



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**MAL-ESTAR E BEM-ESTAR EM ENFERMEIROS:
LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS DE INTERVENÇÃO**

NUNO ÁLVARO CANECA MURCHO

Doutoramento em Psicologia

Área de Especialização em Psicologia da Saúde

2010



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**MAL-ESTAR E BEM-ESTAR EM ENFERMEIROS:
LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS DE INTERVENÇÃO**

NUNO ÁLVARO CANECA MURCHO

Doutoramento em Psicologia

Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Tese orientada por: Professor Doutor Saul Neves de Jesus

2010

Às pessoas mais importantes da minha vida:

O meu filho Guilherme, a minha mulher Maria Antonieta, e os meus pais,

Maria Antónia e Joaquim Bernardo Murcho.

AGRADECIMENTOS

Muitos foram aqueles que directa ou indirectamente me apoiaram, e que contribuíram para a realização desta dissertação. Contudo, houve pessoas que estiveram mais próximas ou que me marcaram mais na ajuda que me deram, e aos quais não queria deixar de manifestar o meu público agradecimento.

Assim, em primeiro lugar quero agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor Saul Neves de Jesus, não somente a sua supervisão científica de todo este trabalho, como acima de tudo, a sua grande disponibilidade para conversar sempre que foi necessário, e principalmente a amizade e confiança que em mim depositou, sem as quais não teria sido possível ter concluído esta dissertação.

Em segundo lugar, quero agradecer ao Professor Doutor Eusébio Pacheco, toda a ajuda que me deu ao longo deste trabalho, e principalmente a sua amizade, as quais foram primordiais para a sua consecução.

Quero ainda agradecer aos meus cunhados, os Engenheiros José Mendes e Telma Guerreiro, pelas ajudas informáticas sempre que foi necessário, às minhas amigas Mestre Andreia Pacheco e Cristina Cabrita pelo seu apoio na tradução de alguns dos artigos deste trabalho, ao meu anterior chefe, Dr. António Camacho, pelo seu apoio, amizade e também por nunca me ter criado obstáculos laborais que prejudicassem a conclusão desta tese no prazo que eu tinha previsto, e ao meu colega de trabalho e amigo, Dr. António Pina, pelas suas sempre pertinentes críticas, designadamente nos aspectos da estatística, e também pelo seu incentivo.

Depois, é importante mencionar a colaboração institucional dos organismos e serviços onde foi efectuada a colheita de dados, e que foi imprescindível para que a mesma tivesse corrido da melhor forma.

Desse modo, faço aqui o meu público agradecimento à Sra. Presidente do Conselho de

Administração do Hospital de Faro, EPE, Dra. Ana Paula Gonçalves, e à Sra. Enfermeira Directora deste hospital, Enf.^a Maria Filomena Martins, ao Sr. Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, Dr. Luís Batalau, e à Sra. Enfermeira Directora deste centro hospitalar Enf.^a Mariana Santos, assim como a todos os Srs. Enfermeiros Chefes ou Coordenadores e seus substitutos, dos serviços que estiveram envolvidos nestes estudos, por toda a colaboração prestada.

Agradeço ainda a todos os enfermeiros das equipas cujos elementos participaram nesta investigação ao longo dos seus diversos estudos, toda a sua disponibilidade para participarem no mesmo.

Não podia ainda esquecer aqueles que sempre estiveram ao meu lado, e que com o seu apoio e amizade me ajudaram a chegar ao fim deste trabalho: a minha família e os meus amigos.

Para todos vós, mais uma vez, o meu muito obrigado. Bem hajam.

NOME: Nuno Álvaro Caneca Murcho

FACULDADE: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

ORIENTADOR: Professor Doutor Saul Neves de Jesus

DATA: Novembro, 2010

TÍTULO DA TESE: Mal-estar e bem-estar em enfermeiros: levantamento da situação e perspectivas de intervenção

RESUMO

O mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros é susceptível de ocasionar não somente prejuízos para a sua saúde, como também de colocar em risco a qualidade dos cuidados que eles prestam. Para que possamos intervir eficazmente no sentido de minimizarmos os efeitos adversos deste mal-estar nestes profissionais, é necessário aprofundarmos os nossos conhecimentos sobre esta problemática.

É nesse sentido que realizamos esta dissertação, com os seguintes objectivos: efectuar o levantamento do mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros; identificar quais são os factores que permitem que estes profissionais sejam mais resistentes à pressão laboral; e validar metodologias de intervenção destinadas a fomentar este bem-estar.

Os estudos que efectuamos, de tipo quantitativo e qualitativo, permitiram-nos concluir que: os factores psicossociais se sobrepõem aos factores sociodemográficos no surgimento ou agravamento do mal-estar nos enfermeiros; o burnout precede a depressão, sendo ambos constructos diferentes embora com sintomas comuns; os indivíduos mais resilientes, para além de serem mais optimistas e menos vulneráveis ao stresse, também apresentam um conjunto de características que os diferenciam daqueles que são menos resilientes; e os programas de bem-estar no trabalho são efectivos na promoção do mesmo, levando a uma redução dos níveis de mal-estar nestes profissionais.

Palavras-chave: enfermeiros, mal-estar relacionado com o trabalho, bem-estar no trabalho, burnout, depressão, resiliência.

ILL-BEING AND WELL-BEING IN NURSES: A SURVEY OF SITUATION AND PERSPECTIVES OF INTERVENTION

ABSTRACT

The ill-being related to work in nurses will likely lead not only damage to their health, but also jeopardizes the quality of care they provide. If we are to intervene effectively in order to minimize the adverse effects of this ill-being in these professionals, it is necessary to deepen our understanding of this problematic.

It was in that way that we elaborate this dissertation, with the following objectives: to survey the ill-being related to work on nurses; to identify which are the factors that enable these professionals to be more resistant to labour-pressure; and validate methodologies for intervention to promote this well-being.

The studies we performed, in a quantitative and qualitative type, have enabled us to conclude that: the psychosocial factors overlap to sociodemographic factors in the appearing or worsening of ill-being in nurses; the burnout precedes depression and both constructs are different but with common symptoms; the individuals more resilient, in addition to being more optimistic and less vulnerable to stress, also have a set of characteristics that differentiate them from those who are less resilient; and the programs of well-being at work are effective in foresting it, leading to a reduction in levels of ill-being in these professionals.

Keywords: nurses, ill-being related to work, well-being related to work, burnout, depression, resiliency.

ÍNDICE

p.

INTRODUÇÃO	25
------------------	----

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – Conceitos associados com o bem e o mal-estar relacionado com o trabalho: uma abordagem geral	33
---	-----------

<i>1.1. Conceitos Associados ao Bem-Estar Relacionado com o Trabalho.....</i>	<i>33</i>
---	-----------

<i>1.1.1. A Resiliência.....</i>	<i>34</i>
----------------------------------	-----------

<i>1.1.2. O Optimismo Disposicional</i>	<i>37</i>
---	-----------

<i>1.1.3. A Motivação Intrínseca</i>	<i>41</i>
--	-----------

<i>1.1.4. A Assertividade.....</i>	<i>43</i>
------------------------------------	-----------

<i>1.2. Conceitos Associados ao Mal-Estar Relacionado com o Trabalho.....</i>	<i>44</i>
---	-----------

<i>1.2.1. O Stresse Ocupacional</i>	<i>46</i>
---	-----------

<i>1.2.1.1. O stresse numa perspectiva geral.</i>	<i>46</i>
--	-----------

<i>1.2.1.2. O stresse ocupacional.</i>	<i>50</i>
---	-----------

<i>1.2.2. O Burnout.....</i>	<i>54</i>
------------------------------	-----------

<i>1.2.3. A Ansiedade e a Depressão</i>	<i>57</i>
---	-----------

<i>1.2.3.1. A ansiedade.</i>	<i>59</i>
-----------------------------------	-----------

<i>1.2.3.2. A depressão.</i>	<i>61</i>
-----------------------------------	-----------

2 – O Trabalho nas Organizações da Saúde, em particular na Enfermagem	69
--	-----------

<i>2.1. Contributos da Psicologia da Saúde para a compreensão dos Contextos Laborais</i>	<i>69</i>
--	-----------

<i>2.2. O Bem-Estar e o Mal-Estar relacionado com o Trabalho em Enfermagem</i>	<i>72</i>
--	-----------

<i>2.3. Algumas Estratégias de Promoção do Bem-Estar no Trabalho.....</i>	<i>78</i>
---	-----------

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

Estudo 1 – Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionado com o Trabalho

(ISMERT) – Um Estudo Prévio 87

Metodologia 88

Considerações prévias sobre a metodologia adoptada. 88

Tipo de estudo e tratamento estatístico...... 89

Construção da amostra e recolha de fontes bibliográficas. 89

Instrumentos de pesquisa. 90

Resultados 90

Caracterização socioprofissional da amostra. 90

Análise de conteúdo comparativa dos resultados das análises das fontes bibliográficas e dos questionários. 90

Discussão e Conclusões 96

Referências Bibliográficas 98

Estudo 2 – Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionados com o Trabalho

(ISMERT): Estudo das Propriedades Psicométricas 103

Metodologia 105

Participantes. 106

Material. 106

Procedimento. 108

Resultados 109

Discussão e Conclusões 116

Referências Bibliográficas 117

Estudo 3 – Análise Psicométrica dos Instrumentos de Avaliação do Bem-Estar no Trabalho de Siqueira: Um Estudo em Enfermeiros	121
<i>Metodologia</i>	<i>123</i>
<i>Participantes.</i>	<i>124</i>
<i>Material.....</i>	<i>124</i>
<i>Procedimento.</i>	<i>125</i>
<i>Resultados</i>	<i>126</i>
<i>Escala de satisfação no trabalho.</i>	<i>126</i>
<i>Escala de envolvimento com o trabalho.</i>	<i>127</i>
<i>Escala de comprometimento organizacional afectivo.</i>	<i>127</i>
<i>Discussão e Conclusões</i>	<i>127</i>
<i>Referências Bibliográficas</i>	<i>128</i>
Estudo 4 – O Mal-Estar Relacionado com o Trabalho em Enfermeiros: Um Estudo Empírico	131
<i>Metodologia</i>	<i>133</i>
<i>Participantes.</i>	<i>133</i>
<i>Material.....</i>	<i>133</i>
<i>Resultados</i>	<i>136</i>
<i>Discussão e Conclusões</i>	<i>148</i>
<i>Referências Bibliográficas</i>	<i>151</i>
Estudo 5 – A Relação entre a Depressão em Contexto Laboral e o Burnout: um Estudo Empírico com Enfermeiros	155
<i>Metodologia</i>	<i>159</i>
<i>Participantes.</i>	<i>159</i>
<i>Material.....</i>	<i>162</i>

<i>Resultados</i>	164
<i>Discussão e Conclusões</i>	167
<i>Referências Bibliográficas</i>	169
Estudo 6 – Estudo dos Factores de Resiliência em Enfermeiros.....	173
<i>Metodologia</i>	174
<i>Participantes</i>	174
<i>Material</i>	175
<i>Procedimento</i>	176
<i>Resultados</i>	182
<i>Discussão e Conclusões</i>	187
<i>Referências Bibliográficas</i>	189
Estudo 7 – Avaliação da Aplicação de um Programa de Promoção do Bem-Estar no Trabalho para Enfermeiros.....	193
<i>Objectivos do programa de promoção do bem-estar no trabalho para enfermeiros</i>	195
<i>Organização do programa</i>	195
<i>Plano das sessões</i>	196
<i>Metodologia</i>	197
<i>Participantes</i>	198
<i>Material</i>	198
<i>Resultados</i>	199
<i>Discussão e Conclusões</i>	200
<i>Referências Bibliográficas</i>	201
CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES	205
BIBLIOGRAFIA	229

ANEXOS	251
Anexo 1 – Instrumentos utilizados nos estudos 1 a 5	253
Anexo 2 – Instrumentos utilizados no estudo 6	267
Anexo 3 – Instrumentos utilizados no estudo 7	275
Anexo 4 – Autorizações das instituições para a realização dos estudos	281

LISTA DE TABELAS

p.

Tabela 1. <i>Distribuição das Categorias Relativamente às Respectivas Unidades de Registo Apuradas</i>	91
Tabela 2. <i>Distribuição das Unidades de Contexto Determinadas para a Categoria Sintomas Físicos de Mal-Estar Ocupacional</i>	92
Tabela 3. <i>Distribuição das Unidades de Contexto Determinadas para a Categoria Sintomas Emocionais de Mal-Estar Ocupacional</i>	93
Tabela 4. <i>Distribuição das Unidades de Contexto Determinadas para a Categoria Sintomas Cognitivos de Mal-Estar Ocupacional</i>	94
Tabela 5. <i>Distribuição das Unidades de Contexto Determinadas para a Categoria Sintomas Comportamentais de Mal-Estar Ocupacional</i>	95
Tabela 6. <i>Itens do ISMERT e Respectiveiros Valores de Correlação Item-Total</i>	110
Tabela 7. <i>Estrutura Factorial da Escala após Rotação Varimax</i>	113
Tabela 8. <i>Valores de Consistência Interna para a Escala Total (ISMERT) e Respectiveiros Subescalas</i>	115
Tabela 9. <i>Matriz de Correlações entre a Escala Total e Respectiveiros Subescalas</i>	115
Tabela 10. <i>Resultados da Consistência Interna (A) dos Factores da Escala de Satisfação no Trabalho (EST): Comparação entre os Valores da Escala Original (Siqueira, 1995) e do Estudo Actual para esta Escala</i>	127
Tabela 11. <i>Classificação dos Sintomas de Mal-Estar Relacionado com o Trabalho (SMERT) e as suas Dimensões, de Acordo com os Valores Apresentados</i>	137
Tabela 12. <i>Distribuição dos Participantes de Acordo com Diferentes Dimensões do Burnout Relativamente aos Valores Apresentados</i>	138

Tabela 13. <i>Valores Médios, Desvios Padrões e Pontos Médios das Escalas utilizadas, para a Ansiedade, Depressão, Stresse, Vulnerabilidade ao Stresse, Comprometimento Organizacional Afetivo, Envolvimento e Satisfação com o Trabalho</i>	139
Tabela 14. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT Gerais</i>	144
Tabela 15. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT – Dimensão Emocional</i>	145
Tabela 16. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT – Dimensão Cognitiva</i>	146
Tabela 17. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT – Dimensão Física</i>	147
Tabela 18. <i>Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT – Dimensão Comportamental</i>	148
Tabela 19. <i>Características Sociodemográficas dos Participantes (n = 499)</i>	160
Tabela 20. <i>Distribuição dos Participantes de Acordo com Diferentes Dimensões do Burnout, e Níveis de Depressão, Relativamente aos Valores Apresentados</i>	162
Tabela 21. <i>Coefficientes Beta (β) Estandarizados Obtidos através de Equações de Regressão Simples, Efectuadas entre a Medida (Burnout) e a Depressão</i>	165
Tabela 22. <i>Resultados Obtidos nas Equações de Regressão Múltipla, Efectuadas entre a Medida (Depressão) e o Burnout</i>	166
Tabela 23. <i>Matriz de Correlações entre a Depressão e as Dimensões do Burnout (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal)</i>	167
Tabela 24. <i>Valores Apresentados pelas Escalas em Estudo Relativamente ao Total de Participantes e à sua Tipologia</i>	182

Tabela 25. <i>Frequência (f) das Respostas Relativas às Categorias Previamente Determinadas, em Relação à Tipologia dos Participantes</i>	183
Tabela 26. <i>Frequência (f) das Respostas Relativas às Categorias Determinadas a partir das Questões Exploratórias, em Relação à Tipologia dos Participantes</i>	184
Tabela 27. <i>Matriz de Correlações entre as Variáveis Medidas pelas Escalas Utilizadas</i>	185
Tabela 28. <i>Correlações Significativas e Relevantes entre o Optimismo Disposicional (OP), a Resiliência-Estado (RE) e a Vulnerabilidade ao Stresse (VE), e as Categorias Determinadas nas Entrevistas</i>	186
Tabela 29. <i>Médias Obtidas na Avaliação das Diversas Variáveis nos Dois Momentos, e Diferenças Entre o Início e o Final do Programa</i>	199

LISTA DE FIGURAS

p.

<i>Figura 1.</i> Modelo teórico de bem-estar no trabalho.....	75
<i>Figura 2.</i> Modelo Transaccional de Resiliência de Kumpfer	34
<i>Figura 3.</i> Relação entre as variáveis no modelo em fluxograma.....	39
<i>Figura 4.</i> O papel da avaliação do stresse.....	49
<i>Figura 5.</i> Modelo de ansiedade e depressão	64
<i>Figura 6.</i> Factores psicossociais que influenciam os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (gerais).....	209
<i>Figura 7.</i> Factores psicossociais que influenciam os sintomas emocionais de mal-estar relacionados com o trabalho.....	209
<i>Figura 8.</i> Factores psicossociais que influenciam os sintomas cognitivos de mal-estar relacionados com o trabalho.....	210
<i>Figura 9.</i> Factores psicossociais que influenciam os sintomas físicos de mal-estar relacionados com o trabalho.....	210
<i>Figura 10.</i> Factores psicossociais que influenciam os sintomas comportamentais de mal-estar relacionados com o trabalho.....	211
<i>Figura 11.</i> Modelo de representação dos factores de mal-estar relacionados com o trabalho, e suas interacções	219
<i>Figura 12.</i> Modelo de factores de resiliência em enfermeiros.....	225

INTRODUÇÃO

No contexto das profissões da saúde, os enfermeiros são aqueles profissionais que passam mais tempo junto dos seus utentes e envolventes, como também são aqueles que têm uma maior proximidade física e emocional das pessoas de quem cuidam. Portanto são também aqueles que estão mais sujeitos às ameaças do meio ambiente onde desempenham as suas funções, sejam elas biológicas, químicas, mecânicas ou psicológicas, entre outras.

Relativamente aos outros tipos de ameaças, existem formas de protecção que são relativamente eficazes se forem seguidas as regras de higiene e segurança laboral. No que respeita às ameaças do foro psicológico, as intervenções são mais complexas e complicadas, porque os ambientes de trabalho se vão tornando mais hostis a este nível.

É não só uma maior exigência do ponto de vista técnico-científico que obriga estes profissionais a um esforço acrescido de actualização, como os próprios utentes dos serviços de saúde, os quais estando mais conscientes dos seus direitos, naturalmente também se vão tornando mais reclamativos relativamente a eles.

Para além duma maior pressão para a produtividade e qualidade, que é resultante das novas concepções de trabalho, mesmo a nível da área da saúde, existem novas formas de vinculação dos contratos laborais, que inclusive para aqueles que trabalham no sector público, vão no sentido de uma maior precarização, levando também a uma maior competitividade pelos pares, quer para garantir a manutenção dos postos de trabalho, quer para a progressão nas carreiras.

Acresce a isto, alguns aspectos característicos da organização do trabalho em Enfermagem, como o trabalho por turnos e as jornadas duplas, que acarretam algum afastamento familiar, que é mais notório no caso daqueles que vivem conjugalmente

com colegas de profissão, e é gerador de uma maior tensão no caso da existência de filhos menores a cargo, a qual se agrava ainda mais quando, para além disso, existem pessoas dependentes no seu agregado familiar.

Todos estes factores podem originar mal-estar ocupacional nestes profissionais, acabando por condicionar a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, e concomitantemente interferir na saúde dos seus utentes e envolventes, bem como das próprias comunidades, no caso daqueles que trabalham a nível dos cuidados de saúde primários.

São estas razões que nos levam a preocupar com os aspectos ligados ao mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros, e a fazê-lo no contexto da Psicologia da Saúde, uma vez que são aspectos que reportam a esta área da Psicologia, designadamente porque sabemos que este mal-estar é frequentemente associado ao stress ocupacional e ao burnout, como uma manifestação, uma causa ou um sinónimo destas duas entidades.

De facto, a literatura que consultamos dá-nos conta que estes aspectos são uma das grandes preocupações da Psicologia da Saúde, sendo inclusive a Enfermagem uma das profissões mais estudadas a este nível.

Nós próprios temos vindo a estudar esta problemática nestes profissionais, tendo nomeadamente desenvolvido a dissertação de mestrado relacionada com o burnout e o absentismo em enfermeiros.

Aliás, temos que referir que esta pesquisa surge nessa linha de investigação, resultante de um conjunto de preocupações decorrentes dos motivos anteriormente expostos, com o propósito de encontrar pistas que contribuam, não só para um melhor conhecimento da situação, como também e, principalmente para fornecerem subsídios para a sua prevenção, e para a qual foram definidos os seguintes objectivos gerais:

- 1) *Efectuar o levantamento da situação do mal-estar relacionado como trabalho nos enfermeiros;*
- 2) *Identificar quais são os factores que permitem que estes profissionais sejam mais resistentes à pressão laboral;*
- 3) *Validar metodologias de intervenção destinadas a fomentar este bem-estar.*

Assim, formulámos um conjunto de questões de pesquisa, as quais procuramos ver respondidas com os vários estudos que fomos realizando ao longo desta investigação, e que são as seguintes:

- 1) *Que influência têm os factores de ordem psicossocial e os factores de ordem sociodemográfica no mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros?*
- 2) *Qual é a relação existente entre a depressão ocupacional e o burnout?*
- 3) *Quais serão os factores de resiliência que diferenciam nestes profissionais, os indivíduos mais resistentes ao stresse daqueles que são menos?*
- 4) *Qual é a influência que os programas de promoção do bem-estar no trabalho podem ter no pessoal de Enfermagem?*

Tendo em conta as questões de pesquisa formuladas, elaboramos algumas hipóteses de investigação, que são as que apresentamos em seguida.

- Primeira questão:

H₁ – Os factores de ordem psicossocial são mais relevantes para compreender o mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros do que os factores de ordem sociodemográfica.

- Segunda questão:

H₂ – A depressão é influenciada pelo burnout.

- Terceira questão:

H₃ – Existem factores de resiliência que diferenciam os indivíduos que são mais

resistentes ao stresse dos que são menos resistentes.

- Quarta questão:

H₄ – Os programas de promoção do bem-estar no trabalho podem levar a uma redução dos níveis de mal-estar nos enfermeiros.

Estas hipóteses serão analisadas através dos estudos empíricos realizados da seguinte forma: a H₁ será analisada no estudo 4; a H₂ no estudo 5; a H₃ no estudo 6; e a H₄ no estudo 7.

No sentido de facilitarmos a compreensão dos resultados obtidos, organizamos este relatório, que intitulamos *Mal-estar e bem-estar em enfermeiros – levantamento da situação e perspectivas de intervenção*, aproximando-o dum formato mais contemporâneo e internacionalmente aceite de apresentação de teses, em que o texto é constituído por um enquadramento teórico geral, seguindo-se vários artigos científicos referentes aos estudos empíricos realizados, complementares na abordagem do tema e tendo alguns deles sido já publicados em revistas com revisão científica.

De referir também que utilizamos como referência na apresentação do texto as normas da APA (Associação de Psicologia Americana). Relativamente aos artigos apresentados, introduzimos ligeiras alterações gráficas, no sentido de tornar a sua apresentação mais homogénea neste documento, uma vez que alguns foram publicados ou submetidos para publicação com outras normas, devido a exigências relacionadas com critérios editoriais, tendo para além disso, harmonizado também a numeração das tabelas e figuras de modo a ser sequencial. Por outro lado, tentamos também conciliar alguns aspectos relativos às referências bibliográficas referentes aos artigos, de modo a compatibilizá-las posteriormente na bibliografia final.

Deste modo, esta tese é constituída por duas partes principais, sendo a primeira dedicada ao estado da arte, na qual procuramos enquadrar teoricamente as variáveis

analisadas, tendo em conta a literatura consultada, quer do ponto de vista conceptual, como no que concerne a resultados de estudos semelhantes, e a segunda referente aos estudos de campo.

Assim, na primeira parte, procuramos enquadrar teoricamente, embora de uma forma genérica e complementar da revisão da literatura que efectuamos posteriormente nos artigos apresentados nos estudos de campo, alguns aspectos relacionados com o papel da Psicologia da Saúde para a compreensão do trabalho nas organizações da saúde, e no caso particular da Enfermagem; fornecer contributos facilitadores de um melhor conhecimento do bem e do mal-estar laboral nos enfermeiros; assim como abordar alguns conceitos associados como sejam a resiliência, a motivação intrínseca, o optimismo disposicional, a assertividade, o stress ocupacional, o burnout, a ansiedade e a depressão.

Na segunda parte apresentamos os estudos empíricos realizados, na forma de artigos científicos, num total de sete, dos quais seis estão publicados (três em revistas indexadas) e o restante submetido para publicação (em revista indexada).

Estes estudos ou artigos estão organizados da seguinte forma:

- Estudos de caracterização psicométrica dos instrumentos de colheita de dados utilizados, em que apresentamos três artigos referentes a dois instrumentos. Destes instrumentos, um foi desenvolvido especialmente para esta pesquisa, que denominamos de Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionado com o Trabalho (ISMERT), relativamente ao qual descrevemos a metodologia utilizada na sua construção, assim como os procedimentos psicométricos de validação e respectivos resultados, e o outro, designado como Instrumentos de Avaliação do Bem-Estar no Trabalho de Siqueira, dado que é composto por três escalas independentes, foi adaptado a Portugal e à população estudada, sendo de referir que não apresentamos a caracterização dos

restantes instrumentos, uma vez que a mesma vai surgindo ao longo do texto nos respectivos artigos;

- Estudo de caracterização do mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros, em que apresentamos um artigo;
- Estudo da relação existente entre a depressão ocupacional e o burnout, em que apresentamos um artigo;
- Estudo dos factores de resiliência em enfermeiros, em que apresentamos um artigo;
- Estudo da aplicação e dos resultados da avaliação de um programa de promoção do bem-estar no trabalho dirigido a pessoal de Enfermagem, em que apresentamos um artigo.

De referirmos ainda que, no que concerne à metodologia adoptada, utilizamos preponderantemente uma metodologia exploratória, descritiva e quantitativa, embora também tenhamos recorrido a métodos mistos, quantitativos-qualitativos, e ainda a uma metodologia tipo investigação-acção.

No fundo, procuramos utilizar os processos que entendemos como sendo mais convenientes para alcançar os objectivos propostos, tendo em conta também os imperativos de ordem epistemológica, metodológica e ética a que estamos obrigados, bem como os recursos que tivemos disponíveis.

Deste modo, esperamos que esta pesquisa possa contribuir não somente para a validação de alguns dos conhecimentos que já temos sobre as problemáticas em estudo, que são o mal e o bem-estar relacionado com o trabalho, como também produzir novos conhecimentos que, quer de uma forma directa, como indirecta, possibilitem influenciar a prática, permitindo a nível dos contextos que investigamos, que são as organizações de saúde, e da população estudada, que são os enfermeiros, e na óptica da Psicologia da Saúde, a construção de ambientes laborais salutogénicos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – Conceitos associados com o bem e o mal-estar relacionado com o trabalho: uma abordagem geral

Conforme podemos observar nos conceitos de bem e de mal-estar relacionado com o trabalho que temos vindo a apresentar, existem alguns outros conceitos que lhes estão directa ou indirectamente associados, e cujo conhecimento é importante para uma melhor compreensão dos primeiros.

Assim sendo, neste capítulo iremos efectuar uma abordagem genérica de alguns desses conceitos, e tendo em conta que posteriormente, quando apresentarmos os estudos empíricos que efectuamos, também os iremos desenvolver, procuraremos falar aqui de aspectos diferentes e relevantes que encontramos no decurso da nossa revisão bibliográfica, no sentido desta informação poder ser complementada pela outra e não repetida.

1.1. Conceitos Associados ao Bem-Estar Relacionado com o Trabalho

No que concerne ao conceito de bem-estar, aqueles que emergem como lhe estando mais associados são os conceitos de resiliência, de optimismo disposicional, de motivação intrínseca, e de assertividade, os quais para além da Psicologia da Saúde, também têm uma forte relação com uma outra disciplina ou área de estudo Psicologia, que é a Psicologia Positiva, sendo consideradas como variáveis psicológicas associadas à saúde (Pais Ribeiro, 2005, 2006).

Esta nova corrente da Psicologia, que teve o seu incremento com autores como Seligman e Csikszentmihalyi (2000, cit. em Pais Ribeiro, 2006), pode ser definida como sendo o estudo científico das experiências e dos traços individuais positivos, bem como dos aspectos que visam esse desenvolvimento (Duckworth, et al., 2005, cit. em Pais

Ribeiro, 2006).

1.1.1. A Resiliência

Relativamente ao conceito de *resiliência*, entendemos que é a capacidade que as pessoas têm para fazer frente às adversidades da vida, para superá-las e mesmo para serem transformadas por elas, ou seja, a capacidade de enfrentar com sucesso as adversidades nos diferentes cenários, seja nas famílias, na escola ou na sociedade (Martins & Jesus, 2007).

Existem alguns modelos teóricos que pretendem explicar a resiliência, dos quais destacamos dois, o modelo transaccional da resiliência de Krumpfer (Martins & Jesus, 2007), e o modelo de Grotberg (Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007; Angst, 2009).

De acordo com o modelo de Krumpfer (vide figura 1), dos factores que estão na base da promoção e desenvolvimento da resiliência, aqueles que são mais importantes são os factores de resiliência internos que formam os principais traços de cada pessoa e incluem as forças espirituais, cognitivas, sociais e comportamentais, emocionais e físicas (Martins & Jesus, 2007).

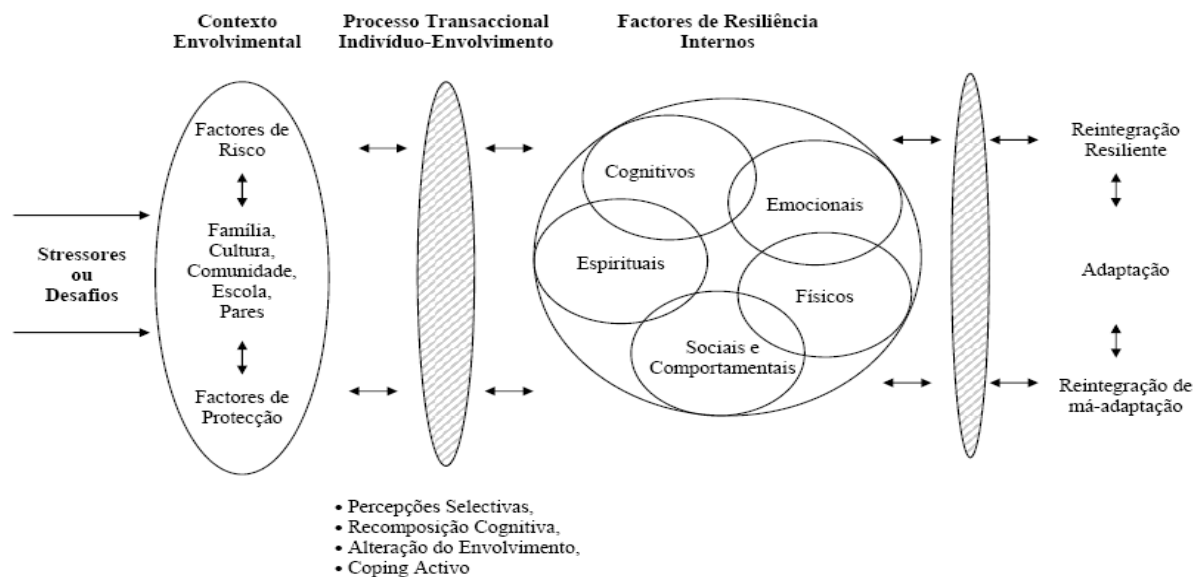


Figura 1. Modelo Transaccional de Resiliência de Kumpfer (adaptado de Martins & Jesus, 2007, p. 88).

Segundo este modelo, conforme nos é mencionado por alguns autores como Martins e Jesus (2007), podemos dizer que estas forças são as seguintes:

- *Forças espirituais*, que têm a ver com as motivações, o sistema de crenças que permitem ao indivíduo manter nos seus objectivos de vida, de modo a ser bem-sucedido relativamente ao que se pretende realizar, e incluem os sonhos e as metas que possibilitam que os indivíduos resilientes sejam capazes de criar fantasias para si mesmos, dando um significado existencial para a vida, um sentido de independência, de controle e de optimismo, de determinação e perseverança, assim como a habilidade para modificar as circunstâncias negativas da vida, entre outras;

- *Forças cognitivas*, que ajudam o indivíduo a alcançar os sonhos e as metas que delineou;

- *Forças comportamentais e sociais*, que incluem o raciocínio moral elevado, a compaixão e as capacidades para discernir entre o certo e o errado, as capacidade intrapessoais e o insight, a capacidade de distanciamento psicológico, a elevada auto-estima e a capacidade de planear e de fazer escolhas;

- *Forças emocionais*, em que as mais importantes incluem a capacidade para gerir as emoções, nomeadamente a esperança, a felicidade, a capacidade para usar o humor, reduzir o stresse e a tensão e manter relações sociais estáveis;

- *Força físicas*, que incluem um talento especial para o desporto, uma boa e atraente presença física e boa saúde.

Para o modelo de Grotberg, os factores mais importantes para o desenvolvimento da resiliência são aqueles que assentam no suporte social (que ele denominou “eu tenho”), nas habilidades (“eu posso”), e na força interna (“eu sou/estou”), os quais, segundo a literatura consultada (Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007; Angst, 2009), englobam as seguintes características:

- *Eu tenho* pessoas do meio em que eu confio e que me querem completamente, que me põem limites para que eu aprenda a evitar os perigos ou problemas, que me mostram por meio do seu comportamento, a forma correcta de proceder, que querem que eu aprenda a desenvolver-me sozinho, e que me ajudam quando estou doente ou em perigo, ou quando necessito aprender;

- *Eu posso* falar sobre coisas que me assustam ou inquietam, procurar maneira de resolver os problemas, controlar-me quando tenho vontade de fazer algo de maneira errada ou perigosa, procurar o momento certo para falar com alguém, encontrar alguém que me ajude quando necessito;

- *Eu sou* uma pessoa pela qual os outros sentem apreço ou carinho, feliz quando faço algo bom para os outros ou lhes demonstro o meu afecto, respeitoso comigo mesmo e com os outros;

- *Eu estou* disposto a responsabilizar-me pelos meus actos, e certo de que tudo correrá bem.

De referir ainda que, de acordo com Angst (2009), não se é resiliente, mas está-se resiliente, uma vez que se trata de uma característica psicológica que é mais um estado que um traço, uma vez que não é adquirida mas sim aprendida (e ao longo da vida).

Do ponto de vista das organizações, designadamente naquilo que respeita ao bem-estar laboral, a resiliência possibilita aos trabalhadores adquirirem uma capacidade de adaptação às novas situações, que configura a flexibilidade que é uma das competências requeridas pela modernidade do trabalho nas novas empresas, capaz de explicar a gestão da própria subjectividade diante de inúmeras situações de tensão, pressão e ruptura presentes neste contexto (Barlach, Limongi-França & Malvezzi, 2008).

Esta capacidade de adaptação que diferencia os trabalhadores mais resilientes, daqueles que são menos resilientes, está relacionada com três características que lhes são

específicas (ou das organizações mais resilientes) e que são as seguintes: a firme aceitação da realidade, que está relacionada com a natureza optimista; a crença profunda, em geral apoiada por valores fortemente sustentados, de que a vida é significativa; e uma “estranha” capacidade para improvisar, que é a habilidade dos indivíduos para encontrarem soluções para os problemas sem terem disponíveis ferramentas ou materiais próprios ou óbvios (Coutu, 2002, cit. em Barlach, Limongi-França & Malvezzi, 2008).

Os estudos efectuados relativos à resiliência em contexto laboral vêm neste sentido, confirmando que o desenvolvimento desta característica nos trabalhadores influencia a mobilização dos recursos diferenciados que estas pessoas têm para enfrentarem as situações relativamente às quais se sentem presas, levando a que a elasticidade do comportamento envolva a resignificação interna da situação vivida possibilitando o crescimento pessoal (Barlach, Limongi-França & Malvezzi, 2008), e a que aqueles que são mais resilientes se adaptem melhor às condições laborais adversas, designadamente ao trabalho intensivo, às repreensões das chefias, à sobrecarga física, à aceitação de maiores responsabilidades, tolerando até mesmo o intolerável (Cimbalista, 2006).

1.1.2. O Optimismo Disposicional

Como temos vindo a mencionar, um aspecto que é comum aos conceitos de resiliência desenvolvidos, é o optimismo que surge como um traço da personalidade, ou seja, o *optimismo disposicional*.

Esta característica, descrita por Scheier e Carver (1987, cit. em Pais Ribeiro, 2006), tem vindo a ser estudada pela Psicologia da saúde, uma vez que faz referência às expectativas positivas de resultados, isto é, à crença de que o futuro terá mais êxitos que fracassos, diferenciando-se dos conceitos de controlo e de auto-eficácia, e é considerado um conceito mais amplo, tendo em conta que inclui as expectativas de controlo sobre os

resultados das nossas próprias acções, as expectativas sobre a possibilidade de alcançar resultados positivos no futuro, assim como um certo componente de eficácia pessoal, que pode trazer benefícios para a saúde, na medida em que possibilita o desenvolvimento de processos de ajuste vital das pessoas (Martinez-Correa, Paso, Garcia-León & González-Jareño, 2006).

Definimos então este conceito como uma expectativa generalizada positiva, que representa uma característica da personalidade que promove o bem-estar e a saúde (Sheier & Craver, 1985, 1992, cit. em Monteiro, Tavares & Pereira, 2008), e pode ser considerada como uma variável da personalidade subjacente à resiliência (Sheier & Craver, 1987, cit. em Pais Ribeiro e Pedro), que surge como uma forma de explicar as estratégias de coping utilizadas relativamente aos eventos negativos que ocorrem às pessoas no decurso das suas vidas, sendo entendido como um preditor significativo destas estratégias (Librán, 2002; Remor, Amorós & Carrobles, 2006), designadamente no que concerne às estratégias centradas nos problemas (Vera-Villaruel & Guerreiro, 2003).

O optimismo disposicional também pode ser encarado como um recurso psicológico (i.e., factores de protecção psicológica que estão associados positivamente à saúde e ao bem-estar, e que permitem aumentar a resistência às adversidades pois facilitam uma adequada avaliação e enfrentamento das mudanças ou dificuldades dos sucessos vitais ocorridos), ao lado de outros como sejam: a robustez, a auto-estima, a auto-eficácia, o locus de controlo, a capacidade de expressão emocional, o coping, o auto-controlo emocional, o suporte social, a assertividade e o adequado manejo da raiva (Pais Ribeiro, 2006; Remor, Amorós & Carrobles, 2006).

Para Pais Ribeiro (2006) estes recursos psicológicos, ou variáveis positivas, contribuem para uma melhor qualidade de vida, e concomitantemente para um melhor nível de bem-

estar ou satisfação das pessoas, sendo a relação entre estes dois constructos, o de variáveis positivas (onde se inclui o optimismo disposicional) e a qualidade de vida representado da seguinte forma (vide figura 2).

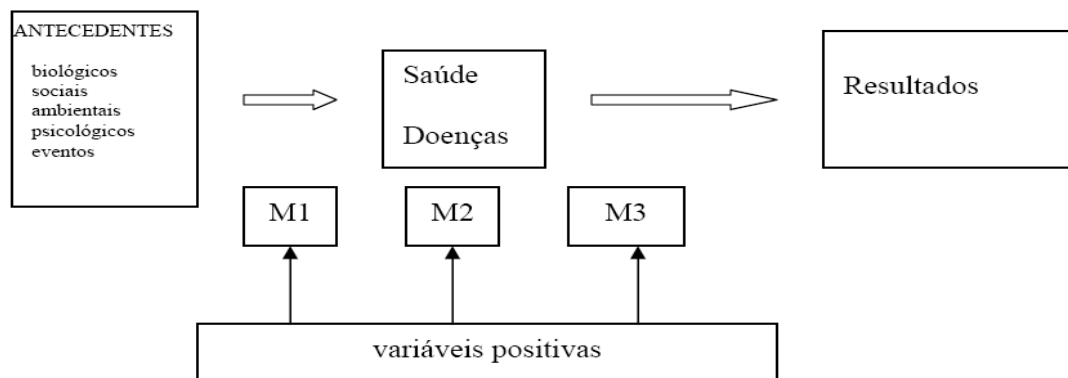


Figura 2. Relação entre as variáveis no modelo em fluxograma (adaptado de Pais Ribeiro, 2006, p. 235).

Nota. M1, M2, M3 – momento 1, 2 e 3.

De acordo com este modelo, no momento 1 (M1) as variáveis positivas (que são o sentido interno de coerência, a robustez e o optimismo disposicional) actuam como amortecedoras, melhorando a protecção contra a doença dos indivíduos com estas características. No momento 2 (M2) estas variáveis (que são, para além das anteriores, ainda a esperança, o coping, o locus de controlo, e as crenças e valores) ajudam as pessoas a lutar com a doença que tenham adquirido, levando a que os indivíduos com estas características reajam de um modo mais adequado. E finalmente no momento 3 (M3) as variáveis positivas (que são, para além das anteriores, a auto-eficácia e a esperança) permitem ao indivíduo que teve uma doença ajustar-se a essa nova condição (Pais Ribeiro, 2006).

A este respeito ainda, podemos dizer que o optimismo disposicional tem um impacto positivo e de reforço no sistema imunitário (Oramas, Aldrete, Preciado & Gonzalez, 2007). O que está relacionado como os resultados de alguns estudos que concluíram que

existem correlações significativas que são negativas entre o optimismo e a sintomatologia psicopatológica (Monteiro, Tavares & Pereira, 2008), ou física (Martinez-Correa, Reyes del Paso, Garcia-León & Gonzalez-Jareño, 2006; Remor, Amorós & Carrobles, 2006), e positivas com o bem-estar, e com o rendimento, neste caso escolar (Monteiro, Tavares & Pereira, 2008).

Em contextos laborais, esta variável possibilita aos indivíduos uma melhor gestão do stress ocupacional, contribuindo para uma maior bem-estar relacionado com o trabalho, como explica Neto e Marujo (2007) quando sugerem a este respeito que o treino da utilização deste recurso psicológico em professores (mas podemos generalizar a outros trabalhadores, e em concreto aos profissionais de saúde), possibilita não somente um processo de desenvolvimento pessoal, mas também uma intervenção colectiva e sistémica, que permite que os profissionais envolvidos reconheçam quer o seu poder individual de transformação, como a sua força colectiva, “e que não se confortem nem abatam no queixume estéril, e na linguagem da desesperança, . . . que tende a envolvê-los numa espiral propulsora de negativismo” (p. 590).

No mesmo sentido, podemos dizer que as variáveis positivas, de que mencionamos o optimismo disposicional, actuam como mediadoras nesta interacção entre o trabalhador, a sua tarefa, e as condições exteriores em que a realizam, tendo uma influência directa negativa relativamente à exaustão emocional (Vieira, Rodriguez, Serrano & Marrero, 2007).

Este aspecto vem ao encontro de outros estudos que concluem que as pessoas optimistas conseguem antecipar e responder de uma forma proactiva aos stressores, o que se traduz em menos burnout (Crosno, Rinaldo, Black & Kelley, 2009) e em elevados níveis de rendimento e de satisfação (Luthans, Lebsack & R. Lebsack, 2008; Crosno, Rinaldo, Black & Kelley, 2009).

1.1.3. A Motivação Intrínseca

Outro conceito que surge associado quer ao conceito de bem-estar relacionado com o trabalho, quer com os restantes conceitos que temos vindo a desenvolver, designadamente ao conceito de resiliência, é o conceito de *motivação intrínseca*, uma vez que podemos dizer que este último conceito se traduz na busca de um sentido para a vida, a qual se torna mais evidente e relevante quando a realidade se contrapõe de uma forma mais acentuada aos desejos e necessidades humanas, estimulando a capacidade de se encontrar um sentido para estas adversidades (Baiocchi & Magalhães, 2005).

Desenvolvida por Deci (1975, cit. em Jesus, 2000) a teoria da motivação intrínseca diz-nos que as actividades intrinsecamente motivadas são aquelas para as quais não há recompensa aparente senão a actividade em si mesmo, envolvendo-se as pessoas nela pela sua própria vontade e não porque procuram uma recompensa externa.

Esta vontade está relacionada com a necessidade dos indivíduos para se sentirem competentes e auto-determinados, motivando-os para procurar e escolher as situações que lhe permitam fazer uso das suas próprias capacidades, mesmo que exijam um esforço acrescido (Jesus, 2000), configurando-se como uma tendência natural para buscar novidade, desafio, e para desenvolver e exercitar estas mesmas capacidades, em que este envolvimento é autotélico, ou seja, a actividade é um fim em si mesma (Guimarães & Boruchovitch, 2004).

Este conceito, que podemos dizer tem uma componente cognitiva, um substrato social e uma finalidade social (Godoi, 2002), e que definimos no que concerne aos contextos laborais, como sendo o conjunto das forças energéticas que são originadas interna ou externamente às pessoas e que moldam o seu comportamento de trabalho, determinando a sua forma, direcção, intensidade e duração (Pinder, 1998, cit. em Cunha, Rego, C. Cunha & Cabral-Cardoso, 2003), pode ser dividido em motivação extrínseca, que se

refere aos comportamentos que as pessoas levam a cabo para obter alguma recompensa material ou social, ou para evitar alguma forma de punição, e em motivação intrínseca, que se refere aos comportamentos de trabalho que são estimulados pelo entusiasmo que o trabalho em si mesmo suscita naquele que o executa (Cunha, Rego, C. Cunha & Cabral-Cardoso, 2003).

De referirmos ainda que a motivação intrínseca surge frequentemente associada à satisfação profissional, uma vez que os profissionais com maior motivação intrínseca conseguem separar o seu empenho profissional das recompensas obtidas como resultado da sua actividade, apresentando um maior empenhamento, porque gostam da sua actividade laboral (Jesus, 2000), o que contribui para uma maior felicidade dos trabalhadores nos diversos contextos organizacionais, em resultado das fontes de prazer que o próprio trabalhador encontra em si mesmo, no seu ambiente de trabalho ou na interacção entre os dois (Tamayo & Paschoal, 2003).

Os estudos efectuados relativos à motivação intrínseca no trabalho em profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) vêm neste sentido, indicando-nos que a motivação intrínseca tem uma maior contribuição para a satisfação profissional (García-Ramos, Luján-López, & Martínez-Corona, 2007), diminuindo o cansaço emocional e a própria ocorrência de burnout, levando a que as pessoas se sintam activas com o trabalho efectuado, através da vivencia significativa do mesmo, que é a percepção que as pessoas têm dele (Grau, Vallejo & Tomás, 2004), e aumentando a retenção dos profissionais nos seus postos de trabalho, para além de ser um factor determinante para o acesso à profissão, designadamente em enfermeiros (Newton, Kelly, Kremser, Jolly & Billet, 2008).

De referirmos ainda que encontramos alguns destes aspectos, noutros grupos socioprofissionais como é o caso dos professores. De facto, autores como Jesus e Lens

(2005), em estudos relativos à motivação em professores, concluem que quando estes profissionais estão intrinsecamente motivados comprometem-se e completam as suas tarefas laborais pelo seu valor intrínseco, como um fim em si mesmo, e portanto parecem influenciar o valor que atribuem aos objectivos inerentes ao processo de ensino/aprendizagem.

1.1.4. A Assertividade

Finalmente, o último conceito que elencamos relativamente ao bem-estar laboral, é o de assertividade, que podemos definir como sendo a afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira directa, honesta e apropriada, de modo a não violar o direito das outras pessoas (Lange & Jakubowski, 1978, cit. em Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira & Souza, 2005).

Para alguns autores as pessoas assertivas não procuram somente a auto-afirmação, procurando também a construção de um mundo mais justo, principalmente quando acreditam na mobilidade social, e assim o comportamento interindividual não é suficiente, havendo necessidade de se envolverem também em acções de carácter intergrupais, naquilo que pode ser designado como assertividade colectiva, o que leva a que possamos considerar os comportamentos assertivos como uma das mais importantes classes de habilidades sociais, o que remete para a noção de justiça não somente nas relações diárias, mas também intergrupais, configurando também um sentido ético destes comportamentos (Prette & P. Prette, 2003).

Tendo em conta estes aspectos, consideramos que em contexto organizacional, os trabalhadores que adoptam comportamentos comunicacionais afectivos conseguem estabelecer relações interpessoais mais eficazes e duradouras, com diminuição dos conflitos no seio das suas equipas de trabalho, e favorecendo um bom ambiente de trabalho, assim como a satisfação profissional (Amaro & Jesus, 2007), e

concomitantemente ao bem-estar relacionado com o trabalho.

