



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

***BURNOUT* E ESTILOS DE
VIDA
EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Tese para a obtenção do grau de doutor no ramo de Psicologia,
especialidade de Psicologia da Saúde**

JOSÉ EUSÉBIO PALMA PACHECO

ORIENTADOR: PROF. DOUTOR SAUL NEVES DE JESUS

Constituição do Júri:

Presidente: Reitor da Universidade do Algarve

Vogais: Doutor Juan José Miguel Tobal

Doutor Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira

Doutor Saul Neves de Jesus

Doutora Alexandra Isabel Dias Reis

Doutora Anabela Maria Sousa Pereira

Doutor José Carlos Pestana dos Santos Cruz

Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

**FARO
2005**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**BURNOUT E ESTILOS DE VIDA
EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

**Tese para a obtenção do grau de doutor no ramo de Psicologia,
especialidade de Psicologia da Saúde**

JOSÉ EUSÉBIO PALMA PACHECO

ORIENTADOR: PROF. DOUTOR SAUL NEVES DE JESUS

Constituição do Júri:

Presidente: Reitor da Universidade do Algarve

Vogais: Doutor Juan José Miguel Tobal

Doutor Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira

Doutor Saul Neves de Jesus

Doutora Alexandra Isabel Dias Reis

Doutora Anabela Maria Sousa Pereira

Doutor José Carlos Pestana dos Santos Cruz

Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

**FARO
2005**

“Os deuses concederam-nos uma
longa vida mas nós abreviámo-la”

(Sêneca, séc. I; *in* Birkenbihl, 2000)

Aos meus pais, Almerinda e Pacheco,
à Justina e à Andreia, que me acompanham, e
à Maria Catarina, que sempre soube estar presente.

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação teve diversos estímulos e apoios que gostaria de referir.

Em primeiro lugar, o meu agradecimento e reconhecimento pela forma, dedicação e acompanhamento que o meu orientador, Professor Doutor Saul Neves de Jesus, colocou na realização deste trabalho, contribuindo de forma decisiva não só para a realização deste, como para o meu desenvolvimento académico e pessoal, demonstrado pela sua permanente disponibilidade e pela forma como acreditou em mim, o que muito me encorajou na realização desta tarefa.

O meu agradecimento pela permissão do tempo em que usufruí do Prodep, dada pela minha Instituição, Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve, na pessoa da Professora Doutora Nídia Braz.

À Mestre Filomena Matos e à Mestre Maria José, bem como a todos os outros colegas, em geral, que me ajudaram a reflectir dando sugestões importantes acerca de alguns aspectos deste trabalho.

Agradeço de igual forma à Professora Doutora Itziar Díez, ao Professor Doutor Pestana Cruz, à Mestre Helena José, à Dra. Isabel Canadas e ao Dr. Nuno Murcho pelo incentivo e apoio prestados.

Pela colaboração na aplicação dos instrumentos de pesquisa utilizados nesta dissertação, agradeço a colaboração de todos os profissionais de saúde, em particular, à Dra. Maria Antónia São Brás, à Dra. Isabel Mota e ao Dr. Severino Carreira, do Hospital Distrital de Faro, e à Mestre Amélia Gracias e ao Dr. Francisco Aleixo, do Hospital do Barlavento Algarvio, assim como à Dra. Eugénia Freitas Domingues, do Centro de Saúde de Olhão, e ainda, em termos institucionais pela permissão concedida para a aplicação dos instrumentos, ao Hospital Distrital de Faro, ao Hospital do Barlavento Algarvio, SA e ao Centro de Saúde de Olhão.

Por fim, um agradecimento especial para a minha família e os meus amigos que me apoiaram e incentivaram durante o período de realização desta dissertação.

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

ORIENTADOR: SAUL NEVES DE JESUS

TITULO DA TESE: *BURNOUT* E ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

Este trabalho baseia-se na convicção de que o *burnout* e os estilos de vida estão associados, podendo interferir no bem-estar e na saúde.

Neste sentido, para um primeiro estudo, foi delineada uma pesquisa de tipo exploratório e descritivo, tendo como objectivo identificar e analisar os factores de *burnout*, os estilos de vida e, ainda, as estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais de saúde, e estabelecer uma relação entre estas variáveis.

Um segundo estudo longitudinal foi desenhado tendo como objectivo a importância da formação na promoção de estilos de vida saudáveis.

A amostra foi constituída por 357 profissionais de saúde de dois hospitais para o primeiro estudo. Para o segundo estudo a amostra foi constituída por 16 enfermeiras de um Centro de Saúde, dependendo da disponibilidade e acessibilidade dos profissionais destas instituições.

Previamente realizámos estudos de campo e uma revisão bibliográfica pertinente para esta temática, definindo um quadro teórico que permitiu estabelecer as hipóteses estudadas.

Dos resultados obtidos evidenciam-se os seguintes aspectos:

- dos profissionais de saúde, 23,8% apresentam elevados níveis de exaustão emocional, 24,9% de despersonalização e 39,2% de realização pessoal;
- o estilo de vida nos profissionais de saúde de uma forma geral influencia o *burnout*;
- o estilo de vida nos médicos influencia a exaustão emocional e a realização pessoal, não influenciando a despersonalização;
- nos enfermeiros o estilo de vida influencia a exaustão emocional e a despersonalização, não influenciando a realização pessoal;
- a satisfação com os estilos de vida influencia nos médicos a exaustão emocional e a realização pessoal e nos enfermeiros a exaustão

emocional, a despersonalização e a realização pessoal;

- a frequência nas relações interpessoais nos profissionais de saúde influenciam a exaustão emocional e a realização pessoal;
- o tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde não influencia o *burnout*;
- nos profissionais de saúde o *coping* centrado no controlo influencia a realização pessoal;
- nos profissionais de saúde o *coping* centrado no escape influencia a exaustão emocional e a despersonalização;
- a formação influencia os estilos de vida conduzindo a uma melhor percepção do estilo de vida, a relações interpessoais mais satisfatórias e a um consumo de substâncias mais adequado.

Palavras-chave: *Burnout*, *coping*, consumo de substâncias, estilos de vida, relações interpessoais e satisfação com estilos de vida.

COLLEGE OF HUMAN AND SOCIAL SCIENCES

GUIDE: SAUL NEVES DE JESUS

TITLE OF THE THESIS: *BURNOUT* AND STYLES OF LIFE IN HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT

This work is based on the certainty of that *burnout* and the life styles are associates, being able to intervene with well-being and the health.

In this direction, for a first study, a research of exploratory and descriptive type was delineated, having as objective to identify and to analyse the factors of *burnout*, the styles of life and, still, the strategies of *coping* used by the health professionals, and to establish a relation between these variable.

As a longitudinal study it was drawn having as objective the importance of the formation in the promotion of healthful styles of life.

The sample was constituted by 357 professionals of health of two hospitals for the first study. For the second study the sample was constituted by 16 nurses of a health center, depending on the availability and accessibility of the professionals of these institutions.

Previously we carried through field studies and pertinent a bibliographical revision for this thematic one, defining a theoretical picture that allowed to establish the studied hypotheses.

Of the gotten results the following aspects are proven:

- of the health professionals, 23.8% present high levels of emotional exhaustion, 24.9% of depersonalisation and 39.2% of personal accomplishment;
- the style of life in the professionals of health of one forms generality influences *burnout*;
- the style of life in the doctors influences the emotional exhaustion and the personal accomplishment, not influencing the depersonalisation;
- in the nurses the life style influences the emotional exhaustion and the depersonalisation, not influencing the personal accomplishment;
- the satisfaction with the life styles influences in the doctors the emotional exhaustion and the personal accomplishment and in the nurses the

emotional exhaustion, the depersonalisation and the personal accomplishment;

- the frequency in the interpersonal relations in the health professionals influences the emotional exhaustion and the personal accomplishment;
- the type of hospital organization in the health professionals does not influence *burnout*;
- in the health professionals *coping* centred in the control influences the a personal accomplishment;
- in the health professionals *coping* centred in the escape influences the a emotional exhaustion and the depersonalisation;
- the formation influences the styles of life leading to one better perception of the life style, the more satisfactory interpersonal relations and to a substance consumption more adjusted.

Key-words: *Burnout*, *coping*, substance consumption, the life styles, interpersonal relations and satisfaction with styles of life.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	24
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO 1 – STRESSE E STRESSE OCUPACIONAL.....	34
1.1 STRESSE	34
1.1.1 Definição de stresse	34
1.1.2 Respostas individuais ao stresse	41
1.1.3 Stresse e doença	44
1.1.4 Stresse e bem-estar	46
1.2 STRESSE OCUPACIONAL.....	47
1.2.1 Definição de stresse ocupacional	47
1.2.2 Stresse ocupacional nos profissionais de saúde	53
CAPÍTULO 2 – BURNOUT E COPING.....	63
2.1 <i>BURNOUT</i>	63
2.1.1 Definição de <i>burnout</i>	63
2.1.2 <i>Burnout</i> em profissionais de saúde.....	76
2.1.3 <i>Burnout</i> e cultura organizacional.....	91
2.2 <i>COPING</i>	96
2.2.1 Definição de <i> coping</i>	96
2.2.2 <i>Coping</i> orientado para o controlo, evitamento e gestão de sintomas.....	103
2.2.3 <i>Coping</i> e <i>burnout</i>	108
CAPÍTULO 3 – ESTILOS DE VIDA.....	114
3.1 ESTILOS DE VIDA.....	114

3.1.1 Definição de estilos de vida	114
3.2 FACTORES DOS ESTILOS DE VIDA IMPORTANTES NA SAÚDE	129
3.2.1 Tabaco	130
3.2.2 Álcool	139
3.2.3 Sinistralidade rodoviária e álcool	146
3.2.4 Café	149
3.2.5 Sono	151
3.2.6 (Auto) medicação	155
3.2.7 Alimentação	157
3.2.8 Exercício físico	163
3.2.9 Gestão de tempo livre	169
CAPÍTULO 4 – IMPLICAÇÕES DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	173
4.1 O DESENVOLVIMENTO PESSOAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	173
4.1.1 Self	173
4.1.2 Autoconceito	177
4.1.3 Autoestima	181
4.2 BURNOUT, COPING, ESTILOS DE VIDA E SAÚDE	183
PARTE II – ESTUDOS DE CAMPO	
CAPÍTULO 5 – ESTUDO DO BURNOUT, COPING E DOS ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE	189
5.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	189
5.1.1 Abordagem metodológica	189
5.1.2 Delineamento do estudo	189

5.1.2.1 Principais hipóteses.....	190
5.1.3 Amostra e procedimento.....	192
5.1.4 Instrumentos de pesquisa.....	198
5.1.4.1 Descrição do instrumento de avaliação do <i>burnout</i>	198
5.1.4.1.1 Análise descritiva das variáveis do instrumento de <i>burnout</i>	204
5.1.4.1.1.1 Análise descritiva das variáveis de <i>burnout</i> no Hospital Distrital de Faro.....	205
5.1.4.1.1.2 Análise descritiva das variáveis de <i>burnout</i> no Hospital do Barlavento Algarvio.....	206
5.1.4.2 Descrição do instrumento de avaliação do <i>coping</i>	207
5.1.4.2.1 Análise descritiva das variáveis do instrumento de <i>coping</i>	210
5.1.4.2.1.1 Análise descritiva das variáveis de <i>coping</i> no Hospital Distrital de Faro.....	211
5.1.4.2.1.2 Análise descritiva das variáveis de <i>coping</i> no Hospital do Barlavento Algarvio.....	212
5.1.4.3 Descrição do instrumento de avaliação dos estilos de vida.....	212
5.1.4.3.1 Considerações metodológicas sobre a formulação do instrumento de avaliação dos estilos de vida.....	217
5.1.4.3.2 Análise descritiva das variáveis do questionário de estilos de vida.....	226
5.1.4.3.2.1 Análise descritiva das variáveis do questionário de estilos de vida no Hospital Distrital de Faro.....	227
5.1.4.3.2.2 Análise descritiva das variáveis do questionário de estilos de vida no Hospital do Barlavento Algarvio.....	228
5.1.4.3.3 Análise descritiva das variáveis de caracterização dos estilos de vida.....	228
5.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	236
5.2.1 Análise da correlação entre <i>burnout</i> , <i>coping</i> e estilos de vida.....	236
5.2.2 Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio- demográficas, o <i>burnout</i> , o <i>coping</i> e os estilos de vida.....	241

5.2.2.1 <i>Burnout</i> e as variáveis sócio-demográficas.....	242
5.2.2.2 <i>Coping</i> e as variáveis sócio-demográficas.....	244
5.2.2.3 Estilos de vida e as variáveis sócio-demográficas.....	246
5.2.3 Análise das hipóteses formuladas.....	255
5.2.3.1 Descrição dos resultados.....	256
5.2.4 Discussão dos resultados.....	268
CAPÍTULO 6 – ESTUDO DA IMPLICAÇÃO DA FORMAÇÃO NOS ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	302
6.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	302
6.1.1 Abordagem metodológica.....	302
6.1.2 Delineamento do estudo.....	302
6.1.2.1 Programa de formação sobre os estilos de vida.....	305
6.1.3 Delimitação da hipótese.....	307
6.1.4 Amostra e procedimento.....	307
6.1.4.1 Análise descritiva das variáveis sócio-demográficas.....	308
6.1.5 Descrição do instrumento de avaliação dos estilos de vida.....	310
6.2 ANÁLISE DA HIPÓTESE FORMULADA.....	311
6.2.1 Descrição dos resultados.....	311
6.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	315
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....	318
BIBLIOGRAFIA.....	329
ANEXOS.....	376
I – Itens do instrumento para avaliar as variáveis de <i>burnout</i> em estudo	
II – Itens do instrumento para avaliar as variáveis de <i>coping</i> em estudo	
III – Itens do instrumento para avaliar as variáveis dos estilos de vida no primeiro estudo	

IV – Itens do instrumento para avaliar as variáveis dos estilos de vida segundo estudo

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Processo de desenvolvimento de situações de <i>eustress</i> e de <i>distress</i>	35
Figura 2: Modelo de controlo de stresse em ambientes de vida e saúde.....	38
Figura 3: Modelo processual de stresse de Sandín.....	40
Figura 4: Modelo compreensivo de stresse.....	41
Figura 5: O processo durante a situação de stresse.....	43
Figura 6: Stresse e doença.....	45
Figura 7: Modelo do processo de <i>burnout</i>	68
Figura 8: Modelo do contágio do <i>burnout</i>	78
Figura 9: Estratégias usadas em situações indutoras de stresse.....	102
Figura 10: Diagrama de um esquema resultante das correlações significativas entre as sub-escalas do <i>burnout</i> e dos estilos de vida.....	238
Figura 11: Diagrama de um modelo resultante das correlações significativas entre as sub-escalas de <i>coping</i> e do <i>burnout</i> e estilos de vida.....	240
Figura 12: Diagrama de um modelo resultante do teste das hipóteses entre os estilos de vida, o <i>burnout</i> e o <i>coping</i> para os profissionais de saúde.....	300

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 : Percentagem de fumadores e número de cigarros por dia.....	137
Quadro 2: Cálculo do consumo de álcool em unidades e gramas.....	143
Quadro 3: Acidentes de Viação 2002/2001.....	147
Quadro 4: Frequências e percentagens obtidas para a variável serviço onde exerce a sua profissão.....	195
Quadro 5: Percentagens obtidas para a variável Categoria Profissional nos médicos.....	196
Quadro 6: Percentagens obtidas para a variável Categoria Profissional nos enfermeiros.....	196
Quadro 7: Classificação tripartida estatística nas amostras originais.....	202
Quadro 8: Resultados obtidos da consistência do MBI e das suas sub-escalas.....	204
Quadro 9: Percentagens e estatística das sub-escalas do <i>burnout</i> nos profissionais de saúde.....	205
Quadro 10: Percentagens e estatística das sub-escalas do <i>burnout</i> nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro.....	206
Quadro 11: Percentagens e estatística das sub-escalas do <i>burnout</i> nos profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio.....	207
Quadro 12: Resultados obtidos da consistência interna das sub-escalas.....	210

Quadro 13: Estatística das sub-escalas do <i>coping</i> e valores máximo e mínimo nos profissionais de saúde.....	211
Quadro 14: Médias e desvios-padrão nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro das sub-escalas do <i>coping</i> e valores máximo e mínimo.....	212
Quadro 15: Médias e desvios-padrão nos profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio das sub-escalas do <i>coping</i> e valores máximo e mínimo.....	212
Quadro 16: Resultados obtidos da análise da correlação Item-total.....	222
Quadro 17: Resultados obtidos da análise da correlação Item-total.....	223
Quadro 18: Resultados obtidos da análise da correlação Item-total.....	223
Quadro 19: Resultados obtidos da análise da correlação Item-total.....	224
Quadro 20: Resultados obtidos da análise da correlação Item-total.....	224
Quadro 21: Resultados obtidos na consistência interna das sub-escalas e escala dos estilos de vida.....	225
Quadro 22: Estatística das sub-escalas dos estilos de vida e valores máximo e mínimo nos profissionais de saúde.....	227
Quadro 23: Médias e desvios-padrão nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro das sub-escalas dos	

estilos de vida e valores máximo e mínimo.....	227
Quadro 24: Médias e desvios-padrão nos profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio das sub-escalas dos estilos de vida e valores máximo e mínimo.....	228
Quadro 25: Médias, desvios-padrão e valores máximo e mínimo obtidos nas variáveis convívio com a família, extra laboral com os colegas de trabalho e os amigos.....	229
Quadro 26: Média, desvio-padrão e valores máximo e mínimo obtidos na variável consumo de cigarros.....	229
Quadro 27: Percentagens e valores máximos e mínimos obtidos na variável consumo de álcool.....	231
Quadro 28: Percentagem e valores máximo e mínimo obtidos na variável consumo de café.....	231
Quadro 29: Percentagens e valores máximos e mínimos obtidos na variável automedicação.....	232
Quadro 30: Percentagem e valores máximo e mínimo obtidos na variável mobilidade.....	232
Quadro 31: Percentagem e valores máximo e mínimo obtidos na variável práticas de condução.....	233
Quadro 32: Percentagens obtidas na variável hábitos de sono.....	233
Quadro 33: Percentagens obtidas na variável hábitos alimentares.....	234
Quadro 34: Percentagens obtidas na variável prática de exercício físico.....	234

Quadro 35: Médias, desvios padrão e valores máximos e mínimos obtidos na variável gestão de tempo livre.....	235
Quadro 36: Percentagem obtida na variável aproveita os períodos de folga para passear ou viajar.....	235
Quadro 37: Percentagem obtida na variável aproveita os períodos de férias para passear ou viajar.....	236
Quadro 38: Resultados obtidos na análise da correlação entre o <i>burnout</i> e as sub-escalas dos estilos de vida.....	237
Quadro 39: Correlação entre as sub-escalas do <i>burnout</i> e dos estilos de vida.....	237
Quadro 40: Resultados obtidos da análise da correlação entre as sub-escalas de <i>coping</i> , do <i>burnout</i> e dos estilos de vida.....	239
Quadro 41: Resultados obtidos da análise estatística entre as variáveis sócio-demográficas e as sub-escalas do <i>burnout</i> , do <i>coping</i> , e dos estilos de vida.....	242
Quadro 42: Resultado obtido da regressão entre as variáveis do estilo de vida e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.....	257
Quadro 43: Resultado obtido da regressão entre as variáveis relações interpessoais e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.....	258
Quadro 44: Resultado obtido da regressão entre as variáveis consumo de substâncias e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.....	260

Quadro 45: Resultado obtido da regressão entre as variáveis satisfação com estilos de vida e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.....	261
Quadro 46: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis tipo de organização hospitalar e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.....	262
Quadro 47: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis tipo de organização hospitalar e o estilo de vida, as relações interpessoais, o consumo de substâncias e a satisfação com estilos de vida.....	263
Quadro 48: Resultado obtido da regressão entre o <i>coping</i> centrado no controlo e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.....	265
Quadro 49: Resultado obtido da regressão entre o <i>coping</i> centrado no escape e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.....	266
Quadro 50: Resultado obtido da regressão entre o <i>coping</i> centrado na gestão de sintomas e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.....	268
Quadro 51: Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre os estilos de vida, no grupo experimental de enfermeiras.....	313
Quadro 52: Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre os estilos de vida, no grupo de controlo de enfermeiras.....	314

ABREVIATURAS

Cit. In – citado em.

Et al. – há dois ou mais autores e só está citado o primeiro.

Ibidem – no mesmo lugar; indica que a informação no texto foi extraída da mesma obra e da mesma página da fonte anterior.

Idem – do mesmo autor já citado.

In – em.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde, em particular os médicos e os enfermeiros, vivem lado a lado com situações em que está em causa a sua própria existência – a morte no limite – presente no exercício das funções que exercem.

A multiplicidade e a complexidade dos aspectos que caracterizam esta actuação em contexto hospitalar, em que se colocam situações como as mudanças organizacionais resultantes da nova lei de gestão hospitalar – transformação de trinta e um hospitais públicos (Sociedades Públicas Administrativas) em Sociedades Anónimas (SA) existindo no decurso desta investigação algumas alterações a este respeito -, do aumento do fluxo de doentes, de novas situações de doença (infecções hospitalares com estirpes cada vez mais resistentes), das cargas horárias de trabalho cada vez maiores, das relações profissionais em maior tensão resultante das definições do que é o acto médico ou não, das relações pessoais e familiares colocadas em causa devido, por exemplo, ao pouco tempo que os profissionais de saúde têm para privilegiar estas relações, pois estão demasiado tempo ausentes de casa e, por fim, os estilos de vida demasiado sedentários, gerindo menos bem os seus tempos livres, com pouco exercício físico, são alguns dos aspectos que contribuem para o elevado mal-estar destes profissionais, o que leva a que questionemos se é esta a qualidade de vida que estes profissionais desejam ter.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos Estados Unidos da América os custos do stresse e do stresse relacionado com os problemas das organizações, está estimado em cerca de 150 biliões de dólares anualmente (Bertolote & Fleischmann, 2002), onde 50% dos profissionais de saúde

apresentam altos níveis de stresse ocupacional (Kortum-Margot, 2002). Ainda esta organização refere, em geral, que cerca de 40% dos médicos apresentam *burnout*, podendo esta situação, afectar o seu bem-estar pessoal ou desempenho profissional (Bertolote & Fleischmann, 2002).

Ainda, as estimativas mundiais oriundas dos Estados Unidos revelam que entre 50% e 75% das idas ao médico decorrem, directamente ou indirectamente, de situações relacionadas com o stresse, equivalendo segundo a Agência Europeia para a Segurança no Trabalho a 60% da totalidade do absentismo nas empresas. Em Portugal, o anterior Ministro do Trabalho e da Segurança Social, Bagão Félix, disse serem quase 500.000 pessoas a faltarem diariamente ao trabalho, em que metade são por razões físicas e a outra metade por causas desconhecidas (Soares, 2004).

No que respeita ao estado de saúde dos portugueses, Portugal é o 29º País no índice de desenvolvimento na saúde entre 191 países, segundo a OMS. No que respeita à resposta em serviços de saúde figura entre os piores dos 50 países mais desenvolvidos, sendo o 38º entre 191 países (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003).

Considerando estes aspectos podemos estabelecer uma relação entre a saúde/doença e as economias dos países.

Andreasen (2003: 371) reflectindo acerca dos paradigmas por que tem passado o desenvolvimento da ciência, em geral, e da medicina, em particular, diz que fundamentalmente os cuidados médicos são considerados e discutidos primariamente em termos económicos, a maior parte das vezes para desalento de médicos e doentes, chegando ao ponto de dizer que a prestação dos cuidados médicos, actualmente é designada por «indústria dos cuidados de saúde», referindo que na década de 80 formaram-se grandes organizações de

cuidados de saúde de gestão privada que agora são uma força poderosa, e mesmo dominante, na medicina norte-americana. Isto transformou o contrato social entre paciente e médico, que na origem tinha sido orientado por princípios humanitários do juramento de Hipócrates, num contrato económico que é orientado pelos princípios do mercado de livre concorrência.

Esta autora diz ainda que, com demasiada frequência, a decisão-chave sobre os cuidados ao paciente foram retiradas da competência do médico (interferência com a autonomia e a competência profissionais) e colocadas nas mãos de gestores de serviços de saúde que não têm nenhuma experiência acerca do sofrimento humano.

Nesta abordagem é de se ter em conta o que nos é reportado pelo Plano Nacional de Saúde e o Instituto da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), em 2003, onde é afirmado que gastamos mais de 165 milhões de euros por ano em medicamentos para dormir, acalmar a dor e reduzir estados de ansiedade e depressivos e que a depressão atinge cerca de 20% da população e tende a aumentar (Soares, 2004).

Ora, segundo Vaz Serra (1999) não existe depressão sem ansiedade e a ansiedade relaciona-se com as situações de stresse. Desta forma, tendo isto em consideração, num estudo recente acerca da saúde (Soares, 2004), divulgado pelo Eurostat, é referido que os portugueses são os europeus que mais sentem stresse (40%).

É perante este quadro que verificamos existir elevados níveis de ansiedade e stresse nos profissionais de saúde, como nos mostram os estudos realizados nesta área, em que estes profissionais, não conseguindo arranjar estratégias eficazes - falamos do *coping* - para lidar com estes acontecimentos, vão

apresentando cansaço físico e emocional estando então, segundo Maslach (1978), presente um síndrome que é o *burnout*.

Dentro destas ideias, Freudenberger (1983) considera os estilos de vida como um dos aspectos importantes para o síndrome do *burnout* estar presente.

Nesta medida, surgiu como relevante verificar quais as situações problemáticas para estes profissionais de saúde no contexto de trabalho e o que se relacionam com esta matéria – colegas, apoio familiar e ocupação dos tempos livres, por exemplo -, e a forma como estes profissionais lidam com essas situações, pois estudos realizados revelam que é necessário aos profissionais lidarem adequadamente com o stresse, tendo como horizonte a promoção do seu sucesso e bem-estar. Quando as solicitações geradas por estes acontecimentos de vida os ultrapassam, surgem crises que devido às suas características podem levar ao stresse ocupacional.

O profissional deve, então, conseguir gerir as alterações provocadas por mudanças organizacionais e as provocadas pelo exercício das suas funções na dicotomia saúde/doença e, não raras vezes, vida/morte, em que estudos realizados relatam a presença de ideação suicida (Leppanen & Olkinuora, 1987; McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999) e, mesmo de suicídio (Leppanen & Olkinuora, 1987; Olkinuora *et al.*, 1992).

Todos estes aspectos, como acima vimos, podem relacionar-se com situações de ruptura – *burnout* – com todas as implicações que daí advêm.

As investigações realizadas dentro desta temática não são muitas – especialmente no nosso país – mas têm particular relevo os estudos feitos nos Estados Unidos (Leiter, 1990, 1991; Maslach & Jackson, 1997), onde se tem procurado compreender esta problemática relacionada com estes profissionais de saúde.

No decurso do nosso trabalho teremos como marcos teóricos uma perspectiva construtivista e contextual ou sistémica, pois o sujeito é activo na construção do seu próprio desenvolvimento psicológico, mas também teremos em conta que esse desenvolvimento se faz num determinado meio ambiente, pelo que o desenvolvimento de um sujeito ou o seu comportamento em uma determinada situação é fruto da interacção com o ambiente do dia-a-dia. Assim, teremos presente a perspectiva de transição ecológica de Bronfenbrenner (1977), tal como é descrita no seu livro “The Ecology of Human Development”.

Quanto aos quadros conceptuais do stresse e *coping*, a literatura mostra a importância que o stresse tem na vida dos indivíduos e a forma como pode produzir alterações, com quadros psicopatológicos – ansiedade e/ou pânico -, e o *coping* como fundamental na forma como se lida com os stressores e como o sujeito se adapta neste percurso de mudanças (Lazarus & Folkman, 1984; Compas, 1987; Fisher, 1994; Lazarus, 1999; Vaz Serra, 1999; Jesus, 2002). Neste processo, a família, as relações pessoais e profissionais e os estilos de vida, têm um papel importante na acção e desenvolvimento dos recursos pessoais dos médicos e enfermeiros.

Nesta perspectiva, e dentro do que acima expusemos, surge esta investigação, em que o objectivo principal é estudar o *burnout* e os estilos de vida em profissionais da saúde – identificando os principais factores de *burnout*, as estratégias usadas para lidar com esses mesmos agentes de stresse, bem como caracterizar e analisar a importância dos estilos de vida na sua relação com o *burnout* e o bem-estar.

Não encontramos investigações realizadas no nosso país acerca dos estilos de vida e sua relação com o *burnout*, pelo que se procurará contribuir para a compreensão desta problemática no caso dos profissionais de saúde, uma vez

que os estudos com particular relevo nos Estados Unidos e em alguns países da Europa têm como foco de estudo a qualidade de vida e não os estilos de vida sendo que, são os estilos de vida - traduzidos pelos hábitos e comportamentos – que vão influenciar a qualidade de vida.

Um parêntesis para dizer que o novo governo resultante das eleições de 20 de Fevereiro de 2005, através do Ministro da Saúde Correia de Campos, no dia 7 de Abril de 2005, fez saber que os 31 Hospitais SA existentes seriam transformados em Entidades Públicas Empresariais, em que a vantagem é a de não poderem ser convertidas em entidades privadas, continuando a ser uma aposta no sector público, o que viria a acontecer no dia 7 de Junho de 2005, com a publicação do decreto-lei nº 93 que juridicamente transformou os Hospitais SA em Empresas Públicas Empresarias (EPE) (“Jornal de Enfermagem”, Julho de 2005).

É nesta perspectiva que segundo McIntyre (1994), os estudos realizados acerca do stresse ocupacional, em geral, e com os profissionais de saúde, em particular, são raros. Apenas existem alguns estudos da área da saúde pública nomeadamente realizados com médicos em 1988 e 1994 (Cruz, Gomes & Melo, 2000). Foram ainda realizadas outras investigações com enfermeiros sobre o *burnout* (Queirós, 1998, 2005) e com médicos e enfermeiros acerca do stresse profissional (Jesus & Costa, 1998; Jesus, 2004; Jesus *et al.*, 2004).

Mas esta problemática é relevante para a qualidade da nossa vida, em geral, e da nossa saúde, em particular, pois é importante ter em consideração que mais de 80% das consultas médicas nos Estados Unidos da América devem-se a problemas derivados do stresse, como já referimos. É a própria Organização Mundial de Saúde que diz ser o stresse uma epidemia mundial, tendo sido

definido como a doença do século XX num Relatório das Nações Unidas (Jesus & Costa, 1998).

Assim, na presente época e com todas as condicionantes em que se insere a reforma do serviço nacional de saúde, mais do que nunca, os profissionais de saúde confrontam-se com acontecimentos de vida que causam bastante tensão, dúvidas e angústias quanto ao percurso profissional (público e privado), às opções que devem tomar (podem definir um futuro melhor ou pior, consoante a escolha), à gestão dos tempos livres, à carga horária de trabalho e conseqüente perturbação da qualidade dos cuidados prestados, ao relacionamento com os pares e família, etc.. As solicitações geradas por estes acontecimentos de vida podem ultrapassar os seus recursos de resposta, surgindo crises que, devido às suas características, podem levar ao *burnout*. Com a publicação do Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, em que se cria a rede de cuidados de saúde primários e em que se dá lugar a uma nova rede integrada de serviços de saúde, onde, para além do papel fundamental do Estado, podem co-existir entidades de natureza privada e social, com a gestão em regime de nomeação dos directores podendo ser um qualquer licenciado, abrindo, assim, as portas a outros profissionais que não os da área da saúde, e nos hospitais a criação de 31 hospitais empresa em regime SA até meados de 2005. Durante o decurso deste nosso trabalho, em finais de 2004, o Hospital do Barlavento Algarvio, SA passou a Cento Hospitalar do Barlavento Algarvio, SA incluindo o antigo Hospital de Lagos.

O profissional de saúde deve, então, conseguir gerir as alterações provocadas pelas mudanças organizacionais e, ao mesmo tempo, as solicitações a que está sujeito enquanto pessoa e profissional, o que implica uma adequação dos seus hábitos e estilos de vida a estas mudanças.

Assim, os estilos de vida são uma das questões mais prementes da actualidade, na saúde, estando ligados à eficácia dos profissionais e à qualidade de vida. Contudo, não podemos abordar os estilos de vida e o *burnout* sem considerarmos as condições a que os profissionais de saúde estão expostos na sua interacção com a instituição Hospital ou Centro de Saúde - como acima já dissemos -, que abrangem as relações familiares, o grupo de pares, as suas motivações, as condições sócio-económicas, etc.

Em termos de estrutura, a tese distingue-se em duas partes: a primeira de enquadramento teórico e a segunda de estudos de campo.

Assim, na primeira parte, temos um enquadramento teórico e conceptual da problemática em estudo, sendo o primeiro capítulo, centrado na contextualização do conceito de stresse e, em particular, no caso dos profissionais de saúde. No segundo capítulo abordamos o *burnout* e a sua relação com a cultura organizacional, os modelos teóricos associados aos profissionais de saúde, o conceito de *coping*, sem esquecer as suas relações com o stresse e o *burnout*. No terceiro capítulo, analisamos o conceito de estilos de vida e os seus factores - consumo de substâncias, sinistralidade rodoviária e álcool, sono, alimentação e gestão dos tempos livres -, e a relação destes com os profissionais de saúde. No quarto capítulo, abordamos o desenvolvimento pessoal - o *self*, o autoconceito e a auto-estima -, e o *burnout*, *coping* e estilos de vida.

Na segunda parte deste trabalho apresentam-se os estudos de campo. A amostra do estudo mais abrangente é constituída por 357 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), exercendo a sua profissão nos Hospitais Distritais de Faro e do Barlavento Algarvio; quanto ao estudo de carácter longitudinal realizado no Centro de Saúde de Olhão, a amostra é constituída

por 16 enfermeiros, pois segundo alguma literatura (Vaz Serra, 1999) os enfermeiros passam por situações de stresse mais intensas que os médicos provenientes, em grande parte, da atenção e dos cuidados que têm de prestar continuamente aos doentes, entre outros aspectos.

Devido à inexistência de um instrumento para avaliar as variáveis dos estilos de vida em estudo, e relativos à população em causa, foi construído um instrumento com um conjunto de questões que permitissem fazer essa avaliação. Para a avaliação do *burnout* e do *coping* foram tidos em conta instrumentos já adaptados e validados na população portuguesa. Os procedimentos utilizados na formulação e adaptação dos instrumentos de medida das variáveis em estudo e os resultados obtidos no estudo prévio dos itens está descrito no capítulo cinco. Este capítulo centra-se sobre as opções metodológicas, apresentando-se as principais hipóteses, os métodos, as técnicas utilizadas e os instrumentos de pesquisa. Também, neste capítulo apresentam-se as análises dos itens formulados para avaliar o *burnout*, os estilos de vida e o *coping*, bem como a análise e discussão dos resultados obtidos. No sexto capítulo apresenta-se o estudo longitudinal realizado com enfermeiros, no sentido de avaliar a importância da formação no desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.

Por fim, temos as conclusões e implicações do estudo, onde se tenta evidenciar alguns resultados obtidos neste estudo, deixando pistas para próximas investigações, assim como algumas sugestões sobre estratégias a ter em conta na forma como os estilos de vida dos profissionais de saúde se relacionam com o *burnout*, por forma a promover o bem-estar, o sucesso e a saúde nestes.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

STRESSE E STRESSE OCUPACIONAL

1.1 STRESSE

Dentro das ideias já expressas, vamos fazer uma revisão bibliográfica, definindo conceitos e abordando alguns dos modelos teóricos do stresse e do stresse ocupacional, que servirão de base para a análise e interpretação deste estudo, podendo novos indicadores importantes para esta temática, surgirem no decurso do mesmo.

1.1.1 Definição de stresse

Na sua revisão da literatura acerca do stresse, Pacheco (2002) diz que o conceito de stresse começou por ser usado na física. No século XVII stresse significava exigência, adversidade e aflição. A transição dos estudos do stresse para a biologia fez-se progressivamente (Ribeiro, 1998).

Desta maneira, no século XIX teve início o estudo do stresse com Claude Bernard com a fisiologia do stresse até que, em 1935, Walter Cannon, deu origem ao conceito de homeostase referindo-se à capacidade que o organismo tem em permanecer estável apesar das alterações que enfrenta em relação ao meio externo, e mais tarde com Selye na década de 50 e posteriormente em 1974, definindo o stresse como uma resposta inespecífica do corpo a um estímulo externo, e considerando, as situações de eustresse (as que contribuem para a realização do indivíduo) e as de distresse (as que têm uma carga negativa e que são desgastantes e improdutivas) (Ribeiro, 1998;

Lazarus, 1999; Vaz Serra, 1999); na perspectiva de Jesus (2002), a propósito do processo de desenvolvimento do bem-estar nos docentes perante uma reacção de stresse, a resiliência e o *coping* intervêm constituindo-se uma forma de lidar com a situação, que associada à percepção de eficácia e de controlo pessoal, constituindo um desafio, pode evoluir para a resolução da situação (*eustress*) ou, constituindo um problema, pode evoluir para a exaustão (*distress*). É de referir-se a este propósito, que este processo de desenvolvimento de situações de *eustress* e de *distress* de Jesus (2002) evoluiu de um processo de desenvolvimento do bem-estar docente proposto por este autor em 1998, em que, ao abordar esta matéria referia que a existência de potenciais factores de stresse podem ser ou um desafio ou um problema, consoante a situação é gerida (*vide* figura 1).

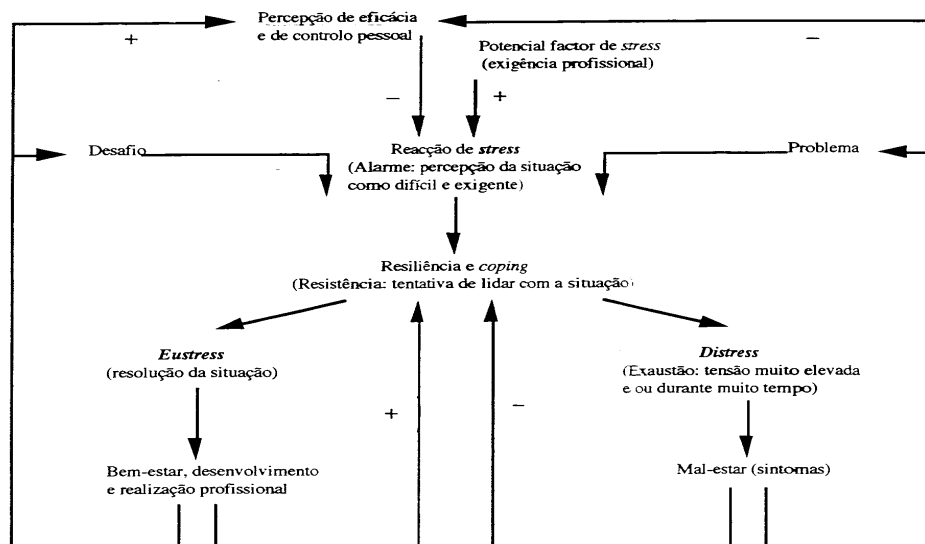


Figura 1: Processo de desenvolvimento de situações de *eustress* e de *distress* (Retirado de Jesus, 2000: 18).

Baseado em estudos de animais de laboratório, em que estes reagiam a uma grande variedade de estímulos provocando mudanças no organismo Selye, em

1946, definiu um processo ao qual chamou de *Síndrome Geral de Adaptação* (SGA).

Este síndrome desenvolve-se em três fases: a *reação de alarme* (respostas do córtex adrenal a estímulos como toxinas, calor, frio, etc.) que surge logo a seguir a uma exposição súbita a um estímulo a que o organismo não está adaptado. Esta fase apresenta duas sub-fases: a *reação de choque*, que é, uma reação inicial ao agente nocivo com várias reações características como a taquicardia, baixa de temperatura e da pressão sanguínea. A segunda sub-fase é a *fase de contra choque*, que consiste na reação marcada pela mobilização dos aspectos defensivos havendo um aumento da secreção de hormonas adrenocorticóides.

Após estas reações surge a fase defensiva seguinte, a *fase da resistência*, marcada por uma adaptação completa ao agente stressor, durante a qual os sintomas diminuem ou desaparecem, havendo uma diminuição na resistência a outros estímulos. A última fase é a *fase de exaustão* e consiste num retornar dos órgãos ao estado normal (Mikhail, 1985; in Monat & Lazarus, 1985; Taylor, 1992; Ribeiro, 1998; Ogden, 1999, 2004).

Mais tarde, Lazarus e colaboradores sugeriram que o stresse tinha sido tratado como um conceito organizador usado para se entender uma série de fenómenos de grande importância na adaptação humana e animal - o stresse não seria uma variável, mas sim, uma rubrica de várias variáveis e processos -, fazendo a sua primeira exposição completa da sua teoria acerca do stresse psicológico, estando nessa época, a corrente psicológica muito distante do que seria a revolução cognitiva, pois o paradigma dominante era o positivismo – onde se questionam os processos mediadores -, sendo necessário insistir na

presença do conceito de avaliação, essencial na teoria acerca do stresse psicológico e *coping*.

Ainda este autor e seus colaboradores, diferenciaram três tipos de stresse psicológico: perda/dano, ameaça e desafio, defendendo que os valores associados a cada um eram diferentes. O dano ou perda liga-se com o prejuízo ou perda que já se produziu; a ameaça, relaciona-se com o dano ou perda que não se realizou ainda, mas que é possível ou provável num futuro próximo; por último, o desafio, é a sensibilidade de que mesmo com dificuldades que surgem, é possível superá-las com entusiasmo, persistência e confiança (Lazarus e Folkman, 1984; Lazarus, 1999).

Lazarus e Folkman, em 1984, no livro *Stress, Appraisal and Coping* definem stresse como sendo a relação entre o indivíduo e o acontecimento, na qual estão presentes as características do sujeito por um lado e a natureza do meio por outro.

Em 1999, Lazarus ao relacionar stresse e emoção, diz que independentemente da terminologia e da vulnerabilidade individual, pode dizer-se que os problemas emocionais são o resultado do stresse.

Fisher, em 1986, desenvolveu um modelo de stresse em que relaciona o stresse e o conceito de perda de controlo. Partindo do ponto de vista de que o stresse resulta do balanço entre as exigências e a capacidade, em que o stresse é percebido sempre que há um baixo controlo pessoal acerca do psicológico, do físico e do meio ambiente – sendo de particular relevância na origem e efeitos do stresse ocupacional – o que pode criar stresse ou exacerbar o stresse já existente (Fisher, 1994).

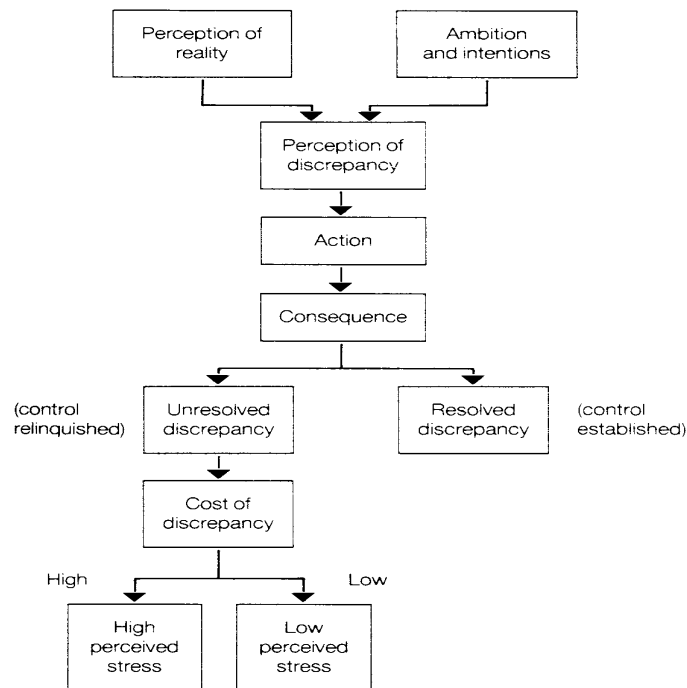


Figura 2: Modelo de controlo de *stresse* em ambientes de vida e saúde (Retirado de Fisher, 1994: 3).

Através da figura 2 acima apresentada, podemos ter a noção de que o mundo está mudando constantemente, apresentando novos desafios ao sujeito, e a parte da motivação humana, que responde a cada desafio.

Esta formulação é útil para compreendermos quais os caminhos em cada evento da vida, que são percebidos como positivos por uns sujeitos e negativos por outros.

O *stresse* não é um conceito estático, antes pelo contrário, implica a interação de um conjunto de variáveis. Nesta medida, surge o modelo processual de *stresse* (Sandín, 1995) que é considerado um dos mais actuais (Jiménez, 1997; *in* Hombrados, 1997). Este modelo desenvolve-se em seis etapas, descritas a seguir mantendo os nomes originais:

.*problemas psicossociais*, tem a ver com os problemas e *stresse* diários;

.*avaliação cognitiva*, os sucessos ou insucessos podem ser percebidos e valorizados ou não, podendo haver ou não uma resposta de *stresse*. Tem aqui importância o controlo percebido, que implica a procura de informação e a resposta antecipatória, em que esta supõe uma preparação cognitiva para o sucesso, que prepara o organismo para a chegada do agente *stresse*;

.*resposta de stresse*: inclui as respostas fisiológicas (activação dos sistemas neuro-endócrinos), psicológicas (é de tipo emocional, com sensação de mal-estar, tensão e emoções negativas, como medo, ira, depressão, etc.), cognitivas e motoras (são modos de *coping*, componentes cognitivos da emoção, parte da reavaliação cognitiva ou resultados desadaptativos);

.*estratégias de coping*: são os esforços comportamentais e cognitivos que uma pessoa realiza para fazer frente a questões concretas, tanto externas como internas, que podem induzir *stresse*, suprimindo o estado emocional vinculado ao *stresse*;

.*variáveis “disposicionales”*: são constituídas pela personalidade e factores hereditários em geral, e são as que modelam as reacções da pessoa às situações stressantes;

.*apoio social*: são os recursos sociais para enfrentar o *stresse* (redes sociais, amigos, etc.)

.*“estatus” da saúde*: é o resultado do *stresse* e das formas de *coping* usadas, podendo contribuir para ter saúde ou não.

Na figura 3 podemos analisar o modelo atrás descrito.

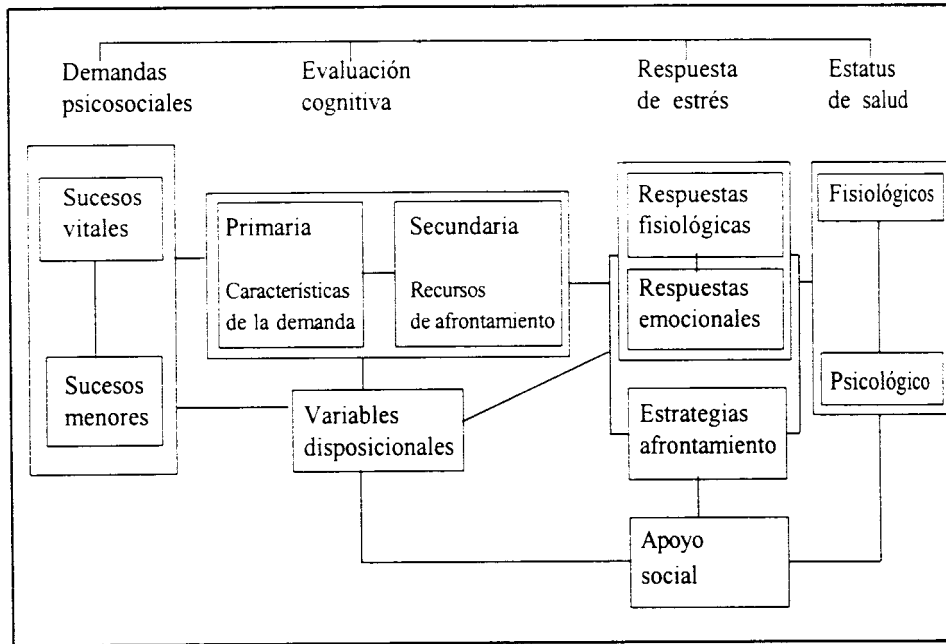


Figura 3: Modelo processual de stress de Sandín (1995) (Retirado de Jiménez, 1997: 434).

Mais recentemente, Schwarzer (2000:1) citando Lazarus e Folkman (1984:19) diz que “cognitive-relational theory defines *stress* as a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as exceeding his or her resources and endangering his or her well-being” em que existe um enfoque contínuo, mútuo na interação entre o sujeito e o ambiente, o que está de acordo com Folkman e Lazarus (1985) ao reafirmarem esta ideia. De uma forma integradora, podemos na figura 4 a seguir, ver um modelo proposto por Vaz Serra (1999) como um modelo compreensivo de stress.

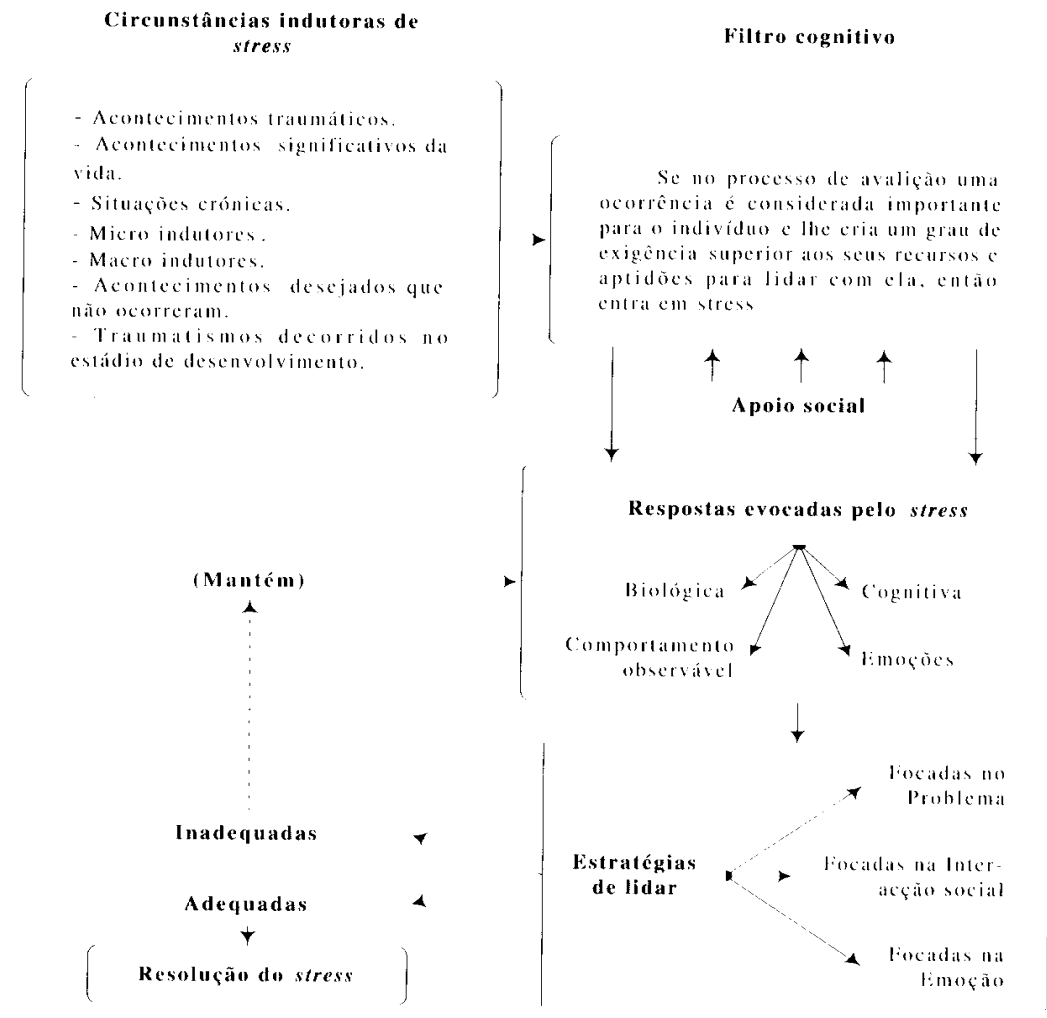


Figura 4: Modelo compreensivo de stress (Retirado de Vaz Serra, 1999: 30).

Ora, o stress tem uma tradução nos acontecimentos do nosso dia-a-dia, em que estão presentes características individuais, pelo que as iremos abordar a seguir.

1.1.2 Respostas individuais ao stress

As respostas aos estímulos stressantes têm como objectivo reduzir ou eliminar as origens do stress. Existem as respostas aos níveis físico e psicológico, não

sendo independentes, podendo como consequência surgirem situações de distúrbio ou de doença.

Já vimos que existem diferentes concepções de stresse consoante os autores: Fisher, em 1986, com um modelo de stresse em que relaciona o stresse e o conceito de perda de controlo e, em 1994, fala em stresse como o desequilíbrio entre exigência e capacidade; Lazarus, em 1966, e Lazarus e Folkman (1984), referem a importância da percepção e avaliação que o indivíduo tem ao estar sujeito a uma fonte de stresse; e, Folkman e colaboradores, em 1986, abordaram a importância da compreensão de como o indivíduo percebe e responde ao acontecimento e a importância da compreensão das qualidades e significados do acontecimento em si (Pereira, 1997). Já Lazarus (1999) ao estudar o stresse e a emoção, e as suas implicações para saúde, centrou as suas atenções na importância do enfoque cognitivo-mediador do stresse e suas emoções, fazendo a diferença entre stresse social, stresse psicológico e stresse fisiológico.

A relação entre sujeito-ambiente passa a ser uma referência - ainda que complexa - permitindo respostas novas, não esquecendo que o ambiente pode ser percebido como stressor ou não por diferentes sujeitos. Se a estratégia de *coping* for adequada ao agente stressor podem não surgir sintomas de stresse, caso contrário, podem surgir sintomas de stresse e situações de mal-estar físico e psicológico.

São, assim, relevantes nas circunstâncias indutoras de stresse três factores importantes: o modo como o sujeito faz a avaliação da situação que se lhe depara, a percepção de ter o controlo ou não da situação e o apoio social a que pode ter acesso, passando tudo isto por uma avaliação cognitiva (Vaz Serra, 1999).

O processo durante a situação de stresse é dinâmico e não estático, como podemos observar na figura 5.

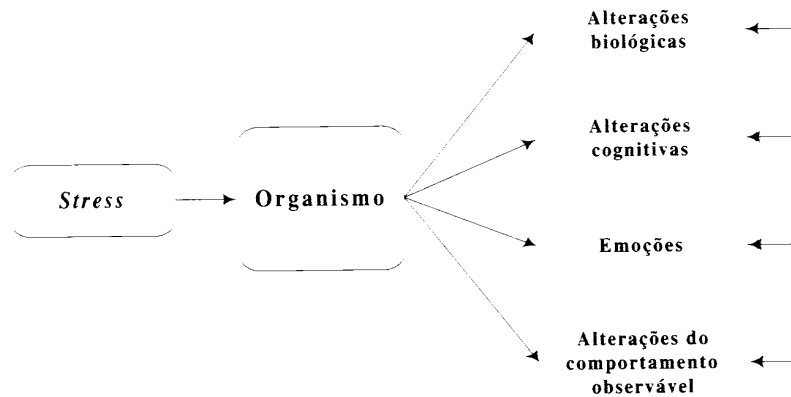


Figura 5: O processo durante a situação de stresse (Retirado de Vaz Serra, 1999: 150).

Mais recentemente na interacção sujeito-ambiente surge um novo dado que é acerca da nossa reacção perante uma situação problemática. Assim, Damásio (1994) aborda os trabalhos de LeDoux, sobre o cérebro emocional, em que este considera a amígdala como um dos elementos fundamentais do sistema límbico, cujo papel principal é accionar o alarme quando acontece uma situação problemática controlando as operações até o motivo de alarme se encontrar controlado.

A amígdala é assim um centro emocional trabalhando associada ao hipocampo. Podemos considerar que o hipocampo regista os factos em si, e a amígdala regista as emoções associadas aos factos.

Desta forma, considerando o circuito normal em situações perigosas, a mensagem sensorial dirige-se primeiro ao neocórtex e só depois à amígdala. Mas, LeDoux demonstrou que existe uma pequena parte dessas informações

que vão directamente do tálamo para a amígdala milissegundos antes do neocórtex ter acesso a elas. Este processo sendo mais rápido pode servir para em situações problemáticas para nos salvar até a própria vida; contudo pode levar a respostas impulsivas com efeitos indesejáveis, pois não são mediadas pelo neocórtex (Damásio, 1994; LeDoux, 2000; Guerra, 2000).

1.1.3 Stresse e doença

Quando as situações de stresse se perpetuam não sendo resolvidas – as estratégias de *coping* não foram adequadas e eficientes –, podem surgir situações de doença física e psíquica. Quanto à primeira, a investigação feita a partir dos anos 60, tem mostrado que existe a possibilidade do stresse estar associado à doença física. Pode, então, a doença surgir quando existe predisposição – congénita, hereditária, aprendida ou consequência de uma doença – e interacção desta com a resposta ao stresse (Vaz Serra, 1999).

Usando um esquema apresentado por Vaz Serra (1999) e adaptado de Adler e Matthews, em 1994, podemos ver na figura 6 a seguir, como a doença pode surgir determinada pelo stresse.

A este respeito Rowh (1989), diz que manifestações físicas de emoções fortes perpetuadas, podem transformarem-se em problemas crónicos que podem ter como consequência uma quebra de saúde.

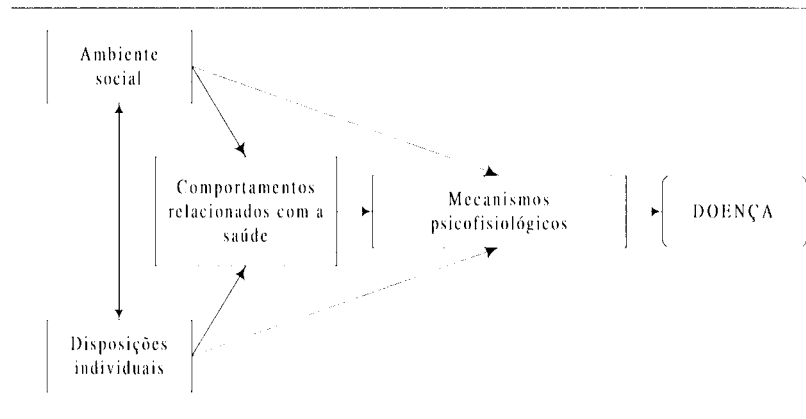


Figura 6: Stresse e doença (Retirado de Vaz Serra ,1999: 56).

Vaz Serra (1999), diz de acordo com alguns autores como Krantz, Grunberg e Baum, que existem três formas pelas quais o stresse pode induzir doença: uma delas é a activação vegetativa e endócrina provocada pelo stresse; outra forma, são as alterações dos comportamentos e hábitos - podemos falar de estilos de vida - que o stresse determina e a terceira forma, é a atribuição que o sujeito faz dos sintomas e a maneira como lida com a doença.

Ainda segundo este autor e Rowh (1989), substâncias químicas surgem no organismo durante os períodos de stresse - caso da adrenalina e do cortisol, associadas ao aumento da acção vegetativa provocada pelas emoções, que em conjunto podem influenciar a actividade cardiovascular.

Comportamentos como consumir álcool, tomar café ou fumar entre outros, podem ser o resultado da maneira como os sujeitos actuam para diminuir as situações de stresse. Por fim, a situação de stresse pode levar o sujeito a encarar a sua saúde de uma forma mais negativa, pois pode haver uma modificação, pelo sujeito, da forma como responde a sinais para ele indicadores da situação de doença.

No que respeita à doença psíquica, só mais recentemente em 1980, o stresse foi considerado de uma forma oficial como determinante da doença psiquiátrica, por causa da revisão do “Manual Estatístico de Diagnóstico” das doenças mentais, vulgarmente chamado de DSM – III. Actualmente a DSM – IV continua no seu eixo IV, a registar a presença de problemas psicossociais e ambientais, o qual abrange as situações indutoras de stresse como factores precipitantes, de agravamento e de manutenção da doença psíquica. Alguns estudos têm revelado existir relação entre as situações indutoras de stresse e o aparecimento dos distúrbios de pânico, que por sua vez – segundo alguns autores – se relaciona com o stresse pós-traumático (Vaz Serra, 1999).

Um aspecto que parece importante é a relação entre o stresse e o bem-estar como iremos ver.

1.1.4 Stresse e bem-estar

O controlo pessoal é importante para uma panóplia de ambientes, como o ambiente profissional. Fisher (1994) diz que o controlo é definido como a jurisdição ou discricção em relação aos acontecimentos diários. Duas situações podem estar presentes: o controlo para a “salvação” pessoal e a disponibilidade de controlar o problema stressante.

Para esta autora, o controlo é realmente o meio para “apagar” os efeitos da vida stressante. O stresse surge quando o controlo pessoal está diminuído.

De acordo com estas ideias, Pereira (1997) diz que o controlo permite saber qual a resposta disponível para cada situação de stresse. Em termos cognitivos o acontecimento deve ser percebido por forma a fazer sentido para o sujeito. Assim, a percepção tem um papel importante, onde no dizer de Bruner,

segundo Bozal (1992), a percepção é categorizar, é decidir, classificar a realidade em categorias aprendidas e organizadas em estruturas. Estas categorias tanto responderiam a exigências do acontecimento como a necessidades pessoais do sujeito.

