeiros perioperatórios?* Dissertação para o Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Ferreira, A. S. (2010). *A Gestão do Stress Ocupacional em Enfermeiros Intensivistas*. Dissertação para o Grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real.
- Flores, M. (1999). *O stress ocupacional em enfermeiros com funções de chefia*. Dissertação do XXXIX Curso de Medicina do Trabalho 1997/99. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Fonseca, S. (2007). *A Gestão de Conflitos no Bloco Operatório e as Dinâmicas de Grupo*. Revista da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. Vol. VIII, nº 24, Dezembro.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Friedmann, G. & Naville, P. (1970). *Traité de sociologie du travail*. (I vol.) Paris: Armand Colin.
- Gil-Monte, P. (2006). *El Síndrome de Quemarse por El Trabajo (Burnout)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Gomes, A. et al. (2009). *Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25(3), 307-318.
- Jex, S. (1998). *Stress and job performance*. Londres: Sage.

- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Landeiro, E. (2011). *Viagem pelo mundo da ansiedade, burnout e perturbação depressiva*. Acedido a 05 Março de 2012 em [www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt).
- Lazarus, R. (1993). *Why we should think of stress as a subset of emotion* in "Handbook of Stress – Theoretical and Clinical Aspects" (2ª ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leite, E. & Uva, A. (2010). *Stress relacionado com o trabalho e imunidade. Cadernos Avulso 06*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho.
- Levenson, R. (1994). *Human Emotion: a functional view* in "The Nature of Emotion: Fundamental Questions". New York : Oxford University Press.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística Com Utilização do SPSS*. 3ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Matos, H., Vega, E. & Urdániz, A. (1999). *Estudo do Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde dum hospital geral*. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 125-138.
- Martins, M. (2004). *O stresse no trabalho em médicos e enfermeiros do Bloco Operatório de um Hospital Central do Porto*. Dissertação para o Grau de Mestre em Medicina Legal. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Maslach, C. & Jackson (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal of Occupational Behaviour*, Vol. 2, 99-113. Acedido a 22 de Fevereiro de 2012 em <http://onlinelibrary.wiley.com/>.
- Mateus, C. & Antunes, M. (2008). *Enfermeiros no Bloco Operatório*. *Expresso Emprego* 15.02.2008. Acedido a 14 de Março de 2012 em <http://aeiou.expressoemprego.pt/Actualidades.aspx?Art=1&Id=1887>.
- Mendelson, M. et al. (2000). *The role of stress and social support in Sick Building Syndrome*. *Work and Stress*, 14 (2), 137-155.
- Oliveira, E. & Grácio, M. (2005). *Analysis regarding the size of the simple sample random: application in the area of Information Science*. *Revista de Ciência da Informação*, 6, 1-8.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Dados Estatísticos 2000-2011*. Acedido a 19 Outubro de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/DadosEstatisticos.aspx>.
- Pereira, A. (2008). *SPSS – Guia Prático de Utilização: Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 7ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. 4ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinheiro, D. (2007). *Competências dos Enfermeiros Perioperatórios*. Revista da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. Vol. VIII, nº 22, Abril.
- Quick, J. et al. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington DC: American Psychological Association.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio – Prevenção de Stress no Trabalho*. 1.ª Edição. Lisboa: Editora RH.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Edição. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro L. et al (2010). *Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp 1494-1508). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia. Disponível em <http://www.actassnip2010.com>
- Robbins, S. (1998). *Comportamento Organizacional*. Rio de Janeiro: LTC.
- Ross, R. & Altmaier, M. (1994). *Intervention in Occupational Stress*. London Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.
- Santos, A. & Castro, J. (1998). *Stress – Análise Psicológica*, nº 4, Outubro/Dezembro, 675-690.
- Santos, J. e Teixeira Z. (2009). *O stresse profissional dos enfermeiros*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1984). *Stress: uma realidade da vida – Saúde Mental*, Vol. 3, Rio de Janeiro: Editora Salvat, S.A.
- Serra, A. (2011). *O stress na vida de todos os dias – 3ª edição*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Serra, A. (1988). *Um estudo sobre coping: o inventário de resolução de problemas*. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-316.