Aliás, alguns dos estudos efectuados, vêm confirmar esta relação entre a assertividade com o bem-estar, seja em contextos académicos, através da relação com a auto-estima e o locus de controlo interno, onde apresenta correlações positivas, ou com a ansiedade, onde apresenta correlações negativas (Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira & Souza, 2005), ou laborais, neste caso relativos a enfermeiros, no que concerne à sua relação com a satisfação profissional, onde apresenta correlações positivas (Amaro & Jesus, 2007), e ainda na população em geral, relativamente aos comportamentos de adaptação social, onde as correlações apresentadas também são positivas (Nave, Sherman & Funder, 2008).

1.2. Conceitos Associados ao Mal-Estar Relacionado com o Trabalho

Apesar do *mal-estar relacionado com o trabalho* ser um tema recorrente na literatura científica, contudo é menos frequente encontrarmos uma definição precisa para este conceito, sendo mais usual o mesmo ser definido por oposição ao conceito de bem-estar laboral (Ferreira & Seidl, 2009).

No entanto, na perspectiva clínica, a Psicologia da Saúde diz-nos que o mal-estar em saúde é a forma como as pessoas entendem, experimentam, justificam, avaliam e respondem à sua doença (Kleinman, 1979, cit. em Pais Ribeiro, 2005), podendo ser entendido como um sinónimo de *sofrimento*, e nesta mesma perspectiva, é encarado como algo que é experimentado pelas pessoas relativamente a qualquer aspecto das mesma (seja do papel social, da identificação grupal, da relação com o self, com o corpo ou com a família), ocorrendo quando há percepção de uma ameaça de destruição individual (Pais Ribeiro, 2005).

Portanto, quando falamos de mal-estar laboral, estamos principalmente a referirmo-nos ao sofrimento causado pelo trabalho. Neste sentido, podemos entender o sofrimento

laboral como uma reacção individual perante as adversidades da vida, que se traduz frequentemente em medo, ansiedade e angústia, levando à somatização, conduzindo a um conjunto de respostas organizacionais que se traduzem na sua psiquiatrização, com a consequente medicalização dos sintomas, que leva ao absentismo por doença, quando não à hospitalização, e mesmo à reforma antecipada dos trabalhadores por incapacidade (Brant & Gomez, 2005).

Nesta perspectiva, Dejours (2004), sugere que o trabalhador estabelece uma relação afectiva com o seu próprio trabalho, pelo confronto com a realidade que ele acarreta, levando ao sofrimento que é experimentado pelos indivíduos de uma forma corporizada. Este sofrimento laboral, leva muitas vezes não a doenças mentais clássicas, mas sim a fragilizações dos trabalhadores, que favorecem o surgimento quer de doenças físicas, como de comportamentos paradoxais e consumo de substâncias psicoactivas, como as bebidas alcoólicas, manifestando-se muitas vezes por fenómenos como o stresse, a fadiga crónica, ou o burnout (Vasconcelos & Faria, 2008).

Esta situação deriva, em parte, do facto do trabalho, conforme é mencionado por Dejours (2005, cit. em Borsoi, 2007), por ser uma fonte infundável de paradoxos, levar a que nem sempre o mal-estar laboral tenha características claras que lhe permita ser associado ao próprio trabalho, de tal modo que nem sempre o sofrimento dos trabalhadores se expressa conforme o conteúdo e a forma do trabalho que realiza, e nem sempre esse mesmo trabalho é o principal factor determinante, embora possa ser um factor relevante para o surgimento desse sofrimento (Borsoi, 2007).

Deste modo, encontramos o mal-estar laboral associado muitas vezes ao burnout e ao stresse ocupacional (Jesus, 2000; Vasconcelos & Faria, 2008). O stresse causado pelo trabalho, que se designa por stresse ocupacional, está na origem do síndrome de burnout, o qual surge como uma manifestação crónica do primeiro, podendo ter como

consequências mais frequentes a ansiedade e a depressão (Hespanhol, 2005; Trigo, Teng & Hallak, 2007), sendo de mencionarmos que a forma como o stresse afecta as pessoas, bem como a intensidade das suas manifestações, está relacionada entre outros factores, principalmente ao grau ou nível de vulnerabilidade ao stresse individual (Vaz Serra, 2000; Lipp, Pereira & Sadir, 2005).

Assim sendo, podemos dizer que naquilo que respeita ao mal-estar relacionado com o trabalho, as variáveis que aparecem mais frequentemente associadas a este aspecto são o stresse ocupacional, a vulnerabilidade ao stresse, o burnout, a ansiedade e a depressão.

1.2.1. O Stresse Ocupacional

Para compreendermos o stresse ocupacional, é necessário que previamente abordemos alguns aspectos relativos ao stresse em termos gerais, uma vez que o primeiro é uma manifestação do segundo relacionada com os contextos laborais, conforme veremos seguidamente.

1.2.1.1. O stresse numa perspectiva geral.

O *stresse* pode ser considerado como um processo complexo através do qual um organismo responde aos eventos da sua vida quotidiana, e que podem acarretar ameaça ou por em causa o bem-estar desse organismo (Gatchel, Baum & Krantz, 1989, cit. em Pais Ribeiro, 2005), ou seja, como uma transacção entre o indivíduo e o meio ambiente (Lazarus & Launier, 1978, cit. em Ogden, 2005).

Os agentes que desencadeiam esse processo denominam-se *stressores*, e são originados pelo ambiente externo (e.g., problemas no trabalho), sendo susceptíveis de provocar reacções como o medo, a ansiedade, a zanga ou a hostilidade, que levam ao sofrimento, envolvendo mudanças bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas, devendo-se contudo diferenciar entre o stresse perigoso e nocivo, designado como *distresse* ou sofrimento, e o stresse que é positivo e benéfico, denominado como

eustresse (Ogden, 2004; Pais Ribeiro, 2005).

Este conceito, a par de outros, como o de resiliência, teve a sua origem noutra tipo de ciências, como a física, e no caso do stresse, existem referências à sua utilização, desde o século XVII, para designar dificuldade, exigência, adversidade ou aflição, passando posteriormente no século XVIII e XIX, a ser utilizado com o significado de força, pressão, grande esforço exercido sob o material, objecto ou pessoas (Hinkle, 1977, cit. em Pais Ribeiro, 2005).

Com a transição para o século passado, este termo foi sendo apropriado por outras ciências como a Psicologia, a Sociologia e a Fisiologia, com as adaptações em termos de teorias explicativas específicas das respectivas ciências onde passou a ser utilizado (Pais Ribeiro, 2005).

Do ponto de vista histórico, podemos considerar quatro grandes modelos globais, que são o modelo de Cannon (1935, cit. em Pais Ribeiro, 2005), conhecido como de *luta e fuga*, o modelo de Selye (1956, cit. em Ogden, 2004), designado como *síndrome geral de adaptação* (SGA), a *teoria dos acontecimentos de vida* de Holmes e Rahe (1967, cit. em Ogden, 2004), e o *modelo transaccional de stresse* de Lazarus e Folkman (1984, cit. em Pais Ribeiro, 2005), os quais desenvolveremos adiante, embora de uma forma sucinta.

Contudo é de referir que têm vindo a ser desenvolvidos outros modelos de explicação do stresse, dos quais mencionamos o modelo de Neuman (1989), ou o modelo de Vaz Serra (1999).

Relativamente ao modelo de luta e fuga, é considerado que as ameaças externas suscitavam uma resposta de luta e fuga, envolvendo uma maior taxa de actividade e de excitação, em que o stresse possibilitava ao indivíduo escapar aos stressores, os quais se constituíam como ameaças ou perigos, ou então lutar (Ogden, 2004; Pais Ribeiro,

2005).

No que respeita ao síndrome geral de adaptação, consideram-se três fases no processo de stresse, que são a *fase de alarme* (primeira), na qual existe um aumento da actividade que ocorre imediatamente após a exposição do indivíduo a uma situação stressante; a *fase de resistência* (segunda), que envolve coping e tentativas de inverter os efeitos do estado de alarme resultante da primeira fase; e a *fase de exaustão* (terceira) que é alcançada quando o indivíduo que é repetidamente exposto a uma situação stressante se tornou capaz de mostrar mais resistência (Ogden, 2004; Pais Ribeiro, 2005).

A teoria dos acontecimentos de vida pretendia estudar o stresse e as mudanças com ele relacionadas como uma resposta às experiências de vida, e assentava numa escala designada como Schedule of Recent Experiences, que foi originariamente desenhada para avaliar a relação entre as experiências de vida stressantes e o estado de saúde, embora tenha sido alvo de algumas críticas designadamente porque: a classificação individual dos acontecimentos é importante para a própria pessoa; existe o problema das avaliações retrospectivas, quer das experiências como dos acontecimentos de vida; as experiências de vida podem interagir umas com as outras; o resultado de uma série de experiências de vida é imprevisível; e os stressores podem ser de natureza permanente ou de curta duração (Ogden, 2004).

Se os modelos que temos vindo a descrever tinham uma conceptualização do stresse como uma resposta automática a um stressor externo, já o modelo transaccional de stresse tem o seu enfoque no estado psicológico do indivíduo, embora seja compatível com o síndrome geral de adaptação, que é um modelo biológico (Ogden, 2004; Pais Ribeiro, 2005).

Assim, o modelo transaccional de stresse preconiza uma atenção especial nos mecanismos de apreciação ou de avaliação psicológica como elemento crítico no

surgimento ou influenciando o processo de stresse (Lazarus & Folkman, 1984, cit. em Pais Ribeiro, 2005), descrevendo as pessoas como seres psicológicos que avaliam o mundo exterior, e não como respondendo automaticamente aos seus estímulos (Ogden, 2004).

Desse modo, o processo de adaptação ao stresse tem uma dimensão marcadamente psicológica que consiste na percepção da ameaça, na sua avaliação, na implementação de estratégias de coping, e na adaptação propriamente dita (Pais Ribeiro, 2005).

Esta avaliação pode ser primária ou secundária, em que a primeira forma corresponde a uma avaliação inicial do próprio acontecimento (o qual pode ser considerado como irrelevante, benigno e positivo, ou nocivo e negativo) e do mundo exterior, e a segunda forma, que implica uma análise dos factores favoráveis e desfavoráveis das diferentes estratégias de coping que podem ser utilizadas (Ogden, 2004).

De acordo com este modelo, a resposta ao stresse assume diferentes formas, que podem ser as seguintes: acção directa; procura de informação; nada fazer; ou desenvolver meios de coping com o stresse, em termos de relaxamento ou mecanismos de defesa.

Uma representação deste modelo pode ser observada na seguinte figura 3.

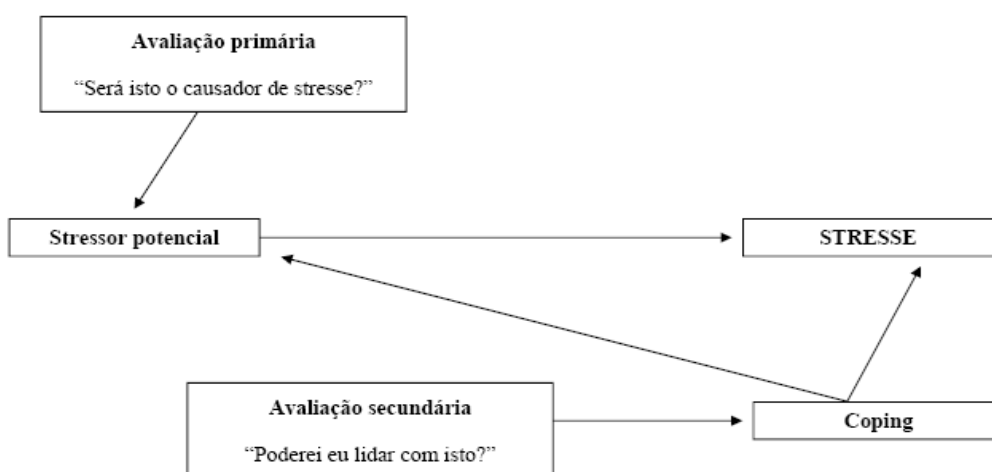


Figura 3. O papel da avaliação do stresse (adaptado de Ogden, 2004, p. 291).

Do ponto de vista psicofisiológico, as mudanças produzidas pelo stresse podem ser sintetizadas da seguinte forma: face a um estímulo exterior, existe uma excitação do sistema simpático que origina o aumento da libertação de hormonas de stresse como as catecolaminas (e.g., noradrenalina) e corticoesteroides (e.g., cortisol); há um aumento dos factores físicos como o ritmo cardíaco, a tensão arterial e o potencial muscular; processam-se mudanças nos factores psicológicos (e.g., aumento do medo, da ansiedade e da fúria, diminuição na capacidade cognitiva e da sensibilidade aos outros) (Oden, 2004; Pais Ribeiro, 2005).

A resposta individual ao desafio, ou seja, aos stressores, é dupla, sendo que por um lado as pessoas iniciam uma resposta alostática (adaptativa) que desencadeia um padrão de processos adaptativos complexos, e por outro, essa resposta termina quando a ameaça passar, podendo alguns dos efeitos psicofisiológicos do stresse serem encarados como adaptativos, uma vez que preparam a resposta individual a esta ameaças, ou como não adaptativos, porque podem ser prejudiciais à saúde (Oden, 2004; Pais Ribeiro, 2005).

1.2.1.2. O stresse ocupacional.

O *stresse ocupacional* ocorre quando o trabalhador avalia as exigências do trabalho como excessivas para os recursos de coping que dispõe (Lazarus, 1995, cit. em Paschoal & Tamayo, 2005).

As variáveis que estão descritas na literatura científica como podendo influenciar este tipo de stresse, podem ser categorizadas em dois tipos de categorias que são as seguintes: *variáveis de natureza situacional*, como o suporte social (dentro e fora do trabalho), o exercício físico regular, e a interacção trabalho-família; e de *natureza pessoal*, como o estilo de coping, o locus de controlo, o padrão de comportamento de tipo A, a auto-estima, e a vulnerabilidade ao stresse (Paschoal & Tamayo, 2005).

De acordo com Tamayo, Lima e Silva (2002, cit. em Paschoal & Tamayo, 2005), o

impacto do suporte social sobre o stresse ocupacional pode ser benéfico ou prejudicial, estando mais relacionado com a sua qualidade no quotidiano das organizações. Também a forma como a interacção entre o trabalho e a família se processa, podendo, de acordo com Cooper, Sloan e Williams (1999, cit. em Paschoal & Tamayo, 2005), ser tratada como um stressor organizacional, se houver conflito nesta área. De mencionarmos a influência que o exercício físico regular pode ter na regulação desta forma de stresse, designadamente porque, como esclarece Tamayo (2001, cit. em Paschoal & Tamayo, 2005), para além da dimensão física do exercício, pelo condicionamento cardíaco que provoca, a nível circulatório, uma diminuição das substâncias associadas ao stresse, ter também uma dimensão psicossocial, em que a interacção social e a comunicação interpessoal pode servir de estratégia para lidar com o stresse.

Por outro lado, no que respeita às variáveis individuais, para além do estilo de coping influenciar a forma como o stresse é vivido pelas pessoas, neste caso pelos trabalhadores, outros aspectos como o locus de controlo, em que existem evidências de que as pessoas com maior internalidade reagem de uma forma mais adequada ao stresse que as pessoas com maior externalidade (Marino & White, 1985, cit. em Paschoal & Tamayo, 2005).

Já no que concerne ao padrão de comportamento de tipo A (que se caracteriza por uma maior competitividade, impaciência e agressividade), a evidência científica sugere que estes indivíduos tendem a sofrer mais os efeitos negativos do stresse que os mais passivos (Paschoal & Tamayo, 2005).

Relativamente à auto-estima, Jex e Elacqua (1999, cit. em Paschoal & Tamayo, 2005) sugerem que as pessoas com baixa auto-estima apresentam uma maior vulnerabilidade ao stresse.

Na perspectiva de Vaz Serra (2000), este último aspecto, a *vulnerabilidade ao stresse*, é

o que implica que os indivíduos se sintam ou não em stresse, podendo também ser entendido como o grau de auto-confiança que a pessoa desenvolve em relação a determinadas circunstâncias e que lhe possibilita sentir, ou acreditar que tem ou não, as aptidões ou os recursos pessoais e sociais necessárias para lidar com as exigências criadas pela situação.

Ainda para este autor, nas circunstâncias do nosso quotidiano, as nossas respostas às situações stressantes, não são ditadas pelas situações em si mesmo, mas sim pelas predisposições pessoais e pelos recursos que temos para enfrentar as mesmas, bem como pela interpretação que delas fazemos, em função dos valores e das aspirações que consideramos importantes, podendo considerarmos como factores predisponentes de uma maior vulnerabilidade ao stresse, os seguintes: factores de natureza física (que dizem respeito à dotação genética com que nascemos); factores de natureza psicológica (que incluem a personalidade e os esquemas mentais); e os factores de natureza social (como o estatuto socioeconómico).

Outros autores, como Lipp, Pereira e Sadir (2005), colocam também o enfoque nas crenças irracionais, as quais, segundo nós, podemos incluir nos esquemas mentais (pertencentes aos factores de natureza psicológica, mencionados por Vaz Serra, 2000).

Outros ainda, como Pocinho e Capelo (2009) num estudo efectuado com professores, concluem que os indivíduos mais vulneráveis ao stresse são aqueles que não utilizam estratégias de coping orientadas para a resolução de problemas e que recorrem a estratégias de escape e de gestão de sintomas.

Tal como em relação ao conceito de stresse em termos gerais, os stressores susceptíveis de desencadear stresse ocupacional variam de pessoa para pessoa (Paschoal & Tamayo, 2005), podendo as razões para essa variabilidade estarem relacionadas com a personalidade, com a história pessoal, com as necessidades, e com as estratégias de

coping individuais (Hespanhol, 2005).

Contudo, grosso modo, sempre podemos dizer que estes stressores estão frequentemente associados à organização do trabalho, como sejam a pressão para a produtividade, a represália, condições desfavoráveis à segurança laboral, insuficiente formação profissional, relação abusiva entre supervisores e subordinados, falta de controlo na tarefa e ciclos sono-reposo desajustados (Carayon, Smith & Haims, 1999, cit. em Murta & Tróccoli, 2005).

Alguns autores, como Hespanhol (2005), categorizam as causas do stresse ocupacional em quatro tipos de causas, que são as seguintes:

- *Intrínsecas ao trabalho*, que estão relacionadas com as condições físicas do trabalho (barulho, vibração, temperaturas extremas, iluminação, factores higiénicos e clima), e com os requisitos das tarefas laborais (trabalho por turnos, sobrecarga de trabalho, monotonia no trabalho, exposição a riscos e perigos, responsabilidade por vidas, e viagens);
- *Papel na organização* (conflito de papel, ambiguidade de papel, conflito de limites e grau de responsabilidade);
- *Progressão na carreira* (promoção excessiva ou insuficiente, precariedade ou medo de perder o posto de trabalho, e estatuto na carreira profissional);
- *Afinidades no trabalho* (relacionamentos inadequados entre superiores e subordinados, entre colegas, e dificuldades em delegar responsabilidades);
- *Estrutura e clima organizacional* (falta de participação no processo de tomada de decisões, falta de consulta e comunicação efectivas, restrições injustificadas de comportamento, políticas da organização, ausência de sentimentos de integração na organização e estilos de liderança).

Em relação aos riscos que comporta, o stresse ocupacional tem sido responsabilizado

por um conjunto de problemas diversos, como sejam: as doenças cardiovasculares, designadamente a doença coronária, aumento da tensão arterial e do nível de colesterolémia, dor precordial, palpitações, arritmias cardíacas; cefaleias, habitualmente por tensão, distúrbios osteo-articulares relacionados com o trabalho (DORT), principalmente dor na musculatura cervical e nos ombros; problemas gástricos, como indisposição gástrica ou epigastralgia; desordem do sono, irritabilidade, nervosismo, fadiga, ansiedade, angústia, ímpetos de raiva, perda de concentração, humor depressivo, doenças psiquiátricas, suicídio, tabagismo, abuso ou dependência de álcool e de outras drogas; insatisfação profissional e aspirações reduzidas, burnout, absentismo laboral, turnover, conflitos laborais e deficiente controlo de qualidade (Hespanhol, 2005; Murta & Tróccoli, 2005; Couto, Vieira & Lima, 2007).

1.2.2. O Burnout

Uma das consequências dos stressores emocionais e interpessoais crónicos existentes em contexto de trabalho, ou seja, dos efeitos do stress ocupacional, é o *burnout*, que Maslach (2003) menciona como um modelo multidimensional que inclui três dimensões que são a exaustão emocional, a reduzida realização pessoal e a despersonalização, e que de acordo com Vaz Serra (1999) afecta principalmente aqueles profissionais que entram nas suas carreiras com índices elevados de motivação e de envolvimento pessoal e de ideais, e que posteriormente se sentem frustrados por não conseguirem alcançar os objectivos que se haviam (idealmente) traçado.

Maslach e Leiter (1997) definem estas três dimensões do seguinte modo:

- A *exaustão emocional*, que é a primeira fase, e surge quando as pessoas se sentem exaustas, acima dos seus limites, emocional e fisicamente esgotadas, incapazes de desanuviar e de recuperar, acordando de manhã, tão cansadas como quando se deitam, e sem energia para enfrentarem outros projectos ou outras pessoas.

- A *despersonalização* ou cinismo, é a segunda fase, e surge quando as pessoas começam a ficar emocionalmente distantes e frias quer em relação ao seu trabalho como às pessoas do seu contexto laboral, minimizando o seu envolvimento profissional e mesmo abdicando dos seus ideais.

De certa forma esta fase surge para proteger as pessoas da exaustão emocional e do desilusão, uma vez que se sentem mais seguras sendo indiferentes, especialmente quando o futuro é incerto, ou sem atractivos, embora coloque em causa o seu bem-estar e a capacidade de trabalhar de forma eficiente.

- A *falta de realização pessoal*, que surge quando as pessoas se sentem ineficazes (é a terceira e ultima fase), e com um crescente sentimento de inadequação, em que todos os novos projectos parecem ser esmagadores, existindo uma sensação de que todo o mundo se juntou para conspirar contra cada uma das suas tentativas para fazer progressos, e em que todas as coisas que se fazem parecem triviais, acrescida de uma perda de confiança nas suas capacidades, e da mesma forma que os indivíduos perdem esta confiança em si próprios, os outros também perdem a sua confiança neles.

Apesar da ideia ainda existente de que o burnout afectaria principalmente as pessoas que trabalhassem em áreas de contacto humano prolongado, como sejam os serviços de saúde, sociais, a justiça e a educação (Hespanhol, 2005), contudo a evidência actual é de que não é um síndrome ocupacional somente característico desse tipo de profissões, mas também de outras, não-assistenciais (Schaufeli, 2003).

Neste sentido, um estudo realizado por Isabel, et al. (2006), conclui que o burnout parece estar relacionado não a profissões específicas, mas antes à forma como o trabalho está organizado, independentemente da actividade exercida, sugerindo que o determinante fundamental pareça ser a impossibilidade de algumas pessoas profundamente empenhadas em atingir um determinado ideal, de realizar tal desiderato,

impossibilidade esta que também está relacionada com as características da organização do próprio trabalho.

Aliás, o conceito de burnout também tem vindo a ser estudado, adaptado às famílias, com a designação de *burnout conjugal*, desenvolvido por Pines (1996, cit. em Queirós, 2005) como sendo um estado físico e mental de exaustão que tem origem na discrepância crónica entre expectativas e realidades.

Outra linha de investigação é a da perspectiva dos sistemas psicodinâmicos em que o burnout pode envolver as pessoas individualmente, enquanto microsistemas, os grupos como mesosistemas, e as organizações como macrosistemas, e desse modo as estratégias para lidar (estratégias de coping) com o burnout tornam-se um esforço global que envolve todo o sistema (Cilliers, 2003).

Desde que este conceito foi criado, com a publicação do Inventário de Burnout de Maslach em 1984, por Cristina Maslach e Susan Jackson, até aos nossos dias que este conceito (que inicialmente foi considerado como “Psicologia de rua”, e portanto sem grande crédito científico), ganhou uma adesão que é digna de relevo. Talvez pelas próprias características deste constructo, o qual é visto à luz das características culturais dos diversos países onde vem sendo utilizado, em que sintetiza de certa forma, outros conceitos menos estruturados que já existiam para descreverem situações semelhantes, talvez pelas características do trabalho, que vem ocasionando cada vez mais problemas mentais, o que suscita uma cada vez maior investigação, pelos motivos sociais, económicos e políticos associados (Schaufeli, 2003).

Sendo o burnout uma consequência da exposição prolongada dos trabalhadores aos efeitos do stress ocupacional, então podemos dizer que as suas causas são as mesmas das já mencionadas para este tipo de stress (Hespanhol, 2005).

De certa forma, as suas consequências para os trabalhadores, para além da exaustão

emocional, da despersonalização e da falta de realização pessoal, são as provocadas pelo stress ocupacional. Assim podemos dizer que os efeitos mais usuais do burnout são as infecções recorrentes, distresse, insatisfação profissional, turnover e diminuição de desempenho laboral, podendo ser agrupados em três tipos de categorias de efeitos definidos como problemas de saúde, atitudes negativas no trabalho e um comportamento organizacional perturbado (Schaufeli, 2003).

Os sintomas ou problemas mais frequentes que são causados pelo burnout incluem, entre outros: depressão, queixas psicossomáticas, problemas físicos de saúde, distresse, irritabilidade, impaciência, frustração, mau-humor, aumento da conflituosidade, reacções violentas ou agressivas, fadiga constante, falta de energia, problemas de sono, tremores, dores, tensão muscular, suores frios, palpitações e aumento da susceptibilidade às doenças físicas, insatisfação laboral, turnover, absentismo laboral, e fraco desempenho profissional (Schaufeli, 2003; Hespanhol, 2005).

No que respeita às associações existentes entre o burnout e problemas de saúde mental, constata-se que existem estudos que comprovam a existência de associações com a depressão (embora a relação seja controversa, discussão que desenvolveremos adiante), a ansiedade, suicídio (ideação e tentativa), dissociação, abuso e dependência de substâncias psicoactivas (licitas ou ilícitas), e transtornos psicossomáticos (Trigo, Teng & Hallak, 2007).

1.2.3. A Ansiedade e a Depressão

Como vimos anteriormente, a resposta ao stress resulta da interacção entre as características da pessoa e as exigências do meio, envolvendo aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos que visam proporcionar uma melhor percepção da situação e das suas necessidades, assim como um processamento mais rápido da informação disponível que possibilite a selecção das atitudes adequadas, preparando o

organismo para reagir de forma rápida e eficaz. Contudo a sobreposição destes três níveis (cognitivo, comportamental e fisiológico) é adequada até um determinado limite, a partir do qual pode desencadear um efeito desorganizador, podendo ocorrer manifestações psicopatológicas inespecíficas como a ansiedade e a depressão, ou outras (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

Deste modo, e também tal como temos vindo a mencionar, na literatura científica a ansiedade e a depressão surgem frequentemente associadas ao stresse, o que inclui o stresse ocupacional e o burnout (que aliás é uma consequência de um stresse ocupacional persistente e intenso).

Desse modo, podemos dizer que a distinção entre stresse e ansiedade é uma tarefa complicada, devido ao uso habitual de ambos os conceitos como processos equiparáveis, que agrupam uma enorme quantidade de elementos comuns (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Por outro lado, continua aberta a discussão relativa à diferenciação entre ansiedade e depressão, a qual continua a ser uma das grandes preocupações da psicopatologia, devido às enormes implicações quer para o diagnóstico como para o tratamento, sendo que as razões apontadas estão relacionadas com a comorbilidade existente entre ambas, mas também com a própria construção dos constructos, o que se pode prender com o facto de terem em comum o afecto negativo (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007).

Do mesmo modo que também ainda permanecem duvidas sobre a diferenciação diagnóstica do burnout com a depressão, mantendo-se ainda em estudo as suas diferenças e correlações (Trigo, Teng & Hallak, 2007), embora alguns estudos apontem para uma diferença entre ambos os constructos, principalmente em função das baixas associações encontradas entre o Inventário de Depressão de Beck e as dimensões da

baixa realização pessoal e da despersonalização (Glass e McKnight, 1996, cit. em Trigo, Teng & Hallak, 2007).

Desse modo, importa definirmos os conceitos de ansiedade e de depressão para melhor os entendermos.

1.2.3.1. A ansiedade.

A *ansiedade* é o factor central no desenvolvimento da personalidade, de acordo com as teorias neofreudianas, assim como para o próprio Freud (Sadock & A. Sadock, 2007), de acordo com o qual ela surge como uma reacção a uma situação de perigo, sendo remediada pelo Ego que faz algo para evitar essa situação ou afastar-se dela (Freud, 1926/1976, cit. em Pisetta, 2008).

Podemos então dizer que se trata de um fenómeno adaptativo que faz parte do quotidiano das pessoas, e que se manifesta através de um estado emocional desagradável, no qual existem sentimentos de perigo iminente, caracterizando-se por inquietação, tensão ou apreensão, habitualmente acompanhada de manifestações somáticas próprias, ocorrendo ou como uma situação aguda ou como um estado persistente e difuso que pode chegar ao pânico (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003; Sadock & A. Sadock, 2007).

Estas manifestações somáticas correspondem a um padrão característico de descarga do sistema nervoso autónomo, envolvendo alteração do padrão respiratório, aumento da frequência cardíaca, palidez, secura da boca, suor aumentado e distúrbios músculo-esqueléticos, que envolvem tremor e sensação de fraqueza, podendo-se dizer que todo o sistema orgânico, incluindo o mecanismo do orgasmo participa na expressão da ansiedade (Sadock & A. Sadock, 2007).

É importante mencionarmos também que devemos diferenciar ansiedade do medo, uma vez que, apesar de este último apresentar um padrão idêntico de sensações e descargas

nervosas, ele deve-se neste caso à reacção a uma situação de perigo real ou potencial, enquanto que na primeira se manifesta por antecipação a perigos futuros, indefinidos e imprevisíveis (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003; Sadock & A. Sadock, 2007).

No estudo da ansiedade, segundo autores como Telles-Correia e Barbosa (2009), podemos diferenciar três modelos que são os seguintes: o modelo de ansiedade de Goldstein; o modelo de ansiedade/traço, que foi desenvolvido inicialmente por Cattell e Scheir, na década de 60, e posteriormente por Spielberger, na década de 70, ambas do século passado; e o modelo transaccional de stresse de Lazarus, ao qual já nos referimos, e cuja inclusão aqui vem ao encontro do que anteriormente afirmamos relativamente à confusão de conceitos que ainda persiste, entre a ansiedade e o stresse.

No que concerne ao primeiro modelo, ele assenta na hipótese da ansiedade orientada para o estímulo, em que ela correspondia a uma percepção subjectiva que o indivíduo tinha sobre uma situação catastrófica, enquanto que o segundo modelo distingue dois aspectos fundamentais da ansiedade, que são a ansiedade como um estado emocional transitório (ansiedade-estado), ou como um estado mais permanente, correspondendo a um traço da personalidade (ansiedade-traço) (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

A inclusão do stresse no conjunto dos distúrbios de ansiedade, nas categorizações médicas psiquiátricas, como é o caso da Classificação Internacional das Doenças (CID, ou ICD, na versão anglófona) da Organização Mundial de Saúde, ou da classificação norte-americana DSM (Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais) da American Psychiatric Association (APA), iniciou-se precisamente na CID, com uma entidade denominada de *desajuste situacional agudo*, em 1948, evoluindo depois na 9.^a edição, em 1977 (CID-9), para a categoria de *reacção aguda ao stresse*, sendo posteriormente introduzida na CID-10, a categoria *transtorno de stress pós-traumático* (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003; Kapczinski & Margis, 2003).

Na DSM, esta entidade foi incluída em 1952 (1.^a revisão, DSM-I), como *reação maciça ao stresse*, em que se excluía outras psicopatologias, tendo sido retirada na DSM-II, e somente reintroduzida em 1980, na DSM-III, com a denominação de *transtorno de stresse pós-traumático*, enquanto que a categoria *transtorno de stresse agudo* foi introduzida na DSM-IV, em 1994, constando em todas as classificações (CID e DSM) (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003; Kapczinski & Margis, 2003).

Ainda a este respeito, de referir que actualmente a DSM-IV-TR (texto revisto), engloba as seguintes perturbações de ansiedade: agorafobia; ataque de pânico; transtorno de pânico sem agorafobia; transtorno de pânico com agorafobia; agorafobia sem história de transtorno de pânico; fobia específica; fobia social; transtorno obsessivo-compulsivo; transtorno de stresse pós-traumático; transtorno de stresse agudo; transtorno de ansiedade generalizada; transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral; transtorno de ansiedade induzido por substância; transtorno de ansiedade sem outra especificação (APA, 2002).

1.2.3.2. A depressão.

A depressão é a alteração afectiva mais comum a que os seres humanos estão sujeitos, e sendo classificada como um transtorno de humor, ela gere as atitudes das pessoas modificando a percepção de si mesmos, passando a perceber as suas problemáticas de uma forma catastrófica, estando muitas vezes acompanhada de um quadro de deterioração grave do funcionamento físico e social que implica o recurso constante aos cuidados de saúde primários, embora também seja o sintoma mais frequentemente negligenciado, e mesmo quando reconhecido, é provavelmente o sintoma isolado mais incorrectamente tratado na prática clínica (Esteves & Galvan, 2006; Sadock & A. Sadock, 2007; Gameiro, et al., 2008).

A APA (2002) classifica na DSM-VI-TR estes transtornos de humor da seguinte forma:

transtorno depressivo major; transtorno distímico; transtorno depressivo sem outra especificação; transtornos bipolares (tipo I e II, e sem outra especificação); transtorno ciclotímico; transtorno do humor devido a uma condição médica geral; transtorno do humor induzido por substância; e transtorno do humor sem outra especificação.

Como podemos verificar desta classificação, os sinais e sintomas da depressão não são apenas múltiplos e complexos em qualquer estágio da perturbação, mas existem muitos estágios e problemas diferentes em grupos etários distintos, apesar de se poder dizer, que grosso modo, os sintomas mais frequentes são os seguintes: tristeza; apatia; diminuição da energia; sentimentos de auto-desvalorização ou culpa; dificuldades no pensamento, concentração ou na tomada de decisões; irritabilidade; perda de interesse; ideias agressivas; angústia ou ansiedade; alterações no apetite ou peso, sono e da actividade psicomotora, como a lentificação motora ou agitação; múltiplas queixas somáticas; e pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (APA, 2002; Esteves & Galvan, 2006; Sadock & A. Sadock, 2007).

Para Roudinesco (2000, cit. em Esteves & Galvan, 2006), o sofrimento psíquico pode-se manifestar sob a forma de depressão, tristeza ou apatia, e conforme sugeria Bowlby (1993, cit. em Esteves & Galvan, 2006), este sofrimento é decorrente de qualquer estado que desorganize o pensamento, inclusive a perda.

Aliás, Sadock e A. Sadock (2007) mencionam que numa perspectiva meramente descritiva, os fenómenos associados à depressão são frequentemente indistinguíveis dos que são vistos nas perdas, ou seja, as reacções normais de luto e de tristeza.

A este respeito, já em 1917, Sigmund Freud, tinha procurado clarificar a diferença entre o luto normal, que não constitui um problema psiquiátrico, e as perturbações depressivas, segundo o qual, eram predominantemente resultantes de conflitos intra-

psíquicos, podendo ter uma predisposição genética, se bem que tenha sido Adolf Meyer, quem nessa época também, tenha proposto o termo depressão para substituir o de melancolia (que era utilizado nesse sentido), tendo definido este tipo de perturbações como reacções desadaptativas ao stresse ambiental, introduzindo aqui, o conceito de reactividade na depressão (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Dos modelos teóricos que entretanto foram sendo elaborados para explicar a depressão, aqueles que, segundo Telles-Correia e Barbosa (2009) são considerados como mais relevantes, apresentamo-los seguidamente:

- *Modelo cognitivo da depressão* (Beck) – este modelo evoluiu a partir de observações clínicas sistemáticas e de confirmação experimental e organiza-se em três conceitos básicos que são a tríade cognitiva (que consiste nos três padrões cognitivos principais típicos dos doentes depressivos, que são a visão negativa de si próprio, das suas interacções com o meio ambiente, e do futuro), os pensamentos automáticos (que correspondem a erros sistemáticos no pensamento das pessoas deprimidas e em conjunto caracterizam os esquemas cognitivos) e os esquemas ou crenças centrais (que correspondem a padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base da regularidade das interpretações de um conjunto específico de situações);

- *Modelo da desesperança aprendida* (Seligman) – é um modelo que foi testado em animais mas não existem comprovativos experimentais em humanos, e que consiste na utilização de uma postura passiva (desesperança aprendida), quando após a exposição dos sujeitos a situações de stresse intenso, surgem outras situações já superáveis;

- *Modelo de ansiedade e depressão na doença médica* – estes modelos partem da dificuldade em distinguir os dois conceitos, do ponto de vista clínico em termos sintomatológicos, assim como na sua comorbilidade, e assenta em dois submodelos que são o modelo biológico e o modelo comportamental, em que no primeiro os factores

médicos integrados no sistema imunológico, neuroendócrino e inflamatório, medeiam a relação entre a doença física e a ansiedade/depressão, a qual é bilateral, em que ambos os factores (doença física e ansiedade/depressão, se podem influenciar mutuamente), e no segundo a ansiedade e a depressão influenciam a doença médica através de factores comportamentais (e.g., mecanismos de coping desajustados, estilos de personalidade, baixa adesão à terapêutica), havendo também aqui uma relação de influência mútua entre a doença médica e a ansiedade/depressão.

Uma representação gráfica deste último modelo de ansiedade e depressão pode ser vista na seguinte figura 4.

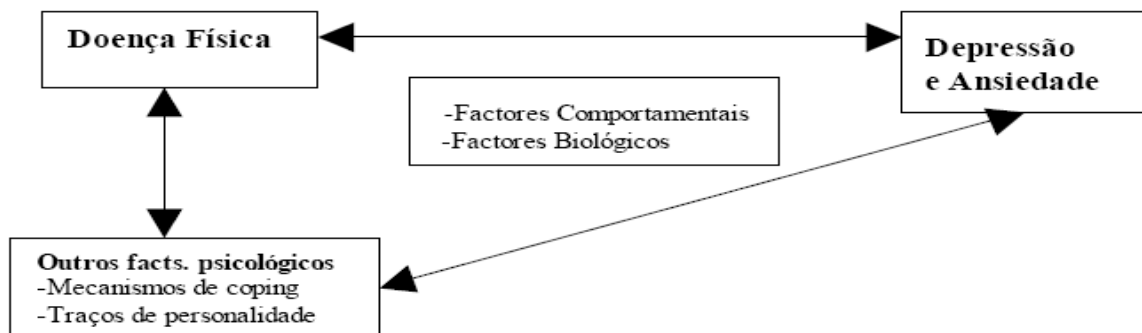


Figura 4. Modelo de ansiedade e depressão, segundo Steptoe (1977, adaptado de Telles-Correia e Barbosa, 2009, p. 92).

Por outro lado, e de acordo com Daniel e Souza (2006), podemos ver a depressão como um fenómeno produtor do sofrimento que integra a vida humana e daí talvez a dificuldade relatada por alguns autores em diferenciar aspectos clínicos e não-clínicos em algumas formas de depressão, como a depressão major, pois como mencionam Parker e Brotchie (2009), o facto de nenhum dos critérios utilizados nas classificações mais correntes, designadamente na DSM-IV-TR, serem específicos quer para este tipo de depressão, como para a depressão clínica, ou para a depressão propriamente dita, e assim, as pessoas tristes têm um humor deprimido, da mesma forma que as alterações

do sono e do apetite também podem ser característicos da ansiedade ou do stresse.

Segundo Silva, Souza, Júnior, Canêo e Lunardelli (2009), os sintomas depressivos relacionados com o trabalho podem ser desencadeados por frustrações e vivências angustiantes vividas no contexto laboral, em que os quadros de depressão ocupacional podem estar associados com a percepção que o trabalhador tem de que não é reconhecido pelas pessoas (clientes, colegas, colaboradores ou superiores) ou grupos que integram as suas relações socioprofissionais, fenómeno que gera ambiguidade psicológica, pois o trabalho deixa de ser encarado com uma fonte de reconhecimento e de realização dos desejos (que deveria ser uma das suas características enquanto fonte de bem-estar).

A este respeito, Brant e Minayo-Gomez (2008), mencionam que nos contextos laborais se vem assistindo a uma psiquiatrização da tristeza, a qual vem sendo diagnosticada como depressão (e acrescentamos nós, o mesmo também vem sucedendo na sociedade em geral, o que é visível pelo aumento dos antidepressivos prescritos), o que causa não só inquietação aos trabalhadores, como também acarreta perda da sua auto-estima.

Contudo, relembrem estes autores, este sentimento surge frequentemente como maldito, levando a que o indivíduo se sinta envergonhado por o ter recorrentemente, levando-o ao isolamento. Esta situação, habitualmente é a que é diagnosticada como depressão, e que é melhor aceite do que a tristeza propriamente dita, uma vez que o peso moral da doença é menor que o do sofrimento.

Para estes autores ainda, esta psiquiatrização da tristeza pode servir também os intentos das organizações, uma vez que ao ser psiquiatrizada a tristeza passa a ser visto como uma doença, que pode ser tratada com medicação própria, libertando as empresas de rever o conjunto das suas práticas e as suas consequências nos processos de subjectivação dos trabalhadores.

O que nos leva novamente ao tema do burnout, por pensarmos que tem enquadramento neste contexto. Deste modo, stressores específicos dos ambientes laborais como sejam o clima ocupacional negativo, papéis ambíguos, falta de clareza entre as tarefas executadas e as expectativas, e os conflitos de interesses e sobrecarga de trabalho, entre outros, contribuem para o desequilíbrio e para o stress não resolvido que leva a deterioração da saúde mental dos trabalhadores, que se manifesta por burnout e depressão (Maneti & Marziale, 2007).

Contudo uma das principais diferenças entre o burnout e a depressão, apesar de partilharem muitos aspectos comuns e da dificuldade em se diferenciar ambos relativamente ao estado afectivo da segunda (Pacheco & Jesus, 2007), parece residir no facto do primeiro ser dependente da qualidade do ambiente social das pessoas, enquanto que a segunda é um estado global que impregna virtualmente praticamente todos os aspectos do ambiente de cada indivíduo (Shirom, 2005).

Neste sentido, já anteriormente Maslach e Schaufeli (1993, cit. em Bakker, et al., 2000) sugeriam que a depressão propriamente dita era caracterizada pela generalização dos sintomas individuais por todas as esferas da vida enquanto que o burnout se restringia mais à esfera laboral.

Ainda a este respeito, Bakker, et al. (2000), num estudo efectuado com professores, concluíram que quer o burnout como a depressão estão relacionadas com os mesmos processos de mudança social, embora tenham lugar em diferentes domínios, ou seja, a depressão resulta directamente de uma falta de reciprocidade na vida privada, e só indirectamente dessa falta no trabalho, enquanto que o burnout resulta de uma falta de reciprocidade no trabalho, e indirectamente na vida privada.

De acordo ainda com estes autores, estas conclusões vêm ao encontro de outros estudos, que também sugerem que o burnout é uma entidade relacionada com o trabalho, e a

depressão tem um contexto livre. Para além disso, também concluem que o burnout pode anteceder a depressão.

Ainda a este respeito, Brenninkmeyer (2001, cit. em Isabel, et al., 2006) menciona que as pessoas com burnout quando comparadas com pessoas deprimidas, apresentam as seguintes características: têm uma maior vitalidade e são capazes de obter maior prazer nas actividades; raramente apresentam perda de peso, lentificação psicomotora, ou ideação suicida; quando têm sentimentos de culpa, eles são mais realistas; não atribuem a indecisão e a inactividade à doença, mas sim à fadiga; a insónia, quando apresentam, é frequentemente mais de tipo inicial do que terminal (ao contrário da depressão).

De referir também uma meta-análise efectuada sobre a literatura produzida dentro e fora do Brasil, por Maneti e Marziale (2007), referente à problemática da depressão em enfermeiros, que concluiu que relativamente aos seus factores causais e suas consequências, os que eram mais mencionados eram respectivamente os seguintes:

- Factores causais internos ao ambiente de trabalho – a organização, as relações sociais e as condições de trabalho;
- Factores causais externos ao ambiente de trabalho – características sociodemográficas, individuais e profissionais, e o apoio familiar;
- Consequências para o trabalhador/instituição – o desgaste e a tensão no trabalho, prejuízos físicos ou mentais para a saúde, absentismo, insatisfação no trabalho, qualidade na assistência prestada e rotatividade.

Um outro estudo, realizado com profissionais do sector bancário, por Jacques e Amazarray (2006), menciona que os factores que poderão originar depressão relacionada com o trabalho são, entre outros os seguintes: decepções sucessivas em situações laborais frustrantes; perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho; exigências de desempenho cada vez mais excessivas; competição desenfreada que

origina uma ameaça permanente do posto de trabalho que o trabalhador ocupa na hierarquia da organização; precariedade e despedimento.

Conclui ainda este estudo que as consequências para os trabalhadores incluem, entre outras manifestações, as seguintes: sentimentos de tristeza; baixa de auto-estima; vivência de fracasso; alcoolismo; desânimo; podendo ainda estar associada a quadros crónicos de DORT, enquanto manifestações secundárias na dor crónica ou da incapacidade laboral.

Deste modo, parece-nos que as reflexões de Brant e Minayo-Gomez (2008) a este respeito, também relativas a um estudo efectuado com trabalhadores, gestores e técnicos de saúde de uma empresa, sumarizam as conclusões deste últimos estudos que apresentamos, referindo a este respeito estes autores, que é revelada a existência de profissionais de diferentes áreas, cargos e categorias profissionais dentro da empresa que se apresentam como “. . . vítimas de injustiças, especialmente, por não se verem reconhecidos naquilo que fazem, dizem e sofrem. Independentemente das múltiplas explicações que cada um pode oferecer, fica explícito o desamparo e o abandono" (p. 673).

2 – O Trabalho nas Organizações da Saúde, em particular na Enfermagem

Neste capítulo iremos procurar desenvolver, embora de uma forma genérica, alguns conceitos teóricos que nos permitam compreender melhor qual é o papel da Psicologia da Saúde numa perspectiva da saúde ocupacional, designadamente a nível das organizações da saúde e em particular no caso da Enfermagem.

Para tal iremos abordar a contribuição da Psicologia da Saúde para a compreensão dos contextos laborais, o bem-estar e o mal-estar relacionado com o trabalho em Enfermagem, e algumas estratégias para a promoção deste bem-estar.

2.1. Contributos da Psicologia da Saúde para a compreensão dos Contextos Laborais

O trabalho tem como função essencial o provimento da satisfação das necessidades biológicas primordiais, as quais podem ser de tipo *material* (e.g., alimentação, vestuário, habitação, saúde física e mental, recreação), *psicológico* (e.g., afecto, noção de pertença, apoio, realização, experiências novas, factor optimismo), ou *social* (e.g., posição entre os membros do grupo) (Mauro, Muzi, Guimarães & C. Mauro, 2004).

Então, podemos dizer que o trabalho é uma actividade que é fundamental para o desenvolvimento das pessoas, e que em conjunto com outras actividades (como a alimentação, a comunicação, a eliminação, a respiração, o sexo, etc.) contribui para o complexo processo que é viver, contendo um conjunto de valores que lhe são intrínsecos, que lhe permitem ser o principal meio de aquisição de identidade e status, embora também seja causa de morbilidade, designadamente quando comporta factores de risco para a saúde e segurança (físicos, químicos, biológicos, ergonómicos e psicossociais, e de acidentes), relativamente aos quais os trabalhadores não têm instrumental para se proteger, podendo tornar-se uma fonte de bem-estar ou de mal-

estar ocupacional (Mauro, Muzi, Guimarães & C. Mauro, 2004; Murcho, Jesus & Pacheco, 2006; Murcho & Jesus, 2007^a, 2007^b).

Para além dos aspectos relacionados com as condições físicas dos ambientes laborais, os aspectos psicossociais, como sejam o aumento da precariedade e da pressão para a produção e para a utilização das novas tecnologias, são cada vez mais determinantes no surgimento de doenças laborais, e concomitantemente do aumento deste mal-estar ocupacional, que pela sua subjectividade tende a afectar particularmente a saúde mental das pessoas que trabalham (Heloani & Capitão, 2003).