Podemos, então afirmar, que controlar todos os aspectos psicossociais do meio ambiente é uma forma de se ter saúde e bem-estar. Reduzir com sucesso os problemas que surgem no dia-a-dia podem levar a vida mais agradável, reduzindo o stresse (Fisher, 1994).

Mas como nos diz mais recentemente Fierro (1997) - baseado nos modelos de estádios de identidade de Erikson (1968) e de Loevinger (1976) -, a resolução positiva de crises abre uma nova etapa de desenvolvimento pessoal e de autorealização (Hombrados, 1997), que nos pode ajudar a atingir o bem-estar.

O stresse e o *coping*, são aspectos que se relacionam com os estilos de vida influenciando comportamentos e que podem influenciar as relações interpessoais dos profissionais de saúde, em geral, e as relações interpessoais nas organizações, em particular, podendo alterar a qualidade dos cuidados prestados, conduzindo por vezes ao stresse ocupacional.

1.2 STRESSE OCUPACIONAL

1.2.1 Definição de stresse ocupacional

O stresse laboral para Konkolewsky, afecta mais de 40 milhões de trabalhadores e custa à União Europeia mais de 20.000 milhões de euros, segundo a Europa Press (2002), em absentismo e custos sanitários, referindo

ainda, uma menor produtividade e uma flutuação grande de pessoal (<http://www.psiquiatria.com>).

Nos dias de hoje, para Ana Maria Rossi, da *International Stress Management Association*, as pessoas trabalham uma média de 52 horas por semana, sendo que as pesquisas apontam para que daqui a dez anos se trabalhe pelo menos mais duas horas. Desta forma, o stresse ocupacional tem um espaço privilegiado nesta matéria, em particular nos profissionais de saúde, o que é confirmado por um estudo realizado no nosso país por McIntyre e McIntyre, em 2000, num Hospital Central do Norte, em que se verificava que 38,8% dos profissionais de saúde apresentavam sintomas de mal-estar relacionados com o stresse no local de trabalho (Soares, 2004).

Estes estudos aumentaram notavelmente nas duas últimas décadas, sendo as profissões de ajuda das mais estudadas. Vejamos, então, em que consiste o stresse ocupacional.

O trabalho pode ter aspectos positivos e negativos. Os aspectos positivos podem ser os que se relacionam com a satisfação pessoal, a motivação, a realização pessoal, o estatuto social e o rendimento económico que podem conduzir a um estilo de vida com mais conforto, actividades de lazer e maior acesso à cultura e à educação; porém, aspectos menos bons surgem, mais negativos, como a precariedade do emprego, superiores hierárquicos ou subordinados conflituosos, excesso de trabalho e uma progressão na carreira inexistente.

Tendo em consideração estes aspectos, Vaz Serra (1999), diz que o trabalho tanto pode ser uma actividade boa para o sujeito como constituir uma fonte de stresse que o desgasta gradualmente.

A este respeito, Ross e Altmaier (1994) definem o stresse no trabalho como uma interacção das capacidades dos trabalhadores com as condições de trabalho, de tal modo, que estas – as condições - ultrapassam a habilidade do trabalhador para lidar com elas.

Assim, ao abordarmos esta temática alguns modelos e aspectos podem ser referidos. O modelo de Cooper e colaboradores (Cooper & Marchall, 1978), identifica as principais fontes de stresse ocupacional e seus efeitos e consequências que daí advêm tanto para o indivíduo, como para a organização.

A investigação realizada quanto aos factores intrínsecos do trabalho leva a que uma larga gama destes, se podem relacionar com baixos níveis de saúde mental (Cooper & Smith, 1985; *cit. in* Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Logo, as más condições físicas de trabalho, os meios ou recursos de trabalho, o excesso de horas de trabalho, as tarefas com alto grau de dificuldade são factores importantes para a saúde do trabalhador. É de se referir, o “síndrome das construções doentes” definido pela OMS, em 1983, caracterizado por um conjunto de sintomas fisiológicos (dores de cabeça, irritação, vertigens, náuseas e fadiga) existentes durante o dia e que desaparecem quando os trabalhadores abandonam o local de trabalho (Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Quanto ao papel na organização, os estudos concentram-se em três factores: a ambiguidade do papel, o conflito de papéis e o grau de responsabilidade.

A ambiguidade do papel existe quando o sujeito não tem informação adequada acerca do seu papel no trabalho, ou seja, há uma falta de clareza sobre os objectivos associados às suas funções, às responsabilidades do seu trabalho e às expectativas dos seus colegas. Esta ambiguidade pode traduzir-se tanto ao nível individual como organizacional. No que diz respeito a este último

(Beehr, 1995), os trabalhos realizados até ao momento conduzem, por um lado, para o envolvimento no trabalho e a satisfação com a forma como são feitas as promoções. Ao nível individual, uma panóplia de indicadores de stresse têm sido relacionados com a ambiguidade do papel evidenciando-se, entre os principais, a baixa satisfação com o trabalho, a baixa auto-confiança, a baixa auto-estima, os sentimentos de ameaça ao bem-estar físico e mental, o descontentamento com a vida e intenção de deixar o trabalho (Cooper & Marshall, 1982; *cit. in* Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Quanto ao que diz respeito ao conflito de papéis, este tende a surgir quando o indivíduo que desempenha uma função específica no trabalho realiza coisas que, na verdade, não quer fazer, ou que não pensa serem tarefas suas. No que diz respeito, às consequências do conflito de papéis, uma revisão de estudos realizados acerca desta problemática (Beehr, 1995), conduz para a existência de correlações negativas entre o conflito de papéis e o envolvimento no trabalho, a satisfação com a remuneração, com os colegas de trabalho e os supervisores e a *performance* de trabalho. Já no passado, também Cooper e Marshall (1982), tinham evidenciado o facto dos trabalhadores que experiênciam maior conflito terem menor satisfação e maior tensão no trabalho; este descontentamento parece tanto maior quanto maior é o poder das pessoas que fazem passar as mensagens conflituosas (Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Um aspecto interessante que se concluiu na revisão destes estudos é o facto do conflito de papéis aumentar nas profissões que exigem maior esforço físico (agricultores, operários, etc.)

Este dado é tanto mais importante, se tivermos em linha de conta o facto de existir um aumento das doenças cardíacas (insuficiência cardíaca, enfarte do

miocárdio e angina de peito) nos profissionais que desempenham funções de menor esforço físico mas de maior exigência intelectual e emocional.

É de se ter em conta que a responsabilidade do trabalhador pode ser dividida em dois tipos, dependendo do tipo de profissão em causa: a responsabilidade por aspectos materiais e outros e a responsabilidade por pessoas. Esta última (Cooper & Marshall, 1982), parece ser passível de levar a maiores níveis de stresse nos profissionais, pois implica uma maior interacção com outros e estar mais preocupado com prazos.

Outro aspecto importante, são as relações no trabalho estabelecidas com os superiores, subordinados e colegas que tanto podem ser uma fonte de apoio e suporte como uma fonte potencial de stresse.

No que diz respeito às relações com os superiores, um dos aspectos mais importantes é a consideração que o padrão de relações interpessoais merece por parte dos seus funcionários: quanto melhores forem estas relações, maiores os comportamentos de confiança, amizade e respeito, assim como, um boa cordialidade entre os trabalhadores; contrariamente, os funcionários que sentem menos consideração por parte dos superiores hierárquicos (Buck, 1972) apresentam maiores níveis de tensão no trabalho. Podemos concluir, que quando as relações entre superiores e subordinados são construídas numa base de desconfiança, podem surgir maiores níveis de ambiguidade do papel, piores níveis de comunicação, níveis menores de satisfação no trabalho e diminuição do bem-estar psicológico. Isto pode ser explicado por gestores que, apesar de terem excelentes conhecimentos e capacidades técnicas (Cooper & Payne, 1988), não têm grandes competências de relacionamento interpessoal (Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Quanto às relações com os colegas, é importante o facto de as pessoas passarem muitas horas em conjunto, num dia de trabalho, o que pode conduzir a fontes de suporte e apoio social ou de tensão e pressão. Por isso, é opinião quase geral dos autores (Cooper & Marshall, 1982; *cit. in* Cruz, Gomes & Melo, 2000), que as boas relações num grupo de trabalho são factor central na saúde do sujeito e na da organização (Vaz Serra, 1999).

Um outro aspecto relevante para esta matéria é o desenvolvimento da carreira. É importante realçar o impacto da sobrepromoção, da subpromoção, da incongruência do estatuto, da falta de segurança entre outros (Vaz Serra, 1999; Cooper & Marshall, 1982; *cit. in* Cruz, Gomes & Melo, 2000).

É um facto que quando as expectativas das pessoas não estão de acordo com o estatuto social que ocupam, podem surgir distúrbios psicológicos que podem levar à situação stresse-doença.

A insegurança na carreira e no trabalho tornou-se numa potencial fonte de stresse e de pressão para os trabalhadores desde a década de 80, mas parece persistir ainda hoje. A este respeito, Ivancevich e Matteson (1980) provaram que o stresse resultante do planeamento da carreira estava relacionado com um conjunto de resultados negativos, como a baixa satisfação no emprego, um fraco rendimento e produção no trabalho.

Uma das soluções que tem sido avançada para a resolução destes problemas (Cartwright *et al.*, 1995), é a introdução por parte dos gestores nas empresas, de sistemas de avaliação por objectivos e acessíveis aos trabalhadores como maiores oportunidades de formação, aconselhamento e antecipação de estratégias para tornar menos difícil o despedimento de funcionários (Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Deve também ter-se em conta a estrutura organizacional que relaciona-se com aspectos que podem tornar a vida do trabalhador satisfatória ou por outro lado induzir stresse. Situações como pouca ou nenhuma participação no processo de tomada de decisões, falta de comunicação, restrições no comportamento, etc., levam em última análise a tensões e stresse nos trabalhadores resultante do clima e da cultura organizacional e do estilo de gestão (Cooper & Marshall, 1982). Estas situações (Cartwright *et al.*, 1995), tendem a produzir efeitos negativos no trabalho, promovendo ambientes ambíguos e comportamentos menos adequados vivenciados pelos trabalhadores como stressantes (Cruz, Gomes & Melo, 2000).

Quanto às fontes extra-organizacionais – que também são um dos factores que afecta o bem-estar físico e psicológico no trabalho – aspectos como os problemas de família, a satisfação na vida ou dificuldades financeiras acabam por afectar o rendimento do trabalhador (Cooper & Marshall, 1982). Os aspectos individuais como o tipo de personalidade, o coping e o “self” serão abordados noutros capítulos.

Dentro desta linha de ideias, é importante abordar o stresse profissional/ocupacional nos profissionais de saúde.

1.2.2 Stresse ocupacional nos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde, como os enfermeiros, são pela natureza da sua profissão, uma profissão com elevados graus de stresse, em parte, devido à especificidade das suas tarefas e das pessoas ao seu cuidado. Se a isto acrescentarmos aos enfermeiros uma reduzida autonomia no seu trabalho (os médicos têm mais autonomia), uma indefinição de tarefas, a pressão a que

estão sujeitos, a falta de apoio dos superiores e certas características demográficas, concluímos que é uma das profissões de risco (Faura & Vendrell, 1988) para o aparecimento do stress ocupacional (Vives, 1994). Nesta sequência, podemos dizer que os primeiros anos e etapas da carreira dos enfermeiros - para Cherniss, em 1980 -, são fontes de stress que podem conduzir ao *burnout* (Buunk & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Em particular nos enfermeiros, a expectativa que eles têm do investimento relacional com os pacientes, pode ser uma fonte de stress ocupacional, em que esperam uma espécie de recompensa como a gratidão, em troca do carinho, empatia e atenção que demonstraram aos pacientes (Buunk & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Muitas vezes esta expectativa não é atingida (Maslach, 1982b), pois os pacientes estão preocupados e ansiosos, e a interacção pode não traduzir-se nesta recompensa levando os enfermeiros a sentir muitas vezes que o seu investimento com os pacientes não é na proporção do que eles obtêm. Um outro stressor é a falta de controlo que afecta a saúde mental e o bem-estar, em geral, e a das pessoas nas organizações, em particular (Ganster, 1989), e que está associado a um impacto negativo nas comparações sociais.

Para estes profissionais muitos aspectos do ambiente de trabalho estão fora do seu controlo, como a cura dos pacientes, as decisões dos médicos e da administração, procedimentos burocráticos, confrontos com a morte e alguns de que falaremos mais como a falta de suporte dos colegas e os conflitos com médicos e colegas (Gray-Toft & Anderson, 1981). Landsbergis, em 1988, encontrou que entre os enfermeiros suecos, o *burnout* era significativamente mais elevado nos trabalhos que combinavam grande exigência e uma baixa

percepção de controlo (Buunk & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Existem alguns elementos geradores de ansiedade e de stresse nos enfermeiros (Pereira, 1996; Pacheco & Murcho, 2005) e dos médicos derivados do exercício da profissão como o quadro de relações interpessoais e intergrupais permanentes e as responsabilidades profissionais da saúde das populações, às vezes com risco de vida, mas num estudo mais recente de Felício e Pereira (1996) em 60 clínicos gerais em centros de saúde do sul de Portugal, verificou-se como principais fontes de stresse a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos técnicos e físicos, em que os sintomas comportamentais e cognitivos de stresse eram mais frequentes para ambos os sexos de que os físicos.

Não existindo um modelo de stresse ocupacional para as profissões de saúde (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999) considera-se que as fontes de stresse podem ser intrínsecas ao trabalho (más condições de trabalho), ao indivíduo (ansiedade ou recursos de *coping*) ou extrínsecas ao trabalho (problemas familiares ou financeiros). As consequências do stresse ocupacional podem ser subjectivas (estado emocional), comportamentais (acidentes de trabalho), cognitivas (dificuldades de concentração), fisiológicas (tensão arterial elevada) e organizacionais (conflitos laborais), entre outras.

Nesta matéria, existem modelos (Lazarus & Folkman, 1984) mais recentes e interactivos que postulam que as diferenças individuais nos níveis de stresse ocupacional são mediadas pelas estratégias pessoais de avaliação e de coping. Porém, em 1995, Cohen-Mansfield criou um modelo abrangente de stresse ocupacional adaptado às profissões de saúde, sendo um modelo interactivo e cíclico, isto é, o ajuste ocupacional muda as fontes e recursos de

stress ocupacional e pessoal, que por si, vão afectar o ajustamento ocupacional.

Os enfermeiros e os médicos têm de facto de responder às mais variadas situações com um grau de exigência que a prática dos cuidados lhes levanta no seu quotidiano profissional, respondendo às vezes com dificuldade aos problemas clínicos, sociais e psicológicos dos utentes que procuram os serviços de saúde, seja na comunidade ou nos hospitais, sendo que de acordo com Heim, em 1992, referido por Vaz Serra (1999), os enfermeiros passam por situações de stress ainda maiores que os médicos, 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 o que está de acordo com Queirós (1996).

Existem no entanto fontes de stress ocupacional comuns a médicos e enfermeiros (Leppanen & Olkinuora, 1987; Lindstrom, 1992), tendo sido referenciadas na Finlândia, Noruega, Inglaterra e Estados Unidos, a sobrecarga horária e a quantidade de trabalho, a rotina, as ambiguidades e conflitos de papel, elevado nível de responsabilidade, falta de autonomia ou controlo e trabalho por turnos (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

Para estes autores, na linha acima referida, em relação aos sintomas subjectivos de stress Leppanen e Olkinuora (1987) num estudo Finlandês, mostrou que 10% a 20% dos profissionais de saúde apresentavam sintomas psicossomáticos (dores de estômago e do peito, cefaleias e fadiga) e que eram mais prevalentes do que os sintomas psicológicos (ansiedade e depressão). Em geral, os estudos mostram variações do tipo de sintomatologia de stress com o sexo, posição hierárquica e a profissão de saúde. Podem surgir, no

entanto, consequências mais graves do stresse ocupacional, como a toxicodependência, o alcoolismo, a ideação suicida e o suicídio – frequentes em países como os estados Unidos, Finlândia, Inglaterra e Islândia – por vezes com níveis superiores às outras profissões e à população em geral (Leppanen & Olkinuora, 1987; Olkinuora *et al.*, 1992).

Em Portugal poucos estudos têm sido realizados sobre estes aspectos. Em 1987, Lucas revelou que o nível de absentismo para os enfermeiros era o mais alto de entre todos os profissionais de saúde atribuindo o resultado ao número elevado de habitantes por enfermeiro. Num outro estudo realizado por Loff, em 1992, com 92 enfermeiras sujeitas a tratamento psiquiátrico, verificou-se que 82% apresentavam problemas psicológicos recorrentes e 12% tinham feito tentativas de suicídio (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

Ainda, os enfermeiros, para Martins e Martins (1999), estão sujeitos a que surjam distúrbios decorrentes do trabalho por turnos, que não são somente as mudanças dos ritmos biológicos, mas também, a uma dessincronização da vida familiar e social (Koller, Kundi, Haider, Cervinha & Friza, 1990), mas o que se tem verificado é a incidência do trabalho por turnos tem vindo a aumentar (Costa, 1996).

Dentro desta linha de ideias, para estas autoras, verifica-se que o trabalho por turnos pode causar distúrbios em três grandes áreas: ritmos biológicos, sono e vida social e familiar, que são mediados por factores individuais e situacionais, tais como, a idade, o sexo, a personalidade, o estado civil, o nível sócio-económico e as condições de trabalho, e em que o *coping* tem um papel mediador.

Podemos também associar (Martins & Martins, 1999) a estes distúrbios, as alterações do sono e dos hábitos alimentares (Koller *et al.*, 1990; Costa, 1996)

e, por último, no plano social as dificuldades em manter a interacção com a família, preservando os contactos sociais e a prática de actividades nos tempos livres (Costa , 1996).

Pacheco e Murcho (2005), num estudo com 30 enfermeiros dos serviços de Medicina do Hospital Distrital de Faro, em que 13,3% eram do sexo masculino e 86,7% do sexo feminino, e a idade se situava entre os 23 anos e os 59 anos, com a média é de 30,1 anos, verificaram que a intensidade de alguns factores de stresse estão associados à saúde e deste modo à qualidade da mesma. Desta forma para estes autores, tal como Murta e Troccóli (2004) dizem, o stresse está associado às afecções músculo-esqueléticas, para além de sintomas diversos, como problemas gástricos, azia, dores de estômago e irritabilidade. Assim, tal como Vaz Serra (1999), os autores confirmaram que os enfermeiros passam por situações de stresse como conflitos de equipa, tendo verificado que o stresse das relações com os outros profissionais está associado às palpitações. Também para os autores acima referidos, os conflitos de autoridade, por exemplo com os superiores hierárquicos, são fontes de stresse. Contudo na investigação citada, a intensidade de stresse provocada pela falta de apoio dos superiores hierárquicos relaciona-se negativamente com os problemas intestinais, ou seja, quando aumenta o stresse provocado pela falta de apoio dos superiores hierárquicos diminuem os problemas intestinais.

Também para Leppanen e Olkinuora (1987), os resultados vieram comprovar a influência do stresse em sintomas psicossomáticos, ao mostrar que os profissionais de saúde apresentam dores de estômago, palpitações, azia e nervosismo, assim como, para Martins e Martins (1999), em que os enfermeiros estão sujeitos a que surjam distúrbios decorrentes do trabalho por

turnos, não sendo somente mudanças do ritmo biológico, mas também uma dessincronização da vida familiar e social. Deste modo, os autores acima referidos, concluíram que a intensidade dos factores de stresse das relações familiares, relações com os pares e com outros profissionais, e o trabalho por turnos, estão relacionados com alterações na saúde. Ou seja, tal como esta investigação mostrou, a teoria diz que a ocorrência de stresse está relacionada com aspectos da saúde, podendo provocar alterações nesta.

Confirmando estes factores de stress acima descritos, e especificando outros, já referidos para os profissionais de saúde de outros países, McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) num estudo realizado com 62 enfermeiros do norte do país, dizem que encontraram as primeiras quatro fontes de stresse ocupacional, de ordem organizacional – a sobre carga de trabalho, as más condições físicas e técnicas, a carência de recursos humanos e um número excessivo de doentes – o que está de acordo com o que refere Vives (1994), tendo os factores socio-emocionais vindo a seguir.

Alguns autores, apontam, também, como potencialmente stressante para o sexo feminino o duplo papel das responsabilidades familiares e profissionais (Michie, Ridout & Johnston, 1996) o que no estudo de McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) não se verificou, tendo as enfermeiras com filhos, até, referido menos stresse com os pacientes.

Estes potenciais factores de stresse podem, em nosso entender, ser estendidos em geral aos profissionais de saúde que apresentem estas características na sua prática profissional, pois respostas ao stresse como a ideação suicida, negação, mal estar físico, emocionalidade disfórica e culpa, estão de acordo com a cultura médica em Portugal que tende a privilegiar expressões mais indirectas e internalizadas de stresse psicológico, como a

depressão e a somatização (McIntyre, 1985) em que, estes problemas de saúde nos médicos e enfermeiros noutros países são superiores aos da população em geral (Michie, Ridout & Johnston, 1996).

Porém, outros factores existem em que se comprova a importância do stresse no trabalho nos profissionais de saúde, como se verifica num estudo realizado com médicos dentistas por Cooper, Mallinger e Kahn, em 1978, em que o conflito de papéis era o maior preditor de aumentos de pressão sanguínea, resultando esta situação de uma tensão existente nestes profissionais, que se confrontavam com o papel de “ajudar e curar” e o papel real de provocar dor nos clientes.

Como se compreende, os profissionais de saúde, em geral, praticam o exercício profissional em instituições públicas ou privadas, ou ainda em instituições públicas com gestão empresarial (Sociedades Anónimas), como é o caso recente em Portugal. Assim, os hospitais têm a este respeito bastante relevo na dicotomia saúde - organização.

As mudanças realizadas em termos organizacionais implicam por vezes alterações no exercício das funções dos profissionais, em geral, e dos profissionais de saúde, em particular.

A este respeito, os hospitais, segundo Bloom, em 1963, têm passado por processos pesados de burocratização provocados pelo(a): elevado número de trabalhadores; desenvolvimento da tecnologia; necessidade de divisão do trabalho e intensificação e crescimento do processo de especialização dos profissionais numa perspectiva desenvolvimentista e transaccional do stresse de Lazarus. A este respeito, a cultura organizacional é importante, como acima já referimos, pois, num estudo realizado por Melo, Gomes e Cruz (1997), com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e do ensino (professores),

concluíram que as principais fontes de pressão nestes profissionais estavam directamente relacionadas com a estrutura organizacional, com a carreira e realização profissional, o papel da chefia, bem como características intrínsecas do trabalho (excesso de trabalho, por exemplo) e com as relações interpessoais (conflito com outros e “choque” de personalidades) o que é confirmado por Vives (1994) acerca das fontes de stresse ocupacional nos enfermeiros.

É dentro desta linha que Vives, em 1994, realizou um estudo com 477 enfermeiros(as) e auxiliares nos Hospitais de Palma de Maiorca, num total de seis hospitais, sendo três com Administração Pública e três com Administração Privada. Identificou no estudo que as principais causas de stresse – entre outras – eram a sobrecarga de trabalho, a falta de pessoal, os conflitos em equipa, a insuficiência de recursos materiais, o trabalho por turnos e a morte dos pacientes, sendo com grandes diferenças entre os dois grupos estes resultados (as auxiliares apresentam-se mais vulneráveis ao stresse), o que está de acordo com a maioria dos estudos já realizados. Estabeleceu, ainda, no seu trabalho algumas associações para as enfermeiras com aspectos emocionais, em que, a sobrecarga de trabalho se relaciona com a impotência e a frustração; a falta de pessoal com a raiva e a impotência; e, por fim, o conflito em equipa com a impotência e a raiva.

Como resposta emocional ao stresse nesta amostra acima referida, os factores de stresse identificados, desencadeiam impotência, raiva, insatisfação, frustração, desânimo, depressão, ansiedade e mal-estar geral. Contudo neste trabalho, Vives (1994) não estudou a influência dos diferentes tipos de gestão nos hospitais.

Todas estas situações como se compreende configuram acontecimentos da vida. Para Holme e Masuda, em 1974, os acontecimentos da vida, requerem esforços adaptativos por parte do organismo, que em termos de duração são erróneos (*vide* as situações agudas ou crónicas) mas que diminuem segundo Pereira, em 1996, a resistência corporal e potencializam as possibilidades de surgirem estados de doença.

É dentro do contexto dos acontecimentos de vida e dos estilos de vida, que podemos dizer que alguns dos factores de stresse se relacionam com os estilos de vida actual, nomeadamente no contexto profissional. O ritmo acelerado de vida, as respostas rápidas às solicitações cada vez mais frequentes, ambientes de elevada competitividade com tradução de perda de valores humanistas, uma sociedade imediatista e consumista, a percepção da incontrolabilidade ou de incerteza face aos resultados pretendidos, a máscara de eficácia no trabalho, surgindo um conflito entre o que o sujeito pode realizar e o que se espera dele (Maslach & Leiter, 1997; Jesus & Costa, 1998).

Esta fragilidade é na realidade um factor que pode provocar stresse, interferindo na vida do indivíduo, aos níveis das relações sociais e familiares e hábitos de saúde relacionados com os comportamentos (Hinkle, 1974) e ligados a determinados estilos de vida.

Todos estes aspectos, podem conduzir ao *burnout* com todas as implicações que daí advêm, como iremos analisar.

CAPÍTULO 2

BURNOUT E COPING

2.1 BURNOUT

Pela importância do conceito e dos modelos teóricos do *burnout* iremos, à semelhança do que fizemos para os outros conceitos, realizar uma revisão bibliográfica.

2.1.1 Definição de *burnout*

O *burnout* foi um termo usado pela primeira vez por Freudenberger, em 1974, para definir uma situação que se manifesta por uma verdadeira crise de identidade colocando em questão as características da pessoa nos planos físico, psíquico e relacional.

Mais tarde, este autor, disse que o *burnout* é um conjunto de sistemas médico-biológicos e psicossociais inespecíficos, resultado de uma exigência excessiva de energia no trabalho, que ocorre especialmente nas profissões de ajuda. Pines e Aronson, referem o *burnout* como um estado de exaustão física, mental e emocional originado pelo envolvimento, durante longo tempo, em condições ou situações emocionalmente desgastantes. Pines diz que qualquer sujeito pode sentir stresse, mas que o *burnout* só é experienciado por pessoas que vão para as suas carreiras profissionais com índices elevados de motivação e envolvimento pessoal e de ideais e que posteriormente se sentem frustrados: por exemplo, uma pessoa que vai trabalhar para ter apenas dinheiro ao fim do mês pode sofrer de stresse mas nunca de *burnout* (Vaz Serra, 1999).

Mas como se destingue o *burnout* de outros construtos teóricos? Será um novo fenómeno?! Muitas vezes o *burnout* foi confundido com o tédio, o stresse no trabalho, a tensão, o conflito, a pressão, a fadiga emocional, a depressão, a crise, etc.

O *burnout* só pode ser distinguido de forma relativa de outros conceitos. Porém, uma distinção entre o *burnout* e o stresse pode ser feita tendo em consideração o tempo (prolongar-se o stresse), e entre o *burnout* e a depressão no que respeita ao conteúdo, pois existe dificuldade em diferenciar o *burnout* do estado afectivo da depressão (Maslach & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Já Selye, acerca do stresse fala do Síndrome Geral de Adaptação – que já descrevemos de uma forma mais completa - nas fases de alarme, resistência e de exaustão. Nesta fase final, uma exposição prolongada ao stresse pode conduzir a danos no organismo, levando a que Etzion (1987) tenha dito que o *burnout* é um processo latente de erosão (psicológica) resultante dum prolongamento da exposição ao stresse no trabalho.

Tem sido dito por Freudenberger (1981) que a depressão reactiva é na maioria das vezes acompanhada de culpa, enquanto o *burnout* na generalidade surge no contexto da raiva, mas só na clínica é que isto se evidencia (Maslach & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Ainda, segundo estas autoras, num ponto de vista similar, Warr (1987) diferencia entre dois tipos de bem-estar afectivo: a depressão é considerada num contexto livre, enquanto o *burnout* é olhado como um problema do trabalho.

Nesse sentido, foi descrito por Oswin (1978) um síndrome de depressão profissional entre as enfermeiras que parece ter pontos comuns com o

burnout, inclusivamente estarem mais do que cansadas e com pouca eficácia no trabalho. Assim, o *burnout* relaciona-se com um síndrome do trabalho, enquanto sintomas disfóricos são próximos da depressão. Porém, de uma forma empírica, as investigações acerca do MBI mostram que a exaustão emocional do *burnout* é próxima da depressão, sendo a relação entre a despersonalização e a realização pessoal muito menos forte. O facto da depressão ser diferenciada das três dimensões do MBI valoriza a validade do modelo multidimensional do *burnout*.

Já Pines (1993) diz que se reconhece o *burnout* pela presença de três formas de manifestação: a natureza física (estado crónico de fadiga, esgotamento, cefaleias, alterações do peso e sono, consumo de café, tabaco, bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas para fazer frente ao que se sente); a manifestação emocional (fracasso, desilusão, desesperança, trabalho sem significado e sentimentos depressivos); e, uma mudança de atitudes (passa a ser cínica, com atitudes negativas com o trabalho, com os colegas, supervisores e própria instituição).

A presença destas atitudes negativas (Vaz Serra, 1999) levam à criação de novos atritos no trabalho, no ambiente familiar (passa a família a ser a válvula de escape) e, por fim, conduz a uma sensação de mal estar no trabalho, tendendo a faltar ao emprego e/ou a desejar mudar para outro.

O *burnout* psicológico é um complexo fenómeno confirmado pela investigação. Maslach enfatiza a origem da investigação do *burnout* na psicologia social mais do que na psicologia clínica. Contudo, o campo de estudo é caracterizado pela persistente tensão entre a perspectiva social e clínica. O termo *burnout* (Meier,1984) é a designação para um estado extremo que partilha muitos aspectos com o síndrome clínico da depressão, embora o termo apareça numa

descrição de um estado de distresse experienciado nos trabalhadores dos serviços humanos com grande exigência no seu trabalho.

De facto, é importante o desenvolvimento de modelos que articulam as relações interpessoais com o *burnout* e as relações interpessoais com as condições das pessoas e das organizações (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Neste sentido, no desenvolvimento da primeira medida do *burnout*, o Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981, 1986), procurou encontrar uma descrição das crises experienciadas pelos trabalhadores dos serviços humanos, medindo um estado subjectivo de profissionais envolvidos, e não meramente a ausência da crise.

Esta perspectiva, na ênfase no *burnout* como uma extrema, quase clínica, condição, é muito compatível com a medida unidimensional do construto bastante mais do que o inconveniente e complexo MBI.

O modelo do *burnout* unidimensional, está em questão com o construto de três componentes de Maslach e Jackson (1981,1986) desenvolvido de 47 itens e reduzido para uma escala de 22 itens com base em estudos de análise de factores das respostas de mais de mil pessoas e, confirmado por pesquisas posteriores (Evans & Fisher, 1989; Leiter, 1988) sendo o oposto do modelo unidimensional do “Tedium Measure or Burnout Measures” de Pines, Aronson e Kafry (1981) (Leiter, 1993: 238; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Maslach e Jackson nunca estiveram interessados nos cálculos de uma medida unidimensional do *burnout*, mas sustentaram que um elevado grau de *burnout* é o reflectido num valor alto das sub-escalas exaustão emocional e despersonalização e num valor baixo da sub-escala da realização pessoal (Maslach & Jackson, 1986) continuando a dizer que os valores para cada sub-

escala eram considerados separadamente e não combinados num só valor total. Pretende-se desta maneira, traduzir a natureza do *burnout* e a sua consistência com o propósito de prover uma medida empírica do *burnout* (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Fica assim claro, que o MBI é composto por três sub-escalas: a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

Quanto mais se aprende acerca do fenómeno do *burnout* mais se justifica o uso dos três componentes do *burnout*, pois trouxeram um enriquecimento da concepção ao justificar os problemas encontrados nas pessoas (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), sendo o modelo unidimensional do *burnout* importante para a exactidão do modelo conceptual.

Um outro modelo, foi desenvolvido por Golembiewski e Munzenrider (1988), em que se tentou reduzir o MBI a uma medida única: o modelo de fase (“Phase Model”). Estes autores, referiram duas vantagens: a primeira, o modelo de fase dá uma maneira de medir de uma forma abrangente, assim como classificações individuais em termos da “virulência” dos casos particulares; e, a segunda, é que o modelo de fase está particularmente ligado ao impacto da intervenção e à extensão desta (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Ao derivar este modelo do MBI, fizeram-no no sentido de o aproximar de pessoas fora dos serviços profissionais humanos – profissões de ajuda – como o fizeram Maslach e Jackson (1981). Estas modificações foram nas pontuações da escala, que vai de “0” (nunca) a “6” (todos os dias) no MBI, para “1” (muitos não gostam de mim) a “7” (muitos gostam de mim). Na realização da análise factorial suportaram três factores, e como são resultado de uma população de trabalhadores fora dos serviços profissionais humanos à luz das recentes

análises do MBI, isto é de particular interesse (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Porém, Leiter (1989) criticou este modelo por reduzir o *burnout* a uma só dimensão – a exaustão emocional – que tem sido consistentemente e fortemente correlacionada com stressores do ambiente.

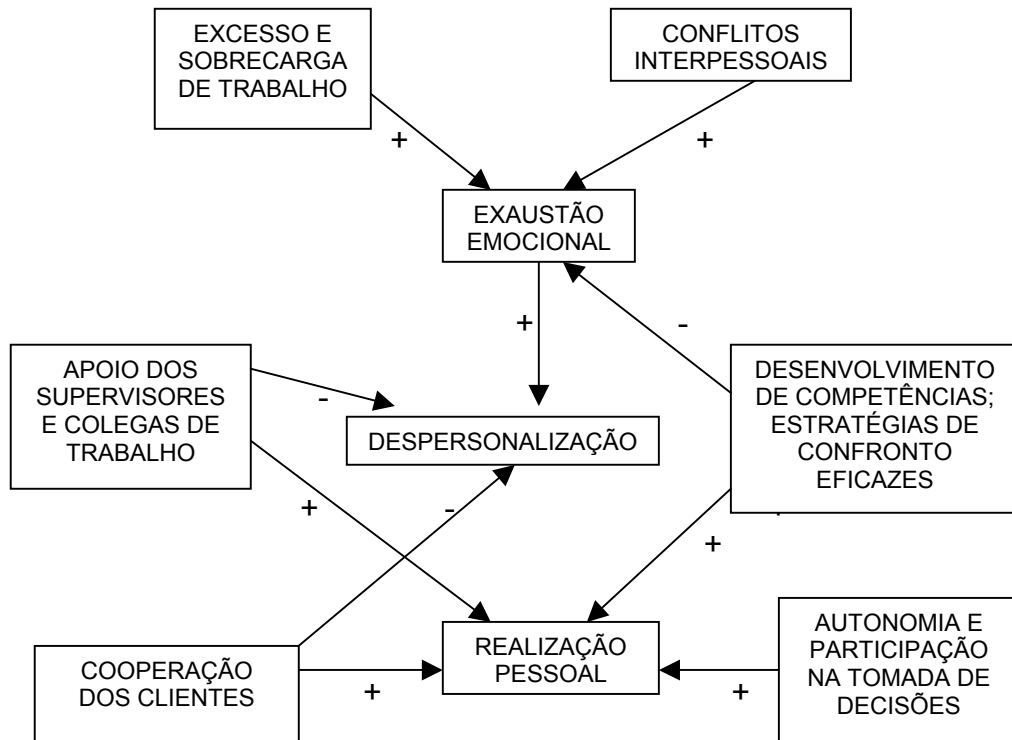


Figura 7: Modelo do processo de *burnout* de Leiter (1993) (Retirado de Cruz, Gomes & Melo, 2000: 51).

Um outro modelo do *burnout* é o “Process Model of *Burnout*”, ou seja, modelo do processo de *burnout* (*vide* figura 7), que tem em conta um dos resultados das dimensões do *burnout* que é o desenvolvimento. Muitos estudos tentaram identificar mais aspectos do *burnout*, mas foram as relações entre as três sub-escalas do MBI que trouxeram mais desafios. Uma questão central, é a sequência temporal entre as três sub-escalas, na medida em que o *burnout* surge primeiro em resposta às condições do ambiente, e de forma a levar ao desenvolvimento de outros aspectos do *burnout*.

Esta visão, contrasta com outra na qual os três aspectos do *burnout* surgem relativamente independentes ou em associação, em resposta às condições do ambiente. Muitos modelos foram propostos analisando estas relações, mas não existem conclusões acerca desta matéria.

Numa análise do desenvolvimento das inter-relações entre as sub-escalas do MBI, Leiter (1993) diz que a sua visão desta matéria mudou de um modelo de desenvolvimento sequencial para um modelo sequencial misto e de desenvolvimento paralelo. Originariamente, Leiter e Maslach (1988) propuseram uma sequência entre as sub-escalas sendo que a exaustão emocional surgia primeiro em resposta da demanda do ambiente, e que os trabalhadores dos serviços humanos estavam abatidos pelas exigências pessoais do trabalho.

O surgimento da exaustão emocional, de certa forma, leva à despersonalização dos trabalhadores, enquanto procura ganhar distância emocional do serviço, como uma forma de coping com a exaustão emocional (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). A exaustão e o empobrecimento das relações interpessoais no serviço levam à diminuição da realização pessoal do trabalhador, assim como à perda do significado do trabalho.

Mais recentemente, um estudo manteve as inter-relações entre a despersonalização e a exaustão, mas tornou a mudar a inter-relação da realização pessoal com os outros dois componentes do *burnout*. Isto é, o modelo corrente (Leiter, 1990, 1991) representa a despersonalização como uma função da exaustão emocional que modera a maioria do impacto das condições ambientais da despersonalização (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Em contraste, segundo este autor, o modelo do processo de *burnout* representa a realização pessoal como uma função do

ambiente de trabalho; por regra, o modelo propõe que aspectos do ambiente (conflitos, por exemplo) agravam a exaustão emocional que, por sua vez, contribui para o aumento da despersonalização, enquanto a presença de recursos (sociais) influencia a realização pessoal.

Para a maior parte dos autores, estes dois aspectos do *burnout* têm diferentes percursos, embora algumas condições como o estilo de *coping*, pareçam contribuir para diminuir a exaustão emocional e a realização pessoal. Porém, as exigências e os recursos não são inteiramente independentes como refere a literatura (Lazarus & Folkman, 1984). É assim pouco surpreendente que o ambiente de trabalho que os participantes percebem como demasiado exigente seja, também, motivo de oferta de poucos recursos.

Este modelo que temos estado a abordar (modelo do processo de *burnout*) propõe que a diminuição da realização pessoal como um componente do *burnout* se desenvolve ao mesmo tempo que a exaustão emocional, como reacção dos diferentes aspectos do ambiente de trabalho, que dificultam o serviço dos trabalhadores das profissões de ajuda.

Podemos dizer, de uma forma resumida, que o modelo desenvolvido por Leiter e Maslach (1988) e com seguimento no de Leiter (1991) é um modelo causal de *burnout* em que o tempo tem uma dimensão importante. Nesta perspectiva, as pessoas (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) não ficam em *burnout* de repente, não apresentando níveis altos de exaustão emocional e nem de diminuição da realização pessoal. Em lugar disso, as pessoas movem-se em direcção ao aumento da eficácia profissional ou para o *burnout*, como forma das suas reacções ao ambiente de trabalho. Estas relações entre os três componentes do *burnout* reflecte o processo que ocorre dentro da pessoa e da consistência dentro do contexto organizacional. Embora o modelo, fosse

originalmente desenvolvido em estudos transversais, foi testado com sucesso em estudos longitudinais (Leiter, 1990) conduzindo a exaustão emocional a um papel central do síndrome.

Tendo em consideração a etiologia do *burnout*, Harrison (1983) apresenta um modelo - similar ao de Hall e Cherniss - da “competência social”, que tem a motivação como a característica das pessoas que trabalham nas profissões de ajuda. Assim, um trabalho pode ter aspectos que sejam factores de aproximação a este como o sentido de competência, ou por outro lado, factores que sejam “barreiras” levando ao *burnout* e reduzindo a motivação (Pines, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslasch & Marek, 1993).

De acordo com Hall (Pines, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslasch & Marek, 1993), a motivação e a satisfação no trabalho são importantes quando a pessoa tem um objectivo a atingir envolvendo a autonomia e o suporte social. Estes aspectos relacionam-se com o papel da auto-eficácia profissional na etiologia do *burnout* podendo ser, segundo Cherniss, o conceito de sucesso psicológico de Hall. Nesta lógica, surge o modelo existencial do *burnout* como motivacional, sendo assumido, que só sujeitos muito motivados podem apresentar *burnout*. Um sujeito não motivado pode experienciar stresse, alienação, depressão, uma crise existencial ou fadiga, mas não *burnout*. Logo, para Farber (1983:9), “a high level of commitment to one’s work is often regarded as a prerequisite to burnout” (Pines, 1993:41; *cit. in* Schaufeli, Maslasch & Marek, 1993).

Mas todos estes aspectos do sujeito que podem conduzir ao sucesso e ao atingir das expectativas, dependem na sua grande extensão do ambiente de trabalho.

Nesta medida, um ambiente de trabalho que seja um bom suporte conduz a um máximo de realizações positivas por parte dos profissionais que pretendem atingir os seus objectivos, promovendo a necessária autonomia e recursos.

É nesta linha, que Pines (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), em seis amostras num total de 1.827 sujeitos, verificou que o *burnout* se correlaciona negativamente com a autonomia, com a eficácia, a partilha no trabalho, relações laborais, suporte social e feedback. Por outro lado, em duas amostras num total de 929 sujeitos, mostrou que o *burnout* se correlaciona positivamente com a realização no trabalho, sobrecarga, acumular de decisões, culpa por não prestar o serviço adequado, pressão do ambiente, pressão burocrática, sobrecarga social e exigências conflituosas. Uma pressão burocrática e administrativa limita a liberdade do profissional no trabalho e força-o a perder tempo e esforços em questões secundárias.

A sobrecarga, a pressão para tomar decisões importantes sem o tempo adequado e as exigências conflituosas, dão ao profissional a sensação de que por mais que tente, nunca terá sucesso. Segundo este autor acima referido, o resultado a longo termo desta confrontação com a realização negativa no trabalho é uma experiência subjectiva de fracasso.

Para um indivíduo cujo “ego” visa a sua performance e que faz do seu trabalho o “sentido” da sua existência (Skovholt, 2001), o fracasso é uma experiência devastadora e potenciadora de *burnout*.

Quando o *burnout* começa, (Pines, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) reduz a motivação individual do sujeito para o trabalho. Isto pode levar as pessoas a deixarem o trabalho, a voltarem à escola para conseguirem melhores trabalhos ou, por fim, a abandonarem uma carreira profissional. Por

sua vez, quando um ambiente de trabalho é de sucesso, promovendo um sentido de importância, as pessoas não apresentam *burnout*.

Retomando a relação do *burnout* e da auto-eficácia com o modelo de sucesso psicológico de Hall (1971, 1976) referido por Cherniss (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), é importante analisar qual a relação entre os conceitos de *burnout* e de auto-eficácia, sendo este último um conceito novo na psicologia. Porém, a literatura e a investigação sobre o *burnout* não fala de uma relação entre estes conceitos, o que é pena, pois a relação entre estes pode trazer novas direcções nas investigações, teorias e intervenção no *burnout*, como Leiter (1990) sugeriu.

Nos primeiros estudos do *burnout* na década de 70, Cherniss não estava desperto para o trabalho de Bandura, em 1977, acerca da auto-eficácia, e Maslach (1982) ainda não tinha “isolado” a realização pessoal como uma das três dimensões do *burnout*. No entanto, a competência era um motivo humano importante nos trabalhos de Robert White em 1959; é neste sentido, que Cherniss refere que, de várias maneiras, o sentido de competência no trabalho é um importante conceito.

Em estudos que realizou com profissionais principiantes com grande sentido de competência, o autor verificou, que estes após 10 anos de carreira profissional, mantinham parecido o sentido de competência, acerca do trabalho.

O reforço da ligação entre os conceitos de auto-eficácia e de *burnout* ficou estabelecido para Cherniss quando tomou conhecimento do trabalho de Hall, em 1976, acerca do sucesso psicológico. Neste, propõe Hall, que a motivação e a satisfação eram realçados quando uma pessoa obtinha o sucesso e atingia as metas a que se tinha proposto. Ao definir o conceito de sucesso psicológico e de fracasso, Hall não só descreveu os sintomas do que mais tarde seria o

burnout (Cherniss, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), como identificou as características do trabalho e da organização que tendem a estar associadas aos baixos níveis de *burnout* na literatura: desafio, autonomia e controlo, feedback dos resultados, apoio dos supervisores e dos colegas (Maslach & Jackson, 1984; Leiter & Maslach, 1988; Pines & Aronson, 1988).

Assim, para Cherniss (1993) o trabalho de Hall leva a que exista uma relação entre *burnout* e o sentido de competência ou sucesso no trabalho de cada um. Os factores individuais ou de trabalho que realcem o sucesso e a competência reduzem o *burnout*, enquanto factores que promovem sentimentos de incapacidade e fracasso aumentam o *burnout* (*cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

É neste sentido, segundo Maslach, em 1978, que o *burnout* é definido como a resposta ao stress crónico profissional. Como refere esta autora, é difícil lidar com o stress crónico no trabalho – em que os acontecimentos estão sempre presentes no ambiente profissional – levando a situações de gradual erosão que conduz à exaustão, cinismo e inevitavelmente ao *burnout*.

Como iremos ver adiante, esta autora, nos seus estudos, aprofundou quais as reais causas do *burnout*, tendo-as posteriormente descrito, em 1997. O termo *burnout* tendo surgido relacionado com as profissões de ajuda, generalizou-se, e Ainsworth (2001: 1) citando Maslach afirma que “a stressful job environment can be toxic”, referindo que existem enormes consequências físicas, particularmente com o stress crónico.

Quando um indivíduo na sua empresa não tem o controlo do trabalho, interpreta a situação como tendo pouca hipótese de resolver problemas, não controlando o processo de encontrar saídas para as situações (Shirom, 1989; Ainsworth, 2001).

Esta situação, para Maslach, conduz a uma sensação de desvalorização do indivíduo e dos que o rodeiam conduzindo a conflitos crónicos e não resolvidos com os colegas de trabalho. Torna-se necessário e importante identificar o que as pessoas sentem de positivo no seu trabalho e focar-se nesses aspectos para aliviar o *burnout*, conduzindo o sujeito ao encontro de caminhos que conduzam ao engajamento com o trabalho (Ainsworth, 2001).

Este conceito evoluiu segundo Maslach, desde 1978, em que era um síndrome de cansaço físico e emocional implicando o desenvolvimento de uma auto-imagem negativa em relação ao trabalho e perda de interesse pelos utentes. Em 1981, o *burnout* era uma resposta inadequada ao stresse emocional crónico, para em 1982, esta autora definir este conceito como um síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução de realização pessoal que pode surgir em sujeitos que trabalham com pessoas.

Assim, Maslach (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) referindo o seu modelo multidimensional do *burnout*, diz que a exaustão emocional é o esgotamento físico caracterizado pela sensação de não se poder dar mais de nós aos outros, levando a uma situação negativa e negligente; a despersonalização surge porque o sujeito para se proteger dos sentimentos negativos que o acompanham, isola-se evitando estabelecer relações interpessoais, tornando-se cínico, distanciado e definindo rótulos depreciativos aos utentes e colegas; por último, a redução da realização pessoal manifesta-se por sentimentos de inadequação profissional e pessoal e na incapacidade de responder ao que lhe é solicitado. Este sentimento, segundo Alvarez *et al.* (1993), pode ser mascarado por uma sensação paradoxal de onipotência, ou seja, para não ser visto como incompetente o profissional esforça-se para dar a impressão de ser dedicado e interessado.

O modelo multidimensional do *burnout* e a sua avaliação é o mais usado nas investigações com os seus três componentes (já referidos anteriormente), tendo sido desenvolvido por Susan Jackson e Maslach (1981, 1984, 1986).

Moreno-Jiménez, Carvajal e Redonda (2001), numa avaliação do *burnout* profissional em que se pretendia adaptar o MBI ao castelhano e comprovar as suas características psicométricas em 114 administrativos, concluiu das análises factoriais e da consistência que os valores encontrados correspondiam com bastante exactidão ao modelo teórico da Maslach.

A definição do *burnout* não derivou de uma extensa teoria mas de um desenvolvimento de vários anos de investigação exploratória, envolvendo intervenientes e campos de estudo com uma variedade de empregados de uma variedade de profissões, incluindo profissionais de saúde, trabalhadores sociais, saúde mental, justiça criminal e educação (Maslach, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

A este respeito, Freudenberger (1983), define o *burnout* como uma situação que se caracteriza por um estado de cansaço ou de frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida, ou relação que não resultou na produção da expectativa esperada (Queirós, 1998) estabelecendo-se, assim, uma relação com os estilos de vida dos sujeitos.

Mas, como vamos ver em seguida, é com os profissionais de saúde que o *burnout* tem sido mais relacionado.

2.1.2 *Burnout* em profissionais de saúde

O *burnout* tem sido mais estudado em profissionais de saúde, concretamente em enfermeiros e médicos, mas mais nos primeiros.

Os estudos que têm sido realizados com os profissionais de saúde, evidenciam como causas do *burnout*, aspectos que são referidos como causas do stresse ocupacional e que no seu limite, conduzem a este.

Por exemplo, o papel dos enfermeiros pode ser claro mas carrega uma grande carga de incertezas: a sensação do pouco ou muito envolvimento com os pacientes, podem levar a incertezas acerca de como lidar com os vários problemas dos utentes (incluindo pedidos de ajuda ou expressões de ansiedade) conduzindo a uma sensação de insegurança acerca dos cuidados prestados (adequados ou não às situações) (Buunk & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Nesta perspectiva, Cherniss (1980) considera a competência como a maior fonte de stresse que leva ao *burnout* nas profissões de ajuda, particularmente no início da carreira profissional, como já referimos.

Um outro aspecto, é a falta de controlo que é mais importante para os sujeitos com alta auto-estima do que os sujeitos com baixa auto-estima. Os sujeitos com alta auto-estima esperam controlar e sentirem a sua auto-eficácia face ao ambiente de trabalho que está para além do seu controlo; a exaustão emocional, é o indicador de stresse mais comum entre os sujeitos mais sensíveis ao stresse em geral; e, a despersonalização é uma forma de *coping* nos problemas relacionais com os pacientes (Buunk & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Entre os clínicos gerais o *burnout* está associado ao facto de lidarem de perto com os problemas dos doentes e as pressões do tempo, podendo dever-se ao “contágio emocional” que é compreendido através do “Modelo de Contágio do *Burnout*” explicado por Bakker *et al.*, em 2001 (*vide* figura 8), e que ensaiado em 507 clínicos gerais levou à conclusão de que o *burnout* na expressão

exaustão emocional surge em primeiro lugar pelo contágio com os colegas e em resultado da susceptibilidade para o contágio emocional. Este conceito é explicado por Marques-Teixeira (2002), ao afirmar que se trata de uma forma para automaticamente se mimetizar e sincronizar as expressões emocionais, as vocalizações, as posturas e os movimentos com os de um sujeito e, em consequência, convergir emocionalmente com ela (Queirós, 2005).

Ainda segundo este autor, para Bakker *et al.*, em 2001, o aspecto mais importante do conceito de contágio emocional centra-se na dimensão não consciente desse contágio, contudo ele pode acontecer conscientemente, por um processo cognitivo de sintonização com as emoções dos outros.

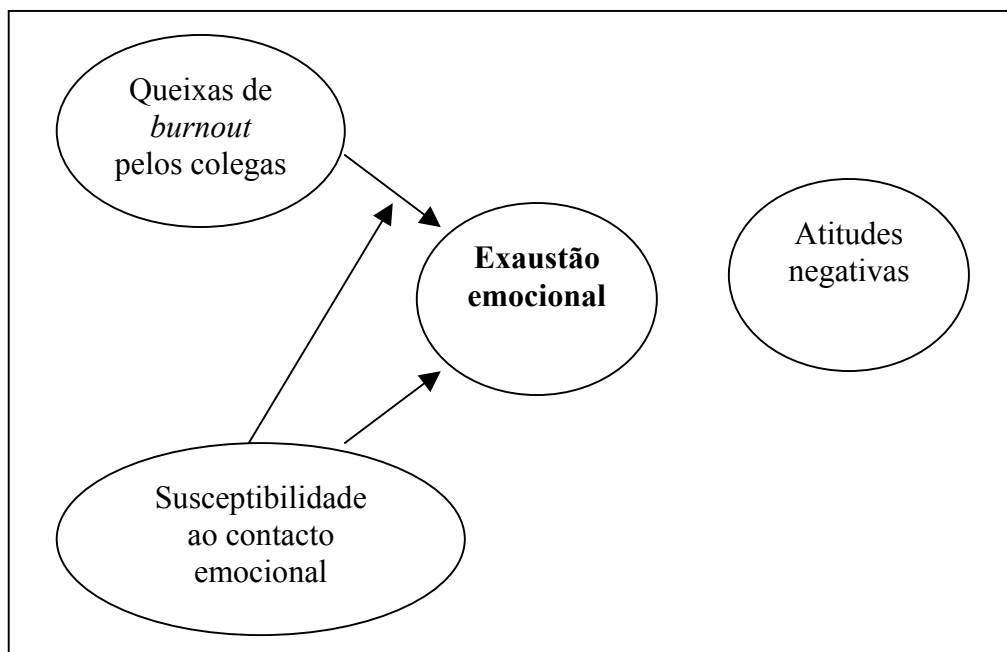


Figura 8: Modelo do contágio do *Burnout* (Bakker *et al.*, 2001) (Retirado de Queirós, 2005:64).

Alguns aspectos devem ser considerados quando abordamos esta matéria, por terem a ver com as consequências no limite do stress ocupacional, pelo que aqui também os vamos abordar, por estarem também, associadas ao *burnout*.

Mas, como poderemos estabelecer a relação entre o *burnout* e as profissões de ajuda? Começemos pelos profissionais de saúde em geral e depois pelos médicos e pelos enfermeiros, sem que esta ordem constitua uma prioridade e/ou relevância quanto às profissões.

Num estudo realizado no hospital geral, Virgen de la Veja de Salamanca, Espanha, por Matos, Veja e Urdániz (1999), sobre o *burnout* em profissionais de saúde (grupo A: médicos - 82,3% homens e 17,6% mulheres; grupo B: enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de laboratório e imagem - 6,5% homens; e grupo C: auxiliares de acção médica – 3% homens) numa amostra de 363 sujeitos (27% homens e 73% mulheres), concluíram que existem valores médios de despersonalização; valores médios moderadamente elevados para a exaustão emocional; e para a realização pessoal valores médios moderadamente elevados. Isto resulta num nível médio de *burnout* para os profissionais de saúde (grupos A e/ou B).

Verificou-se também que os profissionais de saúde que trabalhavam há menos tempo (até 5 anos) apresentavam valores médios mais baixos para a exaustão emocional (13,14), do que os que trabalhavam entre 6 e 15 anos (20,96) ou os de mais de 15 anos (21,43). Quanto ao sexo e ao estado civil não existiam diferenças significativas tanto para os homens como para as mulheres, com valores médios para as diferentes sub-escalas. Quanto ao ócio (lazer) para a despersonalização, concluiu-se que era significativo, com valores médios de 7,36 para os profissionais com menos de duas horas de ócio por dia; 6,43 para os que têm entre 2 a 4 horas; e 8,51 para os que têm mais de 4 horas de ócio por dia. Para a exaustão emocional, os valores médios da amostra são mais altos para aqueles que desfrutam de menos horas de ócio (22,49) que para os que desfrutam de 2 ou mais de 4 horas por dia (19,1 e 19,67).

No que diz respeito ao consumo de tabaco e álcool, revelou que o consumo de tabaco se relaciona com o sexo, pois existe uma maior percentagem de grandes fumadores (> 20 cigarros/dia) no grupo dos homens do que no das mulheres. Em relação ao tempo de serviço e o consumo de tabaco observou-se que à medida que aumenta a antiguidade e portanto a idade, existe um ligeiro aumento na percentagem dos grandes fumadores, mas sobretudo um aumento da percentagem dos não fumadores. Existe uma relação estatisticamente significativa entre o maior consumo (> 20 cigarros /dia) e uma maior probabilidade de ter altos níveis de despersonalização.

Para o álcool, existe uma relação significativa entre este e o sexo, sendo mais elevado os problemas com o álcool nos homens. Todavia não existe uma relação significativa entre o consumo de álcool e de tabaco.

Ainda este estudo, revela que os profissionais de saúde que consomem analgésicos (5,99) ou tranquilizantes (9,50) apresentam um nível mais elevado de exaustão emocional.

Olkinuora *et al.*, em 1990, salientam que existem profissões com elevados níveis de *burnout*, particularmente as que tratam (preferimos a este termo a palavra “cuidar” que tem um sentido mais holístico) doentes crónicos ou que estão atingidos por doenças fatais. A este propósito, referem as especialidades de oncologia, de pneumologia e de psiquiatria; as que têm menores níveis de *burnout* são as que lidam com doentes com um melhor prognóstico, como a obstetrícia, a ginecologia, a otorrinolaringologia e a oftalmologia (Vaz Serra, 1999). É por essa razão, segundo o mesmo autor, que num estudo de Chemtob *et al.*, em 1988, relativo a 131 psiquiatras, registraram-se que 65 dos profissionais médicos já tinham tratado doentes que se suicidaram, e que o

facto de estar em causa uma vida, leva os profissionais a terem elevados índices de *burnout*.

Também, em 1991, Burke e Richardsen comprovaram que o género, isto é, a diferença de sexos nos médicos era um factor de stresse. Os homens trabalhavam um maior número de horas por semana, viam mais utentes, podiam dispor de um menor número de dias livres e mostravam uma maior preocupação pelos aspectos económicos do que as mulheres. Por outro lado, as mulheres tinham atitudes mais negativas acerca dos cuidados de saúde e da prática da medicina (Vaz Serra, 1999).

Igualmente, a bibliografia e os estudos nela referidos mostram que o álcool é muitas vezes usado como mecanismo redutor da tensão emocional - como Thomas *et al.*, em 1980, comprovaram nos médicos - sendo considerado o abuso de bebidas alcoólicas como um dos indicadores de stresse, servindo esta situação igualmente para o consumo de drogas ilícitas e de psicofármacos, o abuso do tabaco, a presença de suicídio e de alterações psiquiátricas.

Aliás, na Finlândia, num estudo de Juntunen *et al.*, em 1988, numa amostra de 2671 médicos, comprovou-se que o consumo de bebidas alcoólicas parecia ser mais alto do que o da população em geral, estando normalmente associado às condições stressantes e ao *burnout* (Vaz Serra, 1999).

Porém, outros autores afirmam que o factor mais consistente preditivo do alcoolismo nos médicos é o mesmo do que o da população em geral, isto é, a história de alcoolismo na família; para além destes aspectos, a existência de uma personalidade narcísica, uma infância pobre em afectos e uma sobrecarga de trabalho são variáveis associadas aos problemas do álcool. Diversos

estudos sobre médicos que abordam estes aspectos são referidos por Vaz Serra (1999) numa revisão da literatura.

Assim, segundo este autor, um estudo de Valliant *et al.*, em 1970, sobre o comportamento de médicos, 20 anos depois de terem sido estudantes universitários e comparado com outras profissões, verificaram que existia nos médicos uma prevalência maior de casamentos fracassados, uso de opiáceos, de cocaína, de anfetaminas, de tranquilizantes e de comprimidos para dormir; num outro estudo nos Estados Unidos, Stout-Wiengand e Trent, em 1981, verificaram que o consumo de drogas, por parte dos médicos, se correlaciona com o stresse profissional, não sendo o acesso às drogas, mas antes a presença ou ausência de stresse, que leva os médicos ao consumo destas sendo que, num estudo realizado na Suíça com psiquiatras, Domenighetti *et al.*, em 1991, mostraram, que estes, numa proporção maior do que os outros médicos, e do que a população em geral, tomam diariamente tranquilizantes e comprimidos para dormir.

Estes aspectos relacionam-se, para o mesmo autor, com um estudo publicado em Inglaterra em 1982/83, acerca da mortalidade por profissões, relativo aos anos 1979/80, onde se comprova que os médicos têm um risco 77% mais elevado do que a população em geral de morrerem de cirrose hepática; ainda, um estudo na Escócia feito por Murray, em 1976, concluiu que os médicos do sexo masculino tinham uma taxa de internamentos hospitalares, por causa da dependência do álcool, duas a três vezes mais alta do que a população de controlo do mesmo estrato social.

Também a taxa de suicídio é maior nos médicos quando comparada com a população em geral. O risco de suicídio por ano é, nos Estados Unidos, mais alto nos médicos do que nos advogados ou arquitectos, e duas vezes superior

ao da população em geral, segundo Rose e Rosov, em 1973. Moore, em 1982, numa amostra de mulheres psiquiatras da Califórnia verificou que estas cometem suicídio numa taxa 47 vezes superior à da população em geral, sendo que, para a Associação de Medicina Britânica, em 1992, os médicos no Reino Unido têm um risco de suicídio 72% mais alto do que a população em geral, podendo ser mais acentuada quando comparada com outras profissões com um estrato social semelhante (Vaz Serra, 1999).

Em Portugal, num estudo piloto acerca do *burnout* e depressão (Nogueira, 1988) em 182 médicos Clínicos Gerais realizado no norte do país, encontrou-se sintomas de *burnout* em 86,8% destes, em que 82% tinham sintomas crónicos (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999), e que são valores significativamente mais altos, dos encontrados por González e González (1998), em 286 médicos de 37 centros de saúde da província de Saragoça, em Espanha, onde os profissionais de saúde médicos apresentaram respectivamente, 59,7% exaustão emocional, 36,1% despersonalização e 31,2% realização pessoal.