- Silva, M. & Gomes, A. (2009). *Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses*. Estudos de Psicologia, 14(3), setembro-dezembro/2009, 239-248. Acedido a 14 de Agosto de 2012 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10624/1/6-Artigo-SO>.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Theorell, T. (2006). *The Empowered Organization and Personal Health*. Cap. 6 in "Stress in Health and Disease". Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.
- Vara, N. (2007). *Burnout e Satisfação no Trabalho em Bombeiros que Trabalham na Área da Emergência Pré-Hospitalar*. Dissertação para o grau de Mestre em Psicologia da Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Vargas, M. (2010). *Gestão de Conflitos e Desgaste Profissional no Bloco Operatório – O Caso dos Enfermeiros*. Dissertação para o Grau de Mestre em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta. Lisboa.
- Zautra, A. (2003). *Emotions, stress, and health*. New York: Oxford University Press.

# **ANEXOS**

## **ANEXO I**

*Autorização para a realização do estudo na  
Unidade Local de Saúde do Nordeste*

**ULS NORDESTE**

*Infância  
Profissionais  
6/10/2012*

Exmª Senhora  
Directora da Escola Superior de Saúde de Bragança  
Prof.ª Adjunta Maria Helena Pimentel  
AV. D. Afonso V  
5300-121 Bragança

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data	Processo
PROC. 6.1.14	04/11/2011	GDF	29/12/2011	

**ASSUNTO:** Autorização Aplicação de Questionário

Na sequência do pedido efectuado por Vª Ex.ª, informo que face à informação da Comissão de Ética foi autorizada a aplicação do questionário nos termos solicitados, desde que os Colaboradores não se importem de responder.

O Gabinete de Desenvolvimento e Formação



Drª Ana Olinda dos Santos

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
Entrada Nº 913  
Em 30/12 2011  
Processo 6114

## **ANEXO II**

*Autorização para a realização do estudo no  
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro*

  
Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.  
**COMISSÃO DE ÉTICA**

---

Exm<sup>o(a)</sup> Senhor<sup>o(a)</sup>  
Prof. Dr<sup>a</sup> Helena Pimentel  
Diretora do  
Instituto Politécnico de Bragança  
Av. D. Afonso V  
5300-121 Bragança

---

**ASSUNTO:** Estudo científico

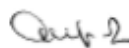
---

Após parecer emitido pela Comissão Ética em 14/12/2011, o Conselho de Administração em 20/12/2011, decidiu autorizar o pedido de V. Ex<sup>a</sup> para que a aluna Ana Rita Veloso Gonçalves, proceda à recolha de dados aos Enfermeiros Perioperatórios do CHTMAD, dado que a Direção de Enfermagem deu parecer positivo.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 10 de Janeiro de 2012

O Presidente do  
Conselho de Administração



Carlos Vaz  
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, E.P.E.  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

/HV

## **ANEXO III**

### *Instrumento de Recolha de Dados*

ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**MESTRADO EM GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES**

RAMO UNIDADES DE SAÚDE

## **INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

*Gestão do Stress em Enfermeiros Perioperatórios*

**Mestranda:** Ana Rita Veloso Gonçalves

**Orientadores:** Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão  
Professor Doutor Leonel São Romão Preto

**Janeiro 2012**

Ex.m.<sup>a(o)</sup> Colega:

O meu nome é Ana Rita Veloso Gonçalves, sou enfermeira no Bloco Operatório da Unidade de Bragança, da Unidade Local de Saúde do Nordeste e encontro-me a realizar um Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Unidades de Saúde, da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR), no Instituto Politécnico de Bragança e pretendo realizar uma dissertação sobre o tema “*Gestão do Stress em Enfermeiros Perioperatórios da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro*”.