Esta nova gama de patologias com ligação ao trabalho, como sejam as doenças cardiovasculares, psicossomáticas, e os transtornos mentais, é mais complexo do que as doenças ocupacionais, sendo de destacar o stresse ocupacional, o qual pode ser entendido como uma consequência das relações complexas que se estabelecem entre as condições de trabalho, as condições externas ao trabalho e as características individuais do trabalhador, em que as exigências laborais ultrapassam a sua capacidade de resposta, vindo a comprometer os indivíduos e as organizações (Stacciarini & Tróccoli, 2002, cit. em Fernandes, Medeiros & Ribeiro, 2008; Sato, Lacaz & Bernardo, 2006).

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), dá enfoque à importância da promoção dos comportamentos salutogénicos, como os estilos de vida saudáveis e à identificação e prevenção dos factores de risco, que são, para além de outros, a alienação e o stresse profissional e social (OMS, 2002, cit. em Matos, 2004)

No caso das organizações de saúde, o stresse é considerado uma das principais fontes de mal-estar relacionado com o trabalho, e dentro do grupo dos profissionais de saúde, os enfermeiros são aqueles que mais são afectados pelo stresse ocupacional, talvez pela proximidade (temporal, social e psicológica) dos seus clientes (Murcho, 2006; Fernandes, Medeiros & Ribeiro, 2008).

De referir que esta problemática tem vindo a ser estudada em diversos níveis, em que destacamos o da Psicologia da Saúde, onde tem sido um tema que tem dominado a maior parte da investigação ligada aos aspectos organizacionais da saúde, produzida em Portugal (Teixeira, Cima & Cruz, 1999; Teixeira, 2000).

Até mesmo porque é necessário conhecermos esta realidade para prevenirmos consequências negativas, físicas e psicológicas, quer para quem trata como para quem é tratado, uma vez que a explicação de comportamentos de saúde e das reacções à doença não faz hoje sentido sem o contributo das variáveis psicológicas, e também porque a Psicologia da Saúde tem como fim, a partir do contributo técnico-científico da Psicologia, não somente a promoção e manutenção da saúde, e a prevenção e tratamento da doença e disfunções relacionadas, como também a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, tanto na saúde como nas doenças (Ogden, 2004; Pais Ribeiro & Leal, 2004; Grilo & Pedro, 2005).

Para além disso, e é neste âmbito que esta investigação se enquadra, a Psicologia da Saúde também visa a análise e a melhoria do sistema de cuidados de saúde, potenciando a actuação de outros técnicos, como é o caso dos enfermeiros, objecto deste estudo, contribuindo para a melhoria das relações interpessoais (Teixeira, 2004).

Por outro lado, entre os diferentes domínios de investigação desta disciplina científica, está a melhoria do sistema de saúde, em que os estudos podem incidir entre outros aspectos, sobre o stress ocupacional dos técnicos de saúde (Teixeira, 2004).

Complementarmente ao que temos vindo a expor, é importante mencionarmos a existência de um conjunto de factores de ordem pessoal e social (e.g., relações interpessoais, o ambiente laboral, a motivação com o trabalho, a actividade física e o lazer) que influenciam a saúde, quer directamente, ou indirectamente através da felicidade e do humor, podendo dizermos que a felicidade, o humor e a saúde se

influenciam mutuamente (Argyle, 1997, cit. em Matos, 2004).

Estes aspectos, interferem no bem-estar, e concomitantemente na qualidade de vida, que são dois aspectos essenciais para a Psicologia da Saúde, na medida em que esta área da Psicologia, está enquadrada também nos pressupostos da Psicologia Positiva, se bem que com uma perspectiva de investigação-acção e de intervenção psicológica, que tem como finalidade a promoção da saúde e do bem-estar das pessoas (Jesus, 2006).

Assim sendo, o bem-estar, e concomitantemente o mal-estar dos indivíduos, surgiram como um novo campo de estudo para a Psicologia, e em termos genéricos para as Ciências da Saúde, como a Enfermagem, uma vez que se trata da manifestação de uma dimensão importante do comportamento humano que tem repercussões na saúde, que é a felicidade (Jesus, 2006).

É portanto sobre os conceitos de bem e de mal-estar relacionados com o trabalho, e de alguns aspectos a eles associados que nos debruçaremos seguidamente.

2.2. O Bem-Estar e o Mal-Estar relacionado com o Trabalho em Enfermagem

Os conceitos de bem ou de mal-estar estão, grosso modo, relacionados com a saúde de uma forma positiva ou negativa. Assim, a saúde positiva poderá ser representada pelo conceito de bem-estar (Siqueira, Padovam & Chiuzi, 2007).

Para Danna e Griffin (1999, cit. em Siqueira, Padovam & Chiuzi, 2007), o bem-estar apresenta duas vertentes, que correspondem aos conceitos de *satisfação geral com a vida*, que engloba as satisfações e insatisfações com aspectos pessoais, em todas as suas dimensões (social, familiar, de lazer, espiritual, etc.), e de *satisfação com o trabalho*, que engloba as satisfações e insatisfações laborais (e.g., salário, promoções, colegas de trabalho, o próprio trabalho).

Estes dois conceitos, o de satisfação geral com a vida, e de satisfação com o trabalho, integram definições diferentes de bem-estar, uma vez que o primeiro conceito constitui

a componente cognitiva do *bem-estar subjectivo*, e o segundo conceito constitui o conceito multidimensional de *bem-estar no trabalho* (Siqueira, Padovam & Chiuzi, 2007).

O bem-estar subjectivo pode ser entendido como uma reacção avaliativa que as pessoas fazem à sua própria vida, e tem uma dimensão cognitiva ou avaliativa (respeitante ao juízo que o indivíduo faz em termos de satisfação geral com a sua própria vida), e uma dimensão afectiva ou emocional (respeitante às reacções emocionais face a esse mesmo juízo, as quais representam dois factores independentes, que são a afectividade positiva e a negativa), sendo constituído por três componentes, que apesar de separadas estão interrelacionadas, que são a satisfação com a vida, a afectividade positiva e a afectividade negativa (Vieira & Jesus, 2007).

Contudo é de mencionarmos que do ponto de vista teórico, os constructos de bem-estar subjectivo e de felicidade, são sinónimos (Siqueira, Padovam & Chiuzi, 2007; Vieira & Jesus, 2007), podendo dizermos, citando Vieira e Jesus: “somos felizes porque temos saúde psicológica, bem como saudáveis porque nutrimos felicidade” (2007, p. 282).

Este último aspecto é interessante, até mesmo porque existem vários estudos que demonstram que a felicidade e o optimismo tendiam a aumentar, entre outros aspectos, a longevidade dos participantes destes estudos (Cruz, 2007), o que pode significar que estas pessoas se tornaram porventura mais resistentes aos diversos eventos negativos que os afectaram ao longo das suas vidas, como os acidentes e doenças.

Como refere a este respeito Damásio (2003), quando sugere que as emoções propriamente ditas, como o medo, a felicidade, a tristeza, a simpatia ou a vergonha, desempenham um papel adaptativo na regulação da vida, de uma forma directa ou indirecta, em fases muito diferentes da sua evolução.

Desse modo, e tendo em conta que a felicidade e o bem-estar subjectivo poderão ser

sinónimos, então quando estudamos o bem e o mal-estar relacionado com o trabalho, temos que fazer não só referência a estes conceitos, o que temos vindo a efectuar, como verificar a forma como os mesmos se relacionam com o mundo laboral, e no caso concreto deste estudo, dos enfermeiros.

Wright (2003, cit. em Siqueira, 2008) sugere a este respeito, que os estudos relativos à saúde dos trabalhadores deveriam ter em conta o interesse, o contentamento e a felicidade que ajudariam as pessoas a fortalecer os seus recursos individuais, sejam eles físicos, psicológicos, intelectuais ou sociais.

Nesse sentido, Siqueira e Padovam (no prelo, cit. em Siqueira, Padovam & Chiuzi, 2007) supõem que o bem-estar no trabalho seja um constructo que é composto de três dimensões de características afectivas e que são a satisfação no trabalho, o envolvimento com o trabalho e o comprometimento organizacional afectivo, sendo que as duas primeiras dimensões são vínculos afectivos que os trabalhadores estabelecem em relação ao seu trabalho, enquanto que o comprometimento organizacional afectivo é um vínculo afectivo que o trabalhador estabelece para com a organização para a qual trabalha.

Deste modo, o bem-estar no trabalho seria um estado psicológico positivo, que está presente em indivíduos que se sentem satisfeitos no ambiente de trabalho, envolvidos pelas suas tarefas e ligados afectivamente à organização empregadora (Siqueira & Padovam, 2004, cit. em Siqueira, 2008), podendo este modelo teórico ser representado de acordo com a seguinte figura 5.



Figura 5. Modelo teórico de bem-estar no trabalho (adaptado Siqueira, 2008, p. 471).

Tendo então em conta estes conceitos, e partindo do conceito de bem-estar docente, definido por Jesus (2006), podemos definir o conceito de bem-estar relacionado com o trabalho em Enfermagem, como a tradução da motivação e da realização dos enfermeiros, em virtude de um conjunto de competências (resiliência) e de estratégias (coping) que estes desenvolvem para enfrentar as exigências e as dificuldades profissionais, superando-as e otimizando o seu próprio funcionamento.

Estas exigências e dificuldades profissionais, que no fundo constituem o conjunto de problemas e preocupações com que os enfermeiros se deparam no seu dia-a-dia laboral, segundo Beaudoin e Edgar (2003, cit. em Garrido, 2007), acabam por ocupar uma grande parte do seu trabalho diário, vindo a afectar a sua qualidade de vida e a do seu trabalho com os seus utentes.

Podemos então dizer que a Enfermagem é uma profissão que está mais exposta aos riscos psicossociais, os quais se defrontam com desencadeantes de stresse próprios das organizações de saúde e com situações nas quais se defrontam as expectativas individuais dos enfermeiros e a realidade do trabalho diário (Rainho, Monteiro, Pereira & Queirós, 2006). No fundo, talvez porque estes profissionais são afinal, como dizia Wanda Horta, “gente que cuida de gente” (1979, cit. em Trezza, Santos & Leite, 2008,

p. 908).

Considerando que os factores de stresse que afectam os enfermeiros, correspondem às exigências e dificuldades profissionais com que estes trabalhadores se confrontam diariamente, podemos então, segundo Benevides-Pereira (2008), agrupá-los da seguinte forma:

- Organização do trabalho (e.g., conflito e ambiguidade de papeis, falta de participação nas decisões, trabalho nocturno, longas jornadas de trabalho, escassez de recursos, sobrecarga de trabalho);
- Convívio profissional (e.g., relacionamento conflituoso, principalmente com o pessoal médico, falta de apoio ou de suporte social, falta de reconhecimento profissional, alta competitividade, pressão por maior produtividade, falta de confiança e companheirismo);
- Agentes físicos (e.g., riscos químicos, biológicos, físicos, mecânicos, e psicossociais);
- Vida pessoal (e.g., trabalho por turnos, dificuldade em conciliar trabalho com actividade extra profissionais, conflito entre valores pessoais e laborais);
- Actividade profissional (e.g., proximidade do utente, atenção constante, contacto permanente com o sofrimento, a dor e a morte, complexidade de alguns procedimentos, responsabilidade).

Destes aspectos, existem alguns a que a literatura dá mais relevo, e que são o trabalho por turnos (onde se inclui o trabalho nocturno) e o conflito de valores.

Relativamente ao primeiro aspecto, o trabalho por turnos, sendo a Enfermagem uma profissão que está sujeita a este sistema de trabalho de modo a possibilitar a assistência e cuidados permanentes aos seus utentes, para muitos enfermeiros este sistema é vivenciado como um problema com consequências médicas (como as alterações do sono, perturbações gastrointestinais, problemas cardiovasculares), psicológicas (como a

ansiedade, depressão, nervosismo, alterações do humor) e sócio-familiares, relacionado com a alteração dos ritmos circadianos, com custos bastante elevados que acabam por influenciar negativamente a sua saúde e bem-estar, o que é reconhecido pela comunidade científica, vindo também a afectar a própria dinâmica familiar destes profissionais (Campos & Martino, 2004; Montanholi, Tavares & Oliveira, 2006; Lourenço, Ramos & Cruz, 2009).

No que concerne ao segundo aspecto, os conflitos de valores, podemos dizer que um factor de maior relevância está associado à dicotomia entre a conceptualização da Enfermagem como uma vocação, em que o enfermeiro é aquela pessoa que ajuda, que se dedica a auxiliar os mais necessitados (física, psíquica ou socialmente), e que é também manifesto no facto de esta profissão ser considerada como “de ajuda”, e a realidade dos ambientes de trabalho em que se movem, a todos os níveis, seja da pressão para a produtividade, da competitividade, das relações laborais com colegas e chefias, ou da precariedade, em que os enfermeiros cada vez mais têm que vender a sua força de trabalho para sobreviverem (Rodrigues, 2001; Souza & Lisboa, 2006; Azambuja, Kerber, & Kirchof, 2007).

Espera-se então que o trabalho seja uma via catalisadora de criatividade, de imaginação e de iniciativa que mobilize aspectos cognitivos e psicológicos do trabalhador vindo a produzir processos contínuos de transformações positivas, tanto na pessoa que desenvolve a sua actividade laboral como no objecto desta actividade, sendo que quando tal não sucede surge o descontentamento e a desmotivação (entre outros sentimentos), que consomem a energia psicossomática do profissional (Dejours, 1992, cit. em Souza & Lisboa, 2006), e dizemos nós, leva ao mal-estar ocupacional, o qual representa a repercussão das dificuldades encontradas no local de trabalho (Mosquera & Stobäus, 2008).

Assim, e a partir do conceito de mal-estar docente, definido por Esteve (1992, cit. em Jesus, 2006), e que adaptamos para os enfermeiros, podemos dizer que o mal-estar relacionado com o trabalho nestes profissionais, pretende descrever os efeitos negativos das condições da profissão de Enfermagem sobre a sua personalidade, sendo um conceito amplo que integra conceitos mais específicos, como sejam a insatisfação, o desinvestimento, a desresponsabilização, o desejo de abandonar a profissão, o absentismo, o esgotamento, a ansiedade, o stresse, a neurose e a depressão.

2.3. Algumas Estratégias de Promoção do Bem-Estar no Trabalho

Existe uma dinâmica associada com a problemática do trabalho que implica um conjunto de relações sociais nas empresas, o que leva a que o trabalho possa ser considerado como uma série de relações intersubjectivas que acontecem entre as pessoas, sejam elas os clientes, os superiores, os colegas, ou os subordinados, operando-se esta dinâmica entre o sujeito (o próprio trabalhador), a realidade (o ambiente, as condições e a organização do trabalho, i.e., o contexto laboral) e o outro, e caso estas inter-relações não sejam harmónicas podem condicionar sofrimento entre as partes, ou seja levar ao mal-estar relacionado com o trabalho e à doença ocupacional (Cimbalista, 2006).

Então, podemos dizer que a saúde dos trabalhadores em contexto laboral é afectada por quatro áreas distintas embora inter-relacionadas que são as tarefas, as normas, os processos e as relações interpessoais (Fiorelli, 2001, cit. em Silva, Souza, Júnior, Canêo & Lunardelli, 2009).

A este respeito, Camelo e Angerami (2008) mencionam que os riscos psicossociais relacionados com aspectos da organização, e que podem afectar os trabalhadores incluem o insuficiente suporte para a resolução de problemas, a ambiguidade e o conflito de papeis, a incerteza na carreira, a falta de controlo sobre o trabalho, o

relacionamento interpessoal insuficiente, a interface trabalho-família, a monotonia de tarefas, a sobrecarga e o esquema de trabalho.

Assim, qualquer programa de promoção da saúde ocupacional, deverá ter em conta estas áreas, sendo para tal necessário que se procure entender a complexidade das relações entre a saúde mental e o trabalho, através de abordagens multidisciplinares das problemáticas associadas, as quais poderão demonstrar que é possível trabalhar sem que isso acarrete prejuízos para a saúde das pessoas, o que depende da forma e das condições de organização do trabalho (Silva, Souza, Júnior, Canêo & Lunardelli, 2009).

Deste modo, a importância da actuação dos profissionais de saúde na prevenção da doença mental ocupacional a nível das organizações é muito grande, principalmente no que concerne às actividades de diagnóstico organizacional e em programas de intervenção que venham ao encontro da manutenção de um clima positivo de trabalho, que favoreça a saúde dos trabalhadores, dando uma especial atenção à adequação entre os requisitos técnicos e humanos exigidos para o esperado desempenho num determinado posto de trabalho e o próprio trabalhador (Silva, Souza, Júnior, Canêo & Lunardelli, 2009), devendo ser direccionadas principalmente para as mudanças dos contextos organizacionais e não tanto para os comportamentos individuais (Camelo & Angerami, 2008).

Para isso, é essencial que, quer os processos de selecção e recrutamento, como as práticas de gestão do desempenho, sejam bem planeados e conduzidos, assim como o desenvolvimento de programas de treino e desenvolvimento, que visem a capacitação e o aperfeiçoamento pessoal e profissional dos trabalhadores, também se configurando como uma prática importante na busca do equilíbrio entre as exigências do trabalho e a sua capacidade para atendê-las (Silva, Souza, Júnior, Canêo & Lunardelli, 2009), o que possibilita a diminuição do stresse ocupacional, que resulta, como já mencionamos de

um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e os recursos do trabalhador (Lazarus, 1995, cit. em Paschoal & Tamayo, 2005).

Para Camelo e Angerami (2008), os programas focados no trabalhador têm o objectivo de desenvolver as estratégias de coping e podem ter diversas orientações técnicas, como sejam as que são centradas na educação (focadas nas causas e manifestações do stresse), as que são de orientação cognitivo-comportamental (centrada na gestão da raiva e agressividade), e as que visam o treino de habilidades (gestão do tempo, negociação), a gestão do stresse e outras.

Maneti e Marziale (2007), ao abordarem a problemática da depressão em enfermeiros sugerem que se utilizem como estratégias de prevenção a melhoria do suporte administrativo e do relacionamento interpessoal, uma melhor distribuição dos recursos humanos, tendo em conta as exigências dos postos de trabalho, bem como o desenvolvimento de estratégias de gestão do stresse e da depressão, e a implementação de programas de cuidados de saúde dirigidos aos trabalhadores.

Para estes autores ainda, da revisão da literatura que efectuaram, propõem estratégias relacionadas com a melhoria do suporte administrativo e do relacionamento interpessoal, o treino e aperfeiçoamento contínuo de chefias em liderança de equipas e comunicação, e a gestão participativa, e apontam como metodologias relativas aos programas de saúde ocupacional, os grupos de discussão, os grupos de vivências e as psicoterapias.

Já Souza e Lisboa (2006), apresentam como sugestões, a evolução das organizações de saúde e do próprio trabalho nesta área, designadamente no que concerne aos enfermeiros, que seja facilitador de uma maior flexibilidade, e de expressões de subjectividade que permitam mais satisfação laboral e a canalização das energias destes trabalhadores para o fortalecimento da sua saúde.

Até mesmo, porque no caso particular destes profissionais, tendo em conta (como até já mencionamos) que são um dos grupos socioprofissionais que estão mais sujeitos aos efeitos negativos do stress ocupacional, e considerando também as repercussões que estes efeitos têm na qualidade dos cuidados que prestam aos seus utentes, é importante o desenho de medidas destinadas a minimizar estes efeitos nestes profissionais (Murcho, 2009).

O enfoque na flexibilização é também dado por Cavalcanti, Enders, Menezes, e Medeiros (2006), quando mencionam que se torna necessário repensar os tradicionais modelos de organização do trabalho, dando um maior enfoque a esta flexibilização no sentido de permitir uma maior autonomia dos trabalhadores nas suas decisões, bem como alterações que favoreçam a promoção da saúde ocupacional e a melhoria da sua qualidade de vida.

Neste sentido, Tamayo e Paschoal (2003) propõem que nas organizações sejam desenvolvidos diferentes programas motivacionais tendo em conta os interesses de cada grupo dentro da própria empresa, de forma a possibilitar uma melhor adequação entre as metas dos trabalhadores e as estratégias de motivação laboral, tornando estes programas mais próximos dos perfis motivacionais de cada trabalhador.

Neste sentido ainda, alguns estudos têm sugerido a importância do clima organizacional na saúde e bem-estar dos trabalhadores, designadamente dos enfermeiros (Stone, Du & Gershon, 2007), mencionando outros autores a este respeito que o ambiente de trabalho é um meio fundamental para o desenvolvimento de acções de educação para a saúde a eles destinadas, pois é neste espaço que o indivíduo passa grande parte do seu dia, sendo até uma mais-valia se lhe fosse oferecido a oportunidade de reflectir mais amplamente sobre a sua saúde e qualidade de vida (Cavalcanti, Nóbrega, Enders & Medeiros, 2008). Estes aspectos têm levado a que ao longo dos tempos tenham vindo a ser elaboradas

variadas propostas de intervenção, designadamente dirigidas a profissionais de saúde e do ensino.

Assim, da literatura que consultamos destacamos alguns dos modelos propostos, como seja o modelo de educação para o optimismo e o stresse dos profissionais de educação, de Neto e Marujo (2007), no qual é sugerido que os professores sejam estimulados a observar o melhor da sua experiência e a perspectivar a realidade de forma valorizadora, fora de uma aceção e modelo de resolução de problemas, mas antes a redescobrir e a investir nos talentos e nas potencialidades pessoais dos actores, e da organização onde leccionam, e a entender a experiência e o outro como um “mistério” para compreender e não como um “problema” para solucionar, emparelhando-se na prática com a noção de criação e construção do futuro, através de exercícios e treinos que os perspectivem, enquanto actores escolares, a idealizar as escolas do futuro.

Para estes autores ainda, este modelo pressupõe também a introdução de um elemento de potenciação das emoções positivas que é o sentido de humor, o qual tem vindo a ser utilizado e estudado no seu papel de eficácia junto destes profissionais. De mencionarmos que estas estratégias, são dirigidas não só a um processo de desenvolvimento pessoal, como também a uma intervenção colectiva e sistémica, possibilitando aos professores que reconheçam o seu próprio poder individual de transformação, assim como a sua força colectiva.

Este programa tem uma duração (habitualmente) aproximada de 14 horas, distribuídas por dois a quatro dias de trabalho, no qual as primeiras 3,5 horas são destinadas a uma abordagem mais teórica, sobre os conceitos de optimismo e pessimismo, nas seguintes 3,5 horas são desenvolvidas estratégias de auto-conhecimento, e de reflexão sobre as experiências profissionais dos participantes, e nas ultimas 3,5 horas são dedicadas a desenvolver competências no domínio da linguagem positiva, apreciativa e construtiva.

Outro programa que gostaríamos de realçar, é o programa proposto por Jesus, Santos, Stobäus & Mosquera (2004) que consiste nos seguintes aspectos:

- Avaliação prévia das variáveis que constituem os indicadores de bem e de mal-estar profissional;
- Identificação dos indicadores ou sintomas de mal-estar profissional, dos potenciais factores desse mal-estar, das possíveis formas de resolução de problemas, das estratégias de coping que os profissionais podem utilizar para superar dificuldades, das atitudes características numa relação de ajuda, e de regras para estilo de vida saudável;
- Identificação e substituição de crenças irracionais por crenças mais adequadas sobre si próprio e sobre certos aspectos da prática profissional, e no desenvolvimento de competências de gestão de atribuições, de expectativas e do valor de objectivos profissionais (no sentido de um funcionamento cognitivo-motivacional mais adequado);
- Identificação e desenvolvimento de competências de assertividade, e para gerir situações de potencial conflito relacional em ambiente profissional;
- Desenvolvimento de competências de gestão dos sintomas físicos associados ao mal-estar (exercícios de respiração e relaxamento), de gestão do tempo, de trabalho em equipa (nomeadamente em reuniões), e de liderança nas relações interpessoais;
- Formulação de um programa personalizado de estratégias de coping a realizar por cada participante, em exercícios de dinâmica de grupo e provas de trabalho em equipa e de perícia individual (e.g., orientação, rappel, escalada e caminhada);
- Perspectiva de implementação das aprendizagens na vida profissional e pessoal por cada participante;
- Pós-avaliação das variáveis que constituem indicadores do bem ou mal-estar e balanço da utilidade do programa para os participantes.

Este programa é constituído por 11 sessões de quatro horas cada, perfazendo um total de

50 horas de formação.

De referir que numa outra reformulação, Jesus (2006) apresenta o programa em 10 sessões, embora mantenha o total de 50 horas de formação.

De mencionarmos ainda, a respeito deste programa, que se bem que inicialmente ele tenha sido concebido para professores, como uma estratégia de prevenção do mal-estar docente pelo mesmo autor em 1998, posteriormente dados os resultados positivos que foram obtidos, ele foi adaptado para profissionais de saúde (nomeadamente médicos e enfermeiros), incluindo aspectos do âmbito da Psicologia da Saúde, como os tipos de personalidade, a gestão do stresse, os estilos de vida saudável e a educação para a saúde (Jesus, Santos, Stobäus & Mosquera, 2004; Jesus, 2006).

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

Estudo 1 – Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionado com o Trabalho (ISMERT) – Um Estudo Prévio¹

O trabalho, sendo uma actividade inerente às pessoas, é também uma necessidade, uma característica, e uma acção indispensável para o seu desenvolvimento individual e colectivo, comportando um conjunto de valores que lhe são intrínsecos (Murcho, 2006). Também é o principal meio para a aquisição de identidade e de status, assim como uma das fontes de satisfação das necessidades humanas, podendo contudo estar na origem de algumas doenças, designadamente quando contém factores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger destes riscos (Haddad, 2000; Souza, Campos, Silva & J. O. Souza, 2002; Murta & Tróccoli, 2004).

Desse modo, o trabalho é não só uma fonte de bem-estar como também de mal-estar, o qual se manifesta diversas formas. Assim, e tendo em conta os aspectos negativos que estão associados a este mal-estar ocupacional, torna-se importante o seu estudo, dado que um melhor conhecimento a seu respeito nos permite uma intervenção mais eficaz na sua prevenção, o que passa entre outros aspectos, pela construção de instrumentos de medida válidos e fiáveis.

O mal-estar relacionado com o trabalho tem sido entendido, de acordo com a literatura consultada, como um sinónimo de burnout ou de stresse ocupacional (Esteve, 1999, cit. em Murta, 2002; Jesus, 1996, 2001; Benevides-Pereira, 2001, cit. em Oliveira, 2006; Queirós, 2005; Salim, et al., 2006), como uma causa destes dois problemas (Beck, Gonzales & Stekel, 2006; Ursúa Maria & Toro Laura, 2006), ou como uma

¹ - Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2008). Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) – um estudo prévio. *Revista de investigação em Enfermagem*, 17, 27-33.

(Artigo publicado, apresentado neste capítulo com ligeiras alterações).

consequência dos mesmos (Figuroa, 2001; Corrêa & Menezes, 2002; Mangolin, et al., 2003), sendo definido, de acordo com Lapo (s.d.), como um estado incómodo, de desconforto psicológico, que se repercute no indivíduo apresentando sentimentos de raiva, medo e frustração, por danos à saúde física (sintomas de stress negativo e de burnout), conflitos inter e intrapessoais, e distanciamento físico e psíquico do trabalho.

Atendendo a tudo o que referimos anteriormente, podemos dizer que os sintomas que caracterizam o mal-estar relacionado com o trabalho são também os característicos do stress ocupacional e do burnout, agrupando-se segundo Vaz Serra (1999), em sintomas biológicos (ou físicos), cognitivos, emocionais e comportamentais.

Objectivo: Este estudo tem como objectivo a determinação dos itens para a construção de uma escala de avaliação da intensidade percebida do mal-estar ocupacional, a denominar Inventário de Sintomas de Mal-Estar relacionado com o Trabalho (ISMERT).

Metodologia

Considerações prévias sobre a metodologia adoptada.

Tendo em conta o objectivo deste estudo, para a determinação dos itens da escala que pretendemos construir utilizamos uma metodologia qualitativa que consistiu na revisão sistemática (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004; Ramalho, 2005) de 21 artigos sobre esta temática ($n = 21$), correspondentes a 23 autores, bem como na aplicação de um questionário com uma questão aberta a um conjunto de profissionais ($n = 32$) de diferentes áreas (enfermeiros, médicos, técnicos superiores, administrativos e auxiliares).

A informação colhida foi tratada através da técnica de análise de conteúdo, tendo-se agrupado os itens determinados, em categorias, unidades de contexto e unidades de registo (Birdin, 2004). Utilizou-se ainda o critério de concordância entre juízes (três),

relativamente ao tratamento desta informação (Fortin & Nadeau, 2003).

Para a definição destas categorias, adoptamos o modelo de mal-estar ocupacional proposto por Vaz Serra (1999).

Tipo de estudo e tratamento estatístico.

Trata-se de um estudo exploratório, qualitativo e transversal, tendo a colheita de dados e a recolha de informação bibliográfica decorrido em Fevereiro de 2007. O tratamento estatístico foi efectuado com o recurso às frequências absolutas (f) e percentagens (%), sendo ainda de referir que no que concerne à análise de conteúdo, estas frequências e percentagens correspondem ao número de unidades de registo apuradas para as unidades de contexto determinadas.

Construção da amostra e recolha de fontes bibliográficas.

Para a construção da amostra, optamos por uma amostra não-probabilística de conveniência, sendo a população alvo constituída pelo universo dos profissionais em exercício de funções em organismos da Administração Pública nacional, a população acessível por profissionais que trabalham no Instituto da Droga e da Toxicodependência e no Hospital Distrital de Faro, e a amostra (n) constituída pelos profissionais destes serviços que estavam a trabalhar no mês de Fevereiro de 2007, e que responderam ao questionário ($n = 32$).

Para a recolha das fontes documentais bibliográficas ($n = 21$), foi feita pesquisa em material editado e disponível em bibliotecas, e ainda pesquisa na Internet, através dos motores de busca, generalista Google (<http://www.google.pt>) e bibliográfico Scielo (<http://www.scielo.br>).

Os artigos sujeitos a revisão sistemática são os seguintes: Vila [2007?]; Beck, Gonzales e Stekel (2006); Pacheco, Murcho, A. Pacheco, e A. Murcho (2006); Salim, et al. (2006); Araújo, Sena, Viana e M. Araújo, (2005); Murta e Troccóli (2004); Varoli e

Souza (2004); Maynat (2003); Resende (2003); Mangolin, et al. (2003); Ballone (2002); Corrêa e Menezes (2002); Elias (2002, cit. em Resende, 2003); Villar, 2002; Benevides-Pereira (2001, cit. em Oliveira, 2006); Hargreaves (2001); Santos (2001); Esteve (1999, cit. em Murta, 2002); Trucco B., Valenzuela A. e Trucco H. (1999); Vaz Serra (1999); Sachufeli e Enzemann (1998, cit. em Queirós, 2005); Schaufeli e Buunk (1996); Franco (1981, cit. em Resende, 2003).

Instrumentos de pesquisa.

Como instrumentos de colheita de dados, utilizamos uma grelha de análise para os artigos estudados, e um questionário auto-administrado com uma única questão aberta, que é a seguinte: Quais os principais sintomas de mal-estar no trabalho que habitualmente o afectam?

Resultados

Caracterização socioprofissional da amostra.

Relativamente à caracterização socioprofissional da amostra ($n = 32$), podemos dizer que a sua constituição socioprofissional é a seguinte: 15 enfermeiros; seis auxiliares; quatro médicos; quatro técnicos superiores de regime geral; e três funcionários administrativos.

Análise de conteúdo comparativa dos resultados das análises das fontes bibliográficas e dos questionários.

Com a finalidade de determinarmos os itens da escala que pretendemos construir, de que esta pesquisa constitui um estudo prévio, e de acordo com os objectivos definidos para a mesma, como já foi anteriormente referido, realizamos análises de conteúdo independentes, quer aos resultados da revisão sistemática das fontes bibliográficas seleccionadas, como aos resultados dos questionários aplicados, agrupando-os segundo as categorias previamente determinadas, respeitantes aos sintomas físicos, emocionais,

cognitivos e comportamentais de mal-estar no trabalho.

Seguidamente efectuamos uma análise de conteúdo comparativa dos resultados das análises das fontes bibliográficas consultadas e dos questionários aplicados, agrupando os resultados obtidos em ambas as análises numa só, que distribuímos pelas categorias que se têm vindo a utilizar, conforme se pode verificar nas tabelas seguintes.

Assim para a determinação dos itens desta escala, optamos por eliminar as unidades de contexto que somente apresentavam uma única unidade de registo ($f = 1$), dada a sua pouca relevância estatística, incluindo as restantes unidades de contexto.

Da leitura e análise da tabela 1, verificamos que as categorias que apresentam maior relevância estatística, no conjunto das unidades de contexto apurada na análise das fontes bibliográficas consultadas e dos questionários aplicados, são os *sintomas físicos de mal-estar ocupacional* (39,60%), onde se situa a moda desta distribuição, seguida da categoria *sintomas emocionais de mal-estar ocupacional* (29,01%).

Tabela 1

Distribuição das Categorias Relativamente às Respectivas Unidades de Registo Apuradas

Categoria	<i>f</i>	<i>%</i>
Sintomas físicos de mal-estar ocupacional	217	39,60
Sintomas emocionais de mal-estar ocupacional	159	29,01
Sintomas cognitivos de mal-estar ocupacional	42	7,66
Sintomas comportamentais de mal-estar ocupacional	130	23,72
Total	548	100

No que respeita à categoria *sintomas físicos de mal-estar ocupacional*, e de acordo com a tabela 2, a moda desta distribuição situa-se na unidade de contexto *dores musculares e de coluna* ($f = 53$), sendo a segunda unidade de contexto mais significativa, as *dores de*

cabeça (f = 31).

Tabela 2

Distribuição das Unidades de Contexto Determinadas para a Categoria Sintomas Físicos de Mal-Estar Ocupacional

Unidades de Contexto	f
Dores musculares e de coluna	53
Dores de Cabeça	31
Dores de estômago, azia, náuseas ou vômitos	16
Perda de energia e cansaço	16
Palpitações, taquicardia, dor no peito	13
Problemas intestinais.	10
Hipertensão arterial/Hipotensão arterial	10
Alergias	9
Problemas respiratórios	7
Perda ou aumento de apetite, perda ou ganho súbito de peso	6
Sensação de peso nas pernas e braços	6
Infecções graves/situações tumorais	5
Perturbações da visão	5
Alteração da temperatura corporal, aumento da transpiração, tremores	4
Problemas cardíacos	4
Doenças Endócrinas	4
Alterações menstruais	3
Sensação de mal-estar geral	3
Problemas da pele	3
Tonturas e sensação de desmaio	3

Infertilidade	2
Alterações sanguíneas (hipercolestronémia, hiperlipidémias, etc.)	1
Aumento da frequência urinária (ou emergência urinária)	1
Inflamações bruscas	1
Problemas na gravidez	1
Total	217

Relativamente à categoria *sintomas emocionais de mal-estar ocupacional*, conforme podemos verificar na tabela 3, a moda desta distribuição situa-se na unidade de contexto *irritabilidade, perda de paciência com facilidade* ($f = 62$), sendo a segunda unidade de contexto mais significativa estatisticamente, o *sentimento de solidão, tristeza, choro fácil e imotivado* ($f = 28$).

Tabela 3

Distribuição das Unidades de Contexto Determinadas para a Categoria Sintomas Emocionais de Mal-Estar Ocupacional

Unidades de Contexto	<i>f</i>
Irritabilidade, perda de paciência com facilidade	62
Sentimento de solidão, tristeza, choro fácil e imotivado	28
Sentimento de exaustão emocional, distanciamento afectivo de clientes e colegas e falta de realização pessoal	27
Mudanças bruscas de humor	14
Perda de confiança, de auto-estima e incapacidade para lidar com as situações	12
Sentimentos de falta de apoio, de perda de esperança e do sentido da vida	8
Sentimento de excesso de responsabilidades.	2
Sentimentos de inveja, ciúme, medo, culpabilidade ou vergonha	2

Distanciamento afectivo	1
Ideação suicida	1
Medo de ficar louco	1
Perda de interesse nas actividades usuais	1
Total	159

No que respeita à categoria *sintomas cognitivos de mal-estar ocupacional*, conforme observamos na tabela 4, a moda desta distribuição situa-se na unidade de contexto *dificuldade de concentração* ($f = 12$), sendo a segunda unidade de contexto mais significativa, os *esquecimentos* ($f = 6$).

Tabela 4

Distribuição das Unidades de Contexto Determinadas para a Categoria Sintomas Cognitivos de Mal-Estar Ocupacional

Unidades de Contexto	<i>f</i>
Dificuldade de concentração	12
Esquecimentos	6
Dificuldades em tomar decisões	5
Sentimento de incapacidade e de inutilidade	5
Sentimento de falta de reconhecimento profissional	5
Maior propensão para a ocorrência de acidentes	4
Dificuldade em interpretar a realidade	2
Pensamento constante sobre um só assunto (ruminação),	2
Hipersensibilidade às situações de vida	1
Total	42

Finalmente no que respeita à categoria *sintomas comportamentais de mal-estar*

ocupacional, conforme podemos verificar na tabela 5, a unidade de contexto que é modal nesta distribuição, é a *agitação, comportamento impulsivo, incapacidade para relaxar* ($f = 30$), sendo a segunda unidade de contexto estatisticamente mais relevante, o *deixar de fazer actividades de lazer* ($f = 22$).

Tabela 5

Distribuição das Unidades de Contexto Determinadas para a Categoria Sintomas Comportamentais de Mal-Estar Ocupacional

Unidades de Contexto	<i>f</i>
Agitação, comportamento impulsivo, incapacidade para relaxar	30
Deixar de fazer actividades de lazer	22
Insónia	15
Dificuldades no relacionamento interpessoal no trabalho e em família	15
Falta de tempo para a família e amigos	14
Sonolência excessiva	6
Absentismo, desleixo, baixo rendimento profissional	6
Isolamento, apatia, aborrecimento constante	6
Problemas sexuais	4
Aumento do consumo de café, álcool, tabaco, tranquilizantes ou outras substâncias	4
Tiques nervosos	2
Acidentes de trabalho ou de viação	2
Comportamentos obsessivos	1
Sensação de desmaio ou náusea sem qualquer causa física	1
Sentimentos de pânico, quando no meio de multidões ou em espaços confinados	1

Mudar frequentemente de posto ou de local de trabalho (turnover)	1
Total	130

Discussão e Conclusões

Como se pode verificar para a determinação dos itens da escala (ISMERT) que este trabalho constitui um estudo prévio, recorreu-se à revisão sistemática de um conjunto de artigos e outras fontes bibliográficas ($n = 21$), correspondentes a 23 autores, bem como à realização de entrevistas por meio da aplicação de um questionário aberto a um conjunto de profissionais de áreas diversas ($n = 32$), que foram tratadas por intermédio da técnica de análise de conteúdo, sendo posteriormente sujeitos ao critério da concordância entre juízes (três).

Dos resultados apurados, optamos por eliminar aquelas unidades de contexto que somente apresentam uma unidade de registo ($f = 1$), escolhendo então para integrar o instrumento que pretendemos construir as restantes unidades de registo, distribuídas pelas categorias previamente determinadas – que são os sintomas de mal-estar ocupacional físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais (Vaz Serra, 1999).

Assim sendo, concluímos que os itens seleccionados para a construção desta escala (ISMERT), agrupados pelas categorias anteriormente mencionadas, são os seguintes:

- Para a categoria *sintomas físicos de mal-estar ocupacional* – dores musculares e de coluna; dores de cabeça; dores de estômago, azia, náuseas ou vômitos; perda de energia e cansaço; palpitações, taquicardia, dor no peito; problemas intestinais; hipertensão arterial/hipotensão arterial; alergias; problemas respiratórios; perda ou aumento de apetite, perda ou ganho súbito de peso; sensação de peso nas pernas e braços; infecções graves/situações tumorais; perturbações da visão; alteração da temperatura corporal, aumento da transpiração, tremores; problemas cardíacos;

doenças endócrinas; alterações menstruais; sensação de mal-estar geral; problemas da pele; tonturas e sensação de desmaio; infertilidade.

- Para a categoria *sintomas emocionais de mal-estar ocupacional* – irritabilidade, perda de paciência com facilidade; sentimento de solidão, tristeza, choro fácil e imotivado; sentimento de exaustão emocional, distanciamento afectivo de clientes e colegas e falta de realização pessoal; mudanças bruscas de humor; perda de confiança, de auto-estima e incapacidade para lidar com as situações; sentimentos de falta de apoio, de perda de esperança e do sentido da vida; sentimento de excesso de responsabilidades; sentimentos de inveja, ciúme, medo, culpabilidade ou vergonha.
- Para a categoria *sintomas cognitivos de mal-estar ocupacional* – dificuldade de concentração; esquecimentos; dificuldades em tomar decisões; sentimento de incapacidade e de inutilidade; sentimento de falta de reconhecimento profissional; maior propensão para a ocorrência de acidentes; dificuldade em interpretar a realidade; pensamento constante sobre um só assunto (ruminação);
- Para a categoria *sintomas comportamentais de mal-estar ocupacional* – agitação, comportamento impulsivo, incapacidade para relaxar; deixar de fazer actividades de lazer; insónia; dificuldades no relacionamento interpessoal no trabalho e em família; falta de tempo para a família e amigos; sonolência excessiva; absentismo, desleixo, baixo rendimento profissional; isolamento, apatia, aborrecimento constante; problemas sexuais; aumento do consumo de café, álcool, tabaco, tranquilizantes ou outras substâncias; tiques nervosos; acidentes de trabalho ou de viação.

De referir ainda, que esta escala será posteriormente analisada em termos da sua validade e fiabilidade, no seguimento de um estudo mais vasto que se encontra em curso, subordinado ao tema do mal-estar em enfermeiros, em que constitui um dos instrumentos a aplicar.

Referências Bibliográficas

- Araújo, T. M., Sena, I. P., Viana, M. A., & M. Araújo, E. (2005). Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição do ensino superior. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29(1): 6-21.
- Ballone, G. J. (2002). *Síndrome de Burnout*. Consultado em 1 de Março de 2004, em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª. Ed.). Lisboa: Edições 70
- Beck, C. L. C., Gonzales, R. M. B., Stekel, L. M. C., et al. (2006). O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. *Escola Anna Nery*, 10(2): 221-227.
- Corrêa, S. A., & Menezes, J. R. M. (2002). Estresse e trabalho. Monografia do Curso de Pós-Graduação em Medicina do Trabalho. Faculdade Estácio de Sá de Santa Catarina. Campo Grande. Consultado em 23 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.fundacentro.sc.gov.br/areas/7.pdf>.
- Figuerola, N. L., et al. (2001). Um Instrumento para a Avaliação de Estressores Psicossociais no Contexto de Emprego. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3): 653-659.
- Fortin, M. F., & Nadeau, M. (2003). A medida em investigação. In Marie-Fabbiene Fortin (org.). *O processo de investigação – da concepção à realização*. (3ª. Ed., pp. 215 – 237). Lisboa: Lusociência.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan M. A. (2004). Systematic review: a resource that allows for the incorporation of evidence into nursing practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 12(3): 549-556.
- Haddad, M. C. L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Revista Espaço para a saúde*, 1 (2), 75-88.

- Hargreaves, G. (2001). *Gerir o stress*. Lisboa: Livros e Livros.
- Jesus, S. N. (1996). *Motivação para a profissão docente*. Coleção Ciências da Educação e Desenvolvimento Humano, 14, Aveiro: Estante Editora.
- Jesus, S. N. (2001). Factores de mal e de bem-estar em profissionais de educação e de saúde. In *Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Manuel Gomes Guerreiro* (pp. 197-206). Faro: Fundação para o desenvolvimento da Universidade do Algarve.
- Lapo, F. R. (s.d.). *Limites e possibilidades para o bem-estar docente na escola contemporânea*. Consultado em 19 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.cori.unicamp.br/foruns/magis/evento10>.
- Mangolin, E. G. M., et al. (2003). Avaliação do nível de stresse emocional na equipa de Enfermagem de Hospitais de Lins/SP. *Saúde em Revista*, 5(10), 21-28.
- Maynat, M. R. (2003). *Salud y trabajo: las tramas del malestar en el hospital público*. Consultado em 26 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.monografias.com/trabajos15/salud-trabajo/salud-trabajo.shtml>.
- Murcho, N. A. C. (2006), *Burnout e absentismo laboral em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro.
- Murta, C. (2002). Magistério e sofrimento psíquico: contribuição para uma leitura psicanalítica da escola. In *Proceedings of the 3. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP*, São Paulo. Consultado em 19 de Fevereiro de 2 de Fevereiro de 2007 em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032001000300031&lng=en&nrm=iso.
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2004). Avaliação da intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 20(1), 39-47.
- Oliveira, E. S. G. (2006). “O mal-estar docente” como fenómeno da modernidade: os

professores no país das maravilhas. *Ciências & Cognição*, 7, 27-41. Consultado em 20 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.cienciasecognicao.org>.

Pacheco, J. E. P., Murcho, N., Pacheco, A. S., & Murcho, A. (2006). Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse. In Isabel Leal, J. L. Pais Ribeiro, & Saul N. de Jesus (Ed.). *6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 727 – 732). Faro: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.

Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de investigação sistemática com e sem metanálise – estrutura, funções e utilização na investigação em Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Resende, M. P. (2003). *Agravos à saúde de auxiliares de Enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Consultado em 23 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/agravos.pdf>.

Salim, R. J., et al. (2006). *Programa anti-estresse em um Hospital Estadual: relato de experiência*. Consultado em 19 de Fevereiro de 2007 em: http://www.premiomariocovas.sp.gov.br/pesquisa2006/Gestao%20de%20Recursos%20Humanos/RH_302.DOC

Santos, P. R. (2001). *Estudo do Processo de Trabalho da Enfermagem em Hemodinâmica : cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. Consultado em 23 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/>

[santosprm.pdf](#).

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J.

A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of work and health psychology*

(pp. 311-346). (s.l.): John Wiley & Sons Ltd.

Souza, A. D., Campos, C. S., Silva, E. C., & Souza, J. O. (2002). *O estresse e o*

trabalho. Consultado em 2 de Fevereiro de 2005 em:

<http://www.fundacentro.sc.gov.br/areas/6.pdf>.

Trucco B., M., Valenzuela A., P., & Trucco H., D. (1999). Estrés ocupacional en

personal de salud. *Revista medica de Chile*, 127(12), 1453-1461.

Ursúa Maria, P., & Toro Laura, B. (2006). Contexto laboral y malestar docente en una

muestra de profesores da secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las*

Organizaciones, 22(1), 45-73.

Varoli, I., & Souza, C. B. (2004). O sofrimento dos que tratam: *burnout* em

profissionais de saúde mental. In J. L. Pais Ribeiro & Isabel Leal (Ed.). 5º.

Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas (pp. 691-697). Lisboa:

Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.

Vila, D. [2007?]. *Las dolencias psicológicas entre el profesorado: la estresante labor*

de enseñar. Consultado em 26 de Fevereiro de 2007 em:

<http://www.map.es/gobierno/muface/p190/educ.htm>.

Villar, R. M. S. (2002). *Produção do conhecimento em Ergonomia na Enfermagem*.

Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de

Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Consultado em

23 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/>

[cd49/8423.pdf](#).

Estudo 2 – Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionados com o Trabalho

(ISMERT): Estudo das Propriedades Psicométricas²

Podemos entender o trabalho como uma actividade que é essencial para o desenvolvimento individual e colectivo das pessoas, comportando um conjunto de valores que lhe são intrínsecos, sendo também o principal meio de aquisição de identidade e status, bem como uma das fontes de satisfação das necessidades humanas básicas, apesar de poder ser um factor de morbilidade, designadamente quando contém factores de risco para a saúde e o trabalhador não dispõe de instrumental suficiente para se proteger desses riscos, o que nos leva a dizer que o trabalho é não só uma fonte de bem-estar como de mal-estar (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

Lapo (s.d., cit. em Murcho, Jesus & Pacheco, 2008) define este mal-estar relacionado com o trabalho como um estado incómodo, de desconforto psicológico, que se repercute no indivíduo manifestando-se por sentimentos de raiva, medo e frustração, por danos à saúde física (sintomas de stress negativo e de burnout), conflitos inter e intrapessoais, e distanciamento físico e psíquico do trabalho.

Por oposição ao conceito de bem-estar no trabalho (BET), de Siqueira e Padovam (2004, cit. em Siqueira, 2008), podemos dizer ainda que o mal-estar no trabalho, é um estado psicológico negativo, presente em indivíduos que se sentem pouco satisfeitos no ambiente de trabalho, pouco envolvidos nas suas tarefas e com uma ligação afectiva pobre à empresa empregadora.

² - Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (no prelo). Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) – estudo das propriedades psicométricas. *Psicologia, saúde & doenças*.

(Artigo aceite para publicação).