Leal (1996), num estudo efectuado com médicos de família nos distritos de Coimbra e Leiria, numa amostra de 58 médicos, verificou que os médicos de família não apresentam níveis maiores de stresse psicológico sintomático e de *burnout* do que os outros profissionais com formação académica idêntica trabalhando na mesma área geográfica. Concluiu, ainda, que as mulheres apresentam valores mais altos na exaustão emocional e que os homens têm índices de realização pessoal superiores aos das mulheres.

Outra profissão que devemos considerar neste âmbito é a dos enfermeiros. Tradicionalmente para Heim, em 1992, os enfermeiros passam por situações de stresse maiores do que os médicos (Vaz Serra, 1999). Este grupo

profissional é mais afectado por transtornos psicopatológicos do que a população em geral, sendo que em situações stressantes se envolvem no consumo de drogas ilícitas ou psicofármacos e no consumo de álcool (Vaz Serra, 1999); a este respeito, segundo este autor, Sutherland e Cooper (1990) referem que as enfermeiras em comparação com mulheres de outros grupos profissionais e da mesma idade, apresentam um maior índice de mortalidade e expectativa de vida menor quando comparadas com outras profissões tradicionalmente femininas; ainda estes autores, dizem que as enfermeiras cometem suicídio com mais frequência do que as mulheres de outras profissões.

Em outros estudos, referidos por Vaz Serra (1999), verificou-se segundo Hingley e Cooper, em 1986, que 52% de uma amostra de enfermeiras com cargos de chefia consumia álcool de modo regular como forma de se relaxarem (*cit. in* Sutherland e Cooper, 1990). Num outro estudo realizado na Escócia em 600 enfermeiros por Plant, Plant e Foster, em 1992, comprovou-se que nos elementos do sexo masculino os níveis mais altos de stresse eram referidos por enfermeiras dos serviços de medicina e, os índices mais altos de stresse, naquelas que trabalhavam na psiquiatria, o que não acontecia no sexo masculino. Também se verificou uma relação entre o stresse e o consumo de álcool, sendo que nas mulheres acrescia a esta situação o consumo de drogas ilícitas.

Podemos desta forma verificar que os indutores de stresse também podem ser indutores de *burnout*, tanto para a enfermagem (Vaz Serra, 1999), como para as outras profissões.

Assim, Glass *et al.*, em 1993, num estudo com 162 enfermeiros comprovaram que as pessoas que no trabalho sentiam menor controlo sobre os

acontecimentos tinham uma incidência maior de depressão e de *burnout* (Vaz Serra, 1999).

Num outro trabalho, segundo este autor, realizado por Firth e Britton, em 1989, verificou-se que o *burnout* estava associado ao absentismo e que era precursor de mudança de emprego, comprovando ao mesmo tempo que a existência de apoio social de um superior poderia ser um factor moderador dos efeitos deste. Esta situação está de acordo com um estudo de Ana Allen, em 1993, acerca de enfermeiros perante a doença grave, em que uma enfermeira recém diplomada colocada numa unidade de oncologia, teve uma descompensação física e emocional grave, tendo dito ter uma completa incapacidade de suportar a angustia durante o serviço e abandonado, mesmo, a profissão posteriormente.

Em estudos realizados com enfermeiros (Vaz Serra, 1999) tendo em consideração os serviços onde trabalhavam e a sua relação com o stresse ocupacional (Cronin & Brophy, 1985), revelou-se numa amostra de 296 enfermeiras que as enfermeiras psiquiátricas têm tendência para mais conflitos de natureza relacional e interpessoal, tanto com os doentes como com os seus familiares, os colegas e os médicos; e, as enfermeiras do bloco operatório envolvem-se menos com os doentes, os colegas e os familiares dos utentes, mas mantêm a mesma situação conflituosa com os médicos; as enfermeiras dos serviços de medicina e de cuidados intensivos apresentam um grau moderado de envolvimento interpessoal com os doentes e conflitos esporádicos com os familiares dos utentes, colegas de trabalho e médicos.

Foi, ainda, comprovado por estes autores, que as enfermeiras psiquiátricas têm uma ajuda e assistência menos directa do que as enfermeiras do bloco operatório, pois normalmente não trabalham em equipa como estas últimas.

Estes aspectos estão de acordo no que diz respeito às enfermeiras psiquiátricas, com um estudo realizado em cinco hospitais gregos com 199 enfermeiros por Adali *et al.* (2003). Verificou-se que, em geral, apresentavam níveis médios de *burnout*, e que a idade se relacionava de forma positiva com objectivos pessoais, pois as pessoas com mais idade e mais experiência faziam frente com êxito à pressão no trabalho, continuando com o mesmo empenho e satisfação pessoal; verificou-se, ainda, uma correlação significativa entre a diminuição da exaustão emocional e da despersonalização e o tempo passado cuidando e comunicando com os doentes. Este aspecto foi mais evidente para os enfermeiros graduados que na vida diária haviam estado mais implicados nos cuidados dos utentes, o que está de acordo com Adali (1999), em que os profissionais que mais se relacionam com os utentes experimentam mais satisfação profissional.

Por outro lado, (Vaz Serra, 1999) as enfermeiras dos cuidados intensivos em termos de feedback em relação ao trabalho em si, recebem uma confirmação das suas acções mais observável, contínua e concreta do que as enfermeiras da psiquiatria, em que estas, estão muitas vezes a trabalhar sem informação prévia relativa a um doente, ignorando os objectivos a atingir. Esta situação que implica ausência de retroacção ou feedback conduz ao *burnout*.

Deste modo, para este autor, as enfermeiras que apresentam manifestações maiores de *burnout* têm tendência a usar mais psicofármacos para acalmar os doentes e a despender menos tempo em contacto directo com os utentes.

Também, num trabalho de Cañamares e Santiago (2000), realizado com Supervisores de Enfermagem num Hospital de Madrid, concluiu-se que 40,6% dos profissionais estava afectado com *burnout*, tendo como factores de risco muita burocracia, vida privada afectada e baixo reconhecimento profissional.

Já num estudo realizado por Villena, Zelada e Olcese (2003), em 56 enfermeiras dos hospitais da província de Trujillo, as enfermeiras - dos serviços administrativos, cuidados especiais, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia - apresentaram um nível baixo nas dimensões exaustão emocional (82,1%) e despersonalização (73,2%) do síndrome de *burnout* e um nível alto na dimensão realização pessoal (67,9%), não sendo estatisticamente significativa as relações entre as dimensões do síndrome de *burnout* com as variáveis idade, estado civil, existência de filhos, anos de serviço e serviços onde exerciam as suas funções.

Mas num estudo realizado em Portugal acerca do *burnout* em profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependentes (CAT) por Correia (1999), numa amostra de 88 sujeitos, em que 24 eram médicos e 13 enfermeiros, verificou-se que os profissionais destes centros apresentavam um nível elevado de exaustão emocional; valores médios de despersonalização e valores altos de realização pessoal.

Ainda, nesse estudo, constatou-se que os profissionais do sexo masculino apresentam mais exaustão emocional do que os profissionais do sexo feminino, o que vai de encontro a resultados obtidos noutros estudos (Cahoon & Rowney, 1984; referidos por Garcia, Price & Spence, 1994); em relação à idade, verificou-se que os profissionais com menos de 25 anos de idade têm um nível mais elevado de exaustão emocional; e, quanto ao tempo de exercício na função, verificou-se que quanto menor for a experiência mais exaustão apresentam e que, pelo contrário, quanto maior a experiência profissional maior os níveis de despersonalização. Em relação aos factores organizacionais verificou-se que a pressão, o envolvimento e a autonomia parecem estar mais associados ao *burnout*. A pressão foi a variável mais significativa ligada à

exaustão emocional como outros estudos referem (Price & Spence, 1994; Savicki & Cooley, 1994) pois influencia de uma forma positiva a exaustão emocional.

Por sua vez, para esta autora, os sentimentos de despersonalização e realização pessoal estão associados ao envolvimento e a autonomia no trabalho; e, quanto maior o envolvimento e a autonomia dos profissionais menor a despersonalização e maior a possibilidade de realização no trabalho. Estes aspectos vão ao encontro de estudos realizados por Maslach e Jackson (1981) em que a autonomia - como já dissemos - é preditora da realização pessoal e, em que, o encorajamento por parte dos profissionais na tomada de decisões e a serem auto-suficientes, também, esta associado a uma maior realização pessoal (Savicki & Cooley, 1994).

Aliás, a autonomia está relacionada com a frequência de comportamentos mais positivos perante os utentes e mais satisfação no trabalho (Pines & Maslach, 1978).

Um outro trabalho realizado em 1994, por Vieitas *et al.* (1995), no serviço de cuidados paliativos/radioterapia no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto, pode confirmar alguns dos resultados de Kübler-Ross (1969) de que a morte não é bem aceite pelos profissionais, pois estão vocacionados para prolongar a vida (Parreira & Sousa, 2000).

Também noutro estudo realizado por Parreira e Sousa (2000), com 64 enfermeiros da área de oncologia, em três serviços do Centro Regional de Oncologia de Coimbra, em que comparou o *burnout* entre os serviços de radioterapia, cirurgia e oncologia médica, verificou-se existirem níveis mais altos de *burnout* no serviço de oncologia médica, com diferenças significativas relativamente ao serviço de cirurgia, nas dimensões exaustão emocional e

despersonalização, não existindo diferenças significativas entre o serviço de oncologia médica e o de radioterapia na exaustão emocional. Quanto à idade verificou-se existir uma tendência explicativa para a dimensão despersonalização. Confirmou-se, assim, que a intensidade do contacto com o doente terminal e com a morte é uma variável organizacional importante nas acções de gestão do pessoal.

Já a este respeito, Parreira (1998) numa outra investigação, comprovou que os enfermeiros que exercem funções em unidades com maior contacto com doentes terminais e com índices de mortalidade mais elevado, apresentavam níveis de *burnout* mais altos.

Este aspecto é evidenciado num trabalho, de Aiken *et al.* (2002), em que é abordado o problema da influência do rácio enfermeiro-doente sobre a mortalidade hospitalar e o *burnout* nos enfermeiros. Foram estudados durante ano e meio 168 hospitais da Pensilvânia, nos EUA, tendo-se analisado dados de 230.000 doentes do foro cirúrgico. O rácio enfermeiro-doente era de 5:1 ou menor em metade dos hospitais. Depois de terem sido feitas as correcções em função do tipo de hospital e de doentes, os autores verificaram um aumento de 7% no risco de morte nos primeiros 30 dias por cada doente extra atribuído a cada enfermeiro, assim como um aumento de 7% de risco de morte associado à não detecção de complicações. Também, para além do significativo aumento da mortalidade, cada doente a mais atribuído a um enfermeiro aumentava a frequência da síndrome de *burnout* entre estes.

A este respeito, não é raro encontrarem-se serviços hospitalares, em Portugal, como a medicina e a cirurgia, em que 2 enfermeiros no turno da noite prestam cuidados a 25 ou mais doentes, pelo que se torna fácil compreender a importância do estudo destas matérias.

Num trabalho realizado por Junior *et al.* (2002), sobre o *burnout* em enfermeiros do Hospital Distrital de Faro, numa amostra de 510 sujeitos, tendo por base uma comparação entre um grupo com horário fixo (41,2%) e outro por turnos (58,8%), verificou-se que: os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam maiores níveis de *burnout* do que os que trabalham em horário fixo - respectivamente 80% com trabalho por turnos e 20% com horário fixo -, não se encontrando diferenças significativas entre os dois grupos (por turnos e fixo) para os níveis médio (48% e 52%) e baixo (56% e 44%); os enfermeiros que escolheram o serviço onde trabalham apresentam menores níveis de *burnout* do que os que não escolheram; a cultura organizacional não influencia os níveis de *burnout* ; dos enfermeiros que têm horários por turnos, 30,7% não têm pluriemprego, assim como, 96,3% dos enfermeiros que têm horário fixo; e que, dos enfermeiros que têm horários por turnos, 17,5% têm contrato a termo certo.

Recentemente num estudo mais abrangente, em 2004, sobre o *burnout* no trabalho e conjugal realizado com enfermeiros portugueses (Queirós, 2005), numa amostra de 965 enfermeiros de todo o país, concluiu-se que um em cada quatro enfermeiros apresentam *burnout* no trabalho e que 4% a 10% têm exaustão emocional, física e mental na sua relação afectiva com o cônjuge, mas que 54,96% têm uma boa relação conjugal e 35% vivem em equilíbrio instável.

Ainda este autor encontrou jovens profissionais mais exaustos emocionalmente e fisicamente, mas menos cínicos, sendo o contrário nos profissionais com mais idade (menos exaustão e mais cinismo) – o que está de acordo com estudos já citados - em relação ao *burnout* no trabalho; e que os profissionais que trabalham por turnos apresentam menor eficácia profissional do que os

seus colegas de horário fixo. Alguns números ainda deste estudo mostram que 42% dos profissionais pretendem mudar de serviço, 29% de instituição e 11% de profissão, verificando-se que os que têm níveis de *burnout* mais elevados querem mudar de serviço e de instituição mas não tanto de profissão.

Verificou-se, também, que os enfermeiros deixam de ser eficazes quando não estão envolvidos, não há coesão de grupo e existe confusão de papéis e de orientações, o que está de acordo com outros estudos já referidos, e não pela pressão do trabalho ser elevada ou terem pouca autonomia.

Por outro lado, em estudos comparativos verifica-se que os enfermeiros do Porto têm menos cinismo e exaustão emocional e mais eficácia profissional do que os colegas de outras regiões (Queirós, 2005).

Um dos aspectos relacionados com o aparecimento do *burnout* é a cultura das organizações, para além dos aspectos individuais, como veremos em seguida.

2.1.3 *Burnout* e cultura organizacional

Os factores ou fontes de stresse ocupacional que foram descritas indicam que há uma necessidade em Portugal de uma mudança organizacional na área da saúde, pelo que é importante abordar este assunto. De acordo com Feldman (1988), a cultura organizacional é uma colecção de meios que se desenvolveram no contexto da organização mas que interagem com os aspectos sociais e culturais. Consideramos como meios, as normas, os papéis, os planos e as ideias que procuram dar coerência e sentido às acções e acontecimentos em que participamos. Quanto maior e mais forte for a cultura organizacional melhor o olhar sobre estes aspectos referidos (Winnubst, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek , 1993), pois para Moreno-Jiménez e

Puente (1999; *in* Simón [Ed.], 1999), estes aspectos são factores importantes e a ter em conta nas profissões de saúde.

Nesta dialéctica é importante o clima de trabalho. Este, é o resultado daquilo que a maioria dos empregados vêem como os costumes típicos, práticas e procedimentos. Frequentemente o clima de trabalho (Winnubst, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) é descrito na base de dimensões como autonomia, degraus da estrutura, sistema de recompensa e o suporte.

Maslach e Leiter (1997), descrevem o local de trabalho dos dias de hoje como frio, hostil, em permanente mudança, tanto económica como psicologicamente.

As pessoas estão emocional, física e espiritualmente exaustas.

Nesta base, o suporte social é relevante nas organizações, existindo alguns estudos acerca deste assunto. Em 1981, Beehr, formulou uma hipótese em que muitos empregados estão insatisfeitos com os colegas por causa destes criarem grandes expectativas, e descobriu que os sujeitos que experimentavam níveis de stresse elevado culpavam os seus colegas por isso. Já Pines e Maslach (1978) observaram que quanto melhor as relações entre os trabalhadores, mais profissionais se tornam e mais sucesso no trabalho sentem (Winnubst, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek , 1993).

Em estudos acerca da interacção social e do *burnout* usando o MBI (Maslach Burnout Inventory), Leiter e Meechan (1986) encontraram a exaustão emocional elevada em profissionais que tinham muitos contactos sociais, profissionais que eram ambíguos acerca dos seus contactos com outros membros do staff e interacções sociais restritas com os colegas que apresentavam altos valores de despersonalização. É de se referir que num outro estudo, Cronin-Stubbs e Rooks (1985), estudaram o stresse entre enfermeiros e encontraram que o suporte social era negativamente associado

com o *burnout* e preditivo deste. Assim, noutra trabalho, Constable e Russel (1986) encontraram entre enfermeiros que os maiores determinantes de *burnout* são a pressão do trabalho e a falta de apoio da supervisão (Winnubst, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek , 1993).

Dentro desta matéria, contudo, para Winnubst (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) não existem diferenças na sintomatologia do *burnout* experienciado por trabalhadores de várias ocupações. Mas existem diferenças entre as causas de *burnout*, como as diferenças entre os stressores dos “colarinhos brancos” e os dos “colarinhos azuis” (Winnubst, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek , 1993).

No segundo caso - mais comum na máquina burocrática - pode ser encontrado mais frequentemente *burnout* por causas emocionais, com um efeito de pouco controlo/alta monotonia (rotina) do tipo de trabalho; a alienação emocional e a desmoralização, a exaustão emocional e física, são o efeito de uma contínua e forçada preocupação com o processo burocrático em combinação com o pouco contacto pessoal e um baixo suporte social. Entre profissionais, a exaustão emocional e física é causada pelo contínuo contacto com outras pessoas, como se viu acerca da importância da intensidade do contacto com o doente terminal e com a morte (Parreira e Sousa, 2000), que é uma variável organizacional importante nas acções de gestão do pessoal.

O desenvolvimento organizacional (Beer, 1976) é um processo que visa melhorar as organizações através de esforços sistemáticos e planificados a prazo, centrados numa cultura de organização, nos processos sociais e humanos da organização. A ênfase no desenvolvimento situa-se nas equipas de trabalho. Esta forma de intervenção tem por princípio que a maior parte das pessoas está motivada, com um ambiente de apoio.

Contudo, para que tal aconteça, é necessário que os membros das equipas se ajudem uns aos outros e que existam comportamentos eficazes de liderança e de participação. A dinâmica das equipas de trabalho de uma organização tem um poderoso efeito sobre as atitudes e os comportamentos das pessoas (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Para que uma organização funcione bem, é importante que cada membro colabore e ajude o outro. A isto chamamos suporte social, que tem uma grande carga de humanismo, pois reconhece-se a identidade do outro e os seus valores enquanto pessoa.

Se numa organização não existir um suporte social adequado ao stresse (Winnubst, Buunk & Marcelissen, 1988), existe uma forte probabilidade de se sentir a pressão. É nesta sequência de processo que o stresse e a pressão se desenvolvem (Gaines & Jermier, 1983) e que pode surgir o *burnout* para Winnubst (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Devemos ter em consideração que o *burnout* (Pines & Aronson, 1988) é uma condição física, emocional e de exaustão mental como resultado de uma tensão emocional crónica, e que é um problema relacionado com o trabalho, podendo surgir em qualquer profissão (Meier, 1983) numa visão que não limita o *burnout* “to individuals who do «people work»” como a de Maslach, em 1982 (Winnubst, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993:152).

Porém, Pines, Aronson e Kafry, em 1981, restringem o conceito de *burnout* a profissionais de saúde, especialmente a empregados que trabalham com pessoas e, o conceito de tédio, a outros tipos de trabalhadores. Mas de acordo com Schaufeli, em 1990, o tédio é uma condição de extrema fadiga resultante de um stressor crónico, sendo o *burnout* o resultado de um processo de tensão emocional. Assim, a extrema fadiga e a exaustão emocional são duas faces

diferentes da mesma moeda, que é o *burnout* (Winnubst, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Para intervir nesta situação, são realizados programas de intervenção em organizações para ajudar a lidar com o *burnout*. A este respeito, Golembiewski e Rountree (1991) realizaram um programa de intervenção para lidar com o *burnout* em diferentes centros de saúde em que participaram os directores de enfermagem e os administradores, que após 11 meses foram comparados com um grupo de controlo. Os autores verificaram que as pontuações nas dimensões do MBI tinham diminuído significativamente e eram significativamente inferiores às pontuações obtidas pelo grupo de controlo (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Alguns aspectos podem ser considerados importantes para se prevenir ou retardar o aparecimento do *burnout*. Redesenhar a realização de tarefas (Maslach, 1982a), clarificar a tomada de decisões (Aber, 1983), melhorar a supervisão e melhorar as redes de comunicação organizacional (Reiner & Hartshorne, 1982), estabelecer objectivos claros para os papéis profissionais (Shinn & Morch, 1983) e, em geral, melhorar as condições de trabalho (Zastrow, 1984), são alguns dos exemplos a mencionar. Este tipo de acções facilitam a diminuição da sobrecarga laboral (Reiner & Hartshorne, 1982) e as disfunções dos papéis profissionais como a ambiguidade e o conflito de papéis (Gil-Monte & Peiró, 1997).

As administrações e as direcções devem ter também em conta, as mudanças de actividades (Edelwich & Brodsky, 1980), a promoção profissional e a autonomia (Aber, 1983), a participação na tomada de decisão (Schwab e col., 1986), a promoção de reuniões multidisciplinares periodicamente e a

flexibilidade (mudança de horários, por exemplo), como exemplos de aspectos que podem contribuir para melhorar os sentimentos de *burnout*.

Porém, em investigações mais recentes e ao longo de anos, Maslach e Leiter (1997), pensam que o *burnout* não é um problema das pessoas em si, mas do ambiente social em que as pessoas trabalham.

Existe, assim, uma mudança acerca do “olhar” sobre esta dialéctica pessoas-organizações, pois, a visão comum acerca do *burnout* era primariamente um problema do indivíduo; ou seja, a pessoa apresenta *burnout* por causa de aspectos como o seu carácter, comportamento, ou produtividade. A pessoa era o problema, e a solução era mudá-la ou livrar-se dela.

Maslach e Leiter (1997), no seu livro “The Truth About Burnout”, vêm dar uma nova visão acerca da causa real do *burnout*, centrando a questão no local de trabalho, ao não ser reconhecido no trabalho o lado humano.

Temos, assim, o stresse ocupacional e o *burnout* que, ao relacionarem-se com os estilos de vida determinam comportamentos que, de uma forma ou de outra, estão depois, associados às estratégias de *coping* para lidar com estas situações.

2.2 COPING

2.2.1 Definição de *coping*

O *coping* é um conceito de origem anglo-saxónica (Silva e Firmino, 1988) e que tem sido traduzido por “formas de lidar” ou estratégias de confronto” (Ferreira, 1993). Mas o *coping* tem tido mudanças na sua abordagem conceptual segundo Pacheco (2002), como veremos a seguir.

Inicialmente o termo *coping* correspondia aos mecanismos de defesa do EU, do modelo psicanalítico, que ao longo dos tempos foram evoluindo, sendo que na segunda metade da década de 30 com Ana Freud, os mecanismos de defesa, foram consideradas defesas que protegem o sujeito de ameaças externas (na linha de Adler) e de ameaças internas (tal como seu pai Freud) (Vaz Serra, 1999). Porém, embora de origens comuns existem grandes diferenças entre os dois conceitos. Snyder e Dinoff, em 1999, ao reverem trabalhos realizados, concluíram que os mecanismos de defesa do “EU” têm propriedades mais negativas, sendo considerados inconscientes e rígidos de operar. Por sua vez, o *coping* é mais consciente, relaciona-se com a realidade que rodeia o sujeito, está virado para o presente e o futuro, sendo mais flexível. Mas foi com Lazarus no início da década de 60 e mais tarde de co-autoria com Folkman em 1984, com a obra “*Stress, Appraisal and Coping*” que o *coping* começou a ser visto como um processo activo de transacção cognitiva, entre o sujeito e o meio ambiente, no contexto em que este se situa. Dentro desta perspectiva, Lazarus (1993) diz que as referencias ao traço e ao processo complementam-se: quanto maior a consistência do *coping* ao longo do tempo mais o traço se revela; quanto maior a inconsistência e a as influências contextuais no *coping*, mais o processo se afirma.

É também nesta fase que o *coping* deixa de ser visto como uma resposta automática a acontecimentos nocivos do meio ambiente, ao ser introduzido a dimensão humana de avaliação das situações (Vaz Serra, 1999).

Jesus a propósito desta matéria, diz que o *coping* poderá - quando focado na resolução do problema - ser instrumental ou, paliativo quando quer obter o alívio ou minimizar as consequências de uma acontecimento que não pode ser

alterado; “considera-se adequado quando resolve a situação indutora de stresse ou “inadequado” quando a mantém” (1998: 18).

Vaz Serra (1999) e Monat e Lazarus (1985), falam do *coping* como relacionando-se com tentativas de lidar com situações de dano, de ameaça e de desafio quando o indivíduo não dispõe de uma série de comportamentos, um hábito ou uma resposta automática de confronto para com a situação.

Uma das premissas que podemos reter do que abordámos acerca do stresse no modelo psicológico do mesmo, é que a avaliação do stresse leva a uma reacção pessoal ao stresse, a emoções experienciadas e a uma consequente adaptação.

Nesta linha de pensamento, o afecto é tido como a experiência psicológica da emoção. Cada emoção diz-nos algo diferente sobre o modo como uma pessoa valoriza o acontecimento numa transacção adaptativa e o seu modo de enfrentar o acontecimento (Lazarus, 1999). Assim, o stresse e a emoção dependem da valorização que o sujeito dá aos acontecimentos. O *coping* é para Lazarus (1999), uma parte integrante do processo de activação emocional. A atribuição do significado do que está acontecendo leva sempre a uma avaliação do que pode ser feito em relação ao acontecimento, o que determina se reagimos com ansiedade ou com ira , por exemplo.

Ainda, a este respeito, Folkman e Lazarus dizem que as estratégias de *coping* podem ser orientadas para dois objectivos distintos: a resolução de problemas e o controlo das emoções acompanhantes. Na primeira situação, o sujeito conduz os seus esforços para a resolução da situação indutora de stresse; na segunda situação, o sujeito tenta diminuir o estado de tensão emocional, através de mecanismos redutores dos estados de tensão (Vaz Serra, 1999).

As estratégias usadas nas circunstâncias indutoras de stresse, correspondem na sua natureza a duas classes: a abordagem e o confronto do problema e o evitamento da situação aversiva.

Numa situação de stresse pouco intensa, o sujeito utiliza estratégias de resolução de problemas, de acordo com Jesus (1998) e Vaz Serra (1999), e quando o stresse é maior, os esforços são no sentido de diminuir os estados de tensão emocional. Para Dorothy Cotton, em 1990, os homens envolvem-se mais na primeira forma de estratégias referidas e as mulheres, na segunda forma. As emoções a que os stresse dá origem são o que mais perturba o sujeito, não sendo sempre as mesmas. De qualquer modo são quase sempre de conotação negativa.

Monat e Lazarus (1985) falam do *coping* como os esforços feitos para lidar com as situações de dano, de ameaça e de desafio, em que, no que diz respeito às situações de desafio para Folkman (1984) e Pereira (2001), o indivíduo está mais confiante no facto das avaliações poderem provocar emoções positivas do tipo satisfação.

Pode, então, considerar-se (Ribeiro, 1998; Vaz Serra, 1999; Lazarus, 1999) que o stresse e a resposta a uma nova situação são mediados por dois processos: o *coping* e a avaliação cognitiva. Dentro da avaliação cognitiva dois tipos de apreciação estão presentes:

.avaliação primária: avalia se a transacção é significativa para o seu bem-estar ou não. Pode ser uma avaliação (a) subjectiva positiva, (b) irrelevante ou (c) negativa (stressante). As situações negativas são julgadas se (a) envolvem dano/perda, se (b) são ameaça e se (c) são desafio.

.avaliação secundária: o indivíduo avalia se algo pode ser feito para ultrapassar o prejuízo. Examina recursos de natureza fisiológica, psicológica, social e

material, *versus* as opções de *coping* (modificação da situação, procura de informações relevantes, aceitação da situação, etc.) (Folkman *et al.*, 1986).

Vaz Serra (1989) introduz um terceiro aspecto que é a *reavaliação*. Consiste na avaliação da situação primária e secundária para podermos determinar se a situação é significativa para o seu bem-estar; senão tem aptidões para lidar com a situação entra em stresse (Vaz Serra, 1999).

Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986: 572) definem *coping* de uma maneira mais abrangente, como “pensamentos particulares e comportamentos usados pela pessoa para lidar com as exigências do meio e que é relevante para o seu bem-estar”.

Moos e Schaefer, descreveram três aspectos que formam o processo de *coping* iniciado quando o sujeito é confrontado com situações de crise de doença: a *avaliação cognitiva*, as *tarefas adaptativas* (específicas da crise e gerais) e as *competências de coping* (focalizadas na avaliação, no problema e nas emoções) (Ogden, 1999).

Ainda estes autores, em 1987, organizam o *coping* em três aspectos de acordo com o foco primário, consoante é *no significado ou sentido* (visa encontrar um padrão para a crise e modificar o sentido e compreender a ameaça desencadeada pela situação; a evitação ou negação surge aqui na medida em que o sujeito tenta negar ou minimizar a importância da crise), *no problema ou em aspectos práticos* (procura confrontar a realidade da crise gerindo as circunstâncias causadas pela crise, tentando encontrar uma situação melhor; a procura de informação, a tentativa de resolução de problemas e a procura de recompensas alternativas, têm aqui lugar) ou, *nas emoções* (procura manter o equilíbrio afectivo; a regulação afectiva – controlando as emoções geradas pela

crise -, a descarga emocional, como um libertar dos sentimentos de zanga e a aceitação resignada, pondo um fim à situação) (Ribeiro, 1998) .

Jiménez (1997) a propósito do modelo processual de stresse de Sandín proposto em 1995 - já descrito -, refere o *coping* como os esforços comportamentais e cognitivos que uma pessoa realiza para fazer frente a questões concretas, tanto internas como externas que produzem stresse, e assim suprimir o estado emocional ligado ao stresse (*in* Mendieta, 1997).

Ao falarmos do *coping* como sendo a interacção entre o sujeito e o meio, deveria realçar-se a personalidade do sujeito como importante como os estudos de Meyer Friedman e Ray Rosenman (1959), ao salientarem a relevância de um determinado tipo de personalidade – “Tipo A “ - vulnerável à doença cardíaca. Porém, Walter Mischel (1968) acentuou a importância da “circunstância” e não da personalidade, e Seymour Epstein (1979) ao contrário referiu que as diferenças individuais são mais fortes no seu aspecto preditivo do que a circunstância, desde que se considere não um comportamento isolado mas comportamentos múltiplos (Vaz Serra, 1999).

O indivíduo tem um conjunto de recursos, que Moos e Schaefer (1993) segundo Vaz Serra (1999), dizem ser factores sociais e pessoais, estáveis, que influenciam a maneira como se vai lidar com as transições e as crises. A esse respeito Vaz Serra (1999: 371) conclui que “os recursos que alguém possui são relativos a aspectos muito diversos, entre os quais se incluem a experiência da pessoa, (...) maneira de ser, a sua capacidade económica (...). Quanto maior é o número de recursos menos relevante e perturbadora se torna dada situação”.

Na figura 9, a seguir, vamos tentar resumir através de um diagrama segundo Vaz Serra (1999), as modalidades das estratégias usadas em situações

indutoras de stresse, a sua filtragem, o grau de eficácia e as consequências presentes e futuras.

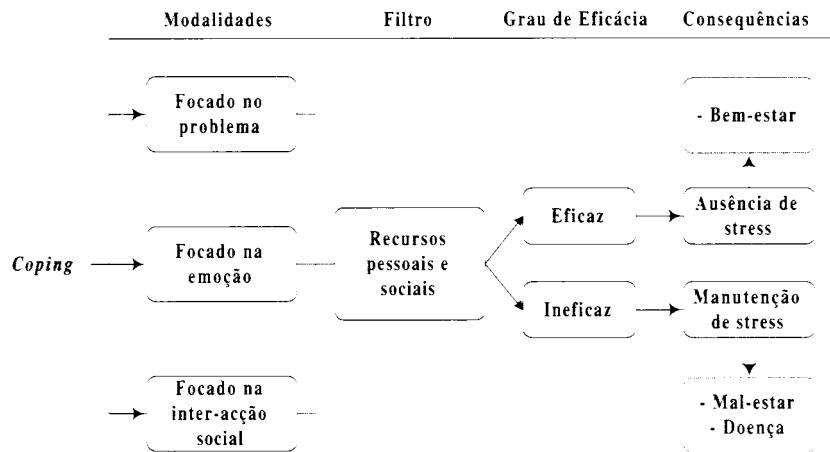


Figura 9: Estratégias usadas em situações indutoras de stresse (Retirado de Vaz Serra, 1999: 367).

A propósito deste assunto, e relacionando-se com os recursos do sujeito, Averill, em 1984, referiu que existem mecanismos inatos com que este nasce e que se ligam às emoções e à expressão destas. Salienta porém que o ambiente sociocultural em que o sujeito se insere é importante ao valorizar ou punir comportamentos e a evocar emoções (Vaz Serra, 1999).

Assim, existem sujeitos que pelas experiências que sofreram, se sentem impotentes para resolverem um problema. Outros, ficam tão sensíveis à opinião de terceiros, que evitam expor-se a críticas alheias. Indivíduos que ao longo do seu desenvolvimento não tiveram espaço para se afirmar nem emitir ideias ou sentimentos, não o conseguem fazer mais tarde. Existem seres humanos que sofrem sem necessidade, dramatizando muito a vida e para quem, a menor situação leva ao stresse.

Nesta interação sujeito-ambiente, o *coping*, e nomeadamente nos profissionais de saúde, tem grande importância, pelo que, passamos a esta matéria.

2.2.2 *Coping* orientado para o controlo, evitamento e gestão de sintomas

Já falamos acerca do *coping* e das suas funções de uma forma genérica, porém, consideramos importante referir de uma forma mais estruturada as estratégias de *coping* orientadas para o controlo, evitamento e gestão de sintomas.

Como já dissemos, Folkman e Lazarus (1985) mostram que as estratégias de *coping* podem ser orientadas para dois fins diferentes: resolução da situação que lhe provocou stresse (resolução do problema) e tentar diminuir o estado de tensão emocional suscitado interiormente. A este respeito, Pearlin e Schooler, em 1978, dizem que as estratégias de *coping* que conduzem à busca de informação e resolução de problemas têm um efeito positivo no funcionamento psicológico do sujeito, diminuindo a influência adversa tanto das mudanças negativas da vida, como dos indutores de stresse com tendência a ressurgir no tempo. Mitchell, Cronkite e Moos, em 1983, comprovaram que as pessoas com tendência a usar estratégias de *coping* de resolução de problemas ficam menos deprimidas do que as restantes (Vaz Serra, 1999).

Por sua vez, para Rafferty, Smith e Ptacek, em 1997, o *coping* aparece associado a padrões de ansiedade. A ansiedade estimulante pode estar ligada a níveis mais elevados de *coping* centrado na tarefa e é considerado mais adaptativo e a ansiedade mais debilitante está associada a níveis mais altos de

coping centrado no evitamento, que é considerado mais disfuncional (Prisco & Fontaine, 1999).

Ainda dentro desta linha de estudo, autores relacionam a ansiedade e o *coping* com o género. Estudos demonstram que o sexo feminino nas situações indutoras de stresse, usam, tal como os homens (mas normalmente com valores mais altos), estratégias de *coping* centradas na resolução do problema. Também o sexo feminino, segundo a maioria dos autores, desenvolvem estratégias de *coping* centradas na emoção e procuram apoio social mais frequentemente do que o sexo masculino em quase todas as situações stressantes. Aliás, este aspecto poderá ser explicado pela socialização dos papéis sociais (Cleto, 1998).

A este respeito e quanto às formas de lidar com o stresse focadas na emoção, usam-se várias estratégias, como falar com alguém acerca do seu problema; outras vezes, fugir do problema de forma real ou imaginária é a solução. Nesta situação, realizar actividades com prazer como ir ao cinema, assistir a um espectáculo, ouvir música, ver um vídeo são uma opção; outros, ao reagirem mal ao stresse, usam formas subtis de fuga ou evitamento, dedicando-se mais às actividades profissionais e à realização de tarefas que lhe prendam a atenção esquecendo o assunto que os desgasta; outros indivíduos procuram fugir no tempo e no espaço viajando; outros tentam actuar directamente na emoção, fumando, bebendo álcool, alimentando-se excessivamente, relaxando ou até tomando um calmante (Vaz Serra, 1999).

Por outro lado, para este autor, a idade e o sexo também podem ter importância, pois os indivíduos mais jovens são mais vulneráveis por falta de experiência profissional, assim como os do sexo feminino pela necessidade de compatibilizar a vida pessoal e familiar com a profissional.

Existem outros procedimentos mais elaborados para Perlin e Schooler, que evitam que a emoção se transforme de uma forma avassaladora para o sujeito. Falamos do controlo preceptivo da situação, que pode ser exercido através da *neutralização da ameaça* (comparação positiva do problema em relação com outros), *ignorância selectiva* (a ocorrência é minimizada), adiamento do confronto (o tempo ajuda a resolver o problema) e o evitamento activo da situação (“isto não é um problema que me diga respeito...”) (Vaz Serra, 1999). Jesus (1998) e Latack (1986) salientam que os mecanismos redutores dos estados de tensão têm finalidades diferentes. Uma vez são úteis, permitindo efectuar uma análise mais objectiva da situação e decidir. Outras vezes (Latack, 1986) levam o sujeito a fugir, adiando o confronto e a solução do problema que precisa de ser resolvido, podendo em último caso, segundo Vaz Serra (1999) levar ao consumo de drogas ilícitas e à bebida.

No seu modelo para a compreensão do *coping* ocupacional, Latack (1986) considerou que as acções e reavaliações cognitivas deveriam estar juntas, relacionadas com as estratégias de enfrentamento ou de escape da situação stressante. Às acções e reavaliações cognitivas relacionadas com o enfrentamento chamou estratégias de controlo, enquanto que às acções e reavaliações cognitivas de conteúdo escapista chamou estratégias de escape, ou seja, de evitamento; por fim, a autora, também incluiu na sua classificação as estratégias de gestão de sintomas para lidar com os sintomas de stresse, como o relaxamento ou a prática de exercícios físicos (Pinheiro *et al.*, 2003).

Folkman e colaboradores (1986) e Compas (1987) a este respeito referem que nesta relação com o agente stressor, são incluídas estratégias de resolução de problemas ou de alteração da relação entre o indivíduo e o ambiente, sendo também estas estratégias para Latack (1986), estratégias que traduzem uma

orientação para a resolução dos problemas profissionais. Em alternativa, adaptação ou ajustamentos podem ser facilitados pela regulação emocional evitando o agente stressor, cognitivamente reprimindo-o, ou fazendo uma selecção da situação ou dos aspectos positivos do *self*.

Finalmente uma outra categoria de *coping* para além do controlo ou das estratégias de confronto e do evitamento ou do escape, é a gestão dos sintomas. Ao conjunto de estratégias que integram as actividades de lazer ou de ocupação de tempos livres chamamos gestão dos sintomas (Jesus & Costa, 1998).

Estas estratégias não têm uma relação directa ou específica com os problemas da vida dos profissionais – no caso dos professores como refere Jesus (1998) – mas com a ocupação dos tempos livres, mas podendo contribuir para os profissionais gerirem melhor os sintomas associados ao mal estar. A este respeito, este autor refere como exemplos, dormir, comer, praticar desporto, fazer relaxamento, estar com amigos e ver televisão.

Perante as situações de stresse as estratégias utilizadas, no fundamental, podem ser consideradas em duas classes diferentes: uma será a abordagem e o confronto do problema e a outra, o evitamento da situação adversa. Assim, quando o stresse é de pouca intensidade, o sujeito normalmente utiliza estratégias de resolução de problemas; quando o stresse é mais intenso os esforços geralmente vão no sentido de reduzir a tensão emocional (Vaz Serra, 1999).

As pessoas com transtornos emocionais (Vaz Serra, Ramalheira & Firmino, 1988) são caracterizadas por evitarem o confronto dos problemas; usualmente pressupõem que a sua resolução não depende do seu esforço directo e, então,

entregam-se passivamente perante as situações que produzem stresse e usam acima de tudo estratégias para o controlo das emoções (Vaz Serra, 1999).

Num estudo abrangente realizado por Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003) no Brasil, acerca do *coping* no ambiente ocupacional, em 396 trabalhadores de cinco empresas, com uma média de idade de 37,3 anos, sendo 51,5% do sexo feminino, 43% com escolaridade superior, 60% casados e 67% com seis horas de trabalho diário, verificou-se que os homens apresentavam uma média maior de controlo do que as mulheres e, que estas, tinham melhores médias de gestão de sintomas e de evitamento do que os homens.

Verificou-se ainda que, de entre as variáveis demográficas, o tempo de serviço foi capaz de prever a utilização da estratégia de controlo e a exaustão emocional foi preditor de controlo e de evitamento. Também a exaustão estava associada negativamente ao controlo e positivamente ao evitamento e, a sobrecarga de trabalho e o suporte social eram preditores da estratégia de controlo, sendo o suporte social o mais importante preditor e, também, o único preditor da utilização da gestão de sintomas.

Numa referência aos enfermeiros, e de acordo com Hingley e Cooper, em 1986, referido por Jesus, Pacheco e Santos (2003) os enfermeiros utilizam estratégias de *coping* pouco adequadas, como sejam o consumo de drogas e de bebidas alcoólicas.

Dentro desta linha, podemos dizer (Compas, 1987) que o *coping* está presente nas nossas situações de vida do dia-a-dia, sendo importante na interacção do sujeito com o *burnout*.

2.2.3 *Coping e burnout*

O estudo do *coping* não pode ser feito sem a sua relação com o stresse. Diversos estudos dizem que um sujeito com estratégias de *coping* adequadas sente normalmente que tem um bom controlo das situações com que se depara, gostando de confrontar e resolver activamente os problemas, utilizando mecanismos que reduzem os estados de tensão que não são lesivos para a sua saúde e para si, não permitindo que a vida quotidiana seja perturbada por acontecimentos stressantes e normalmente não se deixa responsabilizar pelas consequências menos boas dos acontecimentos.

Em termos de evolução do conceito, os estudos acerca do *coping* tiveram início com os adultos, tendo existido mudanças em termos da conceptualização do *coping* com o enfoque na emoção (Folkman & Lazarus, 1985; Compas, 1987; Cleto & Costa, 1996; Cleto, 1998).

Num estudo, realizado por McIntyre, McIntyre e Silvério (1999), da análise dos recursos de *coping* das enfermeiras verificou-se que as estratégias mais usadas foram: o apoio social, a liberdade financeira, a monitorização do stresse, a sociabilidade e a confiança, não sendo resultados inesperados pois, Portugal é um país em que as relações interpessoais (McIntyre, 1997) são um valor cultural; por outro lado, os recursos menos usados como a forma física, o controlo e a resolução de problemas (Kandolin, 1993), são os mais frequentes nos enfermeiros de outros países (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

Podemos analisar estes resultados (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999) à luz de um nível pobre de educação para a saúde em Portugal e de uma fraca formação específica nestas áreas, verificando-se que estes últimos recursos (os menos usados), indicam uma visão humanizada da formação dos

profissionais de saúde (modelo biopsicosocial) diferente da formação médica e de enfermagem em Portugal.

Verificou-se ainda que a formação e a experiência contribuem para os profissionais lidarem melhor com o stresse ocupacional, em que os enfermeiros chefes possuem melhores recursos de *coping*; as estratégias consideradas mais úteis são de ordem individual (lazer) e organizacional (grupos de discussão), preferindo os enfermeiros mais velhos soluções de tipo organizacional; e, por fim, 44% admitiu beber ou fumar em resposta ao stresse ocupacional, constituindo algumas das estratégias de escape ou de evitamento utilizadas.

Num estudo acerca dos efeitos do stresse organizacional, realizado por Bhagat e outros, em 1991, verificou-se que as estratégias focadas no problema em relação com as dificuldades de trabalho não só evitavam que os sujeitos se viessem a sentir doentes como reduzia os efeitos do stresse organizacional em relação ao *burnout*; por outro lado, os sujeitos que utilizavam sobretudo estratégias focadas na emoção para combater o stresse experimentavam períodos de maior despersonalização (Vaz Serra, 1999).

A empresa tem influência no trabalhador, em particular, e na família deste, em geral, podendo ser a família um factor redutor do stresse e do burnout.

Mais especificamente, em estudos acerca do apoio social como recurso do *coping*, referidos por Compas (1987), as pesquisas observaram a relação directa entre o apoio social e o ajustamento, a interacção com os acontecimentos de vida e o apoio social e a sua relação com o bem-estar, que estão de acordo com os estudos realizados por Cooper e Marchal (1978), em que um melhor ambiente social e psicológico da organização encoraja a

comunicação, a confiança por forma a que a pessoa possa abordar as suas incapacidades e obter a ajuda que precisa.

É neste contexto que a importância da família surge para Handy (1978), que verificou num estudo sobre 23 casais, que quando a família tem um padrão de casamento que se adequa às circunstâncias do trabalho e das ambições da vida e, ao mesmo tempo às prioridades do indivíduo, a família é uma base de ajuda e não de estorvo. Porém, para Evans e Bartolomé, em 1984, o trabalho tem uma influência maior sobre a família e não o contrário (Vaz Serra, 1999).

Actualmente, os estudos têm uma abordagem desenvolvimental, onde se procura compreender o processo de *coping* não só relacionado com situações de doença (Cleto, 1998) ou, só relacionado, com as características de personalidade (Kobasa, 1979).

O enfoque está assim, não só no stresse, mas também no *coping*, visando o bem-estar tal como já vimos na perspectiva de Lazarus (1985, 1987) e Compas (1987).

Mas, como veremos, em situações limite em que os recursos de *coping* não são suficientes para lidar com o stresse ocupacional, pode surgir o *burnout*.

A forma como o sujeito lida com os acontecimento de vida, ou seja, como mantém a relação social e a relação com o meio, tem presente as estratégias de *coping*. Nesta situação é importante, não só a rede social de apoio em que o sujeito está inserido, mas a qualidade de apoio da mesma. Tem grande importância nos conflitos interpessoais a resposta empática, ou seja, encontrar por parte da pessoa a quem se recorre compreensão para o seu problema (Vaz Serra, 1999).

Existem diferenças individuais nas estratégias de *coping* utilizadas, e que dependem de diversos factores. Os sujeitos com uma relação familiar estável,

com relações sociais boas e integrados no meio em que residem são menos vulneráveis a sintomas de distresse (Jesus & Costa, 1998).

Contudo, o indivíduo em situação de stresse pode esperar dos outros apoio emocional. Tenta arranjar por este meio alguém a quem possa contar os seus problemas e encontrar compreensão. Este tipo de interacção é mais pertinente quando através dela se clarificam os elos de ligação entre os efeitos que o sujeito sente e as causas que lhes deram origem e, igualmente, proporciona que daí surja uma alternativa adequada de acção. Esta forma de interacção pode ser mais eficaz quando são clarificadas as causas e os efeitos, proporcionando o nascimento de uma alternativa adequada de acção (Vaz Serra, 1999).

Os recursos do *coping* para episódios de stresse, incluem aspectos do *self* (estratégias de resolução de problemas, auto-estima positiva, etc.) e do meio social (por exemplo, a disponibilidade de uma estrutura de suporte social) que podem facilitar ou tornar possível o sucesso da adaptação à vida stressante (Compas, 1987).

Sujeitos em situação de *burnout* por vezes, apesar de mal sucedidos, envolvem-se e persistem, quando se ficassem afectivamente mais desligados do trabalho seria melhor para prevenir o agravamento dos sintomas. É deste modo importante, para os profissionais de saúde encontrar um equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal ou privada, procurando realizar-se em ambas as vertentes. Uma atitude orientada para a resolução dos problemas e não de lamentação ou de evitamento, é a mais adequada, sendo que os profissionais de saúde devido às características da sua profissão, onde é necessário por vezes intervir com rapidez (situações de emergência), apresentam habitualmente uma atitude orientada para a resolução dos problemas e de

controlo (Jesus & Costa, 1998). O trabalho em equipa também é um meio de desenvolvimento profissional.

Por outro lado, entre os sistemas ou mecanismos de *coping*, diversos trabalhos (Etzion & Pines, 1986; Reig & Caruana, 1990) indicaram o evitamento ou escape, tal como é definido por Lazarus e Folkman (1984), associado ao *burnout*. De uma forma mais clara, Rotman (1988) associa este tipo de mecanismo à exaustão emocional e à despersonalização. Ceslowitz (1989), examinando 150 enfermeiras, de uma amostra aleatória, encontrou que tinham menos *burnout* as que usavam o coping centrado na resolução de problemas, percepção positiva, procuravam o apoio social e estratégias de controlo (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999).

Desta maneira, num estudo com técnicos de saúde mental realizado por Thornton (1992) verificou-se que os sujeitos com estratégias de escape-evitamento perante os problemas eram os que desenvolviam mais facilmente sintomas de exaustão emocional, despersonalização e de falta de realização pessoal. Aida Mendes, em 1996, num estudo relativo a 147 enfermeiros de psiquiatria comprovou a existência de uma correlação negativa significativa, entre o *burnout* e a satisfação no trabalho, e em que os sujeitos que revelavam *burnout* não só tinham um *locus* de controlo externo como se deprimiam com facilidade. Este estudo veio mostrar, segundo a autora, que o *locus* de controlo externo esta associado a uma menor realização e motivação com vista ao sucesso (Vaz Serra, 1999).

Dentro desta linha de ideias podemos ver que o *burnout* está associado a certos comportamentos que determinam e/ou são determinados pela relação do indivíduo com o trabalho e as organizações, mas, em que aspectos

personais como os estilos de vida, têm um papel relevante, pelo que, os iremos abordar.

CAPÍTULO 3

ESTILOS DE VIDA

3.1 ESTILOS DE VIDA

3.1.1 Definição de estilos de vida

Os estilos de vida são na realidade um assunto que só agora começa a emergir com todo o relevo – apesar de não ser um conceito contemporâneo, tendo sido usado por Adler na época de Freud (Ribeiro, 1998) num sentido próximo do actual, definido como uma adaptação activa do sujeito ao meio social, sendo uma perspectiva holística e não só comportamental - que tem nos estudos relacionados com a saúde e a doença. Deste modo, da pouca bibliografia, verifica-se a não existência de muitos artigos e livros com esta temática sistematizada. Este aspecto é confirmado por Finotti (2004) numa revisão da literatura dos estilos de vida, em geral, e dos estilos de vida do Marketing, em particular.

O estilo de vida de uma pessoa exprime o seu padrão de vida traduzido em termos de actividades, interesses e opiniões. É um retrato da pessoa por inteiro interagindo com o seu ambiente (Kotler, 1997; *cit. in* Finotti, 2004); ou, como diz Lalonde, em 1974, é o conjunto de decisões individuais que afectam a vida do sujeito e sobre as quais tem algum controlo (Ribeiro,1998). Assim, os estados de mal-estar ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável. É relevante segundo Alder, em 1995, adoptar comportamentos de saúde no estilo de vida de cada sujeito, para aumentar as hipóteses de atingir um bom estado de saúde (Matos *et al.*, 1996).

Mas, é a OMS, em 1988, que ao definir estilos de vida como um conjunto de padrões comportamentais, muito relacionados entre si, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores (Ribeiro,1998), que coloca definitivamente o sujeito e a sua relação com o ambiente, no centro desta temática.

É importante ter em atenção, para Jessor, em 1982, que os comportamentos de saúde e os estilos de vida na idade adulta são em grande medida o resultado do desenvolvimento durante a adolescência (Matos *et al.*, 1996).

Desta forma, de um modo geral, os factores determinantes dos comportamentos podem ser intrínsecos e extrínsecos (Conner & Norman, 1996). Nos intrínsecos, estão os factores sócio-demográficos, personalidade, cognições e suporte social. Nos factores extrínsecos encontram-se as estruturas de incentivos (impostos, sistemas de bens e serviços) e restrições legais (Matos *et al.*, 1996).

Convém, porém, vermos mais algumas definições e a evolução deste conceito: Dias *et al.* (2003:68; *cit. in* Finotti, 2004:13) dizem que estilo de vida é "(...) o factor que identifica a maneira como a pessoa vive, qual é o seu traço pessoal no agir, na prática das actividades e no comportamento em geral (...). O estilo de vida reflecte o que as pessoas pensam de si mesmas e o que valorizam.". Uma outra definição (Valette-Florence, 1988) enquadra o estilo de vida em valores e consumos, em que o estilo de vida é uma interacção onde os valores individuais são o nível mais estável e seguro, ou seja, as impressões de que um modo de comportamento específico ou um fim na existência é melhor do que outro; ou ainda, as actividades, interesses e opiniões próprios de um sujeito e reveladores do seu sistema de valores; e, num nível mais periférico,

os consumos vários que são reflexos efémeros dos níveis precedentes (Finotti, 2004).

Segundo este autor, os estudos sobre os estilos de vida tiveram origem na sociologia, onde era estudado o comportamento humano e as influências sociais no comportamento de consumo. Pierre Bourdieu (nascido em 1930) diz que as diferentes condições sociais correspondem a diferentes estilos de vida, num sistema global marcado por proximidades e distâncias, afinidades e distinções, gostos e desgostos. Dá enfoque no gosto, sendo este a definir a maioria das escolhas (dos convívios, alimentação, roupa, arte, desporto, etc.). O essencial da sua obra, centra-se na definição dos estilos de vida consoante as classes sociais: estratificação dos estilos de vida.

Ainda para este autor, associado aos estilos de vida surge, também, para Kotler, em 1997, e Engel, em 1995, a personalidade como um dos factores pessoais que influenciam a decisão, pois é definida como um conjunto de características de um sujeito que levam a respostas firmes e duradouras no seu ambiente; outro aspecto referido, é a teoria psicanalítica, pois segundo Engel *et al.* (1995), a interacção do id, ego e superego resulta em motivações inconscientes que são manifestadas no comportamento humano observado, servindo esta teoria de base para o movimento de pesquisa de motivação, sendo precursora dos estudos dos estilos de vida, segundo a perspectiva psicológica.

Nesta linha de ideias, surgem outras dimensões importantes dos sujeitos e que estão associadas aos estilos de vida como o autoconceito e a auto-imagem. Assim, Sheth (2001) refere a auto-imagem (o que ela é) das pessoas como sendo o autoconceito, em que este influencia profundamente o consumo das

peessoas, chegando ao ponto de afirmar que as pessoas têm um autoconceito em grande medida por causa do que consomem (Finotti, 2004).

Importa, também, ao abordar este conceito do ponto de vista conceptual, esclarecer qual a relação do mesmo com a qualidade de vida, uma vez que estes se relacionam entre si.

O expressão qualidade de vida foi pela primeira vez empregue pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que os objectivos não deviam ser medidos através do balanço dos bancos, mas sim através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas (Abrams, 1974; *cit. in* Marins, 2004).

É desta forma que em 1994, surge o termo *downshifting* no Trends Research Institute em Nova York, para descrever o modo como altos executivos optavam por um salário menor em troca de uma melhor qualidade de vida. Esta tendência tem-se mantido desde então, com mais trabalhadores a fazerem a mesma opção (Quilliam, 2003).

Este conceito de qualidade de vida para Ríos e Fernández (1999; referidos por Pacheco, Murcho & Jesus, 2004) está relacionado com o de felicidade e o de bem-estar, sendo um conceito multidimensional associado à promoção da saúde, à prevenção da doença e à satisfação das necessidades humanas.

É nesta linha, que Pacheco, Murcho e Jesus (2004, 2005a, 2005b) ao abordar a qualidade de vida em consumidores de substâncias, dizem que determinados estilos de vida associados ao consumo de substâncias vão determinar a qualidade de vida destes e logo o bem-estar; estabelece-se, assim, uma relação entre estes dois conceitos, pois, para estes autores, estilos de vida saudáveis contribuem para uma melhor qualidade de vida e, portanto, um melhor bem-estar e saúde.

Vejamos, então, a problemática dos estilos de vida no contexto em estudo.

Desde que, em 1968, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a declaração de Alma Ata e posteriormente o programa *Saúde para todos no ano 2000*, a relação entre a saúde e os estilos de vida tornaram-se num lugar comum para todos os agentes que actuam na área de saúde, em geral, e da saúde pública, em particular, ou seja, no âmbito da prevenção. Na realidade, a OMS, estava a dar visibilidade a uma doença como o são por vezes as condutas dos cidadãos, as quais causam a maioria dos problemas de saúde. Os factores e comportamentos de risco necessitavam de maior atenção no que respeita à saúde pública, tendo em conta as diferenças existentes entre os diferentes países e/ou classes sociais, em que um determinado comportamento se relaciona com um estilo de vida.

É desta forma que surge um documento preparado para a OMS, em 1999, por Claudia Stein e Inka Moritz, em que o estilo de vida é o aspecto mais relevante para se manter a independência numa idade avançada, considerando o percurso de vida.

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde de Portugal (1999), lançou as bases de uma estratégia de saúde para o virar do Século (1998-2002) e que apelidou de “Saúde um Compromisso”. Neste compromisso, tendo por referencia a saúde, era dito pela então Ministra da Saúde Maria de Belém Roseira, que o documento divulgado estava num processo para melhorar a saúde em Portugal.

Apontava de imediato, mudanças estruturais e importantes modificações nos serviços de saúde, referindo a evolução dos comportamentos e atitudes face à doença e dando ênfase ao futuro, em que, nos anos seguintes as estratégias definidas, então, constituíssem um factor de motivação e de entusiasmo no

trabalho e com maior exigência. Este documento inseria-se, segundo os responsáveis, na renovação da política de saúde da OMS, particularmente na sua dimensão Europeia (Saúde para todos no Século XXI) tendo como importante a gestão da mudança do sistema de saúde português.

Neste documento era referida a qualidade de vida e alguns determinantes da saúde, que consistiam em certos comportamentos e estilos de vida. Deste modo, podemos “olhar” para esta problemática (estilos de vida) como uma matéria importante, que tem sido objecto de análise e de estudo, por vezes, de uma forma pouco consistente.

Porém, é de se referir que este documento, ao abordar certos aspectos como a da gestão do stresse, diz claramente que se deve apoiar a formação dos professores para que actuem como promotores de saúde, encorajando pelo exemplo e pelo magistério, a adopção de estilos de vida mais activos, salutareis e agradáveis, por forma a evitar a medicalização dos efeitos nefastos de estilos de vida pouco saudáveis.

Soares (2005), referindo números do Instituto Nacional de Estatística, diz que a primeira grande causa de morte em Portugal (39%) são as doenças cardiovasculares, afirmando que são estas doenças em grande medida, provocadas pelo estilo de vida. A este propósito, esta autora diz que se alguns factores de risco como a hereditariedade, a idade avançada ou o sexo são irreversíveis, outros como o tabagismo, a hipertensão arterial, a obesidade, a falta de actividade física podem ser trabalhados e manipulados, permitindo acrescentar entre 10 a 20 anos à esperança de vida. Também, num inquérito desenvolvido com 3598 portugueses (Teste Saúde, 2004c), estes afirmaram que não conseguiam dormir mais, devido ao estilo de vida.

É desta forma, que em estudos recentes descritos por Osório de Barros, nutricionista no Espaço Qualidade e Saúde, em Lisboa, se verificou que existe um aminoácido – homocisteína - não essencial (não formado pelo organismo) produzido após a digestão das carnes ou laticínios e que se relaciona com a esperança de vida, nomeadamente no desenvolvimento de patologia cardíaca, pois, quando com valores elevados, é um dos factores de risco de doença cardíaca tão importante como a hipertensão arterial, a obesidade, o tabagismo e segundo o *Abstract of Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* para a deterioração cognitiva. Para tratar esta situação os especialistas dizem que o mais importante é introduzir apenas algumas mudanças no estilo de vida, em particular prestando mais atenção à alimentação (Soares, 2005).

O estudo dos factores de stresse e das estratégias utilizadas para os resolver, designadamente através de estilos de vida saudáveis, é um dos domínios mais importantes da psicologia actualmente (Ribeiro, 1998; Ogden, 1999; Jesus, Pacheco & Santos, 2003).

Desta forma, podemos colocar o enfoque nos estilos de vida e na forma como nos relacionamos com o mundo à nossa volta.

Aliás, esta problemática que associa os estilos de vida à saúde das pessoas é relativamente recente e está relacionada (Paúl & Fonseca, 2001) à mudança do padrão da prevalência das doenças infecciosas para as doenças crónicas.

É assim (Pacheco, 2005), que podemos ver que os estilos de vida estão presentes nos nossos comportamentos a vários níveis. Em 1982, Hamburg, Elliot e Parrot referiram que o comportamento humano individual, nos países ocidentais, está ligado a cerca de 50% dos anos de vida potencial perdidos (Ferrero *et al.*, 1998; *in* Martín, 1998; Bennett & Murphy, 1999).

Desta maneira, os estilos de vida e os comportamentos que a eles estão associados relacionam-se com a saúde e/ou doença. Para Breslow e Enstrom (1980), comer raramente entre as refeições, dormir sete a oito horas por noite e comer o pequeno-almoço quase todos os dias, estão associados a uma boa saúde e longevidade. Ao contrário, McQueen (1987), refere quatro comportamentos que em particular estão associados à doença: o abuso de tabaco, do álcool, a má nutrição e a falta de exercício físico – os chamados «quatro sagrados» (Bennett & Murphy, 1999).

Falar de estilos de vida de uma forma usual pressupõe que os comportamentos apresentados não se possam resumir em poucos elementos estruturais e que, cada sujeito ou cada grupo de sujeitos, se congregam num conjunto típico de comportamentos – ou de atitudes – que se definem como estilos de vida. Disto resulta a existência de várias versões do conceito estilos de vida, de tal maneira, que (Pérez de Guzmán, 1994) quando queremos definir o que é o estilo de vida é difícil, pois existem múltiplas facetas (Comas *et al.*, 2003).