Este estudo tem como objectivos principais, avaliar o nível de stress dos enfermeiros perioperatórios da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro, assim como identificar as fontes geradoras de stress e medidas minimizadoras do mesmo.

Conhecer as causas geradoras de stress, é um dos primeiros passos para a prevenção do Stress Ocupacional que muitas vezes condiciona o profissional quer em termos pessoais, quer em termos profissionais, levando ao aparecimento de determinadas patologias e conseqüentemente à diminuição da qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, e para melhor compreensão deste problema, solicito a sua participação, através do preenchimento deste questionário. O questionário é **individual** e **anónimo**, como tal não necessita de o assinar.

A sua colaboração é valiosa, pelo que tente não deixar nenhuma questão por responder, pois o questionário será considerado inválido.

Desde já agradeço a sua colaboração e disponibilidade prestada.

---

**Ana Rita Veloso Gonçalves**

## Instruções

**Por favor** não deixe perguntas por responder. Nas perguntas fechadas, coloque uma cruz (x) na resposta que corresponde à sua situação.

### AVALIAÇÃO DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

**1. Unidade hospitalar em que exerce funções actualmente:**

- ULSN Bragança
- ULSN Macedo Cavaleiros
- ULSN Mirandela
- CHTMAD Vila Real
- CHTMAD Chaves
- CHTMAD Lamego

**2. Idade** \_\_\_\_\_ anos

**3. Género**

- Feminino
- Masculino

**4. Estado Civil**

- Solteiro/a
- Casado/a ou a viver em União de Facto
- Viúvo/a
- Divorciado/a ou separado/a

**5. Tem filhos?**

- Sim
  - Não
- Quantos? \_\_\_\_\_

**6. Habilitações Académicas**

- até ao 12º ano
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

**7. Possui Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem?**

- Sim
  - Não
- Qual? \_\_\_\_\_

**8. Categoria Profissional**

- Enfermeiro/a
- Enfermeiro/a Graduado/a
- Enfermeiro/a Especialista

**9. Vinculo Profissional**

- Com Contrato Fixo
- Com Contrato a Prazo

**10. Tempo de exercício profissional?** \_\_\_\_\_ anos

**11. Tempo de exercício profissional no Bloco Operatório?** \_\_\_\_\_ anos

**12. De quem foi a escolha da sua colocação no serviço de Bloco Operatório?**

- Escolha própria
- Escolha da Instituição

**13. Carga horária semanal neste serviço?**

- 35 Horas
- 40 Horas
- Mais de 40 Horas

**14. Realiza turnos consecutivos ? (por exemplo, Manhã/Tarde)**

- Sim
- Não
- Às vezes

**15. Modalidade de horário efectuado:**

- Horário Rotativo (*Roulement*)
- Fixo
- Misto (*uma das modalidades anteriores acrescidas de regime de prevenção*)

**16. Se já fez Horário Rotativo ou Misto e actualmente faz Fixo, qual o motivo?**

- Razões de Saúde
- Razões Particulares
- Mudanças de Categoria
- Outras: \_\_\_\_\_

**17. Possui outro emprego?**

- Sim
- Não

**18. No Bloco Operatório, exerce funções de:**

- Enfermeiro Circulante
- Enfermeiro Instrumentista
- Enfermeiro de Anestesia
- Enfermeiro Instrumentista e Circulante
- Enfermeiro de Anestesia e Circulante
- Enfermeiro de UCPA (Unidade de Cuidados Pós Anestésicos)
- Enfermeiro de UCPA e Circulante
- Enfermeiro de UCPA e Instrumentista
- Enfermeiro de UCPA e de Anestesia
- Enfermeiro de UCPA/Circulante/Instrumentista
- Enfermeiro de UCPA/Anestesia/Circulante/Instrumentista
- Outras: \_\_\_\_\_