De acordo com a literatura consultada, várias têm sido as pesquisas que se têm vindo a realizar com o objectivo de estudar o mal-estar relacionado com o trabalho, e as suas causas e consequências, quer na perspectiva individual como organizacional.

Assim, Novelli e Ramos (2003), ao estudarem um grupo de trabalhadores qualificados da área técnica concluíram que os principais factores de desconforto ocupacional são a pressão por um constante aumento de produtividade, a sobreposição das acções individuais sobre as colectivas, habitualmente associadas a uma maior competitividade entre os empregados, e principalmente a redução do nível de estabilidade e de segurança (perda do poder de compra, o aumento da idade de reforma, desemprego, descontinuidade da organização e a recessão económica).

Outro estudo, realizado por Zaldúa, Lodieu e Koloditzky (2000) com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), encontrou uma pontuação elevada relativamente à repercussão do stresse laboral sobre a saúde física e mental destes profissionais.

No que concerne aos sintomas apresentados, e que estão relacionados com o stresse laboral e com este mal-estar relacionado com o trabalho, estes são variados incluindo frequentemente, designadamente a nível dos profissionais de saúde: irritabilidade, ansiedade, problemas com a memória, pensamentos ruminantes, cansaço e sensação de desgaste físico constante, cefaleias, problemas musculo-esqueléticos, tensão muscular, problemas gástricos (como azia, dores de estômago, gastrite, ulcera ou indisposição gástrica acentuada), palpitações, taquicardia, e hipertensão súbita e passageira (Pacheco & Murcho, 2005; Bontempo, Nascimento & Silva, 2006; Aquino, Monteiro, Absalão, Borba & Monteiro, 2009).

Outros estudos realizados com profissionais de saúde, encontram associações significativas que são positivas entre alterações da saúde mental, com o stresse e o mal-estar relacionado com o trabalho, entre a sobrecarga no trabalho com a ansiedade e a

insónia, a depressão com os sintomas de tipo somático (Canepa, Briones, Pérez, Vera e Juaréz, 2008), e entre este tipo de mal-estar e a ansiedade, a depressão, o stresse, a vulnerabilidade ao stresse, e as dimensões do burnout, exaustão emocional e despersonalização, e que são negativas entre este mal-estar laboral com outra dimensão do burnout, a realização pessoal (Murcho, Jesus e Pacheco, 2009).

De referir ainda que algumas pesquisas encontraram associações entre os problemas de saúde relacionados com o stresse, os factores de mal-estar relacionados com o absentismo laboral e algumas variáveis sociodemográficas, como a idade, o género, o estado civil, as habilitações literárias, a existência de filhos, o tempo de casa ao trabalho, o tipo de serviço onde trabalha, e o tempo de serviço na profissão e no actual serviço (Murcho & Jesus, 2007).

Tendo então em conta os resultados destas investigações, e considerando os instrumentos utilizados nas mesmas, concluímos pela necessidade de desenvolver um instrumento que nos permitisse avaliar a intensidade dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, que denominamos Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

Objectivo: O objectivo do presente estudo é efectuar a análise das propriedades psicométricas do ISMERT, designadamente no que concerne à sua validade e fiabilidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e não experimental, para o qual se utilizou um método de amostragem de conveniência, que está inserido numa investigação mais abrangente (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009).

O universo deste estudo é o dos enfermeiros e a população de referência para construção da amostra é a dos indivíduos deste universo que trabalham no Hospital de Faro, EPE.,

e no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

Participantes.

É uma amostra de conveniência constituída por 499 enfermeiros, dos quais 292 trabalham no Hospital de Faro, EPE, e 207 no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, com as seguintes características:

- Dados sociodemográficos – a média (M) de idades é de 32,99 anos, com um desvio padrão (SD) de 9,32 anos (variando entre os 21 e os 59 anos); e a maioria dos participantes são de género feminino ($n = 399$), e tem como habilitações literárias a licenciatura ($n = 365$);
- Situação familiar – a maioria dos inquiridos refere não ter filhos ($n = 309$); e os dois grupos mais representativos, no que respeita ao estado civil, são respectivamente o daqueles que são casados/juntos ($n = 240$), e o dos que são solteiros ($n = 229$);
- Situação profissional – o tempo médio de exercício profissional é de $M = 9,73$ anos ($SD = 8,97$ anos), variando entre menos de um ano e 37 anos; e o tempo médio de permanência no serviço onde trabalham é de $M = 4,49$ anos ($SD = 4,79$ anos), variando entre menos de um ano e 34 anos; a maioria dos respondentes tem um vínculo contratual permanente ($n = 292$); e refere não ter faltado nenhum dia ao trabalho no último ano ($n = 354$).

Material.

O ISMERT procura avaliar a intensidade dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, e tem quatro dimensões, que são relativas às categorias que identificamos, num estudo prévio por nós realizado com o objectivo de determinarmos os itens para este instrumento, a partir da análise de conteúdo da informação colhida através da revisão sistemática de um conjunto de artigos e outras fontes bibliográficas publicados sobre esta temática, da aplicação de um questionário aberto a profissionais de diversas

áreas, e do critério de concordância entre juízes, onde identificamos 49 itens (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

Categorizamos então estes itens em quatro categorias, de acordo com a tipologia proposta por Vaz Serra (1999, cit. em Murcho, Jesus & Pacheco, 2008), e que correspondem aos seguintes sintomas de mal-estar ocupacional (distribuídos pelas respectivas categorias ou dimensões):

- *Sintomas físicos* – dores musculares e de coluna; dores de cabeça; dores de estômago; azia; náuseas ou vômitos; perda de energia e cansaço; palpitações, taquicardia, dor no peito; problemas intestinais; hipertensão arterial/hipotensão arterial; alergias; problemas respiratórios; perda ou aumento de apetite; perda ou ganho súbito de peso; sensação de peso nas pernas e braços; infecções graves/situações tumorais; perturbações da visão; alteração da temperatura corporal; aumento da transpiração; tremores; problemas cardíacos; doenças endócrinas; alterações menstruais; sensação de mal-estar geral; problemas da pele; tonturas e sensação de desmaio; infertilidade.

- *Sintomas emocionais* – irritabilidade; perda de paciência com facilidade; sentimento de solidão; tristeza; choro fácil e imotivado; sentimento de exaustão emocional; distanciamento afectivo de clientes e colegas e falta de realização pessoal; mudanças bruscas de humor; perda de confiança; de auto-estima e incapacidade para lidar com as situações; sentimentos de falta de apoio; de perda de esperança e do sentido da vida; sentimento de excesso de responsabilidades; sentimentos de inveja; ciúme; medo; culpabilidade ou vergonha.

- *Sintomas cognitivos* – dificuldade de concentração; esquecimentos; dificuldades em tomar decisões; sentimento de incapacidade e de inutilidade; sentimento de falta de reconhecimento profissional; maior propensão para a ocorrência de acidentes; dificuldade em interpretar a realidade; pensamento constante sobre um só assunto

(ruminação).

- *Sintomas comportamentais* – agitação; comportamento impulsivo; incapacidade para relaxar; deixar de fazer actividades de lazer; insónia; dificuldades no relacionamento interpessoal no trabalho e em família; falta de tempo para a família e amigos; sonolência excessiva; absentismo; desleixo; baixo rendimento profissional; isolamento; apatia; aborrecimento constante; problemas sexuais; aumento do consumo de café; álcool; tabaco; tranquilizantes ou outras substâncias; tiques nervosos; acidentes de trabalho ou de viação.

Aplicados os procedimentos psicométricos, o instrumento final ficou com 38 itens, distribuídos por quatro subescalas (correspondendo a quatro factores), que são referentes, respectivamente às seguintes categorias, ou dimensões de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, e que são os seguintes: ISMERT 1 (sintomas físicos), com sete itens; ISMERT 2 (sintomas emocionais), com 14 itens; ISMERT 3 (sintomas cognitivos), com nove itens; e ISMERT 4 (sintomas comportamentais), com oito itens.

De referir ainda que este instrumento é uma medida de auto-resposta e dispõe de um tipo de escolha em forma de escala de Likert, com seis pontos, variando entre 1 (*pouco*) e 6 (*muito*), em que o participante deve responder de acordo com o seu caso de concordância para o seu caso.

Quer no instrumento total, como nas respectivas subescalas, a pontuação é obtida a partir da soma das respostas, e todos os itens das diferentes subescalas têm a mesma direcção.

Procedimento.

Após a construção deste instrumento, fomos realizar o conjunto de procedimentos estatísticos que consideramos adequados para o objectivo deste estudo de modo a aferir quer a fiabilidade como a validade de conteúdo destas escalas, designadamente

recorrendo à análise factorial para o estudo dos dados e para identificarmos a estrutura do ISMERT.

Dos resultados da análise factorial que efectuamos, e considerando a categorização previamente efectuada (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008) fez-se corresponder os factores a estas categorias, tendo-se adoptado como critério de diferenciação, o maior número de itens da respectiva categoria que pertencem ao factor. Assim sendo, a correspondência dos factores às categorias dos sintomas de mal-estar ocupacional, é a seguinte: Factor 1 – sintomas emocionais; Factor 2 – sintomas físicos; Factor 3 – sintomas cognitivos; e Factor 4 – sintomas comportamentais.

Uma vez que estes factores corresponderão a subescalas da ISMERT (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009), e tendo também em conta a ordem da categorização já mencionada anteriormente (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008), então a equivalência factor-subescala será a seguinte: Factor 1 – ISMERT 2 (sintomas emocionais); Factor 2 – ISMERT 1 (sintomas físicos); Factor 3 – ISMERT 3 (sintomas cognitivos); Factor 4 – ISMERT 4 (sintomas comportamentais).

Resultados

Os resultados obtidos levam-nos a dizer que foram cumpridos os critérios de Tinsley e Tinsley (1987, cit. em Jesus, 1995), segundo os quais, o número de sujeitos deve ser de pelo menos cinco vezes o número de itens da medida em estudo, o que significa que estes resultados podem ser generalizados ao universo estudado.

Após análise da correlação (r) item-total, esta escala ficou com 38 itens, que são aqueles em que $r \geq 0,40$, por serem aqueles que consideramos como estatisticamente significativos (Hill & A. Hill, 2002), excluindo-se os itens n.º 18, 19, 21, 28, 29, 34, 35, 39, 41, 43 e 49, por apresentarem correlações item-total inferiores a 0,40 (vide tabela 6):

Tabela 6

Itens do ISMERT e Respectiveos Valores de Correlação Item-Total

Itens	Factores	Correlação item-total
1	Irritabilidade, perda de paciência com facilidade	0,59
2	Dores musculares e de coluna	0,45
3	Dores de Cabeça	0,49
4	Agitação, comportamento impulsivo, incapacidade para relaxar	0,72
5	Sentimento de solidão, tristeza, choro fácil e imotivado	0,62
6	Sentimento de exaustão emocional, distanciamento afectivo de clientes e colegas e falta de realização pessoal	0,68
7	Deixar de fazer actividades de lazer	0,56
8	Dores de estômago, azia, náuseas ou vômitos	0,47
9	Perda de energia e cansaço	0,68
10	Insónia	0,50
11	Dificuldades no relacionamento interpessoal no trabalho e em família	0,64
12	Mudanças bruscas de humor	0,66
13	Falta de tempo para a família e amigos	0,50
14	Palpitações, taquicardia, dor no peito	0,55
15	Perda de confiança, de auto-estima e incapacidade para lidar com as situações	0,69
16	Dificuldade de concentração	0,66
17	Problemas intestinais	0,48
18	Hipertensão arterial/hipotensão arterial	0,33
19	Alergias	0,20

20	Sentimentos de falta de apoio, de perda de esperança e do sentido da vida	0,68
21	Problemas respiratórios	0,38
22	Perda ou aumento de apetite, perda ou ganho súbito de peso	0,53
23	Sensação de peso nas pernas e braços	0,56
24	Esquecimentos	0,60
25	Sonolência excessiva	0,56
26	Absentismo, desleixo, baixo rendimento profissional	0,45
27	Isolamento, apatia, aborrecimento constante	0,67
28	Infecções graves/situações tumorais	0,29
29	Perturbações da visão	0,40
30	Dificuldades em tomar decisões	0,62
31	Sentimento de incapacidade e de inutilidade	0,68
32	Sentimento de falta de reconhecimento profissional	0,53
33	Alteração da temperatura corporal, aumento da transpiração, tremores	0,53
34	Problemas cardíacos	0, 37
35	Doenças Endócrinas	0,28
36	Maior propensão para a ocorrência de acidentes	0,49
37	Problemas sexuais	0,52
38	Aumento do consumo de café, álcool, tabaco, tranquilizantes ou outras substâncias	0,48
39	Alterações menstruais	0,32
40	Sensação de mal-estar geral	0,74
41	Problemas da pele	0,32
42	Tonturas e sensação de desmaio	0,50

43	Infertilidade	0,15
44	Sentimento de excesso de responsabilidades	0,59
45	Sentimentos de inveja, ciúme, medo, culpabilidade ou vergonha	0,60
46	Dificuldade em interpretar a realidade	0,57
47	Pensamento constante sobre um só assunto	0,58
48	Tiques nervosos	0,50
49	Acidentes de trabalho ou de viação	0,33

Seguidamente fomos efectuar a análise factorial dos componentes principais. Uma vez que, como já mencionamos anteriormente, tínhamos determinado previamente quatro categorias, então o método de rotação escolhido foi Varimax forçada a quatro factores com normalização Kaiser.

Contudo, para sabermos se poderíamos utilizar este procedimento com condições mínimas de razoabilidade, começamos por realizar os testes de esfericidade de Barlett (TEB) e o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), tendo obtido os seguintes valores: KMO = 0,95; e um nível de significância (p) associado ao TEB de $p = 0,00$, o que nos levou a considerar que existem condições de utilização deste modelo factorial ($p_{TEB} < 0,05$), classificando-se a análise factorial resultante como muito boa ($0,09 > KMO < 1$) (Pestana & Gageiro, 2008).

Após a análise factorial da ISMERT, verificamos que os quatro factores, que compõem esta escala explicam 51,25% da variância total, embora não se possa dizer que a distribuição por estes factores seja homogénea, dado haver uma maior concentração no primeiro factor (Factor 1 - 38,44%, Factor 2 - 5,48%, Factor 3 - 3,91%, e Factor 4 - 3,43%) (vide tabela 7).

De mencionarmos também que a correspondência das subescalas aos factores determinados, conforme já anteriormente referimos no procedimento, é a seguinte:

ISMERT 2 – Factor 1; ISMERT 1 – Factor 2; ISMERT 3 – Factor 3; ISMERT 4 –
Factor 4.

Tabela 7

Estrutura Factorial da Escala após Rotação Varimax

Itens	Factores			
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
27	0,72	0,08	0,25	0,28
30	0,70	0,10	0,20	0,24
31	0,70	0,06	0,32	0,30
5	0,67	0,33	0,03	0,23
6	0,67	0,32	0,32	0,08
15	0,66	0,31	0,16	0,29
20	0,65	0,17	0,24	0,31
16	0,59	0,41	0,29	0,04
12	0,55	0,28	0,25	0,29
26	0,53	-0,13	0,24	0,26
47	0,52	0,14	0,11	0,44
11	0,51	0,26	0,26	0,29
24	0,49	0,38	0,37	0,00
1	0,48	0,35	0,30	0,12
3	0,10	0,70	0,18	0,10
2	0,12	0,64	0,32	-0,09
14	0,30	0,55	-0,04	0,32
4	0,49	0,53	0,24	0,23
17	0,13	0,50	0,21	0,17

8	0,16	0,44	0,08	0,36
10	0,15	0,39	0,24	0,35
32	0,38	0,12	0,59	0,07
23	0,03	0,48	0,57	0,16
22	0,12	0,14	0,56	0,35
7	0,30	0,21	0,56	0,15
13	0,23	0,17	0,56	0,14
25	0,34	0,21	0,54	0,09
9	0,33	0,50	0,52	0,09
44	0,31	0,20	0,45	0,33
36	0,19	0,06	0,44	0,36
46	0,48	0,04	0,04	0,64
45	0,37	0,12	0,21	0,60
38	0,02	0,12	0,36	0,59
37	0,26	0,07	0,23	0,53
42	0,11	0,46	-0,01	0,51
48	0,34	0,18	0,04	0,51
40	0,37	0,38	0,34	0,46
33	0,29	0,16	0,24	0,43

Tendo em conta que, na perspectiva psicométrica, os instrumentos de avaliação psicológica que consideramos adequados para avaliarem a variável que pretendem medir, são aqueles que apresentam uma consistência interna de $\alpha \geq 0,70$, então os valores que obtivemos para a consistência interna da ISMERT (escala total), como para as respectivas subescalas (ISMERT 1 a ISMERT 4), conforme podemos verificar na seguinte tabela 8, permitem-nos dizer que este instrumento apresenta uma excelente

medida de fiabilidade interna, no que concerne à escala total ($\alpha > 0,9$), e boas medidas de fiabilidade interna das subescalas ($0,8 \geq \alpha \leq 0,9$) (Hill & A. Hill, 2002).

Tabela 8

Valores de Consistência Interna para a Escala Total (ISMERT) e Respectivas Subescalas

	ISMERT	ISMERT 1	ISMERT 2	ISMERT 3	ISMERT 4
Consistência					
interna (α)	0,96	0,88	0,85	0,85	0,85

Finalmente fomos verificar as relações existentes entre as quatro subescalas e destas com a escala total (vide tabela 9), através de correlações de Pearson (r), tendo observado que os níveis de significância (p) apresentados são todos muito significativos ($p \leq 0,01$), e que os níveis de associação são moderados ($0,4 \geq r \leq 0,69$) entre a subescala ISMERT 2 (sintomas emocionais) e ISMERT 3 (sintomas cognitivos), altos ($0,7 \geq r \leq 0,89$) entre as outras subescalas, e entre a subescala ISMERT 2 (sintomas emocionais) com a escala total (ISMERT), e muito altos ($0,9 \geq r \leq 1,0$) entre as restantes subescalas e a ISMERT (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 9

Matriz de Correlações entre a Escala Total e Respectivas Subescalas

Escala/subescalas	ISMERT	ISMERT 1	ISMERT 2	ISMERT 3	ISMERT 4
ISMERT	-	0,92***	0,89***	0,90***	0,93***
ISMERT 1		-	0,72***	0,84***	0,84***
ISMERT 2			-	0,69***	0,76***
ISMERT 3				-	0,80***
ISMERT 4					-

*** $p < 0,001$.

Discussão e Conclusões

Da análise da correlação (r) item-total do instrumento original, que tinha 49 itens, retiramos 11 itens (com valores de $r \leq 0,40$), tendo o instrumento final ficado reduzido a 38 itens, os quais, após a análise factorial dos componentes principais ficaram distribuídos por quatro factores (Factor 1 a Factor 4).

Tendo em conta o trabalho de categorização que efectuamos previamente, quando da construção deste instrumento (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008), fizemos corresponder estes factores às subescalas do ISMERT (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009), sendo esta correspondência a seguinte: Factor 1 – ISMERT 2 (sintomas emocionais); Factor 2 – ISMERT 1 (sintomas físicos); Factor 3 – ISMERT 3 (sintomas cognitivos); Factor 4 – ISMERT 4 (sintomas comportamentais).

Deste modo, os 38 itens deste instrumento apresentam a seguinte distribuição pelas subescalas: ISMERT 1 (sintomas físicos), com sete itens; ISMERT 2 (sintomas emocionais), com 14 itens; ISMERT 3 (sintomas cognitivos), com nove itens; e ISMERT 4 (sintomas comportamentais), com oito itens.

Por outro lado, verificamos que quer a escala total, como as respectivas subescalas, apresentam valores de consistência interna de $\alpha \geq 0,70$, o que nos leva a dizer, de acordo com Hill e A. Hill (2002), que este instrumento apresenta características psicométricas de validade e de fiabilidade que o tornam adequado para avaliar a variável que pretende medir: *Os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho*.

De referir também, que apesar dos valores que encontramos relativamente à correlação das subescalas entre si e com a ISMERT, serem relativamente elevados no que concerne à sua independência ($0,69 \geq r \leq 0,80$), contudo não foram evidenciadas associações atípicas ou contraditórias, podendo dizermos até que a ocorrência de associações significativas e relevantes entre estas subescalas ou dimensões do instrumento em

estudo, são um indicador da congruência entre os resultados encontrados na aplicação prática desta escala e o significado conceptual das diferentes dimensões do mesmo.

Assim sendo, podemos concluir que os resultados deste trabalho confirmam que o ISMERT é válido para avaliar os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, que é a variável que pretende medir.

Contudo, seria importante no futuro, que se realizassem novas avaliações, aplicando-o a outras populações de profissionais de saúde, bem como a outros trabalhadores.

Referências Bibliográficas

Aquino, J. M., Monteiro, E. M. L. M., Absalão, M. A. C., Borba, M. C., & Monteiro, M. A. C. (2009). Prevalência da síndrome de burnout e promoção da saúde mental na equipe de enfermagem. In Associação Brasileira de Enfermagem, Secção Pernambuco. *2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde: anais* [CD]. Recife: Autor. Consultado em 24 de Setembro de 2009:

http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/ficha_catalografica.htm.

Bontempo, D. B., Nascimento, M. P. V., & Silva, F. A. B. (2006). Principais queixas de saúde de profissionais de enfermagem em um Hospital Pública na cidade de Brasília. *Sena Aires – Revista Virtual*. Consultado em 8 de Outubro de 2009 em: <http://www.senaaires.com.br/revistavirtual/artigos/ArtCient/ArtCient5.pdf>.

Canepa, C., Briones, J. L., Pérez, C., Vera, A., & Juaréz, A. (2008). Desequilibrio esfuerzo-recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud en Chile. *Ciencia & Trabajo*, 10(30), 157-160.

Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª. ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Jesus, S. N. (1995). *A motivação para a profissão docente – contributo para a*

clarificação de situações de mal-estar e para a formação de estratégias de formação de professores. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2007). Absentismo laboral e burnout nos enfermeiros. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 321-336). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.

Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2008). Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) – um estudo prévio. *Revista de investigação em Enfermagem*, 17, 27-33.

Murcho, N., Jesus, S. N., & Pacheco, E. (2009). O mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros: um estudo empírico. In S. N. de Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 656 - 672) [CD]. Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.

Novelli, J. G. N., & Ramos, D. (2003). *Trabalhadores em negativo*. Trabalho apresentado no VI SMEAD - Seminários em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade/Universidade de São Paulo. Consultado em 24 de Setembro de 2009 em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/6semead>.

Pacheco, J. E., & Murcho, N. (2005). *Implicações do stresse na saúde dos enfermeiros dos serviços de medicina*. In Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares e Centro de Investigação e Formação Avançada em Psicologia. *Actas das III Jornadas de Psicologia – pessoas e instituições: a gestão de situações difíceis* [CD]. Viseu: Instituto Piaget.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais – a*

complementaridade do SPSS (5.ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Siqueira, M. M. M. (2008). Modelo teórico de bem-estar no trabalho e instrumentos de avaliação. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Ed.). *Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 471-474). Porto: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Zaldúa, G., Lodieu, M. T., & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud: estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del hospital materno-infantil Ramón Sarda*, 19(4), 167-172.

Estudo 3 – Análise Psicométrica dos Instrumentos de Avaliação do Bem-Estar no Trabalho de Siqueira: Um Estudo em Enfermeiros³

Se as condições favoráveis sobre a organização podem desencadear reacções positivas nos seus trabalhadores, então os gestos de cidadania organizacional incluirão variáveis afectivas perante o trabalho desenvolvido e a entidade empregadora, as quais compreendem os sentimentos que emergem no contexto do trabalho, como sejam a satisfação e o envolvimento com o trabalho, e o comprometimento afectivo com a organização, criando-se a possibilidade de se estruturar uma proposta de microanálises do comportamento organizacional (Siqueira, 2003).

Desse modo, e com o objectivo de identificar os componentes psicológicos susceptíveis de possibilitarem o desenvolvimento de condições de bem-estar no trabalho (BET), Siqueira e Padovam (2004, cit. em Siqueira, 2008), elaboraram uma proposta teórica para este mesmo bem-estar, sugerindo que o constructo seria composto por três vínculos afectivos positivos: dois deles dirigidos ao trabalho (satisfação no trabalho e envolvimento no trabalho) e um à organização empregadora (comprometimento organizacional afectivo).

Assim sendo, o BET seria um estado psicológico positivo, presente em indivíduos que se sentem satisfeitos no ambiente de trabalho, envolvidos nas suas tarefas e ligados afectivamente à empresa empregadora, podendo definirmos estas três dimensões da seguinte forma:

- A *satisfação no trabalho* (que é a primeira dimensão do BET) é um vínculo afectivo positivo com o trabalho e os seus componentes específicos são as satisfações que se

³ - Murcho, N., Jesus, S., & Pacheco, E. (2010). Análise psicométrica dos instrumentos de avaliação do bem-estar no trabalho de Siqueira – um estudo em enfermeiros (Resumo). *Psicologia, saúde & doenças*. 11(S1): 80. (Comunicação apresentada no 8.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde).

obtem dos relacionamentos com as chefias e com os colegas de trabalho, aquelas que são originárias do salário pago pela empresa, as que se originam de oportunidades de promoção dadas pelas políticas de gestão das empresas, ou derivadas das próprias carreiras, e da satisfação com as tarefas realizadas (Siqueira, 2008)

- O *envolvimento com o trabalho* é o grau de identificação psicológica da pessoa com o seu trabalho e a importância do mesmo para a auto-imagem (Muchinsky, 2004, cit. em Siqueira, Padovam & Chiuzi, 2007), ou o grau em que o desempenho laboral de uma pessoa afecta a sua auto-estima (Lodahl & Kejner, 1965, cit. em Siqueira, Padovam & Chiuzi, 2007).

- O *comprometimento organizacional afectivo* é a ligação afectiva com uma organização, e inclui experiências positivas que se traduzem em sentimento positivos como sejam o entusiasmo, o orgulho, o contentamento, a confiança, o apego e a dedicação à empresa empregadora (Siqueira, 2008).

A avaliação do modelo tridimensional do BET, proposto por Siqueira e Padovam (2004, cit. em Siqueira, 2008), pode ser realizada por meio de três escalas construídas e validadas no Brasil por Siqueira (1995), e que medem cada uma das dimensões deste constructo, sendo respectivamente, as escalas de envolvimento com o trabalho (EET), de comprometimento organizacional afectivo (ECO) e de satisfação no trabalho (EST), sendo duas delas unifactoriais (EET e ECO), e uma multifactorial (a EST, com cinco factores, relativos à satisfação com colegas de trabalho, com o salário, com a chefia, com a natureza do trabalho e com as promoções).

Destas três escalas, duas delas apresentam duas versões (uma completa e outra reduzida), respectivamente a EST que tem 25 itens na versão completa (com cinco itens para cada factor), cujos valores de consistência interna (α) variam entre $0,82 \geq \alpha \leq 0,92$, e 15 itens na versão reduzida (com três itens para cada factor), cujos valores de

consistência interna variam entre $0,77 \geq \alpha \leq 0,90$, e a ECOA, que tem uma versão completa com 18 itens ($\alpha = 0,95$) e uma versão reduzida com cinco itens ($\alpha = 0,93$). A EET tem uma versão única com cinco itens ($\alpha = 0,78$).

Os resultados de cada escala são obtidos pela soma dos resultados dos itens das respectivas escalas, sendo as pontuações mais elevadas que indicam os melhores níveis em cada escala. Desse modo, para a EST a pontuação varia entre 15 e 105 pontos, para a EET a pontuação varia entre cinco e 35 pontos, e para a ECOA a pontuação varia entre cinco pontos e 25 pontos.

De acordo com a autora destes instrumentos (Siqueira, 1995), a EST e a ECOA medem os mesmos factores, independentemente versão das mesmas (completa ou reduzida).

Por outro lado, Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004) sugerem que as medidas reduzidas são preferíveis às mais longas, dado que a avaliação constitui quase sempre uma sobrecarga.

Considerando que a diminuição dos níveis de BET nos enfermeiros, tendo também em conta a sua proximidade dos seus utentes, mesmo quando comparados com outras profissões da saúde, poderá eventualmente vir a afectar negativamente a qualidade dos cuidados que estes profissionais prestam, coloca-se-nos a necessidade de dispormos de instrumentos adequados para medir este bem-estar, procuramos então analisar as propriedades psicométricas das escalas de Siqueira (1995) neste grupo de trabalhadores.

Objectivo: O objectivo deste estudo é analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos de mensuração do BET de Siqueira (1995), quando aplicados em enfermeiros, nas versões reduzidas EST, e ECOA, e na versão completa da EET.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e não experimental, para o qual se utilizou um método de amostragem de conveniência, que

está inserido numa investigação mais abrangente, relativa à temática do mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009).

Participantes.

É uma amostra de conveniência constituída por 499 enfermeiros, dos quais 292 trabalham no Hospital de Faro, EPE, e 207 no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, sendo 399 de género feminino e 100 de género masculino. Têm uma média (*M*) de idades de 32,99 anos, com um desvio padrão (*SD*) de 9,32 anos (variando entre os 21 e os 59 anos), com um tempo médio de exercício profissional de *M* = 9,73 anos (*SD* = 8,97 anos), que varia entre menos de um ano e 37 anos, e um tempo médio de permanência no serviço onde trabalham de *M* = 4,49 anos (*SD* = 4,79 anos), variando entre menos de um ano e 34 anos.

Material.

Como já referimos, as escalas que nos possibilitam avaliar o BET, de acordo com o modelo tridimensional proposto por Siqueira e Padovam (2004, cit. em Siqueira, 2008), são EST, a EET e a ECOA de Siqueira (1995), e são escalas são auto-administradas pelos respondentes.

A EST, é uma escala multifactorial de tipo Likert, de sete pontos (1 [*totalmente insatisfeito*]; 2 [*muito insatisfeito*]; 3 [*insatisfeito*]; 4 [*indiferente*]; 5 [*satisfeito*]; 6 [*muito satisfeito*]; 7 [*totalmente satisfeito*]), com 15 itens, e que mede a satisfação no trabalho.

Relativamente aos factores desta escala (cada um com três itens nesta versão reduzida), descrevemo-los seguidamente (ordenados do primeiro para o quinto):

- A *satisfação com colegas de trabalho*, que se refere ao contentamento com a amizade, a colaboração, a confiança e o relacionamento para com os colegas de trabalho ($\alpha = 0,81$);

- A *satisfação com o salário*, que se refere ao contentamento com o salário que recebe quando comparado com o quanto o indivíduo trabalha, com sua capacidade profissional, com o custo de vida e com os esforços feitas na realização do trabalho ($\alpha = 0,90$);
- A *satisfação com a chefia*, que se refere ao contentamento com a capacidade profissional e de organização do chefe, com o seu interesse pelo trabalho dos subordinados e entendimento entre eles ($\alpha = 0,84$);
- A *satisfação com a natureza do trabalho*, que se refere ao contentamento com o interesse despertado pelas tarefas, com a sua capacidade para absorver o trabalhador e com a variedade das mesmas ($\alpha = 0,77$);
- A *satisfação com as promoções*, que se refere ao contentamento com o número de vezes que já recebeu promoções, com as garantias oferecidas a quem é promovido, com a maneira da empresa realizar promoções e com o tempo de espera pela promoção ($\alpha = 0,81$).

A EET é uma escala unifactorial de tipo Likert, com sete pontos (1 [*discordo totalmente*]; 2 [*discordo moderadamente*]; 3 [*discordo levemente*]; 4 [*nem concordo nem discordo*]; 5 [*concordo levemente*]; 6 [*concordo moderadamente*]; 7 [*concordo totalmente*]), que mede o envolvimento com o trabalho, e tem cinco itens, apresentando um valor de $\alpha = 0,78$.

A ECOA, é uma escala unifactorial de tipo Likert, com cinco pontos (1 [*nada*]; 2 = [*pouco*]; 3 [*mais ou menos*]; 4 [*muito*]; 5 [*extremamente*]), que mede o compromisso organizacional, e tem cinco itens, apresentando um valor de $\alpha = 0,93$.

Procedimento.

Após a colheita dos dados, realizamos os procedimentos estatísticos que consideramos adequados para o objectivo deste estudo de modo a aferir quer a fiabilidade como a validade de conteúdo destas escalas, designadamente recorrendo à análise factorial para

o estudo dos dados, identificação da estrutura da EST, e verificação do ajustamento da solução factorial, tendo em conta os factores previamente definidos na escala original (Siqueira, 1995), observando-se ainda a consistência interna da ECOA, EET, bem como da EST e dos seus factores (Pais Ribeiro, 1999; Hill & A. Hill, 2002; Pestana & Gageiro, 2008).

De referir que o valor da consistência interna que consideramos adequado para medir as variáveis estudadas pelos instrumentos em análise é de $\alpha \geq 0,70$ (Hill & A. Hill, 2002).

Resultados

Os resultados obtidos levam-nos a dizer que foram cumpridos os critérios de Tinsley e Tinsley (1987, cit. em Jesus, 1995) para cada escala, segundo os quais, o número de sujeitos deve ser de pelo menos cinco vezes o número de itens da medida em estudo, o que significa que estes resultados podem ser generalizados ao universo estudado.

Escala de satisfação no trabalho.

Os resultados que obtivemos pela análise em componentes principais com rotação pelo método Varimax e normalização Kaiser, dado tratar-se de uma escala multifactorial com cinco factores, explicam 77,77 % da variância.

No que concerne à consistência interna, o valor que encontramos para a escala total é de $\alpha = 0,85$, que significa que o instrumento em estudo tem uma boa consistência interna. Relativamente aos restantes valores de consistência interna dos respectivos factores (vide tabela 10), podemos dizer que estão de acordo com os valores apresentados no estudo original de Siqueira (1995), e que à excepção do valor apresentado pelo quinto factor, que tem uma razoável consistência interna ($0,7 \geq \alpha < 0,8$), os restantes apresentam uma consistência interna boa ($0,8 \geq \alpha < 0,9$) ou muito boa ($\alpha \geq 0,9$).

Tabela 10

Resultados da Consistência Interna (A) dos Factores da Escala de Satisfação no Trabalho (EST): Comparação entre os Valores da Escala Original (Siqueira, 1995) e do Estudo Actual para esta Escala

Factor	Valor da consistência interna da EST	
	Estudo original	Estudo actual
1 - Satisfação com a chefia	0,84	0,92
2 - Satisfação com o salário	0,90	0,92
3 – satisfação com colegas de trabalho	0,81	0,82
4 - Satisfação com as promoções	0,81	0,85
5 - Satisfação com a natureza do trabalho	0,77	0,70

Escala de envolvimento com o trabalho.

No que concerne à verificação da sua consistência interna, verificamos que o resultado obtido é $\alpha = 0,87$, que é superior ao valor obtido na escala original ($\alpha = 0,78$), o que nos leva a dizer que são valores que consideramos como razoáveis ($0,7 \geq \alpha < 0,8$) ou bons ($0,8 \geq \alpha < 0,9$).

Escala de comprometimento organizacional afectivo.

Relativamente à sua consistência interna, o valor apurado é de $\alpha = 0,93$, que é idêntico ao obtido para a escala original ($\alpha = 0,93$), e que são valores que consideramos como muito bons ($\alpha \geq 0,9$).

Discussão e Conclusões

A aplicação das versões reduzidas dos instrumentos de medida do conceito de bem-estar no trabalho, de Siqueira e Padovam (2004, cit. em Siqueira, 2008), que são respectivamente as escalas de satisfação no trabalho, de envolvimento com o trabalho e

de comprometimento organizacional afectivo de Siqueira (1995), em enfermeiros portugueses, evidenciou que têm propriedades idênticas à da versão original, com níveis de consistência interna que consideramos adequados para medir as variáveis que pretendem estudar ($\alpha \geq 0,70$, de acordo com Hill & A. Hill, 2002).

Assim podemos dizer que as versões reduzidas dos instrumentos estudados (EST, EET e ECOA) são indicadas para a pesquisa do bem-estar no trabalho em enfermeiros, e que a sua aplicação nesta população em Portugal, que foi o objectivo deste estudo, demonstrou que as mesmas apresentam as condições de validade e fiabilidade adequadas.

Referências Bibliográficas

Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2^a. ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Jesus, S. N. (1995). *A motivação para a profissão docente – contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a formação de estratégias de formação de professores*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Murcho, N., Jesus, S. N., & Pacheco, E. (2009). O mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros: um estudo empírico. In S. N. de Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 656-672) [CD]. Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.

Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pais Ribeiro, J. L.; Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress (EADS) de 21

itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS* (5ª. ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Siqueira, M. M. M. (1995). *Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: a análise de um modelo pós-cognitivo*. Tese de Doutoramento. Universidade de Brasília, Brasília.

Siqueira, M. M. M. (2003). Proposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*. 7(especial), 165-184. Consultado em 26 de Agosto de 2009: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552003000500009&lng=en&nrm=iso.

Siqueira, M. M. M. (2008). Modelo teórico de bem-estar no trabalho e instrumentos de avaliação. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Ed.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 471-474). Porto: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Siqueira, M. M. M., Padovam, V. A. R., & Chiuzi, R. M. (2007). Bem-estar subjectivo e bem-estar no trabalho. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 321-336). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.

Estudo 4 – O Mal-Estar Relacionado com o Trabalho em Enfermeiros: Um Estudo Empírico⁴

O trabalho é uma actividade que é inerente à vida dos seres humanos, sendo também uma necessidade e uma característica indispensável ao seu adequado desenvolvimento individual e colectivo, bem como uma das principais fontes de satisfação das necessidades humanas, podendo estar igualmente na origem de inúmeras doenças, o que nos leva a considerá-lo não somente como um motivo para o bem-estar das pessoas, como também para o seu mal-estar, podendo-se definir este mal-estar relacionado com o trabalho como um estado incómodo, de desconforto psicológico, que se repercute no indivíduo apresentando sentimentos de raiva, medo e frustração, danos na sua saúde física (sintomas de stresse negativo e de burnout), conflitos inter e intrapessoais, e distanciamento físico e psíquico do trabalho (Murcho, Jesus & Pacheco, 2008).

Então, e tendo em conta esta relação entre o mal-estar relacionado com o trabalho, o stresse laboral e o burnout, podemos dizer que os sintomas de um destes problemas serão característicos dos outros (Murcho, 2006; Pacheco & Jesus, 2007; Murcho & Jesus, 2007^a; 2007^b).

Neste sentido, e de forma a melhor os compreendermos, agrupamo-los de acordo com a tipologia proposta por Vaz Serra (1999), em sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho físicos, cognitivos, emocionais e comportamentais, tendo em conta também a metodologia adoptada por Murcho, Jesus e Pacheco (2008), para a construção de um

⁴ - Murcho, N., Jesus, S. N., & Pacheco, E. (2009). O mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros: um estudo empírico. In S. N. de Jesus, I. Leal, & M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (CD – ROM, pp. 656 - 672). Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.
(Artigo publicado, apresentado neste capítulo com ligeiras alterações).

instrumento destinado a avaliar estes sintomas de mal-estar em enfermeiros.

Na literatura consultada, verificamos que existem também outros aspectos que surgem associados ao mal-estar relacionado com o trabalho, os quais, para além dos anteriormente mencionados, são a ansiedade, a depressão, a vulnerabilidade ao stresse, a satisfação ocupacional, e o comprometimento organizacional. De acordo com a revisão bibliográfica que efectuamos, todos eles se encontram relacionados entre si, quer de forma directa, como indirecta, como é o caso da depressão e do burnout (Ahola, et al., 2005, cit. em Vieira, et al., 2006), da ansiedade, do stresse e do burnout (Scaufeli & Buunk, 1996; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Ballone, 2005; Oliveira & Costa, 2006), da vulnerabilidade ao stresse e do stresse propriamente dito (Vaz Serra, 2000; Lippl, 2001), do comprometimento organizacional, do envolvimento, e da satisfação com o trabalho (Siqueira, 1995; 2003; Conceição, et al., 2006), actuando estes últimos como moderadores do mal-estar laboral, na medida em que possibilitam que o trabalhador ao se sentir satisfeito com o seu trabalho se comprometa afectivamente com ele, e com a organização onde trabalha (Siqueira, 1995; 2003; Conceição, et al., 2006).

Tendo em conta estes aspectos, consideramos ser importante aprofundarmos o nosso conhecimento no que concerne ao mal-estar relacionado com o trabalho, neste caso em enfermeiros, por serem aqueles profissionais em que, pela sua proximidade com os doentes/utentes, familiares e envolventes, ou comunidade, os efeitos deste mal-estar poderá mais facilmente influenciar negativamente a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Objectivo: Estudar o mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros.

Metodologia

Participantes.

É uma amostra de conveniência constituída por enfermeiros ($n = 499$) que trabalham no Hospital Central de Faro (58,5%) e no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (41,5%).

Os participantes têm uma idade média de 33 anos, variando ente os 21 e os 59 anos, com um desvio padrão (*SD*) de 9,32 anos, com os tempos médios de exercício profissional de cerca de 10 anos (variando entre menos de um ano e 37 anos, com *SD* = 8,98 anos), e de permanência no serviço onde trabalham de cerca de cinco anos (variando entre menos de um ano e 34 anos, com *SD* = 4,80 anos), e a idade média dos filhos de cerca de 10 anos (variando entre menos de um ano e 30 anos, com *SD* = 7,24 anos), e são constituídos maioritariamente por pessoas de género feminino (80%), casados ou juntos (48,1%), sem filhos (62%), licenciados (73,1%), que residem e trabalham no mesmo concelho (67,7%), demoram menos de 30 minutos de casa ao trabalho (92,4%), sem familiares portadores de deficiência ou doença crónica grave a cargo (96,4%), têm um tipo de vínculo contratual permanente (58,5%), a Enfermagem foi a sua primeira escolha profissional (84,1%), escolheram o serviço onde exercem funções (67,5%), trabalham em serviços com as valências de Medicina Interna, Oncologia ou de Especialidades Médico-cirúrgicas (17,1%), são enfermeiros generalistas (86,9%), não exercendo nenhum cargo de responsabilidade acrescida no serviço (77,8%), não têm duplo emprego (76%), e não referem nenhum dia de falta ao trabalho no último ano (71,4%).

Material.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário auto-preenchido de tipo misto (com perguntas fechadas e abertas de resposta rápida), que na parte que

respeita a este estudo é constituído por um grupo inicial de 20 questões de caracterização sócio demográfica (que correspondem a 48 itens), e por cinco escalas que são as seguintes:

- As Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) de 21 itens, Lovibond, e Lovibond, em 1995, na adaptação portuguesa efectuada por Pais Ribeiro, Honrado, e Leal (2004), que é um instrumento de tipo Likert constituído por três subescalas, respectivamente de ansiedade, de depressão e de stresse, de sete itens cada uma e com quatro pontos de gravidade ou de frequência, que variam entre 0 (*não se aplicou nada a mim*) e 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*);

- O Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse, na versão de 23 itens (23 QVS) de Vaz Serra (2000), que uma escala tipo Likert, com cinco pontos, variando entre 0 (*concordo em absoluto*) a 4 (*discordo em absoluto*) (possuindo sete subescalas, as quais não trabalharemos neste estudo);

- O Inventário de Burnout de Maslach, na adaptação portuguesa para enfermeiros da Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach, e Jackson, em 1981, efectuada por Parreira, e Sousa (2000), que é uma escala constituída por 22 itens e sete pontos numa escala temporal, que variam entre 0 (*nunca*) e 6 (*todos os dias*), e permite a avaliação do burnout experimentado, aqui conceptualizado como variável continua, variando entre o nível baixo, médio, e alto, através da avaliação dos três factores ali considerados – a exaustão emocional (MBI – EM), que significa estar emocionalmente esgotado e exausto com o trabalho; a despersonalização (MBI – DP), que se traduz em respostas impessoais e frieza com os utentes/doentes; e a realização pessoal (MBI – RP), ou seja, sentimentos a nível da competência e sucesso atingidos (Parreira & Sousa, 2000);

- O Inventário de Sintomas de Mal-Estar relacionado com o Trabalho (ISMERT), de Murcho, Jesus, e Pacheco (2008), que é uma escala tipo Likert com 38 itens, com seis

pontos, variando entre 1 (*pouco*) e 6 (*muito*), e quatro subescalas, respectivamente as subescalas de sintomas físicos de mal-estar ocupacional (ISMERT 1), sintomas emocionais de mal-estar ocupacional (ISMERT 2), sintomas cognitivos de mal-estar ocupacional (ISMERT 3), sintomas comportamentais de mal-estar ocupacional (ISMERT 4);

- E as Escala de Comprometimento Organizacional Afectivo (ECOIA), na sua versão reduzida de cinco itens, que é uma escala de tipo Likert, com cinco pontos que variam entre 1 (nada) e 5 (*extremamente*), Escala de Envolvimento com o Trabalho (EET), com cinco itens, e que é uma escala de tipo Likert de sete pontos que variam entre 1 (*discordo totalmente*) e 7 (*concordo totalmente*), e Escala de Satisfação no Trabalho (EST), na sua versão reduzida de 15 itens, que é uma escala de tipo *Likert*, com sete pontos que variam entre 1 (*totalmente insatisfeito*) e 7 (*totalmente satisfeito*) (englobando sete subescalas, que não utilizaremos nesta pesquisa), todas de Siqueira (1995).

Relativamente aos níveis de consistência interna, eles foram considerados adequados para medir as variáveis que pretendiam estudar ($\alpha \geq 0,70$, de acordo com Hill & A. Hill, 2002), quer para as escalas, como para generalidade das respectivas subescalas (excepto para uma situação relativa à subescala DP da MBI, como veremos), apresentando os seguintes valores globais: EADS – $\alpha = 0,916$ (subescala de ansiedade - $\alpha = 0,764$, subescala de depressão - $\alpha = 0,812$, subescala de stresse - $\alpha = 0,849$); 23 QVS – $\alpha = 0,83$; MBI – $\alpha = 0,761$ (subescala de exaustão emocional – $\alpha = 0,888$, subescala de despersonalização – $\alpha = 0,648$, subescala de realização pessoal – $\alpha = 0,780$); ISMERT - $\alpha = 0,955$ (ISMERT 1 - $\alpha = 0,929$, ISMERT 2 - $\alpha = 0,786$, ISMERT 3 - $\alpha = 0,843$, ISMERT 4 - $\alpha = 0,827$); EET – $\alpha = 0,865$; ECOIA – $\alpha = 0,934$; EST – $\alpha = 0,853$ (EST 1 - $\alpha = 0,815$, EST 2 - $\alpha = 0,919$, EST 3 - $\alpha = 0,923$, EST 4 - $\alpha = 0,702$, EST 5 - $\alpha =$

0,852).

De referir que o valor relativamente baixo da subescala de despersonalização, na MBI, é recorrente noutros estudos onde esta mesma escala foi utilizada (Borges, et al., 2002; Pinto, Lima & Silva, 2003; Murcho, 2006; Murcho & Jesus, 2007^a; 2007^b). Contudo, e tal como é mencionado por alguns autores quando se referem a algumas das fragilidades desta escala, “o MBI é o questionário que melhor dá conta do carácter multidimensional do síndrome” (Borges, et al., 2002, 195).

Resultados

No que respeita aos sintomas de mal-estar relacionado com o trabalho, os participantes apresentam uma pontuação média (*M*) de 2,01, com um desvio padrão (*SD*) de 0,74 pontos, a qual se situa abaixo do ponto médio da escala (que é de 3). Da leitura e análise do seguinte tabela 11, verificamos ainda que a maioria dos enfermeiros estudados se situa no grupo dos indivíduos que apresentam um nível de classificação “baixa” para os sintomas de mal-estar relacionado com o trabalho (SMERT), em termos globais (57,72%), bem como para as seguintes dimensões desta variável: *sintomas emocionais* (66,19%); *sintomas cognitivos* (63,39%); e *sintomas comportamentais* (58,59%). Contudo, tal não se verifica para a dimensão *sintomas físicos*, onde a moda desta distribuição se situa no grupo de participantes que apresentam um nível de classificação médio (48,43%), podendo mesmo dizermos que a maioria apresenta um nível de classificação médio-alto (51,77%).