Nesta perspectiva, os estilos de vida podem ser as características gerais de uma sociedade num determinado momento, que por sua vez se expressa mediante os estilos de vida. Estudar os estilos de vida pode ser um procedimento para se conhecer melhor uma sociedade, e nesta linha, os estilos de vida vão no sentido da vida social pressupondo uma certa autonomia; outra perspectiva, é a de que os estilos de vida são o reflexo simbólico das estruturas económicas e sociais, ou seja, aparecem determinados por factores estruturais de uma sociedade. Porém, em ambas as visões expostas existem dificuldades em explicar a pluralidade dos estilos de vida. Temos, então, uma outra versão de Ruiz de Olabuénaga (1998), onde os estilos de vida são essencialmente a pluralidade dos estilos de comportamentos que surgem por detrás do fim de um

modelo unificado de comportamentos e atitudes, e em que os estilos de vida seriam não só plurais, mas também, multidimensionais, dificilmente perceptíveis, quase individuais e em constante mutação, constituindo modos ou géneros de vida, cuja dinâmica não só não parece obedecer a nenhuma lógica social, económica ou política externa, como inclusive pode mudá-la (Comas *et al.*, 2003).

É neste fio de pensamento, que numa versão de Dumazedier (1962), tem enquadramento o perfeccionismo metodológico e as técnicas de recolha de dados, a partir dos anos cinquenta do século XX, ao permitir criar tipologias dos comportamentos e atitudes, as quais dão definições diferentes de estilos de vida (Comas *et al.*, 2003).

Quanto à importância do conceito estilo de vida no âmbito da saúde (Paúl & Fonseca, 2001; Comas *et al.*, 2003; Pacheco, 2005), este tem muito a ver com a sua utilidade relacionada com comportamentos de risco; quer isto dizer, que o estilo de vida nunca se define por si mesmo, mas com os riscos subsequentes, por exemplo, nas doenças cardíacas com a hipertensão, o colesterol elevado, a obesidade e o stresse, onde o estilo de vida de risco será a alimentação excessiva e/ou outro tipo de comportamento associado. Nesta óptica, o conceito de estilo de vida é uma variável associada ao risco, onde é importante definir quais os estilos de vida que se relacionam e determinam certas condutas de risco.

Os comportamentos que aumentam a probabilidade de uma pessoa adoecer são chamados de condutas de risco (Sarafino, 1990), em que podemos incluir práticas como o consumo de substâncias aditivas como o tabaco, o álcool, o uso de drogas ou até uma condução temerária nas estradas. Pelo contrário, as condutas de saúde (Matarazzo, 1984) como os comportamentos que diminuem

o risco de um sujeito prematuramente adoecer, ou que permitem uma detecção precoce dos transtornos assintomáticos em pessoas que se julgam sãs (Kasl & Cobb, 1966) compreendem, por exemplo, o dormir um número adequado de horas, a alimentação, o fazer exercício físico, etc.. Este conceito de conduta de saúde é usado com frequência num sentido mais amplo, incluindo um comportamento saudável ou salutogénico, incluindo o respeito pelas prescrições médicas em caso de doença. Assim, entendemos por conduta de saúde qualquer comportamento preventivo de doença ou promotor de saúde, seja qual for a condição actual do indivíduo (Ferrero *et al.*, 1998; *in* Martín, 1998).

Os padrões de conduta, hábitos ou estilos de vida, mais do que as práticas isoladas, segundo Bishop, em 1994, são em muitos casos a causa dos efeitos sobre a saúde, pois esta deriva mais da persistência dos mesmos do que da ocorrência fortuita destes. Para Coreil, Levin e Gartly, em 1992, neste contexto a noção de hábito é preferível para se dar conta da presença persistente e automatizada de comportamentos específicos (tal como fumar, por exemplo), enquanto que a expressão padrão de conduta é mais complexa, e evoca uma variedade de práticas, muitas vezes relacionadas com a personalidade (Ferrero *et al.*, 1998; *in* Martín, 1998).

O estudo dos comportamentos de risco e dos promotores da saúde (Bloom, 1988), e os processos de afirmação de hábitos saudáveis e de extinção das práticas de risco, constituem um dos principais contributos da Psicologia da Saúde no âmbito da prevenção e da promoção da saúde (nível primário) (Ferrero *et al.*, 1998; *in* Martín, 1998). Nesta perspectiva, os estilos de vida podem ajudar a definir as estratégias de coping para lidarmos com o stresse profissional.

Temos, então, que os comportamentos se relacionam tanto com a saúde como com a doença. Numa investigação realizada por Tall e Goldenthal (1982), na análise factorial efectuada encontraram três factores: o primeiro, traduzia as actividades de promoção da saúde; o segundo, as actividades que visavam evitar riscos; e, o terceiro, a falta de consistência da necessidade de boas práticas de saúde. Este modelo tendia a ser dominado, ainda, pelo primeiro modelo da revolução da saúde, orientado para as doenças (Ribeiro, 1998).

Outros autores, posteriormente distinguiram entre mudança de estilo de vida e tratamento: o primeiro, eram comportamentos protectores de saúde realizados por sujeitos saudáveis, e o segundo, eram comportamentos realizados por sujeitos doentes (Anderson, 1988; *cit. in* Ribeiro, 1998). Ainda, segundo este autor, tem existido a tendência para usar o termo «comportamento de saúde» para descrever actividades que se praticam com base na opinião de especialistas médicos, independentemente de se saber se a actividade é intencional, feita em consciência ou não.

Nesta perspectiva, e segundo este autor, McQueen (1987, 1988) defende que os comportamentos associados à saúde podem ser de três formas:

- a) comportamentos de exaltação da saúde (visam a promoção da saúde);
- b) comportamentos de manutenção de saúde (são os de prevenção das doenças, como controlo da tensão arterial, etc., e os de protecção da saúde, como a prevenção rodoviária, etc.);
- c) comportamentos de prejuízo de saúde (são os que prejudicam a saúde, tais como fumar, beber exageradamente, automedicar-se, etc.).

Mas McQueen (1988) diz que para se estudar a relação entre comportamento e saúde, se devem considerar a natureza do desenvolvimento humano, o papel

do meio ambiente social e físico e a interacção do desenvolvimento humano com o ambiente.

Entretanto, uma panóplia de definições (Anderson, 1988) têm surgido: comportamento de bem-estar, hábitos de saúde, práticas de saúde, comportamento social relacionado com a saúde, etc.

Parece haver uma associação do termo comportamento a outros conceitos surgidos do modelo biomédico.

Mas um dos aspectos mais relevantes é o de se saber se os comportamentos são fáceis de mudar, e McQueen (1987; referido por Ribeiro, 1998) diz que as actividades rotineiras e habituais, dispensam o processamento cognitivo complexo, em que, segundo Ribeiro (1998: 111) um “hábito é um padrão de acção caracterizado por automatismos, baixo nível de consciência, e potencialmente independente de reforço”.

É neste contexto, que para este autor, comportamentos como os de fumar, beber exageradamente, comprar comida, cozinhar, fazer ou não exercício físico, etc., são comportamentos rotineiros, relativamente estáveis e previsíveis, que tendem a resistir à mudança.

A investigação mostra que, desde muito cedo, as crianças conseguem aprender padrões comportamentais associados, quer à saúde que às doenças. Assim, num estudo realizado por Flaherty (1986; referido por Ribeiro, 1998) em 41 crianças, revela-se que os seguintes comportamentos se relacionavam com a saúde: a alimentação, lavar os dentes, ir ao médico, dormir, correr e lavar as mãos; ao contrário, num estudo do mesmo tipo realizado em Portugal por Tomé (1990) com 300 adolescentes estudantes, concluiu-se que os comportamentos prejudiciais à saúde eram principalmente os maus hábitos alimentares e o consumo de tabaco. Isto leva a pensar, para Ribeiro (1998),

que desde muito cedo se apreendem os padrões comportamentais relacionados com a saúde e que estão, eventualmente, associados à cultura, mudando devido a factores ligados ao desenvolvimento humano e à pressão cultural associada à idade.

Porém, os hábitos podem mudar quando as actividades rotineiras são trazidas à consciência por períodos de tempo prolongados. Obrigar uma pessoa a mudar de hábitos é difícil, mas é muito mais fácil mudar, com a colaboração e a vontade de mudar do próprio sujeito, pois, a mudança é mais abrangente, implicando a mudança de relações, de crenças, de conceitos, de atitudes, (Ribeiro, 1998; Stroebe & Stroebe, 1999; Ogden, 1999), enfim, uma mudança de estilos de vida.

Com efeito, por vezes os profissionais e os dirigentes políticos pensam que a mudança é feita só através da educação (implica fornecimento de informação). Contudo, sendo a informação importante, tem-se provado não ser o suficiente. É, nesta linha, que Ribeiro (1998) refere a segunda revolução da saúde numa perspectiva multicausal, ecológica – tal como já falámos acerca da ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1977) -, em que se promove a mudança através da implementação de um conjunto de actividades conjuntas, e não isoladas. Mas as ligações entre comportamentos e saúde só tiveram expressão na segunda metade do século XX e, em que, como nos diz Ribeiro (1998), o termo «estilo de vida» aparece utilizado muitas vezes para descrever unidades observáveis de acção e, como tal, sinónimo de comportamento. Aliás, Ogden (1999) relaciona os efeitos do stresse e as mudanças de comportamentos, associados a certos estilos de vida como fumar e beber em excesso, prejudiciais à saúde.

Existem estudos em que ao analisar preditores de envelhecimento saudável (Guralnik & Kaplan, 1989), numa amostra de 841 sujeitos com mais de 65 anos, se concluiu que os indivíduos que não fumavam, mantinham o peso dentro de valores razoáveis, e que consumiam quantidades moderadas de álcool, eram os mais saudáveis.

Já num outro estudo, Waller e Bates, em 1992, procurando estudar variáveis associadas a uma vida saudável, numa amostra de 57 indivíduos, com idades entre 66 e 88 anos, particularmente saudáveis, concluíram que a maioria dos sujeitos praticava comportamentos saudáveis como exercício físico, não fumar, não abusar do álcool e bons hábitos alimentares, entre outros (Ribeiro, 1998).

Ainda, segundo este autor, num trabalho realizado por Paffenbarger, Hyde, Wing e Hisieh, em 1986, com 16.936 sujeitos do sexo masculino (idades entre 35 e 74 anos), analisaram a actividade física e alguns estilos de vida, assim como a morte, e verificaram que o exercício físico como andar, subir escadas, praticar desporto, se correlacionavam negativamente com a mortalidade devida a doenças coronárias ou a causas respiratórias; porém, os riscos eram maiores para os fumadores, os que tinham excesso de peso e hipertensos. Este estudo está de acordo com um outro, realizado por Wallace e Burmeister, em 1982, em que ao analisarem 62.000 mortes ocorridas entre 1964 e 1978, em homens entre os 20 e os 64 anos, concluíram que os sujeitos que praticavam pouco exercício físico vigoroso, e consumiam pouco álcool e tabaco, tinham menos probabilidade de morrer por causa de doença isquémica cardíaca.

Na perspectiva do mesmo autor, ao estudarem 21.325 membros de uma empresa, Miller, Golaszewski, Pfeiffer e Edington (1990), visando detectar os factores de risco do estilo de vida, verificaram que a) existia interdependência entre comportamentos de saúde, b) o estilo de vida afectava a saúde física e c)

a satisfação com a vida e o exercício físico que praticavam, predizia o modo como avaliavam a sua saúde física. É assim que Chi (1986), ao avaliar o bem-estar de 218 trabalhadores rurais com uma média de idades de 35 anos, confirmou que a variação no bem-estar era função do estilo de vida, do suporte social, das condições da habitação e de variáveis como a idade, sexo e educação. Outros estudos (Wiley & Camacho, 1980) tendo em consideração estilos de vida como consumo de tabaco, consumo de álcool, exercício físico, horas de sono por noite, verificaram a existência de uma relação significativa entre estes e o estado de saúde. É de se acrescentar aos estilos de vida que promovem a saúde - como já anteriormente vimos -, o dormir 8 a 9 horas por noite, pois os estudos referem que se associa a baixa mortalidade (Ribeiro, 1998).

Outras investigações (McQueen, 1987; Ribeiro, 1998; Vaz Serra, 1999) referem para além de alguns estilos de vida e do suporte social, a auto-estima, o uso de drogas e álcool.

Numa investigação (Jesus, Pacheco & Santos, 2003) em que se pretendeu fazer o levantamento das estratégias de vida saudável (estilos de vida saudáveis) usadas por profissionais de saúde que exerciam as suas funções em Centros de Saúde, em que a amostra era constituída por 79 profissionais de saúde, dos quais 28 eram enfermeiros e 51 médicos da Clínica Geral, 44 do sexo feminino e 35 do sexo masculino, com uma média de idades de 46 anos, verificou-se que o tempo para a família, não abdicar de uma justa remuneração e diminuição da burocracia foram os itens onde a média era mais elevada; verificou-se, ainda, que as relações interpessoais, quer com os colegas de trabalho, quer com os utentes são mais valorizadas pelos enfermeiros do que pelos médicos.

Já num estudo acerca dos estilos de vida na classe médica (Modlin & Montes, 1964), verificou-se que a fadiga laboral estava associada à insatisfação marital, a fracas relações familiares e à falta de tempo para lazer. Estes autores, num outro estudo sobre adicção nos médicos, descreveram problemas de adaptação quando estes eram novos, como um factor de risco para as adicções. Deste modo, Kales, Martin e Soldaors (1978) constataram que este tipo de médicos quase nunca relaxam e desfrutam das situações (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999)

Passaremos, em seguida, a analisar alguns dos factores dos estilos de vida relacionados com a dictomia saúde-doença.

3.2 FACTORES DOS ESTILOS DE VIDA IMPORTANTES NA SAÚDE

Os consumos de tabaco, álcool e de café, o exercício físico, o sono e suas perturbações (insónias), consumo de medicamentos (automedicação), a alimentação e outros factores, são comportamentos designados, por um lado, como factores de risco (Wiley & Camacho, 1980; McQueen, 1987; Ribeiro, 1998) para muitas doenças mas, por outro lado, alguns fazem parte dos programas de promoção de saúde e de bem-estar (Pacheco, Murcho & Jesus, 2005b).

Em seguida, iremos analisar mais em detalhe, a relação e a importância destes factores - que fazem parte dos estilos de vida - na saúde.

3.2.1 Tabaco

O consumo de cigarros está associado ao stresse, à mortalidade, a várias formas de cancro e a muitas outras doenças graves.

Assim, Parrot (1999) afirma que os níveis de stresse nos adultos fumadores são superiores aos não fumadores, e que deixar de fumar leva à redução de stresse.

É desta maneira, que Doll e Hill (1954) afirmaram que o consumo de tabaco estava relacionado com o cancro do pulmão. Por outro lado, o aumento na expectativa média de vida ao longo dos últimos 150 anos foi bastante menor para os fumadores do que para os não fumadores (Ogden, 2004).

Já nos relatórios do Ministério da Saúde dos Estados Unidos, desde 1964, o consumo de cigarros tem sido, por si só, o maior responsável pela mortalidade e morbilidade passível de se prevenir (Fielding, 1985; referido por Stroebe & Stroebe, 1999).

Em 1986, a *American Cancer Society*, calculou que uma média de cinco minutos e meio de vida é perdida por cada cigarro consumido e que as mortes devidas ao fumo, nos Estados Unidos, eram por ano de 320.000 (Stroebe & Stroebe, 1999).

Num estudo recente do *National Health Interview Survey of Cancer Epidemiology and Control*, apresentado pelo *Centers for Disease Control* dos Estados Unidos no *Jornal da Associação Médica Americana*, em 1989, concluía-se que o tabaco era responsável por uma em cada seis mortes, anualmente nos Estados Unidos. Taylor (1990) diz que 25% de todas as mortes por cancro, e cerca de 350.000 mortes prematuras por patologia

cardíaca, nos Estados Unidos, podiam ser evitadas anualmente se se deixasse de fumar (Ribeiro, 1998).

Carlos Gomes, diz que no Dia Mundial sem Tabaco, em 2004, o director-geral da OMS, Lee Jong-Wook, recordou que em cada 6,5 segundos morre uma pessoa vitima dos malefícios do tabaco e que é nos países subdesenvolvidos, onde vivem actualmente 84% dos fumadores (<http://jn.sapo.pt>).

Mais concretamente, para Haber (2003), segundo a perspectiva de autores como McGinnis (1992), as quatro maiores causas de morte nos Estados Unidos são o fumar, a dieta, a actividade física e o álcool. Deste modo, os americanos que irão morrer como resultado do tabaco estão pelos 60 anos.

A prevalência do fumar nos Estados Unidos baixou entre 1965 e 1990. Nos meados de 1960, 44% dos americanos adultos fumavam; em 1987, 29% fumava; e em 1990, 25,5% fumava (Fiore, 1992). Por volta de 2000, porém, baixou para cerca de 25% o fumar na população americana.

Aliás, segundo os dados do *General Household Survey* de 1992, no Reino Unido, 28% da população a partir dos 16 anos era fumadora, em comparação com os 30% de 1990. Esta diminuição é uma tendência actual. Também os dados revelaram que, embora as mulheres fumem menos cigarros do que os homens, menos mulheres do que homens estão a deixar de fumar (Ogden, 2004).

Num estudo de Mackay e Eriksen (2002) sobre o tabaco a nível mundial – *The Tobacco Atlas* - publicado pela OMS, o consumo mundial de tabaco era de 5,500 biliões de cigarros. Calcula-se que são consumidos por dia, actualmente, mais de 15 biliões de cigarros no mundo. Em Portugal, anualmente, o consumo será de 1,500 a 2,499 cigarros por pessoa.

Neste estudo acima referido, conclui-se no que respeita aos homens acima dos 15 anos, a nível mundial, que quase um bilião fuma, sendo 35% dos países desenvolvidos e 50% dos países em desenvolvimento. Em Portugal, a prevalência é de 30 a 39%. Quanto às mulheres acima dos 15 anos, a nível mundial, verificou-se que cerca de 250 milhões fuma diariamente, sendo 22% dos países desenvolvidos e 9% dos países em desenvolvimento. Em Portugal, a prevalência para as mulheres é de menos de 10%.

O tabaco é um problema mundial, que é a principal causa de morte prematura nos países em desenvolvimento (Peto *et al.*, 1992), em que, por ano, 20% de mais de 1,25 biliões de mortes no mundo podem ser atribuídas ao tabaco (Haber, 2003), o que está de acordo com Nunes (2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003) ao afirmar que é de 20% a mortalidade total atribuível ao consumo de tabaco, referindo que o consumo de tabaco é hoje, nos países desenvolvidos, a primeira causa evitável de doença e de morte, afirmando que morrem 4,9 milhões de pessoas - uma em cada oito segundos -, em todo o mundo, devido a este consumo. Só nos 15 países que primeiro aderiram à União Europeia morrem anualmente cerca de meio milhão de pessoas devido ao consumo de tabaco. Se nada for feito, segundo as estimativas da OMS, morrerão anualmente, em 2030, a nível mundial, cerca de 10 milhões de pessoas.

Para Nunes (2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003), estima-se nos países desenvolvidos que cerca de 6 a 15% dos gastos anuais com os cuidados de saúde estejam relacionados com o tratamento das doenças provocadas pelo tabaco.

Por outro lado, segundo o Instituto Nacional de Estatística (*Destaque*, INE, Novembro de 2002), a percentagem da despesa com o tabaco nos agregados familiares com menor escolaridade é maior do que a dos agregados com maior

escolaridade. Desta maneira, em 2000, as pessoas com uma escolaridade de nível superior gastavam 1,8% da despesa média anual do agregado familiar; as pessoas com nível secundário de educação gastavam 2,8%; as detentoras do 2º e 3º ciclos do ensino básico 4,4%; as detentoras do 1º ciclo 4,9%; e as sem qualquer nível de escolaridade 7,8%. Em média gastaram 4,2% da despesa média anual do agregado familiar em tabaco (Nunes, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Isto é confirmado, também, nos consumos da população americana, pois Haber (2003), referindo Fiore (1992), diz que a idade, a raça e o género podem ter uma pequena relação com os rácios, mas é a educação formal o factor mais importante. Pessoas sem um diploma de estudos superiores fumam mais do dobro do que as pessoas com diploma (38% vs. 16%), e as pessoas que fumam sem estudos secundários, deixam em menor número de fumar do que os que têm concluído os estudos secundários (40% vs. 61%).

Em geral, a percentagem dos adultos mais idosos que fumam é cerca de metade do que a dos adultos mais jovens. Os fumadores mais velhos são mais pessimistas acerca das suas capacidades para deixar de fumar por causa da longa história de várias tentativas falhadas no passado; mas, o número de tentativas falhadas no passado parecem não ter relação com o sucesso de deixar de fumar (S. Cohen *et al.*, 1990; referido por Haber, 2003).

Porém, Portugal continua a ser o país da União Europeia com menor prevalência de fumadores; segundo o Inquérito Nacional de Saúde (1998-1999), 68% da população com dez ou mais anos referiu nunca ter fumado, 13% ser ex-fumador e 19% serem fumadores actuais (Rodrigues, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

O consumo de tabaco é dos comportamentos que influenciam a saúde, e que mais tem sido estudado ao longo dos anos. Assim, essa é uma das razões que tem levado à restrição do consumo de tabaco, através dos impostos e da fixação de locais próprios para fumar.

A Direcção-Geral da Saúde em Portugal, em 2004, recomendou a remoção dos cinzeiros dos hospitais e dos centros de saúde e proibiu a venda de tabaco nas suas instalações, referindo que seria conveniente que os órgãos responsáveis por cada unidade de saúde adoptassem uma política de prevenção do tabagismo, chegando a questionar a permissão de se fumar em gabinetes individuais ou noutros espaços, uma vez que no limite os meios de ventilação habituais não são suficientes para remover as partículas acumuladas ao longo do tempo no ar interior dos edifícios.

Deste modo, para a mesma fonte, o governo prepara-se para proibir o consumo de tabaco nos locais de trabalho e nos restaurantes.

Paradoxalmente o consumo de tabaco é uma das maiores contribuições para os orçamentos de estado dos vários países. Em Portugal, os valores dos impostos excedem os 170 milhões de contos, donde só uma pequena fatia é para a investigação sobre as doenças que provoca. Cerca de 17.000 pessoas, em Portugal, em 1998, não morreriam se deixassem de fumar (Ribeiro, 1998).

Ainda, Ribeiro (1998), diz que no nosso país a percentagem de pessoas que fumam é inferior a 30%, sendo maior a percentagem de homens do que de mulheres. Em 2004, o consumo de tabaco atingiu cerca de 23% da população, com predomínio de três homens e meio para cada mulher, mas verifica-se que a tendência tem sido para se inverter esta situação (relação homem-mulher), o que é confirmado por Rodrigues (2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003) ao afirmar

que, em 2001, o consumo nas mulheres com mais de 15 anos subiu para 7,9%, sendo que era de 5% em 1987.

Já um estudo realizado no nosso país, em 2003, pelo Hospital de São João, no Porto, revelou que 17% dos portugueses fuma. Numa outra investigação mais recente, em 2004, com profissionais da medicina, realizada pelo mesmo hospital, apresentada no âmbito do dia Nacional do Não Fumador, verificou-se que: pelo menos 23% dos médicos portugueses fuma, sendo nas áreas de Clínica Geral, Familiar e Saúde Pública que se regista uma maior incidência; o número de mulheres médicas fumadoras é maior, e no Alentejo, é onde mais se fuma nesta profissão; quanto à idade, são os médicos entre os 55 e os 64 anos que mais fumam, o que está de acordo com Martinez *et al.* (1987) em que é nos médicos de mais idade que existe um maior número de fumadores.

Matos *et al.* (1999) num estudo com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, consideraram como "Pequeno fumador" o consumir menos de 20 cigarros/dia e "grande fumador" o consumir mais de 20 cigarros/dia. Observou-se que: 40,6% dos sujeitos fumavam; 41,5% dos médicos e 38,7% dos enfermeiros e outros profissionais fumavam. Os médicos apresentavam 15,8% de grandes fumadores para 8,4% dos enfermeiros e outros.

Noutros estudos com médicos, verificaram-se valores mais altos de fumadores, com 49,2% (Sanchez *et al.*, 1988) e 65% (Castillo *et al.*, 1990).

Numa investigação realizada por Ahmadi *et al.* (2002), sobre o consumo de tabaco em estudantes de medicina, médicos residentes e médicos adjuntos num hospital do Irão, numa amostra de 532 sujeitos (45 médicos residentes, 66 médicos adjuntos e 421 estudantes), verificou-se que os homens fumadores (16,4%) eram menos do que os não fumadores (83,2%); só 0,69% das

mulheres fumavam; a idade de início de começarem a fumar era de 19,7 anos e a média de consumo era de 6,29 cigarros por dia. Também se concluiu, que eram fumadores 11,1% dos médicos residentes, 7,5% dos médicos adjuntos e 54,9% dos estudantes de medicina.

Mas as motivações para fumar são várias, tendo Hawkins, White e Morris (1983) mostrado numa amostra de enfermeiras, que fumar era uma das respostas que estas usavam para responder ao stresse, e Reig e Caruana (1990) verificado que, nos profissionais de saúde, fumar estava associado a aspectos como conflitos com os doentes e com a organização (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999).

Memom *et al.* (2000), numa investigação publicada no *Bulletin of World Health Organization*, sobre a epidemiologia do tabaco na população adulta do Kuwait, numa amostra de 3.859 pessoas (1.798 homens e 2.061 mulheres), concluíram que a prevalência do tabaco era de 34,4% nos homens e de 1,9% nas mulheres. Entre os homens a maior prevalência foi nos jovens (≤ 20 anos) com 56,5%; entre as mulheres a maior prevalência foi entre os 46 e os 50 anos com 7,1%. Da análise estatística verificaram que era estatisticamente significativo o baixo nível de educação, um baixo estatuto e o ser uma mulher separada, divorciada ou viuva.

Ainda neste estudo, para estes autores, 68% dos fumadores começaram a fumar com menos de 20 anos - mais os homens (70%) do que as mulheres (33%) – e o sexo masculino fumava 26 cigarros por dia e as mulheres 17 cigarros diariamente. Outro aspecto relevante é que 77% dos sujeitos com filhos fumavam na presença destes. Outras conclusões sobre o padrão de consumo de tabaco em 338 fumadores (que estavam a tentar deixar de fumar) eram que: 22,8% dos sujeitos fumavam entre 1-10 cigarros por dia; 46,4%

entre 11-20 cigarros por dia; 17,2% entre 21-30 cigarros por dia; 9,2% entre 31-40 cigarros por dia e 4,4% mais de 40 cigarros por dia. Assim, podemos ver no quadro 1 os resultados quanto à percentagem dos fumadores e ao consumo de cigarros por dia.

Quadro 1 : Percentagem de fumadores e número de cigarros por dia (Fonte - Memom *et al.*, 2000: 1309).

Nº cigarros/dia	Homens (n= 618)	Mulheres (n= 39)	Total (n= 657)
1-10	72 (11,7%)	21 (53,8%)	93 (14,2%)
11-20	274 (44,3%)	10 (25,6%)	284 (43,2%)
21-30	110 (17,8%)	2 (5,1%)	112 (17,0%)
31-40	109 (17,6%)	5 (12,8%)	114 (17,4%)
> 40	53 (8,6%)	1 (2,6%)	54 (8,2%)

Já nos Estados Unidos, segundo Haber (2003), os fumadores com o hábito de fumar dois maços de tabaco por dia ou mais, têm cancro do pulmão cerca de 20 vezes mais do que os que nunca fumaram (American Cancer Society [ACS], 1990).

Numa revisão acerca do impacto do tabaco na saúde e nas doenças, Eriksen, LeMaistre e Newel (1988) dizem que, dos cerca de 3800 componentes identificados no tabaco a maioria é cancerígena e alertam para o facto do fumo inalado pelos não fumadores ser diferente do dos fumadores, sendo mais perigoso o fumo inalado pelos não fumadores (Ribeiro, 1998; Fielding, 1985; *cit*

in Stroebe & Stroebe, 1999), pois, por exemplo, crianças com pais fumadores têm um risco 50% maior de ter cancro no pulmão quando adultos, do que as crianças cujos pais não fumam (Ribeiro, 1998).

Mais recentemente, a este respeito, Nunes (2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003) diz que o tabaco contém mais de 4000 substâncias químicas, das quais 43 são reconhecidas como carcinógenos, directa ou indirectamente implicadas na origem de várias patologias como o cancro (90% dos casos no pulmão), aparelho respiratório superior, esófago, estômago, bexiga, pâncreas, rim e colo do útero, as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho respiratório (bronquite, enfisema e asma).

Nesta linha de ideias, os fumadores são três vezes mais vulneráveis do que os não fumadores na incidência das doenças coronárias e no risco de morte súbita. Fumar para Richards *et al.* (2003) está associado ao declínio cognitivo a meio da vida (Huber, 2003).

Uma das substâncias do tabaco é a nicotina que é uma substância química potente estimulante e relaxante, e que vai, em 7 segundos, dos pulmões ao cérebro e junta-se aos receptores colinérgicos, adrenérgicos, dopaminérgicos e serotoninérgicos. Um fumador médio repete este processo cerca de 200 vezes ao dia (73.000 por ano), e isto leva à dependência: mais de 90% dos fumadores fumam diariamente (Direcção-Geral de Saúde, 2001). Aliás, 60% das pessoas que deixam de fumar recaem nos primeiros três meses e 75%, nos seis meses seguintes. A maior parte dos fumadores fuma mais de 10 cigarros por dia e não se conseguem contentar com um ou dois cigarros. Apenas 5% dos fumadores que deixam de fumar por sua livre vontade, o conseguem por mais de um ano (Teste Saúde, 2003a).

A maioria das pessoas começa a fumar antes dos 20 anos, sendo um comportamento aprendido e uma dependência social (Direcção-Geral de Saúde, 2001).

Outro aspecto a considerar, para Nunes (2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003) é que, nas mulheres com mais de 35 anos a fazer contraceptivos orais, o consumo de tabaco provoca um aumento do risco de doenças vasculares.

Finalmente, num estudo de 1997, sobre Determinantes do Peso da Doença na União Europeia, o consumo de tabaco aparece como primeiro factor de risco de doença (9,0%) (Carvalho, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Para lidar com esta situação o Banco Mundial afirma que o aumento dos preços em 10% leva a uma redução de consumo em 4% nos países desenvolvidos e em cerca de 8% nos países de baixo e médio rendimento económico (Rodrigues, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Desta forma, iremos abordar de seguida um dos factores geralmente associado ao tabaco: o consumo de álcool.

3.2.2 Álcool

Em termos de saúde pública um dos factores mais importantes é o consumo de álcool e as suas consequências. O álcool está associado não só ao cancro mas também à sinistralidade rodoviária, ao crime, e em geral, a todo o tipo de acidentes.

Em Portugal, estima-se que existam cerca de um milhão de bebedores excessivos e, pelo menos, de quinhentos a setecentos mil doentes alcoólicos. Cada português, em 2000, ingeriu em média 120 litros de bebidas alcoólicas

(64,3 litros de cerveja, 51,7 litros de vinho, 4 litros de bebidas destiladas) (Canotilho, 2003).

Estimativas da Direcção-Geral de Saúde Pública de Espanha dizem que aproximadamente 14.000 mortes por ano são da “responsabilidade” do álcool. Em Portugal, estimam-se em 7.000 as mortes anuais que têm como causa o álcool (Direcção-Geral de Saúde, 2001).

A *International Agency for Research on Cancer* considera que o álcool está implicado nos cancros da boca, faringe, laringe, esófago e fígado. Isto está fundamentado na maioria dos estudos, após controle de outras variáveis como o consumo de tabaco, sendo esta relação mantida em ambos os sexos. Quanto maiores os consumos, maiores os danos na saúde; são precisos 10 a 15 anos para que o risco pare, e se volte ao normal, após deixar de beber (Breda, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Nos últimos anos, para este autor, tem vindo a verificar-se com alguma consistência a relação entre o álcool e o cancro da mama nos estudos realizados; outro aspecto em análise, tem sido a relação entre o consumo de álcool e as doenças coronárias, verificando-se que o consumo de álcool, desde menos de 10 gramas até 50 gramas por dia, reduz o risco de doença coronária entre 25% e 50 %. A relação negativa entre o consumo de álcool e a doença coronária está presente em todas as faixas etárias, igualmente para homens e mulheres, sendo a relação mais forte com os sujeitos mais velhos. A redução do risco pode ser obtida mais firmemente para níveis de consumo inferiores a 10 gramas por dia (menos de 1 copo de qualquer bebida alcoólica). Esta relação negativa entre o consumo de álcool e o risco de doença coronária é maior quando este consumo se divide ao longo da semana e não quando se

concentra numa só ocasião dessa mesma semana. Porém, não é claro que esta relação seja idêntica para todos os tipos de bebidas alcoólicas.

Deve referir-se que consequências negativas em algumas áreas da vida se relacionam com o álcool, como sejam o bem-estar e a felicidade, as amizades e as relações sociais, vida familiar e as oportunidades de emprego. Estas consequências crescem à medida que aumenta o consumo de álcool - isto para níveis de consumo próximos de 20 gramas por dia -, e em que 1/5 da população já experimentou duas ou mais destas consequências negativas durante o período de um ano (Breda, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Também o consumo de álcool e a frequência de situações de consumo de álcool excessiva estão associados ao risco de acidentes, violência intencional contra o próprio ou outros, suicídio, violência familiar, crimes violentos, outros comportamentos criminais e vitimização como roubo e violação, em que, quanto maior o consumo, maior o número e a gravidade das situações ocorridas (Breda, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Ao fazermos a comparação entre níveis de consumo próximos de 20 gramas por dia com o não consumo, para este autor, verificamos um aumento de 100% no risco relativo para a cirrose do fígado, 20 a 30% para os cancros da cavidade bucal, faringe e laringe, 10% para os cancros do esófago, 14% para os cancros do fígado, 10 a 20 % para o cancro da mama na mulher e 20% na doença cerebrovascular, existindo ainda uma relação significativa entre o consumo de álcool na população e a mortalidade por cirrose, psicose alcoólica, alcoolismo, pancreatite, certos cancros e a mortalidade por todas as causas.

Uma redução do consumo global de álcool em cerca de 10% (consumo *per capita*) levaria a um decréscimo de, aproximadamente, 20% da mortalidade ligada ao álcool no sexo masculino e de 5% em todos os acidentes fatais,

suicídios e homicídios na população. Por isso se visam políticas que conduzam a um consumo menor de álcool, mas a estratégia global deveria ser a da criação de ambientes que permitam escolhas mais saudáveis, e em que, as opções menos saudáveis sejam mais difíceis ou mais caras (Breda, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Nesta perspectiva, segundo este autor, o aumento dos impostos leva a um menor consumo. Senão vejamos: um aumento de 10% no preço conduz a uma redução de 5% no consumo de cerveja, 7,5% no consumo de vinho e de 10% no consumo de bebidas destiladas, o que, também afecta os bebedores excessivos.

O departamento de agricultura dos Estados Unidos, em 1990, definiu que beber moderadamente não é mais do que duas bebidas por dia para o homem e uma bebida por dia para a mulher (Haber, 2003). Mas esta definição não é muito concreta, sendo importante termos uma definição que sirva de referência. Nesta lógica, um dos aspectos importantes é quantificar o consumo de álcool diário ou semanal, por exemplo, através de unidades (*vide* quadro 2), em que uma unidade equivale a 10 gramas de álcool a 100%, estabelecendo-se uma equivalência em unidades para os diversos tipos de bebidas consoante o volume bebido (Rodriguez-Martos *et al.*, 1999; *cit. in* Direcção-Geral de Saúde, 2001).

Dentro destes valores (Direcção-Geral de Saúde, 2001) estão definidos consumos nos homens e nas mulheres, existindo desta forma, para Altisent e Córdoba (1993), quatro definições no consumo de álcool:

- *Abstinentes*: pessoa que não consome álcool de forma regular, ainda que beba pequenas quantidades ocasionalmente;

- *Bebedor moderado*: pessoa que consome álcool regularmente, em quantidades abaixo daquilo que se aceita como limite de risco: 40 gramas/dia para o homem e 24 gramas/dia para a mulher;

- *Bebedor de risco*: sujeito cujo consumo semanal de álcool atinge o limite de risco que se situa nos 280 gramas para o homem e 168 gramas para a mulher. São incluídos, ainda, as pessoas que admitem consumir mais de 80 gramas de álcool num curto espaço de tempo, pelo menos uma vez por mês;

- *Bebedor problema*: sujeito que, devido ao consumo de álcool, apresenta algum problema físico, psíquico, familiar, social, legal ou económico. Incluídos estão os sujeitos com síndrome de dependência alcoólica.

Quadro 2: Cálculo do consumo de álcool em unidades e gramas (Adaptado da Direcção-Geral de Saúde, 2001: 23).

Tipo de Bebida	Volume	Nº Unidades	Nº Gramas
Vinho	1 copo (1 dl)	1	10
Cerveja	1 imperial (2 dl)	1	10
Bebidas destiladas,	1 cálice (1/2 dl)	2	20
Cocktails e “shots”	1 cocktail (1/2 dl)	2	20
	1 “shot” (1/4 dl)	1	10
Licores	1 cálice (1/2 dl)	1	10

O Inquérito Nacional de Saúde (INS) levado a cabo pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, entre 1998 e 1999, com 48.606 sujeitos trouxe várias conclusões pertinentes, como o tipo de bebida que se consome, a quantidade e

a frequência com que se consome (Ferreira & Lourenço, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Verificou-se nesse inquérito que o vinho é a bebida mais consumida (44%) no nosso País, seguido da cerveja (30,6%), e que o Algarve tem mais consumidores de licores e de whisky; os homens bebem mais do que as mulheres e o consumo cresce com a idade até aos 45 anos e depois decresce; o consumo de aguardentes ou bagaços (bebidas brancas) é de 19,3% nos homens e de 1,4% nas mulheres, atingindo, em geral, na faixa etária dos 36 aos 45 anos o valor de 17,7% e dos 46 aos 55 anos o valor de 16,2%; para os bebedores diários verificaram-se respectivamente os seguintes valores: para o vinho (56%), a cerveja (19%), as bebidas brancas (23%), o whisky (6%) e os licores (2%).

Ainda, para os sujeitos com idade superior a 15 anos que beberam pelo menos uma vez no último ano, concluiu-se que 91% bebe menos de meio litro por dia, havendo 1,3% que bebem um litro ou mais por dia, sendo a média semanal no total de 1,6 litros, em que para os homens é de 2,1 litros e para as mulheres de 0,6 litros. Uma outra conclusão é que são os homens que semanalmente mais consomem, especialmente entre os 56 e os 65 anos de idade (2,0 litros). Estes valores obtidos não estão de acordo com a OCDE (2002), onde se verifica uma diferença quanto ao consumo de álcool puro por sujeito com 15 ou mais anos de idade, apontando a OCDE para Portugal, em 1999, o valor de 13,2 litros *per capita* (o valor estimado pelo INS é de 7,28 litros).

De acordo com o *General Household Survey* (1992), no Reino Unido, os homens bebiam em média 15,9 unidades (cerca de 4,5 l de cerveja) e as mulheres bebiam perto de 5,4 unidades (cerca de 1,5 l de cerveja) por semana.

À volta de 27% dos homens e 11% das mulheres bebiam mais do que as 21 e as 14 unidades respectivamente recomendadas para a altura (Ogden, 2004).

Em trabalhos com profissionais de saúde, na Finlândia, num estudo de Juntunen *et al.*, em 1988, numa amostra de 2671 médicos, comprovou-se que o consumo de bebidas alcoólicas parecia ser mais alto do que o da população em geral. Porém, outros autores afirmam que o factor mais consistente preditivo do alcoolismo nos médicos é o mesmo do que o da população em geral, isto é, a história de alcoolismo na família; para além destes aspectos, a existência de uma personalidade narcísica, uma infância pobre em afectos e uma sobrecarga de trabalho são variáveis associadas aos problemas do álcool (Vaz Serra, 1999).

Já os enfermeiros, em situações stressantes envolvem-se no consumo de drogas ilícitas ou psicofármacos e no consumo de álcool (Vaz Serra, 1999). Em outros estudos, para Hingley e Cooper, em 1986, verificou-se que 52% de uma amostra de enfermeiras com cargos de chefia consumia álcool de modo regular como forma de se relaxarem (*cit. in* Sutherland e Cooper, 1990).

Numa outra investigação, realizada na Escócia em 600 enfermeiros por Plant, Plant e Foster, em 1992, verificou-se uma relação entre o stresse e o consumo de álcool, sendo que nas mulheres acrescia a esta situação o consumo de drogas ilícitas (Vaz Serra, 1999).

Finalmente, num outro estudo de 1997, sobre Determinantes do Peso da Doença na União Europeia, o consumo de álcool surge como segundo factor de risco de doença (8,4%) (Carvalho, 2003a; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Um outro aspecto importante, é a relação entre o álcool e a condução.

3.2.3 Sinistralidade rodoviária e álcool

Portugal detêm a taxa mais elevada de mortes por acidentes de viação da Comunidade Europeia (CE) e uma das mais elevadas dos países desenvolvidos, com uma média anual nos últimos 5 anos de aproximadamente 2.000 mortos (Canotilho, 2003).

É nesta linha que, em 2005, o jornal britânico *The Times* afirma que Portugal é o país europeu com as estradas mais perigosas, chegando a dizer que o IP5 é um dos itinerários onde é mais difícil conduzir, dizendo ainda que neste itinerário, em dez anos, já morreram quase 400 pessoas. Segundo a mesma fonte, a causa para os acidentes está nas auto-estradas portuguesas: as estatísticas revela que há 14 mortes em cada mil milhões de quilómetros. No Reino Unido, existem apenas duas.

Um outro aspecto relevante são as multas. Em Março de 2005, segundo a Direcção Geral de Viação, no primeiro dia do novo código da estrada, foram multados 372 condutores, no valor de 200 mil euros em coimas, sendo detidos 12 condutores por crimes (álcool ou falta de carta). Destas multas, 159 eram graves e 22 muito graves, sendo as restantes, multas por excesso de velocidade (371) e não ter cinto. Na véspera da entrada do novo código em vigor (<http://www.portugaldiario.iol.pt>) tinham sido multados 680 condutores.

No relatório *Alcohol in Postwar Europe: a Discussion of Indicators on Consumption and Alcohol-Related Harm* do European Comparative Alcohol Study, realizado no período de 1959/1995, através de um estudo comparativo e longitudinal com 14 países da União Europeia e a Noruega, segundo Carvalho (*in* Clímaco & Ramos, 2003) é afirmado:

“Nas últimas décadas, a condução automóvel sob o efeito da bebidas alcoólicas é talvez o mais noticiado dos problemas ligados ao álcool na sociedade ocidental (...). O álcool continua a ser um factor contributivo importante para os acidentes nas estradas Europeias. Nos países mais acentuadamente afectados, o álcool está comprometido em 40 a 50% dos acidentes rodoviários fatais. Investigações vêm demonstrando que o envolvimento do álcool é mais comum em acidentes rodoviários fatais do que em não fatais, em acidentes com um único veículo e em acidentes nocturnos. Os acidentes fatais com um único veículo são, portanto, considerados como um bom indicador para acidentes relacionados com o álcool ” (2003b:129).

Costuma ser consensual em termos médicos, para este autor, que o risco agravado de acidente: duplica a partir da concentração de etanol no sangue de 0,5 gramas/litro; quintuplica a partir de 0,8 gramas/litro e multiplica por 20 para taxas de etanol acima dos 1,2 gramas/litro.

Por cada cidadão falecido para o Estado (*vide* quadro 3) existe uma perda de 900 mil euros, o que totaliza mil milhões de euros/ano, apenas em mortos, segundo o indicador de referência para a Prevenção Rodoviária Portuguesa.

Quadro 3: Acidentes de Viação 2002/2001 (Retirado de Carvalho,2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003: 131).

	Acidentes	2002/	Mortos	2002/	Feridos	2002/	Feridos	2002/
	2002	/2001	2002	2001	Graves	/2001	Ligeiros	/2001
Totais	209810	>5688	1547	>36	5148	<991	54816	>3128

Em Maio de 2003, a taxa máxima legal de alcoolémia era de 0,5 gramas/litro. De acordo com o Relatório de Segurança Interna, os agentes de fiscalização detectaram, no ano anterior, 29.205 automobilistas com alcoolémia ilícitas. Verificou-se que entre 1994 e 2000, quase triplicou o total de casos de condução criminalizável (acima de 1,2 gramas/litro). Outro factor associado ao álcool é também o excesso de velocidade (Carvalho, 2003b; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

Mas, em 2003, houve 41.495 acidentes com vítimas, menos 1,7% do que o ano anterior, e 1.222 acidentes com mortos, menos 7,6% do que em 2002. O número de vítimas mortais diminuiu quase 8% e os feridos, tanto graves como ligeiros, foram menos de 2,3%. Os condutores alcoolizados subiram em todas as faixas etárias, sobretudo na faixa entre os 21 e os 49 anos. Nos distritos de Faro, Beja, Coimbra e Santarém nesse ano, foi onde se registaram o maior número de peões vítimas mortais. Em 2004, em comparação com o ano anterior (<http://sic.sapo.pt/>) houve menos mortos, feridos graves e feridos ligeiros.

Nesta problemática, os acidentes de viação são um grave problema de saúde pública, tendo sido responsáveis em 1998 por cerca de 43.000 mortos e de 150.000 pessoas com deficiências na União Europeia, sendo nos países desenvolvidos a oitava causa de morte e, em Portugal, a sétima, em 1999. Portugal é, assim, o País da Comunidade Europeia com a taxa mais elevada de mortalidade rodoviária (Canotilho, 2003).

Num relatório de 1990, referido por Carvalho (2003a; *in* Clímaco & Ramos, 2003), patrocinado pelo Banco Mundial e pela OMS, sobre o *Peso Global da Doença*, demonstra-se que as incapacidades desempenham um papel chave na determinação do estado geral de saúde da população e que as suas causas

são fortemente diferentes das de morte. Sublinha-se que, para idades entre os 15 e os 44 anos, os DALY (*Disable Adjusted Life Years* – Anos de Vida Ajustados pelas Incapacidades) associados ao consumo de bebidas alcoólicas aparecem, no primeiro lugar para os homens (12,7%), e no sexto lugar para as mulheres (3,2%).

Constatamos deste modo a influência que o álcool tem na sinistralidade rodoviária.

Outra bebida, importante culturalmente na nossa sociedade é o café, como iremos ver.

3.2.4 Café

O consumo de bebidas com cafeína e especialmente o café, é um acto que quase todos praticamos diariamente sem darmos conta disso. É desta maneira um hábito enraizado na nossa cultura e da qual muitos afirmam “dependem”.

Mas o que é a cafeína? Desde há bastante tempo que se sabe que a cafeína é uma substância com sabor amargo, solúvel na água, e que se obtém de folhas, sementes ou frutos de várias plantas: grãos de café e de cacau, folhas de chá, etc. A administração em quantidade de cafeína (Lima, 2005) causa um aumento modesto da pressão sanguínea arterial, dos níveis de catecolaminas, da actividade de renina plasmática, dos níveis dos ácidos gordos livres e da secreção gástrica, chegando a alterar o humor e o padrão do sono em voluntários.

Cerca de uma centena de produtos químicos foi identificada no café, sendo algumas, como o ácido clorogênico, mais abundante que a cafeína. A cafeína é

um estimulante, sendo o elemento mais estudado do café. Contudo o seu consumo moderado não é prejudicial ao organismo (Lima, 2005).

O café, o chá e as bebidas de cola são as formas mais habituais de consumo de cafeína na nossa alimentação.

Num estudo europeu (Portugal, Espanha, Itália, França e Bélgica) realizado pelas associações de consumidores, várias universidades e institutos, com sujeitos entre os 15 e os 74 anos, intitulado “A cafeína na dieta, saúde e qualidade de vida na Europa” e que durou quatro anos (Teste Saúde, 2004b), ficou-se a saber que quase um terço dos portugueses bebe café em excesso (27%).

Mais de 90% dos consumidores estudados nos cinco países consome bebidas com cafeína (sendo o café o maior fornecedor de cafeína com 94%), sendo que os portugueses consomem 92% de bebidas com cafeína.

No nosso país, são os jovens entre os 15 e os 25 anos quem consomem mais refrigerantes com cola e bebidas energéticas, enquanto o café e o chá são fundamentalmente bebidos por pessoas com mais de 25 anos.

Assim, segundo a mesma fonte, tendo em consideração que o consumo baixo é menos de 100 miligramas por dia (um café), o consumo moderado (2 a 3 cafés por dia), o consumo elevado (4 a 5 cafés por dia) e o consumo muito elevado (mais de cinco cafés/dia), concluiu-se após o estudo que: o consumo de café em Portugal pode ser considerado moderado, em que 63% tomam, no máximo, dois cafés por dia, 6% das pessoas tomam mais de cinco cafés por dia (consumidores muito elevados), sendo a média de consumo de 2,5 chávenas de café por dia (263 miligramas).

Porém Lima (2005), diz que um limite máximo não prejudicial para a saúde humana situa-se na faixa de 500 miligramas por dia de cafeína, o equivalente

a cinco doses individuais. Este autor afirma, até, que o café puro ou com leite na dose de 3 a 4 chávenas diárias é um agente preventivo da depressão e do suicídio, segundo estudos realizados em mais de 200.000 pessoas durante dez anos, nos Estados Unidos (Califórnia e Boston), colocando, desta forma, o consumo do café e seus elementos como uma prioridade para a ciência médica, sendo que a depressão (episódios depressivos) afecta uma em cada quatro pessoas adultas durante a vida.

Mas noutra constatação não é recomendável para toda a população um consumo excessivo de cafeína, associada a uma alimentação pobre em cálcio, pois pode ser prejudicial para os ossos (osteoporose) nas mulheres na menopausa, ainda que, as pessoas que consomem mais de 300 miligramas por dia, relacionem a sensação de estarem com mais energia devido ao consumo de café.

Também para Lima (2005) verifica-se uma relação entre os consumidores de cafeína e os fumadores: a maior percentagem das pessoas que fumam mais de 10 cigarros por dia estão entre os consumidores de cafeína (mais de 300 miligramas/dia).

Uma ligação que se costuma estabelecer é a da cafeína com o sono, uma vez que sendo a cafeína um estimulante, pode influenciar os padrões de sono.

3.2.5 Sono

O sono é fundamental para podermos funcionar no nosso dia-a-dia. Muitas vezes são referidas alterações no padrão normal de sono que cada um tem. Por exemplo, os trabalhadores que trabalham por turnos, como é o caso dos

médicos e dos enfermeiros, sujeitos deste estudo, são das pessoas onde se podem verificar problemas de sono.

Os problemas de sono podem também ter a ver com problemas de ordem pessoal ou causados por alguma doença, podendo ser dificuldades transitórias do sono ou ser uma dificuldade persistente.

De acordo com estudos realizados, a maioria das pessoas dorme de 6 a 9 horas por noite, com uma média de oito a nove horas por noite. Poucas pessoas dormem menos de cinco horas ou mais de dez horas por noite. Em geral, o sono passa por uma sequência repetida de cinco estágios (Stuart & Laraia, 2001).

Temos, assim, que o sono durante a noite para um adulto jovem saudável transita da sonolência para o sono em cerca de 70 a 90 minutos. O sono vai encurtando durante a adolescência, mantendo-se constante na idade adulta e diminuindo nos idosos. A actividade vigil (antecede o sono) varia com a idade, aumentando na meia idade rapidamente (reflecte o stresse da vida); o sono perturbado nos idosos pode incluir um despertar frequente (Nicholson, 1985).

Desta forma, um dos problemas mais comuns do sono são as insónias, não podendo-se esquecer que o consumo exagerado de álcool e de bebidas estimulantes, como o café e o chá, podem estar na origem destas perturbações.

Em 2004, mais de 40% dos adultos referem pelo menos uma vez problemas no sono, e o *National Institute of Health* diz que a insónia crónica e outras formas severas de insónia afectam entre 10% a 15% dos adultos. Isto é tão importante, que se estima através do *National Highway Traffic Safety Administration* que a fadiga é a causa de cerca de 100.000 acidentes de veículos a motor por ano (<http://www.psychologymatters.org/insomnia.html>).

Kaplan e Sadock (1992) a este respeito, dizem que os distúrbios de sono são comuns na população geral e entre os pacientes com distúrbios mentais, referindo que 30% da população apresenta insónia, o que vai ao encontro de Vitiello (1997; referido por Haber, 2003) que fala em cerca de 40% das pessoas afectadas por este problema. Tanto assim é, que 87 milhões de americanos têm dificuldade em adormecer e 43% sofrem de insónias ocasionalmente.

Já num outro estudo, revelou-se que mais de metade de todos os adultos já teve insónia durante pelo menos algumas noites por semana, em 2002, e um terço enfrentou-as todas as noites (Harvard Medical School, 2003b)

A insónia (Fadem & Simring, 1998) pode ter várias formas: a) dificuldade em adormecer; b) repetidos despertares nocturnos; e, acordar muito cedo de manhã (insónia terminal).

Mas a DSM-IV diz que os sujeitos que referem muito frequentemente uma dificuldade em adormecer e despertar intermitente durante o sono apresentam insónia primária. Testes psicofisiológicos podem mostrar neste tipo de insónia um aumento da tensão muscular ou reactividade fisiológica excessiva ao stresse. Estudos na população em geral mostram uma prevalência anual de queixas de insónia de 30%-40% em adultos; outros estudos indicam que 15%-25% dos sujeitos com insónia crónica são diagnosticados com insónia primária (American Psychiatric Association, 1996).

Ainda segundo esta associação, a investigação mostra que as queixas de insónia são mais prevalentes com o aumento da idade e entre as mulheres; os adultos jovens queixam-se mais de dificuldade em adormecer, enquanto que os de meia idade ou idosos, têm mais dificuldade em manter o sono e despertam mais precocemente de manhã. A dificuldade em adormecer, o acordar várias vezes ao longo da noite, o acordar muito cedo e não conseguir voltar a

adormecer e estar cansado logo pela manhã, são também, algumas das características referidas.

Esta perturbação – a insónia – é a principal perturbação do sono, de tal maneira, que faz de Portugal o segundo país da União Europeia na prescrição de hipnóticos (indutores do sono) (Farmácia Saúde, 2004). Nos Estados Unidos, segundo D. Shelton, em 1999, o *National Sleep Foundation* diz que 56% dos americanos experienciou um ou mais sintomas de insónia (Haber, 2003).

Em Portugal, Paiva (2005) do laboratório do sono do Hospital de Santa Maria, afirmou que 30% dos portugueses sofrem de insónia moderada a severa e que a sua privação aumenta a incidência de doenças como a hipertensão, a obesidade e a diabetes, potenciando a probabilidade de ocorrerem acidentes, nomeadamente rodoviários ou domésticos, na medida em que leva à fadiga e à dificuldade de concentração. Um sujeito que durma apenas três horas, aumenta em 80% a probabilidade de ter um acidente de viação.

Esta autora diz, ainda, que o sono deve ter pelo menos uma duração de sete horas e que a seguir aos franceses, os portugueses são os europeus que mais recorrem a medicamentos para dormir. Nos Estados Unidos, estima-se que a sonolência e o cansaço estejam associados a mais de 1.500 mortes por ano nas estradas (4% dos acidentes mortais).

Um outro aspecto importante no estilos de vida é a (auto) medicação, pois como vimos, entre outras situações, relaciona-se com o sono, sendo um dos factores dos estilos de vida importantes não só para a pessoa, como para os outros e para as economias dos países.

3.2.6 (Auto) medicação

O consumo de medicamentos é um dos problemas com que as pessoas, em geral, e os portugueses, em particular, têm que lidar quando estão na situação de doença.

Porém, no nosso país, tendo talvez na sua origem aspectos culturais, existe uma grande tradição das pessoas se automedicarem para tudo.

Para o Plano Nacional de Saúde e o Instituto da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), em 2003, as mulheres portuguesas consomem três vezes mais medicamentos para dormir do que a média europeia e o consumo de hipnóticos é de 14% nos sujeitos na faixa etária entre os 45 e os 54 anos e duplica na terceira idade (Soares, 2004).

Num estudo da Associação Europeia da Indústria da Automedicação (AESPG), em 2003, concluiu-se que quase um quarto (25%) dos portugueses compra habitualmente medicamentos sem prescrição médica. Outro aspecto importante, é o de que os medicamentos mais usados sem prescrição médica, são os tranquilizantes, os antibióticos, os analgésicos e os antipiréticos (Lucena, 2005).

Um relatório do Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde (OMPS) (2002), diz que o consumo de benzodiazepinas cresceu 26%, entre 1995 e 2001, no nosso país. Afirma, ainda, que cerca de 8,9% dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) estava a ser tratado com estes fármacos.

Verificou-se, também, nos últimos cinco anos (entre 2000 e 2005), para o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, que o consumo de antidepressivos aumentou 45%, e que o consumo dos tranquilizantes/ansiolíticos cresceu 27% (Gomes, 2005), ou seja, a tendência é

para aumentar. Só entre 1995 e 2001, os custos do SNS com benzodiazepinas aumentaram cerca de 45%, sendo que só em 2001, se gastaram 22 milhões de euros (Teste Saúde, 2004a).

Cerca de 80% do consumo de benzodiazepinas, em Portugal, está inserido no grupo dos ansiolíticos (OMPS, 2002)

Porém, estes medicamentos (ansiolíticos) causam grande dependência física ou psíquica (Kaplan & Sadock, 1992) e são perigosos quando associados ao álcool e/ou a outros fármacos.

As benzodiazepinas são usadas na ansiedade e/ou como indutores do sono. Contudo, apesar deste uso maciço, nas insónias e na ansiedade, as terapias cognitivas e comportamentais, segundo a maioria dos autores, são a médio e longo prazo, um tratamento mais eficaz, actuando directamente nas causas e não nos sintomas como o fazem as benzodiazepinas (Fadem & Simring, 1998). Uma das situações a ter em conta é a de que os sedativos, hipnóticos e tranquilizantes, em particular as benzodiazepinas, são os fármacos mais usualmente encontrados no sangue e na urina das pessoas envolvidas em acidentes de viação nos países da União Europeia (8% a 12%) (Dias, Santos, Branco & Flores, 2005).

Em Portugal, segundo os mesmos autores, em 402 pessoas sinistradas, entre 2001 e 2002, verificou-se que o nível de benzodiazepinas no sangue era positivo (22,2%) e que na urina era positivo em 9,1% dos doentes sinistrados. Outro aspecto relevante foi o facto de existir concomitantemente etanol (álcool) no sangue em 6,7% dos sinistrados.

Assim, como já referimos, para Vaz Serra (1999), num estudo de Valliant *et al.*, em 1970, sobre o comportamento de médicos, 20 anos depois de terem sido estudantes universitários e comparado com outras profissões, verificou-se que

existia nos médicos uma prevalência maior de uso de tranquilizantes e de comprimidos para dormir; num outro estudo nos Estados Unidos, Stout-Wiengand e Trent, em 1981, verificaram que o consumo de drogas, por parte dos médicos, se correlaciona com o stresse profissional, não sendo o acesso às drogas, mas antes a presença ou ausência de stresse, que leva os médicos ao consumo destas, sendo que num estudo realizado na Suíça com psiquiatras, Domenighetti *et al.*, em 1991, mostraram, que estes, numa proporção maior do que os outros médicos, e do que a população em geral, tomam diariamente tranquilizantes e comprimidos para dormir.

Já os enfermeiros, em situações stressantes envolvem-se no consumo de drogas ilícitas ou psicofármacos (Vaz Serra, 1999). Num outro estudo, realizado na Escócia em 600 enfermeiros por Plant, Plant e Foster, em 1992, verificou-se nas mulheres o consumo de drogas ilícitas.

Mas num estudo realizado por Matos *et al.* (1999) depois de se estudar o *burnout* em profissionais de saúde, verificou-se que 10% dos médicos e 25% de enfermeiros e outros profissionais de saúde consumiam analgésicos. Quanto aos tranquilizantes concluiu-se que os médicos consumiam 5,5% frente aos 7,3% dos enfermeiros e outros. Somente duas pessoas na amostra disseram consumir estimulantes.

Na vida do dia-a-dia, também, é importante sabermos fazer uma alimentação adequada por forma a termos mais qualidade de vida e melhor saúde.

3.2.7 Alimentação

O comportamento alimentar e a nutrição são o terceiro tipo de comportamentos descritos, tanto como factores de risco, como promotores da saúde, para

inúmeras doenças, sendo um dos comportamentos que fazem parte do nosso dia-a-dia (Ribeiro, 1998) fazendo, como tal, parte dos nossos estilos de vida.

Dos mais de 300.000 casos de cancro que se registam anualmente nos Estados Unidos, cerca de 160.000 resultam em morte, ou seja, mais de metade. Um relatório elaborado em conjunto pela *American Institute for Cancer Research* e o *World Cancer Research Fund* revelou que entre 30% a 40% dos cancros têm, como fundo, um regime alimentar inadequado (Ornellas, 2005).

Deste modo, uma alimentação saudável pode fazer maravilhas pela nossa saúde. Esta afirmação é da médica Minnie Freudenthal, especialista em nutrição, que desde há mais de dez anos trabalha em Portugal, no sentido de tentar estabelecer hábitos mais saudáveis na alimentação (Oliveira, 2004).