**19. Teve algum período de integração, quando iniciou funções no Bloco Operatório?**

- Sim                      Quanto tempo? \_\_\_\_\_ Meses
- Não

**20. Considera que a actividade de enfermagem no Bloco Operatório é (coloque uma cruz (x) na alternativa de resposta que corresponde à sua opinião):**

<i>Muitíssimo Stressante</i>	<i>Bastante Stressante</i>	<i>Pouco Stressante</i>	<i>Nada Stressante</i>

**21. Se considera que a actividade de enfermagem no Bloco Operatório é stressante, diga as três causas que considera mais stressantes neste serviço?**

---

---

---

**22. Assinale as medidas que no seu entender, poderiam minimizar o stress no Bloco Operatório:**

- Acções de formação sobre a maneira de enfrentar o stress
- Participação na tomada de decisões
- Formação contínua e jornadas de actualização sobre Bloco Operatório
- Redução da pressão laboral
- Melhorar a comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar
- Exercícios de relaxamento regulares
- Rastreio e aconselhamento individual (serviço de Saúde Ocupacional)
- Melhorar as condições de trabalho
- Dotação de pessoal de enfermagem adequada por sala de operações
- Melhorar a integração de novos enfermeiros
- Horários flexíveis
- Grupos de reflexão (mais reuniões de serviço)
- Existência de protocolos de actuação específicos para cada uma das intervenções cirúrgicas
- Implementação da visita pré-operatória de enfermagem
- Outras: \_\_\_\_\_

**23. No último ano, tem tido problemas de saúde que atribui estarem relacionados com o stress a que está sujeito no seu local de trabalho, como por exemplo (coloque uma cruz (x) na alternativa de resposta que corresponde à sua opinião):**

	Com Muita Frequência	Frequentemente	Algumas Vezes	Com Pouca Frequência	Nunca
<i>Falta de Apetite</i>					
<i>Alterações Gastrointestinais</i>					
<i>Aumento do número de micções</i>					
<i>"Palpitações"</i>					
<i>Insónias</i>					
<i>Irritabilidade</i>					
<i>Dores de Cabeça</i>					
<i>Diminuição da apetência sexual</i>					
<i>Falta de vontade para se levantar de manhã</i>					

**23.1. Outros problemas de saúde:**

\_\_\_\_\_

**24. Nos últimos dois anos, teve de recorrer a um Atestado Médico ou Baixa Médica?**

- Sim Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ (especifique em dias ou meses)
- Não

**25. Relativamente, à satisfação no trabalho (coloque uma cruz (x) na alternativa de resposta que corresponde à sua opinião):**

Sente-se Satisfeito com:	Muitíssimo Satisfeito	Bastante Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito
<i>A profissão de enfermagem</i>					
<i>O trabalho no Bloco Operatório</i>					
<i>Progressão na Carreira</i>					
<i>Apoio recebido pelos colegas</i>					
<i>Apoio dado aos colegas</i>					

## MASLACH BURNOUT INVENTÁRIO (M.B.I.)

(Maslach e Jackson, 1986)

Cada um dos sintomas que a seguir é apresentado refere-se ao seu trabalho e à maneira como se sente no seu emprego. Pedimos a sua colaboração no sentido de responder a este questionário de forma espontânea. Não há respostas melhores ou piores; a resposta correcta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. Coloque uma cruz (x) na resposta que melhor traduza o seu sentimento que cada afirmação lhe transmitir.

		Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho.							
2	Sinto-me esgotado no fim do meu dia de trabalho.							
3	Sinto-me fatigado quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar outro dia de trabalho.							
4	Posso facilmente compreender como os meus doentes se sentem acerca das coisas que acontecem.							
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem "objectos impessoais".							
6	O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante.							
7	Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus doentes.							
8	Sinto-me exausto com o meu trabalho.							
9	Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho.							
10	Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas.							
11	Aborreço-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente.							
12	Sinto-me cheio de energia.							
13	Sinto-me frustrado com o meu trabalho.							
14	Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no emprego.							
15	Não me importo grandemente com o que acontece aos meus doentes.							
16	Trabalhar directamente com pessoas faz-me sentir demasiado stress.							
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus doentes.							
18	Sinto-me estimulado por trabalhar ao pé dos meus doentes.							
19	No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas válidas.							
20	Sinto-me no limite das minhas forças.							
21	No meu trabalho lido com problemas emocionais de uma forma muito calma.							
22	Sinto que os doentes me culpam por algum dos seus problemas.							