Tabela 11

Classificação dos Sintomas de Mal-Estar Relacionado com o Trabalho (SMERT) e as suas Dimensões, de Acordo com os Valores Apresentados

Variável	Classificação (em %)		
	Baixa	Média	Alta
SMERT – Gerais	57,72	40,88	1,40
SMERT – Físicos	48,23	48,43	3,34
SMERT – Emocionais	66,19	30,51	3,30
SMERT – Cognitivos	63,39	34,94	1,67
SMERT – Comportamentais	58,59	39,75	1,66

Em relação ao burnout, a maioria dos inquiridos na população estudada encontra-se distribuída no nível de classificação baixa para as dimensões exaustão emocional (62,1%) e despersonalização (67,1%), e no nível alta para a dimensão realização pessoal (37,1%), pelo que podemos dizer que nesta população, a maior parte dos enfermeiros apresenta um nível geral baixo de burnout, conforme os critérios que utilizamos (Maslach, & Jackson, 1997; Parreira, & Sousa, 2000; Borges, et al., 2002), sendo importante mencionarmos que o segundo grupo estatisticamente mais significativo, é o dos participantes que se distribuem pelos níveis de classificação alta para a exaustão emocional (20%), média para a despersonalização (20,9%) e baixa para a realização pessoal (32,9%), ou seja, dos enfermeiros que apresentam um nível geral de médio ou alto de burnout (vide tabela 12).

Tabela 12

Distribuição dos Participantes de Acordo com Diferentes Dimensões do Burnout Relativamente aos Valores Apresentados

Dimensão	Classificação (em %)		
	Baixa	Média	Alta
Exaustão emocional	62,1	17,9	20
Despersonalização	67,1	20,9	12
Realização pessoal	32,9	30	37,1

Relativamente às restantes variáveis em estudo, e a partir da leitura e análise do tabela 13, podemos dizer que estas variáveis apresentam valores médios que se situam abaixo dos pontos médios dos instrumentos utilizados para as mensurar, excepto para o comprometimento organizacional afectivo que apresenta um valor superior a esse ponto médio, em 0,82 pontos. Estes valores levam-nos a inferir que apesar dos mesmos serem relativamente baixos, contudo os participantes apresentam alguns níveis de ansiedade, depressão, stresse e vulnerabilidade ao stresse. Por outro lado, e embora o comprometimento organizacional afectivo (COA) seja relativamente elevado, os níveis de envolvimento e de satisfação com o trabalho são baixos, designadamente no que concerne a esta última variável, cujo valor médio é de 10,30 pontos, o que representa 10,82% do valor máximo da escala utilizada (105 pontos).

Tabela 13

Valores Médios, Desvios Padrões e Pontos Médios das Escalas utilizadas, para a Ansiedade, Depressão, Stresse, Vulnerabilidade ao Stresse, Comprometimento Organizacional Afectivo, Envolvimento e Satisfação com o Trabalho

Variáveis	M	SD	Ponto médio da escala
Ansiedade	2,22	2,63	10,5
Depressão	2,76	3,07	10,5
Stresse	4,63	3,52	10,5
Vulnerabilidade ao stresse	35,33	10,01	46
Comprometimento organizacional afectivo	13,32	4,06	12,5
Envolvimento com o trabalho	15,25	6,67	17,5
Satisfação com o trabalho	10,30	2,23	52,5

No que concerne às relações que encontramos entre os sintomas de mal-estar relacionado com o trabalho (SMERT) nos enfermeiros e as outras variáveis em estudo, seleccionamos os itens com valores de $r > 0,3$, tendo em conta o que é sugerido a este respeito por Reckase (1984, cit. em Jesus, 1996), apesar de estas correlações se considerarem moderadas para valores de $r \geq 0,4$ (Pestana e Gageiro, 2000). Tendo então em conta este pressuposto, as correlações que encontramos com associações significativas ($p < 0,05$) e que são relevantes ($r > 0,3$), são as seguintes:

- Os SMERT, no geral (relativamente à escala – ISMERT – total), estão associados ao mal-estar nos últimos 30 dias ($r = 0,608$), à ansiedade ($r = 0,57$), à depressão ($r = 0,588$), ao stresse ($r = 0,605$), à vulnerabilidade ao stresse ($r = 0,471$), ao COA ($r = -0,332$), à satisfação com o trabalho ($r = -0,322$), e com as dimensões do síndrome de burnout, exaustão emocional ($r = 0,651$) e a despersonalização ($r = 0,443$), apresentando todas

as associações valores de $p < 0,001$ (***);

- Os SMERT, na sua dimensão física, estão relacionados com o mal-estar nos últimos 30 dias ($r = 0,582^{***}$), a ansiedade ($r = 0,551^{***}$), a depressão ($r = 0,478^{***}$), o stresse ($r = 0,504^{***}$), a vulnerabilidade ao stresse ($r = 0,393^{***}$), e com as dimensões do burnout, exaustão emocional ($r = 0,572^{***}$) e despersonalização ($r = 0,327^{***}$);
- Os SMERT, na sua dimensão emocional, estão relacionados com o mal-estar nos últimos 30 dias ($r = 0,645^{***}$), a ansiedade ($r = 0,546^{***}$), a depressão ($r = 0,623^{***}$), o stresse ($r = 0,656^{***}$), a vulnerabilidade ao stresse ($r = 0,508^{***}$), com as dimensões do burnout, exaustão emocional ($r = 0,640^{***}$) e a despersonalização ($r = 0,468^{***}$), com o COA ($r = -0,324^{***}$), e com a satisfação com o trabalho ($r = -0,352^{***}$);
- Os SMERT, na sua dimensão cognitiva, estão relacionados com o mal-estar nos últimos 30 dias ($r = 0,472^{***}$), a ansiedade ($r = 0,493^{***}$), a depressão ($r = 0,556^{***}$), o stresse ($r = 0,568^{***}$), a vulnerabilidade ao stresse ($r = 0,487^{***}$), com as dimensões do burnout, exaustão emocional ($r = 0,619^{***}$) e a despersonalização ($r = 0,475^{***}$), com o COA ($r = -0,360^{***}$), e com a satisfação com o trabalho ($r = -0,346^{***}$);
- Os SMERT, na sua dimensão comportamental, estão relacionados com o mal-estar nos últimos 30 dias ($r = 0,466^{***}$), a ansiedade ($r = 0,526^{***}$), a depressão ($r = 0,562^{***}$), o stresse ($r = 0,580^{***}$), a vulnerabilidade ao stresse ($r = 0,422^{***}$), e com as dimensões do burnout, exaustão emocional ($r = 0,595^{***}$) e a despersonalização ($r = 0,412^{***}$).

De referir que não encontramos correlações significativas e que fossem relevantes, entre os SMERT (globais) e as variáveis sociodemográficas, incluindo o absentismo laboral, bem como com o envolvimento com o trabalho, e a dimensão do *burnout*, realização pessoal, o mesmo sucedendo em relação às outras dimensões destes sintomas de mal-estar. Por outro lado, mencionamos também o facto de não termos encontrado correlações significativas e relevantes entre os SMERT nas suas dimensões física, e

comportamental, com o COA e com a satisfação com o trabalho.

No que respeita às correlações significativas e relevantes existentes entre as outras variáveis em estudo, e que fossem importantes para este trabalho tendo em conta os seus objectivos, razão pela qual excluímos desta análise as relações que quer as variáveis sociodemográficas, como as três dimensões do síndrome de burnout (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), estabeleçam entre si mesmas, encontramos as seguintes:

- O mal-estar nos últimos 30 dias está relacionado com a ansiedade ($r = 0,520^{***}$), com a depressão ($r = 0,534^{***}$), com o stresse ($r = 0,580^{***}$), com a vulnerabilidade ao stresse ($r = 0,394^{***}$), com as dimensões do burnout, exaustão emocional ($r = 0,617^{***}$) e despersonalização ($r = 0,301^{***}$), com o COA ($r = -0,342^{***}$), e com a satisfação com o trabalho ($r = -0,386^{***}$);

- A ansiedade está relacionada com a depressão ($r = 0,636^{***}$), com o stresse ($r = 0,687^{***}$), com a vulnerabilidade ao stresse ($r = 0,361^{***}$), e a dimensão do burnout, exaustão emocional ($r = 0,437^{***}$), para além do mal-estar nos últimos 30 dias já mencionado;

- A depressão, para além das relações já mencionadas, relaciona-se ainda com o stresse ($r = 0,724^{***}$), com a vulnerabilidade ao stresse ($r = 0,452^{***}$), com as dimensões do burnout, exaustão emocional ($r = 0,529^{***}$) e despersonalização ($r = 0,408^{***}$), e com a satisfação com o trabalho ($r = -0,337^{***}$);

- O stresse está relacionado com a vulnerabilidade ao stresse ($r = 0,422^{***}$), com as dimensões do burnout, exaustão emocional ($r = 0,537^{***}$) e despersonalização ($r = 0,395^{***}$), e com a satisfação com o trabalho ($r = -0,335^{***}$), para além das variáveis que referimos;

- A vulnerabilidade ao stresse, incluindo as outras relações mencionadas, relaciona-se

ainda com as dimensões do burnout, exaustão emocional ($r = 0,384^{***}$), despersonalização ($r = 0,312^{***}$) e realização pessoal ($r = -0,331^{***}$);

- As dimensões do burnout, exaustão emocional (EE) e despersonalização, relacionam-se com o COA e com a satisfação com o trabalho (ST), sendo os valores das correlações apresentadas com o COA, de $r = -0,397^{***}$ para EE, e de $r = -0,355^{***}$ para a despersonalização, e os valores das correlações apresentadas com ST, de $r = -0,390^{***}$ para a EE, e de $r = -0,313^{***}$, para a despersonalização, incluindo as outras relações a que se fez menção;

- O comprometimento organizacional afectivo, para além das outras relações relatadas, relaciona-se também com o envolvimento com o trabalho ($r = 0,406^{***}$), e com a satisfação com o trabalho ($r = 0,364^{***}$).

Excepto em relação à vulnerabilidade ao stresse, não encontramos uma relação completa entre as outras variáveis e o burnout enquanto um síndrome tridimensional, assim como o envolvimento com o trabalho somente se correlaciona com o comprometimento organizacional afectivo.

De mencionarmos ainda que não encontramos relações relevantes e significativas entre as variáveis sociodemográficas e as restantes variáveis.

Da análise dos resultados das correlações entre os SMERT em geral, bem como das suas dimensões física, emocional, cognitiva e comportamental, verificamos que à excepção das variáveis sociodemográficas, da dimensão do burnout, realização pessoal, e do envolvimento com o trabalho, que todas as outras variáveis em estudo se relacionavam com estas primeiras variáveis.

Por outro lado, também verificamos, das análises dos resultados das correlações das outras variáveis em estudo entre si, que à excepção das variáveis sociodemográficas todas elas se relacionavam umas com as outras.

Desse modo, pensamos que poderá existir um modelo de relacionamento entre estas variáveis, no sentido em que os SMERT, em geral, assim como as suas dimensões, seriam influenciados por elas em conjunto, tendo em conta os resultados das correlações que mencionamos.

Assim sendo, fomos efectuar análises de regressão múltipla, pelo método stepwise, com o objectivo de avaliar as variáveis predictoras dos SMERT, quer em geral, quer nas suas dimensões.

Então, no que respeita aos SMERT, em geral, foram encontradas cinco variáveis predictoras, as quais explicavam 55,4% da variância, e que são as seguintes (de acordo com a ordem de surgimento no modelo): a dimensão do burnout, exaustão emocional; a ansiedade; a vulnerabilidade ao stresse; o stresse; e o COA (vide tabela 14).

De referirmos que o sentido das correlações é positivo para todas à excepção do COA. De mencionarmos ainda que não foram incluídas na análise as variáveis sociodemográficas, o envolvimento com o trabalho, e a dimensão do burnout, realização pessoal por não apresentarem correlações relevantes, e que as variáveis excluídas pelo modelo foram as seguintes: depressão; despersonalização (burnout); e satisfação com o trabalho.

Tabela 14

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT Gerais

Variável dependente	Variáveis independentes	Passos	R²	R² ajust.	F	Beta	t
SMERT gerais	EE (<i>burnout</i>)	1	0,415	0,413	330,670	0,644	26,337***
	Ansiedade	2	0,509	0,507	241,313	0,336	27,311***
	VS	3	0,537	0,534	180,038	0,190	9,739***
	Stresse	4	0,550	0,546	141,940	0,166	9,849***
	COA	5	0,559	0,554	117,385	-0,103	8,641***

Nota. SMERT – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho; EE – Exaustão emocional;

VS – Vulnerabilidade ao stresse; COA – Comprometimento organizacional afectivo.

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Relativamente aos sintomas emocionais de mal-estar relacionado com o trabalho, e conforme podemos observar na tabela 15, foram encontradas cinco variáveis predictoras que explicavam 57,4% da variância, e que são as seguintes (por ordem de surgimento neste modelo): o stresse; a exaustão emocional (*burnout*); a vulnerabilidade ao stresse; a depressão; e a despersonalização (*burnout*). De mencionarmos também que o sentido das correlações é positivo para todas as variáveis, não tendo sido incluídas nesta análise as variáveis sociodemográficas, o envolvimento com o trabalho, e a dimensão do *burnout*, despersonalização por não apresentarem correlações relevantes, e que o modelo excluiu as seguintes variáveis: a ansiedade; o comprometimento organizacional afectivo; e a satisfação com o trabalho.

Tabela 15

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT – Dimensão Emocional

Variável dependente	Variáveis independentes	Passos	R^2	R^2 ajust.	F	$Beta$	t
SMERT – DE	Stresse	1	0,404	0,403	307,674	0,636	23,124***
	EE (<i>burnout</i>)	2	0,527	0,525	252,080	0,412	16,406***
	VS	3	0,564	0,561	194,534	0,218	3,768***
	Depressão	4	0,573	0,569	151,210	0,146	4,442***
	DP (<i>burnout</i>)	5	0,578	0,574	123,453	0,092	4,553***

Nota. SMERT – DE – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho – dimensão emocional; EE – Exaustão emocional; VS – Vulnerabilidade ao stresse; DP – Despersonalização.

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Em relação aos sintomas cognitivos de mal-estar relacionado com o trabalho, e de acordo com o tabela 16, foram encontradas seis variáveis predictoras, as quais explicam 50,9% da variância, e que são, por ordem de surgimento, as seguintes: a exaustão emocional (*burnout*); a vulnerabilidade ao stresse; o stresse; o COA; a ansiedade; e a despersonalização (*burnout*). Referimos ainda que o sentido das correlações é positivo para todas as variáveis, excepto para o COA, em que é negativo, sendo ainda de mencionarmos que não foram incluídas nesta análise as variáveis sociodemográficas, o envolvimento com o trabalho, e a dimensão do *burnout*, despersonalização por não apresentarem correlações relevantes, e que as variáveis excluídas pelo modelo foram a depressão, e a satisfação com o trabalho.

Tabela 16

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT – Dimensão Cognitiva

Variável dependente	Variáveis independentes	Passos	R^2	R^2 ajust.	F	$Beta$	t
SMERT – DCG	EE (<i>burnout</i>)	1	0,371	0,370	265,849	0,609	22,339***
	VS	2	0,447	0,445	181,830	0,302	5,336***
	Stresse	3	0,489	0,485	142,718	0,246	5,841***
	COA	4	0,500	0,496	111,851	-0,118	6,256***
	Ansiedade	5	0,510	0,504	92,692	0,130	6,718***
	DP (<i>burnout</i>)	6	0,516	0,509	79,040	0,101	6,632***

Nota. SMERT – DCG – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho – dimensão cognitiva; EE – Exaustão emocional; VS – Vulnerabilidade ao stresse; DP – Despersonalização; COA – Comprometimento organizacional afectivo.

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

No que concerne aos sintomas físicos de mal-estar relacionados com o trabalho, foram encontradas três variáveis predictoras, que explicam 43,9% da variância, e que são, da primeira para a última, conforme a sua ordem de surgimento no modelo, as seguintes: a exaustão emocional (*burnout*); a ansiedade; e a vulnerabilidade ao stresse (vide tabela 17). Mencionamos também que o sentido das correlações são positivas para todas as variáveis, não tendo sido incluídas nesta análise as variáveis sociodemográficas, o envolvimento com o trabalho, a dimensão do *burnout*, despersonalização, o comprometimento organizacional afectivo, e a satisfação com o trabalho, por não apresentarem correlações relevantes, e que as variáveis excluídas pelo modelo foram a depressão, o stresse, e a dimensão do *burnout*, despersonalização.

Tabela 17

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT – Dimensão Física

Variável dependente	Variáveis independentes	Passos	R²	R² ajust.	F	Beta	t
SMERT DF	EE (<i>burnout</i>)	1	0,319	0,318	217,019	0,565	24,319***
	Ansiedade	2	0,430	0,427	174,103	0,367	25,311***
	VS	3	0,443	0,439	122,202	0,128	10,015***

Nota. SMERT – DF – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho – dimensão física;

EE – Exaustão emocional; VS – Vulnerabilidade ao stresse.

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

No que concerne aos sintomas comportamentais de mal-estar relacionado com o trabalho, encontramos cinco variáveis predictoras, as quais explicam 45,6% da variância, e que são as seguintes (por ordem de surgimento neste modelo): a exaustão emocional (*burnout*); o stresse; a vulnerabilidade ao stresse; a ansiedade; e a depressão (vide tabela 18). De referirmos ainda que o sentido das correlações é positivo para todas as variáveis, não tendo sido incluída nesta análise as variáveis sociodemográficas, o envolvimento com o trabalho, a dimensão do *burnout*, despersonalização, o comprometimento organizacional afectivo, e a satisfação com o trabalho, por não apresentarem correlações relevantes, e que o modelo excluiu a variável despersonalização (*burnout*).

Tabela 18

Análise da Regressão Múltipla, pelo Método Stepwise, da Variável SMERT – Dimensão Comportamental

Variável dependente	Variáveis independentes	Passos	R ²	R ² ajust.	F	Beta	t
SMERT – DCP	EE (burnout)	1	0,334	0,333	234,173	0,578	24,775***
	Stresse	2	0,422	0,420	170,290	0,352	22,806***
	VS	3	0,443	0,439	123,070	0,160	8,776***
	Ansiedade	4	0,457	0,453	97,724	0,166	9,277***
	Depressão	5	0,462	0,456	79,602	0,109	9,539***

Nota. SMERT – DCP – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho – dimensão comportamental; EE – Exaustão emocional; VS – Vulnerabilidade ao stresse.

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$.

Discussão e Conclusões

O presente estudo teve como objectivo estudar o mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros. Nesse sentido, e tendo em conta que este mal-estar é avaliado pelos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (SMERT), desenvolvemos esta pesquisa relacionando estes sintomas com outros factores que são as variáveis sociodemográficas, o *burnout*, ansiedade, depressão, stresse, vulnerabilidade ao stresse, comprometimento organizacional afectivo, envolvimento e satisfação com o trabalho.

Dos resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos utilizados, podemos dizer que os níveis médios para os SMERT (relacionados com a escala total), apesar de serem relativamente baixos, contudo são indicadores da existência de algum mal-estar, o mesmo sucedendo para as suas dimensões de sintomas emocionais, cognitivos e comportamentais de mal-estar relacionados com o trabalho, embora tal não se verifique para a dimensão física deste mal-estar, onde a maior parte dos participantes apresentam

um nível de classificação médio, podendo-se dizer que a maioria apresenta um nível de classificação médio-alto. Para além disso, e relativamente às outras variáveis em estudo, concluímos também que estes participantes apresentam alguns níveis de ansiedade, de depressão, de stresse, e de vulnerabilidade ao stresse, embora baixos, e que apesar do comprometimento organizacional afectivo (COA) ser relativamente elevado, contudo os níveis de envolvimento e de satisfação com o trabalho são reduzidos.

Da análise das correlações entre as variáveis, verificamos que as variáveis sociodemográficas não se correlacionam com as restantes. Para além disso, constatámos que os SMERT, em geral, e as suas dimensões, também não se relacionam com o envolvimento com o trabalho e com a dimensão do burnout, realização pessoal, e que os sintomas físicos e comportamentais de mal-estar relacionados com o trabalho, não estão relacionados com o COA e com a satisfação com o trabalho. Por outro lado, as outras variáveis em estudo (exceptuando as variáveis sociodemográficas por não se correlacionarem com nenhuma) estão relacionadas entre si, apesar do burnout, enquanto um síndrome tridimensional, se relacionar somente parcialmente com todas elas, menos no que respeita à vulnerabilidade ao stresse, onde todas as dimensões deste síndrome apresentam correlações relevantes e significativas, e ao envolvimento com o trabalho o qual apenas tem relação com o COA.

Podemos então dizer, que não existe relação entre os aspectos sociodemográficos, com o mal-estar relacionado com o trabalho, bem como com as outras características psicoemocionais e afectivas estudadas nesta população, e o envolvimento com o trabalho apenas se relaciona indirectamente com as restantes variáveis, através do COA. Para além disso, estes mesmos resultados levam-nos a pensar que os SMERT, em geral, e as suas diferentes dimensões, são influenciados, não isoladamente, mas por um conjunto determinado destas variáveis, configurando um modelo de relacionamento

entre as mesmas. Das análises de regressão múltipla, utilizando o método stepwise, que efectuámos, concluímos o seguinte:

- Os SMERT, em geral, sofrem a influência conjunta da dimensão do burnout, exaustão emocional, da ansiedade, da vulnerabilidade ao stresse, do stresse, e do COA, sendo o sentido das correlações estabelecidas positivo para todas à excepção desta última variável, em que é negativo;

- Os sintomas emocionais de mal-estar relacionados com o trabalho, são influenciados conjuntamente pelo stresse, pelas dimensões do burnout, exaustão emocional e despersonalização, pela vulnerabilidade ao stresse, e pela depressão, sendo o sentido das correlações positivo para todas variáveis;

- Os sintomas cognitivos de mal-estar relacionado com o trabalho, sofrem a influência conjunta do burnout, através das suas dimensões exaustão emocional e despersonalização, da ansiedade, da vulnerabilidade ao stresse, e do COA, sendo o sentido das correlações estabelecidas positivo para todas à excepção desta última variável, em que é negativo;

- Os sintomas físicos de mal-estar relacionados com o trabalho são influenciados conjuntamente pela dimensão do burnout, exaustão emocional, pela ansiedade e pela vulnerabilidade ao stresse, sendo o sentido das correlações positivo para todas as variáveis;

- Os sintomas comportamentais de mal-estar relacionado com o trabalho sofrem influência conjunta da dimensão do burnout, exaustão emocional, do stresse, da vulnerabilidade ao stresse, da ansiedade e da depressão, sendo o sentido das correlações positivo para todas as variáveis.

De referirmos também, que os resultados obtidos com este estudo vêm ao encontro de alguma da literatura consultada, nomeadamente no que concerne ao facto de estas

variáveis não somente poderem estar na origem do mal-estar relacionado com o trabalho, como também de se relacionarem, quer directa como indirectamente, entre si (Siqueira, 1995; Scaufeli & Buunk, 1996; Vaz Serra, 2000; Lippl, 2001; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Siqueira, 2003; Ahola, et al., 2005, cit. em Vieira, et al., 2006; Ballone, 2005; Conceição, et al., 2006; Murcho, 2006; Oliveira & Costa, 2006; Pacheco & Jesus, 2007; Murcho & Jesus, 2007^a; 2007^b).

Finalmente, sugerimos a replicação deste estudo noutros grupos profissionais, no sentido de podermos avaliar se encontramos resultados que sejam idênticos ou aproximados.

Referências Bibliográficas

- Ballone, G. J. (2005). *Depressão e Ansiedade*. Consultado em 18 de Setembro de 2007 em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=58&art=185>
- Borges, et al. (2002). O síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: reflexão e critica*, 15(1), 189-200.
- Conceição, H. M., et al. (2006). A influência do líder nos índices de cidadania organizacional dos colaboradores do setor de lavanderia hospitalar. *Revista Negócios e Tecnologia da Informação [on-line]*, 1(2). Consultado em 21 de Dezembro de 2007 em: <http://rnti.fesppr.br/viewissue.php?id=2>.
- Hill, M. M, & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2^a. Ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Jesus, S. N. (1996). *Motivação para a profissão docente*. Colecção Ciências da Educação e Desenvolvimento Humano, 14, Aveiro: Estante Editora.
- Lippl, M. E. N. (2001). Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Revista Psicologia Clínica*, 28(6): 347-349.

- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(suplemento 1), 65-74.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1997). *MBI, inventario «burnout» de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Murcho, N. A. C. (2006), *Burnout e absentismo laboral em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro.
- Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2007^a). *Burnout e absentismo laboral em enfermeiros. Revista de investigação em Enfermagem*. 15, 56 – 65.
- Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2007^b). Absentismo laboral e *burnout* nos enfermeiros. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 321-336). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2008). Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) – um estudo prévio. *Revista de investigação em Enfermagem*. 17: 27-33.
- Oliveira, C., & Costa, E. S. (2006). Stress e ansiedade em períodos de transição. In Isabel Leal, J. L. Pais Ribeiro & S. N. Jesus (Ed.). *6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 721-726). Faro: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pacheco, J. E. P., & Jesus, S. N. (2007). Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista investigação em enfermagem*, (16), 32-42.
- Pais Ribeiro, J. L.; Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress (EADS) de 21

- itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Parreira, P., & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (2ª. ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pinto, A. M., Lima, M. L., & Silva, A. L. (2003). Stress profissional em professores portugueses: incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). (s.l.): John Wiley & Sons Ltd.
- Siqueira, M. M. M. (1995). *Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: a análise de um modelo pós-cognitivo*. Tese de Doutoramento, Universidade de Brasília, Brasília.
- Siqueira, M. M. M. (2003). Preposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 7, 165-184.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.
- Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 20(4) : 279-308.
- Vieira, I., et al. (2006). Burnout na clínica psiquiatria: relato de um caso. *Revista psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 352-356.

Estudo 5 – A Relação entre a Depressão em Contexto Laboral e o Burnout: um Estudo Empírico com Enfermeiros⁵

Para autores como Delbrouck (2006) o síndrome de burnout, continua a não ser reconhecido como uma entidade nosológica distinta, sendo frequentemente diagnosticado como depressão, designadamente a sua primeira dimensão, que é a exaustão emocional, até porque, estas duas perturbações apresentam sintomas muitas vezes semelhantes, se bem que com causas diferentes, apresentando ainda comorbilidade, o que também pode ser um factor de confundimento entre ambas.

Ainda segundo Delbrouck (2006), apesar de o burnout ser tido, de acordo com alguns especialistas, como uma manifestação laboral da depressão que afecta vários aspectos da vida das pessoas, existem outros estudos em que os resultados encontrados não são compatíveis com esta perspectiva, encontrando diferenças entre ambas as entidades, não só relativamente ao género, como também em relação à profissão, ou áreas de especialização profissional (dentro da mesma profissão).

Esta situação torna-se sobretudo perceptível quando se investigam em simultâneo o burnout e a depressão. Até porque o burnout pode ser entendido como um sinónimo de mal-estar relacionado com o trabalho (Jesus, 1996; 2001). O que pode ter relação com o que é sugerido por Murcho, Jesus, e Pacheco (2008), de que o trabalho, sendo uma actividade inerente às pessoas, é também uma necessidade, uma característica, e uma acção indispensável para o seu desenvolvimento individual e colectivo, comportando

⁵ - Murcho, N., Jesus, S., & Pacheco, E. (2009). A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. *Psicologia, saúde & doenças*, 10(1), 57-68.

(Artigo publicado, apresentado neste capítulo com ligeiras alterações).

um conjunto de valores que lhe são intrínsecos, podendo ser não só uma fonte de bem-estar como também de mal-estar, o qual se manifesta de diversas formas.

Nesse sentido, estudos realizados por estes autores, relativos ao mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros, concluem que os sintomas de mal-estar relacionado com o trabalho, quer em termos globais, quer nas suas diferentes dimensões física, emocional, cognitiva e comportamental, relacionam-se com a depressão e com as dimensões do burnout, exaustão emocional e despersonalização (para além de também se correlacionarem sempre com a ansiedade, o stress e a vulnerabilidade ao stress) (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009).

Podemos então dizer, que o síndrome de burnout apresenta alguns sintomas semelhantes aos quadros depressivos, como sejam os distúrbios do sono, a perda de energia e a fadiga, a perda de interesse nas actividades usuais, a diminuição da auto-estima e da auto-confiança, e o desapontamento e a tristeza, embora também existam diferenças acentuadas entre os dois quadros clínicos, apresentando a depressão como principais sintomas, uma atitude depressiva e dificuldade em retirar prazer das coisas, perda ou ganho de peso, insónia ou hipersónia, agitação ou retardamento psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de insuficiência ou de culpa, indecisão ou dificuldade de concentração, e pensamentos sobre a morte e ideação suicida, enquanto que o burnout apresenta exaustão mental e emocional, despersonalização (que se caracteriza por uma atitude cínica em relação aos outros), e sucesso pessoal reduzido (que tem relação com uma avaliação negativa das competências individuais no trabalho) (Brennkmeijer, VanYperen & Buunk, 2001; Mallar & Capitão, 2004; Varoli & Souza, 2004; Pacheco & Jesus, 2007).

Reime e Steiner (2001, cit. em Trigo, Teng & Hallak, 2007) ao testarem a validade discriminativa do síndrome de burnout em comparação com o transtorno depressivo,

encontraram validade para este síndrome, diferenciando-o da depressão.

A este respeito, Leiter e Durup (1994, cit. em Mallar & Capitão, 2004) assinalam que o burnout é essencialmente um constructo social que surge como consequência das relações interpessoais e organizacionais, enquanto que a depressão é fundamentalmente um conjunto de emoções e cognições que têm consequências sobre essas relações interpessoais.

Também Freudenberg (1987, cit. em Vieira, Ramos, Martins, Bucasio, Benevides-Pereira, Figueira & Jardim, 2006), já mencionava que o estado depressivo presente no burnout seria temporário e orientado para uma situação precisa que é o trabalho, não estando presente o sentimento de culpa característico da depressão, assim como para Maslach, Schaufeli e Leiter (2001, cit. em Vieira, et al., 2006), o burnout afectaria somente o campo profissional, sendo considerado como um diagnóstico de situação de trabalho, enquanto que a depressão atingiria todos os campos da vida do indivíduo, sendo considerada como um síndrome clínico.

Ahola, Honkonen, Isometsä, Kalimo, Nykyri e Aromaa (2005, cit. em Vieira, et al., 2006) mencionam que, apesar da natureza da relação entre o burnout e a depressão não ser bem conhecida, a mesma pode dever-se a antecedentes etiológicos comuns (ligados ao stress crónico ou a factores da personalidade, como os traços neuróticos, entre outros), podendo o *burnout* ser uma fase, ou um precursor no desenvolvimento dos transtornos depressivos, recomendando que quando se lida com populações de trabalhadores se deva aferir a existência tanto de um como do outro problema. Ou seja, podemos dizer que em contexto laboral, os quadros depressivos podem ocorrer como sendo uma das manifestações de burnout (Schaufeli & Buunk, 1996; Ballone, 2002).

Outros autores, como Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis e Kaprinis (2003, cit. em Vieira, et al., 2006), sugerem que o síndrome de burnout e a depressão possam partilhar

várias características qualitativas, especialmente nas formas mais graves deste síndrome, propondo que sejam aplicados os dois diagnósticos em certos casos, tais como: aqueles em que haja maior grau de disfunção no trabalho do que de sintomatologia depressiva; e em que o início da disfunção ocorra antes do início da depressão maior ou a existência de uma atitude negativa em relação à profissão que não possa ser explicada como uma manifestação da depressão. Deste modo, para estes autores ainda, é recomendável que ao se lidar com populações de trabalhadores, sejam aferidos ambos os problemas.

Finalmente os vários estudos que consultamos também vão no sentido de considerarem estes dois constructos como distintos, embora com elementos comuns, encontrando correlações positivas e significativas entre as dimensões da exaustão emocional e da despersonalização no *burnout* com a depressão, embora não tenham encontrado correlações significativas com a dimensão da realização pessoal (Arice, Batista, Morais, Souza & Reis, 2004; Batista, Morais, Carmo, Souza & Cunha, 2005).

Tendo em conta a literatura consultada, consideramos ser pertinente aprofundarmos o estudo da relação existente entre a depressão e o burnout, uma vez que um melhor conhecimento desta questão poderá contribuir para uma maior eficácia das intervenções de prevenção destes problemas em contexto laboral, e concomitantemente para maximizar a qualidade das medidas de promoção de saúde mental e psicológica dos trabalhadores, designadamente dos profissionais de saúde, como é o caso dos enfermeiros.

Objectivo: Efectuamos este estudo com o objectivo de estudarmos a relação existente entre a depressão e o burnout, nas suas três dimensões – a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

Metodologia

Tendo em conta não só o objectivo que definimos para este estudo, como o enquadramento teórico que efectuamos, consideramos que o burnout e a depressão são constructos diferentes, embora inter-relacionados. Assim, fomos procurar determinar quais as relações existentes entre estes dois problemas, designadamente a nível da influência que um pode ter no outro.

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, transversal e não experimental. O método de amostragem utilizado foi de conveniência. O universo deste estudo é o dos enfermeiros e a população de referência para construção da amostra é a dos indivíduos deste universo que trabalham nas unidades hospitalares de maior dimensão do Algarve, respectivamente o Hospital de Faro, e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário auto-preenchido de tipo misto (com perguntas fechadas e abertas de resposta rápida), que na parte que respeita a este estudo é constituído por um grupo inicial de 20 questões de caracterização sócio demográfica (que correspondem a 48 itens) e por duas escalas, com o objectivo de avaliarmos a depressão e o *burnout*.

Participantes.

É uma amostra de conveniência constituída por 499 enfermeiros, dos quais 292 trabalham no Hospital de Faro, e 207 no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, sendo 399 de género feminino e 100 de género masculino.

Os participantes têm uma média (*M*) de idades de 32,99 anos, com um desvio padrão (*SD*) de 9,32 anos (variando entre os 21 e os 59 anos); o tempo médio de exercício profissional é de $M = 9,73$ anos ($SD = 8,97$ anos), variando entre menos de um ano e 37 anos; e o tempo médio de permanência no serviço onde trabalham é de $M = 4,49$ anos ($SD = 4,79$ anos), variando entre menos de um ano e 34 anos. As restantes

Em relação ao burnout, conforme podemos observar na tabela 20, a maioria dos inquiridos na população estudada encontra-se distribuída no nível de classificação *baixa* para as dimensões exaustão emocional (62,1%) e despersonalização (67,1%), e no nível *alta* para a dimensão realização pessoal (37,1%), pelo que podemos dizer que nesta população, a maior parte dos enfermeiros apresenta um nível geral baixo de burnout, conforme os critérios que utilizamos (Maslach & Jackson, 1997; Parreira & Sousa, 2000; Borges, Argolo, Pereira, Machado & Silva, 2002).

É também importante mencionarmos que o segundo grupo estatisticamente mais significativo, é o dos participantes que se distribuem pelos níveis de classificação *alta* para a exaustão emocional (20%), *média* para a despersonalização (20,9%) e *baixa* para a realização pessoal (32,9%), ou seja, dos enfermeiros que apresentam um nível geral médio ou alto de burnout.

Para estimarmos os níveis de depressão (que designamos como elevado, médio e baixo) tivemos em conta uma metodologia similar àquela que utilizamos relativamente ao burnout, que mencionamos anteriormente, a qual se baseia na soma dos scores nos factores e no estabelecimento de intervalos para identificação destes níveis a partir da determinação dos percentis, de modo a obtermos uma classificação tripartida.

Desse modo, podemos dizer que nesta amostra o valor médio que obtemos para a depressão é de $M = 2,76$ pontos ($SD = 3,07$ pontos), que se situa abaixo do ponto médio da escala (que é de 10,5 pontos), encontrando-se a maioria dos inquiridos no nível que consideramos como “baixo” de depressão (91,8%), tendo em conta as pontuações obtidas com a aplicação do instrumento utilizado, embora 8,2% do total destes participantes apresente um nível médio ou elevado de depressão, conforme verificamos pela tabela seguinte (vide tabela 20).

Tabela 20

Distribuição dos Participantes de Acordo com Diferentes Dimensões do Burnout, e Níveis de Depressão, Relativamente aos Valores Apresentados

Variáveis	Classificação (em %)		
	Baixa	Média	Alta
Burnout			
Exaustão emocional	62,1	17,9	20
Despersonalização	67,1	20,9	12
Realização pessoal	32,9	30	37,1
Depressão	91,8	7,6	0,6

Material.

Os instrumentos psicométricos que utilizamos são os seguintes: as Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) de 21 itens, Lovibond, e Lovibond (1995), na adaptação portuguesa efectuada por Pais Ribeiro, Honrado, e Leal (2004), em que trabalhamos especificamente a subescala da depressão; e o Inventário de Burnout de Maslach, na adaptação portuguesa para enfermeiros da Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach, e Jackson (1981), efectuada por Parreira, e Sousa (2000).

No primeiro caso, relativo à EADS, podemos dizer que se trata de uma escala de tipo Lickert, com 21 itens, agrupados em três subescalas, respectivamente de ansiedade, de depressão e de stresse, de sete itens cada uma e com quatro pontos de gravidade ou de frequência, que variam entre 0 (*não se aplicou nada a mim*), e 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*) (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

No segundo caso, relativo à MBI, podemos dizer que se trata de uma escala constituída por 22 itens e sete pontos numa escala temporal, que variam entre 0 (*nunca*) e 6 (*todos*

os dias), e permite a avaliação do burnout experimentado, aqui conceptualizado como variável contínua, variando entre o nível baixo, médio, e alto, através da avaliação dos três factores ali considerados, que são os seguintes: a exaustão emocional, que significa estar emocionalmente esgotado e exausto com o trabalho; a despersonalização, que se traduz em respostas impessoais e frieza com os utentes/doentes; e a realização pessoal, ou seja, sentimentos a nível da competência e sucesso atingidos (Parreira & Sousa, 2000).

Todas as escalas apresentavam níveis de consistência interna (α) considerados adequados para medir as variáveis que pretendiam medir ($\alpha > 0,70$, de acordo com Hill & Hill, 2002), sendo os valores que encontramos nestas escalas, respectivamente de: EADS – $\alpha = 0,916$; MBI – $\alpha = 0,761$.

Relativamente aos valores de consistência interna que verificamos neste estudo para as subescalas destas escalas, no que concerne à EADS, eles são adequados sendo os seguintes: subescala de Ansiedade – $\alpha = 0,764$; subescala de Depressão – $\alpha = 0,812$; e subescala de Stresse – $\alpha = 0,849$.

No que respeita à MBI, os valores de consistência interna das suas subescalas, que também podemos observar nesta pesquisa, e à excepção do valor da subescala de despersonalização, também são adequados, e são os seguintes: subescala de exaustão emocional – $\alpha = 0,888$; subescala de despersonalização – $\alpha = 0,648$; e subescala de realização pessoal – $\alpha = 0,780$.

De referir que o valor relativamente baixo da subescala de despersonalização, na MBI, é recorrente noutros estudos onde esta mesma escala foi utilizada, de que destacamos os trabalhos de Borges, et al. (2002), Pinto, Lima e Silva (2003), e Murcho e Jesus (2007).

Tal como é referido por Borges, et al. (2002), a baixa consistência do factor despersonalização pode estar relacionado com a situação de este factor ser o último a

estabelecer-se no síndrome de burnout. Contudo, e uma vez que a MBI continua a ser a escala que é mais utilizada para medir este síndrome, tal como refere este último autor, iremos utilizá-la neste estudo, até mesmo porque, e não obstante esta fragilidade psicométrica, “o MBI é o questionário que melhor dá conta do carácter multidimensional do síndrome” (Borges, et al., 2002, 195).

Resultados.

Para verificarmos se existem diferenças significativas nas relações de influência que ocorrem entre as variáveis depressão e burnout, fomos realizar diversas análises tipo predictor-critério, através de equações de regressão simples, onde consideramos como medida (variável dependente) o burnout, nas três dimensões (a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal), e como variável predictor a depressão, no sentido de conhecermos a influência que a depressão tem no burnout, assim como procedemos à análise de regressão múltipla, para analisarmos se a depressão é influenciada de igual modo, pelas três dimensões do burnout, considerando também as suas relações.

No que concerne às análises tipo predictor-critério, começamos por analisar a influência existente entre a depressão e a exaustão emocional, e conforme podemos observar no quadro 3, os resultados obtidos demonstram que a relação entre estas variáveis tem um nível de significância muito elevado ($p < 0,001$), apresentando uma associação moderada ($0,4 \geq r \geq 0,69$). Desse modo consideramos existir influência da depressão na exaustão emocional.

Relativamente à relação existente entre a depressão e a despersonalização (vide tabela 21), verificamos que existe um nível de significância muito elevado, com uma associação moderada, pelo que a consideramos como sendo significativa, ou seja, que a depressão influencia a despersonalização.

No que concerne à relação entre a depressão e a realização pessoal, de acordo com a tabela 21, e apesar de esta apresentar um nível de significância também muito elevado, contudo tem uma associação baixa ($r \leq 0,3$) que é negativa, pelo que a consideramos não significativa, inferindo daqui que a realização pessoal não é influenciada pela depressão.

Tabela 21

Coefficientes Beta (β) Estandarizados Obtidos através de Equações de Regressão Simples, Efectuadas entre a Medida (Burnout) e a Depressão

Variável predictora	Medida (burnout)		
	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização Pessoal
Depressão	0,529***	0,408***	- 0,257***

*** $p < 0,001$.

Das análises tipo predictor-critério que efectuamos, no sentido de conhecermos se a depressão influencia o burnout, nas suas três dimensões, podemos dizer que, e apesar termos encontrado uma relação de influência entre a depressão e as duas primeiras dimensões do burnout, a exaustão emocional e a despersonalização, não encontramos uma relação significativa entre a depressão e a realização pessoal (embora seja de se mencionar têm uma significância elevada e que o sentido da relação é negativo), o que nos leva a inferir que a depressão influencia de forma desigual o burnout, relativamente às suas três dimensões, ou seja, não existe uma influência completa entre a primeira e a segunda das variáveis em estudo.

Seguidamente, fomos procurar verificar se a depressão é influenciada de igual modo pelas três dimensões do burnout, considerando também as suas relações, procedemos à análise de regressão múltipla (vide tabela 22).

Conforme verificamos da observação da tabela 22, podemos dizer que as três dimensões do burnout, explicam 31,3% da variabilidade da depressão, e que todas estas dimensões parecem contribuir significativamente para o surgimento de depressão, embora aquela que apresenta maior contribuição relativa para explicar o comportamento da depressão, seja a exaustão emocional ($\beta = 0,426$).

Assim podemos dizer que a depressão é influenciada de igual modo pelas três dimensões do burnout, o que nos leva a inferir que o burnout influencia a depressão.

Tabela 22

Resultados Obtidos nas Equações de Regressão Múltipla, Efectuadas entre a Medida (Depressão) e o Burnout

Variável predictorora	Medida (Depressão)			
	β	t	R^2	F
<i>Burnout</i>			0,313	75,298***
Exaustão Emocional	0,426***	9,280		
Despersonalização	0,129***	2,783		
Realização Pessoal	-0,139**	-3,617		

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Finalmente, quisemos ainda saber qual a associação existente entre as três dimensões do burnout, e entre estas dimensões e a depressão, mediante análise das correlações de Pearson existentes entre elas (vide tabela 23).

Assim, encontramos correlações moderadas entre a depressão e as dimensões do burnout, exaustão emocional ($r = 0,529$, $p < 0,001$) e despersonalização ($r = 0,408$, $p < 0,001$), mas não em relação à realização pessoal ($r = -0,257$, $p < 0,001$), em que a relação é fraca ($r < 0,3$), se bem que do ponto de vista da significância os valores sejam todos muito significativos ($p \leq 0,001$).

Do mesmo modo, podemos constatar que as correlações existentes entre as dimensões do burnout, entre si mesmas, também se comportam do mesmo modo relativamente à realização pessoal, estabelecendo relações moderadas entre a exaustão emocional e a despersonalização ($r = 0,579$, $p < 0,001$), mas não em relação à realização pessoal (em ambos os casos $r < 0,3$), em que a relação existente é fraca, se bem que do ponto de vista da significância os valores continuem a ser todos muito significativos ($p \leq 0,001$).

De referir também que o sentido das relações existentes entre a depressão, a exaustão emocional e a despersonalização com a realização pessoal, é negativo em todos os casos.

Tabela 23

Matriz de Correlações entre a Depressão e as Dimensões do Burnout (Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal)

Variáveis	1	2	3	4
1. Exaustão emocional	-	0,579***	-0,206***	0,529***
2. Despersonalização		-	-0,239***	0,408***
3. Realização pessoal			-	-0,257***
4. Depressão				-

*** $p < 0,001$.

Discussão e Conclusões

Das análises efectuadas, podemos então dizer que a depressão influencia da mesma forma as dimensões do burnout, exaustão emocional e despersonalização, embora não influencie de uma forma representativa a realização pessoal, o que nos leva a inferir que a depressão tem uma influência parcial no burnout. Por outro lado, o burnout parece influenciar a depressão, de uma forma global relativamente às suas três dimensões. Estes resultados estão de acordo com a literatura consultada, designadamente no que

concerne à relação existente entre a depressão e o burnout, nas suas três dimensões, a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, podendo dizermos que estes dois problemas são distintos, apesar de partilharem elementos comuns (Reime & Steiner, 2001, cit. em Trigo, Teng & Hallak, 2007; Arice, Batista, Morais, Souza & Reis, 2004; Batista, Morais, Carmo, Souza & Cunha, 2005; Vieira, et al., 2006).

O facto de o síndrome de burnout, na globalidade das suas três dimensões, influenciar a depressão, leva-nos a sugerir que no contexto laboral os quadros depressivos podem ocorrer como uma manifestação deste síndrome, tal como é mencionado por autores como Schaufeli, e Buunk (1996) ou Ballone (2002). Contudo, o inverso parece não ser evidente, pelo que não podemos dizer que o burnout ocorre como uma manifestação da depressão.

Assim podemos concluir que existe evidência de o síndrome de burnout e a depressão, serem constructos diferentes, apesar de apresentarem elementos comuns, designadamente a nível das duas primeiras dimensões deste síndrome, a exaustão emocional e a despersonalização, sendo essa diferença acentuada principalmente pela dimensão do burnout, realização pessoal.

Finalmente, de referir que apesar de termos cumprido os objectivos que delineamos para este estudo, que é o de investigarmos a relação existente entre a depressão e o burnout nas suas três dimensões, encontramos algumas limitações ao mesmo, as quais, entre outros aspectos, se prendem com o facto de ser uma amostra de conveniência, e de esta investigação incidir somente num grupo profissional, que é o dos enfermeiros. Sugerimos então a possibilidade de se replicar o mesmo estudo com outros grupos profissionais de áreas de trabalho distintas, como médicos, professores, membros de forças de autoridade, bombeiros, e pessoal administrativo, e com outras técnicas de amostragem (probabilísticas), no sentido de nos permitir um melhor conhecimento

sobre a relação existente entre a depressão e o *burnout*, o que pensamos, poderá permitir o desenvolvimento de estratégias de prevenção em meio laboral da ocorrência de ambas as entidades, como da minimização dos seus efeitos, que sejam mais eficazes e adequadas aos diferentes contextos organizacionais.

Referências Bibliográficas

Arice, G., Batista, M. N., Morais, P. R., Souza, F. G., & Reis, M. S. (2004). Correlação entre sintomatologia depressiva e Burnout em um grupo de servidores públicos. *Psicologia argumento*, 22(37), 53-62.

Ballone, G. J. (2002). *Síndrome de Burnout*. Consultado em 1 de Março de 2004 em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>.

Batista, M. N., Morais, P. R., Carmo, N. C., Souza, G. O., & Cunha, A. F. (2005). Avaliação da depressão, síndrome de burnout, e qualidade de vida em bombeiros. *Psicologia argumento*, 23(42), 47-54.

Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. (2002). O síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15(1), 189-200.

Brennkmeijer, V., VanYperen, N.W., & Buunk, B.P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: Is superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.

Delbrouck, M. (2006). Síndromes associadas ou conexas com a exaustão. In M. Delbrouck (Coord.). *Síndrome de exaustão (burnout)* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª. Ed.). Lisboa: Edições Silabo.

Jesus, S. N. (1996). *Motivação para a profissão docente*. Colecção Ciências da

Educação e Desenvolvimento Humano, 14, Aveiro: Estante Editora.

- Jesus, S. N. (2001). Factores de mal e de bem-estar em profissionais de educação e de saúde. In *Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Manuel Gomes Guerreiro* (pp. 197-206). Faro: Fundação para o desenvolvimento da Universidade do Algarve.
- Mallar, S. C., & Capitão, C. G. (2004). Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *PsicoUSF*, 9(1), 19-29.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1997). *MBI, inventario «burnout» de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2007). Absentismo laboral e burnout nos enfermeiros. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 321-336). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2008). Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) – um estudo prévio. *Revista de investigação em Enfermagem*. 17: 27-33.
- Murcho, N., Jesus, S. N., & Pacheco, E. (2009). O mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros: um estudo empírico. In S. N. de Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 656 - 672) [CD]. Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.
- Pacheco, J. E. P., & Jesus, S. N. (2007). Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista investigação em enfermagem*, (16), 32-42.
- Pais Ribeiro, J. L.; Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Parreira, P., & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout. *Revista*

de Investigação em Enfermagem, 1, 17-23.