Para esta especialista, segundo a mesma fonte, actualmente uma alimentação saudável deve ter em conta a vida sedentária que levamos, pelo que, a quantidade de calorias que precisamos é menor. Esta redução - porque gastamos menos energia -, obriga a que tenhamos uma alimentação equilibrada, para não haver alterações na saúde. Quanto mais variada for a alimentação, maiores são as hipóteses de comermos os nutrientes necessários.

Devemos ter em conta os vegetais, carne e peixe, pois, segundo esta especialista, estamos a ingerir proteínas animais a mais para a vida que levamos, o que tem conduzido a mais mortes por enfartes do miocárdio e arteriosclerose. É importante, reduzir a carne e os ovos e aumentar o consumo de peixe. Esta especialista diz, ainda, que prefere educar para uma alimentação saudável do que fazer um doente perder peso em 15 dias.

Deste modo, a Associação Portuguesa de Nutricionistas aconselha que se evite consumir mais de 20 gramas de açúcar por dia, a reduzir o sal, a preferir

alimentos menos gordos e gorduras não saturadas (azeites e óleos crus), variar os alimentos, evitar fritos e refogados, a tomar refeições frequentes e menos abundantes e sempre um bom pequeno-almoço (Cardoso, 2004).

Por exemplo, para os especialistas em endocrinologia e nutrição, as mulheres despendem em energia, 1200 calorias diárias (nos homens é ligeiramente superior), salvo situações excepcionais, como desgaste físico e subnutrição (Cardoso, 2004).

A alimentação está associada a problemas cardiovasculares, pois relaciona-se com o colesterol HDL (“protector da doença cardíaca”) e LDL (“mau colesterol”). Assim, podemos ter algum controlo sobre aspectos importantes para a nossa saúde através da alimentação. Num estudo (Bjerklie, Park & Song, 2004), tendo por base a dieta de Atkins (pobre em hidratos de carbono), mostrou-se que os níveis de HDL aumentaram nos sujeitos ao fim de seis meses.

Existe actualmente um amplo consenso de que, nas sociedades industriais, o risco da doença coronária aumenta à medida que o colesterol sanguíneo ultrapassa os seus limites (Stallones, 1983; referido por Stroebe & Stroebe, 1999). Esta confirmação esteve presente num estudo, chamado *Seven Country Study* (Keys, 1980), realizado nos Estados Unidos, Japão e em cinco países europeus, onde se constatou a existência de uma elevada correlação entre a ingestão de gorduras saturadas e os níveis de colesterol sanguíneo ($r = 0.89$) e entre o conteúdo de gordura da dieta e a incidência de doença coronária ($r = 0.84$) (Stroebe & Stroebe, 1999).

Um outro aspecto ligado à alimentação é a obesidade. Todos os anos nos Estados Unidos a obesidade é responsável por 280 mil mortes; o número de crianças com peso a mais triplicou nos últimos vinte anos, e cerca de dois

terços dos adultos americanos têm peso a mais ou são obesos. Podemos ver que a obesidade está a aumentar, pois, Reed e Lang (1987), estimavam que 30% (cerca de um terço) dos adultos nos Estados Unidos eram obesos (Ribeiro, 1998).

Este aspecto é realçado por Carmo (2002), quando diz que na Grã-Bretanha em 10 anos duplicou o número de obesos e que nos Estados Unidos em cada grupo de cem pessoas, quatro são super-obesas.

Em Portugal, metade da população com mais de 18 anos tem excesso de peso e, 15 em cada cem pessoas, são mesmo obesas. Esta é a conclusão de um estudo recente da Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (Carmo, 2002).

Mais recentemente, o *New England Medical Journal*, em 2003, refere um estudo realizado nos Estados Unidos, com 900 mil pessoas, que se iniciou em 1982, com 405 mil homens e 495 mil mulheres, que não sofriam de cancro. Ao fim de 16 anos foram verificar e concluíram que 57 mil pessoas tinham morrido de cancro. Calcularam, então, a proporção de mortes por cancro atribuível à obesidade e ao excesso de peso. Obtiveram como resultados, que os obesos morrem mais por todo o tipo de cancro do que os que têm peso normal; os homens com mais peso têm mais 52% de probabilidades de morrer de cancro do que os não obesos; e as mulheres têm valores de 62% de probabilidades de morrer por cancro (valores superiores aos dos homens). A investigação permitiu concluir, também, que a obesidade estava associada a uma maior taxa de mortalidade por cancro do esófago, cólon e recto, fígado, vesícula, pâncreas e rins, sendo que o índice de massa corporal estava associado, respectivamente, nos homens com os cancros da próstata e do estômago e,

nas mulheres, com os cancros da mama, útero, colo do útero e ovários (Teste Saúde, 2003b).

A alimentação é vital para a nossa saúde, pois a obesidade, leva, no futuro, a que estas crianças possam desenvolver em adultos diabetes tipo 2, o que pode encurtar a esperança de vida.

Esta análise, é confirmada por estudos realizados nos Estados Unidos entre 1960 e 1980, em grandes amostras, em que se constatou que a obesidade está associada às doenças cardiovasculares, à hipertensão, à diabetes e a algumas formas de cancro; mostrou-se também que os sujeitos com menos peso (inferior à média) têm maior longevidade (Simopoulos, 1986; referido por Ribeiro, 1998).

Hoje em dia, a prevenção das doenças, passa por mudanças do estilo de vida como os hábitos alimentares. Isto tem a ver com o consumo de mais legumes, verduras, frutas (ricos em oligoelementos e vitaminas) e carnes brancas (Carmo, 2002).

A dieta alimentar deve ser mediterrânica, baseada nas hortaliças, legumes e frutas, rica em carnes de aves, peixe, pouco sal, azeite, e álcool não mais de três bebidas por dia (se se for saudável). A dieta mediterrânica é uma dieta equilibrada, doseada nas quantidades, variada o mais possível, adequada às necessidades de cada um e respeitando a sazonalidade dos alimentos. As características desta dieta, têm resultados nutricionais importantes, com excelentes benefícios para a saúde, protegendo-nos das doenças cardiovasculares, obesidade, cancro e outras doenças graves, devido aos antioxidantes (agentes anti-cancerígenos, como o selénio e os flavenóides) e às fibras (Ferreira, 2004).

Está provado que nos países mediterrânicos, as pessoas eram mais saudáveis até à chegada das modas alimentares como o *fast food* (associado à obesidade).

Desta forma, três a quatro refeições diárias, tomadas com calma (*slow food*), ajudam a relaxar pois uma alimentação equilibrada – sem excesso de álcool, doces, salgadinhos e gorduras – ajuda o organismo a lidar melhor com a tensão (Soares, 2004).

A este respeito, Ornellas (2003a) diz que se deve fazer sempre um pequeno almoço completo, assim como uma merenda a meio da manhã e durante a tarde, não fazendo intervalos entre as refeições superiores a três horas, e não se devendo substituir o almoço e o jantar por *snacks* ou *fast food*. Aconselha também alimentos ricos em complexo B (alimentação variada) e em magnésio (gérmen de trigo, cacau, frutos oleaginosos e nas sementes).

Já Quilliam (2003), a respeito da alimentação, diz que alimentos com nutrientes como vitaminas B (carnes magras, cereais integrais, leguminosas, etc.), cálcio (leite, queijo, peixe enlatado, etc.), ácido fólico (legumes verdes, germe de trigo, queijo, ovos, fígado, etc.), ferro (fígado, espinafres, frutas secas, etc.), magnésio (nozes, peixe, legumes e gérmen de trigo), ácidos gordos ómega 3 (peixes gordos e óleos vegetais) e selénio (marisco, fígado, peixe e cereais integrais, etc.), são alimentos para o factor bem-estar.

Diz esta autora, que sendo as gorduras importantes para o nosso corpo, não se devem ultrapassar os 30% de ingestão diária de gorduras. Também alimentos fontes de antioxidantes - por exemplo, brócolos e laranjas – são importantes porque diminuem os radicais livres no corpo durante o processo digestivo. Os radicais livres danificam as membranas das células, enfraquecem o sistema

imunitário e pensa-se que estimulam o crescimento das células cancerígenas. Os antioxidantes estimulam o sistema imunitário.

Juntamente com a alimentação equilibrada, o exercício físico (Quilliam, 2003) é um dos factores que pode ser promotor da saúde quando bem utilizado.

3.2.8 Exercício físico

As vantagens da actividade física para a saúde têm sido descritas desde os tempos mais antigos. Os historiadores descobriram, datando de 2.500 A. C., registos na China de exercícios organizados para melhorar a saúde (Harvard Medical School, 2003b).

Esta matéria ganhou notoriedade desde a Segunda Guerra Mundial (Ribeiro, 1998), em que estudos realizados com grandes amostras vieram comprovar a associação entre o exercício e a mortalidade por doenças cardiovasculares como, por exemplo, os estudos de Morris e Crawford, em 1958, e de Powell, Thompson, Caspersen e Kendrick, em 1987. Mais tarde, generalizou-se o estudo da influência do exercício e da actividade física noutras doenças, estudando-se os factores ligados aos estilos de vida.

Do ponto de vista anatómico e fisiológico, através do exercício regular, o sistema circulatório adapta-se, ainda mais, para aumentar a resistência cárdio-respiratória. O corpo cria mais plasma, ou seja, o fluído aquoso salgado que transporta açúcares e nutrientes para as células e recolhe os “desperdícios”. Como o plasma é um componente do sangue (as células sanguíneas constituem o resto), isso leva a um maior volume de sangue disponível para ser bombeado pelo coração. A longo prazo as fibras do coração aumentam de tamanho tornando o coração mais forte (Harvard Medical School, 2003b).

Desta forma, prolongando o exercício, em especial com o tempo quente e húmido, o sangue vai em maior quantidade para a superfície (pele) para manter uma temperatura corporal segura. Dependendo do vigor da actividade, queimam-se 4 a 20 vezes mais calorias do que se estivéssemos em repouso.

Assim, podemos dizer (Harvard Medical School, 2003b), que o exercício faz: a) reduzir as hipóteses de contrair doença cardíaca; b) baixar o risco de desenvolver hipertensão e diabetes; c) reduzir o risco de cancro do cólon e de mais algumas formas de cancro; d) melhorar o humor e o funcionamento mental; e) fortalecer os ossos e manter as articulações saudáveis; f) controlar o peso de uma forma saudável; e, g) ajudar a manter a independência pessoal na velhice.

Segundo a mesma fonte, estudos realizados em 1996, revelaram que quem era menos activo tinha uma probabilidade 30% superior de desenvolver hipertensão relativamente a quem praticava exercício; num outro estudo de 1984, referido no *Journal of the American Medical Association*, em 6.000 sujeitos saudáveis, com idades entre os 20 e os 65 anos, determinou-se que os indivíduos menos aptos fisicamente apresentavam 52% mais propensão de sofrer de hipertensão (Harvard Medical School, 2003b).

Paffenbarger e colaboradores (1986) analisaram num estudo longitudinal, a relação entre a quantidade de energia despendida semanalmente e a longevidade de um grupo de alunos de 16.936 de Harvard, com 35 a 70 anos e concluíram que os sujeitos com gastos de energia semanais superiores a 2000 kcal a andar, subir escadas e praticar desporto viviam, em média, mais 2,5 anos do que os com gastos semanais de menos de 500 kcal.

Esta associação é confirmada por Blair *et al.* (1989), num estudo com 10.224 homens e 3.120 mulheres, em que altos níveis de capacidade física adiavam a

mortalidade por todas as causas, mas principalmente, por diminuir a frequência de mortes por doenças cardiovasculares e por cancro (Ribeiro, 1998).

Ainda, nesta perspectiva, o *Journal of Clinical Epidemiology* e o *American Journal of Hypertension*, em 1992 e 1994, em revisões das pesquisas, concluíram que o exercício aeróbico conseguia diminuir em 6-7 pontos os valores tanto da pressão diastólica como da sistólica, isto para pessoas normais ou hipertensas. Para tal ser conseguido, os sujeitos exercitavam-se com intensidade alta a moderada, três a quatro vezes por semana, durante 30 a 60 minutos cada sessão. Parece também que os exercícios moderados são tão eficazes para baixar a tensão arterial como os mais intensos (Harvard Medical School, 2003b).

Para estas fontes, ao nível das artérias, os estudos acerca do exercício dizem que a actividade aeróbica entre moderada a vigorosa aumenta o nível no sangue de lipoproteínas saudáveis de alta intensidade (HDL) ou colesterol “bom”, sendo descrito um aumento de 4,6% (HDL). Isto é importante, pois por cada aumento de 1% de HDL baixa em 3,5% o risco da pessoa morrer de doença cardíaca.

Um outro trabalho realizado com 6.000 antigos alunos da Universidade da Pensilvânia, revelou que em média, para cada 5.600 calorias semanais que um homem gastava em lazer activo, baixava em 6% o risco de desenvolver diabetes. Um efeito positivo parecido foi revelado pelo *Estudo de Saúde das Enfermeiras* (NSH) - que descreve os hábitos de saúde das enfermeiras registadas -, pois em 1999, o *Journal of the American Medical Association*, mostrou que mulheres que praticavam exercício vigoroso, pelo menos uma vez por semana, apresentavam um risco de diabetes de tipo 2 (*diabetes mellitus*

não insulino-dependente) inferior em 16% às enfermeiras que não praticavam qualquer actividade (Harvard Medical School, 2003b).

Mais recentemente, segundo a mesma fonte, interessantes descobertas foram feitas num estudo com 3.000 pessoas em elevado risco de diabetes, em que comparando um grupo ao qual foi administrado um medicamento para a diabetes e um grupo que fez dieta e exercício moderado (sem medicamento), concluiu-se que neste último grupo baixou-se o risco de diabetes em 58%.

Os autores são unânimes (Blair *et al.*, 1989; Ribeiro, 1998; Stroebe & Stroebe, 1999) quanto à importância da quantidade de exercício necessário para reduzir o risco de morte precoce.

Em 1978, o *American College of Sports Medicine* definiu a quantidade mínima de actividade física necessária para que adultos saudáveis obtivessem melhorias na condição cardio-respiratória. Esta actividade foi definida por forma a que durante 20 minutos, 3 a 5 vezes por semana, fosse realizada de forma vigorosa. Com base em análises de investigações mais recentes, Paté *et al.*, em 1995, sugeriram que, para se conseguirem melhorias na saúde, seria suficiente realizar 30 minutos de actividade física de intensidade moderada ao longo do dia, todos os dias ou, pelo menos, em quase todos os dias (Calmeiro & Matos, 2004).

Ainda estes autores, referem alguns exemplos como andar durante 30 minutos em cada dia do fim de semana e três períodos de 10 minutos em cada dia da semana e fazer três períodos de 10 minutos de actividade física pelo menos cinco dias por semana.

Devemos ter em consideração, para a Harvard Medical School (2003c), que para queimar meio quilo de gordura são necessárias 3.500 calorias de actividade física. Desta forma, temos que numa caminhada ou *jogging* gastam-

se em média 70 calorias por quilómetro e que ao caminhar-se em passo acelerado durante meia hora cinco dias por semana (15 Km), ao fim de três semanas e meia, perde-se meio quilo de gordura (tudo isto tendo em atenção uma dieta equilibrada).

Um outro aspecto relevante, associado ao exercício físico são os processos mentais, pois, um estudo da Fundação MacArthur sobre o envelhecimento, revelou que as pessoas com funções mentais fortes tinham actividades diárias. Este aspecto foi comprovado num trabalho mais recente dos *Archives of Internal Medicine*, onde se verificou uma ligação entre a falta de actividade física e o declínio cognitivo, tendo sido estudadas mais de 6.000 mulheres com 65 anos ou mais, durante seis a oito anos. Verificou-se que as mais activas apresentavam uma taxa 35% a 37% inferior de declínio cognitivo do que as do grupo menos activo (Harvard Medical School, 2003b).

Estes aspectos estão de acordo com Ogden (2004), ao referir que o exercício físico pode melhorar não só o bem-estar físico, como o psicológico.

O exercício físico pode aumentar o bem-estar psicológico de um sujeito, melhorando a sua auto-estima e autoconfiança, segundo King e colaboradores (1992), ao verificarem que as consequências psicológicas do exercício podem estar relacionadas com mudanças associadas à auto-estima e à autoconfiança, podendo resultar em sentimentos de realização e auto-eficácia aumentados (Ogden, 2004).

Ainda, dentro desta relação entre o exercício e a saúde psicológica e o bem-estar, Plante e Rodin (1990), numa revisão da literatura desde 1981, constataram que o exercício melhorava o humor e o bem-estar, o auto-conceito, a auto-estima e o funcionamento cognitivo. Aliás, esta associação pode ser estendida ao stresse, pois, numa investigação com 364 estudantes do

sexo feminino (Brown & Siegel, 1988), concluiu-se que o impacto negativo das situações geradoras de stresse sobre a saúde diminuía quando o exercício físico aumentava (Ribeiro, 1998).

Também a prática de exercício físico está associado a um melhor sono. Alguns estudos comprovam este aspecto e esta relação (King *et al.*, 1997; *cit. in* Haber, 2003). Quando comparada a eficácia do exercício em relação à medicação verificou-se que uma terapia assente nos comportamentos (relaxamento e exercícios físicos) era mais eficaz do que as drogas (Morin *et al.*, 1999; *cit. in* Haber, 2003).

Deste modo, num estudo com 43 adultos com queixas de falta de sono, os sujeitos submeteram-se a um programa de 16 semanas que incluía entre 30 a 40 minutos de exercício moderado quatro vezes por semana, tendo também sido constituído um grupo de controlo. No final deste período, as pessoas que praticaram exercício tiveram uma melhoria significativa do sono, comparada com o grupo de controlo (Harvard Medical School, 2003b).

Por último, podemos dizer que as recomendações hoje são as de se praticar exercício moderadamente visando a aptidão funcional e evitar a doença. Isto é uma visão completamente diferente das preconizadas nas décadas de 70 e 80, onde se aconselhava o exercício de elevada intensidade.

Desta forma, os estudos mais recentes vieram revelar que níveis mais baixos de actividade física proporcionavam enormes benefícios para a saúde. Deve, assim, ter-se em conta, que a quantidade de actividade física leva a um aumento dos benefícios para a saúde (Stroebe & Stroebe, 1999). Ora, isto significa que o exercício moderado realizado de uma forma mais regular e persistente, é uma maneira adequada de usar a actividade física em benefício da saúde.

Este aspecto, é comprovado pelo estudo de Lamb, Brodie, Minten e Roberts (1991), realizado com 4.441 sujeitos que praticavam desporto de uma forma sistemática, e apresentavam uma melhor saúde objectiva e percepção de saúde, do que a população que não praticava (Ribeiro, 1998).

Um padrão de actividade adequado, como já referimos, é eficaz na diminuição dos factores de risco das doenças cardiovasculares, na melhoria da condição física e, também, para um outro aspecto que são os estados de humor (Murphy *et al.*, 2002; *cit. in* Calmeiro & Matos, 2004).

Por fim, temos que o exercício físico é uma prática que se pode enquadrar nos tempos livres, pelo que, um dos aspectos relevantes é sabermos gerir o nosso tempo (livre).

3.2.9 Gestão de tempo livre

Com as mudanças presentes na sociedade actual, a gestão dos tempos livres constitui um sério problema para as famílias, enquanto grupo, e as pessoas, como indivíduos. Este aspecto também está presente nos profissionais de saúde enquanto sujeitos inseridos na família e na sociedade.

Dada a sobrecarga horária e de funções e ao trabalho por turnos, a falta de tempo é um problema para os profissionais de saúde cada vez mais. Neste sentido, muitos profissionais de saúde têm dificuldade em gerir e organizar o tempo.

Aliás, esta matéria já foi abordada por Jesus (1998), a respeito da profissão docente ao afirmar que os professores trabalham frequentemente à noite e aos fins de semana, conduzindo - quando não conseguem gerir bem o tempo - à exaustão, irritabilidade e a uma sensação de não ter aproveitado bem o tempo.

Um outro aspecto relacionado com a gestão do tempo, tem a ver com a família, e os filhos, como já foi referido por Pacheco (2002), acerca dos estudantes adolescentes, em que (Sprinthall & Collins, 1999) o acentuado aumento de famílias formadas por um só progenitor ou daquelas em que ambos os pais trabalham fora de casa (cerca de 70% nos Estados Unidos), tem levado a um aumento proporcional do número de crianças e de adolescentes que, na maior parte dos dias, ficam muito tempo sozinhos depois das aulas.

Matos *et al.* (1999) depois de estudar o *burnout* e o ócio em profissionais de saúde, afirmaram que um número de horas de ócio ao dia (duas a quatro) relaciona-se com menores níveis de despersonalização e de exaustão emocional, ou seja, com níveis mais baixos de *burnout*.

Estes autores, estabeleceram três níveis de horas de ócio: a) “poucas horas de ócio” - menos de duas horas; b) “suficientes” – entre 2 e 4 horas; e “muitas” – mais de 4 horas/dia. Deste modo, verificaram-se os seguintes resultados: a) para um nível suficiente, nos médicos (40%) e enfermeiros e outros (38,27%); e, b) para poucas horas de ócio, nos médicos (25%) e enfermeiros e outros (38%).

Assim, o tempo é algo precioso para os estilos de vida tendo em atenção a gestão do mesmo e a forma como é preenchido.

O exercício e as actividades físicas são uma das formas de ocupação dos tempos livres.

Num estudo realizado em Inglaterra, revela que em 1960, um espectador médio via 13 horas de televisão por semana, e que isso duplicou agora para 26 horas por semana (*General Household Survey*, 1994), sendo ainda mais agravado pelos jogos de vídeo e de computador. Aliás este aspecto está relacionado com a obesidade (Ogden, 2004).

Gerir bem o tempo reduz o stresse, a insegurança, a confusão e melhora a qualidade de vida, pois o planeamento do tempo de forma eficaz leva a ter-se mais liberdade para se fazer tudo o que se pretende. Deve-se ao longo do dia, durante as actividades que se estão a realizar, parar-se de duas em duas horas e fazer 10 minutos de intervalo. É importante termos o controlo das situações (Quilliam, 2003).

Algumas tarefas de lazer podem ser importantes para a ocupação dos tempos livres. Ler um romance, jogar ténis ou golfe, relaxar, planear uma viagem e cozinhar, são exemplos de tarefas (Harvard Medical School, 2003a) que ajudam a trazer alguma alegria à vida.

Também para Soares (2004), segundo o Plano Nacional de Saúde e o Instituto da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), em 2003, actividades como ouvir música, escolher um *hobby*, praticar desporto, fazer relaxamento e realizar trabalho voluntário, são formas importantes na gestão do tempo para se lidar melhor com o stresse.

As férias e as viagens são períodos de lazer. Um estudo publicado no *Journal of Occupation Medicine*, refere que quem nunca tira férias ou não se consegue desligar do trabalho nos momentos de lazer, tem uma probabilidade de adoecer de 60% superior ao normal (Ornellas, 2003b). As férias são para serem gozadas e em princípio servem para descansar e reduzir a tensão da vida diária.

Mas, nem sempre é assim. Por vezes, até momentos de lazer, como as férias, que deviam servir para reduzir o stresse do trabalho, podem ter o efeito contrário devido à rapidez com que a vida actual se processa. Neste sentido, a sobrelotação dos destinos turísticos, os voos atrasados e os engarrafamentos nas estradas, são fontes de preocupação para as pessoas (Soares, 2004). De

acordo com o *American Institute of Stress* (Ornellas, 2003b), é durante as férias que para mais de 110 milhões de americanos, os níveis de stresse são mais elevados. Tudo porque não conseguem aproveitar o tempo livre e não se divertem.

Por último, podemos afirmar, em função das nossas escolhas e comportamentos, que passa por uma melhor gestão dos tempos livres a nossa qualidade de vida. Porém, outros aspectos, como o desenvolvimento das pessoas, são também relevantes e influenciam os nossos estilos de vida.

CAPÍTULO 4

IMPLICAÇÕES DA PROBLEMÁTICA EM ESTUDO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.1 O DESENVOLVIMENTO PESSOAL NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Como já referimos, os recursos do *coping* para episódios de stresse, incluem aspectos do *self* (estratégias de resolução de problemas, auto-estima positiva, etc.) que podem facilitar ou tornar possível o sucesso da adaptação à vida stressante (Compas, 1987).

Sheth (2001), como atrás já vimos, diz que a auto-imagem (o que ela é) das pessoas definirá o autoconceito, em que este influencia profundamente o consumo das pessoas, chegando ao ponto de afirmar que as pessoas têm um autoconceito em grande medida por causa do que consomem e, em que, de uma forma mais profunda, Mowen *et al.* (1998) falam do autoconceito como a totalidade dos pensamentos e sentimentos dos sujeitos em relação a si próprio (Finotti, 2004).

Logo, é importante para compreendermos esta temática, abordarmos estes aspectos do desenvolvimento pessoal importantes para os profissionais de saúde.

4.1.1 *Self*

As investigações estabelecem uma correlação positiva entre o estágio de desenvolvimento do ego e a identidade. Sprinthall e Collins (1999) dizem que no decurso da reflexão e da tomada de consciência dos indivíduos sobre quem

são na realidade e a forma de interações que estabelecem, vai-se formando a identidade, em concordância com os seus níveis de desenvolvimento moral e do ego (Pacheco, 2002).

Isto está de acordo com Stuart e Laraia (2001), para quem o *self* é a percepção que o sujeito tem acerca de como se comportar, com base em determinados parâmetros pessoais, em que se criam expectativas quanto a si mesmo, em parte baseadas nas normas da sociedade.

Nesta medida, e para Sprinthall e Collins (1999), a adequada resolução por parte do sujeito, das tarefas psicossociais de um dos domínios, pode levar ao desenvolvimento positivo noutras áreas, relacionadas com ele. Não existem nesta matéria compartimentos estanques.

O ego pode ser observado como uma integração das ideias e experiências passadas pelo sujeito com as suas esperanças em relação ao presente e ao futuro (Sprinthall & Collins, 1999).

A este propósito, Loevinger usa o termo *self* para fazer a descrição da maneira como o indivíduo organizou ou descobriu alguma consistência da panóplia de experiências e sentimentos que vivenciou. Veremos à frente como esta perspectiva está na actualidade presente nas ideias de Damásio. Esta autora vê como relevante a estrutura cognitiva que o sujeito impõe aos seus pensamentos acerca do eu, para a formação da identidade. Estamos perante uma abordagem cognitivo-desenvolvimentista (Sprinthall & Collins, 1999).

Nesta linha de pensamento que estamos a desenvolver, o *self* é um dos vectores importantes no desenvolvimento de capacidades de resiliência (na formação, por exemplo), como referem Tavares e Albuquerque (1998) - ao falarem no *proto-self* - uma vez que as estruturas do *self* estão intimamente ligadas à auto-estima e auto-conceito e, nesta perspectiva podem estar

associadas àquilo que as pessoas querem, são e podem, como estes autores abordam ao falarem da importância de estudos e investigações realizados à volta destas dimensões do ser.

Aliás, como já atrás dissemos, para um indivíduo cujo “ego” visa a sua performance e que faz do seu trabalho o “sentido” da sua existência, o fracasso é uma experiência devastadora e potenciadora de *burnout* (Skovholt, 2001).

Sprinthall e Sprinthall nas suas investigações, e referidos por Tavares e Albuquerque (1998:150), afirmam que “o sucesso (...) está normalmente ligado ao (...) desenvolvimento pessoal e maturidade psicológica (...)”, o que de certa forma vem acentuar a importância do *self* na medida em que este se desenvolve (aspecto ausente no modelo freudiano) como concebe Erikson “que aceita o desenvolvimento do ego como um processo que continua ao longo da vida” (Loevinger, 1978; Swensen, 1980; *cit. In* Simões & Ralha-Simões, 1999:24). Aliás, Loevinger sendo um seguidor das concepções de Piaget, ao contrário deste, deixa espaço para eventuais avanços ou recuos na progressão do desenvolvimento, nos estádios que caracterizam a evolução do ego.

Recentemente, Damásio (1999) fala acerca dos novos desenvolvimentos da estrutura neurocerebral e das suas implicações na interacção corpo-mente do ser humano - do proto-*self* (um conjunto não consciente de representações das múltiplas dimensões do estado actual do organismo), que evolui para o *self* nuclear em consequência do mecanismo da consciência nuclear. Passamos de um mecanismo inconsciente - proto-*self* -, para um consciente - *self* nuclear -, na linha psicanalítica de Freud, e neurobiológica de Damásio. Neste percurso, surge com especial relevo a evolução do *self* nuclear para o *self* autobiográfico, podendo evoluir num primeiro momento para a memória autobiográfica (arquivo organizado de experiências passadas dum organismo individual) e só depois

se atingir o *self* autobiográfico. Esta evolução para um ou para outro, significa segundo Damásio (1999: 23), “a dependência dupla, em relação quer às pulsações contínuas da consciência nuclear, quer às reactivações contínuas das memórias autobiográficas”.

Nesta abordagem, está presente a noção de consciência alargada – cujo mecanismo fundamental é o mesmo da consciência nuclear – e é nesta linha de ideias para Damásio (1999) que a consciência alargada é tudo o que é a consciência nuclear, só que maior e melhor, continuando sempre a aumentar ao longo da evolução e ao longo das experiências de vida. A consciência alargada é a grandeza da consciência, sendo uma função caracteristicamente humana, constituindo o apogeu da consciência nuclear, base da consciência.

Assim, e segundo este autor, possuímos - graças a uma prodigiosa memória, à capacidade de raciocinar, e ao dom a que chamamos linguagem -, algo que nos dá a personalidade que os animais não possuem. Durante a nossa evolução biológica e individual, para Damásio (1999: 230), os nossos *selfs* autobiográficos “têm-nos permitido conhecer aspectos progressivamente mais complexos do ambiente físico e social em que o organismo habita, bem como o lugar que o organismo ocupa e as possibilidades de acção que lhe estão abertas num universo complexo”.

Esta capacidade - consciência alargada - permite-nos ter a capacidade de aprender e, como consequência o retermos registos de experiências antecipadamente conhecidas através da consciência nuclear. Associada à consciência alargada está o *self* autobiográfico, na medida em que nos permite ter acesso a um vasto leque de conhecimentos.

Aliás, Gil (1998:94) diz que “(...) aperceber-me na qualidade de sujeito significa ter consciência de mim (...)” – *self-consciousness* – o que nos leva a ser

sujeitos da experiência da nossa própria vida, significando termos identidade pessoal.

Pensamos, dentro desta perspectiva, e segundo Damásio (1999) e Gil (1998), que a cultura e os fenómenos sociais podem influenciar o desenvolvimento individual e o *self* numa linha construtivista, o que por si, permite um desenvolvimento das estruturas psicológicas, que de uma maneira geral, para Deevy (1997; *cit. In* Tavares & Albuquerque, 1998) são formas de resiliência, e onde as noções de *coping* poderão ter aqui também relevo, na medida em que podem ser associadas à flexibilidade e elasticidade características da resiliência, segundo Gaffiot (1934; *cit. In* Tavares & Albuquerque, 1998).

Em jeito de conclusão, podemos dizer que as perspectivas do desenvolvimento do *self* apontam todas elas para uma orientação ecológica ou sistémica, a qual nos mostra que todo o meio envolvente é sem dúvida alguma o grande impulsionador do desenvolvimento. Porém, não nos podemos esquecer de forma alguma que por muito agreste que seja o ambiente, o sujeito pode apresentar respostas diferentes, inerentes – para Damásio (1999) – ao *self* biológico e autobiográfico, o que está presente nas ideias de Cleto e Costa (1996).

Um aspecto importante, associado ao *self* é o autoconceito como iremos ver em seguida.

4.1.2 Autoconceito

Desde o final do século passado, os estudos sobre o *self* puseram em relevo uma diferença: o *self* enquanto sujeito e enquanto objecto. Em 1897, Baldwin via o *self* (eu próprio) como uma característica dual, isto é, dentro de um

quadro relacional com o outro: “a minha noção de mim próprio desenvolve-se por imitação de ti e a minha noção de ti desenvolve-se no sentido da minha noção de mim próprio” (*cit. in* Antunes & Fontaine, 1996:82), tal como para Purkey (1970; referido por Guerra, 2000) em que o autoconceito é um sistema dinâmico e complexo acerca das crenças que o sujeito tem de si próprio.

Temos assim o autoconceito como um sistema formado por crenças, memórias, preconceitos, expectativas, conhecimentos, medos, comportamentos e significados (Guerra, 2000).

O autoconceito segundo Stuart e Laraia (2001), é aprendido, em parte, por meio de contactos e de experiências sociais acumuladas com outros sujeitos. Sullivan chamou a esse desenvolvimento de aprender sobre si próprio como sendo a partir do espelho de outras pessoas.

Para estas autoras, o autoconceito é em grande parte o quem as pessoas pensam a seu respeito, tendo em consideração que as práticas de cultura e de socialização também afectam o autoconceito e o desenvolvimento da personalidade.

Numa relação entre o autoconceito, auto-imagem e estilos de vida, Mowen *et al.* (1998), definem o autoconceito como a totalidade dos pensamentos e sentimentos dos sujeitos em relação a si próprio; ao actuar de uma forma consistente com o seu autoconceito, enquanto consumidor, mantém o sujeito a sua auto-estima e ganha predicados na interacção com os outros (Finotti, 2004).

Já a este respeito, Shavelson e colaboradores (1976 e 1982; *in* Antunes & Fontaine, 1996), chamam conceito de si próprio a uma percepção individual do *self*, criada através da experiência com o meio, das interacções significativas dos outros e das atribuições do seu próprio comportamento traduzido por um

conjunto de atitudes estáveis face a si próprio, o que pressupõe uma faceta descritiva e avaliativa do conceito de si (Harter, 1983; March, 1986; *idem, ibidem*); isto está de acordo com a perspectiva de Simões (1996) ao referir Harter (1983), acerca do desenvolvimento do *self* - em que este - opta por seguir uma natureza evolutiva do *self*, definindo-o numa linha de construção do sujeito, a nível cognitivo, que se reformula durante o seu processo de desenvolvimento. Estamos perante uma perspectiva construtivista do *self*, quer na constituição da organização das percepções individuais que organizam uma determinada identidade (Combs, 1965; Rogers, 1961; *in* Simões, 1996) ou, com valores e padrões culturais, com um sistema estruturado das experiências educativas que servem para controlar comportamentos não permitidos socialmente (Sullivan, 1953; *idem, ibidem*).

Apesar da multiplicidade de definições de autoconceito, podemos dizer de acordo com Fontaine (1991; *cit. in* Antunes & Fontaine, 1996), que este representa na generalidade, a percepção que o sujeito tem de si próprio e mais especificamente, o conjunto dos sentimentos, das atitudes e o autoconhecimento das suas competências, capacidades, imagem, aceitabilidade social e outras demais características pessoais. Nesta óptica, podemos dizer que o autoconceito é formado e organizado nas suas várias dimensões, o que está de acordo com Shavelson e colaboradores (1976; *cit. in* Antunes & Fontaine, 1996:82) ao afirmarem que “o conceito de si próprio é um constructo multidimensional e organizado hierarquicamente”.

Efectivamente, todos estes aspectos são importantes para se perceber o autoconceito, mas gostaria - para complementar esta nossa ideia - de não terminar esta matéria, sem fazer referência ao desenvolvimento da auto-compreensão, como sendo a concepção que cada sujeito tem dos diversos

aspectos do *self*, que sendo de maior abrangência, serve para uma melhor compreensão da relação entre autoconceito e auto-estima, pois Damon e Hart (1982; *cit. in* Simões, 1996) falam da “auto-compreensão” como sendo um sistema conceptual centrado nos atributos pessoais que formam a base cognitiva da identidade pessoal e da auto-estima de cada sujeito (posteriormente desenvolveremos esta ideia), em que a totalidade das características que formam o *self* e o diferenciam dos outros, constituem a sua área.

Assim, Vaz Serra (1999:401) de uma forma simples, mas abrangente, define o autoconceito como “a percepção que um indivíduo tem de si próprio” e, continua dizendo que “(...) o autoconceito influencia o modo como um indivíduo se percebe a si próprio e o mundo à sua volta”, tendo desta forma um papel importante no desenrolar da vida quotidiana, o que está na linha de Stuart e Laraia (2001).

Desta forma, perspectiva-se como relevante o autoconceito no aparecimento do *burnout*.

Por outro lado, estudos realizados à volta da dinâmica do autoconceito e manutenção da auto-estima, vieram evidenciar o comportamento indisciplinado como estando associado a estratégias da auto-estima, na sequência de ameaças tidas como significativas ao sentimento de competência própria (Robinson, 1978; Robinson & Tayler, 1986; Vaz Serra, 1988). Na continuidade destas ideias, abordamos em seguida, mais pormenorizadamente, a auto-estima.

4.1.3 Auto-estima

A auto-estima é o julgamento que o sujeito faz do seu próprio valor, assente no grau de ajustamento do próprio comportamento ao *self*. A auto-estima pode ser alta ou baixa, consoante exista respectivamente, uma maior ou menor conformidade do autoconceito e do *self* e, portanto, um alto ou baixo nível de autoestima (Stuart & Laraia, 2001). Deste modo, a auto-estima é uma componente avaliativa do autoconceito sendo um processo que se desenvolve por comparação a um auto-ideal, como diz Guerra (2000).

Já para Umbert (1998), a auto-estima é o conceito que temos do nosso valor e que se baseia em todos os pensamentos, sentimentos, sensações e experiências que nós próprios vamos recolhendo durante a nossa vida, e que Vaz Serra (1999), considerando a auto-estima parte integrante do autoconceito, refere a mesma, como sendo a resultante da avaliação que o sujeito faz de si próprio. Os milhares de impressões, avaliações e experiências reunidas dão origem a um sentimento positivo para nós mesmos ou, pelo contrário, um incómodo sentimento de não sermos o que gostaríamos.

Está na base da auto-estima, o conceito de si próprio, graças à auto-análise e ao saber “olhar” para dentro - introspecção -, observando-se. Logo, a auto-estima, é a suma de juízos que uma pessoa tem de si próprio; é a dimensão afectiva da imagem pessoal, que se relaciona com dados objectivos, com experiências espirituais e com expectativas.

A este propósito, quando há uma alteração do sentimento positivo do sujeito - uma baixa de estima - podemos estar perante uma crise, que pode ter várias formas. Algumas justificações e causas podem ser encontradas, como diz Erikson (1980; *cit. in* Costa, 1991:118) ao abordar esta questão referindo que

“a crise de identidade pode provocar perturbações ao nível da imagem que o indivíduo faz de si e uma possível diminuição da estima de si próprio”. No entanto, *per sí*, níveis elevados do desenvolvimento da identidade nem sempre correspondem a índices mais elevados de estima de si próprio, como demonstraram alguns estudos (Marcia, 1967; Orlofsky, 1978; *in* Costa, 1991). Para haver uma definição de si próprio, cada sujeito tem necessidade de estabelecer comparações, categorizações e proceder ao processamento das informações que lhe advêm do meio, ou seja, escolher o seu grupo de referência - ao qual se pode comparar -, avaliar a si próprio ou os outros, definindo assim a sua identidade social (Pacheco, 2002).

Werner e Korsch (1979), numa abordagem acerca da classe médica, diz que quando as personalidades estão bem integradas e têm uma autoestima elevada, o prognóstico de situações stressantes - e diremos nós, em última análise, do *burnout* -, é muito bom (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999).

Na sequência do que vimos expondo, na nossa perspectiva, existe uma relação entre autoconceito, auto-estima e o burnout, estando esta relação estabelecida numa linha eco-sistémica - de Bateson -, dele fazendo parte integrante para além da família, amigos, instituições e outros - o grupo de “pares” - que está associado ao bom trabalho em equipa, levando a uma interação social com os pares e restante equipa multidisciplinar. Esses grupos podem, nesta lógica, definir uma identidade social positiva ou negativa, o que pode levar a uma determinada definição de auto-estima. Por exemplo, os profissionais ao não conseguirem uma identificação com o seu grupo podem “cair” numa situação de identidade social inadequada, podendo nessa situação, recorrer a estratégias que não sendo as mais adequadas podem levar a um fraco

rendimento profissional. Esta situação, pode levar com facilidade à desmotivação, desinteresse e um abaixamento das expectativas - expectativa negativa -, em que a auto-estima do profissional é posta em causa, podendo conduzir a comportamentos vulgarmente ligados ao insucesso, o que na urgência de elevarem os níveis de auto-estima, pode conduzir a conflitos com a equipa multidisciplinar (colegas e restantes profissionais), com os superiores hierárquicos, e com os próprios utentes.

4.2 *BURNOUT*, *COPING* , ESTILOS DE VIDA E SAÚDE

Como este trabalho tem como perspectiva analisar a importância do *burnout* e dos estilos de vida, na saúde e no bem-estar, vamos começar por abordar a saúde.

O conceito de saúde tem em termos históricos uma perspectiva negativa e outra positiva. Desta forma, até muito recentemente a saúde humana era vista conceptualmente como uma mera ausência de doença, incapacidade ou invalidez (perspectiva negativa). Era uma conceptualização por exclusão (da doença ou por alterações orgânicas e/ou mentais. Tendo a saúde uma dimensão biofísica, psicológica e psicossocial, supõe a ausência de mal-estar ou sofrimento. Mas a saúde é muito mais do que uma mera ausência de doença. Assim, actualmente existe uma conceptualização da saúde de forma positiva proposta pela OMS, em 1974 e 1978, em que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças (Godoy, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999).

Deste modo, os profissionais de saúde nas suas carreiras estão sujeitos a vários factores que podem conduzir a situações de mal-estar ou de doença.

Importa, assim, analisar e prevenir estas situações (*burnout*, comportamentos e estilos de vida de risco) por forma a promover o bem-estar. Como refere Vaz Serra (1999), os sujeitos que vão para as suas carreiras com grandes ideais, investimento pessoal e motivação, ao não conseguirem atingir os seus objectivos são dos que mais tendem a desenvolver *burnout*, com estados de exaustão física, emocional e mental como desgaste resultante de situações emocionalmente desgastantes, ao longo do tempo.

Assim - e na sequência do que atrás referimos -, considerando que o *burnout* pode surgir em qualquer profissão, num contexto laboral, onde muitas situações que se deparam ao profissional são adversas, é importante realçar no nosso estudo, a forma como os profissionais de saúde lidam com as situações – como já descrevemos –, pois, se o sucesso não for alcançado, pode ser uma fonte de stresse. Isto implica por parte do profissional de saúde a utilização de estratégias de *coping* adequadas, para não ficar numa situação de *distresse* que pode conduzir ao *burnout* e, por último, influenciar os comportamentos destes.

Como tem sido sugerido pelos estudos realizados, o stresse resulta em determinados comportamentos que aumentam a probabilidade do sujeito se prejudicar, conduzindo a um aumento do consumo de álcool, cigarros e café, redução de exercício físico e alimentação deficiente, ligadas às doenças. Johnson, em 1986, disse que o stresse aumenta o número de acidentes domésticos no trabalho e na condução (Ogden, 1999). Ainda, segundo esta autora, tem sido sugerido que os estilos de vida - caso da ocorrência do problema da bebida -, por exemplo dos estudantes de medicina, se relacionam com o stresse, concluindo que o stresse crónico pode ter efeitos mais

prejudiciais nas mudanças de comportamentos a longo termo. Ora, para Maslach (1997), o *burnout* é uma resposta ao stresse crónico profissional.

Por forma, a promover o bem-estar e a saúde, faz então, sentido falar no ajustamento ao estilo de vida, em que as consequências (cada decisão tomada leva a certas consequências), mudança (as “coisas” mudam, mas não devemos desistir) e a cooperação (deve ser encontrada sempre que for necessária ou se precise de ajuda) são as três bases principais, como considera Rowh (1989).

Pensamos, tal como os estudos demostram em geral, que as boas estratégias de *coping* estão relacionadas com um estilo de vida mais adequado ao bem-estar. Desta maneira, caso as estratégias não sejam as mais adequadas, podem resultar alterações na saúde, instalando-se o mal-estar em vez de bem-estar, como nos mostra um estudo referido pelo *British Medical Journal*, em 2000, com 21.300 enfermeiras, que revelou que as que tinham um controlo mínimo sobre o trabalho, pouco apoio social no mesmo e elevadas exigências laborais, apresentavam, em regra, uma saúde deficitária (*in Visão/Harvard Medical School*, 2003a), e portanto, mal-estar.

Assim, se numa organização não existir um suporte social adequado ao stresse (Winnubst, Buunk & Marcelissen, 1988), existe uma forte probabilidade de se sofrer de pressão. É nesta sequência de processo que o stresse e a pressão se desenvolvem (Gaines & Jermier, 1983) e que pode surgir o *burnout* para Winnubst (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslasch & Marek , 1993).

Como já vimos, Landsbergis, em 1988, encontrou que o *burnout* era significativamente mais elevado nos trabalhos que combinavam grande exigência e uma baixa percepção de controlo (Buunk & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslasch & Marek , 1993), pelo que o *coping* é relevante, pois Jiménez (1997), a propósito do modelo processual de stresse de Sandín

proposto em 1995 - já descrito -, ao referir o *coping*, como os esforços comportamentais e cognitivos que uma pessoa realiza para fazer frente a questões concretas, tanto internas como externas que produzem stresse, e assim suprimir o estado emocional ligado ao stresse (*in* Mendieta, 1997), estabelecendo-se uma ligação com os estilos de vida.

Desta forma, a autonomia, está relacionada com a frequência de comportamentos mais positivos perante os utentes e mais satisfação no trabalho (Pines & Maslach, 1978).

É nesta perspectiva, segundo Bishop, em 1994, que os estilos de vida – como tradução dos comportamentos –, os padrões de conduta e hábitos, mais do que práticas isoladas, são em muitos casos a causa dos efeitos sobre a saúde, pois, a saúde deriva mais da persistência dos mesmos do que da ocorrência fortuita destes. Para Coreil, Levin e Gartly, em 1992, neste contexto, a noção de hábito é preferível para se dar conta da presença persistente e automatizada de comportamentos específicos (tal como fumar, por exemplo), enquanto que a expressão padrão de conduta é mais complexa, e evoca uma variedade de práticas relacionadas, muitas vezes, com a personalidade (Ferrero *et al.*, 1998; *in* Martín, 1998).

Esta noção de comportamento ou estilo de vida, vai ao encontro de Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986: 572) ao definirem *coping* como “pensamentos particulares e comportamentos usados pela pessoa para lidar com as exigências do meio e que é relevante para o seu bem-estar”.

Desta forma, as estratégias de coping podem estar relacionadas com determinados comportamentos, ou seja, estilos de vida, e ao mesmo tempo, associadas ao *burnout* - como já vimos -, em que a despersonalização, sendo uma das componentes do *burnout*, segundo Maslach, pode ser uma das

formas de *coping* que os profissionais de saúde utilizam, como diz Leiter (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), em que o surgimento da exaustão emocional, de certa forma, leva à despersonalização dos trabalhadores como uma procura de ganhar distância emocional do serviço, sendo uma forma de *coping* com a exaustão emocional.

Por fim, a respeito desta matéria, e tendo presente a importância da formação, em geral, e da formação académica, em particular, como uma das intervenções para melhor se lidar com o stress ocupacional e, em último caso, com o *burnout* , podemos ter presente as ideias de Pereira (2001), para quem o sucesso na vida, depende bastante da maturidade psicológica e do desenvolvimento pessoal.

PARTE II – ESTUDOS DE CAMPO

CAPÍTULO 5

ESTUDO DO *BURNOUT*, *COPING* E DOS ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste capítulo são abordadas as opções metodológicas como sejam o tipo de abordagem metodológica, as principais questões que deram origem a este trabalho, as características da amostra, as variáveis, as hipóteses e as características dos instrumentos de avaliação do *burnout*, do *coping* e dos estilos de vida.

5.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

5.1.1 Abordagem metodológica

Sendo este um estudo exploratório, descritivo e transversal, em que os instrumentos utilizados na avaliação são questionários com escalas do tipo Likert, estamos perante uma abordagem quantitativa (Tuckman, 2000 ; Pestana & Gageiro, 2001).

5.1.2 Delineamento do estudo

O *burnout* e o *coping* têm sido abordados desde há alguns anos em estudos com a população adulta em geral, e com os profissionais de saúde em particular. Porém, não existem estudos que relacionem estes aspectos com os estilos de vida destes profissionais. Desta forma, pretende-se com este estudo contribuir para o desenvolvimento desta temática cada vez mais actual: a importância dos estilos de vida na saúde e, em particular, nos profissionais de

saúde. Este trabalho surge tendo em atenção que na revisão da literatura esta abordagem tem sido feita principalmente em estudos realizados na população americana e noutros países e nalguns trabalhos realizados em Portugal, como os de Parreira e Sousa (2000), Jesus, Pacheco e Santos (2003) e Queirós (1998, 2005), por exemplo.

A existência de *burnout* é um problema para os profissionais de saúde, tendo a ver com a forma como estes conseguem gerir o confronto com o *burnout*, e estando relacionada com a optimização do seu funcionamento adaptativo e dos seus estilos de vida. O problema coloca-se, muitas vezes, devido à frequência e/ou intensidade do stresse ocupacional e ao confronto com esses factores, podendo provocar *burnout* nos profissionais de saúde e levar ao mal-estar físico e psicológico. Desta forma, os estilos de vida podem contribuir para se lidar melhor e de uma forma mais adequada com o *burnout* (Jesus, Pacheco & Santos, 2003).

5.1.2.1 Principais hipóteses

Tendo por referência os estudos acerca do *burnout* de Maslach e Jackson (1984 e 1986), Leiter e Maslach (1988), Pines e Aronson (1988), Cruz (1993) e Cruz e Melo (1996) e os trabalhos acerca dos estilos de vida para a saúde (consumo de substâncias) e o bem-estar (satisfação com estilos de vida) – na linha de Ribeiro (1998), Ríos e Fernández (1999; *cit. in* Pacheco, Murcho & Jesus, 2005a) e Pacheco, Murcho e Jesus (2005b) -, e visando este trabalho identificar o *burnout*, os estilos de vida dos profissionais de saúde, as relações entre o *burnout* e os estilos de vida, a importância dos estilos de vida para a saúde (consumo de substâncias) e o bem-estar (satisfação com estilos de vida)

nos profissionais de saúde e, também, as relações com as estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais de saúde, foram formuladas as seguintes hipóteses:

.O estilo de vida nos profissionais de saúde, tanto no médico como no enfermeiro, influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal;

.As relações interpessoais nos profissionais de saúde, tanto no médico como no enfermeiro, influenciam a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal;

.O consumo de substâncias nos profissionais de saúde, tanto no médico como no enfermeiro, influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal;

.A satisfação com os estilos de vida nos profissionais de saúde, tanto no médico como no enfermeiro, influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal;

.O tipo de organização hospitalar, nos profissionais de saúde, influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal;

.O tipo de organização hospitalar, nos profissionais de saúde, influencia o estilo de vida, as relações interpessoais, o consumo de substâncias e a satisfação com os estilos de vida;

.O *coping* centrado no controlo, tanto no médico como no enfermeiro, influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal;

.O *coping* centrado no escape, tanto no médico como no enfermeiro, influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal;

.O *coping* centrado na gestão de sintomas, tanto no médico como no enfermeiro, influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

5.1.3 Amostra e procedimento

A população de onde é extraída a amostra do estudo foi constituída por profissionais de saúde de dois hospitais, respectivamente o Hospital Distrital de Faro e o Hospital do Barlavento Algarvio, SA. Foram passados 704 questionários, tendo a nossa amostra ficado reduzida a 357 profissionais de saúde (53,2%), pois 11 dos questionários aplicados foram rejeitados por não preencherem todos os requisitos, estando mal preenchidos e os restantes por não terem sido devolvidos.

Assim, 277 enfermeiros (77,6%) e 80 médicos (22,4%) constituem a amostra, sendo 186 profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro (52,1%), em que 127 são enfermeiros e 59 médicos, e 171 profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio, SA (47,9%), sendo 150 enfermeiros e 21 médicos.

O procedimento utilizado na administração dos instrumentos parece-nos adequado. Noutras investigações realizadas os números e a percentagem de respostas situam-se, por vezes, abaixo dos 50%, como por exemplo, na investigação com professores realizada por Travers e Cooper, em 1993, onde de 5.000 sujeitos contactados responderam 1.790 (35,8%), enquanto no estudo realizado em Espanha por Martínez-Abascal, em 1991, na sua dissertação de doutoramento, a resposta dos sujeitos foi de apenas 13,8%, ou seja, 97 professores dos 704 inicialmente contactados. Também nos Estados Unidos, a percentagem dos sujeitos que devolvem os instrumentos

correctamente preenchidos é baixa, sendo disso exemplo, uma investigação realizada por Burke *et al.*, em 1987, com 21,6% dos sujeitos contactados (*cit. in Jesus, 1996*). Não existem regras universais para o número de sujeitos que devem constituir a amostra (Adams & Schvaneveldt, 1985; *cit. in Jesus, 1996*), dependendo dos objectivos do estudo, dos métodos de recolha dos dados e da população em estudo.

A amostra é constituída por 357 sujeitos de ambos os sexos, sendo 118 profissionais de saúde do sexo masculino (33,1%) e 238 profissionais de saúde do sexo feminino (66,7%), havendo um sujeito que não respondeu a esta questão.

As idades são compreendidas entre os 22 e os 69 anos, com uma média de idades de 35,5 anos e um desvio padrão de 9,596. Especificando as faixas etárias distinguidas, a amostra é constituída por: 35,3% dos profissionais de saúde com idades compreendidas entre os 22 e os 29 anos; 29,3% dos profissionais de saúde com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos; 26,7% dos profissionais de saúde com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos; 7,9% dos profissionais de saúde com idades compreendidas entre os 50 e os 59 anos; e dois profissionais de saúde com 63 e 69 anos de idade representando 0,5% da amostra.

Para a variável “nacionalidade”, obteve-se uma percentagem de 85,2% (N=304) para a nacionalidade portuguesa, de 14,6% (N=52) para a nacionalidade espanhola e de 0,3% (N=1) para outras nacionalidades.

Na variável “local de residência”, obteve-se uma percentagem de 14,8% para a residência rural e de 85,2% para a residência em local urbano.

Quanto à variável “qual é a sua profissão”, verificámos que 22,4% (N=80) são médicos e 77,6% (N=277) são enfermeiros.

O tempo de exercício profissional é compreendido entre 1 ano e 40 anos, com uma média de 12,03 anos e um desvio padrão de 8,722. Especificando as faixas de tempo de exercício profissional, verificámos que: 51,7% tem entre 1 e 10 anos; 31,7% tem entre 11 e 20 anos; 13,7% tem entre 21 e 30 anos; e, 2,9% tem entre 31 e 40 anos.

Para a variável “regime de trabalho”, verificámos para os médicos que 0,6% (N=2) têm “dedicação exclusiva (35h)”, 14,3% (N=51) têm “dedicação exclusiva (42h)”, 8,4% (N=30) têm “tempo completo (35h)” e 0,3% (N=1) tem “avença (20h)”.

Quanto à mesma variável acima referida, para os enfermeiros, 30,0% (N=107) têm “tempo acrescido (42h)”, 0,3% (N=1) tem “tempo parcial (18-24h)”, 40,3% (N=144) têm “horário normal (35h)” e 5,9% (N=21) têm “horário (40h)”.

Na variável “tipo de vínculo à instituição”, verificámos que 65,5% (N=234) são do quadro com “vínculo definitivo”, 9,2% (N=33) têm “contrato administrativo de provimento (CAP)” e 25,2% (N=90) têm “contrato individual de trabalho”

No que respeita à variável “habilitações profissionais”, temos 35,6% (N=127) com “bacharelato”, 64,4% (N=230) com “licenciatura” e para a formação pós-básica, 24,1% (N=86) com “pós-graduação” e 72,3% (N=258) sem “pós-graduação”, sendo que cinco (1,4%) não responderam à questão.

Quanto à variável “serviço onde exerce a sua profissão”, podemos ver, por ordem decrescente, que a urgência, a medicina, os cuidados intensivos e a consulta externa, são os serviços com as percentagens mais elevadas, tendo a fisioterapia e a supervisão de enfermagem as menores percentagens de sujeitos (*vide* quadro 4). Podemos dizer que não sendo a supervisão um serviço propriamente dito - é exercida em vários serviços e não num específico -, os

sujeitos responderam como tal, pois é uma das áreas de actuação em enfermagem ao nível da gestão.

Quadro 4: Frequências e percentagens obtidas para a variável Serviço onde exerce a sua profissão.

Serviços	Frequência	Percentagem
Análises/Patologia Clínica	5	1,4
Cirurgia	19	5,3
Consulta externa	34	9,5
Cuidados Intensivos	44	12,3
Especialidades cirúrgicas	26	7,3
Especialidades médicas	11	3,1
Fisiatria	2	0,6
Hospital de dia	8	2,2
Imagiologia/Radiologia	7	2,0
Medicina	48	13,4
Nefrologia /Urologia	10	2,8
Neonatologia	2	0,6
Neurologia	4	1,1
Ortopedia	20	5,6
Pediatria	21	5,9
Pneumologia	18	5,0
Psiquiatria	26	7,3
Supervisão de Enfermagem	3	0,8
Urgência	49	13,7

Por último, quanto à categoria profissional temos que o maior número de sujeitos pertencem, para os médicos, 55% (N=44) à categoria de Interno/Assistente Hospitalar (*vide* quadro 5).

Quadro 5: Percentagens obtidas para a variável Categoria Profissional nos Médicos.

Categoria Profissional	Percentagem
Interno/Assistente Hospitalar	55
Assistente Graduado	45

Quanto aos enfermeiros, o maior número de sujeitos, 88,5% (N=245) pertencem à categoria de Enfermeiro/Graduado (*vide* quadro 6).

Quadro 6: Percentagens obtidas para a variável Categoria Profissional nos Enfermeiros.

Categoria Profissional	Percentagem
Enfermeiro/Graduado	88,5
Especialista/Chefe/Supervisor	11,5

Esta é uma amostra de conveniência dentro do universo que se pretende estudar, ou seja, (a) de profissionais de saúde; (b) tendo em atenção o tipo de organização; (c) de grupos profissionais mais sujeitos ao fenómeno do *burnout*; e (d) compreender e caracterizar as estratégias de *coping* e os estilos de vida destes profissionais.

A opção de um hospital público (Sociedade Pública Administrativa) e de uma Sociedade Anónima (SA) tem a ver com o facto de serem as duas maiores instituições hospitalares na região do Algarve, constituindo duas das maiores empresas empregadoras na região, e com dois tipos de gestão diferentes (público e privado), que nos parece importante comparar no nosso estudo.

Assim, após terem sido pedidas as autorizações às respectivas administrações, foram passados, simultaneamente, durante o período compreendido entre os meses de Fevereiro e Dezembro de 2004, nos dois hospitais acima referidos, aos profissionais de saúde, a versão traduzida e adaptada para Portugal do inventário “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996), para avaliar o *burnout*, uma escala da Latack na versão portuguesa adaptada por Jesus *et al.* (1992), para avaliar o *coping*, e um questionário construído para avaliar os estilos de vida, composto por três partes.

Para a aplicação destes instrumentos de pesquisa foi feito ensino aos profissionais que participaram nesta aplicação, sendo explicada a forma como os questionários deveriam ser respondidos correctamente. Estes profissionais aceitaram ceder tempo, importante para uma adequada aplicação dos instrumentos. A entrega dos instrumentos de avaliação decorreu durante o horário normal de trabalho dos profissionais, tendo para os enfermeiros dos respectivos hospitais sido contactado, em primeiro lugar, os enfermeiros chefes, e para os médicos, os directores de serviço. Todos os profissionais de saúde que integraram este estudo o fizeram de forma voluntária, sendo-lhes garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. As condições de espaço e de luminosidade foram, à partida, garantidas pelos profissionais de saúde e pelas boas condições que as instituições apresentaram.

5.1.4 Instrumentos de pesquisa

5.1.4.1 Descrição do instrumento de avaliação do *burnout*

O inventário de *burnout* usado tem por base uma versão traduzida e adaptada do “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996) sendo composto por 22 itens, com uma escala do tipo Likert composto por sete graus de resposta, variando de 0 (“Nunca”) a 6 (“Todos os dias”) (*vide* anexo I).

O Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1997) foi desenvolvido para avaliar e validar as situações geradoras de *burnout*. Um dos primeiros aspectos no *burnout* é a exaustão emocional (EE). Outro aspecto é a despersonalização (DP), em que surgem sentimentos e atitudes negativas e cínicas acerca do sujeito com que se trabalha. Este processo pode levar à desumanização. O desenvolvimento da despersonalização aparece relacionado com a exaustão emocional. Por último, um terceiro aspecto é a realização pessoal (RP), sendo os itens somados no sentido oposto.

Originariamente os elementos do MBI desenharam-se para medir aspectos hipotéticos do síndrome do stresse laboral assistencial; a entrevista e os dados dos questionários foram a base dos primeiros estudos exploratórios das atitudes e dos sentimentos que caracterizaram os profissionais com *burnout*.

No principio usaram-se 47 itens para avaliar a frequência e a intensidade das opiniões com escalas de tipo Likert, de 0-6 e 0-7 pontos, respectivamente. Nos estudos originais, uma amostra de 605 profissionais dos serviços sociais e de saúde responderam ao instrumento experimental; elegeram-se profissionais que trabalharam com pessoas e em matérias que normalmente apresentam

problemas, aqueles em que é natural o surgimento de componentes emocionais e a interacção do profissional com o sujeito.