## POTENCIAIS FONTES DE STRESS

(Adaptado e traduzido de Nurse Stress Index – 6 Sub escalas, Harris, 1989)

Coloque uma cruz (x) na resposta que melhor traduz o **grau de pressão** que **cada afirmação** lhe transmitir.

GRAU DE PRESSÃO		Nenhuma	Pouca	Moderada	Bastante	Muita
1	Trabalhar em “contra-relógio”.					
2	Ter uma carga de trabalho com altos e baixos ao longo do dia.					
3	Sentir que são tomadas decisões que me afectam, sem a minha consulta.					
4	Ter dificuldades em lidar com pessoas agressivas.					
5	Envolver-me emocionalmente com os problemas de trabalho.					
6	“Levar a cabo” mudanças na minha equipa ou organização.					
7	Ter pouco tempo para fazer tudo o que esperam de mim.					
8	Ter de interromper o meu trabalho em função de novas prioridades impostas pelo meu chefe.					
9	Sentir incompreensão a nível superior em relação às necessidades efectivas do meu serviço.					
10	Lidar com doentes difíceis.					
11	Ter dificuldades em conciliar as minhas responsabilidades familiares e profissionais.					
12	Ter de executar tarefas que estão fora da minha competência.					
13	Ter dificuldades em gerir o meu tempo, face às solicitações dos outros.					
14	Ter de definir prioridades.					
15	Sentir falta de apoio por parte dos meus colegas.					
16	Ter de lidar com situações de vida ou morte.					
17	Sentir incompreensão a nível superior relativamente à minha dificuldade em conciliar a casa e o trabalho.					
18	Lidar com novas técnicas e equipamentos.					
19	Passar o tempo a “apagar fogos”, em vez de seguir um plano de actividades.					
20	Sentir que o meu papel de enfermeiro entra em conflito com outras actividades fora do meu conteúdo funcional.					
21	Só ter “feedback” do meu trabalho quando “as coisas correm mal”.					
22	Apoiar os familiares dos doentes falecidos.					
23	Sentir que as solicitações da minha vida pessoal diminuem as possibilidades de ascensão na carreira.					
24	Ter falta de treino especializado para o cargo que ocupo.					
25	Ter de executar demasiadas tarefas de rotina, que interferem com o desempenho das minhas funções.					
26	Ter escassez de recursos essenciais para o desempenho das minhas funções.					
27	Ter de me relacionar com os meus superiores.					
28	Lidar com os familiares dos doentes.					
29	Ter de me ausentar do serviço para gerir problemas domésticos.					
30	Não ter a certeza do meu grau de responsabilidade ou área de actuação.					

## INVENTÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

(© Copyrith A. Vaz Serra, 1987)

Ao longo da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com que têm que se defrontar. Os indivíduos não são todos iguais a lidar com os seus problemas.

Cada uma das questões representa uma forma específica de reagir, quando um **agente de stress** pressiona um indivíduo.

Refira, quando se encontra numa situação difícil, semelhante à que é representada, quais são, das questões seguintes, aquelas que melhor traduzem os seus **comportamentos habituais**.

Coloque uma cruz (x) no quadrado que, em cada questão, melhor relata a **sua maneira usual de reagir**. Não há respostas certas ou erradas, apenas existem **as suas repostas possíveis**. Responda, por isso, rápida espontânea e honestamente a cada uma delas. Não se trata de procurar saber o que considera melhor, mas sim o que se passa **realmente** consigo.