- Pinto, A. M., Lima, M. L., & Silva, A. L. (2003). Stress profissional em professores portugueses: incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst & C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). (s.l.): John Wiley & Sons, Ltd.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.
- Varoli, I., & Souza, C. B. (2004). O sofrimento dos que tratam: *burnout* em profissionais de saúde mental. In J. L. Pais Ribeiro & Isabel Leal (Ed.). 5º. *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 691-697). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Vieira, I., Ramos, A., Martins, D., Bucasio, E., Benevides-Pereira, A. M., Figueira, I., & Jardim, S. (2006). Burnout na clínica psiquiatria: relato de um caso. *Revista psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 352-356.

Estudo 6 – Estudo dos Factores de Resiliência em Enfermeiros⁶

Ao estudarmos a resiliência, designadamente em contexto laboral, verificamos que os indivíduos mais resilientes são habitualmente aqueles que têm uma maior capacidade de superar as dificuldades, de aceitar as mudanças e de se adequar ao novo. São aqueles que denotam uma maior capacidade para lidar com situações adversas, como sejam os problemas sociais e as pressões do dia-a-dia, da melhor forma possível, buscando tirar proveito, crescer e aprender com tais situações, e frequentemente transformando os obstáculos em degraus para sua subida e atingirem o sucesso. Em síntese podemos dizer que a resiliência é a capacidade que as pessoas têm para melhor se adaptar às mudanças (Grotberg, 2005; Martins, 2005; Cimbalista, 2006; Martins & Jesus, 2007).

As pessoas mais resilientes apresentam frequentemente as seguintes características: baixo absentismo recorrente; capacidade de resistirem à pressão do trabalho diário, a qual se destaca no seio da equipa; habitualmente actuam como elementos moderadores dos conflitos no seio da equipa, seja intervindo como mediadores de conflitos, ou seja pela atitude calma que transmitem aos outros elementos; baixa conflituosidade com os outros elementos da equipa e chefias, bem como com os utentes – denotando uma atitude assertiva nas suas relações interpessoais; e capacidade de resolução de conflitos, que é reconhecida pelos elementos da equipa e chefias (Van Breda, 2001).

Pelo contrário, as pessoas menos resilientes, têm habitualmente características opostas, sendo fracos mediadores de conflitos, e apresentando com mais frequência uma maior propensão para um maior nível de absentismo recorrente, o que está relacionado com

⁶ - Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2010). Estudo dos factores de resiliência em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 10, 55-63.

(Artigo publicado, apresentado com ligeiras alterações neste capítulo).

vários factores, como sejam: uma menor resistência ao stresse; e uma menor capacidade de resistirem à pressão do trabalho diário (Van Breda, 2001).

Alguns autores associam ao conceito de resiliência, directa ou indirectamente, os conceitos de optimismo disposicional, que é uma expectativa geral relativamente estável de que resultados positivos ocorrerão em domínios da vida importantes, com benefícios ao que as pessoas fazem e ao que são capazes de alcançar em momentos de adversidade (Faria, 1999), e de vulnerabilidade ao stresse, que é o risco aumentado de se reagir de uma forma negativa depois de um determinado acontecimento (Vaz Serra, 2000).

Da literatura consultada, apercebemo-nos da escassez de estudos relativos à resiliência em adultos, ao contrário do que sucede nas crianças e jovens.

Então, tendo em conta os aspectos associados aos efeitos do stresse ocupacional, *burnout* e do próprio mal-estar no trabalho em pessoal de Enfermagem, mencionados em diversos estudos, bem como o estudo exploratório prévio que efectuamos (Murcho, Jesus & Pacheco, 2009), decidimos centrar esta pesquisa nos factores de resiliência nestes profissionais, uma vez que pensamos que estes factores poderão ser protectores destes mesmos efeitos.

Objectivo: Estudar os factores de resiliência em enfermeiros.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório de tipo misto, quantitativo e qualitativo, descritivo, transversal e não experimental.

Participantes.

É uma amostra de conveniência constituída por 20 enfermeiros do Hospital de Faro, EPE, que acederam participar no estudo, com as seguintes características: a média (*M*) de idades é de 33,8 anos, com um desvio padrão (*SD*) de 7,43 anos (variando entre os 25 e os 46 anos); a maioria dos participantes são de género feminino ($n = 18$); são

enfermeiros generalistas ($n = 16$), sendo os enfermeiros especialistas o grupo menos representativo ($n = 4$); metade dos inquiridos tem menos de três anos de serviço ($n = 10$), e a restante metade tem mais de três anos; e a maior parte não exerce outros cargos de relevo no serviço onde trabalha ($n = 15$).

Material.

Os instrumentos psicométricos que utilizamos são os seguintes:

- A Life Orientation Test – Revised (LOT – R), de Scheier, Carver e Bridges (1994, adaptado por Faria, 1999), que é uma escala tipo *Likert* com 10 itens e quatro pontos que variam entre 0 (*discordo bastante*) e 4 (*concordo bastante*), e avalia o optimismo disposicional.
- O Measuring State Resilience (MSR) de Hiew (2000, adaptado por Martins, 2005), que é uma escala tipo *Likert* com 14 itens e cinco pontos que variam entre 1 (*discordo totalmente*) e 5 (*concordo totalmente*), e avalia a resiliência-estado, ou seja a intensidade da resiliência no momento da avaliação.
- O Questionário de Vulnerabilidade ao Stresse, na versão de 23 itens (23 QVS) de Vaz Serra (2000), que é uma escala tipo *Likert*, com cinco pontos, variando entre 0 (*concordo em absoluto*) a 4 (*discordo em absoluto*), que avalia a vulnerabilidade ao stresse.

Relativamente aos níveis de consistência interna (α) das escalas utilizadas, eles foram considerados adequados para medir as variáveis que pretendiam estudar ($\alpha \geq 0,70$, de acordo com Hill & A. Hill, 2002, cit. em Murcho, Jesus & Pacheco, 2009), sendo os seus valores respectivamente de: LOT – R – $\alpha = 0,80$; MSR – $\alpha = 0,80$; 23 QVS – $\alpha = 0,86$.

No que concerne à entrevista, utilizamos um guião semi-estruturado, com 12 questões, organizadas em dois grupos, sendo o primeiro grupo constituído por sete questões, que

se destinam a validar alguns aspectos já mencionados em outros estudos a este respeito (Jesus, 2000), e o segundo grupo com cinco questões exploratórias, com a finalidade de possibilitar a identificação de novas categorias (ou factores) relacionados com a problemática em estudo.

As questões são as seguintes: 1 – considera-se bem ou mal sucedido, nas relações que estabelece com utentes/doentes e familiares, colegas e outros profissionais; 2 - como é que explica os sucessos que tem obtido ao longo da sua prática profissional; 3 - como é que explica os insucessos que tem obtido ao nível do seu desempenho profissional; 4 - de que forma superou as suas piores experiências profissionais; 5 - Sente que os objectivos que tinha antes de iniciar a prática profissional foram alcançados; 6 - como é que perspectiva, em termos futuros, a sua motivação para alcançar os resultados que pretende para a sua prática profissional; 7 - como é que a sua motivação profissional poderia ser aumentada; 8 - Quais as estratégias que sugere aos seus colegas, de modo a poderem ultrapassar as dificuldades da sua prática diária; 9 - Que sugestões faria aos responsáveis da organização de forma a permitir uma maior motivação dos seus profissionais; 10 - Quais os factores mais importantes que pensa que contribuem para fazer face às dificuldades e exigências da sua prática profissional; 11 - Quais as estratégias que utiliza para promover o bom ambiente de trabalho dos colegas; 12 - Quais as estratégias que utiliza para promover o bem-estar dos utentes/doentes.

Procedimento.

Os estudos realizados com recurso à entrevista permitem entrar no campo psicológico de cada sujeito entrevistado, sendo um procedimento fundamental como complemento das informações obtidas através da passagem dos instrumentos de resposta fechada (Jesus, 2000).

Nesse sentido utilizamos um guião semi-estruturado, e um questionário com questões

abertas de resposta rápida e com questões fechadas, com o objectivo de colher informação relativa a algumas variáveis, no sentido também de não tornar a entrevista muito longa e poder complementar a informação obtida com a mesma.

Para a construção da amostra, e após obtermos autorização da instituição para a realização do estudo, solicitamos às chefias de Enfermagem que nos indicassem dois enfermeiros das suas equipas, dos quais um que denotasse maior resiliência (baixo absentismo recorrente; capacidade reconhecida de resistir à pressão do trabalho diário; uma maior capacidade de adaptação às dificuldades e à mudança), que denominamos de tipo A; e o outro menos resiliente (um nível mais elevado de absentismo recorrente; denotar uma baixa capacidade de resistência pressão do trabalho diário; e uma menor capacidade de adaptação às dificuldades e à mudança), que denominamos de tipo B.

A partir desta selecção, contactamos individualmente os enfermeiros que nos foram indicados, tendo efectuado as entrevistas com aqueles que estavam disponíveis para as realizar, sendo os questionários preenchidos no início das mesmas. De mencionar também, que foram omitidos aos participantes os critérios que estiveram na base da sua selecção, e que as entrevistas foram individuais e privadas.

Para a análise de conteúdo, recorreu-se à análise temática por categorias (Birdin, 1991), tendo-se utilizado dois tipos de categorias, que são as seguintes: categorias pré-definidas, a partir daquelas que também foram utilizadas por Jesus (2000), no seu estudo relativo à motivação de professores; e categorias que se estabeleceram no final da análise. As categorias que pré-definimos são as que apresentamos seguidamente (Jesus, 2000):

- *Resultados profissionais percebidos (RPP)*, que é o grau em que o profissional considera ter alcançado os resultados pretendidos (percepção da eficácia profissional), e em que as respostas possíveis podem ir de encontro à percepção de sucesso, ou de

fracasso profissional, ou seja, positivas (RPP +) ou negativas (RPP -);

- *Atribuições causais para os sucessos segundo a dimensão estabilidade (ACSDE)*, que são as causas que o profissional apresenta para explicar os resultados positivos que obteve no desempenho da sua profissão (atribuições causais para os sucessos profissionais), sendo mais estáveis quanto permaneçam no decorrer do tempo e tanto mais instáveis quanto ocorram apenas num determinado momento, e em que as respostas possíveis podem ir ao encontro das atribuições estáveis (ACSDE +), ou instáveis para o sucesso (ACSDE -);

- *Atribuições causais para os sucessos segundo a dimensão locus (ACSDL)*, que são as atribuições causais para os sucessos profissionais, sendo tanto mais internas quanto poderem ser localizadas em si próprio, e tanto mais externas quanto se encontrarem localizadas fora de si, e em que as respostas possíveis podem ir ao encontro das atribuições internas (ACSDL +), ou externas para os sucessos (ACSDL -);

- *Atribuições causais para os fracassos segundo a dimensão estabilidade (ACFDE)*, que são as causas que o profissional apresenta para explicar os resultados negativos ou insucessos que obteve no seu desempenho profissional (atribuições causais para os fracassos profissionais), sendo tanto mais estáveis quanto permaneçam no decorrer do tempo e tanto mais instáveis quanto ocorram apenas num determinado momento, e em que as respostas possíveis podem ir ao encontro das atribuições estáveis (ACFDE +), ou instáveis para o fracasso (ACFDE -);

- *Atribuições causais para os fracassos segundo a dimensão locus (ACFDL)*, que são as atribuições causais para os fracassos profissionais, sendo tanto mais internas quanto poderem ser localizadas em si próprio, e tanto mais externas quanto se encontrarem localizadas fora de si, e em que as respostas possíveis podem ir ao encontro das atribuições internas (ACFDL +), ou externas para os fracassos (ACFDL -);

- *Estratégias de coping* (EC), que são as estratégias que o profissional utiliza para superar ou lidar com as situações que lhe provocam mal-estar profissional, distinguindo-se entre aquelas que traduzem o confronto com a situação-problema, no sentido de a resolver e aquelas que revelam o evitamento ou adiamento do confronto com essa situação, o que inclui as estratégias de gestão de sintomas (*e.g.*, fumar mais, praticar desporto, procurar o apoio da família ou dos amigos), e em que as respostas possíveis podem ir ao encontro das estratégias de confronto e/ou de gestão de sintomas positivas (EC +), ou de evitamento e/ou de gestão de sintomas negativas (EC -);
- *Realização profissional* (RP), que é o grau em que a percepção da realidade profissional coincide com as expectativas iniciais, sendo tanto maior quanto mais o trabalhador conseguir alcançar os resultados pretendidos, e tanto menor quanto maior a sua desilusão ou “choque com a realidade”, e em que as respostas possíveis podem ir ao encontro da realização profissional elevada (RP +), ou baixa (RP -);
- *Expectativas de sucesso e de controlo profissional* (ESCP), que é o grau em que o trabalhador antecipa alcançar, com base no seu empenhamento, os resultados pretendidos na sua prática profissional, nomeadamente melhorar a qualidade dessa mesma prática, e em que as respostas possíveis podem ir ao encontro das expectativas profissionais positivas (ESCP +), ou negativas (ESCP -);
- *Motivação intrínseca* (MI), que é o grau em que o trabalhador realiza as suas actividades profissionais como um fim em si mesmo, e não como um meio para alcançar outros resultados extrínsecos à sua actividade, sendo enfatizada a importância de aspectos profissionais centrados no conteúdo da sua própria tarefa e não aspectos extrínsecos às actividades profissionais que realiza, e em que as respostas possíveis podem ir ao encontro da MI elevada (MI +), ou baixa (MI -).

Para a categorização das respostas às questões exploratórias, tivemos em conta para

além da análise de conteúdo, também a literatura consultada, que nos permitiu enquadrar teoricamente estas categorias (Birdin, 1991), e que são as seguintes:

- *Auto-Formação* (AF), que é forma como o profissional detecta, avalia e decide a respeito do perfil de formação que necessita, e onde e como o pode desenvolver, responsabilizando-se por assumir a sua própria formação (Oliveira, 2000; Dujo, 2005).

- *Atitude otimista* (AO), que é o modo como o profissional escolhe as formas concretas que dispõe para ver melhor a realidade e interpretar construtivamente os sucessos e insucessos seus e dos outros, surgindo esta atitude frequentemente associada ao bom humor (Muchotrigo, 2004; Neto & Marujo, 2007).

- *Relacionamento interpessoal* (RI), que é a relação que os profissionais estabelecem com outras pessoas e o valor que lhe atribuem, baseando-se nos processos de representação recíproca que o profissional utiliza no seu encontro com os outros (colegas, superiores, outros profissionais, ou clientes), e que está associada à comunicação, à gestão de conflitos, ao bom ambiente de trabalho, à partilha de situações, e ao ser capaz de pedir de ajuda (Gui, 2002; Goffman, 1985, cit. em Pinho & Santos, 2007).

- *Atributos positivos de carácter* (APC), que são as qualidades positivas do aspecto da personalidade que é responsável pela forma individual e constante de agir peculiar a cada indivíduo, como sejam, a honestidade, a sinceridade, a frontalidade, a humildade, a frugalidade, a responsabilidade, etc., e que o profissional assinala como sendo importantes relativamente a si próprio, aos colegas e superiores, e na relação com os seus clientes.

- *Estratégias de ajustamento psicológico* (EAP), que são as estratégias de natureza emocional e subjectiva que o profissional utiliza para encontrar o equilíbrio entre os afectos negativos e positivos que ocorrem perante uma dada situação, e têm uma

natureza, apresentando como indicadores o bem-estar subjectivo e o bem-estar psicológico (Queroz & Neri, 2005; Diener, 2000, cit. em Kohlsdorf & Costa Júnior, 2008).

- *Apoio e valorização (AV)*, que são os aspectos que o profissional alude, em termos de necessidades de dar ou de receber ajuda, apoio ou defesa, e de reconhecimento das capacidades e do mérito, quer em relação a si próprio, como aos seus colegas, superiores, outros profissionais, e clientes, traduzindo-se na interajuda, no apoio, na valorização, no reforço positivo, no reconhecimento do mérito, na promoção do conforto, no esclarecimento de duvidas, na personalização dos cuidados, etc.

- *Controlo e organização (CO)*, que são os aspectos relacionados com a adopção de comportamentos mais normalizados, e coordenados dentro da própria organização onde trabalha, que o profissional indica como sendo mais importantes para si, como sejam a melhoria das condições de trabalho, os estilos de gestão mais directivos, ou os incentivos económicos.

- *Gestão participativa (GP)*, que são os aspectos relacionados com adopção de um estilo de gestão em que todos são chamados a participar no processo de tomada de decisão (associado a um tipo de liderança democrático), que o profissional indica como sendo mais importantes para si, como sejam a criação de espaços para discussão na equipa, a abertura ao diálogo pelas chefias, etc.

- *Organização da vida pessoal e familiar (OVPF)*, que são os factores relacionados com a valorização da organização da vida pessoal e familiar, que o profissional assinala como sendo importantes para si, ou para os colegas, superiores e outros profissionais, traduzindo-se na separação entre a vida profissional e a vida familiar, o ter um círculo de amigos fora do contexto profissional, em ter apoio familiar, ou em ter momentos de lazer.

De referir também que a análise de conteúdo das entrevistas e a sua respectiva categorização, foram sujeitas à apreciação de dois juízes, ambos docentes da Universidade do Algarve, tendo-se obtido consenso relativamente às mesmas.

Resultados

Em relação aos valores apresentados pelas escalas em estudo, verificamos que apesar dos valores médios para a amostra total ($n = 20$) se situarem acima da média das escalas para o OD e para a RE, e abaixo da média para a VS, contudo existem diferenças entre os participantes de tipo A e os participantes de tipo B, apresentando os primeiros valores médios mais elevados para as variáveis OD e RE, e valores médios menos elevados na variável VS, verificando-se o contrário para os segundos (vide tabela 24).

Tabela 24

Valores Apresentados pelas Escalas em Estudo Relativamente ao Total de Participantes e à sua Tipologia

Variáveis	Tipo de participante	N	Min.	Max.	M	SD
Optimismo disposicional						
	A	10	14	18	16,10	1,20
	B	10	7	18	12,50	3,81
	Total da amostra	20	7	18	14,30	3,31
Resiliência-estado						
	A	10	59	70	64,00	3,62
	B	10	54	60	57,20	2,47
	Total da amostra	20	54	70	60,60	4,62

Vulnerabilidade ao stresse

A	10	19	33	27,40	4,90
B	10	8	48	35,30	11,87
Total da amostra	20	8	48	31,35	9,72

No que respeita à distribuição dos inquiridos relativamente à sua tipologia pelas categorias previamente determinadas, conforme podemos observar na tabela 25, para os indivíduos de tipo A a distribuição é bimodal ($n = 10$), situando-se naqueles em que as suas respostas vão de encontro à RPP +, e também nos que apresentam respostas que vão de encontro às ACSDL +.

De referir que para os participantes de tipo B, a moda da distribuição ($n = 10$), também se situa esta última variável (ACS DL +).

Tabela 25

Frequência (f) das Respostas Relativas às Categorias Previamente Determinadas, em Relação à Tipologia dos Participantes

Categoria	Tipo de participante			
	A		B	
	(+)	(-)	(+)	(-)
Resultados profissionais percebidos	10		8	2
Atribuições causais para os sucessos segundo a dimensão estabilidade	7	3	9	1
Atribuições causais para os sucessos segundo a dimensão <i>locus</i>	10		10	
Atribuições causais para os fracassos segundo a dimensão estabilidade	2	8	4	1
Atribuições causais para os fracassos segundo a dimensão <i>locus</i>	5	5	6	4

Estratégias de <i>coping</i>	8	2	9	1
Realização profissional	7	3	8	2
Expectativas de sucesso e de controlo profissional	5	5	6	4
Motivação Intrínseca	8	2	9	1

Relativamente às questões exploratórias, de acordo com a tabela 26, para os indivíduos de tipo A, a moda desta distribuição ($f = 25$) situa-se nas respostas que assinalam o RI, sendo o segundo grupo mais significativo ($f = 17$), as respostas que assinalam a AO, enquanto que para os indivíduos de tipo B, a moda desta distribuição ($f = 35$), situa-se nas respostas que assinalam o AV, seguidos das respostas ($f = 26$) que assinalam o CO.

Tabela 26

Frequência (f) das Respostas Relativas às Categorias Determinadas a partir das Questões Exploratórias, em Relação à Tipologia dos Participantes

Categoria	Tipo de participante	
	A	B
Apoio e valorização	14	35
Atitude optimista	17	8
Atributos positivos de carácter	14	20
Auto-Formação	3	5
Controlo e organização	7	26
Estratégias de ajustamento psicológico	5	7
Gestão participativa	4	22
Organização da vida pessoal e familiar	2	3
Relacionamento interpessoal	25	19

No que concerne às relações que encontramos entre as variáveis medidas pelas escalas utilizadas (LOT-R, MSR e 23 QVS), verificamos que o OD e a RE apresentam associações negativas e moderadas ($0,4 \geq r \leq 0,69$) com a VS (vide tabela 27).

Tabela 27

Matriz de Correlações entre as Variáveis Medidas pelas Escalas Utilizadas

Variáveis	OD	RE	VS
Optimismo disposicional (OD)	-	0,32	-0,54*
Resiliência-estado (RE)		-	-0,67**
Vulnerabilidade ao stresse (VS)			-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

No que respeita às correlações estatisticamente significativas e relevantes para este estudo, que encontramos entre as categorias determinadas nas entrevistas, e o OD, a RE e a VS, conforme a seguinte tabela 28, verificamos que todas as associações são altas ($0,7 \geq r \leq 0,89$) e negativas para a OD e RE, e positivas para a VS, correlacionando-se a RE com todas as categorias apresentadas, nas questões 2, 4, e 7 a 12, exceptuando a OVPF, relativa à questão 10, enquanto que a OD se correlaciona com o RI na questão (Q) 8, com a GP na Q 9, e com a OVPF na Q 10, e a VS com o RI na Q 8, com o CO e com a GP na Q 9, com o RI na Q 8, na Q 10 e na Q 12.

Tabela 28

Correlações Significativas e Relevantes entre o Optimismo Disposicional (OP), a Resiliência-Estado (RE) e a Vulnerabilidade ao Stresse (VE), e as Categorias Determinadas nas Entrevistas

Questão n.º	Variáveis	OD	RE	VS
2	Atribuições estáveis para o sucesso		-0,77***	
2	Atribuições internas para o sucesso		-0,81***	
4	Estratégias de confronto e/ou de gestão de sintomas positivas		-0,87***	
7	Motivação interna elevada		-0,81***	
8	Relacionamento interpessoal	-0,85**	-0,84*	0,84*
8	Atributos positivos de carácter		-0,89*	
9	Apoio e valorização		-0,87***	
9	Controlo e organização		-0,80*	0,80*
9	Gestão participativa	-0,89*	-0,88*	0,88*
10	Relacionamento interpessoal		-0,86***	0,71**
10	Estratégias de ajustamento psicológico		-0,87*	
10	Organização da vida pessoal e familiar	-0,89*		
11	Relacionamento interpessoal		-0,77**	
11	Atributos positivos de carácter		-0,83*	
11	Apoio e valorização		-0,86***	
12	Atitude optimista		-0,78*	
12	Relacionamento interpessoal		-0,85**	0,85**
12	Atributos positivos de carácter		-0,85**	
12	Apoio e valorização		-0,79**	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Discussão e Conclusões.

De acordo com os resultados do presente estudo, podemos observar diferenças entre os participantes considerados como mais resilientes (tipo A) e os menos resilientes (tipo B) relativamente aos valores médios dos instrumentos utilizados, o que nos leva a dizer que os indivíduos de tipo A são também os mais otimistas e resilientes, e os que são menos vulneráveis ao stresse, quando comparados com os indivíduos de tipo B, o que está de acordo com a tipologia efectuada previamente, e que vem ao encontro da tendência observada nas escalas utilizadas no sentido em que nesta amostra, a um aumento dos níveis de resiliência-estado e do optimismo disposicional, corresponde uma diminuição da vulnerabilidade ao stresse.

Por outro lado, verificamos que as categorias mais assinaladas pelos participantes de tipo A, são a percepção de sucesso profissional, o relacionamento interpessoal e a atitude optimista, enquanto que para o participantes de tipo B, são o apoio e a valorização e o controlo e a organização, sendo que em ambos os casos, as atribuições internas para os sucessos segundo a dimensão *locus*, são também das mais assinaladas, o que nos leva a dizer que os dois tipos de participantes atribuem a si próprios as causas dos seus sucessos profissionais.

No que concerne às correlações significativas e relevantes que encontramos entre as variáveis medidas pelas escalas utilizadas, e as categorias que determinamos para este estudo, observamos uma tendência para que os participantes com maior optimismo disposicional sejam os indivíduos de tipo A que assinalam mais a gestão participativa, o relacionamento interpessoal e a organização da vida pessoal e familiar, respectivamente no que respeita à gestão do próprio serviço, às sugestões que dão aos colegas para enfrentar as dificuldades do dia a dia profissional e às estratégias pessoais para enfrentar estas mesmas dificuldades.

Por outro lado, os participantes com maior nível de resiliência são os indivíduos de tipo A que assinalam mais as atribuições internas e estáveis para o seu sucesso profissional; a motivação interna elevada no que respeita à motivação; o relacionamento interpessoal, as estratégias de confronto e/ou de gestão de sintomas e as estratégias de ajustamento psicológico, como estratégias para enfrentar dificuldades próprias; o relacionamento interpessoal e os atributos positivos de carácter como estratégias sugeridas para os colegas ultrapassarem as suas dificuldades; o relacionamento interpessoal, os atributos positivos de carácter, e o apoio e a valorização para promover o bom ambiente de trabalho e o bem-estar dos doentes; a atitude optimista para promover o bem-estar dos doentes; o controlo e a organização, a gestão participativa e o apoio e a valorização na gestão dos serviços.

Finalmente encontramos uma tendência para que os participantes com maior vulnerabilidade ao stresse sejam os indivíduos de tipo B que mais assinalam o relacionamento interpessoal como estratégia sugerida para os colegas ultrapassarem as suas dificuldades, e para promover o bem-estar dos doentes, e ainda como factor de resistência às dificuldades e exigências da sua prática profissional; e o controlo e organização e a gestão participativa na gestão dos serviços.

Podemos então concluir, que existem factores que permitem diferenciar os indivíduos mais resilientes dos menos resilientes, e que no caso dos participantes do primeiro grupo, tendo em conta quer a análise das frequências das categorias, como das correlações que estas estabelecem com o optimismo disposicional, a resiliência-estado e a vulnerabilidade ao stresse, aqueles que parecem ter um peso quantitativo mais importante, são designadamente o relacionamento interpessoal, os atributos positivos de carácter, o apoio e valorização, a atitude optimista, a percepção de sucesso profissional, as atribuições internas e estáveis para o seu sucesso profissional, as estratégias de

confronto e/ou de gestão de sintomas, a motivação interna elevada, as estratégias de ajustamento psicológico e a organização da vida pessoal e familiar, o que de certo modo vem de encontro à literatura consultada (Van Breda, 2001; Grotberg, 2005; Martins, 2005; Cimbalista, 2006; Martins & Jesus, 2007).

De mencionarmos também, que apesar de não encontrarmos relação entre o optimismo disposicional e a resiliência, verificamos que ambos se associam de forma inversa com a vulnerabilidade ao stresse, e que os participantes mais resilientes são também os mais optimistas e menos vulneráveis ao stresse, o que também concorda com alguns dos autores pesquisados (Faria, 1999; Vaz Serra, 2000; Martins, 2005; Martins & Jesus, 2007).

Contudo, e apesar de termos cumprido os objectivos que nos propusemos para esta pesquisa, é importante ressalvarmos que existem algumas limitações, as quais decorrem do facto de ser um estudo com características qualitativas, assim como da dimensão e do tipo de amostra, o que não permite generalizar as conclusões à população estudada – os enfermeiros. Por esse motivo, sugerimos a realização de outros estudos, com outro desenho de investigação, designadamente de tipo quantitativo, com outro tipo de amostragem e/ou dimensão, e também com outros grupos socioprofissionais, para termos uma compreensão mais generalizada dos aspectos relacionados com os factores de resiliência em adultos, designadamente em contexto laboral.

Referências Bibliográficas

Birdin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Cimbalista, S. (2006). *Reflexões sobre o trabalho e a subjetividade de trabalhadores resilientes sob o sistema de produção flexível*. *Revista da FAE*, 9(2), 13-28.

Consultado em 10 de Julho de 2008 em: http://www.fae.edu/publicacoes/revista.asp#9_2.

- Dujo, A. G. (2005). Auto-formação: a competência chave do século XXI. In A. M. Martins, C. P. de Sousa, & L. A. Pardal (Org.). *Congresso Internacional Educação e Trabalho – Representações Sociais, Competências e Trajectórias Profissionais* (pp. 11-12). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Faria, M. C. (1999). Teste de orientação de vida (optimismo disposicional) – LOT-R. In A. Soares, S. Araujo & S. Caires (Org.). *Avaliação psicológica – formas e contexto* (pp. 180-188). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses - APPORT.
- Grotberg, E. (2005). Novas Tendências em Resiliência. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Org.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp.15-22). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gui, R. T. (2002). Prazer e sofrimento no trabalho: representações sociais de profissionais de recursos humanos. *Psicologia: ciência e profissão*, 22(4), 86-93.
- Jesus, S. N. (2000). *Motivação e formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Kohlsdorf, M, & Costa Junior A. L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 417-429.
- Martins, H. M., & Jesus, S. N. (2007). Factores de resiliência e bem-estar: compreender e actuar para resistir. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 85-114). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Martins, M. H. V. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco – resiliência e desenvolvimento*. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro.
- Muchotrigo, M. P. G. (2004). Niveles de optimismo en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima. *Liberabit. Revista de Psicología*, 10, 96-106.

- Murcho, N., Jesus, S. N., & Pacheco, E. (2009). O mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros: um estudo empírico. In S. N. de Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 656 - 672) [CD]. Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.
- Neto, L. M., & Marujo, H. A. (2007). Propostas estratégicas da psicologia positiva para a prevenção e regulação do stress. *Análise Psicológica*, 4(XXV): 585-593
- Oliveira, L. (2001). Formação continua e mudança dos professores. *Educação & Comunicação*, 5, 77-90.
- Pinho, L. B., & Santos, S. M. A. (2007). O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitare Enfermagem*, 12(3), 377-85.
- Queroz, N. C., & Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: reflexão e crítica*, 18(2), 292-299.
- Van Breda, A. D. (2001). *Resilience theory: a literature review*. Military Psychological Institute - Social Work Research & Development, South African Military Health Service, Pretoria. Consultado em 14 de Julho de 2008 em: http://www.vanbreda.org/adrian/resilience/resilience_theory_review.pdf.
- Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 20(4) : 279-308.

Estudo 7 – Avaliação da Aplicação de um Programa de Promoção do Bem-Estar no Trabalho para Enfermeiros⁷

Para a Organização Mundial do Trabalho, o stress ocupacional é entendido como uma doença que coloca em perigo as economias industriais ou em vias de desenvolvimento, uma vez que prejudica a produção, ao afectar a saúde física e mental dos trabalhadores (Zaldívar Pérez, 2005).

No caso das organizações da saúde, este stress é considerado como uma das principais fontes de mal-estar profissional, que frequentemente leva ao surgimento de doenças, absentismo laboral, turnover, burnout, e concomitantemente, a uma degradação do clima organizacional com repercussões negativas a nível da produtividade e da qualidade dos serviços prestados (Plana, Fabregat & Gassió, 2002; Jacques, 2003).

De acordo com a literatura consultada, no grupo dos profissionais de saúde, o trabalho dos enfermeiros é considerado como aquele que é mais stressor para os seus profissionais (Vaz Serra, 1999; Gatti, Leão, Silva & Puggina, 2004), tendo até sido descrita pela Health Education Authority (1988, cit. em Pafaro & De Martino, 2004) como a quarta profissão mais stressante do sector público.

Neste sentido, os estudos realizados com enfermeiros parecem confirmar estes aspectos, como por exemplo os trabalhos efectuados por Pacheco e Murcho (2005) e por Murcho e Jesus (2007), cujos resultados apontam respectivamente, no caso do primeiro, para a

⁷ - Murcho, N., Pacheco, E., & Jesus, S. N. (2009). *Avaliação da aplicação de um programa de promoção de bem-estar no trabalho para enfermeiros*. In S. N. de Jesus, I. Leal, & M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (CD – ROM, pp. 389 – 397). Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.

(Artigo publicado, apresentado com ligeiras alterações neste capítulo).

existência de níveis de stresse elevados e de níveis de ansiedade próximos de valores patológicos, tendo ainda sido identificadas correlações positivas entre a intensidade do stresse global e alguns sintomas que são o cansaço, as alergias, o nervosismo, a tristeza, a irritabilidade e o esquecimento, e no caso do segundo, para a importância dos factores individuais a nível do burnout e do absentismo laboral.

Embora existam várias razões para esta situação, uma delas é indubitavelmente o facto de a Enfermagem ser, dentro do grupo das profissões de ajuda, aquela cujos profissionais têm uma maior proximidade junto dos seus utentes, a qual, de acordo com Caplan (1954), pode ser espacial, temporal, social e psicológica.

Esta própria natureza do trabalho dos enfermeiros, leva a que passem por situações de stresse intenso, provenientes em grande parte da atenção e dos cuidados que têm de prestar continuamente aos doentes, seguidos de conflitos de equipa, sobrecarga de trabalho, falta de autonomia, conflitos de autoridade e de carga física, para além de estarem sujeitos a que surjam distúrbios decorrentes do trabalho por turnos, que não são somente as mudanças dos ritmos biológicos, mas também uma dessincronização da vida familiar e social, acabando por interferir não só no seu desempenho profissional como também na qualidade dos cuidados que prestam (Koller, Kundi, Haider, Cervinka & Friza, 1990; Ferreira, 1999; Vaz Serra, 1999; Souza, Campos, Silva & J. O. Souza, 2002).

Assim, e partindo destes pressupostos é necessário que se planeiem intervenções visando a aquisição de competências de gestão do stresse junto destes profissionais.

Deste modo, desenvolvemos e aplicámos este programa, tendo em conta, que dada as situações de relativa carência com que a maioria das organizações da saúde se debatem, designadamente no que concerne ao pessoal de Enfermagem, o mesmo teria que se adequar às dinâmicas próprias destas equipas e não constituir mais um factor de pressão,

ao diminuir o número de elementos disponível para a prestação de cuidados para poderem frequentar o programa.

Objectivo: Apresentar os resultados e conclusões da aplicação de um programa de promoção do bem-estar no trabalho para enfermeiros.

Objectivos do programa de promoção do bem-estar no trabalho para enfermeiros.

- Facilitar a aquisição de competências que possibilitem uma vivência equilibrada de afectos e de sentimentos negativos;
- Facilitar a emergência de estados cognitivos e emocionais positivos;
- Contribuir para uma melhor qualidade de vida global, para uma melhor saúde física e mental, para um maior envolvimento no trabalho e para um melhor relacionamento interpessoal.

Organização do programa

As estratégias de intervenção a nível da gestão do stresse podem ser de âmbito individual, ou de âmbito organizacional. Do ponto de vista individual, passam pela adopção de medidas como o reforço do auto-controlo associado a medidas de coping eficazes (e.g., o calmar da critica interior, exercícios de respiração, etc.), assim como pelo uso de estratégias da Psicologia Positiva, de modo a alterar a percepção que o indivíduo tem de si e das situações que o envolvem (Hargreaves, 2001; Harris, 2003; Ogden, 2004).

Do ponto de vista organizacional, estas medidas passam essencialmente por dois níveis de intervenção, sendo um de *cariz curativo*, que assenta na análise dos sintomas de stresse, e no diagnóstico e posterior actuação nas fontes que são percebidas como indutoras de stresse, e o outro de *cariz preventivo*, que assenta essencialmente na gestão de políticas de Recursos Humanos que minimizem o stresse e os efeitos negativos que este origina na eficácia organizacional (Câmara, Guerra & Rodrigues, 1999).

Assim, no planeamento das actividades respeitantes a este programa tivemos em conta, não somente os aspectos teóricos e conceptuais anteriormente mencionados, bem como os modelos preconizados por Jesus (2004; 2005) e por Jesus, Mosquera e Stobaus (2005), conjugados com o *ciclo proximal de controlo* de Jackson (1983, cit. em International Labour Organization, 2002).

De referirmos ainda que este programa de promoção do bem-estar no trabalho para enfermeiros vem no seguimento de outros trabalhos já apresentados pelos autores (Murcho & Jesus, 2008)

Plano das sessões.

Este programa foi desenhado para ter um total de 14 horas de formação, divididas em duas sessões de sete horas cada, de modo a provocar a menor perturbação possível na organização dos serviços onde trabalham o seus destinatários, principalmente pelo facto de estes serviços se confrontarem actualmente com uma situação de grande carência de recursos humanos, pelo que a realização de acções de formação que impliquem retirar da prática enfermeiros dos serviços onde exercem funções, por períodos prolongados, tem um efeito potenciador do stresse em toda a equipa de Enfermagem, por agravar a situação de escassez destes recursos, podendo vir a ter um impacto negativo na própria qualidade dos cuidados prestados.

Para avaliarmos os resultados deste programa, efectuamos a mensuração de algumas variáveis relacionadas com o bem-estar laboral, no início e no fim do mesmo, sendo de referir a este respeito ainda, que não perspectivamos uma avaliação de impacto no médio prazo, uma vez que, tendo em conta o elevado turnover que as organizações de saúde apresentam, designadamente no que concerne às equipas de Enfermagem, corríamos o risco de não conseguirmos encontrar novamente os mesmos participantes deste programa, o que inviabilizaria esta avaliação.

1ª. Sessão:

- Pré-avaliação;
- O stresse e o burnout: alguns conceitos e definições;
- Identificação dos sintomas ou indicadores de stresse e análise das situações potencialmente stressantes, identificação dos riscos associados, do tipo de danos que poderão causar, assim como dos possíveis mecanismos destes riscos;
- Identificação das possíveis formas de resolução de problemas, e das estratégias de coping que podem utilizar;
- Diferenças individuais na vulnerabilidade ao stresse;
- Identificação e reflexão relativa às competências de resiliência;
- Identificação das crenças irracionais, e reflexão sobre as crenças mais adequadas relativas si mesmo e à sua prática profissional;
- Identificação e reflexão relativa às competências de gestão das atribuições, de expectativas, e do valor de objectivos profissionais, que visem uma maior adequabilidade do funcionamento cognitivo-emocional;
- Identificação e reflexão relativa às competências de gestão do tempo;
- Identificação e reflexão relativa às competências de trabalho em equipa;
- Identificação e reflexão relativa às competências de assertividade;

2ª. Sessão:

- Desenvolvimento de competências na gestão dos sintomas físicos associados ao stresse em Enfermagem (exercícios de respiração, posturais e de relaxamento);
- Pós-avaliação.

Metodologia.

Tendo em conta os objectivos deste programa, procurámos avaliar qual a situação dos participantes no início e no fim deste programa no que concerne ao seu bem-estar, a

partir da análise de um conjunto de variáveis que pensamos que nos permitiriam caracterizar o mesmo nas duas situações, e que são o mal-estar nos últimos 30 dias, a motivação intrínseca, as expectativas de auto-eficácia, os comportamentos assertivos, a ansiedade e o stresse (estado).

Participantes.

Neste programa de promoção do bem-estar para enfermeiros, participaram 29 formandos ($n = 29$), separados em dois grupos de formação, conforme as instituições onde foi aplicado, e que são o Hospital Central de Faro (10 participantes) e o Instituto da Droga e da Toxicoddependência (19 participantes).

Relativamente ao total dos formandos, três dos participantes são de género masculino, e 26 de género feminino, tendo uma idade média (M) de 40,79 anos ($DP = 7,461$), e um tempo médio de exercício profissional de 16,57 anos ($DP = 7,618$).

Material.

Como instrumentos de avaliação, foi utilizado um questionário auto-dirigido, com perguntas abertas de resposta rápida e perguntas fechadas, num total de oito questões com 39 itens, agrupadas em duas partes, uma primeira relativa a questões sociodemográficas, e a segunda relativa à aplicação das seguintes escalas de avaliação psicométrica:

- O Instrumento de Medida de Variáveis Cognitivo-Motivacionais (IMVCM) de Jesus (1996) adaptado por Gaspar (2006), constituída por três subescalas tipo Likert, as quais medem o mal-estar nos últimos 30 dias (com um item, e seis pontos, que variam entre *pouco* e *muito*, respectivamente de 1 a 6), a motivação intrínseca (com quatro itens), e as expectativas de auto-eficácia (com seis itens), ambas com sete pontos, que variam entre *discordo totalmente* e *concordo totalmente*;

- A Escala de Comportamentos Assertivos do Enfermeiro de Amaro (2005) adaptada

por Gaspar (2006), e que é uma escala tipo Likert, com seis itens e seis pontos, que variam de *nunca* até *sempre*;

- As subescalas de ansiedade e de stresse, da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) de Lovibond e Lovibond (1995), na adaptação portuguesa de Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004), que é uma escala tipo Likert, com sete itens em cada subescala e três pontos, que variam entre 0 (*não se aplicou nada a mim*) e 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*).

De referir que todos estes instrumentos se encontram aferidos e validados para a população portuguesa (Pais Ribeiro, Honrado e Leal, 2004; Gaspar, 2006).

Resultados

Calculamos a diferença entre as médias obtidas no início e no final do programa, ao nível das diversas variáveis em estudo, bem como a significância das diferenças entre as médias (M), através do teste t para amostras emparelhadas (vide tabela 29), tendo-se verificado uma diminuição significativa do mal-estar percebido nos últimos 30 dias, antes (M_1) e após o programa (M_2).

Tabela 29

Médias Obtidas na Avaliação das Diversas Variáveis nos Dois Momentos, e Diferenças Entre o Início e o Final do Programa

Variáveis	Avaliação		Avaliação		Diferença
	Pré-formação		Post-formação		
	M_1	DP	M_2	DP	
Mal-estar nos últimos 30 dias	3,21	1,23	2,52	1,18	-0,70*
Motivação intrínseca	5,29	1,21	5,42	1,14	0,13
Expectativas de auto-eficácia	5,25	0,79	5,27	0,82	0,02

Assertividade	6,21	0,61	6,02	0,91	-0,19
Ansiedade	0,28	0,32	0,20	0,31	-0,07
Stresse	0,65	0,44	0,67	0,49	0,02

* - $p < 0,05$.

Relativamente às outras variáveis (a motivação intrínseca, as expectativas de auto-eficácia, a assertividade, a ansiedade e o stresse), apesar de registarem alterações, contudo as mesmas não são relevantes no que concerne à sua significância.

Discussão e Conclusões

Conforme podemos verificar dos resultados apresentados, apesar de não se verificarem alterações significativas na maioria das variáveis avaliadas (a motivação intrínseca, as expectativas de auto-eficácia, a assertividade, a ansiedade, e o stresse), situação que pensamos poder estar relacionada com o facto de estas variáveis apresentarem valores médios, que se situam dentro dos valores considerados adequados para as escalas utilizadas, nas duas avaliações, excepto para o mal-estar nos últimos 30 dias, o qual tinha um valor que podemos considerar mais elevado, na primeira avaliação, por estar acima do primeiro terço da escala (3,21 pontos), para uma escala de seis pontos (de 1 [*pouco mal-estar*], a 6 [*muito mal-estar*]).

Assim, podemos concluir que este programa foi benéfico para os enfermeiros participantes, designadamente no que concerne à melhoria do seu bem-estar.

Pensamos ainda vir a replicar o mesmo programa (com as necessárias adaptações), com outros grupos profissionais, da área da saúde ou não, como as forças de autoridade, no sentido de avaliarmos a sua eficácia também nestes grupos.

Referências Bibliográficas

- Câmara, P. B., Guerra, P. B., & Rodrigues, J. V. (1999). *Humanator – Recursos Humanos e sucesso empresarial*. 3ª. ed. Lisboa, Publicações D. Quixote.
- Caplan, G. (1954). The nurse's role in the mental health of the maternity and childhood. *Nursing Outlook*, 2 (1) (tradução da Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa).
- Ferreira, A. X. (1999). A Enfermagem, uma profissão exposta a diversos factores de risco. *Nursing*, 12(139), 38-40.
- Gaspar, D. B. P. (2006). *Motivação para a profissão médica no internato médico de Medicina Geral e Familiar*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Gatti, M. F. Z., Leão, E. R., Silva, M. J. P., & Puggina, A. C. G. (2004). Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipa de enfermagem. *Enfermeria global*, 5. Consultado em 22 de Janeiro de: <http://www.um.es/eglobal>.
- Hargreaves, G. (2001). *Gerir o stress*. Lisboa, Livros e Livros.
- Harris, C. (2003). *Minimize o stresse, maximize o sucesso*. Lisboa, Plátano Editora.
- International Labour Organisation (2002). *Work-related stress in nurse*. Consultado em 13 de Junho em: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/nursing.htm>.
- Jacques, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97-116.
- Jesus, S. N. (2004). Gestão do Stresse: formulação e aplicação dum curso de formação. *Revista Educação*, 29(1). Consultada em 19 de Dezembro de 2006 em Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação:

www.ufsm.br/ce/revista/revce/2004/01/a1.htm.

Jesus, S., (2005). Curso para gestão do stresse de profissionais de saúde. *IberPsicología*, 10.2.15. Consultado em 19 de Dezembro de 2006 em Actas do II Congresso Hispano-Português de Psicologia: <http://fs-morente.filos.ucm.es/Publicaciones/Iberpsicologia/lisboa/jesus/jesus.htm>.

Jesus, S., Mosquera, J., & Stobaus, C. (2005). *Impacto da formação continua no bem-estar dos professores*. Consultado em 24 de Maio de 2005 em: <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/lisboa/jesus2/jesus2.htm>.

Koller, M., Kundi, M., Haider, M., Cervinka, & R.Friza, H. (1990). Changements survenus en cinq ans dans la vie familiale, la satisfaction et la santé de travailleurs postés. *Le Travail Humain*, 53(2), 153-174.

Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2007). *Burnout e absentismo laboral em enfermeiros*. *Revista de investigação em Enfermagem*, 15, 56 – 65.

Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2008). Programa de promoção do bem-estar no trabalho para enfermeiros (Resumo). *Psicologia, saúde & doenças*, 9(S1): 111.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. 2ª. ed. Lisboa, Climepsi Editores.

Pacheco, J. E., & Murcho, N. (2005). *Implicações do stresse na saúde dos enfermeiros dos serviços de medicina*. In Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares e Centro de Investigação e Formação Avançada em Psicologia. *Actas das III Jornadas de Psicologia – pessoas e instituições: a gestão de situações difíceis*. [CD-Room] Viseu: Instituto Piaget.

Pafaro, R. C., & De Martino, M. M. F. (2004). Estudo do stresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 152-160.

Pais Ribeiro, J. L.; Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da

adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.

Plana, A. P., Fabregat, A. A., & Gassió, J. B. (2002). El síndrome de burnout y las estrategias de enfrentamiento: un modelo estructural de relaciones. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 18(1), 57-74.

Souza, A. D., Campos, C. S., Silva, E. C., & Souza, J. O. (2002). *O estresse e o trabalho*. Consultado em 2 de Fevereiro de 2005 em: <http://www.fundacentro.sc.gov.br/areas/6.pdf>.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Edição do Autor.

Zaldívar Pérez, D. F. (2005). *Estrés laboral* (1ª. Parte). Consultado em 24 de Maio de 2005 em: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=214>.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES

Neste último capítulo iremos procurar realçar os resultados que consideramos mais relevantes e que apresentamos ao longo dos diversos estudos empíricos que desenvolvemos para dar resposta aos objectivos que definimos para esta investigação, isto é, desenvolver e adaptar instrumentos de avaliação que se adequassem a esta pesquisa, caracterizar o mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros, estudar a relação entre a depressão ocupacional e o síndrome de burnout, identificar os factores de resiliência, e finalmente, implementar e avaliar um programa de promoção do bem-estar dirigido a estes profissionais, tentando estabelecer uma relação objectiva entre estes diversos estudos.

Procuraremos ainda discutir os principais contributos desta investigação para a comunidade científica, apresentando algumas das limitações encontradas, bem como sugestões futuras que possam contribuir para as ultrapassar.