As respostas recolhidas foram submetidas à análise factorial de componentes principais de tipo ortogonal; definiram-se dez dimensões e os resultados permitiram seleccionar os 25 elementos que melhor contribuíam para as dimensões obtidas. Esta revisão do instrumento foi aplicada numa nova amostra de 420 profissionais e a análise factorial das respostas foi muito similar à anterior, pelo que uniram ambas as amostras (N=1025) para repetir a análise e obterem uma solução ortogonal com quatro factores; as dimensões eram muito similares quando se analisavam de modo separado as medidas de frequência e as medidas de intensidade dos sentimentos. As três primeiras dimensões tinham saturações superiores à unidade (Maslach & Jackson, 1997).

Esta estrutura tridimensional foi replicada em muitas ocasiões (Maslach & Jackson, 1997), composta por 22 itens, e a partir delas definiram-se as escalas ou variáveis do sujeito com *burnout*, como veremos em seguida:

A) Exaustão emocional

Os seus itens descrevem os sentimentos de uma pessoa emocionalmente exausta pelo próprio trabalho. O item com maior saturação tem uma expressão clara de sentimento: «1. Sinto-me emocionalmente esgotado com o meu trabalho».

B) Despersonalização

Os itens desta escala descrevem uma resposta impessoal e fria face aos clientes dos serviços ou cuidados dos profissionais.

Tanto nesta, como na escala anterior, os profissionais com pontuações elevadas apresentam graus elevados de síndrome de stresse laboral. Como alguns dos itens têm pequenas saturações noutra escala, observam-se pequenas correlações entre ambas as dimensões. Quer dizer, mesmo sendo medidas separadas, estão relacionadas e apresentam-se como aspectos do síndrome.

C) Realização pessoal

Esta escala tem itens que descrevem sentimentos de competência e êxito no trabalho com pessoas. Em contraste com as outras escalas, as pontuações baixas são indicativas do síndrome e os seus itens não têm peso negativo com elas. A variável pode ser considerada como o oposto do cansaço emocional e da despersonalização. Contudo, observam-se correlações baixas com as outras escalas.

Na última versão original do MBI avalia-se unicamente a dimensão da frequência por duas razões: a) este formato é menos usual noutros instrumentos de medida das atitudes e dos sentimentos; os sete pontos do contínuo de frequência (escala de 0 a 6) estão muito claramente definidos para o examinando.

Os itens que compõem cada escala e as pontuações máximas são os seguintes: a) exaustão emocional com 9 itens (1,2,3,6,8,13,14,16,20) e um resultado máximo de 54; b) despersonalização com 5 itens (5,10,11,15,22) e um resultado máximo de 30; e, c) realização pessoal com 8 itens (4,7,9,12,17,18,19,21) e um resultado máximo de 48.

A amostra original era composta por 1025 sujeitos de diversas profissões: 142 polícias, 132 enfermeiras, 125 administradores, 116 professores, 159 assistentes sociais, 97 orientadores, 63 empregados de centros de saúde, 43 médicos, 40 psicólogos e psiquiatras, 31 advogados e 77 de outras profissões. Neste estudo original, os nove itens da exaustão emocional descrevem uma pessoa que está exausta por causa do seu trabalho e a maior saturação (0,84) estava num item que claramente alude ao síndrome («8. Sinto-me esgotado com o meu trabalho»).

Os cinco itens da despersonalização expressam ausência de sentimento e resposta impessoal para quem recebe o serviço do profissional. O factor fica menos claramente definido do que o anterior, e os itens dão parte da sua variância ao primeiro factor, com o qual apresenta alguma covariância. Uma pontuação elevada nas duas escalas corresponde a uma pessoa com síndrome de stresse laboral assistencial; como informação original as escalas de exaustão emocional e de despersonalização apresentam uma intercorrelação de 0,52 no manual original.

Por fim, a terceira dimensão tem oito itens que descrevem os sentimentos de competência e êxito no trabalho pessoal. Uma pontuação baixa corresponde a um elevado índice do síndrome. Quando existem, há saturações pouco significativas destes itens com as outras dimensões e, por isso, são muito pequenas as relações entre esta escala e as duas primeiras ($r = -0,22$ e $r = -0,26$ entre as escalas) no estudo original.

Os coeficientes de consistência interna nas sub-escalas originais foram, respectivamente, .90 para a exaustão emocional, .79 para a despersonalização e .71 para a realização pessoal, tendo sido obtido um valor de alfa de .75 para o total da escala (Maslach & Jackson, 1986).

Quanto aos critérios para a interpretação das pontuações, as autoras decidiram empregar uma classificação tripartida da variedade de resultados no MBI. Tendo como ponto de vista o síndrome que mede o MBI, na categoria baixa temos os resultados com os sujeitos que ocupam o terço inferior (1 a 33), na categoria média estão as pontuações dos casos que ocupam o terço central de uma distribuição normal (34 a 66) e na categoria alta as pontuações do terço superior (57 a 99). Com este critério normativo para a interpretação construiu-se um quadro com as principais amostras (*vide* quadro 7).

Quadro 7: Classificação tripartida e estatística nas amostras originais.

Amostra	Escala	Classificação			Estatística	
		Baixa	Media	Alta	Média	Desvio Padrão
Amostra total (N=11.067)	EE	<17	17-26	>26	29,99	10,75
	DP	<7	7-12	>12	8,73	5,89
	RP	>38	32-38	<32	34,58	7,11
Encino primário/secundário (N=4.163)	EE	<17	17-26	>26	21,25	11,01
	DP	<9	9-13	>13	11,00	6,19
	RP	>36	31-36	<31	33,54	6,89
Encino superior (N=635)	EE	<14	14-23	>23	18,57	11,95
	DP	<3	3-8	>8	5,57	6,63
	RP	>42	36-42	<36	39,17	7,92
Pessoal do serviço Social (N=1.538)	EE	<17	17-27	>27	21,35	10,51
	DP	<6	6-10	>10	7,46	5,11
	RP	>36	30-36	<30	32,75	7,71
Profissionais Médicos (N=1.104)	EE	<19	19-26	>26	22,19	9,53
	DP	<6	6-9	>9	7,12	5,22
	RP	>39	34-39	<34	36,53	7,34
Profissionais de saúde mental (N=730)	EE	<13	14-20	>20	16,89	8,90
	DP	<4	5-7	>7	5,72	4,62
	RP	>34	29-34	<29	30,87	6,37

Outros Profissionais (N=2.897)	EE	<17	17-27	>27	21,42	11,05
	DP	<6	6-10	>10	8,11	6,15
	RP	>39	34-39	<34	36,43	7,00

Como já referimos, o instrumento utilizado tem por base uma versão traduzida e adaptada do “Maslach Burnout Inventory” (Maslach & Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996). Nesta adaptação e validação portuguesa do MBI confirmou-se a existência dos três factores ou dimensões originais de *burnout* (Cruz & Melo, 1996). Na análise da estrutura factorial que foi feita evidenciaram-se três factores originais e principais que, no seu conjunto, explicavam 43,4% da variância total. No estudo realizado com 439 psicólogos, Gomes e Cruz (1999) obtiveram, respectivamente, o valor de alfa de .80 para a exaustão emocional, o valor de alfa de .71 para a despersonalização e o valor de alfa de .70 para a realização pessoal, tendo sido obtido um valor de alfa de .75 para o total da escala.

Na adaptação portuguesa do MBI, valores acima de 2,6 na dimensão de exaustão emocional e de 1,8 na despersonalização, são indicadores de elevados níveis de *burnout*. O mesmo acontece com os valores inferiores a 3,5 na dimensão da realização pessoal, em que os valores mais elevados são indicadores de menor *burnout*.

Como o nosso estudo é com profissionais de saúde iremos usar para pontuarmos e avaliarmos as três dimensões do MBI, a classificação dos profissionais médicos por ser aquela que mais se adequa à nossa investigação (Maslach & Jackson, 1986).

Assim, e na sequência do processo metodológico, fomos determinar a consistência interna do MBI tendo-se obtido um valor de alfa de .70, o que está de acordo quanto à fiabilidade do instrumento na medição do *burnout*.

Por último, e como o MBI é composto por três sub-escalas, fomos analisar a consistência interna das sub-escalas, tendo-se obtido, respectivamente, .87 para a sub-escala exaustão emocional, .69 para a sub-escala despersonalização e de .81 para a sub-escala realização pessoal, o que está de acordo quanto à fiabilidade do instrumento (*vide* quadro 8).

Quadro 8: Resultados obtidos da consistência interna do MBI e das suas sub-escalas.

	Exaustão emocional	Despersonalização	Realização pessoal	Escala total (MBI)
α	.87	.69	.81	.70

5.1.4.1.1 Análise descritiva das variáveis do instrumento de *burnout*

Para a análise descritiva das sub-escalas de *burnout* nos profissionais de saúde consideradas para este estudo, calculámos as médias, os desvios padrão e as percentagens.

Pelo carácter exploratório da nossa investigação, iremos, também, considerar a análise das sub-escalas do *burnout*, nas amostras referentes às instituições onde os profissionais de saúde exercem as suas funções.

Desta maneira, tendo em consideração os 357 sujeitos da amostra (*vide* quadro 9), para a sub-escala exaustão emocional (EE) nos profissionais de saúde, verificámos que 23,8% apresenta altos níveis de exaustão emocional;

que 21,6% apresenta níveis médios de exaustão emocional; e que 54,6% apresenta baixos níveis de exaustão emocional.

Para a sub-escala despersonalização (DP), nos profissionais de saúde, verificámos que 24,9% apresenta altos níveis de despersonalização, que 24,7% apresenta níveis médios de despersonalização e que 50,4% apresenta baixos níveis de despersonalização.

Quanto à sub-escala realização pessoal (RP), nos profissionais de saúde, verificámos que 39,2% apresenta altos níveis de realização pessoal, que 29,7% apresenta níveis médios de realização pessoal, e que 31,1% apresenta baixos níveis de realização pessoal.

Quadro 9: Percentagens e estatística das sub-escalas do *burnout* nos profissionais de saúde.

Escalas	Percentagens			Estatística	
	Baixa	Media	Alta	Média	Desvio Padrão
EE	54,6	21,6	23,8	18,44	11,174
DP	50,4	24,7	24,9	6,46	5,366
RP	31,1	29,7	39,2	34,58	7,962

5.1.4.1.1.1 Análise descritiva das variáveis de *burnout* no Hospital Distrital de Faro

Com efeito, nos profissionais de saúde do HDF (*vide* quadro 10), para a sub-escala exaustão emocional, verificámos que 21% apresenta altos níveis de exaustão emocional, que 22,5% apresenta níveis médios de exaustão emocional e que 56,5% apresenta baixos níveis de exaustão emocional.

Para a sub-escala despersonalização, verificámos que 25,8% apresenta altos níveis de despersonalização, 20,4% apresenta níveis médios de despersonalização e que 53,8% apresenta baixos níveis de despersonalização. Quanto à sub-escala realização pessoal, verificámos que 39,2% apresenta altos níveis de realização pessoal, que 30,7% apresenta níveis médios de realização pessoal e que 30,1% apresenta baixos níveis de realização pessoal.

Quadro 10: Percentagens e estatística das sub-escalas do *burnout* nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro.

Amostra	Escalas	Percentagens			Estatística	
		Baixa	Media	Alta	Média	Desvio Padrão
Profissionais De saúde (N=186)	EE	56,5	22,5	21	17,82	11,572
	DP	53,8	20,4	25,8	6,47	5,581
	RP	30,1	30,7	39,2	34,63	7,641

5.1.4.1.1.2 Análise descritiva das variáveis de *burnout* no Hospital do Barlavento Algarvio

Por outro lado, nos profissionais de saúde do HBA (*vide* quadro 11), para a sub-escala exaustão emocional, verificámos que 26,9% apresenta altos níveis de exaustão emocional, 20,5% apresenta níveis médios de exaustão emocional e que 52,6% apresenta baixos níveis de exaustão emocional.

Para a sub-escala despersonalização, verificámos que 24% apresenta altos níveis de despersonalização, que 29,2% apresenta níveis médios de despersonalização e que 46,8% apresenta baixos níveis de despersonalização. Quanto à sub-escala realização pessoal, verificámos que 39,2% apresenta

altos níveis de realização pessoal, que 28,6% apresenta níveis médios de realização pessoal e que 32,2% apresenta baixos níveis de realização pessoal.

Quadro 11: Percentagens e estatística das sub-escalas do *burnout* nos profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio.

Amostra	Escala	Percentagens			Estatística	
		Baixa	Media	Alta	Média	Desvio Padrão
Profissionais de saúde (N=171)	EE	52,6	20,5	26,9	19,11	10,717
	DP	46,8	29,2	24	6,46	5,138
	RP	32,2	28,6	39,2	34,52	8,320

5.1.4.2 Descrição do instrumento de avaliação do *coping*

Para se avaliar as estratégias de *coping* usámos a escala da Latack (1986) - C.J.S. de Latack – numa versão para adaptação portuguesa de Jesus, Abreu, Santos e Paixão (1992) (*vide* anexo II).

As pessoas podem lidar com o stresse profissional de diversas formas. Desta maneira é importante avaliar as estratégias que utilizam para lidarem com o stresse profissional ou ocupacional, nomeadamente quando se sentem tensos por causa de situações do seu trabalho.

É uma escala de tipo Likert constituída por 52 itens para avaliar as estratégias de *coping* composto por cinco graus de resposta, variando de um (“Quase nunca faço isto”) a cinco (“Quase sempre faço isto”). Tem uma estrutura tridimensional com três sub-escalas: a) de controlo com 17 itens (1 a 17); b) de escape com 11 itens (18 a 28); c) de gestão de sintomas com 24 itens (29 a 52) (Latack, 1986; Jesus & Pereira, 1994).

Estes itens pretendem avaliar o grau em que as pessoas utilizam determinadas estratégias de *coping* e não avaliar a eficácia dessas estratégias para a resolução dos problemas. No seu estudo, Latack (1986) verificou que os indivíduos utilizam sobretudo estratégias de controlo em situações de conflito e de sobrecarga. Ao mesmo tempo, a utilização de estratégias de controlo está relacionada com um menor grau de ansiedade, uma menor vontade para deixar a profissão e um maior grau de satisfação profissional e suporte social. Por outro lado, as estratégias de escape e de gestão dos sintomas estão associadas aos sintomas psicossomáticos e situações de ambiguidade (Jesus & Pereira, 1994).

Como já vimos, as estratégias de *coping* podem ser, segundo Folkman, Lazarus, Gruen e DeLongis (1986), pensamentos particulares e comportamentos usados pela pessoa para lidar com as exigências do meio e que é importante para o seu bem-estar.

Desta maneira, tendo por base a distinção entre *coping* focado no problema ou na emoção, Latack (1984) propõe três categorias de *coping*: a) acção, focada na situação de stresse; b) reavaliação cognitiva, focada nas cognições acerca da situação; e, c) a gestão dos sintomas, focada nos sintomas de stresse ou estados psicofisiológicos. Tendo em consideração que existe uma elevada correlação entre as escalas de acção e de reavaliação cognitiva, Latack (1986) conceptualizou as categorias de coping da seguinte forma: controlo, constituído por acções e reavaliações cognitivas que são proactivas; escape, consistindo em acções e cognições que sugerem evitamento; e gestão de sintomas que consiste em estratégias para gerir os sintomas ligados ao stresse profissional em geral (Jesus & Pereira, 1994).

Constatando a não existência de instrumentos para avaliar as estratégias de *coping*, Latack (1986) elaborou uma escala assente em estudos empíricos anteriores e entrevistas com diversos profissionais. Esta primeira abordagem permitiu-lhe constituir um primeiro conjunto de 64 itens para avaliar o *coping* associado ao stress profissional. Não poderiam estar combinadas no mesmo item, ao mesmo tempo, acção e reavaliação cognitiva por forma a permitir avaliar a conceptualização estabelecida. Com base na avaliação da clareza dos itens por parte de quatro juizes, foram escolhidos 52 itens, os quais foram passados a uma amostra de 109 profissionais. A análise da homogeneidade dos resultados obtidos nos diversos itens permitiu definir a existência de duas formas distintas de *coping*, controlo ou estratégias proactivas e escape ou estratégias de evitamento em três situações específicas em relação às quais as diversas estratégias foram analisadas: ambiguidade, conflito e sobrecarga de papéis. Por outro lado, os itens que medem a gestão de sintomas foram analisados relativamente à situação geral de tensão profissional, tendo todos elevadas correlações item-total.

Deste modo, na adaptação portuguesa, os autores Jesus e Pereira (1994), constataram que, com excepção do item 32, todos tinham correlações significativas com o total da sub-escala de que fazem parte. Além disso, procederam à análise da consistência interna tendo sido obtido um valor de alfa de .82 para a escala na sua totalidade e um valor de alfa, respectivamente, de .80, .70 e .78 para as sub-escalas de controlo, escape e gestão de sintomas.

As variáveis sexo, tempo de serviço e formação educacional não pareceram estar ligados directamente com as estratégias de *coping* usadas pelos professores.

Pelos resultados obtidos, os autores concluíram que os mesmos eram coincidentes com os do estudo realizado por Latack (1986).

Como o nosso estudo é com profissionais de saúde iremos usar as três dimensões da escala da Latack (1986) - C.J.S. de Latack – na versão para adaptação portuguesa de Jesus e Pereira (1994) por ser aquela que mais se adequa à nossa investigação.

Desta forma, segundo a metodologia usada pelos autores, e tendo em conta que a escala C.J.S. de Latack – na versão para adaptação portuguesa de Jesus e Pereira (1994) é composta por três sub-escalas, procedeu-se à análise da consistência interna tendo sido obtido um valor de alfa de .80 para a escala na sua totalidade e um valor de alfa, respectivamente, de .82, .71 e .73 para as sub-escalas de controlo, escape e gestão de sintomas, o que está de acordo quanto à fiabilidade do instrumento na avaliação do *coping*, na linha dos autores supracitados (*vide* quadro 12).

Quadro 12: Resultados obtidos da consistência interna das sub-escalas.

	Controlo	Escape	Gestão de sintomas	Total escala
α	.82	.71	.73	.80

5.1.4.2.1 Análise descritiva das variáveis do instrumento de *coping*

Para a análise descritiva das sub-escalas de *coping* nos profissionais de saúde consideradas para este estudo, calculámos as médias, os desvios padrão e as percentagens.

Pelo carácter exploratório da nossa investigação, iremos, também, considerar a análise das sub-escalas do *coping*, nas amostras referentes às instituições onde os profissionais de saúde exercem as suas funções.

Desta forma, para a sub-escala controlo nos profissionais de saúde verificámos que a média é de 42,46; para a sub-escala escape verificámos que a média é de 30,83; e para a sub-escala gestão de sintomas verificámos que a média é de 57,65 (*vide* quadro 13).

Quadro 13: Estatística das sub-escalas do *coping* e valores máximo e mínimo nos profissionais de saúde.

Escalas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Controlo	42,46	6,262	20	59
Escape	30,83	6,215	11	50
Gestão de sintomas	57,65	10,170	30	88

5.1.4.2.1.1 Análise descritiva das variáveis de *coping* no Hospital Distrital de Faro

Por seu turno, nos profissionais de saúde do HDF, verificámos que para a sub-escala controlo, a média é de 42,27; para a sub-escala escape, a média é de 31,33; e para a sub-escala gestão de sintomas, a média é de 57,84 (*vide* quadro 14).

Quadro 14: Médias e desvios padrão nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro das sub-escalas do *coping* e valores máximo e mínimo.

Amostra	Escalas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Profissionais de saúde (N=186)	Controlo	42,27	6,167	26	58
	Escape	31,33	6,404	15	50
	Gestão de sintomas	57,84	10,266	30	88

5.1.4.2.1.2 Análise descritiva das variáveis de *coping* no Hospital do Barlavento Algarvio

Desta forma, nos profissionais do HBA, verificámos que para a sub-escala controlo, a média é de 42,68; para a sub-escala escape, a média é de 30,30; e para a sub-escala gestão de sintomas, a média é de 57,44 (*vide* quadro 15).

Quadro 15: Médias e desvios padrão nos profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio das sub-escalas do *coping* e valores máximo e mínimo.

Amostra	Escalas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Profissionais de saúde (N=171)	Controlo	42,68	6,375	20	59
	Escape	30,30	5,975	11	45
	Gestão de sintomas	57,44	10,091	30	81

5.1.4.3 Descrição do instrumento de avaliação dos estilos de vida

Para a avaliação dos estilos de vida foi elaborado um questionário (*vide* anexo III), após terem sido identificados os construtos teóricos na revisão bibliográfica

e validadas através do pré-teste. Adiante este procedimento será abordado com mais pormenor.

Após a análise de conteúdo do estudo prévio e de algumas entrevistas informais, foram confirmadas as variáveis que, de acordo com o enquadramento teórico, constituíram as variáveis deste trabalho. Deste modo, foi construído um instrumento de avaliação dos estilos de vida, composto por três partes.

A primeira parte, com doze questões, constituiu na avaliação das variáveis socio-demográficas, “sexo”, “idade”, “nacionalidade”, “local de residência”, “qual é a sua profissão?”, “tempo de exercício profissional (anos)”, “qual o tipo de organização hospitalar onde exerce a sua profissão?”, “diga qual é o seu regime de trabalho”, “qual é o seu tipo de vínculo à instituição?”, “habilitações profissionais”, “serviço onde exerce a sua profissão” e “diga qual é a sua categoria profissional”.

A segunda parte, é composta por um questionário de estilos de vida, com quatro questões, sendo a primeira questão “Como considera o seu estilo de vida?”; a segunda questão “em que medida considera a sua vida nos diversos aspectos abaixo indicados?”, tem três alíneas onde se avaliam as relações com a família, as relações com os colegas de trabalho e as relações com os amigos; a terceira questão “como considera o seu consumo nas substâncias abaixo indicadas?” avalia os consumos de tabaco, álcool, café e de medicamentos (automedicação); e por fim, a quarta questão “em que medida se considera satisfeito nas seguintes áreas?” com seis alíneas avalia a distância da casa ao hospital (mobilidade), práticas de condução, horas de sono, hábitos alimentares, prática de exercício físico e gestão do tempo livre.

Na avaliação dos estilo de vida foi construído um questionário com uma escala do tipo Likert composto por seis graus de resposta, variando na primeira questão como considera o seu estilo de vida, nas primeiras quatro alíneas de um (“Concordo Pouco”) a seis (“Concordo Muito”), sendo que na última alínea varia de seis (“Concordo Pouco”) a um (“Concordo Muito”); quanto à avaliação da vida em diversos aspectos, a escala é composta por seis graus de resposta, variando de um (“Pouco satisfatória”) a seis (“Muito satisfatória”); na avaliação do consumo de substâncias, a escala varia de um (“Pouco adequado”) a seis (“Muito adequado”); por último, na avaliação da satisfação em algumas áreas, a escala é composta por seis graus de resposta, variando de um (“Pouco satisfeito”) a seis (“Muito satisfeito”).

A terceira parte, é composta por uma caracterização dos estilos de vida nos profissionais de saúde, pois não existindo na revisão da literatura uma sistematização dos estilos de vida na população, em geral, e nos profissionais de saúde, em particular, e sendo que é pertinente para a realização não só desta investigação, mas também para futuros trabalhos, a compreensão desta temática, temos treze questões para a avaliação das variáveis de caracterização dos estilos de vida.

Na primeira questão, “indique a persistência (prática continuada) nos aspectos abaixo indicados, dizendo o número de horas semanais que, em média, se encontra nas seguintes situações”, repartida por três alíneas, usou-se uma questão aberta “convívio com a família (horas)”, “convívio extra laboral com os colegas de trabalho (horas)” e “convívio com os amigos (horas)”.

Para a segunda questão, “consumo de tabaco”, usou-se uma questão fechada de “sim” e “não”, e uma questão aberta para o “número de cigarros que consome por dia”.

Quanto à terceira questão, “consumo de álcool”, usou-se uma questão fechada de “sim” e “não” e, se “sim”, considerou-se o consumo de vinho, cerveja, bebidas brancas e outras, tendo para o consumo em quantidade (decilitros) três alíneas com uma questão fechada e para o consumo às refeições duas alíneas com uma questão fechada de “só as refeições” e “também fora das refeições”.

Para a quarta questão, “consumo de café”, usou-se uma questão fechada de “sim” e “não” e, se “sim”, considerou-se para o consumo em quantidade (número de cafés por dia) três alíneas com uma questão fechada e para o consumo às refeições, duas alíneas com uma questão fechada de “só as refeições” e “também fora das refeições”.

No que respeita à quinta questão, “automedicação”, usou-se uma questão fechada de “sim” e “não” e, se “sim”, considerou-se o consumo de ansiolíticos, analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios, com cinco alíneas e uma questão fechada de “uma vez/dia”, “duas vezes/dia”, “três vezes/dia”, “mais de três vezes/dia” e “ocasionalmente”.

Quanto à sexta questão, “distância da sua casa ao hospital (mobilidade)”, usou-se uma questão fechada com cinco alíneas para o número de “quilómetros percorridos” e uma questão fechada para o “tempo médio gasto na deslocação” com quatro alíneas desde “até cinco minutos” e “mais de 30 minutos”.

Para a sétima questão, “práticas de condução”, usou-se uma questão fechada de “sim” e “não” para o cumprimento das regras de trânsito; uma questão fechada de “sim” e “não” para a culpa em acidentes de viação no último ano e, se “sim”, uma questão fechada com três alíneas “um acidente”, “dois acidentes” e “mais de dois acidentes”, e uma questão fechada de “sim” e “não” para o “foi multado(a) alguma vez no último ano”.

Na oitava questão, “hábitos de sono”, usou-se uma questão fechada com três alíneas para o “número de horas de sono” e uma questão fechada de “sim” e “não” para as “alterações do sono” sendo que, se for “sim”, há uma questão fechada com três alíneas “dificuldade em adormecer”, “despertar intermitentemente durante o sono” e “acordar muito cedo”.

Para a nona questão, “hábitos alimentares”, usou-se uma questão fechada para “quantas refeições faz por dia” com quatro alíneas “duas”, “três”, “entre três e quatro” e “mais de quatro”; uma questão fechada de “sim” e “não” para “faz a ingestão da quantidade correspondente às necessidades do organismo” e uma questão fechada de “sim” e “não” para “faz a ingestão da qualidade correspondente às necessidades do organismo”.

Quanto a décima questão, “prática de exercício físico”, optou-se por uma questão fechada de “sim” e “não” e, se for “sim”, uma questão fechada “número de horas que pratica” com quatro alíneas “uma hora por semana”, “duas horas por semana”, “mais de três horas por semana” e “ocasionalmente”.

Na décima primeira questão, “gestão de tempo livre”, usou-se uma questão fechada de “sim” e “não” e, se “sim”, uma questão aberta “diga que tempo consome habitualmente em horas por semana nas seguintes actividades nos seus tempos livres” nas alíneas “conversar”, “fazer compras”, “ir à Igreja (cultos religiosos)”, “ir ao cinema”, “ler”, “praticar desporto” e “ver televisão”.

Na décima segunda questão, “habitualmente aproveita os períodos de folga para passear ou viajar”, usou-se uma questão fechada de “sim” e “não”.

Por ultimo, na décima terceira questão, “habitualmente aproveita os períodos de férias para passear ou viajar”, usou-se uma questão fechada de “sim” e “não”.

5.1.4.3.1 Considerações metodológicas sobre a formulação do instrumento de avaliação dos estilos de vida

Será importante fazer referência a alguns aspectos acerca da formulação do instrumento dos estilos de vida criado para fazer a avaliação dos estilos de vida em profissionais de saúde, enfermeiros e médicos.

Desde o início que a dificuldade acerca da avaliação dos estilos de vida nos profissionais de saúde, nomeadamente nas variáveis que se pretendiam estudar, esteve presente, não existindo muitos estudos com profissionais de saúde no nosso país (Jesus, Pacheco & Santos, 2003), sendo que a maior parte dos estudos acerca dos estilos de vida de uma forma sistematizada são realizados com a população em geral e no marketing e consumo de bens (Valette-Florence, 1988; Dias *et al.*, 2003; Finotti, 2004).

Tivemos em consideração, tanto no pré-teste como no resto da investigação, que a instituição Hospital Distrital de Faro (HDF) é maior em número quanto aos profissionais que emprega e conseqüentemente no número de doentes que atende nos seus serviços, do que o Hospital do Barlavento Algarvio, SA (HBA). Também a organização dos serviços é diferente entre o HDF e o HBA, não sendo exactamente os mesmos serviços em ambos os casos.

Antes da formulação do questionário, no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas respeitantes ao tipo de organização, regime de trabalho, tipo de vínculo à instituição e categoria profissional, foram realizadas entrevistas informais e não estruturadas (Fortin, 1999), com um médico (director do Departamento de Psiquiatria do HDF), um enfermeiro chefe do serviço de psiquiatria do HDF, uma enfermeira coordenadora do serviço de psiquiatria do

HBA e os respectivos enfermeiro(a)s directores dos hospitais que colaboraram no estudo.

Dentro desta lógica de pensamento, elaborámos um questionário com questões fechadas e abertas que foi passado, no período compreendido entre o início de Novembro de 2003 e final de Janeiro de 2004, no Hospital Distrital de Faro, a 21 profissionais de saúde (15 enfermeiros e 6 médicos) e no Hospital do Barlavento Algarvio, SA, a 18 profissionais de saúde (15 enfermeiros e 3 médicos). Desta forma no pré-teste obtivemos 26 respostas, sendo 14 enfermeiros e 4 médicos do HDF e 7 enfermeiros e 1 médico do HBA.

Foi passado um questionário de caracterização sócio-demográfica composto por 13 itens. Quanto à avaliação dos estilos de vida, a primeira parte do questionário consistiu num questionário de tipo Likert composto por seis graus de resposta, com perguntas fechadas para avaliar os estilos de vida com 18 itens, formado por quatro perguntas (*vide* anexo III).

A segunda parte do questionário consistiu num questionário de caracterização dos estilos de vida com 13 questões fechadas, composto por 63 itens onde se pretendia avaliar as horas de convívio com a família, colegas e amigos, os consumos de tabaco, álcool, café, medicamentos (automedicação), mobilidade, práticas de condução, hábitos de sono e alimentares, a prática de exercício físico, a gestão de tempo livre e a ocupação dos períodos de folga e de férias.

Foram também formuladas duas questões abertas em que na primeira era questionado “*Se quiser, indique o(s) aspecto(s) dos estilos de vida que não tenham sido objecto nas questões anteriores*”, ao nível da caracterização dos estilos de vida, e o item “*Outras actividades. Diga quais?*” na questão da gestão de tempo livre.

Em relação às questões fechadas verificou-se que as respostas foram adequadas e validas para avaliar as variáveis em estudo. Quanto as questões abertas, depois da análise de conteúdo às respostas do referido questionário, verificou-se para a primeira questão aberta os seguintes resultados: 91,5% “não respondeu”, e os restantes confirmaram questões previamente colocadas (5,7% “a família” e 2,8% “as relações interpessoais”). Quanto à segunda questão aberta, 97,2% “não respondeu” e 2,8% respondeu “vida doméstica” que considerámos ser pouco específica e não dentro de uma definição de ocupação dos tempos livres, como por exemplo “ir às compras”. Desta forma não foram consideradas para a elaboração do questionário as respostas às questões abertas, mantendo-se as restantes questões.

Juntamente com a revisão da literatura acerca da temática dos estilos de vida, esta análise serviu para comprovar a eficácia do instrumento elaborado para avaliar os estilos de vida nos profissionais de saúde. Para a aplicação deste instrumento de pesquisa foi feito ensino aos profissionais de saúde que colaboraram nesta aplicação, sendo explicada a forma como o questionário deveria ser aplicado. A entrega deste questionário decorreu durante o horário normal de trabalho dos profissionais de saúde.

Desta forma, dentro duma perspectiva de rigor, durante a elaboração dum instrumento de avaliação, segundo Hill e Hill (2000), devem ser considerados os seguintes passos: a validade (de conteúdo e teórica), a correlação item-total e a fiabilidade (consistência interna). Para a elaboração do questionário na perspectiva de Hill e Hill (2000) a validade (de conteúdo e teórica) é um dos passos, pois a existência de fiabilidade adequada é necessária, mas não suficiente, para garantir validade adequada. Desta forma, deve ter-se a validade de conteúdo, em que os itens do questionário medem directamente os

aspectos das componentes da variável latente, utilizando a literatura para se elaborar a lista de todas as componentes da variável latente, escrevendo os itens relevantes para medir o que se pretende estudar. A validade teórica existe quando se tem uma(s) medida(s) da(s) variável(eis) latente(s) que o investigador pretende medir. Quando tal acontece, podemos concluir que o questionário tem validade de conteúdo adequada.

Em seguida, a análise da correlação de cada item com o total da escala a que pertence, sem o peso do item em causa, deve ser realizada no sentido de permitir uma melhor avaliação da variável em estudo, o que está de acordo com Jesus (1996; 2000), referindo Golden *et al.* (1984) - para os instrumentos de avaliação psicológica - e Tuckman (2000), pois no cálculo das correlações item-total assume-se que cada item deve contribuir para avaliar o que se pretende medir. Isto quer dizer, que em termos estatísticos, deve existir uma correlação forte superior a 0.3 entre o total e cada item, sendo esta correlação estatisticamente significativa.

Por fim, após a verificação dos resultados obtidos na correlação dos itens deve-se efectuar, na perspectiva de Hill e Hill (2000), o exame da fiabilidade. A medida de uma variável latente é fiável se for consistente. Assim, usou-se para estimar a consistência interna (fiabilidade interna), o coeficiente alfa (α) desenvolvido pelo investigador americano Cronbach. A análise da consistência interna é o método mais adequado de análise para escalas do tipo Likert, podendo-se verificar qual o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que compõem a escala. Nos instrumentos de avaliação psicológica, os autores que se têm dedicado aos requisitos para a construção destes, estão de acordo em que um instrumento que apresente uma consistência interna de 0.7 é considerado adequado para avaliar a

variável que se pretende medir, o que está de acordo com Pestana e Gageiro (2000). Porém, muitas vezes, na literatura existem instrumentos em que a consistência interna é abaixo desse valor. Nesta perspectiva, Hill e Hill (2000) dizem que o coeficiente alfa só é inaceitável abaixo de 0.6.

As estimativas dos coeficientes de fiabilidade podem ser melhoradas usando uma amostra de dimensão razoável (200 ou mais) (Hill & Hill, 2000), o que acontece neste estudo (N= 357).

Para podermos generalizar os resultados obtidos com maior rigor, utilizámos um número de sujeitos elevado, por forma a cumprirmos o critério de Tinsley e Tinsley (1987), para quem o número de sujeitos deve ser pelo menos cinco vezes o número de itens da medida em estudo (Jesus, 1996), e que também é o critério de Hill e Hill (2000).

Assim, para se avaliar os estilos de vida, como os itens utilizados no instrumento estão de acordo com a literatura servindo para medir os aspectos das componentes da variável latente, temos que o questionário tem validade (de conteúdo e teórica) adequada. Desta maneira, começámos por calcular as correlações (r) entre os itens com o total do questionário de estilos de vida. Na análise da correlação item-total, verificou-se que existe uma correlação positiva e significativa para os itens em estudo, sendo a menor correlação entre o item 4.2, “práticas de condução”, e o total da escala a que pertence (.209) e a maior correlação entre o item 1.2, “estou satisfeito com o meu estilo de vida”, e o total da escala a que pertence (.586) (*vide* quadro 16).

Quadro 16: Resultados obtidos da análise da correlação item-total.

Itens	r
1.1	.553
1.2	.586
1.3	.572
1.4	.555
1.5	.373
2.1	.275
2.2	.265
2.3	.349
3.1	.308
3.2	.321
3.3	.400
3.4	.368
4.1	.263
4.2	.209
4.3	.348
4.4	.366
4.5	.281
4.6	.286

Quanto às sub-escalas procedeu-se ao cálculo das correlações (r) entre os itens com o total por forma a verificar se os valores são positivos e significativos, pois assume-se que cada item mede algo em comum com os outros itens, e que o que se mede em comum por estes itens é a variável latente que se quer medir através do questionário.

Desta maneira verificou-se que a sub-escala estilo de vida (EV) apresenta correlações item-total com valores positivos e significativos superiores a .3

pelo que os iremos considerar no nosso estudo (Hill e Hill, 2000) (*vide* quadro 17).

Quadro 17: Resultados obtidos da análise da correlação item-total.

Itens	r
1.1	.817
1.2	.846
1.3	.822
1.4	.764
1.5	.576

Em seguida, verificou-se que a sub-escala relações interpessoais (RI) apresenta correlações item-total com valores positivos e significativos superiores a .3 pelo que os iremos considerar no nosso estudo (Hill e Hill, 2000) (*vide* quadro 18).

Quadro 18: Resultados obtidos da análise da correlação item-total.

Itens	r
2.1	.570
2.2	.548
2.3	.609

Quanto à terceira sub-escala consumo de substâncias (CS), verificou-se que apresenta correlações item-total com valores positivos e significativos superiores a .3 pelo que os iremos considerar no nosso estudo (Hill e Hill, 2000) (*vide* quadro 19).

Quadro 19: Resultados obtidos da análise da correlação item-total.

Itens	r
3.1	.709
3.2	.786
3.3	.669
3.4	.767

Por fim, no que diz respeito à quarta sub-escala satisfação com estilos de vida (SEV), verificou-se que apresenta correlações item-total com valores positivos e significativos superiores a .3 (itens 4.3, 4.4 e 4.5) pelo que os iremos considerar no nosso estudo (Hill e Hill, 2000). Quanto aos itens 4.1, 4.2 e 4.6 que não apresentam correlações item-total com valores positivos superiores .3, irão ser considerados no nosso estudo por serem itens importantes para avaliar a variável latente em estudo e pelo carácter exploratório que o estudo tem. Além disso, noutras investigações os autores consideram os itens quando são significativos para o estudo (Jesus & Pereira, 1994; Jesus, 1996) (*vide* quadro 20).

Quadro 20: Resultados obtidos da análise da correlação item-total.

Itens	r
4.1	.249
4.2	.231
4.3	.420
4.4	.360
4.5	.369
4.6	.229

Assim, e na sequência do processo de validação do instrumento, segundo Hill e Hill (2000), fomos determinar a consistência interna do questionário de estilos de vida tendo-se obtido um valor de alfa de .75, o que está de acordo quanto à fiabilidade do instrumento na medição dos estilos de vida.

Depois, e tendo em conta a validade de conteúdo, em que os itens do questionário medem directamente os aspectos das componentes da variável latente, considerámos que o nosso questionário de estilos de vida é composto por quatro sub-escalas a que demos os seguintes nomes: 1) estilo de vida; 2) relações interpessoais; 3) consumo de substâncias; e 4) satisfação com estilos de vida.

Em seguida, fomos analisar a consistência interna das sub-escalas, tendo-se obtido, respectivamente, o valor de alfa de .89 para a sub-escala estilo de vida, o valor de alfa de .74 para a sub-escala relações interpessoais, o valor de alfa de .87 para a sub-escala consumo de substâncias e para a sub-escala satisfação com estilos de vida o valor de alfa de .61 (vide quadro 21), o que está de acordo quanto à fiabilidade do instrumento na medição dos estilos de vida, segundo o autor supracitado.

Quadro 21: Resultados obtidos na consistência interna das sub-escalas e escala dos estilos de vida.

Estilo de vida	Relações interpessoais	Consumo de substâncias	satisfação com estilos de vida	Total escala
.89	.74	.87	.61	.75

5.1.4.3.2 Análise descritiva das variáveis do questionário de estilos de vida

Para a análise descritiva das sub-escalas dos estilos de vida nos profissionais de saúde consideradas para este estudo, calculámos as médias, os desvios padrão e as percentagens.

Pelo carácter exploratório da nossa investigação, iremos, também, considerar a análise das sub-escalas dos estilos de vida, nas amostras referentes às instituições onde os profissionais de saúde exercem as suas funções.

Tendo em consideração a pontuação das sub-escalas, iremos considerar que para a sub-escala estilo de vida, os valores superiores a 15 correspondem a um estilo de vida adequado; para a sub-escala relações interpessoais, os valores superiores a 9 correspondem a relações satisfatórias; quanto à sub-escala consumo de substâncias, os valores superiores a 12 correspondem a um consumo adequado; e para a sub-escala satisfação com estilos de vida, os valores superiores a 18 correspondem a estarem satisfeitos com os estilos de vida.

Com efeito, para a sub-escala estilo de vida, verificámos que a média é de 18,33; para a sub-escala relações interpessoais, obtivemos a média de 14,38; quanto à sub-escala consumo de substâncias, verificámos que a média é de 16,89; e para a sub-escala satisfação com estilos de vida, obtivemos a média de 23,37, sendo a média mais elevada (*vide* quadro 22).

Quadro 22: Estatística das sub-escalas dos estilos de vida e valores máximo e mínimo nos profissionais de saúde.

Amostra	Escalas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Profissionais De saúde (N=357)	Estilo de vida	18,33	5,144	6	30
	Relações interpessoais	14,38	2,460	6	18
	Consumo de substâncias	16,89	6,633	4	24
	Satisfação com estilos de vida	23,37	4,842	9	36

5.1.4.3.2.1 Análise descritiva das variáveis do questionário de estilos de vida no Hospital Distrital de Faro

Por seu turno, nos profissionais de saúde do HDF, verificámos que a média é de 18,41; para a sub-escala relações interpessoais, verificámos que a média é de 14,01; quanto à sub-escala consumo de substâncias, verificámos que a média é de 17,06; e para a sub-escala satisfação com estilos de vida, verificámos que a média é de 23,31, sendo a média mais elevada (*vide* quadro 23).

Quadro 23: Médias e desvios padrão nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro das sub-escalas dos estilos de vida e valores máximo e mínimo.

Amostra	Escalas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Profissionais de saúde (N=186)	Estilo de vida	18,41	5,192	6	30
	Relações interpessoais	14,01	2,512	6	18
	Consumo de substâncias	17,06	6,419	4	24
	Satisfação com estilos de vida	23,31	5,051	9	36

5.1.4.3.2 Análise descritiva das variáveis do questionário de estilos de vida no Hospital do Barlavento Algarvio

Desta forma, nos profissionais do HBA, verificámos que a média é de 18,24; e para a sub-escala relações interpessoais, verificámos que a média é de 14,80; quanto à sub-escala consumo de substâncias, verificámos que a média é de 16,71; e para a sub-escala satisfação com estilos de vida, verificámos que a média é de 23,44, sendo a média mais elevada (*vide* quadro 24).

Quadro 24: Médias e desvios padrão nos profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio das sub-escalas do *coping* e valores máximo e mínimo.

Amostra	Escalas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Profissionais de saúde (N=171)	Estilo de vida	18,24	5,105	6	30
	Relações interpessoais	14,80	2,341	7	18
	Consumo de substâncias	16,71	6,873	4	24
	Satisfação com estilos de vida	23,44	4,617	10	36

5.1.4.3.3 Análise descritiva das variáveis de caracterização dos estilos de vida

Para a análise descritiva dos resultados obtidos entre as variáveis de caracterização dos estilos de vida dos profissionais de saúde consideradas para este estudo, calculámos as médias, os desvios padrão, as modas e as percentagens.

Desta maneira, para a prática continuada em horas por semana no convívio com a família, extra laboral com os colegas de trabalho e os amigos

verificámos que a média é respectivamente de 30,69 horas, 5,62 horas e 9,75 horas por semana (*vide* quadro 25).

Quadro 25: Médias, desvios padrão e valores máximos e mínimos obtidos nas variáveis convívio com a família, extra laboral com os colegas de trabalho e os amigos.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo (h/semana)	Máximo (h/semana)
Convívio com família	30,69	25,289	0	120
Convívio extra laboral com os colegas de trabalho	5,62	9,203	0	60
Convívio com amigos	9,75	10,755	0	61

Quanto à variável “consumo de tabaco” verificámos que a maioria dos profissionais de saúde não consome tabaco (70,3%) e que os profissionais de saúde que fumam, consomem uma média de 13,56 cigarros por dia (*vide* quadro 26).

Quadro 26: Média, desvio padrão e valores máximo e mínimo obtidos na variável consumo de cigarros.

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Consumo de cigarros por dia	13,56	7,682	1*	40*

* Número de cigarros por dia.

Para a variável “consumo de álcool” verificámos que a maioria dos profissionais de saúde não consome álcool (67,2%) e que os profissionais de saúde que bebem álcool, consomem sobretudo vinho (24,6%) e cerveja (20,2%) (vide quadro 27).

Dos profissionais de saúde que consomem vinho, 63,2% consomem 1 dl (+/- 1 copo) a 2 dl/dia, 33,3 % consomem 3 dl a 4 dl/dia e 3,5% consomem mais de 4 dl/dia.

Para os profissionais de saúde que consomem cerveja, 76% consomem 2 dl (+/- 1 copo) a 4 dl/dia, 19,7 % consomem 5 dl a 6 dl/dia e 4,3% consomem mais de 6 dl/dia.

Nos profissionais de saúde que consomem bebidas brancas, 88% consomem 0.5 dl (+/- 1 copo) a 1 dl/dia, 8% consomem 2 dl a 3 dl/dia e 4% consomem mais de 3 dl/dia.

Quanto aos outros tipos de bebidas consomem: 85% entre 1dl (+/- 1 copo) e 2 dl por dia e 14,3% entre 3 e 4 dl por dia.

O vinho é essencialmente bebido às refeições (95,2%), a cerveja fora das refeições (50,8%), as bebidas brancas às refeições (65,2%) e as outras bebidas alcoólicas fora das refeições (69,2%).

Quadro 27: Percentagens e valores máximos e mínimos obtidos na variável consumo de álcool.

Variáveis	Percentagem	Mínimo	Máximo
Consumo de vinho	24,6	1*	3*
Consumo de cerveja	20,2	1**	3**
Consumo de bebidas brancas	7,3	1***	3***
Consumo de outras bebidas alcoólicas	4,2	1****	2****

* Mínimo = 1 a 2 dl/dia; Máximo = Mais de 4dl/dia

** Mínimo = 2 a 4 dl/dia; Máximo = Mais de 6dl/dia

*** Mínimo = 0,5 a 1 dl/dia; Máximo = Mais de 3dl/dia

**** Mínimo = 1 a 2 dl/dia; Máximo = 3 a 4dl/dia

Quanto à variável “consumo de café” verificámos que a maioria dos profissionais de saúde consome café (79,6%) (*vide* quadro 28) sendo que consomem sobretudo, 1 a 2 cafés/dia (58,6%), em que 34,8% consomem 3 a 4 cafés/dia e só 6,6% consomem 5 ou mais cafés por dia. O café é bebido essencialmente fora das refeições (56,5%).

Quadro 28: Percentagem e valores máximo e mínimo obtidos na variável consumo de café.

Variável	Percentagem	Mínimo	Máximo
Consumo de café	79,6	1*	3**

* 1 a 2 cafés por dia

** 5 ou mais cafés por dia

Para a variável “automedicação” verificámos que a maioria dos profissionais de saúde se automedica (65,3%) e que os profissionais de saúde que se automedicam, consomem sobretudo ansiolíticos (16,5%) e analgésicos (59,1%) (*vide* quadro 29).

Quadro 29: Percentagens e valores máximos e mínimos obtidos na variável automedicação.

Itens	Percentagem	Mínimo	Máximo
Ansiolíticos	16,5	0*	5**
Analgésicos	59,1	0*	5**
Antipiréticos	42	0*	5**
Anti-inflamatórios	45,7	0+	5**

* Não consome

** Ocasionalmente

Quanto à variável “mobilidade” verificámos que a maioria dos profissionais de saúde gasta da sua casa ao hospital, entre 6 a 10 minutos (43,1%) e que 17,4% percorrem entre 6 a 10 km e 17,1% entre 11 e 30 km (*vide* quadro 30).

Quadro 30: Percentagem e valores máximo e mínimo obtidos na variável mobilidade.

Item	Percentagem	Mínimo	Máximo
Tempo gasto na Mobilidade (6 a 10 minutos)	43,1	1*	2**

* Até 5 Km

** Entre 6 e 10 Km

Quanto à variável “práticas de condução” verificámos que os profissionais de saúde na sua maioria cumpre as regras de condução (89,4%); que só 5,9%

dizem ter tido culpa num acidente no último ano; que na sua maioria não tiveram acidentes (91%); e que, dos que foram culpados no acidente, 58,3% teve um acidente, 37,5% dois acidentes e 4,2% teve mais de dois acidentes. Somente 14,3% dos profissionais de saúde, foram multados no último ano (*vide* quadro 31).

Quadro 31: Percentagem e valores máximo e mínimo obtidos na variável práticas de condução.

Item	Percentagem	Mínimo	Máximo
Acidentes de viação	9	1*	3**

* Um acidente

** Mais de 2 acidentes

Para a variável “hábitos de sono” verificámos que a maioria dos profissionais de saúde dorme entre 6 e 8 horas por noite (74,8%) e que os profissionais de saúde com alterações do sono (36,1%) apresentam, sobretudo, dificuldade em adormecer (57,3%) e despertar intermitente durante o sono (30,2%) (*vide* quadro 32).

Quadro 32: Percentagens obtidas na variável hábitos de sono.

Ítems	Percentagem
Dificuldade em adormecer	57,3
Despertar intermitente durante o sono	30,2
Acordar muito cedo	8,5
Dificuldade em adormecer e Despertar intermitente durante o sono	4

Quanto à variável “hábitos alimentares” verificámos que a maioria dos profissionais de saúde fazem entre 3 a 4 refeições por dia (44,8%), com uma ingestão da quantidade (75,9%) e da qualidade (51,8%) da alimentação adequada às necessidades do organismo (*vide* quadro 33), sendo que 9% dos profissionais de saúde fazem duas refeições por dia.

Quadro 33: Percentagens obtidas na variável hábitos alimentares.

Itens	Percentagem
3 a 4 refeições/dia	44,8
Quantidade adequada	75,9
Qualidade adequada	51,8

Para a variável “prática de exercício físico” verificámos que os profissionais de saúde na sua maioria não praticam exercício físico (50,1%) e, dos que fazem exercício físico, 37% praticam mais de 3 horas por semana de exercício e 23,6% praticam duas horas por semana de exercício. Somente 14,7% dos profissionais de saúde praticam uma hora por semana de exercício (*vide* quadro 34).

Quadro 34: Percentagens obtidas na variável prática de exercício físico.

Itens	Percentagem
mais de três horas por semana de exercício	37
Ocasionalmente	24,7
duas horas por semana de exercício	23,6
uma hora por semana de exercício	14,7

Para a variável “gestão de tempo livre” verificámos que os profissionais de saúde, na sua maioria, fazem a gestão do tempo livre (83,2%) e que a média do tempo gasto por semana em algumas actividades é sobretudo, conversar (14,66 horas) e ver televisão (8,69 horas) (*vide* quadro 35).

Quadro 35: Médias, desvios padrão e valores máximos e mínimos obtidos na variável gestão de tempo livre

Itens	Média	Desvio Padrão	Mínimo (h/semana)	Máximo (h/semana)
Conversar	14,66	17,489	0	96
Fazer compras	4,21	4,423	0	30
Cultos religiosos	0,43	1,798	0	20
Ir ao cinema	1,53	2,206	0	24
Ler	6,24	7,292	0	60
Praticar desporto	2,25	3,835	0	30
Ver televisão	8,69	7,824	0	60

Quanto à variável “aproveita os períodos de folga para passear ou viajar” verificámos que, na sua maioria, os profissionais de saúde costumam passear ou viajar nas folgas (70,6%) (*vide* quadro 36).

Quadro 36: Percentagem obtida na variável aproveita os períodos de folga para passear ou viajar.

Variável	Percentagem
Períodos de folga para passear ou viajar.	70,6

Quanto à variável “aproveita os períodos de férias para passear ou viajar” verificámos que na sua maioria, os profissionais de saúde costumam passear ou viajar nas férias (90,8%) (*vide* quadro 37).

Quadro 37: Percentagem obtida na variável aproveita os períodos de férias para passear ou viajar.

Variável	Percentagem
Períodos de férias para passear ou viajar.	90,8

Passaremos em seguida à apresentação e discussão dos resultados do estudo.

5.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iremos apresentar, em primeiro lugar, a análise descritiva das variáveis sócio-demográficas e depois, as correlações (r) entre as sub-escalas de *burnout*, *coping* e estilos de vida e, em último lugar, descrevem-se os resultados encontrados a partir da realização do teste de Kruskal-Wallis, que permite explicar a relação entre os factores do *burnout*, as estratégias de *coping* e os estilos de vida dos profissionais de saúde.

5.2.1 Análise da correlação entre *burnout*, *coping* e estilos de vida

Em primeiro lugar, consideraremos na nossa análise, as correlações entre o *burnout*, na sua globalidade, com as suas três sub-escalas, e as quatro sub-

escalas estilo de vida (EV), relações interpessoais (RI), consumo de substâncias (CS) e satisfação com estilos de vida (SEV), dos estilos de vida, sendo que as restantes correlações entre o *burnout* e a sub-escala dos estilos de vida, consumo de substâncias (CS), não foram significativas.

Assim, as correlações obtidas entre o *burnout* e as sub-escalas dos estilos de vida é a que consta do quadro 38.

Quadro 38: Resultados obtidos na análise da correlação entre o *burnout* e as sub-escalas dos estilos de vida.

	Estilos de vida			
	EV	RI	CS	SEV
<i>Burnout</i>	-,297**	-,204**	-,029	-,161**

Coefficientes de correlação de Pearson. (N=357)

**p< .01

Como se pode verificar, as sub-escalas estilo de vida, relações interpessoais e satisfação com estilos de vida relacionam-se negativamente com o *burnout*, o que significa que quando estes factores dos estilos de vida aumentam o *burnout* diminui.

Quanto às correlações obtidas entre as sub-escalas de *burnout* e os estilos de vida, os resultados foram os seguintes (*vide* quadro 39).

Quadro 39: Correlação entre as sub-escalas do *burnout* e dos estilos de vida.

<i>Burnout</i>	Estilos de vida			
	EV	RI	CS	SEV
EE	-,329**	-,280**	-,001	-,267**
DP	-,184**	-,247**	-,077	-,129**
RP	,084	,217**	,000	,193**

Coefficientes de correlação de Pearson. (N=357)

**p< .01

Como se pode verificar, as sub-escalas estilo de vida (EV), relações interpessoais (RI) e satisfação com estilos de vida (SEV) relacionam-se negativamente com a exaustão emocional e a despersonalização, e as relações interpessoais e a satisfação com estilos de vida, positivamente com a realização pessoal. Isto significa que, quando o estilo de vida, as relações interpessoais e a satisfação com estilos de vida aumentam, a exaustão emocional e a despersonalização diminuem. Já quanto às relações interpessoais e a satisfação com estilos de vida, verificámos que quando estas aumentam, a realização pessoal também aumenta. Desta forma, podemos considerar um esquema resultante desta análise como se pode ver na figura 10 a seguir.

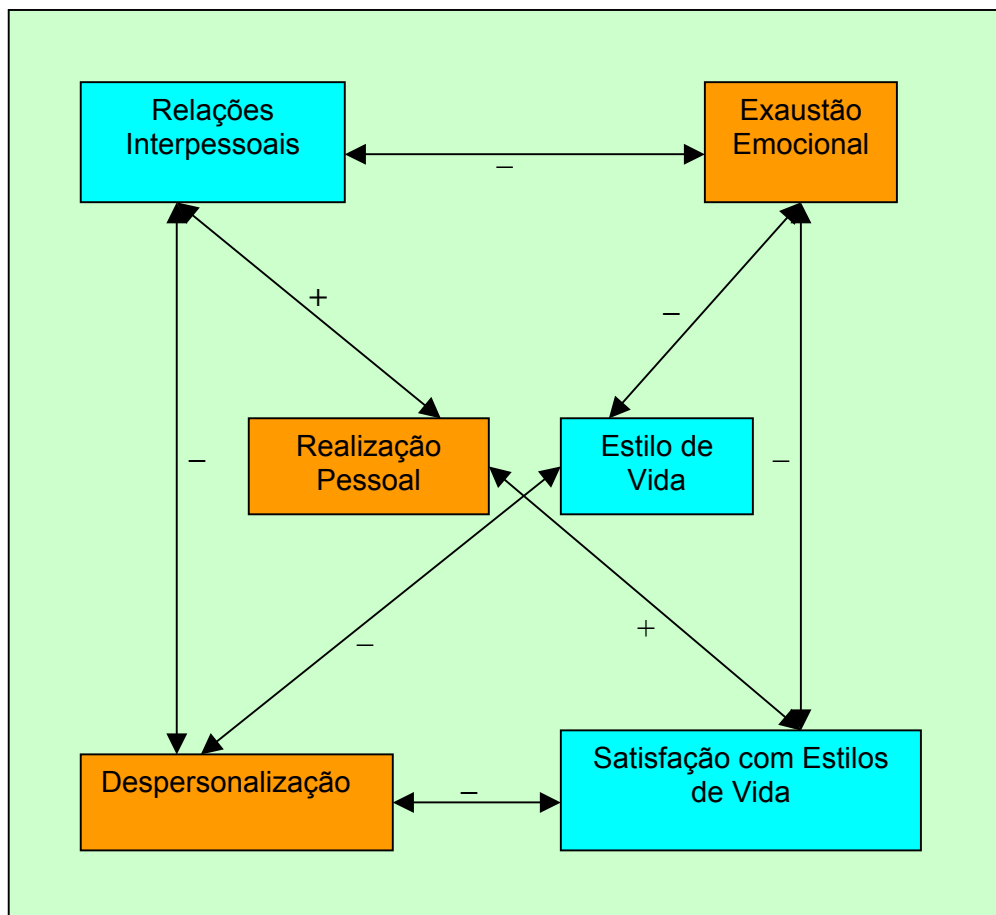


Figura 10: Diagrama de um esquema resultante das correlações significativas entre as sub-escalas do *burnout* e dos estilos de vida.

Procedeu-se, depois, à análise das correlações entre as sub-escalas do *burnout*, as sub-escalas dos estilos de vida e as sub-escalas do *coping*, verificando-se que a sub-escala satisfação com os estilos de vida não tem correlações significativas com as sub-escalas do *coping*, pelo que não a iremos considerar na nossa análise. Obtiveram-se os resultados que constam do quadro a seguir (*vide* quadro 40).

Quadro 40: Resultados obtidos da análise da correlação entre as sub-escalas de *coping*, do *burnout* e dos estilos de vida.

<i>Coping</i>	<i>Burnout</i>			Estilos de vida			
	EE	DP	RP	EV	RI	CS	SEV
Controlo	-,126*	-,204**	,315**	,020	,168*	,050	,065
Escape	,226**	,223**	-,016	-,121*	-,050	-,054	-,068
Gestão de Sintomas	,118*	,193**	-,061	,002	,038	-,124*	-,039

Coefficientes de correlação de Pearson. (N=357)

*p < .05; **p < .01

Como se pode ver, quanto ao *burnout*, a sub-escala exaustão emocional relaciona-se negativamente com o controlo e positivamente com o escape e a gestão de sintomas, pelo que quando a exaustão emocional aumenta o controlo diminui e o escape e a gestão de sintomas aumentam.

Quanto à sub-escala despersonalização, relaciona-se negativamente com o controlo e positivamente com o escape e a gestão de sintomas, pelo que quando a despersonalização aumenta, o controlo diminui e o escape e a gestão de sintomas aumentam.

A realização pessoal relaciona-se positivamente com o controlo pelo que quando aumenta a realização pessoal o controlo também aumenta.

Quanto à sub-escala estilo de vida, relaciona-se negativamente com o escape, pelo que quando este aumenta o escape também aumenta; a sub-escala relações interpessoais relaciona-se positivamente com o controlo, pelo que quando um aumenta o outro também aumenta; por fim, o consumo de substâncias relaciona-se negativamente com a gestão de sintomas, pelo que quando o consumo de substâncias aumenta, a gestão de sintomas diminui. Desta forma, podemos considerar um modelo resultante desta análise como se pode ver a seguir na figura 11.

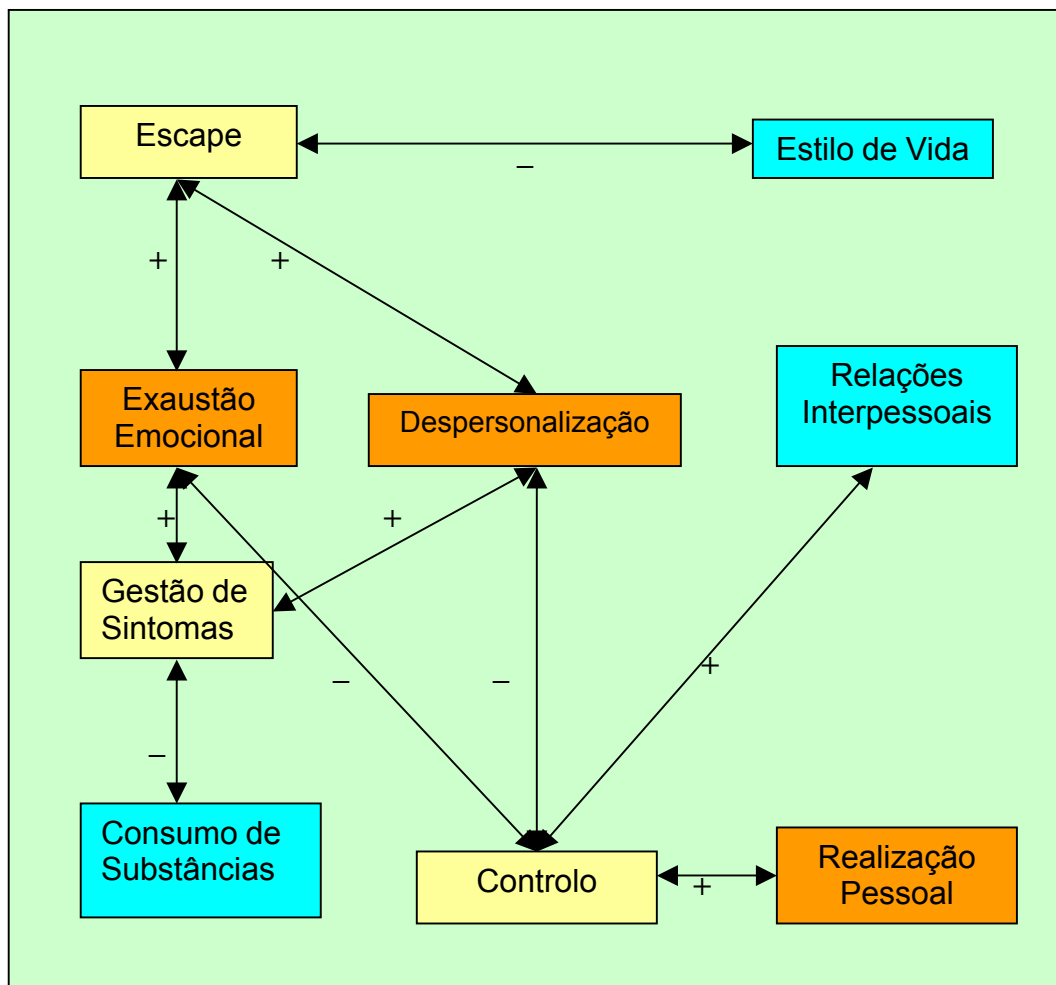


Figura 11: Diagrama de um modelo resultante das correlações significativas entre as sub-escalas de coping e do burnout e estilos de vida.