---

**A** – Imagine que teve uma discussão séria, com uma pessoa amiga de longa data.

*Deve-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago, e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns. Na discussão que tiveram, a razão está do seu lado. Contudo, a outra pessoa, muito zangada acaba por lhe dizer: “dou-te uma semana para pensares no que me fizeste e me ires pedir desculpa. Se não fizeres, hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves.”*

*Muito do seu íntimo tem quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir com o que está a dizer. Sabe ainda que não tem todo o dinheiro que precisa para lhe devolver. Conhece bem que muito dos amigos comuns são capazes de acreditar no que outro lhe disser.*

*Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias. O assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosse capaz de esclarecer, uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse pelo menos ao princípio, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida.*

*Contudo, ao relembrar o que se passou, por um lado, sente-se ofendido com a prepotência da outra pessoa, por outro lado recebe as consequências. É um problema que não sabe bem como vai resolver.*

**Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:**

		Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
1	Vou deixar correr esta situação; o tempo ajuda a resolver.					
2	Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer.					
3	Não vou permitir que este acontecimento interfira no que tenho de fazer no dia-a-dia.					
4	Se não me tivesse comportado daquela maneira, isto nunca teria ocorrido; tive toda a culpa no que aconteceu.					
5	Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer.					

**B** – Considere agora uma situação da sua vida em que ocorreu uma perda económica substancial.

*Imagine, por exemplo, que segue numa estrada, com um veículo novo, acabado de comprar com a ajuda de um empréstimo grande e com bastante sacrifício. Uma camioneta, a certa altura, vem contra si e o seu carro fica danificado. A camioneta põe-se em fuga, não é capaz de lhe ver a matrícula, não consegue sair do local em que se encontra e não vai ninguém a passar que possa servir de testemunha. Pensa então no transtorno que tudo isto causa à sua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades em a poder enfrentar. Acaba por apanhar uma boleia de uma pessoa que ali passou, bastante tempo depois, e segue para casa.*

*É um problema aparentemente sem solução e que lhe causa dano.*

**Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:**

		Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
6	Estou perdido; este acontecimento deu cabo da minha vida.					
7	O melhor é não fazer nada, até ver onde isto vai parar.					
8	Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.					
9	Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são.					
10	No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que o problema está como está.					
11	Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.					

**C** – *Sentindo-se uma pessoa competente, em determinada área, vai ser posta à prova, daí a algum tempo, numa situação competitiva importante. Verifica, entretanto, com estranheza que há um indivíduo que anda a diminuí-lo e a dizer aos outros que é uma pessoa que não vale o que aparenta.*

*Este facto ofende-o, daí a três meses, vai poder provar, aos olhos de todos, se é ou não um indivíduo capaz.*

**Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:**

		Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
12	As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar meu.					
13	Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor.					
14	Estou-me a sentir destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desenvolver-me desta situação.					
15	Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.					
16	Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.					
17	Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.					
18	Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto.					
19	Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer.					
20	Vou pedir conselho, a amigos meus, sobre a melhor atitude a tomar.					
21	De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-de remover obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz, sei que hei-de conseguir.					

**D – Quando me sinto muito tenso, a fim de aliviar o meu estado de tensão:**

		Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
22	Passo longas horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.					
23	Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem.					
24	Meto-me na cama durante longas horas.					
25	Procuro fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim efeitos reparadores.					
26	Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades.					
27	Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta.					
28	Chego a bater em mim próprio.					
29	Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou um psicólogo.					

**E – A minha maneira de ser habitualmente leva-me a que, não só nestas situações como em todos os meus problemas, tendem a:**

		Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
30	Pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.					
31	Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis.					
32	Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias.					
33	Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos.					
34	Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas.					
35	Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.					
36	Ter sempre a coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.					
37	Envolver-me apenas naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixam ficar mal.					
38	Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente interferidos pelos problemas com que me confronto.					
39	Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.					
40	Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo.					

**Fim do Questionário. Obrigada pela sua colaboração.**