Relativamente aos objectivos gerais que definimos para esta pesquisa, podemos dizer que se enquadram no âmbito da Psicologia da Saúde, designadamente ao nível da investigação ligada aos aspectos organizacionais em saúde, sendo até uma das áreas que tem suscitado mais interesse em Portugal nos últimos anos (Teixeira, Cima & Cruz, 1999; Teixeira, 2000).

Dos resultados obtidos, no que concerne aos instrumentos de colheita de dados que utilizámos, podemos dizer que todos eles apresentam condições de validade e de fiabilidade adequadas para medir as variáveis que pretendem avaliar, designadamente por apresentarem valores de consistência interna (α) de $\alpha \geq 0,70$ (Hill & A. Hill, 2002), excepto no caso da subescala de despersonalização, na Maslach Burnout Inventory, em

que o valor apresentado é relativamente baixo ($\alpha = 0,648$), e embora o mesmo seja recorrente em outros estudos onde o mesmo instrumento foi aplicado, esta escala continua a ser o instrumento que melhor avalia este síndrome (Borges, et al., 2002; Pinto, Lima & Silva, 2003; Murcho, 2006; Murcho & Jesus, 2007^a; 2007^b).

Ainda a este respeito, de mencionarmos que o instrumento que desenvolvemos para este estudo (o Inventário de Sintomas de Mal-Estar Relacionados com o Trabalho [ISMERT]) poderá ser aplicado em outros estudos, com o mesmo tipo de população ou com populações de outras áreas socioprofissionais, de modo a melhor aferirmos a sua fiabilidade.

Relativamente ao instrumento que procuramos validar para esta população, e que são as versões reduzidas dos Instrumentos de Avaliação do Bem-Estar no Trabalho de Siqueira (1995), respectivamente a Escala de Envolvimento com o Trabalho, a Escala de Comprometimento Organizacional Afectivo e a Escala de Satisfação no Trabalho, concluímos que as mesmas são indicadas para a pesquisa do bem-estar no trabalho nos enfermeiros portugueses, apresentando propriedades psicométricas idênticas ao estudo original de Siqueira.

No que respeita aos resultados do estudo de caracterização do mal-estar relacionado com o trabalho, verificamos que os valores observados na ansiedade (estado), na depressão, no stresse, na vulnerabilidade ao stresse, no comprometimento organizacional afectivo, no envolvimento com o trabalho e na satisfação no trabalho, situam-se abaixo dos pontos médios das respectivas escalas, excepto para o comprometimento organizacional afectivo em que é superior.

O mesmo sucede com os valores apresentados quer pelos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, em geral, e das suas dimensões emocional, cognitiva, e comportamental, como pelo burnout, nas suas três dimensões de exaustão emocional,

despersonalização e realização pessoal, a qual apresenta níveis de classificação considerados baixos em todas as situações, à excepção do que sucede para a dimensão física dos sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, em que é média-alta, e da dimensão do burnout, realização pessoal, em que é alta.

Podemos então dizer, que face aos resultados apresentados pelas variáveis psicossomáticas estudadas, apesar dos valores serem relativamente baixos nesta população, existem alguns níveis de ansiedade, depressão, stresse, vulnerabilidade ao stresse e burnout, pois embora os valores do comprometimento organizacional afectivo, sejam relativamente elevados, já o envolvimento com o trabalho e a satisfação no trabalho apresentam valores baixos, o que poderá estar relacionado com as próprias características desta profissão, no sentido em que existe uma dicotomia entre o dever de cuidar do próximo que sofre (daí ser considerada como uma profissão de ajuda) e a própria realidade dos contextos ocupacionais em que se movem, com a pressão para a produtividade, os conflitos laborais, etc. (Rodrigues, 2001; Souza & Lisboa, 2006; Azambuja, Kerber & Kirchhof, 2007).

Mesmo o próprio facto da classificação dos níveis observados nos sintomas físicos de mal-estar relacionado com o trabalho ser considerada média-alta, como já referimos pode traduzir sofrimento laboral, o qual se traduz muitas vezes em medo, ansiedade e angústia, podendo levar à somatização (Brant & Gomez, 2005).

Por outro lado, no que concerne às relações existentes entre estas variáveis psicossomáticas e as variáveis sociodemográficas (como a idade, o género, o estado civil, tempo de serviço na profissão e no serviço, tipo de serviço onde trabalha e escolha da profissão), observamos que o envolvimento com o trabalho apenas se correlaciona indirectamente com as restantes variáveis, através do comprometimento organizacional afectivo, não se tendo encontrado correlações que fossem relevantes ($r \geq 0,3$) com as

variáveis sociodemográficas.

Ao analisarmos as correlações que se estabeleceram entre os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, quer em geral, como nas suas diferentes dimensões emocional, cognitiva, física e comportamental, com as outras variáveis em estudo, constatamos que apesar de existirem variáveis com as quais estes sintomas não se relacionavam de uma forma estatisticamente relevante, e que eram a dimensão do burnout, realização pessoal, bem como o envolvimento com o trabalho e as variáveis sociodemográficas, existiam outras com as quais se correlacionava e cuja configuração deste relacionamento estatístico nos fez pensar se estes sintomas de mal-estar seriam influenciados, não isoladamente, mas por um conjunto determinado destas variáveis, configurando um modelo de relacionamento entre as mesmas.

Assim, das análises de regressão múltipla que efectuámos, encontrámos um modelo que nos parece responder à questão que havíamos colocado anteriormente, no qual o sentido da relação entre as variáveis envolvidas é positivo, à excepção do comprometimento organizacional afectivo em que é negativo, e que é o seguinte:

- Os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, em geral, são influenciados por um conjunto de variáveis constituído pela exaustão emocional, pela ansiedade, pela vulnerabilidade ao stresse, pelo stresse e pelo comprometimento organizacional afectivo (vide figura 6);

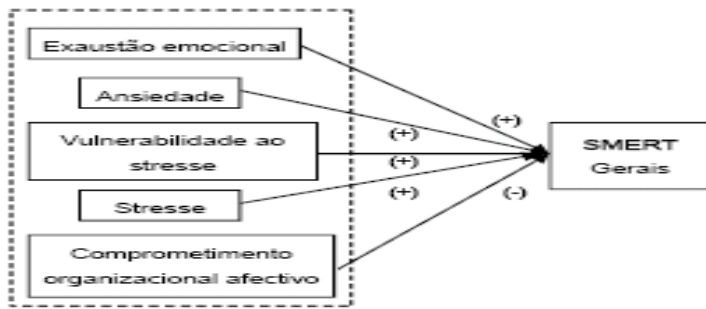


Figura 6. Factores psicossociais que influenciam os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (gerais).

Nota. SMERT – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho.

- Os sintomas emocionais de mal-estar relacionados com o trabalho são influenciados por um conjunto de variáveis constituído pelo stresse, pela exaustão emocional, pela despersonalização, pela vulnerabilidade ao stresse e pela depressão (vide figura 7);

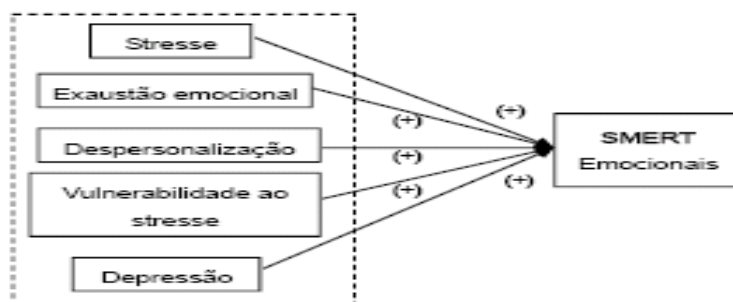


Figura 7. Factores psicossociais que influenciam os sintomas emocionais de mal-estar relacionados com o trabalho.

Nota. SMERT – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho.

- Os sintomas cognitivos de mal-estar relacionado com o trabalho são influenciados por um conjunto de variáveis constituído pela exaustão emocional, pela despersonalização, pela ansiedade, pela vulnerabilidade ao stresse e pelo comprometimento organizacional afectivo (vide figura 8);



Figura 8. Factores psicossociais que influenciam os sintomas cognitivos de mal-estar relacionados com o trabalho.

Nota. SMERT – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho.

- Os sintomas físicos de mal-estar relacionados com o trabalho são influenciados por um conjunto de variáveis constituído pela exaustão emocional, pela ansiedade e pela vulnerabilidade ao stresse (vide figura 9);

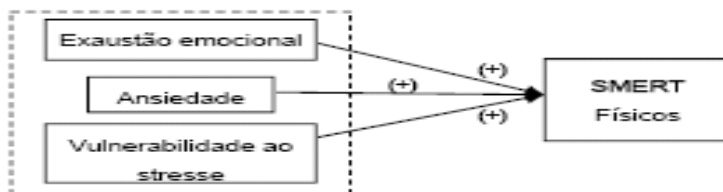


Figura 9. Factores psicossociais que influenciam os sintomas físicos de mal-estar relacionados com o trabalho.

Nota. SMERT – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho.

- Os sintomas comportamentais de mal-estar relacionado com o trabalho são influenciados por um conjunto de variáveis constituído pela exaustão emocional, pelo stresse, pela vulnerabilidade ao stresse, pela ansiedade e pela despersonalização (vide figura 10).

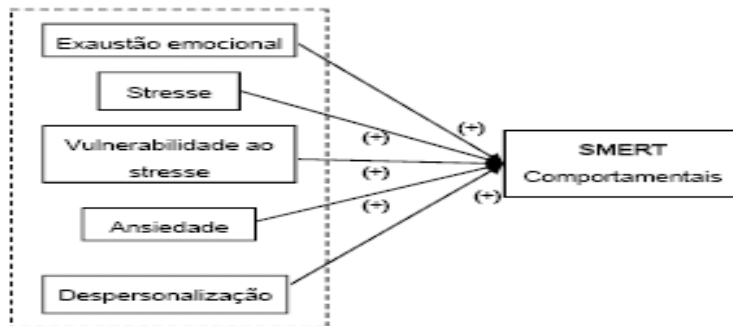


Figura 10. Factores psicossociais que influenciam os sintomas comportamentais de mal-estar relacionados com o trabalho.

Nota. SMERT – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho.

Quisemos ainda analisar quais as relações significativas e relevantes que existiam entre as variáveis psicossociais, excluindo desta análise os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, porque já tinham sido analisados anteriormente, o inter-relacionamento das dimensões do burnout (por não ser importante para este estudo), bem como as variáveis sociodemográficas por não se relacionarem com as primeiras, tendo os resultados sido os seguintes:

- O mal-estar nos últimos 30 dias está relacionado com a ansiedade, com a depressão, com o stresse, com a vulnerabilidade ao stresse, com a exaustão emocional, com a despersonalização, com o comprometimento organizacional afectivo, e com a satisfação no trabalho;
- A ansiedade está relacionada com a depressão, com o stresse, com a vulnerabilidade ao stresse, e com a exaustão emocional, para além do mal-estar nos últimos 30 dias já mencionado;
- A depressão, para além das relações já mencionadas, relaciona-se ainda com o stresse, com a vulnerabilidade ao stresse, com a exaustão emocional, com a despersonalização, e com a satisfação no trabalho;
- O stresse está relacionado com a vulnerabilidade ao stresse, com a exaustão

emocional, com a despersonalização, e com a satisfação no trabalho, para além das variáveis que referimos;

- A vulnerabilidade ao stresse, incluindo as outras relações mencionadas, relaciona-se ainda com as três dimensões do burnout (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal);

- A exaustão emocional e a despersonalização relacionam-se com o comprometimento organizacional afectivo e com a satisfação no trabalho, incluindo as outras relações a que se fez menção;

- O comprometimento organizacional afectivo, para além das outras relações relatadas, relaciona-se também com o envolvimento com o trabalho e com a satisfação no trabalho.

De referir a este respeito que o sentido das correlações é positivo na maioria dos casos, menos para as variáveis comprometimento organizacional afectivo, envolvimento com o trabalho, satisfação no trabalho e realização pessoal, em que é negativo, excepto na relação entre o comprometimento organizacional afectivo, o envolvimento com o trabalho e a satisfação no trabalho, em que é positivo.

De referir então que os resultados deste estudo também estão em consonância com alguma da literatura consultada, nomeadamente no que concerne ao facto de estas variáveis, para além de estarem na origem do mal-estar relacionado com o trabalho, também se relacionam, directa e indirectamente, entre si (Siqueira, 1995; Scaufeli & Buunk, 1996; Vaz Serra, 2000; Lippl, 2001; Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003; Siqueira, 2003; Ahola, et al., 2005, cit. em Vieira, et al., 2006; Ballone, 2005; Conceição, et al., 2006; Murcho, 2006; Oliveira & Costa, 2006; Pacheco & Jesus, 2007; Murcho & Jesus, 2007^a; 2007^b).

Aliás, podemos pensar que acabam por ser entendidos como manifestações ou sintomas

deste mal-estar, os quadros sintomatológicos associados ao stresse e, em particular neste caso, os que estão associados ao stresse ocupacional (Hespanhol, 2005; Murta & Tróccoli, 2005; Couto, Vieira & Lima, 2007), ao próprio burnout, o qual também é já uma consequência deste mesmo stresse (Schaufeli, 2003; Hespanhol, 2005), à ansiedade (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003; Sadock & A. Sadock, 2007) e à depressão (American Psychiatric Association, 2002; Esteves & Galvan, 2006; Sadock & A. Sadock, 2007), bem como a comorbilidade existente entre estes síndromas, que leva a uma sobreposição de sintomas (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003; Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007; Trigo, Teng & Hallak, 2007), e o que é sugerido por alguns autores que consideram o burnout como sendo equivalente ao mal-estar relacionado com o trabalho (Jesus, 1996, 2001).

Por outro lado, verificamos que as variáveis como a ansiedade, a depressão, o stresse, a vulnerabilidade ao stresse, a exaustão emocional e a despersonalização, estão relacionadas com o mal-estar ocupacional nos enfermeiros.

Este facto vem ao encontro da definição que tínhamos adaptado para estes profissionais, do conceito de mal-estar docente de Esteve (1992, cit. em Jesus, 2006), e que nos diz que este mal-estar pretende descrever os efeitos adversos das condições desta profissão sobre eles, sendo um conceito amplo que integra conceitos mais específicos, como a insatisfação, o desinvestimento, a desresponsabilização, o desejo de abandonar a profissão, o absentismo, o esgotamento, a ansiedade, o stresse, a neurose e a depressão.

Além disso, também observamos que variáveis como o comprometimento organizacional afectivo, o envolvimento com o trabalho, a satisfação no trabalho e a realização pessoal, estão associadas ao conceito de bem-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros, o que é concordante com a definição que adaptamos do conceito de bem-estar docente de Jesus (2006), como estando relacionado com a

motivação e a realização destes profissionais, sendo resultante das competências e estratégias por eles desenvolvidas para enfrentar as demandas e dificuldades colocadas pela profissão, possibilitando superá-las e otimizando o seu próprio funcionamento.

De referirmos também que o facto de termos encontrado as três primeiras variáveis (o comprometimento organizacional afectivo, o envolvimento com o trabalho e a satisfação no trabalho) relacionadas com este conceito de bem-estar, assim como as associações encontradas entre elas, já mencionadas neste capítulo, confirmam a validade do modelo de bem-estar no trabalho proposto por Siqueira e Padovam (2004, cit. em Siqueira, 2008), o qual é composto precisamente por estas variáveis, reforçando as conclusões resultantes da validação dos instrumentos de medida (Instrumentos de Avaliação do Bem-Estar no Trabalho de Siqueira, 1995), aos quais também já nos referimos aqui.

Então, na óptica da Psicologia da Saúde, somos levados a sugerir que as variáveis que identificamos como estando associadas a este mal-estar laboral são factores de risco para o seu surgimento ou agravamento e as variáveis que estão associadas ao bem-estar são factores de protecção.

Assim sendo, podemos dizer que, relativamente a este estudo de caracterização do mal-estar relacionado com o trabalho, as conclusões a que chegamos nos permitem responder à primeira questão de investigação que colocámos quando projectamos esta pesquisa: ***que influência têm os factores de ordem psicossocial e os factores de ordem sociodemográfica no mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros?***

Os resultados obtidos levam-nos a concluir que:

1. Os factores de ordem psicossocial (de uma forma directa ou indirecta, através da relação que as respectivas variáveis estabelecem entre si) influenciam o mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros, mas não foram encontradas evidências de

que os factores de ordem sociodemográfica o influenciem;

2. Os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, quer em geral, como para cada uma das suas dimensões emocional, cognitiva, física e comportamental, são influenciados por conjuntos de variáveis de ordem psicossocial constituídos pelo burnout (nas suas dimensões exaustão emocional e despersonalização), pela ansiedade, pela vulnerabilidade ao stresse, pelo stresse, pela depressão e pelo bem-estar no trabalho (através do comprometimento organizacional afectivo), as quais se organizam de forma particular e específica relativamente a cada tipo de sintoma.

3. As variáveis que são susceptíveis de funcionar como factores de risco psicossocial nos enfermeiros, relativamente ao surgimento ou agravamento do mal-estar ocupacional nestes profissionais são a ansiedade, a depressão, o stresse, a vulnerabilidade ao stresse, a exaustão emocional e a despersonalização, e aquelas que são susceptíveis de funcionar como factor de protecção são o comprometimento organizacional afectivo, o envolvimento com o trabalho, a satisfação no trabalho e a realização pessoal.

Então, tendo em conta os aspectos anteriormente mencionados, no que concerne às hipóteses que formulamos relativas a esta questão, podemos dizer que confirmamos a primeira hipótese:

H₁ – Os factores de ordem psicossocial são mais relevantes para compreender o mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros do que os factores de ordem sociodemográfica.

No que respeita à relação entre a depressão em contexto ocupacional e o síndrome de burnout, verificamos que a depressão influencia da mesma forma as dimensões exaustão emocional e despersonalização do burnout, embora não influencie de uma forma representativa a outra dimensão, que é a realização pessoal, o que nos leva a inferir que a depressão tem uma influência parcial no burnout.

Aliás, é importante que se mencione ainda a este respeito, que também observamos o mesmo relacionamento entre as próprias dimensões deste síndrome, em que a realização pessoal também não apresenta correlações que sejam estatisticamente relevantes com as restantes, sendo os valores apresentados aproximados aos que se encontraram para a depressão.

De notar ainda, que relativamente ao sentido das relações, ele também é idêntico, ou seja, enquanto que a exaustão emocional, a despersonalização ou a depressão, apresentam um sentido positivo entre si, a realização pessoal tem um sentido negativo com todas elas. Por outro lado, o burnout parece influenciar a depressão de uma forma global, relativamente às suas três dimensões, o que vem ao encontro do que é sugerido a este respeito por Bakker, et al. (2000), a partir da revisão bibliográfica que efectuaram, em como o burnout antecede a depressão.

Assim, podemos dizer que estes resultados nos levam a concluir que existe evidência de que o síndrome de burnout e a depressão são constructos diferentes, mas que apresentam elementos comuns, designadamente a nível das duas primeiras dimensões deste síndrome, a exaustão emocional e a despersonalização, sendo essa diferença determinada pela outra dimensão do burnout, a realização pessoal, o que vem ao encontro de alguma da literatura consultada a este respeito (Schaufeli & Buunk, 1996; Bakker, et al., 2000; Trigo, Teng & Hallak, 2007; Ballone, 2002; Arice, Batista, Morais, Souza & Reis, 2004; Batista, Morais, Carmo, Souza & Cunha, 2005; Vieira, et al., 2006), embora para alguns especialistas, o burnout ainda seja visto como uma manifestação laboral da depressão (Delbrouck, 2006).

Quando comparamos estes resultados com o estudo anterior, verificamos também que a depressão surge sempre positivamente associada, para além da exaustão emocional e da despersonalização, com a ansiedade, com o stresse, com a vulnerabilidade ao stresse, o

que é concordante com o que é mencionado por alguns autores relativamente à dificuldade em diferenciar, clínica ou teoricamente, alguns destes conceitos, tendo em conta que muitas vezes surgem sobrepostos, provavelmente devido à comorbilidade existente entre eles, como é o caso da relação entre ansiedade e stresse (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003), entre depressão e ansiedade (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007), ou entre o burnout e a depressão, esta última já debatida neste capítulo.

De mencionarmos também, a respeito do papel da vulnerabilidade ao stresse, que podemos dizer que esta variável será aqui um factor de risco para o desencadear das outras situações, uma vez que, conforme é sugerido por Vaz Serra (2000), é ela que faz com que as pessoas se sintam ou não em stresse, e por essa via acaba por se relacionar indirectamente com as restantes variáveis que mencionamos. Segundo Paschoal e Tamayo (2005), a vulnerabilidade ao stresse é uma das variáveis de natureza pessoal que é frequentemente descrita como estando associada ao stresse ocupacional.

Tendo então em conta os resultados obtidos e as conclusões a que chegamos com este estudo, podemos dizer que respondemos à segunda questão de investigação que colocamos: *qual é a relação existente entre a depressão ocupacional e o burnout?*

Estas conclusões permitem-nos afirmar o seguinte:

1. A depressão somente estabelece relações que consideramos como estatisticamente relevantes, com a exaustão emocional e com a despersonalização do burnout, não se relacionando com a realização pessoal, o que nos leva a inferir que a relação existente entre estas duas variáveis não é completa, mas sim parcial;
2. As três variáveis do burnout, no seu conjunto, são predictoras da depressão;
3. A depressão e o burnout são constructos diferentes, sendo essa diferença estabelecida principalmente pela realização pessoal, embora surjam frequentemente associados, quer pela relação entre a primeira e as dimensões exaustão emocional e despersonalização do

burnout, como pela relação com outras variáveis que são a ansiedade, o stresse e a vulnerabilidade ao stresse.

Assim sendo, e em função da questão colocada, é importante mencionarmos que confirmamos a segunda hipótese que formulamos para esta investigação, e que é:

H₂ – A depressão é influenciada pelo burnout.

As conclusões destes dois estudos vêm ao encontro, principalmente, do primeiro objectivo que definimos para este estudo: ***efectuar o levantamento da situação do mal-estar relacionado como trabalho nos enfermeiros.***

Em síntese, podemos então dizer que os aspectos mais importantes que encontramos relativamente a este objectivo são os seguintes: os enfermeiros apresentam alguns níveis de mal-estar laboral; existem conjuntos específicos de variáveis psicossociais que influenciam os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho, quer em geral, como para cada uma das suas diferentes dimensões; os factores psicossociais podem ser de risco ou de protecção relativamente ao surgimento ou agravamento do mal-estar relacionado com o trabalho; as variáveis sociodemográficas não têm uma influência relevante neste mal-estar; e o burnout e a depressão são constructos diferentes embora com manifestações comuns, e é o primeiro que influencia o segundo, surgindo associados à ansiedade, ao stresse e à vulnerabilidade ao stresse.

Estes aspectos parecem-nos que configuram um modelo que representa os factores que interagem no mal-estar relacionado com o trabalho, quer como factores de risco ou como factores de protecção, o qual pode ser representado graficamente conforme a figura 11.

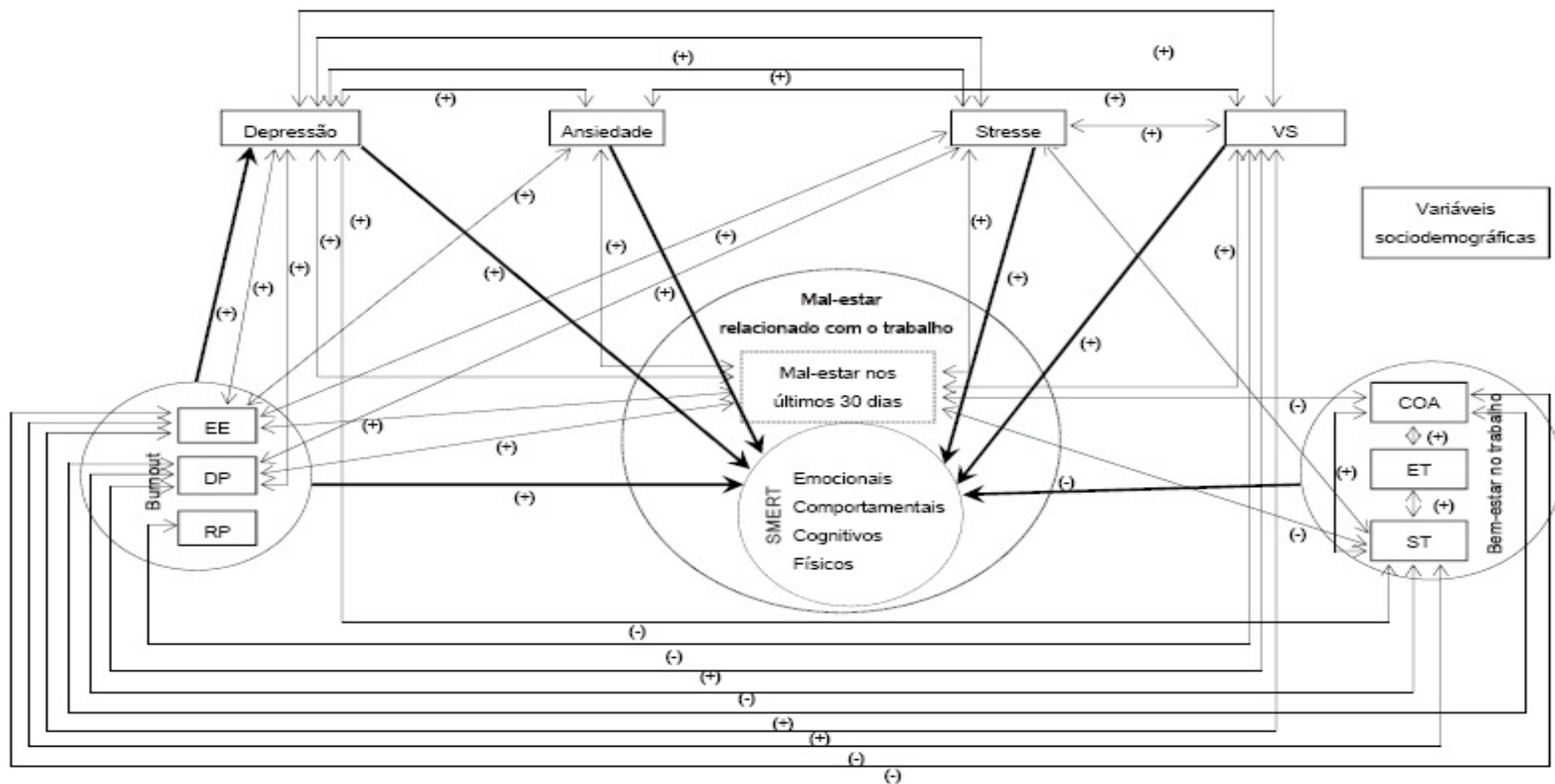


Figura 11. Modelo de representação dos factores de mal-estar relacionados com o trabalho, e suas interacções.

Nota. VS – Vulnerabilidade ao stresse; EE – Exaustão emocional; DP – Despersonalização; RP – Realização pessoal; SMERT – Sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho; COA – Comprometimento organizacional afectivo; ET – Envolvimento com o trabalho; ST – Satisfação no trabalho.

Se procuramos identificar os factores que estão associados ao mal-estar nos enfermeiros, bem como as relações que se estabelecem entre eles, no sentido de determinarmos os factores de risco para a sua própria saúde mental ocupacional, importa também identificarmos quais são os factores que podem contribuir para o seu bem-estar ou para prevenir os efeitos deste mesmo mal-estar ocupacional, ou seja, os factores de protecção da saúde mental nestes profissionais.

Neste sentido fomos estudar os factores de resiliência em enfermeiros. Para este estudo recorremos a uma amostra diferente da primeira, bem como a outra modalidade de pesquisa, e de metodologia de recolha de informação.

Deste modo, enquanto nos estudos anteriormente mencionados, a amostra é relativa à população de enfermeiros que trabalham no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, e no Hospital de Faro, EPE (por serem aqueles onde se concentra a maioria destes profissionais que trabalham nesta região), a modalidade de pesquisa foi quantitativa e a metodologia de recolha de informação assentou na aplicação de questionários auto-administrados nesta mesma população, nesta pesquisa a amostra foi seleccionada tendo em conta determinados critérios, em que se pretendeu encontrar dois grupos de participantes que apresentassem características distintas que possibilitassem a sua comparação em relação às variáveis em estudo (uns mais resistentes à pressão e outros menos), sendo a modalidade de pesquisa mista, de tipo qualitativa-quantitativa, assim como a metodologia de recolha de informação, uma vez que para além da aplicação de um questionário auto-administrado, mas para preenchimento presencial (ao contrário do que sucedeu nos estudos anteriores), também realizamos entrevistas semi-estruturadas.

Relativamente à amostra de enfermeiros estudada nesta última pesquisa, as suas características sociodemográficas não apresentam diferenças significativas dos estudos anteriores, no que concerne à idade, em que a média das idades dos participantes é de

cerca de 33 anos, com um desvio padrão (*SD*) de 9,32 anos, variando entre os 21 e os 59 anos, e neste último é de cerca de 33,8 anos (*SD* = 7,43 anos), variando entre os 25 e os 46 anos, bem como no que respeita ao género em que em ambos os estudos a grande maioria dos participantes são mulheres, o que aliás é uma característica quase universal desta população.

Os resultados deste estudo levam-nos a concluir que existem factores que permitem diferenciar os indivíduos mais resilientes dos menos resilientes. Assim, as pessoas mais resilientes apresentam valores médios que são mais elevados para o optimismo disposicional e para a resiliência-estado, e menos elevados para a vulnerabilidade ao stresse.

No caso dos participantes do primeiro grupo, tendo em conta a análise das frequências das categorias, bem como das correlações que estas estabelecem com o optimismo disposicional, a resiliência-estado e a vulnerabilidade ao stresse, aqueles que parecem ter um peso quantitativo mais importante (i.e., que se encontravam mais vezes associadas e com frequências mais elevadas) são o relacionamento interpessoal, os atributos positivos de carácter, o apoio e valorização, a atitude optimista, a percepção de sucesso profissional, as atribuições internas e estáveis para o seu sucesso profissional, as estratégias de confronto e/ou de gestão de sintomas, a motivação interna elevada, as estratégias de ajustamento psicológico e a organização da vida pessoal e familiar.

Estes resultados vêm ao encontro da literatura consultada. Assim, quer o relacionamento interpessoal bem como os atributos positivos de carácter (e.g., honestidade, sinceridade, frontalidade, humildade, frugalidade, responsabilidade), são capacidades que facilitam que as pessoas possam ter uma atitude assertiva nas equipas de trabalho, levando a que sejam frequentemente reconhecidos como mediadores de conflitos, e surgem directamente relacionadas com a resiliência (Van Breda, 2001).

O mesmo aliás sucede com o apoio e valorização e com a organização da vida pessoal e familiar, que podemos ver como correspondendo ao suporte social no modelo de resiliência de Grotberg, designado como “eu tenho” (Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007; Angst, 2009), bem como com o conceito de motivação interna, o qual, ao se traduzir na busca de um sentido para a vida, também estimula a capacidade para se encontrar um sentido para as adversidades quando elas surgem (Baiocchi & Magalhães, 2005).

Por outro lado a atitude otimista, que permite que os indivíduos tenham uma percepção construtiva e positiva da realidade, e que surge associada ao humor (Muchotrigo, 2004; Neto & Marujo, 2007), está relacionada com o conceito de optimismo disposicional, do qual é uma característica, tendo em conta que este conceito é considerado um traço da personalidade (Scheier & Carver, 1987, cit. em Pais Ribeiro, 2006).

Também a percepção de sucesso profissional e as atribuições internas e estáveis para o sucesso profissional surgem como características do optimismo disposicional, sendo mesmo aquelas que possibilitam que este conceito se diferencie dos conceitos de controlo e de auto-eficácia (Martinez-Correa, Paso, Garcia-León & González-Jareño, 2006).

Do mesmo modo, as estratégias de confronto e/ou de gestão de sintomas e as estratégias de ajustamento psicológico, podem ser vistas nesta perspectiva, enquadrando-se no grupo de variáveis psicossociais, que alguns autores mencionam como sendo um recurso psicológico que permite que aumentar a resistência às adversidades (Pais Ribeiro, 2006; Remor, Amorós & Carrobles, 2006).

No fundo, todos estes factores estão relacionados, contribuindo para o reforço da resiliência, que é entendida aqui como sendo uma capacidade que as pessoas têm para se adaptar às mudanças da forma mais adequada (Grotberg, 2005; Martins, 2005;

Cimbalista, 2006; Martins & Jesus, 2007).

De mencionarmos também, que apesar de não encontrarmos uma relação estatisticamente relevante entre o optimismo disposicional e a resiliência-estado, verificamos que ambos se associam de forma inversa com a vulnerabilidade ao stresse, e que os participantes mais resilientes são também os mais optimistas e menos vulneráveis ao stresse, o que está de acordo com alguns dos autores pesquisados (Faria, 1999; Vaz Serra, 2000; Martins, 2005; Martins & Jesus, 2007).

Estes resultados levam-nos a sugerir que o optimismo disposicional e a vulnerabilidade ao stresse são variáveis que podem contribuir para o aumento da resiliência, as quais integram os factores de resiliência internos, tal como é mencionado no modelo transaccional de resiliência de Kumpfer, conforme referem a este respeito Martins e Jesus (2007), uma vez que formam os principais traços das pessoas e que dão um sentido de independência, de controle e de optimismo, de determinação e perseverança, fazendo também parte da capacidade para gerir emoções, permitindo a esperança, a felicidade, assim como a capacidade para usar o humor, para reduzir o stresse e a tensão e para manter relações sociais estáveis.

Considerando as conclusões deste terceiro estudo, pensamos ter respondido à terceira questão de investigação colocada, e que é a seguinte: ***quais serão os factores de resiliência que diferenciam nestes profissionais, os indivíduos mais resistentes ao stresse daqueles que são menos?***

Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que:

1. Existem factores que permitem diferenciar os indivíduos mais resilientes dos que são menos;
2. Os indivíduos mais resilientes têm níveis médios de optimismo disposicional e resiliência-estado mais elevados, e mais baixos para a vulnerabilidade ao stresse;

3. Os restantes factores que diferenciam os indivíduos mais resilientes dos que são menos, são o relacionamento interpessoal, os atributos positivos de carácter, o apoio e valorização, a atitude optimista, a percepção de sucesso profissional, as atribuições internas e estáveis para o seu sucesso profissional, as estratégias de confronto e/ou de gestão de sintomas, a motivação interna elevada, as estratégias de ajustamento psicológico e a organização da vida pessoal e familiar;

4. As pessoas menos vulneráveis ao stresse são também mais optimistas e resilientes, embora as pessoas mais resilientes possam não ser as mais optimistas.

Então, tendo em conta estes aspectos que acabamos de mencionar, podemos dizer que confirmamos a terceira hipótese que formulamos para esta investigação, relativa à anterior questão, que apresentamos a seguir:

H₃ – Existem factores de resiliência que diferenciam os indivíduos que são mais resistentes ao stresse dos que são menos resistentes.

De referir que as conclusões deste estudo vêm o encontro do segundo objectivo definido para este estudo e que é: ***identificar quais são os factores que permitem que estes profissionais sejam mais resistentes à pressão laboral.***

Em síntese, podemos dizer que nos enfermeiros a resiliência é um conceito que engloba a resiliência-estado, o optimismo disposicional e a vulnerabilidade ao stresse, sendo que os indivíduos mais resilientes e com maior optimismo são menos vulneráveis ao stresse, e os factores que influenciam a resiliência, diferenciando aqueles que são mais resilientes dos que são menos, são o relacionamento interpessoal, os atributos positivos de carácter, o apoio e valorização, a atitude optimista, a percepção de sucesso profissional, as atribuições internas e estáveis para o seu sucesso profissional, as estratégias de confronto e/ou de gestão de sintomas, a motivação interna elevada, as estratégias de ajustamento psicológico e a organização da vida pessoal e familiar.

Estas conclusões parecem-nos que configuram um modelo de factores de resiliência nestes profissionais, cuja representação gráfica apresentamos seguidamente (vide figura 12):

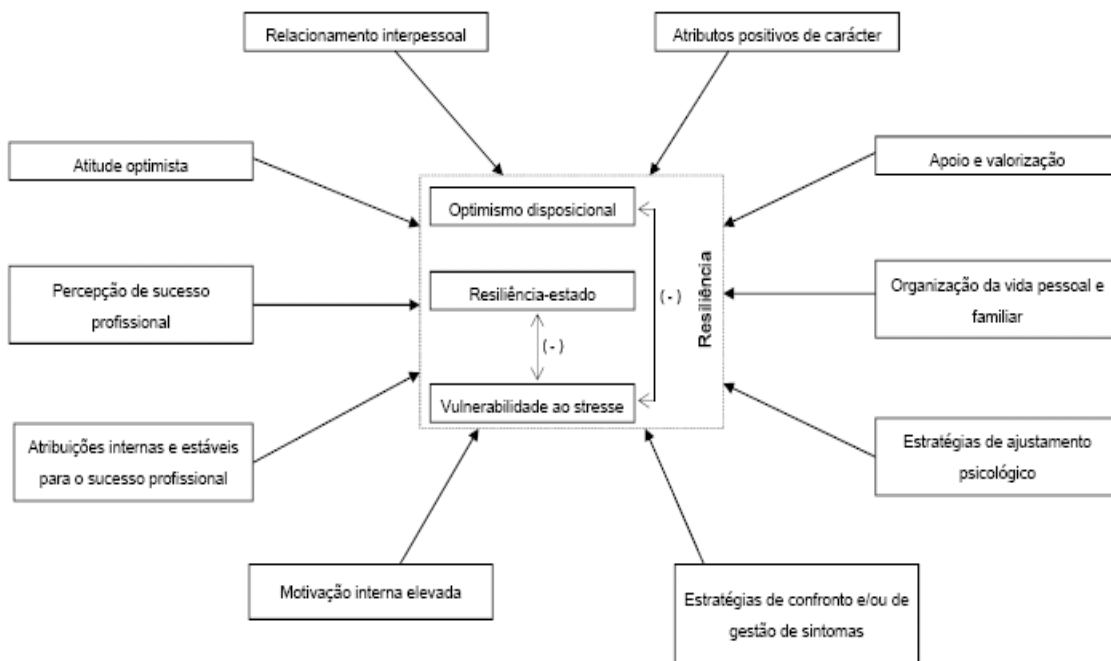


Figura 12. Modelo de factores de resiliência em enfermeiros.

Finalmente desenvolvemos, aplicamos e avaliamos um programa de promoção do bem-estar dirigido a estes profissionais, no sentido de compreendermos qual o significado e impacto deste tipo de intervenções na minimização dos efeitos do mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros, tendo utilizado aqui uma metodologia de pesquisa tipo investigação-acção.

Estes programas, conforme é sugerido literatura consultada a este respeito, surgem como estratégias de gestão do stresse de âmbito individual ou focadas nos trabalhadores, com a finalidade de facilitarem a alteração da percepção que os indivíduos têm de si e das situações que os envolvem, podendo ter várias orientações técnicas como sejam as que são centradas na educação (focadas nas causas e manifestações do stresse), as que são de orientação cognitivo-comportamental (centrada

na gestão da raiva e agressividade), e as que visam o treino de habilidades (gestão do tempo, negociação) e a gestão do stresse (Hargreaves, 2001; Harris, 2003; Ogden, 2004; Camelo & Angerami, 2008).

No caso deste programa em concreto, podemos dizer que se trata de um programa de tipo misto, tendo em conta quer as metodologias utilizadas, quer como os conteúdos abordados.

Relativamente aos resultados e às conclusões a que chegamos com a sua aplicação, temos a mencionar que os resultados obtidos na avaliação mal-estar nos últimos 30 dias apresentaram uma alteração significativa (que também era a variável que apresentava os valores médios mais elevados relativamente à escala utilizada), apesar de não termos verificado alterações significativas nas outras variáveis estudadas (a motivação intrínseca, as expectativas de auto-eficácia, a assertividade, a ansiedade e o stresse), quer nas fases prévias, quer nas posteriores à intervenção, até mesmo porque os valores médios em todas elas situam-se dentro dos valores considerados adequados para os valores das respectivas escalas.

As conclusões a que chegamos com este último estudo, levam-nos então a dizer que respondemos de certa forma à quarta questão de investigação que colocamos, e que é a seguinte: ***qual é influência que os programas de promoção do bem-estar no trabalho podem ter no pessoal de Enfermagem?***

Assim sendo, podemos então sintetizar as mesmas referindo que a utilização destes programas é benéfico para os trabalhadores, neste caso os enfermeiros, produzindo alguns efeitos nos seus participantes, designadamente a nível do seu bem-estar, tendo em conta esta alteração que verificamos, o que vem ao encontro dos resultados encontrados em outros programas similares, alguns dos quais serviram de base a este, como é o caso dos programas desenvolvidos por Jesus (2004; 2005) ou por Jesus,

Mosquera e Stobaus (2005).

Considerando os aspectos que anteriormente mencionamos a respeito deste último estudo, temos a referir então que comprovamos a quarta hipótese por nós formulada para esta investigação, que está relacionada com a questão anterior, e que é a seguinte:

H₄ – Os programas de promoção do bem-estar no trabalho podem levar a uma redução dos níveis de mal-estar nos enfermeiros.

Finalmente de referirmos que os resultados e as conclusões deste estudo estão de acordo com o terceiro objectivo definido para esta pesquisa e que é o seguinte: ***validar metodologias de intervenção destinadas a fomentar este bem-estar.***

De uma forma geral, podemos então concluir que atingimos os objectivos que definimos para esta pesquisa, tendo conseguido cabalmente responder às questões formuladas.

Relativamente às principais conclusões, podemos resumidamente dizer que os factores (ou variáveis) psicossociais se sobrepõem aos factores sociodemográficos no surgimento ou agravamento do mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros, não se tendo encontrado evidências estatisticamente relevantes, de existir relação entre estes últimos factores e este forma de mal-estar ocupacional, cujos sintomas porque se manifesta estão relacionados, conforme o seu tipo, com determinados grupos de variáveis que são suas predictoras.

Por outro lado, observamos que o burnout precede a depressão, sendo ambos constructos diferentes embora com sintomas comuns, uma vez que as dimensões deste primeiro síndrome não se relacionam de forma idêntica com o segundo.

De mencionarmos ainda que os indivíduos mais resilientes, para além de serem mais optimistas e menos vulneráveis ao stresse, também apresentam um conjunto de características (ou factores) que os diferenciam daqueles que são menos resilientes, e que os programas de bem-estar no trabalho são efectivos na promoção do mesmo,

levando a uma redução dos níveis de mal-estar nos profissionais estudados.

Relativamente às limitações e sugestões desta investigação, e tendo em conta as próprias conclusões dos diversos estudos que realizamos ao longo desta pesquisa, temos a referir que encontramos algumas limitações à mesma, as quais decorrem designadamente com o facto de todos os estudos terem utilizados amostras de conveniência e dos participantes pertencerem somente a um grupo socioprofissional, que é o dos enfermeiros, o que não permite generalizar alguns dos resultados obtidos.

Assim sendo, sugerimos a replicação destes estudos, quer com enfermeiros, quer com profissionais de outras áreas de trabalho, sujeitas a potenciais factores de mal-estar, como médicos, professores, membros de forças de autoridade, bombeiros, e pessoal administrativo, e com outras técnicas de amostragem (probabilísticas), no sentido de nos permitir um melhor conhecimento sobre a relação existente entre as diversas variáveis estudadas, quer no grupo socioprofissional da enfermagem, que foi a população alvo desta pesquisa, quer noutros grupos socioprofissionais.

Já no que concerne às implicações desta pesquisa, esperamos que os seus resultados e conclusões possam contribuir, em conjunto com outros estudos, para um melhor conhecimento da problemática do mal-estar relacionado com o trabalho nos enfermeiros em particular, como também em outros trabalhadores desta ou de outra área, e desse modo, possibilitar uma maior eficácia nas intervenções promotoras do bem-estar laboral, que permitam uma melhor qualidade da saúde mental ocupacional nestes profissionais.

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, D., Buena-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática de stress (PTSD): avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 039-320.
- Amaro, H. J. F., & Jesus, S. N. (2007). A assertividade e satisfação profissional nos enfermeiros – um estudo exploratório. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da Saúde: Teoria e Pesquisa* (pp. 301-320). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª. ed. – texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência – uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27(58), 253-260.
- Aquino, J. M., Monteiro, E. M. L. M., Absalão, M. A. C., Borba, M. C., & Monteiro, M. A. C. (2009). Prevalência da síndrome de burnout e promoção da saúde mental na equipe de enfermagem. In Associação Brasileira de Enfermagem, Secção Pernambuco. *2º Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde: anais* [CD]. Recife: Autor. Consultado em 24 de Setembro de 2009: http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/ficha_catalografica.htm.
- Araújo, T. M., Sena, I. P., Viana, M. A., & M. Araújo, E. (2005). Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição do ensino superior. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 29(1): 6-21.

- Arice, G., Batista, M. N., Morais, P. R., Souza, F. G., & Reis, M. S. (2004). Correlação entre sintomatologia depressiva e Burnout em um grupo de servidores públicos. *Psicologia Argumento*, 22(37), 53-62.
- Azambuja, P. A., Kerber, N. P. C., & Kirchof, A. L. (2007). A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 355-362.
- Baiocchi, A. C., & Magalhães, M. (2005). Relações entre processos de comprometimento, entricheiramento e motivação vital em carreiras profissionais. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 5(1), 63-69.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P. M., Hulst, R.V., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 247-268.
- Ballone, G. J. (2002). *Síndrome de Burnout*. Consultado em 1 de Março de 2004, em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress4.html>.
- Ballone, G. J. (2005). *Depressão e Ansiedade*. Consultado em 18 de Setembro de 2007 em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=58&art=185>
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachetti, L. S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(2), 111-121.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo* (3ª. Ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barlach, L., Limongi-França, A. C., & Malvezzi, S. (2008). O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(1), 101-112.
- Batista, M. N., Morais, P. R., Carmo, N. C., Souza, G. O., & Cunha, A. F. (2005).

- Avaliação da depressão, síndrome de burnout, e qualidade de vida em bombeiros. *Psicologia Argumento*, 23(42), 47-54.
- Beck, C. L. C., Gonzales, R. M. B., Stekel, L. M. C., et al. (2006). O trabalho da enfermagem em unidades críticas e sua repercussão sobre a saúde dos trabalhadores. *Escola Anna Nery*, 10(2): 221-227.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2008). Atividades de enfermagem em hospital: um factor de vulnerabilidade ao burnout (pp. 133-156). A. M. T. Benevides-Pereira (Org.). *Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (3ª. ed.). S. Paulo: Casa do Psicólogo.
- Birdin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bontempo, D. B., Nascimento, M. P. V., & Silva, F. A. B. (2006). Principais queixas de saúde de profissionais de enfermagem em um Hospital Pública na cidade de Brasília. *Sena Aires – Revista Virtual*. Consultado em 8 de Outubro de 2009 em: <http://www.senaaires.com.br/revistavirtual/artigos/ArtCient/ArtCient5.pdf>.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. (2002). O síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Critica*, 15(1), 189-200.
- Borsoi, I. C. F. (2007). Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 19(ed. esp. 1), 103-111.
- Brant, L. C., & Minayo-Gomez, C. (2005). O sofrimento e os seus destinos na gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10(4), 939-952.
- Brant, L. C., & Minayo-Gomez, C. (2008). Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(26), 667-676.
- Brenninkmeijer, V., VanYperen, N.W., & Buunk, B.P. (2001). Burnout and depression

- are not identical twins: Is superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.
- Câmara, P. B., Guerra, P. B., & Rodrigues, J. V. (1999). *Humanator – Recursos Humanos e sucesso empresarial*. 3ª. ed. Lisboa, Publicações D. Quixote.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2008). Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(2), 232-240.
- Campos, M. L. P., & Martino, M. M. F. (2004). Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 415-421.
- Canepa, C., Briones, J. L., Pérez, C., Vera, A., & Juaréz, A. (2008). Desequilibrio esfuerzo-recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud en Chile. *Ciencia & Trabajo*, 10(30), 157-160.
- Caplan, G. (1954). The nurse's role in the mental health of the maternity and childhood. *Nursing Outlook*, 2 (1) (tradução da Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa).
- Cavalcanti, C. A. A., Enders, B. C., Menezes, R. M. P., & Medeiros, S. M. (2006). Riscos ocupacionais do trabalho em enfermagem: uma análise contextual. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(1), 88-97.
- Cavalcanti, C. A. A., Nóbrega, J. A. B., Enders, B. C., & Medeiros, S. M. (2008). Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. *Revista Eletronica de Enfermagem* [on-line], 10(1), 241-248. Consultado em 3 de Janeiro de 2010 em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>.
- Cilliers, F. (2003). A systems psycho-dynamic perspective on burnout. *SA Journal of Industrial Psychology*, 29(4), 261-33.