Em seguida iremos analisar as relações entre as variáveis sócio-demográficas, o *burnout*, os estilos de vida e *coping*.

5.2.2 Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio-demográficas, o *burnout*, o *coping* e os estilos de vida

Quanto às possíveis interacções entre as variáveis sócio-demográficas e as sub-escalas do *burnout* procedeu-se à correlação de Pearson entre estas. Não se verificaram resultados estatisticamente significativos entre as variáveis sócio-demográficas e as sub-escalas do *burnout* pelo que não os iremos considerar no nosso estudo.

Com o objectivo de analisar as interacções entre as variáveis sócio-demográficas e as variáveis de *burnout*, *coping* e estilos de vida, na linha dos estudos realizados por Maslach e Jackson (1986), Jesus e Pereira (1994) e Finotti (2004), vamos, em seguida, ver quais as interacções significativas - dentro duma perspectiva exploratória - através do teste de Kruskal Wallis, pois este pode ser usado como alternativa ao teste Anova quando existem grandes afastamentos da normalidade (Pestana & Gageiro, 2000).

Para esta análise considerámos as variáveis em estudo, à excepção da variável “Tipo de organização hospitalar onde exerce a sua profissão”, que será considerada quando analisarmos as hipóteses em estudo.

Desta forma, procedemos às interacções entre as variáveis em estudo e as sub-escalas do *burnout*, do *coping* e dos estilos de vida, tendo-se obtido os resultados que apresentamos a seguir (*vide* quadro 41).

Quadro 41: Resultados obtidos da análise estatística entre as variáveis sócio-demográficas e as sub-escalas do *burnout*, do *coping* e dos estilos de vida.

	BURNOUT			COPING			ESTILOS DE VIDA			
	EE	DP	RP	C	E	GS	EV	RI	CS	SEV
SEXO	,966	18,349*	1,670	6,216*	,153	2,535	,018	,639	6,957*	1,823
IDADE	62,451*	65,776*	47,028	43,551	59,433*	36,458	55,534*	50,911	43,483	46,276
NACIONALIDADE	,564	4,167	6,244*	7,683*	,396	,380	2,516	10,146*	9,182*	3,294
RESIDÊNCIA	,073	,007	,545	,767	,169	,150	,117	,090	,394	,136
PROFISSÃO	1,300	5,327*	,423	1,529	10,059*	1,228	,360	3,633	1,715	,129
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	42,778	46,750	29,329	27,814	26,964	42,976	31,783	35,716	43,578	47,101
REGIME DE TRABALHO	3,641	9,588	6,831	4,875	24,968*	16,974*	17,511*	12,615	11,024	3,281
TIPO DE VÍNCULO	,032	,249	2,504	2,250	1,233	6,125*	12,732*	7,661*	4,753	,690
HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS	,443	6,808*	2,373	5,417*	,026	,335	,461	,959	5,965*	,254
FORMAÇÃO PÓS-BÁSICA	6,878*	4,920*	,866	1,431	4,680*	,009	1,040	2,100	1,231	,406
SERVIÇO	43,057*	39,729*	16,742	10,857	21,543	21,438	37,767*	22,296	17,260	24,631
CATEGORIA PROFISSIONAL	1,642	6,212	1,863	11,054*	10,891*	3,446	2,583	5,737	2,139	4,023

*p< .05

5.2.2.1 *Burnout* e as variáveis sócio-demográficas

Quanto à análise estatística entre o *burnout* e o sexo, constatou-se que é significativa para a sub-escala despersonalização (Chi-Square=18,349, p= .000) nos profissionais de saúde do sexo masculino, com um valor médio de 211,59.

Constatou-se na análise estatística entre o *burnout* e a idade, que é significativa para a sub-escala exaustão emocional (Chi-Square=62,451, p= .007), nos profissionais de saúde com 56 anos de idade, com um valor médio de 346,50, e com 46 anos de idade, com um valor médio de 264,50; e para a sub-escala despersonalização (Chi-Square=65,776, p= .003), nos profissionais com 56 anos de idade, com um valor médio de 342,50 e com 30 anos de idade, com um valor médio de 253,57.

Na análise estatística entre o *burnout* e a nacionalidade, constatou-se que é significativa para a sub-escala realização pessoal (Chi-Square=6,244, $p= .044$), tendo nos profissionais de saúde com nacionalidade portuguesa um valor médio de 183,89.

Entre o *burnout* e a profissão, na análise estatística constatou-se que é significativa para a sub-escala despersonalização (Chi-Square=5,327, $p= .021$), tendo nos profissionais de saúde médicos um valor médio de 202,39.

Constatou-se na análise estatística entre o *burnout* e as habilitações, que é significativa para a sub-escala despersonalização (Chi-Square=6,808, $p= .009$), tendo nos profissionais de saúde com bacharelato um valor médio de 198,13.

Na análise estatística entre o *burnout* e a formação pós-básica, constatou-se que é significativa para a sub-escala exaustão emocional (Chi-Square=6,870, $p= .009$) nos profissionais de saúde com pós-graduação, com um valor médio de 199,95; e para a sub-escala despersonalização (Chi-Square=4,920, $p= .027$), tendo nos profissionais de saúde com pós-graduação um valor médio de 196,14.

Entre o *burnout* e o serviço onde os profissionais de saúde exercem funções, na análise estatística constatou-se que é significativa para a sub-escala exaustão emocional (Chi-Square=43,057, $p= .000$), nos profissionais de saúde que exercem funções na neurologia, com um valor médio de 278,13, e nas análises e patologia clínicas, com um valor médio de 274,30; e para a sub-escala despersonalização (Chi-Square=39,729, $p= .001$) nos profissionais de saúde que exercem funções na neurologia, com um valor médio de 322,88, e na neonatologia, com um valor médio de 261,00.

5.2.2.2 *Coping* e as variáveis sócio-demográficas

Na análise estatística entre o *coping* e o sexo, constatou-se que é significativa para a sub-escala controlo (Chi-Square=6,216, $p= .013$), nos profissionais de saúde do sexo feminino, com um valor médio de 188,06, não sendo significativa para as sub-escalas escape e gestão de sintomas.

Constatou-se na análise estatística entre o *coping* e a idade, que é significativa para a sub-escala escape (Chi-Square=59,433, $p= .015$), nos profissionais de saúde com 47 anos de idade, com um valor médio de 292,13, e nos profissionais de saúde, com 54 anos de idade com um valor médio de 243,00, não sendo significativa para as sub-escalas controlo e gestão de sintomas.

Entre o *coping* e a nacionalidade, na análise estatística constatou-se que é significativa para a sub-escala controlo (Chi-Square=7,683, $p= .021$), nos profissionais de saúde com nacionalidade portuguesa, com um valor médio de 184,46, não sendo significativa para as sub-escalas escape e gestão de sintomas.

Quanto ao *coping* e a profissão, constatou-se que é significativa para a sub-escala escape (Chi-Square=10,059, $p= .002$), nos profissionais de saúde médicos, com um valor médio de 211,19, não sendo significativa para as sub-escalas controlo e gestão de sintomas.

Na análise estatística entre o *coping* e o regime de trabalho, constatou-se que não é significativa para a sub-escala controlo, sendo significativa para a sub-escala escape (Chi-Square=24,968, $p= .001$), para os médicos com avença (20h), com um valor médio de 274,50, e tempo completo (35h), com um valor médio de 236,00; e para os enfermeiros com tempo parcial (18-24h), com um valor médio de 325,00; constatou-se, também, que é significativa para a sub-

escala gestão de sintomas (Chi-Square=16,974, $p= .018$), para os médicos com dedicação exclusiva (35h), com um valor médio de 290,00, e tempo completo (35h), com um valor médio de 201,08; e para os enfermeiros com horário normal (35h), com um valor médio de 196,29.

Na análise estatística entre o *coping* e o tipo de vínculo à instituição, constatou-se que é significativa para a sub-escala gestão de sintomas (Chi-Square=6,125, $p= .047$), para o contrato administrativo de provimento (CAP), com um valor médio de 208,23, não sendo significativa para as sub-escalas controlo e escape.

Quanto ao *coping* e as habilitações profissionais, constatou-se que não é significativa para as sub-escalas escape e gestão de sintomas, sendo significativa para a sub-escala controlo (Chi-Square=5,417, $p= .020$), para os profissionais de saúde licenciados, com um valor médio de 188,43.

Constatou-se na análise estatística entre o *coping* e a formação pós-básica, que não é significativa para as sub-escalas controlo e gestão de sintomas, sendo significativa para a sub-escala escape (Chi-Square=4,680, $p= .031$), nos profissionais de saúde com pós-graduação, com um valor médio de 195,66.

Entre o *coping* e a categoria profissional, na análise estatística constatou-se que não é significativa para a sub-escala gestão de sintomas, sendo significativa para a sub-escala controlo (Chi-Square=11,054, $p= .011$), para os médicos assistentes graduados, com um valor médio de 192,35 e para os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores, com um valor médio de 227,67; e para a sub-escala escape (Chi-Square=10,891, $p= .012$), para os médicos assistentes graduados, com um valor médio de 217,72, e para os enfermeiros e enfermeiros graduados, com um valor médio de 173,48.

Quanto ao *coping* e as variáveis residência, tempo de exercício profissional e serviço onde exerce a profissão, não se constatou serem estatisticamente significativas as análises.

5.2.2.3 Estilos de vida e as variáveis sócio-demográficas

Na análise estatística entre os estilos de vida e o sexo, constatamos que não é significativa para as sub-escalas estilo de vida (Chi-Square=0,18, $p= .895$), relações interpessoais (Chi-Square=,639, $p= .424$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=1,823, $p= .177$), sendo significativa para a sub-escala consumo de substâncias (Chi-Square=6,957, $p= .008$), no item 3.2 “consumo de álcool” (Chi-Square=13,806, $p= .000$) nos profissionais de saúde do sexo feminino, com um valor médio de 191,25; no item 3.3 “consumo de café” (Chi-Square=5,281, $p= .022$) nos profissionais de saúde do sexo feminino, com um valor médio de 186,62; e no item 3.4 “consumo de medicamentos (automedicação)” (Chi-Square=4,328, $p= .037$) nos profissionais de saúde do sexo feminino, com um valor médio de 185,47.

Porém, para a sub-escala satisfação com estilos de vida, é significativa no item 4.5 “prática de exercício físico” (Chi-Square=7,279, $p= .007$) nos profissionais de saúde do sexo masculino, com um valor médio de 198,37.

Constatamos na análise estatística entre os estilos de vida e a idade, que não é significativa para as sub-escalas relações interpessoais (Chi-Square=50,911, $p= .079$), consumo de substâncias (Chi-Square=43,483, $p= .249$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=46,276, $p= .168$), sendo significativa para a sub-escala estilo de vida (Chi-Square=55,534, $p= .033$), no item 1.2 “estou satisfeito com o meu estilo de vida” (Chi-Square=57,232, $p= .023$), nos

profissionais de saúde com 55 e 63 anos de idade, com um valor médio de 298,50, e de 45 anos de idade, com um valor médio de 252,86; no item 1.4 “o meu estilo de vida contribui para a minha felicidade” (Chi-Square=53,555, $p=.048$), nos profissionais de saúde com 55 e 63 anos de idade, com um valor médio de 268,50, e de 23 anos de idade, com um valor médio de 236,96; e no item 1.5 “se pudesse alteraria o meu estilo de vida” (Chi-Square=54,773, $p=.038$), nos profissionais de saúde com 55 anos de idade, com um valor médio de 295,50, 58 anos de idade, com um valor médio de 254,50, e de 35 anos de idade, com um valor médio de 242,25.

Quanto à análise estatística entre os estilos de vida e a nacionalidade, constatámos que não é significativa para as sub-escalas estilo de vida (Chi-Square=2,516, $p=.284$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=3,294, $p=.193$), sendo significativa para a sub-escala relações interpessoais (Chi-Square=10,146, $p=.006$), no item 2.2 “relações com os seus colegas de trabalho” (Chi-Square=6,244, $p=.044$), nos profissionais de saúde com nacionalidade espanhola, com um valor médio de 200,53, e no item 2.3 “relações com os seus amigos” (Chi-Square=11,146, $p=.004$), nos profissionais de saúde com nacionalidade espanhola, com um valor médio de 217,87.

É, ainda, significativa para a sub-escala consumo de substâncias (Chi-Square=9,182, $p=.010$), no item 3.1 “consumo de tabaco” (Chi-Square=6,317, $p=.042$), nos profissionais de saúde com nacionalidade portuguesa, com um valor médio de 183,12; no item 3.2 “consumo de álcool” (Chi-Square=18,928, $p=.000$), nos profissionais de saúde com nacionalidade portuguesa, com um valor médio de 187,18, e no item 3.4 “consumo de medicamentos (automedicação)” (Chi-Square=13,340, $p=.001$), nos profissionais de saúde com nacionalidade portuguesa, com um valor médio de 185,70.

Na análise estatística entre os estilos de vida e o local de residência, constatámos que não é significativa para as sub-escalas estilo de vida (Chi-Square=,117, $p= .732$), relações interpessoais (Chi-Square=,090, $p= .764$), consumo de substâncias (Chi-Square=,394, $p= .530$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=,136, $p= .712$).

Porém, é significativa para a sub-escala satisfação com estilos de vida, no item 4.1 “distância da sua casa ao hospital (mobilidade)” (Chi-Square=11,100, $p= .001$), nos profissionais de saúde com residência urbana, com um valor médio de 185,67, e no item 4.2 “práticas de condução” (Chi-Square=5,488, $p= .019$), nos profissionais de saúde com residência urbana, com um valor médio de 183,59.

Entre os estilos de vida e a profissão, na análise estatística constatámos que não é significativa para as sub-escalas estilo de vida (Chi-Square=,360, $p= .549$), relações interpessoais (Chi-Square=3,633, $p= .057$), consumo de substâncias (Chi-Square=1,715, $p= .190$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=,129, $p= .719$).

Contudo, é significativa para a sub-escala relações interpessoais, no item 2.2 “relações com os seus colegas de trabalho” (Chi-Square=5,460, $p= .019$), nos profissionais de saúde enfermeiros, com um valor médio de 184,95.

Também, para a sub-escala consumo de substâncias é significativa, no item 3.1 “consumo de tabaco” (Chi-Square=4,475, $p= .034$), nos profissionais de saúde médicos, com um valor médio de 198,39, e no item 3.4 “consumo de medicamentos (automedicação)” (Chi-Square=5,078, $p=.024$), nos profissionais de saúde médicos, com um valor médio de 199,81.

Na análise estatística entre os estilos de vida e o tempo de exercício profissional, constatámos que não é significativa para as sub-escalas estilo de

vida (Chi-Square=31,783, $p= .624$), relações interpessoais (Chi-Square=35,716, $p= .435$), consumo de substâncias (Chi-Square=43,578, $p= .152$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=47,101, $p= .083$).

Porém, é significativa para a sub-escala satisfação com estilos de vida, no item 4.3 “número de horas de sono” (Chi-Square=54,111, $p= .021$), nos profissionais de saúde com 26 anos de serviço, com um valor médio de 290,50, e nos profissionais de saúde com 24, 34 e 40 anos de serviço, com um valor médio de 289,50, e no item 4.4 “hábitos alimentares” (Chi-Square=51,167, $p= .038$), nos profissionais de saúde com 40 anos de serviço, com um valor médio de 339,50, e nos profissionais de saúde com 26 anos de serviço, com um valor médio de 302,71.

Entre os estilos de vida e o regime de trabalho, na análise estatística constatou-se que não é significativa para as sub-escalas relações interpessoais (Chi-Square=12,615, $p= .082$), consumo de substâncias (Chi-Square=11,024, $p= .138$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=3,281, $p= .858$), sendo significativa para a sub-escala estilo de vida (Chi-Square=17,511, $p= .014$), no item 1.4 “o meu estilo de vida contribui para a minha felicidade” (Chi-Square=15,358, $p= .032$), para os médicos com dedicação exclusiva (35h), com um valor médio de 290,00, e dedicação exclusiva (42h), com um valor médio de 176,42, e para os enfermeiros, com horário de 40 horas, com um valor médio de 217,05; e no item 1.5 “se pudesse alteraria o meu estilo de vida” (Chi-Square=17,020, $p= .017$), para os médicos com dedicação exclusiva (35h), com um valor médio de 321,00, e dedicação exclusiva (42h), com um valor médio de 176,24, e para os enfermeiros com horário de 40 horas, com um valor médio de 223,00.

Contudo, para a sub-escala relações interpessoais, é significativa no item 2.1 “relações com a família” (Chi-Square=14,473, $p= .043$), para os médicos com dedicação exclusiva (35h), com um valor médio de 232,50, e tempo completo (35h), com um valor médio de 193,80, e para os enfermeiros, com horário de 40 horas, com um valor médio de 195,29; e no item 2.3 “relações com os seus amigos” (Chi-Square=17,845, $p= .013$), para os médicos com dedicação exclusiva (35h), com um valor médio de 307,50, e tempo completo (35h), com um valor médio de 171,67, e para os enfermeiros, com horário de 40 horas, com um valor médio de 218,31.

Também, para a sub-escala consumo de substâncias, é significativa no item 3.4 “consumo de medicamentos (automedicação)” (Chi-Square=14,242, $p= .047$), para os médicos com dedicação exclusiva (35h), com um valor médio de 268,50, e dedicação exclusiva (42h), com um valor médio de 209,18; e para os enfermeiros com tempo parcial (18-24h), com uma média de 268,50, e horário normal (35h), com um valor médio de 165,13.

E, ainda, para a sub-escala satisfação com estilos de vida, é significativa no item 4.6 “gestão do tempo livre” (Chi-Square=17,308, $p= .016$), para os médicos com dedicação exclusiva (35h), com um valor médio de 330,25, e dedicação exclusiva (42h), com um valor médio de 172,42; e para os enfermeiros com tempo parcial (18-24h), com uma média de 311,00, e horário de 40 horas, com um valor médio de 215,64.

Na análise estatística entre os estilos de vida e o tipo de vínculo à instituição dos profissionais de saúde, constatou-se que não é significativa para as sub-escalas consumo de substâncias (Chi-Square=4,753, $p= .093$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=,690, $p= .708$), sendo significativa para a sub-escala estilo de vida (Chi-Square=12,732, $p= .002$), no item 1.1 “o meu estilo

de vida corresponde ao meu ideal” (Chi-Square=6,431, $p= .040$), para os profissionais de saúde com contrato individual, com um valor médio de 201,30; no item 1.2 “estou satisfeito com o meu estilo de vida” (Chi-Square=9,055, $p= .011$), para os profissionais de saúde com contrato individual, com um valor médio de 204,91; no item 1.3 “considero o meu estilo de vida adequado” (Chi-Square=12,239, $p= .002$), para os profissionais de saúde com contrato individual, com um valor médio de 208,14; no item 1.4 “o meu estilo de vida contribui para a minha felicidade” (Chi-Square=6,080, $p= .048$), para os profissionais de saúde com contrato individual, com um valor médio de 200,77; e, no item 1.5 “se pudesse alteraria o meu estilo de vida” (Chi-Square=13,454, $p= .001$), para os profissionais de saúde com contrato individual, com um valor médio de 211,90.

Também, é significativa para a sub-escala relações interpessoais (Chi-Square=7,661, $p= .022$), no item 2.3 “relações com os seus amigos” (Chi-Square=9,663, $p= .008$), para os profissionais de saúde com contrato individual, com um valor médio de 205,10.

Contudo, para a sub-escala consumo de substâncias, é significativa no item 3.2 “consumo de álcool” (Chi-Square=10,018, $p= .007$), para os profissionais de saúde com vínculo definitivo, com um valor médio de 188,30, e no item 3.4 “consumo de medicamentos (automedicação)” (Chi-Square=11,045, $p= .004$), para os profissionais de saúde com contrato administrativo de provimento (CAP), com um valor médio de 211,92.

Constatou-se na análise estatística entre os estilos de vida e as habilitações profissionais, que não é significativa para as sub-escalas estilo de vida (Chi-Square=,461, $p= .497$), relações interpessoais (Chi-Square=,959, $p= .327$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=,254, $p= .615$), sendo significativa

para a sub-escala consumo de substâncias (Chi-Square=5,965, $p= .015$), no item 3.1 “consumo de tabaco” (Chi-Square=3,920, $p= .048$), para os profissionais de saúde com licenciatura, com um valor médio de 185,92; no item 3.2 “consumo de álcool” (Chi-Square=6,960, $p= .008$), para os profissionais de saúde com licenciatura, com um valor médio de 188,37; e no item 3.4 “consumo de medicamentos (automedicação)” (Chi-Square=9,731, $p= .002$), para os profissionais de saúde com licenciatura, com um valor médio de 190,26.

Por outro lado, é significativa para a sub-escala relações interpessoais, no item 2.1 “relações com a família” (Chi-Square=3,870, $p= .049$), para os profissionais de saúde com bacharelato, com um valor médio de 192,26.

Também, para a sub-escala satisfação com estilos de vida, é significativa no item 4.1 “distância da sua casa ao hospital (mobilidade)” (Chi-Square=4,326, $p= .038$), para os profissionais de saúde com licenciatura, com um valor médio de 186,42.

Na análise estatística entre os estilos de vida e a formação pós-básica, constatou-se que não é significativa para nenhuma das sub-escalas, respectivamente, estilo de vida (Chi-Square=1,040, $p= .308$), relações interpessoais (Chi-Square=2,100, $p= .147$), consumo de substâncias (Chi-Square=1,231, $p= .267$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=,406, $p= .524$).

Mas, é significativa para a sub-escala estilo de vida, no item 1.4 “o meu estilo de vida contribui para a minha felicidade” (Chi-Square=4,193, $p= .041$), para os profissionais de saúde sem pós-graduação, com um valor médio de 181,19.

Também, para a sub-escala relações interpessoais, é significativa no item 2.2 “relações com os seus colegas de trabalho” (Chi-Square=4,150, $p= .042$), para os profissionais de saúde sem pós-graduação, com um valor médio de 181,00.

E, ainda, para a sub-escala satisfação com estilos de vida, é significativa no item 4.3 “número de horas de sono” (Chi-Square=4,027, $p= .045$), para os profissionais de saúde com pós-graduação, com um valor médio de 193,13.

Entre os estilos de vida e o serviço onde os profissionais de saúde exercem a profissão, na análise estatística constatou-se que não é significativa para as sub-escalas relações interpessoais (Chi-Square=22,296, $p= .174$), consumo de substâncias (Chi-Square=17,260, $p= .437$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=24,631, $p= .103$), sendo significativa para a sub-escala estilo de vida (Chi-Square=37,767, $p= .003$), no item 1.1 “o meu estilo de vida corresponde ao meu ideal” (Chi-Square=32,748, $p= .012$), para os profissionais de saúde da neonatologia, com um valor médio de 261,00, e da supervisão dos serviços de enfermagem, com um valor médio de 243,33; no item 1.2 “estou satisfeito com o meu estilo de vida” (Chi-Square=33,644, $p= .009$), para os profissionais de saúde da neonatologia, com um valor médio de 247,25, e das especialidades médicas, com um valor médio de 233,36; no item 1.3 “considero o meu estilo de vida adequado” (Chi-Square=29,256, $p= .032$), para os profissionais de saúde da neonatologia, com um valor médio de 251,50, e da supervisão dos serviços de enfermagem, com um valor médio de 235,50; no item 1.4 “o meu estilo de vida contribui para a minha felicidade” (Chi-Square=29,893, $p= .027$), para os profissionais de saúde das especialidades médicas, com um valor médio de 243,36, e da psiquiatria, com um valor médio de 233,85; e, no item 1.5 “se pudesse alteraria o meu estilo de vida” (Chi-Square=30,009, $p= .026$), para os profissionais de saúde da psiquiatria, com

um valor médio de 238,44, e da supervisão dos serviços de enfermagem, com um valor médio de 235,33.

Porém, para a sub-escala relações interpessoais, é significativa no item 2.2 “relações com os seus colegas de trabalho” (Chi-Square=28,881, $p= .036$), para os profissionais de saúde da supervisão dos serviços de enfermagem, com um valor médio de 256,00, e das especialidades médicas, com um valor médio de 225,91.

E, para a sub-escala satisfação com estilos de vida, é significativa no item 4.1 “distância da sua casa ao hospital (mobilidade)” (Chi-Square=29,796, $p= .028$), para os profissionais de saúde da neonatologia, com um valor médio de 275,00, e das análises e patologia clínicas, com um valor médio de 251,00.

Na análise estatística entre os estilos de vida e a categoria profissional, constatou-se que não é significativa para nenhuma das sub-escalas, respectivamente, estilo de vida (Chi-Square=2,583, $p= .460$), relações interpessoais (Chi-Square=5,737, $p= .125$), consumo de substâncias (Chi-Square=2,139, $p= .544$) e satisfação com estilos de vida (Chi-Square=4,023, $p= .259$).

Contudo é significativa para a sub-escala relações interpessoais, no item 2.2 “relações com os seus colegas de trabalho” (Chi-Square=49,306, $p= .025$), para os médicos internos da especialidade e assistentes hospitalares, com um valor médio de 166,49, e para os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores, com um valor médio de 208,53.

E, para a sub-escala satisfação com estilos de vida, é significativa no item 4.1 “distância da sua casa ao hospital (mobilidade)” (Chi-Square=7,865, $p= .049$), para os médicos assistentes graduados e chefes de serviço, com um valor médio de 213,86, e para os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores,

com um valor médio de 199,34. Também é significativa no item 4.3 “número de horas de sono” (Chi-Square=12,789, $p= .005$), para os médicos assistentes graduados e chefes de serviço, com um valor médio de 207,49, e para os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores, com um valor médio de 225,41.

5.2.3 Análise das hipóteses formuladas

Como o objectivo deste trabalho é a investigação e a análise dos factores de *burnout*, dos estilos de vida, as estratégias de *coping* dos profissionais de saúde e a sua influência na saúde e bem-estar, tendo em conta todos estes aspectos, recorreremos à regressão linear (R) e ao teste de Kruskal Wallis (já referido), como principais metodologias de análise estatística dos dados (Pestana e Gageiro, 2000; Tuckman, 2000).

O uso da regressão linear deve-se ao facto de ser objectivo deste trabalho compreender a contribuição das variáveis que compõem o *burnout*, o *coping* e os estilos de vida, e as suas relações com as variáveis em estudo, em que a análise do teste F permite extrapolar os resultados da amostra para o universo, sendo que, quando o nível de significância do teste F é de 0,000, valor inferior a 0,05, rejeita-se a hipótese nula, pois “cada uma das variáveis independentes deve ter uma regressão linear com a variável dependente” (Hill & Hill, 2000: 294).

5.2.3.1 Descrição dos resultados

Uma vez que não se encontrou um modelo teórico próximo para realizar este estudo ao nível dos estilos de vida, vamos utilizar um modelo que pode ser considerado exploratório.

Assim, quanto ao estilo de vida influenciar a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, na exaustão emocional (EE), com $F = 8,557$ e um nível de significância de $.005$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o estilo de vida no médico não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização (DP), constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = 2,253$ e um nível de significância de $.137$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o estilo de vida no médico não influencia a despersonalização; e, para a realização pessoal (RP), constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico com $F = 4,802$ e um nível de significância de $.031$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o estilo de vida no médico não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 42).

Para o enfermeiro, da análise estatística constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para a exaustão emocional, com $F = 34,003$ e um nível de significância de $.000$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o estilo de vida no enfermeiro não influencia a exaustão emocional. Por seu turno, na despersonalização, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = 9,773$ e um nível de significância de $.002$, pelo que não se aceita a hipótese nula de que o estilo de vida no enfermeiro, não influencia a despersonalização, e para a realização pessoal,

constatamos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = ,293$ e um nível de significância de $.589$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o estilo de vida no enfermeiro não influencia a realização pessoal (vide quadro 42).

Quadro 42: Resultado obtido da regressão entre as variáveis do estilo de vida e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

		R	Média do quadrado	F	p
Médico	EE	,314	1057,504	8,557	,005*
	DP	,168	72,385	2,253	,137
	RP	,241	309,905	4,802	,031*
Enfermeiro	EE	,332	3696,136	34,003	,000*
	DP	,185	257,711	9,773	,002*
	RP	,033	18,285	,293	,589

* $p < .05$

Em segundo lugar, para a hipótese das relações interpessoais influenciarem a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, constatamos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, na exaustão emocional, com $F = 7,844$ e um nível de significância de $.006$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que as relações interpessoais no médico não influenciam a exaustão emocional. Por outro lado, para a despersonalização, constatamos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = 1,502$ e um nível de significância de $.224$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que as relações interpessoais no médico não influenciam a realização pessoal, e para a realização pessoal, constatamos que é

estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = 4,171$ e um nível de significância de $.045$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que as relações interpessoais no médico não influenciam a realização pessoal (*vide* quadro 43).

Para o enfermeiro, da análise estatística constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para a exaustão emocional, com $F = 21,073$ e um nível de significância de $.000$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que as relações interpessoais no enfermeiro não influenciam a exaustão emocional; para a despersonalização, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = 21,920$ e um nível de significância de $.000$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que as relações interpessoais no enfermeiro não influenciam a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = 12,750$ e um nível de significância de $.000$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que as relações interpessoais no enfermeiro não influenciam a realização pessoal (*vide* quadro 43).

Quadro 43: Resultado obtido da regressão entre as variáveis relações interpessoais e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

		R	Média do quadrado	F	p
Médico	EE	,302	977,402	7,844	,006*
	DP	,137	48,699	1,502	,224
	RP	,225	271,232	4,171	,045*
Enfermeiro	EE	,267	2390,656	21,073	,000*
	DP	,272	554,356	21,920	,000*
	RP	,211	761,839	12,750	,000*

* $p < .05$

Em terceiro lugar, para a hipótese do consumo de substâncias influenciar a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, na exaustão emocional, com $F = ,465$ e um nível de significância de $.498$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o consumo de substâncias no médico não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = ,820$ e um nível de significância de $.368$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o consumo de substâncias no médico não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = ,261$ e um nível de significância de $.611$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o consumo de substâncias no médico não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 44).

Para o enfermeiro, da análise estatística constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para a exaustão emocional, com $F = ,223$ e um nível de significância de $.637$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o consumo de substâncias no enfermeiro não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = 2,136$ e um nível de significância de $.145$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o consumo de substâncias no enfermeiro não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = ,105$ e um nível de significância de $.746$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o consumo de substâncias no enfermeiro não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 44).

Quadro 44: Resultado obtido da regressão entre as variáveis consumo de substâncias e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

		R	Média do quadrado	F	p
Médico	EE	,077	63,333	,465	,498
	DP	,028	26,822	,820	,368
	RP	,058	17,807	,261	,611
Enfermeiro	EE	,028	27,238	,223	,637
	DP	,088	57,864	2,136	,145
	RP	,020	6,557	,105	,746

Em quarto lugar, quanto à satisfação com os estilos de vida influenciar a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, na exaustão emocional, com $F = 7,087$ e um nível de significância de $.009$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que a satisfação com os estilo de vida no médico não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = 2,014$ e um nível de significância de $.160$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que a satisfação com os estilo de vida no médico não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = 10,426$ e um nível de significância de $.002$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de

que a satisfação com os estilos de vida no médico não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 45).

Para o enfermeiro, da análise estatística constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para a exaustão emocional, com $F = 20,274$ e um nível de significância de .000, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que a satisfação com os estilo de vida no enfermeiro não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização, com $F = 4,266$ e um nível de significância de .040, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que a satisfação com os estilo de vida no enfermeiro não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = 6,013$ e um nível de significância de .015, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o consumo de substâncias no enfermeiro não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 45).

Quadro 45: Resultado obtido da regressão entre as variáveis satisfação com estilos de vida e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

		R	Média do quadrado	F	p
Médico	EE	,289	890,968	7,087	,009*
	DP	,159	64,881	2,014	,060
	RP	,343	630,079	10,426	,002*
Enfermeiro	EE	,262	2306,214	20,274	,000*
	DP	,124	114,705	4,266	,040*
	RP	,146	367,898	6,013	,015*

* $p < .05$

Em quinto lugar, para a hipótese de que o tipo de organização hospitalar influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para os profissionais de saúde, na exaustão emocional, com Chi-Square =2,205 e um nível de significância de .138, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese, com Chi-Square =,287 e um nível de significância de .592, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde não influencia a despersonalização; e constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese, na realização pessoal, com Chi-Square =,024 e um nível de significância de .876, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 46).

Quadro 46: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis tipo de organização hospitalar e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

	χ^2	p
Exaustão Emocional	2,205	,138
Despersonalização	,287	,592
Realização Pessoal	,024	,876

Em sexto lugar, para a hipótese de que o tipo de organização hospitalar influencia o estilo de vida, relações interpessoais, consumo de substâncias e satisfação com estilos de vida, constatámos que não é estatisticamente

significativa esta hipótese para os profissionais de saúde, no estilo de vida, com Chi-Square = ,189 e um nível de significância de ,664, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde não influencia o estilo de vida; para as relações interpessoais constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese com Chi-Square =10,838 e um nível de significância de ,001, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde não influencia as relações interpessoais; para o consumo de substâncias constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para os profissionais de saúde, com Chi-Square =,013 e um nível de significância de ,910, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde não influencia o consumo de substâncias; e para a satisfação com estilos de vida constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para os profissionais de saúde, com Chi-Square =,236 e um nível de significância de ,627, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde não influencia a satisfação com estilos de vida (*vide* quadro 47).

Quadro 47: Resultado obtido do teste de Kruskal Wallis entre as variáveis tipo de organização hospitalar e o estilo de vida, as relações interpessoais, o consumo de substâncias e satisfação com estilos de vida.

	χ^2	p
Estilo de vida	,189	,664
Relações interpessoais	10,838	,001*
Consumo de substâncias	,013	,910
Satisfação com estilos de vida	,236	,627

* p < .05

Em sétimo lugar, para a hipótese de que o *coping* centrado no controlo influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, na exaustão emocional, com $F = ,893$ e um nível de significância de $.347$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no controlo no médico não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = ,321$ e um nível de significância de $.573$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no controlo no médico não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = 9,256$ e um nível de significância de $.003$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no controlo no médico não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 48).

Para o enfermeiro, da análise estatística constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para a exaustão emocional, com $F = 5,238$ e um nível de significância de $.023$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no controlo no enfermeiro não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = 19,829$ e um nível de significância de $.000$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no controlo no enfermeiro não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = 30,625$ e um nível de significância de $.000$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no controlo no enfermeiro não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 48).

Quadro 48: Resultado obtido da regressão entre o *coping* centrado no controlo e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

		R	Média do quadrado	F	P
Médico	EE	,106	121,126	,893	,347
	DP	,064	10,560	,321	,573
	RP	,326	566,867	9,256	,003*
Enfermeiro	EE	,137	627,838	5,238	,023*
	DP	,259	505,025	19,829	,000*
	RP	,317	1722,826	30,625	,000*

* p < .05

Em oitavo lugar, para a hipótese de que o *coping* centrado no escape influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, na exaustão emocional, com $F = 5,308$ e um nível de significância de .024, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no escape no médico não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = 6,720$ e um nível de significância de .011, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no escape no médico não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = ,047$ e um nível de significância de .828, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no escape no médico não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 49).

Para o enfermeiro, da análise estatística constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para a exaustão emocional, com $F = 12,391$ e um nível de significância de $.001$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no escape no enfermeiro não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = 8,869$ e um nível de significância de $.003$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no escape no enfermeiro não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = ,003$ e um nível de significância de $.957$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado no controlo no enfermeiro não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 49).

Quadro 49: Resultado obtido da regressão entre o *coping* centrado no escape e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

		R	Média do quadrado	F	P
Médico	EE	,252	681,516	5,308	,024*
	DP	,282	204,471	6,720	,011*
	RP	,025	3,247	,047	,828
Enfermeiro	EE	,208	1448,134	12,391	,001*
	DP	,177	234,610	8,869	,003*
	RP	,003	,181	,003	,957

* $p < .05$

Por último, quanto ao *coping* centrado na gestão de sintomas influenciar a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, na exaustão emocional, com $F = 5,417$ e um nível de significância de $.023$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado na gestão de sintomas no médico não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização, constatámos que é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = 19,249$ e um nível de significância de $.000$, pelo que não se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado na gestão de sintomas no médico não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o médico, com $F = ,484$ e um nível de significância de $.489$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado na gestão de sintomas no médico não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 50).

Para o enfermeiro, da análise estatística constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para a exaustão emocional, com $F = 1,444$ e um nível de significância de $.230$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado na gestão de sintomas no enfermeiro não influencia a exaustão emocional; para a despersonalização, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = 3,113$ e um nível de significância de $.079$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o *coping* centrado na gestão de sintomas no enfermeiro não influencia a despersonalização; e para a realização pessoal, constatámos que não é estatisticamente significativa esta hipótese para o enfermeiro, com $F = ,877$ e um nível de significância de $.350$, pelo que se aceita a hipótese nula, de que o

coping centrado na gestão de sintomas no enfermeiro não influencia a realização pessoal (*vide* quadro 50).

Quadro 50: Resultado obtido da regressão entre o *coping* centrado na gestão de sintomas e a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal.

		R	Média do quadrado	F	P
Médico	EE	,255	694,623	5,417	,023*
	DP	,445	510,273	19,249	,000*
	RP	,079	32,962	,484	,489
Enfermeiro	EE	,072	175,469	1,444	,230
	DP	,106	84,041	3,113	,079
	RP	,056	54,649	,877	,350

* p < .05

Em seguida, passamos à discussão dos resultados, onde vamos debater os argumentos acerca dos resultados obtidos no nosso estudo.

5.2.4 Discussão dos resultados

Começamos por concluir no nosso estudo que o *burnout* e os estilos de vida são importantes e determinantes para os profissionais de saúde. Deste modo, no que respeita aos estilos de vida nos profissionais de saúde, tendo em consideração as médias obtidas, constatámos a evidência de que os profissionais estão satisfeitos com o estilo de vida, consideram ter um estilo de

vida adequado, assim como ter consumos de substâncias adequados e relações interpessoais satisfatórias.

Quanto ao *burnout* nos profissionais de saúde, verificámos que 23,8% apresenta altos níveis de exaustão emocional, 21,6% apresenta níveis médios de exaustão emocional e 54,6% apresenta baixos níveis, do que resulta um nível baixo de exaustão emocional (ainda que próximo dos valores médios) e que não está de acordo com Matos, Veja e Urdániz (1999) e Adali *et al.* (2003) ao verificarem que os profissionais de saúde, em geral, apresentam níveis médios de *burnout* e de exaustão emocional.

Verificámos nos profissionais de saúde que 24,9% apresenta altos níveis de despersonalização, 24,7% apresenta níveis médios e que 50,4% apresenta baixos níveis, do que resulta um nível médio de despersonalização. Estes resultados coincidem com os obtidos por Matos, Veja e Urdániz (1999), que num estudo sobre o *burnout* em profissionais de saúde concluíram que existem valores médios de despersonalização.

Para além disso, verificámos que 39,2% apresenta altos níveis de realização pessoal, 29,7% apresenta níveis médios e 31,1% apresenta níveis baixos para a realização pessoal, o que resulta num nível médio de realização pessoal. Isto está de acordo com Matos, Veja e Urdániz (1999), que num estudo sobre o *burnout* em profissionais de saúde concluíram para a realização pessoal valores médios moderadamente elevados.

No mesmo sentido, González e González (1998), com profissionais de saúde médicos verificaram que, 59,7% estavam em exaustão emocional, 36,1% apresentavam despersonalização e 31,2% tinham realização pessoal. Estes são valores diferentes dos encontrados por nós, nomeadamente para a

exaustão emocional, em que é um valor muito superior ao da nossa investigação.

Considerando outro estudo com médicos e enfermeiros, Nogueira (1988) encontrou sintomas de *burnout* em 86,8% profissionais de saúde (médicos), tendo 82% sintomas crónicos (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999), sendo valores (bastante mais elevados) muito diferentes dos encontrados na nossa investigação, bem como nas investigações acima referidas.

Num outro estudo (Queirós, 2005), concluiu que 25% dos profissionais de saúde (enfermeiros) apresentam *burnout* no trabalho, o que é um valor inferior ao nosso (45,4 % de *burnout* nos profissionais de saúde), e que 4% a 10% têm exaustão emocional, o que em relação ao nosso estudo (23,8% com altos níveis de exaustão emocional) é um valor bastante inferior. Por seu turno Villena, Zelada e Olcese (2003), num trabalho em profissionais de saúde, observaram um nível baixo nas dimensões exaustão emocional e despersonalização do síndrome de *burnout* e um nível alto na dimensão realização pessoal, o que não está de acordo com os nossos resultados.

Quanto à exaustão emocional nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro concluímos que, 21% apresenta altos níveis de exaustão emocional, 25,8% apresenta altos níveis de despersonalização e que 39,2% apresenta altos níveis de realização pessoal.

No que respeita à exaustão emocional nos profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio concluímos que, 26,9% apresenta altos níveis de exaustão emocional, 24% apresenta altos níveis de despersonalização e que 39,2% apresenta altos níveis de realização pessoal. Estes valores são ligeiramente superiores aos do Hospital Distrital de Faro.

Quanto ao *coping*, concluímos que a gestão de sintomas é a estratégia mais utilizada, o que se pode compreender pelo facto de os profissionais de saúde ao lidarem com as doenças e os seus sinais e sintomas poderão de alguma forma desenvolver capacidades para melhor gerirem os sintomas associados ao *burnout*; em seguida usam o controlo, o que se pode compreender pelo facto de os valores de exaustão não serem demasiado elevados (comparados com outros estudos), sendo os valores do controlo relativamente altos, tal como Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003), verificaram ao afirmarem que a exaustão esta associada negativamente ao controlo, e como Ceslowitz (1989), que observou que tinham menos *burnout* os profissionais de saúde que usavam estratégias de controlo (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999); e, em último lugar, surge o escape que apresenta os valores mais baixos tal como a exaustão emocional, o que se justifica segundo Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003), para quem a exaustão esta associada positivamente ao evitamento (escape). Além disso, diversos trabalhos (Pines, 1981; Etzion & Pines, 1986; Reig & Caruana, 1990) indicam o evitamento ou escape, tal como é definido por Lazarus e Folkman (1984), associado ao *burnout* e aos sintomas de exaustão emocional, despersonalização e de falta de realização pessoal. De uma forma mais específica, Rotman (1988) associa este tipo de mecanismo à exaustão emocional e à despersonalização, o que os nossos resultados confirmam, pois sendo os resultados da exaustão emocional e despersonalização relativamente baixos, assim o são também os resultados do escape.

Aliás, os valores relativamente altos por nós encontrados na realização pessoal relacionam-se com os baixos valores encontrados para o escape, ao contrário

de Thornton, em 1992, para quem o evitamento ou escape está associado à falta de realização pessoal (Vaz Serra, 1999).

Quanto aos estilos de vida, concluímos que nestes, o estilo de vida, as relações interpessoais e a satisfação com estilos de vida nos profissionais de saúde relacionam-se negativamente com o *burnout*, em geral, e com a exaustão emocional e a despersonalização, em particular.

Por não termos estudos que relacionem os estilos de vida com o *burnout*, constatamos a evidência desta relação e pensamos que poderá ser explicado por Pines (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) que verificou que o *burnout* se correlaciona negativamente com as relações laborais e suporte social, o que significa que quando estes factores dos estilos de vida são positivos e adequados o *burnout*, a exaustão emocional e a despersonalização diminuem, pois um estilo de vida adequado, com uma rede social adequada servindo de apoio e um estilo de vida que satisfaça os profissionais de saúde, pode explicar uma melhor capacidade para lidar com as situações de *burnout*, como é o caso da exaustão emocional e da despersonalização, sendo que, para Ogden (1999; 2004), os estilos de vida quando não adequados relacionam-se com o stresse, nomeadamente com o stresse crónico e pode ter efeitos prejudiciais nas mudanças de comportamentos a longo termo, resultando para Maslach e Leiter (1997) em *burnout*.

Já quanto às relações interpessoais e a satisfação com estilos de vida nos profissionais de saúde, verificámos que quando estas são adequadas e positivas, a realização pessoal também aumenta, o que está de acordo com Pines (1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), quando refere que o ambiente e a presença de recursos (sociais) influencia a realização pessoal, e com Rowh (1989), que salienta que, nos estilos de vida, a cooperação (deve

ser encontrada sempre que for necessária ou se precise de ajuda) é uma das bases mais importantes. Assim sendo, será adequado considerarmos as relações interpessoais como relevantes para ajudar a lidar com o *burnout* incrementando a realização pessoal nos profissionais de saúde.

Quanto ao *burnout* nos profissionais de saúde, a exaustão emocional relaciona-se negativamente com o controlo, o que é explicado por Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003) e Ceslowitz (1989), em que menos *burnout* está relacionado com o *coping* centrado na resolução de problemas e estratégias de controlo.

Por outro lado, a exaustão emocional nos profissionais de saúde relaciona-se positivamente com o escape o que se pode explicar de acordo com Pines (1981), Etzion e Pines (1986) e Reig e Caruana (1990), ao dizerem que o evitamento ou escape, tal como é definido por Lazarus e Folkman (1984), está associado ao *burnout*. Rotman (1988) também afirma que os sujeitos com estratégias de escape-evitamento perante os problemas são os que desenvolvem mais facilmente sintomas de exaustão emocional e despersonalização. No mesmo sentido, Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003) ao dizerem que a exaustão emocional é preditor do evitamento, estando associada positivamente ao evitamento; quanto à exaustão emocional nos profissionais de saúde relacionar-se positivamente com a gestão de sintomas, isto poderá explicar-se de acordo com Latack (1986) ao considerar a importância das estratégias de gestão de sintomas para lidar com os sintomas de stresse (Pinheiro *et al.*, 2003) e tendo em linha de conta que a exaustão emocional é a resultante do stresse ocupacional quando levado ao limite (Maslach & Jackson, 1981,1986).

A despersonalização relaciona-se negativamente com o controlo, tal como para Ceslowitz (1989), ao verificar que tinham menos *burnout* os sujeitos que

usavam mais o coping centrado na resolução de problemas ou estratégias de controlo (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999).

Quanto à relação positiva da despersonalização com o escape, está de acordo com Thornton, em 1992, no estudo que realizou e em que verificou que os sujeitos com estratégias de escape-evitamento perante os problemas eram os que desenvolviam mais facilmente sintomas de despersonalização (Vaz Serra, 1999); quanto à relação positiva da despersonalização com a gestão de sintomas, sabemos que a despersonalização está associada à exaustão emocional, pois o surgimento da exaustão emocional (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), de certa forma, leva à despersonalização dos sujeitos como uma procura de ganhar distância emocional do serviço, o que pode traduzir esta relação, na medida que a exaustão emocional - e logo a despersonalização - nos profissionais de saúde relaciona-se positivamente com a gestão de sintomas. Isto poderá definir-se através da Latack (1986) ao considerar a importância das estratégias de gestão de sintomas para lidar com os sintomas de stresse (Pinheiro *et al.*, 2003) e portanto do *burnout*.

A realização pessoal relaciona-se positivamente com o controlo no nosso estudo. Ora, Landsbergis, em 1988, encontrou que o *burnout* era significativamente mais elevado nos trabalhos que combinavam grande exigência e uma baixa percepção de controlo (Buunk & Schaufeli, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993), pelo que uma alta realização pessoal está associada ao controlo, uma vez que níveis altos de exaustão emocional e de despersonalização estão associados a uma baixa realização pessoal (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993) e logo a uma baixa percepção de controlo.

Nos profissionais de saúde o estilo de vida relaciona-se negativamente com o escape, pelo que constatamos a evidência de que um estilo de vida adequado e salutar não justifica mecanismos de *coping* como o escape, no nosso estudo. As relações interpessoais no nosso trabalho relacionam-se positivamente com o controlo, pelo que quando as relações interpessoais nos profissionais de saúde são boas o controlo também é melhor. Num estudo realizado por Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003), verificou-se que o suporte social era preditor da estratégia de controlo, pelo que sendo as relações interpessoais a base para uma rede de suporte social, podemos inferir que as relações interpessoais se relacionam de forma positiva com o controlo.

Constatámos a evidência de que o consumo de substâncias nos profissionais de saúde relaciona-se negativamente com a gestão de sintomas, tal como Wiley e Camacho (1980) que, tendo em consideração estilos de vida como consumo de tabaco e consumo de álcool (consumo de substâncias), verificaram a existência de uma relação significativa negativa entre estes e o estado de saúde. Ora a gestão de sintomas pode contribuir para os profissionais gerirem melhor os sintomas associados ao mal estar e conseqüentemente à saúde (Jesus & Costa, 1998), pelo que, na nossa investigação, podemos inferir que quando o consumo de substâncias aumenta nos profissionais de saúde a gestão de sintomas diminui.

O *burnout* é significativo na análise com o sexo dos profissionais de saúde para a despersonalização, apresentando os profissionais de saúde do sexo masculino mais despersonalização do que o sexo feminino, o que está de acordo com Villena, Zelada e Olcese (2003), em que o sexo feminino apresenta um nível baixo na despersonalização, mas não o está para Matos, Veja e Urdániz (1999), sobre o *burnout* em profissionais de saúde, que verificou

quanto ao sexo não existem diferenças significativas entre os homens e as mulheres. Também, em 1991, Burke e Richardsen comprovaram em estudos com médicos que o sexo masculino tinha mais stresse (Vaz Serra, 1999), o que pode ajudar a compreender a existência de maior *burnout* na dimensão despersonalização para os profissionais do sexo masculino.

Ainda pode ser compreendido através de Correia (1999) que num estudo com médicos e enfermeiros, verificou que os profissionais do sexo masculino tinham mais exaustão emocional do que os profissionais do sexo feminino e, como sabemos, estudos recentes mostraram as inter-relações entre a despersonalização e a exaustão, em que o modelo corrente (Leiter, 1990, 1991) representa a despersonalização como uma função da exaustão emocional que modera a maioria do impacto das condições ambientais da despersonalização (Leiter, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993).

Na análise entre a idade dos profissionais de saúde e o *burnout* verifica-se que é significativa para a exaustão emocional e para a despersonalização, pois os profissionais de saúde com 56 e 46 anos de idade apresentam mais exaustão emocional e os profissionais de saúde com 56 e 30 anos de idade têm mais despersonalização. Estes resultados vão na linha de Parreira e Sousa (2000) que, quanto à idade, verificaram existir uma tendência explicativa para a dimensão despersonalização. No entanto, estes resultados não estão de acordo com estudos realizados em profissionais de saúde por Queirós (2005) em que encontrou jovens profissionais mais exaustos emocionalmente e fisicamente, mas menos despersonalizados, sendo o contrário nos profissionais com mais idade (menos exaustão e mais despersonalização). Também Correia (1999) verificou em que os profissionais com menos de 25 anos de idade têm um nível mais elevado de exaustão emocional. Aliás, Adali *et al.* (2003) dizem

que as pessoas com mais idade e mais experiência, fazem frente com êxito à pressão no trabalho e, portanto, têm menos *burnout*. Também, Villena, Zelada e Olcese (2003) verificaram que não eram estatisticamente significativas as relações entre as dimensões do síndrome de *burnout* com as variáveis idade.

Porém, o facto de a exaustão emocional e a despersonalização estarem presentes simultaneamente vem confirmar as inter-relações entre a despersonalização e a exaustão (Leiter, 1990, 1991; Maslach & Jackson, 1997).

Quanto à análise entre a nacionalidade e o *burnout* dos profissionais de saúde concluiu-se que é significativa para a realização pessoal, tendo os profissionais de saúde de nacionalidade portuguesa mais realização pessoal do que as restantes nacionalidades (espanhola e outras), o que é uma evidência que se constata e poderá ser explicada por um trabalho de Correia (1999) realizado em Portugal, para quem os profissionais de saúde tinham níveis altos de realização pessoal, e também pelo facto dos portugueses se encontrarem no seu país e os outros profissionais se encontrarem deslocados.

Para a profissão, da análise com o *burnout* verifica-se que é significativa para a despersonalização, apresentando os médicos mais despersonalização do que os enfermeiros, o que vai ao encontro dos estudos de Villena, Zelada e Olcese (2003), para quem as enfermeiras apresentaram um nível baixo de despersonalização.

Da análise entre as habilitações dos profissionais de saúde e o *burnout* verifica-se que é significativa para a despersonalização tendo os profissionais de saúde com o bacharelato mais despersonalização do que os licenciados. Não tendo estudos que possam servir de comparação, podemos, através dos estudos de McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) em que a formação contribui para os

profissionais lidarem melhor com o stresse ocupacional, pensar que os profissionais de saúde com mais habilitações lidam melhor com o *burnout* (resultado do stresse crónico profissional), apresentando menos despersonalização.

Já para a formação pós-básica dos profissionais de saúde e o *burnout* constata-se a evidência e verifica-se da análise que é significativa para a exaustão emocional e despersonalização, em que os profissionais de saúde com formação pós-básica têm mais exaustão emocional e despersonalização, o que não está na sequência do que McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) estudaram para o stresse ocupacional.

Na análise entre o serviço onde se exerce a profissão e o *burnout* constata-se que os profissionais de saúde da neurologia, análises e patologia clínica apresentam mais exaustão emocional e os profissionais de saúde da neurologia e neonatologia têm mais despersonalização, mas não existindo estudos semelhantes para que se possam comparar os serviços constatamos a evidência. Em todo o caso, Villena, Zelada e Olcese (2003), num trabalho com profissionais de pediatria (serviço na sequência da neonatologia) verificaram que estes apresentam um nível baixo na despersonalização, o que nós concluímos.

Já a este respeito, Parreira (1998), numa outra investigação, comprovou que os profissionais que exercem funções em unidades com maior contacto com doentes terminais e com índices de mortalidade mais elevado apresentam níveis de *burnout* mais altos, o que poderá ser o caso da neurologia no nosso estudo, em que alguns doentes por vezes com doenças neurológicas incapacitantes podem conduzir à morte.

Na discussão referente à relação entre os estilos de vida e as variáveis em estudo, por não existirem estudos nesta área, iremos constatar as evidências e sempre que possível procurar explicar estas relações.

Assim, quanto ao estilo de vida e ao sexo verifica-se que os profissionais de saúde do sexo feminino têm um consumo mais adequado nas substâncias (álcool, café e consumo de medicamentos “automedicação”) e os profissionais de saúde do sexo masculino na satisfação com estilos de vida têm mais satisfação na prática de exercício físico.

Quanto ao álcool verifica-se que os homens bebem mais do que as mulheres (Ferreira & Lourenço, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003), o que está de acordo com o nosso estudo. Por outro lado, segundo Plant, Plant e Foster, em 1992, existia uma relação entre o stresse e o consumo de álcool (Vaz Serra, 1999), o que pode explicar o consumo de álcool em geral.

Quanto ao café e ao seu consumo nos profissionais de saúde verifica-se a evidência, e sabe-se acerca dos hábitos de consumo do café divulgados (Teste Saúde, 2004b) que quase um terço dos portugueses bebe muito café; quanto ao sexo feminino ter um consumo mais adequado no consumo de medicamentos “automedicação” em relação ao sexo masculino, confirma-se a evidência e constata-se através de estudo da associação Europeia da Industria da Automedicação (AESPG), em 2003, que quase um quarto dos portugueses compra habitualmente medicamentos sem prescrição médica (Lucena, 2005). Para os profissionais de saúde do sexo masculino na satisfação com estilos de vida terem mais satisfação na prática de exercício físico constata-se a evidência de que os profissionais de saúde do sexo masculino praticam mais exercício físico.

Na análise entre a idade dos profissionais de saúde e o estilo de vida verifica-se que, de forma significativa os profissionais de saúde com 55, 63 e 45 anos de idade obtêm uma média mais alta no item “estou satisfeito com o meu estilo de vida”, enquanto para os profissionais de saúde com 55, 63 e 23 anos de idade no item “o meu estilo de vida contribui para a minha felicidade”, constatando-se a evidência de que apresentam mais satisfação e felicidade quanto ao estilo de vida; para os profissionais de saúde com 55, 58 e 35 anos de idade no item “se pudesse alteraria o meu estilo de vida” concluiu-se que não alterariam o estilo de vida se pudessem, o que se pode explicar no caso de terem mais idade (63,55,58 e 35 anos) por serem profissionais já com as vidas definidas tanto do ponto de vista profissional e pessoal, como do ponto de vista económico, para além de poder haver um envelhecimento saudável. Segundo Guralnik e Kaplan (1989), sujeitos com mais idade, com estilos de vida adequados eram os mais saudáveis. Também Waller e Bates, em 1992, verificaram que a vida saudável em sujeitos com bastante idade estava associado a comportamentos saudáveis (Ribeiro, 1998).

No que diz respeito aos mais novos (23 anos) pode-se explicar pelo facto de sentirem que o estilo de vida que têm é saudável e os ajuda a serem felizes tendo em perspectiva um futuro adequado às suas expectativas, tanto do ponto de vista profissional e pessoal, como do ponto de vista económico. Pacheco, Murcho e Jesus (2004, 2005a, 2005b) ao abordar a qualidade de vida, dizem que os estilos de vida saudáveis contribuem para uma melhor qualidade de vida e, portanto, um melhor bem-estar e saúde.

Quanto à análise entre a nacionalidade e os estilos de vida dos profissionais de saúde constata-se a evidência que os profissionais de saúde de nacionalidade espanhola nas relações interpessoais, apresentam relações mais satisfatórias

com os colegas de trabalho e os amigos do que os profissionais portugueses e de outras nacionalidades, o que se pode compreender através do facto dos profissionais de saúde espanhóis estarem fora do país e procurarem minorar esse aspecto cultivando as relações interpessoais; conclui-se também que os profissionais de saúde de nacionalidade portuguesa no consumo de substâncias, apresentam um consumo mais adequado no tabaco, álcool e automedicação do que os profissionais espanhóis e de outras nacionalidades, o que se pode explicar pelo facto de os profissionais espanhóis procurarem, através do consumo de substâncias, uma “ajuda” para lidarem com a ausência do país, casa e/ou da família. No que diz respeito ao consumo de álcool podemos ter em consideração que na nossa amostra a maioria dos profissionais espanhóis é do sexo feminino (53,9%), e um estudo realizado em Espanha por Matos, Veja e Urdániz (1999), para o álcool, encontrou uma relação significativa entre este e o sexo, sendo, contudo, mais elevado os problemas com o álcool nos homens.

Todavia Matos, Veja e Urdániz (1999) não encontraram uma relação significativa entre o consumo de álcool e de tabaco, sendo que no nosso estudo o consumo de álcool e de tabaco está associado.

Para a residência, da análise com o estilo de vida verifica-se que é significativa na satisfação dos estilo de vida para os profissionais de saúde com residência urbana que apresentam mais satisfação na distância da casa ao hospital (mobilidade) e nas práticas de condução, do que os profissionais de saúde com residência rural, o que se justifica pelo facto de percorrerem menos quilómetros e demorarem menos tempo para chegar ao hospital.

Quanto à profissão e aos estilos de vida, da análise conclui-se que os enfermeiros têm relações com os colegas de trabalho mais satisfatórias do que

os médicos o que se explica pelo facto de os enfermeiros terem que trabalhar sempre em equipa sendo uma profissão com uma grande envolvente relacional (Pacheco, 2005); verifica-se que os médicos apresentam um consumo de tabaco e de medicamentos (automedicação) mais adequado do que os enfermeiros, pois tradicionalmente os enfermeiros segundo Heim, em 1992, passam por situações de stresse maiores do que os médicos (Vaz Serra, 1999), é o grupo profissional mais afectado por transtornos psicopatológicos (comparando com a população em geral) e, em situações stressantes, envolvem-se no consumo de psicofármacos (Vaz Serra, 1999) e no de tabaco, como é o caso na nossa investigação.