- Cimbalista, S. (2006). Reflexões sobre o trabalho e a subjectividade de trabalhadores resilientes sob o sistema de produção flexível. *Revista da FAE*, 9(2), 13-28.
- Conceição, H. M., et al. (2006). A influência do líder nos índices de cidadania organizacional dos colaboradores do setor de lavanderia hospitalar. *Revista Negócios e Tecnologia da Informação [on-line]*, 1(2). Consultado em 21 de Dezembro de 2007 em: <http://rnti.fesppr.br/viewissue.php?id=2>.
- Corrêa, S. A., & Menezes, J. R. M. (2002). Estresse e trabalho. Monografia do Curso de Pós-Graduação em Medicina do Trabalho. Faculdade Estácio de Sá de Santa Catarina. Campo Grande. Consultado em 23 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.fundacentro.sc.gov.br/areas/7.pdf>.
- Couto, H. A., Vieira, F. L. H., & Lima, E. G. (2007). Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 14(2), 112-115.
- Crosno, J. L., Rinaldo, S. B., Black, H. G., & Kelley, S. W. (2009). Half full of half empty – the role of optimism in boundary-spanning positions. *Journal of Service Research*, 11(3), 295-309.
- Cruz, J. P. (2007). A mente e o corpo na saúde mental contemporânea. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 163-180). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Cunha, M. P., Rego, A., C. Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa – as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Daniel, C., & Souza, M. (2006). Modos de subjectivar e de configurar o sofrimento: depressão e modernidade. *Psicologia em Revista*, 12(20), 117-130.
- Dejours, C. (2004). Subjectividade, trabalho e acção. *Revista Produção*, 14(3), 27-34.

- Delbrouck, M. (2006). Síndromes associadas ou conexas com a exaustão. In M. Delbrouck (Coord.). *Síndrome de exaustão (burnout)* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Dujo, A. G. (2005). Auto-formação: a competência chave do século XXI. In A. M. Martins, C. P. de Sousa, & L. A. Pardal (Org.). *Congresso Internacional Educação e Trabalho – Representações Sociais, Competências e Trajectórias Profissionais* (pp. 11-12). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Esteves, F. C., & Galvan, A. L. (2006). Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia*, 24, 127-135.
- Faria, M. C. (1999). Teste de orientação de vida (optimismo disposicional) – LOT-R. In A. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Org.). *Avaliação psicológica – formas e contexto* (pp. 180-188). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses - APPORT.
- Fernandes, S. M. B. A., Medeiros, S. M., & Ribeiro, L. M. (2008). Estresse ocupacional e o mundo do trabalho atual – repercussões na vida cotidiana das enfermeiras. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [on-line], 10(2), 414-427. Consultado em 21 de Dezembro de 2009 em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a13.htm>.
- Ferraz, R. B., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2007). Felicidade – uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 234-242.
- Ferreira, A. X. (1999). A Enfermagem, uma profissão exposta a diversos factores de risco. *Nursing*, 12(139), 38-40.
- Ferreira, M. C., & Seidl, J. (2009). Mal-estar no trabalho: análise da cultura organizacional de um contexto bancário brasileiro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 245-254.
- Figuerola, N. L., et al. (2001). Um Instrumento para a Avaliação de Estressores Psicossociais no Contexto de Emprego. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3):

653-659.

- Fortin, M. F., & Nadeau, M. (2003). A medida em investigação. In Marie-Fabbiene Fortin (org.). *O processo de investigação – da concepção à realização*. (3ª. Ed., pp. 215 – 237). Lisboa: Lusociência.
- Galvão, C. M., Sawada, N. O., & Trevizan M. A. (2004). Systematic review: a resource that allows for the incorporation of evidence into nursing practice. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3): 549-556.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., et al. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- García-Ramos, M., Luján-López, M. E., & Martínez-Corona, M. A. (2007). Satisfacción laboral del personal de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(2), 63-72.
- Garrido, A. F. S. (2007). Qualidade de vida dos enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, 42-50.
- Gaspar, D. B. P. (2006). *Motivação para a profissão médica no internato médico de Medicina Geral e Familiar*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Gatti, M. F. Z., Leão, E. R., Silva, M. J. P., & Puggina, A. C. G. (2004). Comparação entre os níveis de ansiedade e stress apresentados e percebidos pela equipa de enfermagem. *Enfermería Global*, 5. Consultado em 22 de Janeiro de: <http://www.um.es/eglobal>.
- Godoi, C. K. (2002). Pulsão e cognição – categorias da motivação na aprendizagem. *Revista de Ciências Humanas*, 32, 329-347.
- Grau, J. B., Vallejo, R. D., Tomás, E. A. (2004). El burnout y las manifestaciones

- psicossomáticas como conseqüentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.
- Grilo, A. M., & Pedro, H. (2005). Contributos da psicologia para as profissões de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 69-89.
- Grotberg, E. (2005). Novas Tendências em Resiliência. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Org.). *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas* (pp.15-22). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gui, R. T. (2002). Prazer e sofrimento no trabalho: representações sociais de profissionais de recursos humanos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(4), 86-93.
- Guimarães, S. E. R., & Boruchovitch, E. (2004). O estilo motivacional dos professores e a motivação intrínseca dos estudantes – uma perspectiva da teoria da auto-determinação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(4), 143-150.
- Haddad, M. C. L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde*, 1 (2), 75-88.
- Hargreaves, G. (2001). *Gerir o stress*. Lisboa: Livros e Livros.
- Harris, C. (2003). *Minimize o stresse, maximize o sucesso*. Lisboa, Plátano Editora.
- Heloani, J. R., & Capitão, C. G. (2003). Saúde mental e psicologia do trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 102-108.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 153-162.
- Hill, M. M, & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª. Ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- International Labour Organisation (2002). *Work-related stress in nurse*. Consultado em 13 de Junho em: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/nursing.htm>.

- Jacques, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97-116.
- Jacques, M. G. C., & Amazarray, M. R. (2006). Trabalho bancário e saúde mental no paradigma da excelência. *Boletim da Saúde*, 20(1), 93-105.
- Jesus, S. N. (1995). *A motivação para a profissão docente – contributo para a clarificação de situações de mal-estar e para a formação de estratégias de formação de professores*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Jesus, S. N. (1996). *Motivação para a profissão docente*. Coleção Ciências da Educação e Desenvolvimento Humano, 14, Aveiro: Estante Editora.
- Jesus, S. N. (2000). *Motivação e formação de professores*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Jesus, S. N. (2001). Factores de mal e de bem-estar em profissionais de educação e de saúde. In *Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Manuel Gomes Guerreiro* (pp. 197-206). Faro: Fundação para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve.
- Jesus, S. N. (2004). Gestão do Stresse: formulação e aplicação dum curso de formação. *Revista Educação*, 29(1). Consultada em 19 de Dezembro de 2006 em: www.ufsm.br/ce/revista/revce/2004/01/a1.htm.
- Jesus, S. N. (2005). Curso para gestão do stresse de profissionais de saúde. *IberPsicología*, 10.2.15. Consultado em 19 de Dezembro de 2006 em: <http://fs-morente.filos.ucm.es/Publicaciones/Iberpsicologia/lisboa/jesus/jesus.htm>.
- Jesus, S. N. (2006). Psicologia da saúde e bem-estar. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(2), 126-135.
- Jesus, S. N., & Conboy, J. (2001). A stress management course to prevent teacher distress. *International Journal of Educational Management*, 3, 131-137.
- Jesus, S. N., & Esteve, J. M. (2000). Programa de formación para la prevención del mal

- estar docente. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 4, 43-54.
- Jesus, S. N., & Lens, W. (2005). An integrated model for the study of teacher motivation. *Applied psychology: an International Review*, 54(1), 119-134.
- Jesus, S. N., Santos, J. C. V., Stobäus, C. D., & Mosquera, J. J. M. (2004). Formação em gestão de stresse. *Revista Mal-estar e Subjectividade*, 4(2), 358-371.
- Jesus, S., Mosquera, J., & Stobaus, C. (2005). *Impacto da formação continua no bem-estar dos professores*. Consultado em 24 de Maio de 2005 em: <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/lisboa/jesus2/jesus2.htm>.
- Kapczinski, F., & Margis, R. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(supl. 1), 3-7.
- Kohlsdorf, M, & Costa Junior A. L. (2008). Estratégias de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 417-429.
- Koller, M., Kundi, M., Haider, M., Cervinka, & R.Friza, H. (1990). Changements survenus en cinq ans dans la vie familiale, la satisfaction et la santé de travailleurs postés. *Le Travail Humain*, 53(2), 153-174.
- Lapo, F. R. (s.d.). *Limites e possibilidades para o bem-estar docente na escola contemporânea*. Consultado em 19 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.cori.unicamp.br/foruns/magis/evento10>.
- Librán, E. C. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estratégias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3), 544-550.
- Lipp, M. E. N. (2001). Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Revista Psicologia Clínica*, 28(6): 347-349.
- Lipp, M. E. N., Pereira, M. B., & Sadir, M. A. (2005). Crenças irracionais como fontes internas de stress emocional. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(1), 29-34.
- Lourenço, R., Ramos, S., & Cruz, A. (2009). Trabalho por turnos e a vida familiar dos

- enfermeiros – vivências dos parceiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 19, 53-65.
- Luthans, K. W., Lebsack, S. A., & R. Lebsack, R. (2008). Positivity in healthcare – relation of optimism to performance. *Journal of Health Organisation and Management*, 22(2), 178-188.
- Mallar, S. C., & Capitão, C. G. (2004). Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *PsicoUSF*, 9(1), 19-29.
- Maneti, M. L., & Marziale, M. H. P. (2007). Factores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 79-85.
- Mangolin, E. G. M., et al. (2003). Avaliação do nível de stresse emocional na equipa de Enfermagem de Hospitais de Lins/SP. *Saúde em Revista*, 5(10): 21-28.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(supl. 1), 65-75.
- Martinez-Correa, A., Paso, G. A. R., Garcia-León, A., & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pessimismo disposicional e estrategias de enfrentamiento del éstress. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martins, H. M., & Jesus, S. N. (2007). Factores de resiliência e bem-estar: compreender e actuar para resistir. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 85-114). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Martins, M. H. V. (2005). *Contribuições para a análise de crianças e jovens em situação de risco – resiliência e desenvolvimento*. Tese de doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: new directions in research and intervention. *Current*

- Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1997). *MBI, inventario «burnout» de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Matos, M. G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(22), 449-462.
- Mauro, M. Y. C., Muzi, C. D., Guimarães, R. M., & Mauro, C. C. C. (2004). Riscos ocupacionais em saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 12, 338-345.
- Maynat, M. R. (2003). *Salud y trabajo: las tramas del malestar en el hospital público*. Consultado em 26 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.monografias.com/trabajos15/salud-trabajo/salud-trabajo.shtml>.
- Montanholi, L. L., Tavares, D. M. S., & Oliveira, G. R. (2006). Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 661-665.
- Monteiro, S. O. M., Tavares, J. P. C., & Pereira, A. M. S. (2008). Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do ensino superior. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 23-29.
- Mosquera, J. J. M., & Stobäus, C. D. (2008). Mal-estar e bem-estar na docência. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques. 7º. *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 329-333). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Muchotrigo, M. P. G. (2004). Niveles de optimismo en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima. *Liberabit. Revista de Psicologia*, 10, 96-106.

- Murcho, N. A. C. (2006), *Burnout e absentismo laboral em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro.
- Murcho, N. A. C. (2009). Menos stresse, melhores cuidados: programa de prevenção do stresse para enfermeiros. *Sinais Vitais*, 87, 59-62.
- Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2007^a). Absentismo laboral e burnout nos enfermeiros. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 321-336). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2007^b). *Burnout e absentismo laboral em enfermeiros*. *Revista Investigação em Enfermagem*. 15, 56 – 65.
- Murcho, N. A. C., & Jesus, S. N. (2008). Programa de promoção do bem-estar no trabalho para enfermeiros (Resumo). *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9(S1): 111.
- Murcho, N. A. C., Jesus, S. N., & Pacheco, J. E. P. (2008). Inventário de sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho (ISMERT) – um estudo prévio. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17, 27-33.
- Murcho, N., Jesus, S. N., & Pacheco, E. (2009). O mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros: um estudo empírico. In S. N. de Jesus, I. Leal e M. Rezende (Coord.). *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 656 - 672) [CD]. Faro: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde/Associação Brasileira de Psicologia da Saúde.
- Murta, C. (2002). Magistério e sofrimento psíquico: contribuição para uma leitura psicanalítica da escola. In *Proceedings of the 3. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP*, São Paulo. Consultado em 19 de Fevereiro de 2007 em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000

- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2005). Avaliação da intervenção em estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(1), 39-47.
- Nave, C. S., Sherman, R. A., & Funder, D. C. (2008). Beyond self-report in the study of hedonic and eudaimonic well-being - correlations with acquaintance reports, clinician judgments and directly observed social behaviour [Resumo]. *Journal of Research in Personality*, 42(3), 643-659. doi: 10.1016/j.jrp.2007.09.001.
- Neto, L. M., & Marujo, H. A. (2007). Propostas estratégicas da psicologia positiva para a prevenção e regulação do stress. *Análise Psicológica*, 4(XXV): 585-593
- Neuman, B. (1989). The Betty Neuman health-care systems model: a total person approach to patient problems. In C. S. Riehl, & J. P. Roy (Ed.). *Conceptual model for nursing practice* (pp. 119-131). Norwalk: Appleton & Lange.
- Newton, J. M., Kelly, C. M., Kremser, A. K., Jolly, B., & Billet, S. (2008). The motivations to nurse – an exploration of factors amongst undergraduate students, registered nurses and nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 392-400.
- Novelli, J. G. N., & Ramos, D. (2003). *Trabalhadores em negativo*. Trabalho apresentado no VI SMEAD - Seminários em Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade/Universidade de São Paulo. Consultado em 24 de Setembro de 2009 em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/6semead>.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª. ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, C., & Costa, E. S. (2006). Stress e ansiedade em períodos de transição. In Isabel Leal, J. L. Pais Ribeiro, & S. N. Jesus (Ed.). *6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 721-726). Faro: Instituto Superior de Psicologia

Aplicada.

- Oliveira, E. S. G. (2006). “O mal-estar docente” como fenómeno da modernidade: os professores no país das maravilhas. *Ciências & Cognição*, 7, 27-41. Consultado em 20 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.cienciasecognicao.org>.
- Oliveira, L. (2001). Formação continua e mudança dos professores. *Educação & Comunicação*, 5, 77-90.
- Pacheco, J. E. P., & Jesus, S. N. (2007). Burnout e coping em profissionais de saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, 32-41.
- Pacheco, J. E. P., Murcho, N., Pacheco, A. S., & Murcho, A. (2006). Escala de problemas de saúde relacionados com o stresse. In Isabel Leal, J. L. Pais Ribeiro, & Saul N. de Jesus (Ed.). *6º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 727 – 732). Faro: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pacheco, J. E., & Murcho, N. (2005). Implicações do stresse na saúde dos enfermeiros dos serviços de medicina. In Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares e Centro de Investigação e Formação Avançada em Psicologia. *Actas das III Jornadas de Psicologia – pessoas e instituições: a gestão de situações difíceis* [CD]. Viseu: Instituto Piaget.
- Pafaro, R. C., & De Martino, M. M. F. (2004). Estudo do stresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 152-160.
- Pais Ribeiro, J. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras, e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In I. Leal (Coord.). *Perspectivas em psicologia da saúde* (pp. 231-244). Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa:

Climepsi Editores.

- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L., & Leal, I. (Ed.). (2004). Preambulo. In autor. *5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 1-3). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pais Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pais Ribeiro, J., & Pedro, L. (2006). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural da escala revista de avaliação do optimismo (escala de orientação de vida revista- EOVR) em doentes com esclerose múltipla. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, & S. Neves (Edts.). *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 133-139). Lisboa: ISPA.
- Parker, G., & Brotchie, H. (2009). Major depression invites major concerns. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(supl. 1), 3-6.
- Parreira, P., & Sousa, F. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1, 17-23.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2005). Impacto dos valores laborais e da interferência família-trabalho no estresse ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 173-180.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais – a complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pinho, L. B., & Santos, S. M. A. (2007). O relacionamento interpessoal como

- instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitare Enfermagem*, 12(3), 377-85.
- Pinto, A. M., Lima, M. L., & Silva, A. L. (2003). Stress profissional em professores portugueses: incidência, preditores e reacção de burnout. *Psychologica*, 33, 181-194.
- Pisetta, M. A. A. M. (2008). Considerações sobre a teoria da angústia em Freud. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(2), 404-417.
- Plana, A. P., Fabregat, A. A., & Gassió, J. B. (2002). El síndrome de burnout y las estrategias de enfrentamiento: un modelo estructural de relaciones. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 18(1), 57-74.
- Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e auto-eficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35(2), 351-367.
- Prette, A., & P. Prette, Z. A. (2003). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*, 9(13), 125-136.
- Queirós, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Queroz, N. C., & Neri, A. L. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 292-299.
- Rainho, C., Monteiro, M. J., Pereira, A., & Queirós, P. (2006). Adaptação cultural do questionário de desgaste profissional em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13, 27-36.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de investigação sistemática com e sem metanálise – estrutura, funções e utilização na investigação em Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Remor, E., Amorós, M., & Carrobles, J. A. (2006). El optimismo y la experiencia de la ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.

- Resende, M. P. (2003). *Agravos à saúde de auxiliares de Enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. Consultado em 23 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/agravos.pdf>.
- Rodrigues, R. M. (2001). A enfermagem compreendida como vocação e a sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(6), 76-82.
- Sadock, B. J., & A. Sadock, V. (2007). *Kaplan & Sadock – Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Salim, R. J., et al. (2006). *Programa anti-estresse em um Hospital Estadual: relato de experiência*. Consultado em 19 de Fevereiro de 2007 em: http://www.premiomariocovas.sp.gov.br/pesquisa2006/Gestao%20de%20Recursos%20Humanos/RH_302.DOC
- Santos, P. R. (2001). *Estudo do Processo de Trabalho da Enfermagem em Hemodinâmica : cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. Consultado em 23 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/santosprm.pdf>.
- Sato, L., Lacaz, F. A. C., & Bernardo, M. H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 281-288.
- Schaufeli, W. B. (2003). Past performance and future perspectives of burnout research. *SA Journal of Industrial Psychology*, 29(4), 1-15.

- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional Burnout. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Ed.). *Handbook of work and health psychology* (pp. 311-346). (s.l.): John Wiley & Sons, Ltd.
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 263-270.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y stress: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjectividade*, 3(1), 10-59.
- Silva, G. G. J., Souza, M. L. P., Júnior, E. G., Canêo, L. C., & Lunardelli, M. C. F. (2009). Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 34(119), 79-87.
- Siqueira, M. M. M. (1995). *Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: a análise de um modelo pós-cognitivo*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Siqueira, M. M. M. (2003). Preposição e análise de um modelo para comportamentos de cidadania organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 7, 165-184.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Modelo teórico de bem-estar no trabalho e instrumentos de avaliação. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques. *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 471-474). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Siqueira, M. M. M., Padovam, V. A. R., & Chiuzi, R. M. (2007). Bem-estar subjectivo e bem-estar no trabalho. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 287-299). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Souza, A. D., Campos, C. S., Silva, E. C., & Souza, J. O. (2002). *O estresse e o trabalho*. Consultado em 2 de Fevereiro de 2005 em: <http://www.fundacentro.sc.gov.br/areas/6.pdf>.

- Souza, N. V. D. O., & Lisboa, M. T. L. (2006). Os múltiplos e contraditórios sentidos do trabalho para as enfermeiras – repercussões da organização e do processo laboral. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 5(3), 326-334.
- Stone, P. W., Du, Y., & Gershon, R. M. (2007). Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses [Resumo]. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(1), 50-58. doi: 10.1097/01.jom.0000251622.05429.0c.
- Tamyó, A., & Paschoal, T. (2003). A relação da motivação para o trabalho com as metas do trabalhador. *Revista de Administração Contemporânea*, 7(4), 33-54.
- Teixeira, J. A. C. (2000). III Conferência Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários – Psicólogos em Centros de Saúde. *Análise Psicológica*, 18(2), 238-240.
- Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 3(22), 441-448.
- Teixeira, J. A. C., Cima, M., & Cruz, C. S. (1999). Psicologia da saúde em Portugal. *Análise Psicológica*, 3(7), 435-455.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98.
- Trezza, M. C. A. F., Santos, R. M., & Leite, J. L. (2008). Enfermagem como prática social – um exercício de reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 904-908.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.
- Trucco B., M., Valenzuela A., P., & Trucco H., D. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *Revista Médica de Chile*. 127(12): 1453-1461.
- Ursúa Maria, P., & Toro Laura, B. (2006). Contexto laboral y malestar docente en una

muestra de profesores da secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(1), 45-73.

Van Breda, A. D. (2001). *Resilience theory: a literature review*. Military Psychological Institute - Social Work Research & Development, South African Military Health Service, Pretoria. Consultado em 14 de Julho de 2008 em: http://www.vanbreda.org/adrian/resilience/resilience_theory_review.pdf.

Varoli, I., & Souza, C. B. (2004). O sofrimento dos que tratam: *burnout* em profissionais de saúde mental. In J. L. Pais Ribeiro, & Isabel Leal (Ed.). 5º. *Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 691-697). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Vasconcelos, A., & Faria, J. H. (2008). Saúde mental no trabalho: contradições e limites. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 453-464.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.

Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 20(4) : 279-308.

Vaz Serra, A. (2000). Vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.

Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 20(4) : 279-308.

Vera-Villaruel, P. E., & Guerreiro, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas e pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2(1), 21-26.

Vieira, A. O., Rodriguez, M. G. A., Serrano, M. L. P., & Marrero, A. G. (2007). Variables positivas de la personalidad y síndrome de desgaste psíquico en el trabajo – estudo exploratório de associações e independência. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 8(2), 47-58.

- Vieira, I., et al. (2006). Burnout na clínica psiquiatria: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 352-356.
- Vieira, I., Ramos, A., Dulcécia, M., Bucasio, E., Benevides-Pereira, A. M., Figueira, I., & Jardim, S. (2006). Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 352-356.
- Vieira, L. S., & Jesus, S. N. (2007). A felicidade nos professores como expressão de saúde. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Org.). *Psicologia da saúde: teoria e pesquisa* (pp. 259-285). São Bernardo do Campo: Editora Metodista.
- Vila, D. [2007?]. *Las dolencias psicológicas entre el profesorado: la estresante labor de enseñar*. Consultado em 26 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.map.es/gobierno/muface/p190/educ.htm>.
- Villar, R. M. S. (2002). *Produção do conhecimento em Ergonomia na Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Consultado em 23 de Fevereiro de 2007 em: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/8423.pdf>.
- Zaldívar Pérez, D. F. (2005). *Estrés laboral* (1ª. Parte). Consultado em 24 de Maio de 2005 em: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=214>.
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud: estudio del síndrome de burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sarda*, 19(4), 167-172.

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumentos utilizados nos estudos 1 a 5

QUESTIONÁRIO

MAL-ESTAR EM ENFERMEIROS:

LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS DE INTERVENÇÃO

Sou um enfermeiro, doutorando em Psicologia na especialização em Psicologia da Saúde, na Universidade do Algarve, e estou a realizar um estudo cuja finalidade é contribuir para um melhor conhecimento da problemática do mal-estar em Enfermeiros.

De facto, um melhor conhecimento desta problemática permitirá a sua prevenção, designadamente nos contextos laborais em Enfermagem.

Assim sendo, venho solicitar a sua colaboração no sentido de responder a este mesmo questionário, pedindo-lhe que o faça de uma forma honesta e espontânea.

A este respeito é importante mencionar-lhe que não existem respostas melhores ou piores, até mesmo porque a resposta correcta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência.

De referir ainda que este questionário é anónimo, os seus resultados são confidenciais e que, após o tratamento dos dados para análise estatística, o mesmo será destruído.

Da minha parte
Muito obrigado pela sua colaboração

Nuno Álvaro Canossa Machado
Enfermeiro EESMP (OE)

INSTRUÇÕES

Responda a este questionário de uma forma honesta e espontânea. Nas perguntas abertas (____) pede-se que dê uma resposta directa e breve, escrevendo com letra legível. Nas perguntas fechadas (ex.: ou) assinale com um "X" (ex.:) a opção que considera mais correcta.

PARTE A

- a) Idade: _____ anos.
- b) Sexo: M F
- c) Estado Civil: Solteiro(a) -----
Casado(a)/Junto(a) -----
Divorciado(a)/Separado(a) --
Viúvo(a) -----
- d) Tem filhos(as)?: Não (neste caso vá para o item g)) Sim
- e) Se sim, diga quantos filhos(as): - Nº. de filhos(as) _____;
- f) Quantos filhos(as) ainda residem consigo e as suas idades?:
- Nº. de filhos(as) _____;
- Idades dos(as) filhos(as) (indique se anos ou meses): _____; _____; _____;
_____; _____; _____; _____; _____; _____; _____;
- g) Tem a seu cargo algum familiar (ex.: conjugue, pais, filhos, etc.) que seja portador de deficiência/doença crónica grave?: Sim Não
- h) Reside e trabalha no mesmo concelho?: Sim Não
- i) Quanto tempo (aproximadamente) leva a chegar de casa ao trabalho? (assinale somente a opção que corresponde à situação, assinalando com um "X" no quadrado respectivo [X]):
- Até 30 mn. -----
- Mais de 30 mn. até 1 hora -----
- Mais de 1 hora até 1,30 horas -----
- Mais de 1,30 horas até 2 horas -----
- Mais de 2 horas -----

j) **Habilitações Literárias** (indique somente a opção que corresponde à sua habilitação mais elevada, assinalando com um "X" no quadrado respectivo [X]):

- 12º. Ano completo (ou equivalente) ou menos ----
- Bacharelato -----
- Licenciatura (ou equivalente) -----
- Curso de Pós-graduação/pós-licenciatura -----
- Mestrado/Doutoramento -----

k) A Enfermagem foi a sua primeira escolha profissional?: Sim Não

l) No Hospital (HDF ou CHBA) qual é o tipo de serviço onde trabalha? (no caso de trabalhar em mais que um, indique somente o principal (ex. Medicina Interna, Cirurgia Geral, Especialidades Médico-Cirúrgicas, Cardiologia, Cuidados Intensivos, Psiquiatria, Consulta Externa, Urgência Geral, etc.))

m) Escolheu trabalhar neste serviço?: Sim Não

n) Tipo de vínculo contratual?: - Permanente (quadro/contrato sem termo)
- Precário (contrato a termo)

o) Tempo de serviço?: - na profissão _____ anos;
- no actual serviço _____ anos

p) Trabalha noutra instituição para além desta?: Sim Não

q) Tem alguma especialização profissional?: Sim Não

r) Exerce algum cargo/função de responsabilidade acrescida no serviço?:
Não (neste caso vá para o item t)) Sim

s) Se respondeu sim, diga qual?: _____

t) **Quantos dias faltou ao serviço neste último ano?** (indique somente uma opção, assinalando com um "X" no quadrado respectivo [X]):

- Nenhum dia -----
- De 1 a 3 dias -----
- De 4 a 7 dias -----
- De 8 a 15 dias ----
- De 16 a 30 dias ----
- Mais de 30 dias ----

PARTE B

«EADS de 21 itens» de Lovibond e Lovibond (1995)
na adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro, Hourado e Leal (2004)

- u) Leia as afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim;
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes;
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes;
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

1. Tive dificuldade em me acalmar -----	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca -----	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo -----	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar -----	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas -----	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações -----	0	1	2	3
7. Senti tremores (por exemplo nas mãos) -----	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa -----	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula -----	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro -----	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado -----	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar -----	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico -----	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer -----	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico -----	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada -----	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa -----	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível -----	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico -----	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso -----	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido -----	0	1	2	3

PARTE C

«23 QVS» de Vaz Serra (2000)

v) Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea (*assinale com uma cruz "X" no quadrado respectivo ☐, aquela que se aproxima do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece*).

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os problemas do dia-a-dia -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver, usualmente consigo alguém que me possa ajudar -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia, sou mais para me queixar, do que para me esforçar para as resolver -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas –	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nas alturas oportunas, custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Perante os problemas da minha vida, sou mais de fugir do que lutar -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE D

«MBI» de Maslach e Jackson (1981), na adaptação portuguesa de Pereira e Sousa (2000)

w) Sente algum (ou alguns) destes sintomas?: (cada um dos sintomas a seguir apresentado, refere-se ao trabalho e à maneira como se sente no seu emprego, correspondendo cada uma das frases à frequência com que esse sentimento ocorre, assim, pedimos-lhe que assinale relativamente a cada frase, um “X” no quadrado respectivo [X]).

	Nunca	Algumas vezes por ano	Todas as semanas	Algumas vezes por mês	Todas as semanas	Algumas vezes por semana	Todas as dias
1. Sinto-me emocionalmente esgotado/a com o meu trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto-me esgotado/a no fim do meu dia de trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me fatigado/a quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Posso facilmente compreender como os meus utentes/doentes se sentem acerca das coisas que acontecem -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que trato alguns dos utentes/doentes como “objectos” impessoais -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O trabalho com pessoas durante todo o dia esgota-me bastante -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lido de um forma muito eficaz com os problemas dos meus utentes/doentes -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me exausto/a com o meu trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sinto que estou a influenciar positivamente as vidas de outras pessoas através do meu trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Desde que comecei este trabalho tornei-me mais insensível para com as pessoas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aborrece-me que o tipo de trabalho que desempenho me pressione bastante emocionalmente -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me cheio de energia -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sinto-me frustrado/a com o trabalho que realizo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sinto que estou a trabalhar com demasiada pressão no meu emprego ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Algumas vezes por ano	Todos os meses	Algumas vezes por mês	Todos os semanas	Algumas vezes por semana	Todos os dias
15. Não me importo grandemente com o que acontece aos meus utentes/doentes -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trabalhar directamente com as pessoas faz-me sentir demasiado stresse -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Posso criar facilmente uma atmosfera relaxante com os meus utentes/doentes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sinto-me estimulado(a) após trabalhar ao pé dos meus utentes/doentes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. No trabalho que desempenho tenho realizado muitas coisas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sinto-me no limite das minhas forças -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. No meu trabalho lido com os problemas emocionais de uma forma muito calma -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sinto que os utentes/doentes me culpam por alguns dos seus problemas --	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE E

«JSMERT»

x) Como é que classifica o seu mal-estar nos últimos 30 dias (*assinale um "X" no número da escala [de 1 a 6] de acordo com a forma como sentiu esse mal-estar*).

Pouco					Muito
①	②	③	④	⑤	⑥

y) Indique os sintomas de mal-estar relacionados com o trabalho que habitualmente mais o afectam, *assinlando um "X" no número da escala [de 1 a 6] que melhor corresponde à intensidade sentida*.

	Pouco					Muito
1. Irritabilidade, perda de paciência com facilidade -----	①	②	③	④	⑤	⑥
2. Dores musculares e de coluna -----	①	②	③	④	⑤	⑥
3. Dores de Cabeça -----	①	②	③	④	⑤	⑥
4. Agitação, comportamento impulsivo, incapacidade para relaxar -----	①	②	③	④	⑤	⑥
5. Sentimento de solidão, tristeza, choro fácil e imotivado --	①	②	③	④	⑤	⑥
6. Sentimento de exaustão emocional, distanciamento afectivo de clientes e colegas e falta de realização pessoal --	①	②	③	④	⑤	⑥
7. Deixar de fazer actividades de lazer -----	①	②	③	④	⑤	⑥
8. Dores de estômago, azia, náuseas ou vômitos -----	①	②	③	④	⑤	⑥
9. Perda de energia e cansaço -----	①	②	③	④	⑤	⑥
10. Insónia -----	①	②	③	④	⑤	⑥
11. Dificuldades no relacionamento interpessoal no trabalho e em família -----	①	②	③	④	⑤	⑥
12. Mudanças bruscas de humor -----	①	②	③	④	⑤	⑥
13. Falta de tempo para a família e amigos -----	①	②	③	④	⑤	⑥
14. Palpitações, taquicardia, dor no peito -----	①	②	③	④	⑤	⑥
15. Perda de confiança, de auto-estima e incapacidade para lidar com as situações -----	①	②	③	④	⑤	⑥
16. Dificuldade de concentração -----	①	②	③	④	⑤	⑥
17. Problemas intestinais -----	①	②	③	④	⑤	⑥
18. Hipertensão arterial/hipotensão arterial -----	①	②	③	④	⑤	⑥
19. Alergias -----	①	②	③	④	⑤	⑥
20. Sentimentos de falta de apoio, de perda de esperança e do sentido da vida -----	①	②	③	④	⑤	⑥
21. Problemas respiratórios -----	①	②	③	④	⑤	⑥
22. Perda ou aumento de apetite, perda ou ganho súbito de peso -----	①	②	③	④	⑤	⑥
23. Sensação de peso nas pernas e braços -----	①	②	③	④	⑤	⑥

	Pouco			Muito		
	1	2	3	4	5	6
24. Esquecimentos -----	1	2	3	4	5	6
25. Sonolência excessiva -----	1	2	3	4	5	6
26. Absentismo, desleixo, baixo rendimento profissional ----	1	2	3	4	5	6
27. Isolamento, apatia, aborrecimento constante -----	1	2	3	4	5	6
28. Infecções graves/situações tumorais -----	1	2	3	4	5	6
29. Perturbações da visão -----	1	2	3	4	5	6
30. Dificuldades em tomar decisões -----	1	2	3	4	5	6
31. Sentimento de incapacidade e de inutilidade -----	1	2	3	4	5	6
32. Sentimento de falta de reconhecimento profissional -----	1	2	3	4	5	6
33. Alteração da temperatura corporal, aumento da transpiração, tremores -----	1	2	3	4	5	6
34. Problemas cardíacos -----	1	2	3	4	5	6
35. Doenças Endócrinas -----	1	2	3	4	5	6
36. Maior propensão para a ocorrência de acidentes -----	1	2	3	4	5	6
37. Problemas sexuais -----	1	2	3	4	5	6
38. Aumento do consumo de café, álcool, tabaco, tranquilizantes ou outras substâncias -----	1	2	3	4	5	6
39. Alterações menstruais -----	1	2	3	4	5	6
40. Sensação de mal-estar geral -----	1	2	3	4	5	6
41. Problemas da pele -----	1	2	3	4	5	6
42. Tonturas e sensação de desmaio -----	1	2	3	4	5	6
43. Infertilidade -----	1	2	3	4	5	6
44. Sentimento de excesso de responsabilidades -----	1	2	3	4	5	6
45. Sentimentos de inveja, ciúme, medo, culpabilidade ou vergonha -----	1	2	3	4	5	6
46. Dificuldade em interpretar a realidade -----	1	2	3	4	5	6
47. Pensamento constante sobre um só assunto -----	1	2	3	4	5	6
48. Tiques nervosos -----	1	2	3	4	5	6
49. Acidentes de trabalho ou de viação -----	1	2	3	4	5	6

PARTE F

«EOA de 5 itens» de Siquira (1995)

z.1) Abaixo estão listados vários sentimentos e emoções que alguém poderia ter em relação à empresa onde trabalha. Indique o quanto sente estes sentimentos e emoções (assinale com uma cruz "X" no quadrado respectivo , aquelas que melhor representam a sua resposta)

	Nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Entremamente
1. Orgulhoso dela -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Contente com ela -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entusiasmado com ela -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Interessado por ela -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Animado com ela -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

«EET» de Siquira (1995)

z.2) A seguir estão cinco frases referentes ao seu trabalho atual. Indique o quanto concorda ou discorda de cada uma delas. (assinale com uma cruz "X" no quadrado respectivo , aquelas que melhor representa a sua resposta).

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Discordo pouco	Não concordo nem discordo	Concordo pouco	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. As maiores satisfações de minha vida vêm do meu trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As horas que passo trabalhando são as melhores horas do meu dia -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As coisas mais importantes que acontecem em minha vida envolvem meu trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu como, vivo e respiro o meu trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu estou pessoalmente muito ligado ao meu trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

z.3) As frases abaixo falam a respeito de alguns aspectos do seu trabalho atual. Indique o quanto se sente satisfeito ou insatisfeito com cada um deles. (assinale com uma cruz "X" no quadrado respectivo ☐, aquelas que melhor representa a sua resposta).

	Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
1. Com o espírito de colaboração dos meus colegas de trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Com o número de vezes que já fui promovido nesta instituição -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Com o meu salário comparado com o quanto eu trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com o tipo de amizade que os meus colegas demonstram por mim -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Com o grau de interesse que as minhas tarefas me despertam -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Com o meu salário comparado à minha capacidade profissional -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Com a maneira como esta instituição realiza promoções do seu pessoal -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Com a capacidade do meu trabalho me absorver ---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Com as oportunidades de ser promovido nesta instituição -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Com o entendimento entre mim e o meu chefe ---	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Com o meu salário comparado aos meus esforços no trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Com a maneira como o meu chefe me trata -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Com a variedade de tarefas que realizo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Com a confiança que eu posso ter nos meus colegas de trabalho -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Com a capacidade profissional do meu chefe -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... *Mais uma vez,*

Muito obrigado pela sua colaboração.

Anexo 2 – Instrumentos utilizados no estudo 6

INSTRUÇÕES

Responda a este questionário de uma forma honesta e espontânea. Nas perguntas abertas (____) pede-se que dê uma resposta directa e breve, escrevendo com letra legível. Nas perguntas fechadas (ex.: ou) assinale com um "X" (ex.:) a opção que considera mais correcta.

PARTE A

a) Idade: _____ anos.

b) Sexo: M F

c) Categoria profissional (indique somente uma opção, assinalando com um "X" no quadrado respectivo []):

- Enfermeiro -----

- Enfermeiro graduado -----

- Enfermeiro Especialista -----

- Enfermeiro Chefe -----

- Enfermeiro Supervisor -----

d) Para além da categoria na carreira, desempenhou algum outro cargo/função de chefia ou direcção?:

Sim Não

PARTE B

«LOT – R», de Scheier, Carver & Bridges (1994), adaptado por Faria (1999)

e) Não há respostas certas ou erradas. Responda de acordo com os seus sentimentos e não de acordo com o que acha socialmente correcto (assinale com uma cruz "X" no quadrado respectivo [, aquela que se aproxima do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece).

	Discordo bastante	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo bastante
1. Em situações difíceis, espero sempre o melhor -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sou sempre optimista em relação ao futuro -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quase nunca espero que as coisas corram a meu favor -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Raramente espero que as coisas boas me aconteçam -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No conjunto, espero que me aconteçam mais coisas boas que más -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE C

« MSR » de Hise (2000), adaptada por Martins (2000)

f) Segue-se um conjunto de afirmações utilizadas para as pessoas se descreverem a si próprias, relativamente ao **momento actual** (assinale com uma cruz "X" no quadrado respectivo , aquela que melhor indica o seu grau de concordância ao que é afirmado).

	Discorda totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Tenho alguém que gosta de mim. -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho alguém fora da minha casa a quem possa falar sobre os meus problemas ou sentimentos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fico satisfeito quando faço as coisas sem ajuda -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sei que posso contar com a minha família quando preciso -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu acredito que tudo me irá correr bem --	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Faço coisas de forma simpática, o que faz as pessoas gostarem de mim -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho fé em Deus -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Estou deseioso de experimentar coisas novas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gosto de fazer bem o que faço -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sinto que o que faço ajuda a que as coisas resultem -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu gosto de mim -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu posso concentrar-me numa tarefa e continuar com ela durante algum tempo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu tenho sentido de humor -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Faço planos para realizar coisas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE D

«23 QVS» de Vaz Serra (2000)

v) Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a sua resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea (assinale com uma cruz "X" no quadrado respectivo , aquela que se aproxima do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece).

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com uma ou mais amigos que me servem de confidentes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os problemas do dia-a-dia -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver, usualmente consigo alguém que me possa ajudar -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia, sou mais para me queixar, do que para me esforçar para as resolver -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu provento -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nas alturas oportunas, custa-me expressar abertamente aquilo que sinto -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Perante os problemas da minha vida, sou mais de fugir do que lutar -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

... *Muito obrigado pela sua colaboração.*

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. Ao nível da relação que estabelece com utentes/doentes e familiares, colegas e outros profissionais, considera-se bem ou mal sucedido?
- 2.1. Como é que explica os sucessos que tem obtido ao longo da sua prática profissional?
(se necessário pode exemplificar com a sua melhor experiência profissional)
- 2.2. Como é que explica os insucessos que tem obtido ao nível do seu desempenho profissional?
(se necessário pode exemplificar com a sua pior experiência profissional)
3. De que forma superou as suas piores experiências profissionais?
4. Sente que os objectivos que tinha antes de iniciar a prática profissional foram alcançados?
5. Num esforço de antecipação do seu futuro profissional, como é que perspectiva a sua motivação para alcançar os resultados que pretende para a sua prática profissional?
6. Como é que a sua motivação profissional poderia ser aumentada?
7. Quais as estratégias que sugere aos seus colegas, de modo a puderem ultrapassar as dificuldades da sua prática diária?
8. Que sugestões faria aos responsáveis da organização de forma a permitir uma maior motivação dos seus profissionais?
9. Quais os factores mais importantes que pensa que contribuem para fazer face às dificuldades e exigências da sua prática profissional?
- 10.1. Quais as estratégias que utiliza para promover o bom ambiente de trabalho dos colegas?
- 10.2. Quais as estratégias que utiliza para promover o bem-estar dos utentes/doentes?

Anexo 3 – Instrumentos utilizados no estudo 7

QUESTIONÁRIO

INSTRUÇÕES

Responda a este questionário de uma forma honesta e espontânea, até mesmo porque não existem respostas melhores ou piores, até mesmo porque a resposta correcta é aquela que exprime com veracidade a sua própria experiência. Nas perguntas abertas (____) pede-se que dê uma resposta directa e breve, escrevendo com letra legível. Nas perguntas fechadas (ex.:) assinale com um "X" (ex.:) a opção que considera mais correcta.

PARTE A

a) Idade: _____ anos.

b) Sexo: M F

c) Grupo profissional:

- Enfermagem -----

- Auxiliar de Acção Médica -----

- Outro -----

- Qual? _____

d) Tempo de exercício profissional: _____ anos.

PARTE B

«MVCMS» de Jesus (1996), adaptado por Graça (2006)

e) Como é que classifica o seu mal-estar nos últimos 30 dias (assinale um "X" no número da escala [de 1 a 6] de acordo com a forma como sentiu esse mal-estar).

Pouco			Muito		
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

g) Indique o grau em que concorda ou discorda de cada afirmação seguinte (assinale com uma cruz "X" no quadrado respectivo , aquelas que melhor representa a sua resposta).

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
1. A minha profissão proporciona-me um sentimento de realização -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto uma grande satisfação pessoal, quando exerço a minha profissão -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabalhar na minha profissão aumenta os meus sentimentos de auto-estima -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco ou nem Discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
4. Ter esta profissão contribui para o meu desenvolvimento pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando um doente cumpre as indicações que lhe são dadas no serviço, normalmente é porque encontro modos adequados para transmitir a informação necessária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando realmente, tento, consigo ter êxito, mesmo com os doentes que são "mais difíceis"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Quando os meus doentes melhoram a sua postura em relação ao meu atendimento no serviço, normalmente é porque encontro processos de abordagem mais adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Se tudo corre bem no meu serviço, tal pode ser devido aos meus conhecimentos e aptidões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se um doente não adere à terapêutica, normalmente sei como fazer para o levar a seguir as orientações da equipa de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se um doente não cumpre as orientações que lhe foram dada pela equipa de saúde, eu sou capaz de avaliar até que ponto elas ultrapassam o nível razoável de dificuldade de percepção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h) Indique a sua opinião sobre os seus comportamentos mais frequentes face aos doentes (anote com uma cruz "X" no quadrado respectivo ☒, aquelas que melhor representam a sua resposta).

	Nunca	Quase nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Ao verificar que um doente falta ao respeito a alguém no meus local de trabalho explico-lhe de forma clara que essa atitude não é correcta, tentando não ser agressivo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Perante um doente impossibilitado de comunicar verbalmente, procuro uma outra alternativa viável de comunicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando um doente sente necessidade de falar, escuto-o empaticamente, procurando compreende-lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Procuro conhecer os doentes e tratá-los pelo nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ao comunicar com um doente, procuro utilizar uma voz firme, segura e com um tom agradável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Perante um doente que recusa uma determinada orientação clínica, cuidado ou tratamento, recorro a outras forma de validar, junto dele, a necessidade da realização dessa mesma orientação clínica, cuidado ou tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subescalas AS da «EADS de 21 itens» de Lovibond e Lovibond (1995)
na adaptação portuguesa de Pais-Ribeiro, Hourado e Leal (2004)

u) Leia as afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim;
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes;
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes;
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes.

1. Tive dificuldade em me acalmar -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
2. Senti a minha boca seca -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
3. Senti dificuldades em respirar -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
5. Senti tremores (por exemplo nas mãos) -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3
6. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input checked="" type="radio"/> 3
7. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8. Dei por mim a ficar agitado -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9. Senti dificuldade em me relaxar -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
10. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
11. Senti-me quase a entrar em pânico -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
12. Senti que por vezes estava sensível -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
13. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
12. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso -----	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Obrigado pela colaboração.

Anexo 4 – Autorizações das instituições para a realização dos estudos



Exmo. Senhor
Enf. Nuno Álvaro Caneca Murcho
Urb. Quinta da Palmeira, Lote 33
8000 Faro

025359 '08 11-27

Sua Referência

Sua Comunicação
20/10/2008

Nossa Referência
117/ED

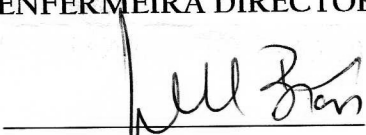
Data
27.11.2008

ASSUNTO: Estudo "mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros"
Investigador: enfermeiro Álvaro Caneca Murcho

Em resposta ao V. ofício datado de 20 de Outubro de 2008, sobre o assunto supra citado, vimos informar V. Exa. que ouvidos os Enf. Supervisores e conforme parecer da Comissão de Ética, o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos, *personals*

ENFERMEIRA DIRECTORA


(M^a Filomena Martins)

Na resposta indicar a "nossa referência". Em cada ofício tratar só de um Assunto.





Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
PORTIMÃO - LAGOS

Portimão (sede):

Tel. 282 450 300 Fax. 282 450 390

Sítio do Poço Seco, 8500-338 Portimão

Lagos:

Tel. 282 770 100 Fax. 282 763 115

R. Castelo dos Governadores, 8600-563 Lagos

Exmo. Senhor

Nuno Álvaro Caneca Murcho

Urbanização Quinta da Palmeira, Lote 33

8000 FARO

S/ Refª N.º
Data: 18/07/2007

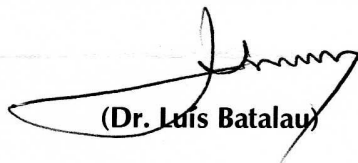
N/Refª N.º 553/PCA/sl
Data: 23/08/2007

Assunto: Projecto de Investigação

Na sequência do V. ofício, de 18 de Julho último, a solicitar autorização para a realização de um questionário ao pessoal de enfermagem dos serviços da Unidade Portimão do CHBA, no âmbito de um projecto de investigação sobre a temática do *mal-estar relacionado com o trabalho em enfermeiros*, vimos pelo presente informar V. Ex.ª de que o mesmo foi apreciado em reunião de Conselho de Administração, de 22 de Agosto de 2007, tendo sido "autorizado nos moldes propostos e de acordo com os Enfermeiros Chefes dos Serviços".

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração,



(Dr. Luís Batalau)



as4566046

De: Administração HDF [administracao@hdfaro.min-saude.pt]

Enviado: quinta-feira, 9 de Agosto de 2007 15:45

Para: nunalvaro@sapo.pt

Assunto: Aplicação de instrumento de colheita de dados

Exmo. Senhor
Enfº Nuno Álvaro Caneca Murcho

Vimos por este meio informar que foi autorizado, por deliberação do Conselho de Administração de 08.08.2007, a aplicação do instrumento de colheita de dados, no âmbito do Doutoramento em Psicologia que V.Exa. se encontra a frequentar.

Com os melhores cumprimentos,

Valéria Luis
Secretariado do Conselho de Administração

No virus found in this incoming message.
Checked by AVG Free Edition.
Version: 7.5.476 / Virus Database: 269.11.8/940 - Release Date: 06-08-2007 16:53

22-09-2007