Da análise entre o tempo de exercício profissional dos profissionais de saúde e os estilos de vida constatamos respectivamente que os profissionais de saúde com 26, 24, 34 e 40 anos de serviço estão mais satisfeitos com o número de horas de sono do que os outros profissionais com outras idades, o que se pode explicar pelo facto de terem um sono mais adequado às suas necessidades, pois os profissionais com mais tempo de serviço tendem a ter horários mais favoráveis, ou seja, terem horários fixos de dia ou fazerem poucos turnos à tarde ou noite; além disso, verificámos que os profissionais de saúde com 40 e 26 anos de serviço estão mais satisfeitos com os hábitos alimentares do que os restantes profissionais, o que se pode compreender pelo facto de serem profissionais com funções de chefia ou de coordenação, podendo gerir melhor os seus horários e fazer uma alimentação melhor em quantidade e qualidade.

Constata-se que os profissionais de saúde do sexo feminino apresentam mais estratégias de controlo do que os do sexo masculino, o que não está na linha de Vaz Serra (1999) para quem o sexo feminino é mais vulnerável pela necessidade de compatibilizar a vida pessoal e familiar com a profissional e

não está de acordo com Pacheco (2002) para quem o sexo feminino tende a desenvolver com mais frequência estratégias de *coping* centradas na emoção em vez de estratégias de resolução de problemas (controle) - o que poderá ser explicado pela socialização dos papéis sociais (Cleto, 1998) - do que o sexo masculino, estando isto de acordo com Cleto (1998). Mas o sexo feminino usa também, tal como os homens (normalmente com valores mais altos), estratégias de *coping* centradas na resolução do problema (controle) (Cleto, 1998; Vaz Serra, 1999).

Verificámos que os profissionais de saúde com 47 e 54 anos de idade utilizam mais estratégias de escape, contrariando Vaz Serra (1999), para quem os indivíduos mais jovens são os mais vulneráveis por falta de experiência profissional e com as estratégias mais de evitamento ou escape.

Constatámos a evidência de que os profissionais de saúde com nacionalidade portuguesa utilizam mais estratégias de controle do que os das outras nacionalidades, o que poderá ser explicado pelos níveis de ansiedade associados ao *burnout*, pois Rafferty, Smith e Ptacek, em 1997, disseram que o *coping* aparece associado a padrões de ansiedade e que a ansiedade estimulante pode estar ligada a níveis mais elevados de *coping* centrado na tarefa (controle), sendo este considerado o mais adaptativo (Prisco & Fontaine, 1999).

Concluiu-se que os profissionais de saúde médicos utilizam mais estratégias de escape (evitamento) do que os enfermeiros, o que se pode inferir através da bibliografia e dos estudos nela referidos que mostram estratégias associadas ao escape, como o consumo de álcool, o consumo de drogas ilícitas e de psicofármacos e o abuso do tabaco, muitas vezes usadas por médicos como mecanismos redutores da tensão emocional. Também Thomas

et al., em 1980, e Juntunen *et al.*, em 1988, verificaram que o consumo de bebidas alcoólicas nos médicos era mais alto do que o da população em geral, estando normalmente associado às condições stressantes e ao *burnout* (Vaz Serra, 1999).

Porém, isto poderá ser explicado pela socialização (Vaz Serra, 1999) e por respostas individuais – relacionadas, por exemplo, com as características de personalidade (Kobasa, 1979) - e pelo controlo perceptivo da situação, como explica Fisher (1986), ao relacionar o stresse e o conceito de perda de controlo, e Lazarus e Folkman (1984), ao referirem a importância da percepção e avaliação quando se está sujeito a uma fonte de stresse.

Os médicos com avença (20h) e tempo completo (35h) e os enfermeiros com tempo parcial (18-24h) apresentam mais estratégias de escape do que os outros profissionais.

Constatou-se, também, que os médicos com dedicação exclusiva (35h) e tempo completo (35h), os enfermeiros com horário normal (35h) e os profissionais de saúde com contrato administrativo de provimento (CAP) apresentam estratégias de *coping* centradas na gestão de sintomas em relação aos outros profissionais, o que segundo Jesus e Costa (1998) significa que usam mais as actividades de lazer ou de ocupação de tempos livres e que, como Jesus (1998) refere acerca da ocupação dos tempos livres, serve para os profissionais gerirem melhor os sintomas associados ao mal estar, pelo que nesta situação podemos inferir estar associado ao *burnout*.

Verificámos que os profissionais de saúde licenciados - caso dos enfermeiros especialistas, chefes e supervisores - usam mais as estratégias de controlo do que os outros profissionais de saúde, o que pode ser inferido tendo por base os estudos de McIntyre, McIntyre e Silvério (1999) em que a formação contribui

para os profissionais lidarem melhor com o stresse ocupacional (falamos de estratégias de *coping*), sendo as estratégias de controlo as mais adaptativas (Prisco & Fontaine, 1999).

Porém tal não explica porque é que os profissionais de saúde com pós-graduação apresentam mais estratégias de escape do que os restantes profissionais, mas poder-se-á compreender através das respostas individuais - relacionadas, por exemplo, com as características de personalidade (Kobasa, 1979) - e pelo controlo preceptivo da situação, como explica Fisher (1986) ao relacionar o stresse e o conceito de perda de controlo. Por muito agreste que seja o ambiente, o sujeito pode apresentar respostas diferentes, inerentes – para Damásio (1999) – ao *self* biológico e autobiográfico, o que está presente nas ideias de Cleto e Costa (1996).

Os médicos assistentes graduados utilizam tanto estratégias de controlo como de escape, mas usando mais estratégias de escape, o que poderá ser compreendido à luz do que acima referimos e complementado pelo auto-conceito e auto-estima dos sujeitos, uma vez que Damon e Hart (1982; *cit. in* Simões, 1996) falam num sistema conceptual centrado nos atributos pessoais que formam a base cognitiva da identidade pessoal e da auto-estima de cada sujeito. Também para Vaz Serra (1999) e Stuart e Laraia (2001), o autoconceito influencia a forma como um sujeito se percepção a si próprio e o mundo à sua volta, tendo desta forma um papel importante no desenrolar da vida quotidiana (uso das estratégias de *coping*).

Já os enfermeiros e enfermeiros graduados apresentam as estratégias de centradas no escape que, como acima referimos, se poderá explicar pela formação (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999), socialização (Sprinthall &

Collins, 1999; Vaz Serra, 1999) e características da personalidade (Kobasa, 1979) e do *self* (Cleto & Costa, 1996; Damásio, 1999; Stuart & Laraia, 2001).

Podemos da análise descritiva dos estilos de vida constatar a evidência de que os profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro e do Hospital do Barlavento Algarvio, têm uma prática continuada em horas por semana no convívio com a família, extra laboral com os colegas de trabalho e os amigos, respectivamente de 30,69 horas, 5,62 horas e 9,75 horas por semana, e que poderá estar associado ao nível baixo de *burnout* e à boa realização pessoal, pois alguns estudos dizem que as redes sociais de suporte (Compas, 1987; Antunes & Fontaine, 1996) são importantes, estando relacionadas com o bem-estar e o sucesso, e onde a forma como o sujeito lida com os acontecimento de vida, ou seja, como mantém a relação social e a relação com o meio, é também relevante. Nesta situação é importante, não só a rede social de apoio em que o sujeito está inserido, mas a qualidade de apoio da mesma. Tem grande importância, nos conflitos interpessoais, a resposta empática, ou seja, encontrar por parte da pessoa a quem se recorre compreensão para o seu problema (Vaz Serra, 1999). Os sujeitos com uma relação familiar estável, com relações sociais boas e integrados no meio em que residem são menos vulneráveis a sintomas de distresse (Jesus & Costa, 1998) e logo de *burnout*. É desta maneira que podemos inferir que o meio social (por exemplo, a disponibilidade de uma estrutura de suporte social) pode facilitar ou tornar possível o sucesso da adaptação à vida stressante (Compas, 1987) e em última análise ao aparecimento do *burnout*.

Na sua maioria os profissionais de saúde não consomem tabaco (70,3%), e os profissionais de saúde que fumam consomem uma média de 13,56 cigarros por dia num mínimo de um e num máximo de 40. Estes resultados estão de acordo

com Ribeiro (1998), ao dizer que no nosso país a percentagem de pessoas que fumam é inferior a 30% e sendo que MacKay e Eriksen (2002) referiram que em Portugal a prevalência é de 30 a 39%.

Contudo outros estudos apresentam resultados diferentes, como o de Matos *et al.* (1999), que num estudo com profissionais de saúde, observaram que 40,6% dos sujeitos fumavam, considerando como "Pequeno fumador" o consumir menos de 20 cigarros/dia, tal como acontece no nosso estudo. Noutros trabalhos, verificaram-se valores mais altos de fumadores, com 49,2% (Sanchez *et al.*, 1988) e 65% (Castillo *et al.*, 1990).

No nosso estudo a maioria dos profissionais de saúde não consome álcool (67,2%), sendo os consumos inferiores aos da população em geral, o que não está de acordo com os trabalhos de Juntunen *et al.*, em 1988, com profissionais de saúde (Vaz Serra, 1999), na Finlândia, onde comprovaram que o consumo de bebidas alcoólicas era mais alto do que o da população, em geral, e Ferreira e Lourenço (2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003) que verificaram num inquérito que o vinho é a bebida mais consumida (44%) no nosso País, seguido da cerveja (30,6%), e onde o Algarve tem mais consumidores de licores e de whisky.

Também observámos que, ao beber, o valor diário mais frequentemente observado (valor mínimo considerado no estudo) é, respectivamente, de 10 a 20 gramas de álcool para o vinho (63,2%), de 10 a 20 gramas de álcool para a cerveja (76%) e de 20 a 40 gramas de álcool para as bebidas brancas (88%), o que são valores já considerados elevados, pois a redução dos riscos (Breda, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003) pode ser obtida mais firmemente para níveis de consumo inferiores a 10 gramas por dia (menos de 1 copo de qualquer bebida alcoólica). Esta relação negativa entre o consumo de álcool e o risco

(de doença coronária, por exemplo) é maior quando este consumo se divide ao longo da semana (como é o caso) e não quando se concentra numa só ocasião dessa mesma semana, sendo que as consequências crescem à medida que aumenta o consumo de álcool - isto para níveis de consumo próximos de 20 gramas por dia -, e em que 1/5 da população já experimentou duas ou mais destas consequências negativas durante o período de um ano (Breda, 2003; *in* Clímaco & Ramos, 2003). Além disso, num estudo de 1997, sobre Determinantes do Peso da Doença na União Europeia, o consumo de álcool surge como segundo factor de risco de doença (8,4%) (Carvalho, 2003a; *in* Clímaco & Ramos, 2003).

A maioria dos profissionais de saúde consomem café (79,6%) o que ainda está longe dos valores do estudo realizado na Europa (Portugal, Espanha, Itália, França e Bélgica) em que mais de 90% dos consumidores estudados nos cinco países consome bebidas com cafeína (sendo o café o maior fornecedor de cafeína com 94%) (Teste Saúde, 2004b); ao beber café, o valor mais frequentemente observado é de 1 a 2 cafés/dia (58,6%) e só 6,6% consomem 5 ou mais cafés por dia (considerados consumidores muito elevados). Estes valores elevados poderão influenciar de forma negativa a saúde, segundo a literatura.

Porém, no que respeita ao consumo elevado, Lima (2005) afirma que um limite máximo não prejudicial para a saúde humana situa-se na faixa de 500 miligramas por dia de cafeína, o equivalente a cinco doses individuais, afirmando, até, que o café puro ou com leite na dose de 3 a 4 chávenas diárias é um agente preventivo da depressão e do suicídio, segundo estudos realizados em mais de 200.000 pessoas durante dez anos, nos Estados Unidos (Califórnia e Boston). Estes dados colocam, desta forma, o consumo do café e

seus elementos como uma prioridade para a ciência médica, enquanto factor importante para a saúde pública ao nível da prevenção, sendo que a depressão (episódios depressivos) afecta uma em cada quatro pessoas adultas durante a vida.

Observámos que a maioria dos profissionais de saúde automedica-se (65,3%) o que não está de acordo com um estudo da Associação Europeia da Industria da Automedicação (AESPG), realizado em 2003, em que se concluiu que só quase um quarto (25%) dos portugueses compra habitualmente medicamentos sem prescrição médica (Lucena, 2005). De qualquer modo, devemos ter em consideração que os profissionais de saúde, ao lidarem regularmente com a medicação e sendo conhecedores dos seus benefícios e efeitos secundários, poderão ser tentados a usá-los com mais facilidade do que a população em geral.

Também os profissionais de saúde que se automedicam, consomem respectivamente, ansiolíticos (16,5%), analgésicos (59,1%), antipiréticos (42%) e anti-inflamatórios (45,7%), o que está de acordo com Lucena (2005) em que os medicamentos mais usados sem prescrição médica, são os tranquilizantes, os analgésicos e os antipiréticos.

Considerando o resultado de 16,5% no consumo dos ansiolíticos obtido nos profissionais de saúde, verificamos que este valor está longe dos de Matos *et al.* (1999), quanto aos tranquilizantes ao concluírem que os médicos consumiam 5,5% frente aos 7,3% dos enfermeiros e outros. Também nos resultados do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde, 2002), se verificou que cerca de 8,9% dos utentes com prescrição médica estava a ser tratado com benzodiazepinas, o que vem confirmar os trabalhos de Domenighetti *et al.*, em 1991, que mostraram, que os

profissionais de saúde que trabalham na área de saúde mental, numa proporção maior do que a população em geral e do que os colegas, tomam diariamente tranquilizantes e comprimidos para dormir. Também Valliant *et al.*, em 1970, verificaram que existia nos médicos uma prevalência maior de uso de tranquilizantes e de comprimidos para dormir (Vaz Serra, 1999). Por seu turno, num outro estudo nos Estados Unidos, Stout-Wiengand e Trent, em 1981, observaram que o consumo de drogas, por parte dos médicos, se correlaciona com o stresse profissional, não sendo o acesso às drogas, mas antes a presença ou ausência de stresse, tal como para os enfermeiros, que em situações stressantes envolvem-se no consumo de drogas ilícitas ou psicofármacos (Vaz Serra, 1999).

Ainda um estudo realizado por Matos *et al.* (1999), depois de estudar o *burnout* em profissionais de saúde, verificaram que 10% dos médicos e 25% de enfermeiros e outros profissionais de saúde consumiam analgésicos sendo valores muito inferiores aos encontrados nos profissionais de saúde ao automedicarem-se com analgésicos (59,1%).

Na sua maioria os profissionais de saúde automedicam-se “ocasionalmente”, sendo, respectivamente, para os ansiolíticos (81,3%), para os analgésicos (97,6%), para os antipiréticos (42%) e para os anti-inflamatórios (95%), sendo de ter-se em conta que estes medicamentos (ansiolíticos) causam grande dependência física ou psíquica (Kaplan & Sadock, 1992) e são perigosos quando associados ao álcool e/ou a outros fármacos. Além disso, a automedicação ocasional com ansiolíticos poderá estar (entre outras causas) associada às alterações do sono (36,1%) que os profissionais de saúde referem.

Verificámos que a maioria dos profissionais de saúde dorme entre 6 e 8 horas por noite (74,8%), o que está de acordo com os estudos realizados, ao indicarem que a maioria das pessoas dorme de 6 a 9 horas por noite, com uma média de oito a nove horas por noite (Ribeiro, 1998; Stuart & Laraia, 2001). Quanto aos profissionais de saúde com alterações do sono (36,1%) apresentarem, respectivamente, dificuldade em adormecer (57,3%), despertar intermitente durante o sono (30,2%), acordar muito cedo (8,5%) e dificuldade em adormecer e despertar intermitente durante o sono (4%), está de acordo com Kaplan e Sadock (1992) e Paiva (2005) ao referirem que 30% da população apresenta insónia e Vitiello (1997; referido por Haber, 2003) que fala em cerca de 40% das pessoas afectadas por este problema e, ainda, com os resultados encontrados em 2004, em que mais de 40% dos adultos referem pelo menos uma vez problemas no sono, e em que o *National Institute of Health* diz que a insónia crónica e outras formas severas de insónia afectam entre 10% a 15% dos adultos (<http://www.psychologymatters.org/insomnia.html>).

Porém, outros estudos revelam valores superiores, como nos Estados Unidos, em que o *National Sleep Foundation* diz que 56% dos americanos experienciou um ou mais sintomas de insónia segundo D. Shelton, em 1999, e outro trabalho em que mais de 50% de todos os adultos já teve insónia durante pelo menos algumas noites por semana (Haber, 2003). Ainda outros trabalhos confirmam os valores mais comuns (30 a 40%) (American Psychiatric Association, 1996).

Os profissionais de saúde na sua maioria não praticam exercício físico (50,1%) e dos que fazem exercício físico, 37% praticam mais de 3 horas por semana de exercício, 24,7% praticam ocasionalmente e 23,6% praticam duas horas por semana de exercício. A este respeito, devemos considerar o ideal definido pelo *American College of Sports Medicine*, entidade de referência norte americana

da área, que para se ter uma boa forma física e saúde cardiovascular, um adulto saudável, deve praticar exercício físico 3 a 5 vezes por semana, com sessões de 20 minutos (Calmeiro & Matos, 2004).

Somente 14,7% dos profissionais de saúde praticam uma hora por semana de exercício, sendo insuficiente e não corresponde ao ideal para uma melhor saúde, pois, os autores são unânimes (Blair, Kohl, Paffenbarger, Clark, Cooper e Gibbons, 1989; Ribeiro, 1998; Stroebe & Stroebe, 1999) quanto à importância da quantidade de exercício necessário para reduzir o risco de morte precoce.

Constatámos a evidência de que os profissionais de saúde na sua maioria fazem gestão do tempo livre (83,2%) fazendo os profissionais de saúde enfermeiros uma gestão de tempo livre mais adequada, na medida que Modlin e Montes (1964), num estudo sobre médicos, descrevem problemas de falta de tempo para lazer e Kales, Martin e Soldaors (1978), constatam que os médicos quase nunca desfrutam das situações e relaxam (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999).

Na sua maioria os profissionais de saúde nas folgas costumam passear ou viajar (70,6%) mas é mais nas férias que costumam passear ou viajar (90,8%), o que poderá ser um aspecto relevante, na medida em que as férias e as viagens são períodos de lazer, e um estudo publicado no *Journal of Occupation Medicine*, refere que quem nunca tira férias ou não se consegue desligar do trabalho nos momentos de lazer, tem uma probabilidade de adoecer de 60% superior ao normal (Ornellas, 2003b). As férias são para serem gozadas e em princípio servem para descansar e reduzir a tensão da vida diária.

Da análise entre as variáveis de caracterização dos estilos de vida e a profissão dos profissionais de saúde, constatámos a evidência de que o convívio com a família é maior nos profissionais de saúde médicos, o que pode

ser explicado por uma investigação (Jesus, Pacheco & Santos, 2003) em que se fez o levantamento das estratégias de vida saudável (estilos de vida saudáveis) usadas por profissionais de saúde, e onde se verifica que o tempo para a família, tem a média mais elevada, mas não se confirma num estudo acerca dos estilos de vida na classe médica (Modlin & Montes, 1964), em que se verifica que a fadiga laboral esta associada a fracas relações familiares (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999)

Quanto ao convívio com os amigos ser maior nos profissionais de saúde enfermeiros, Jesus, Pacheco e Santos (2003) verificaram, também, que as relações interpessoais são mais valorizadas pelos enfermeiros do que pelos médicos.

O consumo de álcool e de café nos profissionais de saúde enfermeiros é mais elevado do que o dos outros profissionais de saúde, sendo que, no que respeita ao álcool, um estudo, realizado na Escócia em 600 enfermeiros por Plant, Plant e Foster, em 1992, verificou uma relação entre o stresse e o consumo de álcool (Vaz Serra, 1999). Em outros estudos, segundo Hingley e Cooper, em 1986, verificou-se que 52% de uma amostra de enfermeiras consumia álcool de modo regular como forma de se relaxarem (*cit. in* Sutherland e Cooper ,1990). Mas um estudo de Juntunen *et al.*, em 1988, com médicos, comprovou que o consumo de bebidas alcoólicas parecia ser mais alto do que o da população em geral (Vaz Serra, 1999).

Quanto à automedicação para o consumo de ansiolíticos é maior nos profissionais de saúde médicos, o que está em concordância com Vaz Serra (1999), assim como para um estudo de Valliant *et al.*, em 1970, referido por este autor, sobre o comportamento de médicos e comparado com outras

profissões, que verificou existir nos médicos uma prevalência maior de uso de tranquilizantes e de comprimidos para dormir.

Na análise entre as variáveis de caracterização dos estilos de vida e o tipo de organização hospitalar onde os profissionais de saúde exercem funções, constata-se a evidência de que: o convívio extra laboral com os colegas de trabalho nos profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio (Sociedade Anónima) é maior do que para Hospital Distrital de Faro (Sociedade Pública Administrativa); o consumo de café nos profissionais de saúde do HBA é maior do que o do HDF; o tempo médio gasto na deslocação entre a casa e o hospital nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro é maior do que o gasto pelos profissionais do Hospital do Barlavento Algarvio; o número de acidentes de viação com culpa no último ano, nos profissionais de saúde do HDF é maior do que o dos profissionais de saúde do HBA; as alterações do sono nos profissionais de saúde do HDF são mais elevadas do que as dos profissionais de saúde do HBA; e a quantidade de alimentos necessários na alimentação por dia, é mais adequada nos profissionais de saúde do Hospital Distrital de Faro do que a dos profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio. Estes resultados não podem ser alvo de comparação, pois não existem estudos baseados na escala que utilizámos e com estas variáveis.

Quanto às hipóteses em estudo, verificámos que o estilo de vida nos médicos influencia a exaustão emocional e a realização pessoal, não influenciando a despersonalização e que nos enfermeiros o estilo de vida influencia a exaustão emocional e a despersonalização, não influenciando a realização pessoal. Estes resultados não podem ser alvo de comparação, pois não existem estudos baseados na escala que utilizámos e com estas variáveis. Mas, considerando que o estilo de vida de uma pessoa exprime o seu padrão de

vida traduzido em termos de actividades, interesses e opiniões, interagindo com o seu ambiente (Kotler, 1997; *cit. in* Finotti, 2004) ou, como diz Lalonde, em 1974, o estilo de vida é o conjunto de decisões individuais que afectam a vida do sujeito e sobre as quais tem algum controlo (Ribeiro,1998), temos Ogden (1999, 2004), que relaciona os efeitos do stresse (no limite podemos ter o *burnout*) e as mudanças de comportamentos, associados a certos estilos de vida prejudiciais à saúde.

Assim, os estados de mal-estar ou doença são influenciados por um estilo de vida não saudável sendo relevante, adoptar comportamentos de saúde no estilo de vida de cada sujeito, para aumentar as hipóteses de atingir um bom estado de saúde segundo Alder, em 1995, e referido por Matos *et al.* (1996).

Desta forma, podemos inferir que o estilo de vida nos profissionais de saúde de uma forma geral influencia o *burnout*.

Quanto ao facto das relações interpessoais nos profissionais de saúde influenciarem a realização pessoal e a exaustão, tanto para os médicos como para os enfermeiros, e a despersonalização, só para os enfermeiros, não podendo estes resultados ser alvo de comparação, pois não existem estudos baseados na escala que utilizámos e com estas variáveis, mas considerando outros estudos, temos que Chi (1986), ao avaliar o bem-estar, confirma que a variação no bem-estar é função do estilo de vida e do suporte social, em particular. Também Jesus, Pacheco e Santos (2003) referem para os profissionais de saúde, o tempo para a família como um dos itens onde a média é mais elevada e que as relações interpessoais, quer com os colegas de trabalho, quer com os utentes são valorizadas.

Relativamente ao consumo de substâncias nos profissionais de saúde verifica-se que não influencia a exaustão emocional, a despersonalização e a

realização pessoal, tanto para os médicos como para os enfermeiros, o que não é verificado por Matos, Veja e Urdániz (1999), sobre o *burnout* em profissionais de saúde, pois concluem que existe uma relação significativa entre um maior consumo de cigarros por dia e uma maior probabilidade de ter altos níveis de despersonalização e, ainda, que os profissionais de saúde que consomem analgésicos ou tranquilizantes apresentam um nível mais elevado de exaustão emocional.

Também outros estudos, como o de Stout-Wiengand e Trent, em 1981, referido por Vaz Serra (1999) concluem que o consumo de drogas, por parte dos médicos, se correlaciona com o stresse profissional; Wiley e Camacho (1980; referido por Vaz Serra, 1999), num sentido mais lato, tendo em consideração estilos de vida como consumo de tabaco e de álcool, verificam a existência duma relação significativa entre estes e o estado de saúde, tal como McQueen (1987; referido por Bennett & Murphy, 1999), que verificou que o abuso de tabaco e do álcool são comportamentos associados à doença.

Relativamente à satisfação com os estilos de vida nos profissionais de saúde influenciar a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, verifica-se que a satisfação com os estilos de vida influencia nos médicos e nos enfermeiros a exaustão emocional e a realização pessoal, e nos enfermeiros a despersonalização, o que está em concordância com os estudos de Wiley e Camacho (1980), tendo em consideração estilos de vida como consumo de tabaco, consumo de álcool, exercício físico, horas de sono por noite, e em que se verifica a existência de uma relação significativa entre estes e o estado de saúde (não existência de *burnout*, por exemplo) e os trabalhos de Waller e Bates, em 1992, que, num estudo sobre variáveis associadas a uma vida saudável, concluem que a maioria dos sujeitos que pratica comportamentos

saudáveis como exercício físico, não fumar, não abusar do álcool e bons hábitos alimentares, entre outros, têm uma vida saudável (Ribeiro, 1998).

Verificámos que o tipo de organização hospitalar nos profissionais de saúde médicos e enfermeiros não influencia o *burnout* (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal). Por seu turno, Junior *et al.* (2002), num estudo sobre o *burnout* em enfermeiros do Hospital Distrital de Faro, verificaram que a cultura organizacional não influencia o *burnout*. Considerando que Maslach e Leiter (1997) descrevem o local de trabalho dos dias de hoje como frio, hostil, em permanente mudança, tanto económica como psicologicamente, onde as pessoas estão emocional, física e espiritualmente exaustas, temos que o desenvolvimento organizacional (Beer, 1976) deve visar melhorar as organizações através de esforços sistemáticos e planificados a prazo, centrados numa cultura de organização, nos processos sociais e humanos da organização. A ênfase no desenvolvimento situa-se nas equipas de trabalho. Esta forma de intervenção tem por princípio que a maior parte das pessoas pode estar motivada, com um ambiente de apoio.

Contudo, para que tal aconteça, é necessário que os membros das equipas se ajudem uns aos outros e que existam comportamentos eficazes de liderança e de participação. A dinâmica das equipas de trabalho de uma organização têm um poderoso efeito sobre as atitudes e os comportamentos das pessoas (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Logo, se numa organização não existir um suporte social adequado ao stresse (Winnubst, Buunk & Marcelissen, 1988), existe uma forte probabilidade de se sofrer de pressão. É nesta sequência de processo que o stresse e a pressão se desenvolvem (Gaines & Jermier, 1983) e que pode surgir o *burnout* (Winnubst, 1993; *cit. in* Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Deste modo, podemos inferir

que, se estiverem preenchidos os aspectos que enumerámos, é possível que o tipo de organização não influencie o *burnout*.

Este aspecto não é confirmado quando verificamos que o tipo de organização hospitalar, não influencia a concordância com o estilo de vida, o consumo de substâncias e a satisfação com os estilos de vida. No entanto, influencia as relações interpessoais, pelo que (não podendo estes resultados ser alvo de comparação) se pode depreender que os tipos de organização em questão, tal como diz Beer (1976), podem visar melhorar a organização, através de esforços sistemáticos e planificados a prazo centrados numa cultura de organização, nos processos sociais e humanos da organização.

Quanto ao *coping* orientado para o controlo influenciar a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, nos profissionais de saúde, concluiu-se que influencia nos enfermeiros a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, e nos médicos só a realização pessoal. Também Ceslowitz (1989), examinando profissionais de saúde, encontrou que tinham menos *burnout* os que usavam o *coping* centrado na resolução de problemas e estratégias de controlo (Moreno-Jiménez & Puente, 1999; *in* Simón [Ed.], 1999). De uma forma mais abrangente, Folkman e colaboradores (1986) e Compas (1987) a este respeito referem que, na relação com o agente stressor, são incluídas estratégias de resolução de problemas

Relativamente ao *coping* orientado para o escape influenciar a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, nos profissionais de saúde, concluiu-se que influencia nos médicos e nos enfermeiros a exaustão emocional e a despersonalização. Esta situação é justificada por diversos trabalhos (Pines, 1981; Etzion & Pines, 1986; Reig & Caruana, 1990) que indicaram o evitamento ou escape, tal como é definido por Lazarus e Folkman

(1984), associado ao *burnout*. De uma forma mais clara, Rotman (1988) associa este tipo de mecanismo à exaustão emocional e à despersonalização e, num estudo com profissionais de saúde realizado por Thornton, em 1992, verifica-se que os sujeitos com estratégias de escape-evitamento perante os problemas são os que desenvolvem mais facilmente sintomas de exaustão emocional, despersonalização e de falta de realização pessoal, pois o *coping* centrado no evitamento (Prisco & Fontaine, 1999) é considerado mais disfuncional.

Quanto ao *coping* centrado na gestão de sintomas influenciar a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal, nos profissionais de saúde, concluiu-se que influencia nos médicos a exaustão emocional e a despersonalização. Da mesma forma, Latack (1986), Jesus e Costa (1998) e Pinheiro *et al.* (2003) também incluem as estratégias de gestão de sintomas para lidar com os sintomas de stresse e, portanto, com o *burnout*.

Desta maneira, podemos considerar, em geral, para os profissionais de saúde um modelo resultante da análise das hipóteses formuladas, em que o estilo de vida, as relações interpessoais e a satisfação com os estilos de vida, influenciam a exaustão emocional, sendo que as relações interpessoais também influenciam a realização pessoal, em que o *coping* centrado no controlo influencia a realização pessoal e o *coping* centrado no escape influencia tanto a exaustão emocional como a despersonalização (*vide* figura 12).

Em suma, da apreciação global dos resultados, podemos dizer que os profissionais de saúde estão satisfeitos com o estilo de vida achando-o adequado e que o estilo de vida se relaciona com o *burnout* e com as estratégias de *coping* nos profissionais de saúde, apresentando cerca de

metade dos profissionais de saúde respectivamente, 45,4% e 49,6%, para a exaustão emocional (média e alta) e a despersonalização (média e alta), mas mais de metade (68,9%) dos profissionais de saúde considera ter realização pessoal. Também a estratégia de *coping* escape está associada ao *burnout* tal como é usualmente descrito na literatura (Pines, 1981; Etzion & Pines, 1986; Reig & Caruana, 1990; Prisco & Fontaine, 1999).

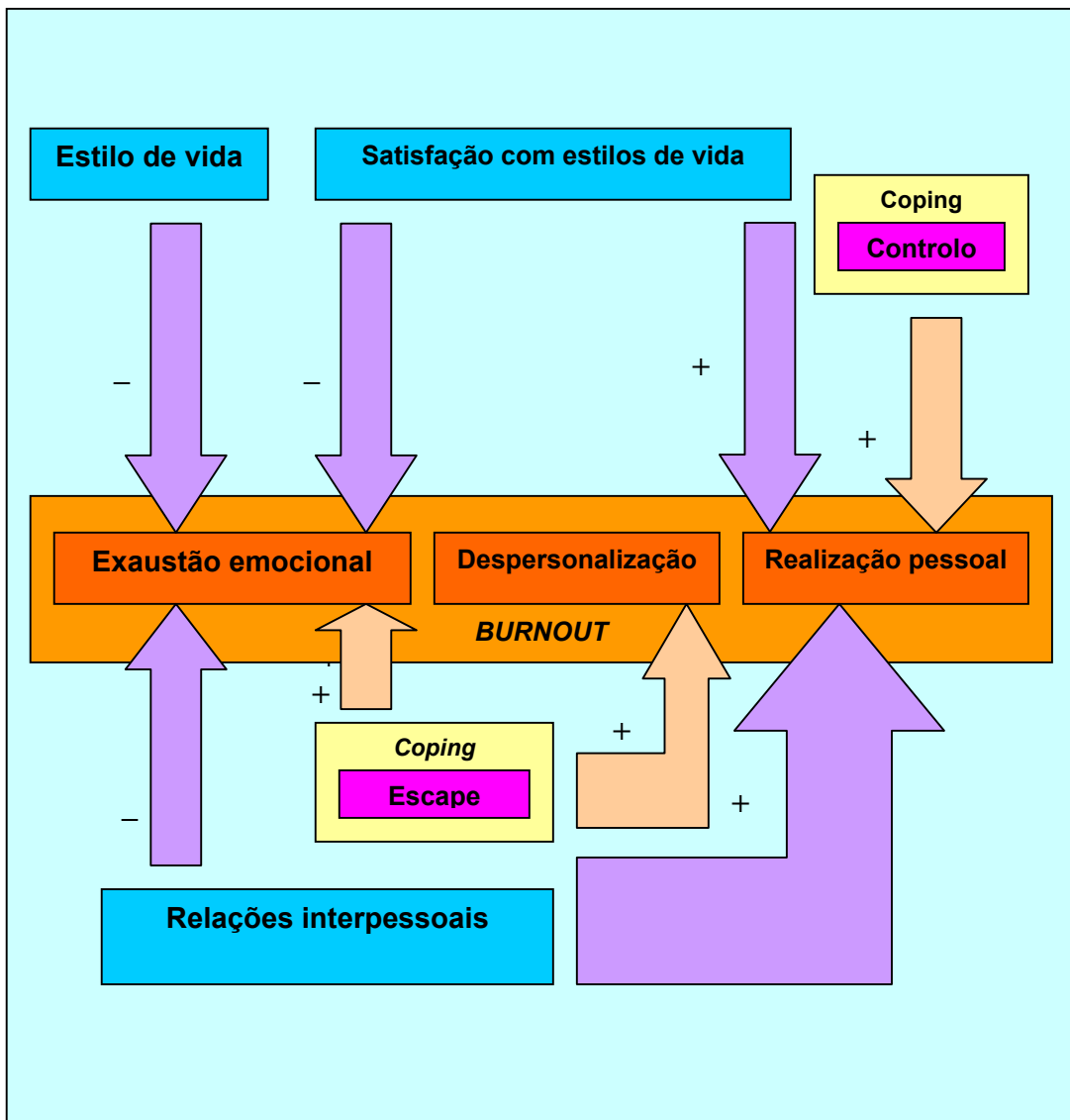


Figura 12: Diagrama de um modelo resultante do teste das hipóteses entre os estilos de vida, o *burnout* e o *coping* para os profissionais de saúde.

Por último, podemos afirmar que quando o estilo de vida e a satisfação com estilos de vida são adequados e as relações interpessoais satisfatórias, tendem a diminuir a exaustão emocional. Já as relações interpessoais satisfatórias e a satisfação com estilos de vida adequados estão associadas de forma positiva à realização pessoal. Temos deste modo, o estilo de vida, a satisfação com estilos de vida e as relações interpessoais, como novas variáveis para os estilos de vida, relevantes para o bem-estar, e que podem conduzir a uma saúde melhor quando exercidas de uma forma adequada.

CAPÍTULO 6

ESTUDO DA IMPLICAÇÃO DA FORMAÇÃO NOS ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste capítulo são abordadas as opções metodológicas no âmbito deste trabalho, como o tipo de abordagem metodológica, a principal questão que deu origem a este trabalho, as características da amostra, as variáveis, questão em estudo e as características do instrumento de avaliação dos estilos de vida.

6.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

6.1.1 Abordagem metodológica

É um estudo longitudinal, numa perspectiva de investigação-acção, onde se pretende avaliar a eficácia de um programa de formação sobre os estilos de vida, em que o instrumento utilizado na avaliação é um questionário com escalas do tipo Likert (Fortin, 1999; Tuckman, 2000; Pestana & Gageiro, 2001).

6.1.2 Delineamento do estudo

Os estilos de vida (Ruiz de Olabuénaga, 1998), são essencialmente a pluralidade dos estilos de comportamentos que surgem por detrás do fim de um modelo unificado de comportamentos e atitudes, quase individuais e em constante mutação, constituindo modos ou géneros de vida, cuja dinâmica não só não parece obedecer a nenhuma lógica social, económica ou política externa como inclusive pode mudá-la (Comas *et al.*, 2003).

É neste fio de pensamento que, numa versão de Dumazedier (1962), tem enquadramento o perfeccionismo metodológico e as técnicas de recolha de dados, a partir dos anos cinquenta do século XX, ao permitir criar tipologias dos comportamentos e atitudes, as quais dão definições diferentes de estilos de vida (Comas *et al.*, 2003).

Quanto à importância do conceito estilo de vida no âmbito da saúde (Paúl & Fonseca, 2001; Comas *et al.*, 2003), este tem muito a ver com a sua utilidade relacionada com comportamentos de risco; quer isto dizer que o estilo de vida nunca se define por si mesmo, mas com os riscos subsequentes, por exemplo, nas doenças cardíacas com a hipertensão, o colesterol elevado, a obesidade e o stresse, onde o estilo de vida de risco será a alimentação excessiva e/ou outro tipo de comportamentos associados. Nesta óptica, o conceito de estilo de vida é uma variável associada ao risco, sendo importante definir quais os estilos de vida que se relacionam e determinam certas condutas de risco.

Os comportamentos que aumentam a probabilidade duma pessoa adoecer são chamados de condutas de risco (Sarafino, 1990), em que podemos incluir práticas como o consumo de substâncias aditivas, como o tabaco, o álcool, o uso de drogas, ou até uma condução temerária nas estradas. Pelo contrário, as condutas de saúde (Matarazzo, 1984), como os comportamentos que diminuem o risco de um sujeito prematuramente adoecer, ou que permitem uma detecção precoce dos transtornos assintomáticos em pessoas que se julgam sãs (Kasl e Cobb, 1966), compreendem, por exemplo, o dormir um número adequado de horas, a alimentação, o fazer exercício físico, etc.. Este conceito de conduta de saúde é usado com frequência num sentido mais amplo, incluindo um comportamento saudável ou salutogénico, como é o respeito pelas prescrições médicas em caso de doença. Assim, entendemos

por conduta de saúde qualquer comportamento preventivo de doença ou promotor de saúde, seja qual for a condição actual do indivíduo (Ferrero *et al.*, 1998; *in* Martín, 1998).

Os padrões de conduta, hábitos ou estilos de vida, mais do que as práticas isoladas, segundo Bishop, em 1994, são em muitos casos a causa dos efeitos sobre a saúde, pois a saúde deriva mais da persistência dos mesmos do que da ocorrência fortuita destes. Para Coreil, Levin e Gartly, em 1992, neste contexto a noção de hábito é preferível para se dar conta da presença persistente e automatizada de comportamentos específicos (tal como fumar, por exemplo), enquanto que a expressão padrão de conduta é mais complexa, e evoca uma variedade de práticas relacionadas, muitas vezes relacionadas com a personalidade (Ferrero *et al.*, 1998; *in* Martín, 1998; Pacheco, 2005).

Num estudo realizado por Flaherty (1986; referido por Ribeiro, 1998) e já mencionado, revela-se que os seguintes comportamentos se relacionavam com a saúde: alimentação, dormir, correr e lavar as mãos; ao contrário, num estudo do mesmo tipo realizado em Portugal por Tomé (1990), com 300 adolescentes estudantes, concluiu-se que os comportamentos prejudiciais à saúde eram principalmente os maus hábitos alimentares e o consumo de tabaco. Isto leva a pensar, de acordo com Ribeiro (1998), que desde muito cedo se apreendem os padrões comportamentais relacionados com a saúde e que estão, eventualmente, associados à cultura, mudando devido a factores ligados ao desenvolvimento humano e à pressão cultural associada à idade.

Desta forma, os estilos de vida, enquanto comportamentos adquiridos, podem ser alterados quando necessário (promoção da saúde e de bem-estar), contribuindo (Jesus, Pacheco & Santos, 2003) para se lidar melhor e de uma forma mais adequada com o *burnout*.

Os hábitos podem mudar quando as actividades rotineiras são trazidas à consciência por períodos de tempo prolongados. Obrigar uma pessoa a mudar de hábitos é difícil, mas é muito mais fácil mudar com a colaboração e a vontade de mudar do próprio sujeito, pois a mudança é mais abrangente, implicando a mudança de relações, de crenças, de conceitos, de atitudes, (Ribeiro, 1998; Stroebe & Stroebe, 1999; Ogden, 1999, 2004), enfim, uma mudança de estilos de vida.

Assim, tendo por base os estudos de McIntyre, McIntyre e Silvério (1999), Jesus (2004) e Jesus *et al.* (2004), em que a formação contribui para os profissionais lidarem melhor com o stresse, pretendemos estudar a eficácia dum programa de formação nos estilos de vida de enfermeiros dum Centro de Saúde - uma vez que são estes profissionais que mais estão associados à prevenção das doenças, à gestão dos problemas de saúde e à promoção da saúde, como diz o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários.

6.1.2.1 Programa de formação sobre os estilos de vida

Nesse sentido, foi elaborado um programa de formação com 8 horas de formação, distribuídas por duas sessões de 4 horas cada uma que incidia em identificação de estilos de vida, da importância das relações interpessoais, dos consumos de substâncias, da satisfação com estilos de vida e formulação de um programa de substituição de estilos de vida pouco saudáveis por estilos de vida saudáveis. As sessões foram realizadas no sentido de existir um clima de autenticidade e de confiança entre as participantes.

De seguida, são apresentados os principais objectivos das duas sessões do programa.

Na 1ª sessão, foi feita a apresentação dos participantes e do programa; identificação e pré-avaliação das variáveis que constituem indicadores de estilos de vida nada saudáveis (consumo de substâncias) ou saudáveis (relações interpessoais satisfatórias, horas de sono adequadas, hábitos alimentares, exercício físico e gestão do tempo livre); e formulação de um programa (conjunto de regras) personalizado de atitudes saudáveis, por forma a substituir os comportamentos menos saudáveis, a realizar por cada participante.

Na 2ª sessão, fez-se pós-avaliação das variáveis que constituem indicadores de estilos de vida nada ou muito saudáveis; e balanço da utilidade do programa para os participantes.

Desta forma, a primeira formação foi realizada a 13 de Dezembro de 2004 e a segunda formação a 21 de Fevereiro de 2005, tendo sido distribuído um questionário construído para avaliar os estilos de vida, composto por duas partes, antes e depois das formações.

Quanto ao grupo de controlo os procedimentos foram iguais, à excepção da avaliação com as enfermeiras da formação acerca dos estilos de vida.

Para a aplicação destes instrumentos de pesquisa foi feito ensino aos profissionais que participaram nesta aplicação, sendo explicada a forma como os questionários deveriam ser respondidos correctamente. Estes profissionais aceitaram ceder tempo, importante para uma adequada aplicação dos instrumentos. A entrega dos instrumentos de avaliação decorreu durante o horário normal de trabalho dos profissionais, tendo para as enfermeiras em todas as valências sido contactado em primeiro lugar a enfermeira chefe.

Todos os profissionais de saúde que integraram este estudo o fizeram de forma voluntária, sendo-lhes garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. As condições de espaço e de luminosidade foram à partida garantidas pelos profissionais, pela enfermeira chefe e pelas boas condições que a instituição apresentava.

6.1.3 Delimitação da hipótese

Foi formulada a hipótese de que a formação nos profissionais de saúde (enfermeiras) influencia de forma positiva o estilo de vida, as relações interpessoais, o consumo de substâncias e a satisfação com os estilos de vida, tendo por referência os estudos sobre os estilos de vida para a saúde (consumo de substâncias) e o bem-estar (satisfação com estilos de vida) – na linha de Ribeiro (1998), Ríos e Fernández (1999; *cit. in* Pacheco, Murcho & Jesus, 2005a) e Pacheco, Murcho e Jesus (2005b) -, e visando este estudo identificar os estilos de vida dos profissionais de saúde (enfermeiros), a importância dos estilos de vida para a saúde (consumo de substâncias) e o bem-estar (satisfação com estilos de vida).

6.1.4 Amostra e procedimento

A população de onde é extraída a amostra do estudo é constituída por 32 enfermeiros(as) do Centro de Saúde de Olhão, por representarem a maioria dos profissionais de saúde que exercem funções neste Centro de Saúde e que estão mais ligados à educação para a saúde. Esta formação foi englobada na

formação contínua dos enfermeiros por proposta da enfermeira chefe do Centro de Saúde.

Desta maneira, foram formados dois grupos, sendo um de controlo e outro experimental. Por necessidade de serviço, nem todos os enfermeiros (maioritariamente são do sexo feminino) puderam participar, havendo que cobrir os turnos do internamento, serviço de atendimento permanente (SAP) e os das restantes valências.

Assim, a nossa amostra ficou reduzida a 16 enfermeiras (50%), sendo 8 do grupo de controlo e 8 do grupo experimental. O procedimento utilizado na administração dos instrumentos pareceu-nos adequado.

Desta maneira, após terem sido pedidas as autorizações respectivas, foram realizadas duas acções de formação (quatro horas cada uma) sobre os estilos de vida, ao grupo experimental, durante o período compreendido entre os meses de Dezembro de 2004 e Fevereiro de 2005, sendo que durante o intervalo das formações estivemos sempre disponíveis para acompanhar o grupo experimental por forma a dar continuidade ao trabalho que estávamos a realizar.

6.1.4.1 Análise descritiva das variáveis sócio-demográficas

Para a análise descritiva dos resultados obtidos entre as variáveis sócio-demográficas consideradas para este estudo, calculámos as médias, as frequências e as percentagens.

Desta maneira, para a variável “sexo” verificámos que 100% pertence ao sexo feminino.

Quanto à variável “idade” verificámos que é constituída por: 37,6% das enfermeiras com idades compreendidas entre os 28 e os 33 anos; 25,2% das enfermeiras com idades compreendidas entre os 35 e os 39 anos; 25,0% das enfermeiras com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos; e dois sujeitos com 55 anos de idade (12,2%). A média de idades é de 35,5 anos.

Para a variável “nacionalidade” obteve-se uma percentagem de 93,8% (N=15) para a nacionalidade portuguesa e de 6,3% (N=1) para a nacionalidade espanhola.

Na variável “local de residência” obteve-se uma percentagem de 12,5% para a residência rural e de 87,5% para a residência em local urbano.

Quanto à variável “tempo de exercício profissional” verificámos que existe uma grande diversidade de tempo, sendo que os tempos de exercício profissional variam de 3 anos (6,3%) a 33 anos (6,3%) de exercício profissional, apresentando com maior número de sujeitos, os 8, 13, 14 e 33 anos, com 12,5% (N=2) cada um dos referidos anos.

Para a variável “regime de trabalho”, 31,3% (N=5) têm “tempo acrescido (42h)” e 68,8% (N=11) têm “horário normal (35h)”.

Quanto à variável “tipo de vínculo à instituição” verificámos que 93,8% (N=15) são do quadro com “vínculo definitivo” e 6,3% (N=1) tem “contrato administrativo de provimento (CAP)”.

No que respeita à variável “habilitações profissionais” temos 50% (N=8) com “bacharelato”, 50% (N=8) com “licenciatura” e para a formação pós-básica, 87,5% (N=14) sem “pós-graduação”, sendo que dois sujeitos (12,5%) não responderam à questão.

Quanto à variável “valência onde exerce a sua profissão” podemos ver, por ordem decrescente que 31,1% exercem no ambulatório, 18,8% no serviço de

atendimento permanente (SAP), 12,5% no internamento, 6,3% na chefia/gestão de cuidados e de recursos humanos, 6,3% na saúde materna e 6,3% no internamento/SAP.

Por último, quanto à categoria profissional temos que o maior número de sujeitos pertencem a enfermeiro/enfermeiro graduado com 81,3% (N=13) e 18,8% (N=3) a enfermeiro especialista/chefe/supervisor.

6.1.5 Descrição do instrumento de avaliação dos estilos de vida

Para a avaliação dos estilos de vida foi elaborado um questionário (*vide* anexo IV), após terem sido identificados os construtos teóricos na revisão bibliográfica e validadas através do pré-teste, como atrás descrevemos.

Após a análise de conteúdo do estudo prévio e de algumas entrevistas informais, foram confirmadas as variáveis sócio-demográficas que de acordo com o enquadramento teórico constituíram as variáveis deste trabalho. Deste modo, foi usado o instrumento de avaliação dos estilos de vida, composto por duas partes, utilizado no outro estudo. Como é diferente em algumas das variáveis de caracterização sócio-demográfica, iremos descrever esta parte.

A caracterização sócio-demográfica, incluía o nome por forma a poderem ser identificados os sujeitos, sendo posteriormente codificados. Com dez questões, constituiu na avaliação das variáveis socio-demográficas, “sexo”, “idade”, “nacionalidade”, “local de residência”, “tempo de exercício profissional (anos)”, “diga qual é o seu regime de trabalho”, “qual é o seu tipo de vínculo à instituição?”, “habilitações profissionais”, “valência onde exerce a sua profissão” e “diga qual é a sua categoria profissional”.

Para a avaliação da variável sexo usou-se uma questão fechada de “Masculino” e “Feminino”; para a avaliação da idade, optou-se por uma questão aberta; para a avaliação nacionalidade por uma questão fechada de “portuguesa”, “espanhola” e “outra”; para avaliação do local de residência usou-se uma questão fechada de “rural” e “urbano”; na avaliação do tempo de exercício profissional, optou-se por uma questão aberta; na avaliação do regime de trabalho, optou-se por uma questão fechada, “tempo acrescido (42h)”, “tempo parcial (18-24h)”, “horário normal (35h)” e “horário (40h)”; na avaliação do tipo de vínculo à instituição, foi usada uma questão fechada de “quadro (vínculo definitivo)”, “contrato administrativo de provimento (CAP)” e “contratos individuais de trabalho”; na avaliação das habilitações profissionais, optou-se por uma questão fechada de “bacharelato” e “licenciatura” para a formação base e uma questão fechada de “sim” e “não” para a formação pós-básica; na avaliação da valência onde exerce a sua profissão, usou-se uma questão aberta e por fim, na avaliação da categoria profissional, optou-se por uma questão fechada, “enfermeiro/enfermeiro graduado” e “enfermeiro especialista/enfermeiro chefe/enfermeiro supervisor”.

Quanto à outra parte, composta pelo questionário de estilos de vida, já descrito no estudo anterior, não voltará a sê-lo novamente.

De seguida iremos analisar a hipótese formulada.

6.2 ANÁLISE DA HIPÓTESE FORMULADA

6.2.1 Descrição dos resultados

Efectuámos em seguida a análise à hipótese formulada de que a formação nos profissionais de saúde (enfermeiras) influencia de forma positiva o estilo de

vida, as relações interpessoais, o consumo de substâncias e a satisfação com os estilos de vida, através da comparação das médias dos dois grupos usando o teste t para amostras emparelhadas, tendo em consideração alguns aspectos que iremos em seguida referir.

Quando as amostras são de dimensão superior a 30, a distribuição t aproxima-se da distribuição normal. Porém quando as amostras são inferiores ou iguais a 30, o teste t exige a normalidade (K-S com sig > 0,05 ou 0,01), sendo a verificação da normalidade feita através do teste de aderência de Kolmogorov - Smirnov (K-S) (Pestana & Gageiro, 2000). Assim sendo, como a nossa amostra é inferior a 30, procedemos ao teste K-S, tendo-se verificado que os valores obtidos cumpriam este requisito (sig > 0,01) pelo que se usou o teste t para comparar as médias dos dois grupos (experimental e controlo).

Desta maneira, procedemos à análise da comparação das médias dos dois grupos entre o início (1º momento) e o final do programa de formação (2º momento) para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas.

Após a formação, para o grupo experimental (*vide* quadro 51), constatámos que a hipótese da formação nos profissionais de saúde (enfermeiras) influenciar de forma positiva o estilo de vida é estatisticamente significativa, com $t = 2,696$ e um nível de significância de .031, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre os dois grupos nos profissionais de saúde, não se aceitando a hipótese nula de que a formação nos profissionais de saúde não influencia de forma positiva o estilo de vida; quanto às relações interpessoais é estatisticamente significativa, com $t = -2,762$ e um nível de significância de .028, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre os dois grupos nos profissionais de saúde, não se aceitando a hipótese nula de que a formação nos profissionais de saúde não influencia de forma positiva as

relações interpessoais; para o consumo de substâncias constatámos que é estatisticamente significativa, com $t = -2,434$ e um nível de significância de .045, pelo que não se verifica a existência de igualdade entre os dois grupos nos profissionais de saúde, não se aceitando a hipótese nula de que a formação nos profissionais de saúde não influencia de forma positiva o consumo de substâncias; e para a satisfação com estilos de vida constatámos que não é estatisticamente significativa com $t = -1,696$ e um nível de significância de .134, pelo se verifica a existência de igualdade entre os dois grupos nos profissionais de saúde, aceitando-se a hipótese nula de que a formação nos profissionais de saúde não influencia de forma positiva a satisfação com os estilos de vida.

Quadro 51: Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre os estilos de vida, no grupo experimental de enfermeiras.

VARIÁVEIS	M (1º)	M (2º)	Dif. M
Estilo de vida	18,13	22,63	4,5*
Relações interpessoais	14,50	15,88	1,38*
Consumo de substâncias	20,63	22,00	1,37*
Satisfação com estilos de vida	25,00	28,38	3,38

* $p < .05$

Por seu turno, para o grupo de controlo (*vide* quadro 52), constatámos que a hipótese da formação nos profissionais de saúde (enfermeiras) influenciar de forma positiva o estilo de vida não é estatisticamente significativa, com $t = -$

1,328 e um nível de significância de .209; quanto às relações interpessoais não é estatisticamente significativa, com $t = -1,503$ e um nível de significância de .156; para o consumo de substâncias constatámos que não é estatisticamente significativa com $t = -,903$ e um nível de significância de .384; e para a satisfação com estilos de vida constatámos que não é estatisticamente significativa com $t = -1,985$ e um nível de significância de .069, pelo se verifica a existência de igualdade entre os dois grupos nos profissionais de saúde, aceitando-se a hipótese nula de que a formação nos profissionais de saúde não influencia de forma positiva o estilo de vida, as relações interpessoais, o consumo de substâncias e a satisfação com os estilos de vida.

Quadro 52: Médias obtidas na avaliação das variáveis, no início e no final da formação sobre os estilos de vida, no grupo de controlo de enfermeiras.

VARIÁVEIS	M (1º)	M (2º)	Dif. M
Estilo de vida	16,00	18,13	2,13
Relações interpessoais	14,88	14,63	-,25
Consumo de substâncias	18,25	15,38	-2,87
Satisfação com estilos de vida	21,38	23,88	2,5

Em seguida, passamos à discussão dos resultados obtidos no estudo.

6.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Começámos por verificar que os profissionais de saúde são enfermeiros e todos do sexo feminino.

Quanto à hipótese em estudo, constatámos da análise da comparação das médias dos grupos (experimental e controlo) que, a formação nos profissionais de saúde, influencia o estilo de vida, as relações interpessoais e o consumo de substâncias, mas não influencia a satisfação com estilos de vida. Não podendo estes resultados ser alvo de comparação, pois não existem estudos baseados na escala que utilizámos e com estas variáveis, mas considerando estudos como os de Jesus (2004), Jesus *et al.* (2004) e de McIntyre, McIntyre e Silvério (1999), temos que a formação contribui para os profissionais lidarem melhor com o stresse ocupacional, pelo que poderemos inferir que a formação, nos profissionais de saúde, influencia o estilo de vida, o consumo de substâncias e as relações interpessoais, sendo como mostram Jesus, Pacheco e Santos (2003), o “tempo para a família” nos profissionais de saúde um dos itens onde a média é mais elevada, bem como as relações interpessoais com os colegas de trabalho; quanto ao facto da formação não influenciar a satisfação com estilos de vida, não está de acordo com Jesus (2004), Jesus *et al.* (2004) e de McIntyre, McIntyre e Silvério (1999).

Os resultados obtidos apoiam a hipótese da influência positiva do programa de formação formulado para os estilos de vida saudáveis dos profissionais de saúde.

Por último, podemos afirmar que a formação está associada, em geral, a um estilo de vida mais adequado e, logo, a um maior bem-estar, contribuindo para uma saúde melhor (também dos utentes) porque, como já dissemos, são estes

profissionais de saúde que mais participam na educação para a saúde dos utentes, uma vez que a sua actuação se desenvolve nos cuidados de saúde primários ao nível da prevenção e promoção da saúde.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

O *burnout* e os estilos de vida dos profissionais são aspectos a ter em conta na organização das empresas ou instituições de uma forma geral e, em particular, nas organizações hospitalares com os profissionais de saúde, visando que estes, ao apresentarem menos exaustão emocional e um estilo de vida mais adequado e satisfatório, possam estar em melhores condições para exercerem as suas funções, contribuindo para melhorar os cuidados que prestam aos utentes, objectivo final da existência dos cuidados de saúde numa sociedade.

É do conhecimento do senso comum e da comunidade científica que enfermeiros e médicos referem os seus estados de cansaço associados ao stresse ocupacional, como os horários por turnos, o excesso de horas de trabalho, as dificuldades nas relações provocadas pelo trabalho em equipas multidisciplinares, etc., dizendo muitas vezes que gostariam de saber como lidar melhor perante estas e outras situações no contexto hospitalar. Associada a esta situação, muitas vezes, ouvimos por parte dos profissionais de saúde queixas referindo-se às frequentes mudanças organizacionais nas instituições (a forma e o processo como são realizadas, em que os profissionais muitas vezes não são ouvidos) e às dificuldades relacionadas com o apoio dos superiores hierárquicos e a imagem passada nos *media* e perante os utentes.

Desta forma, e tendo em atenção o nosso primeiro estudo, um primeiro aspecto que gostaríamos de evidenciar dos resultados obtidos, diz respeito à relevância que, na realidade, têm certas fontes de *burnout*, determinados estilos de vida e as estratégias de *coping* que são mais utilizadas perante o *burnout*.

Tendo a noção que esta matéria é um aspecto sempre em desenvolvimento numa sociedade cada vez mais globalizada, tal como toda a ciência, e

limitando as nossas conclusões ao momento em que o estudo é realizado, pensamos - dentro da revisão da literatura que efectuámos, das análises que realizámos e pela tentativa de rigor que colocámos - poder retirar algumas conclusões com interesse, contribuindo para o desenvolvimento desta temática.

Nesta perspectiva, um dos aspectos a ter em consideração é o facto de 23,8% dos profissionais de saúde apresentarem altos níveis de exaustão emocional, podendo potencializar algumas situações de mal-estar.

Assim, dentro do que temos vindo a expor, para além da síntese das matérias analisadas, nos aspectos metodológicos procurámos contribuir para o desenvolvimento destas investigações, no plano da formulação do instrumento de avaliação dos estilos de vida.

Quanto à formulação dum instrumento de avaliação, composto por três partes, parece-nos relevante o facto de termos construído um instrumento de avaliação dos estilos de vida com variáveis que ainda não tinham sido estudadas em Portugal, tendo por base a revisão da literatura neste domínio.

A validade das medidas usadas é justificada por termos efectuado os procedimentos estatísticos adequados ao processo de análise dos itens em causa.

Os resultados obtidos confirmam algumas das variáveis já estudadas para a população em geral e introduzem, para os profissionais de saúde, variáveis associadas aos estilos de vida como: a) variáveis de apoio social ao nível das relações interpessoais, como as “relações com a família”, as “relações com os seus colegas de trabalho” e as “relações com os seus amigos”; b) variáveis associadas ao consumo de substâncias, como o “consumo de álcool”, o consumo de café” e o “consumo de medicamentos (automedicação)”; e, c)

variáveis ligadas à satisfação com os estilos de vida, como “distância da sua casa ao hospital (mobilidade)”, as “práticas de condução”, o “número de horas de sono”, os “hábitos alimentares”, a “prática de exercício físico” e a gestão do tempo livre”, constituindo novas variáveis a ter em consideração em futuros estudos com outras populações.

Pacheco (2002, 2005) refere que, nos dias de hoje, a humanização está na ordem do dia, sendo uma peça fundamental nas organizações e nas relações destas com os clientes, mas é necessário haver uma melhoria efectiva das relações interpessoais, pois continuamos a pensar que, mais do que as palavras, é necessário começarmos a agir, havendo uma necessidade de se rever a atenção que os estilos de vida merecem e o seu impacto na saúde, em geral, e nos profissionais de saúde, em particular.

Quanto à importância de melhores relações interpessoais, consumo de substâncias de uma forma mais adequada e maior satisfação nos estilos de vida, pensamos que as instituições hospitalares devem ter uma palavra a dizer sobre esta matéria, por exemplo, acerca da proibição de se fumar nos hospitais, como é preconizado em 2005, por Ronald Dahl, presidente da *European Respiratory Society*, como sendo a forma mais eficaz de combater o fumo passivo de uma forma mais abrangente.

Isto porque, por vezes, revelaram-se insuficientes as medidas tomadas pelas organizações hospitalares e pelos governos, por forma a promoverem estilos de vida mais saudáveis.

Alguns aspectos são de realçar, como o facto do tipo de organização hospitalar não influenciar o estilo de vida dos profissionais de saúde, bem como o consumo de substâncias e a satisfação com os estilos de vida, influenciando as relações interpessoais, pelo que se pode visar melhorar a organização, através

de esforços sistemáticos e planificados a prazo, centrados numa cultura de organização, nos processos sociais e humanos desta.

Contudo, comprovámos que os profissionais de saúde do Hospital do Barlavento Algarvio, SA, apresentam melhores práticas de condução bem como melhores relações com a família, com os colegas de trabalho e com os amigos quando comparados com os do Hospital do Distrital de Faro.

Igualmente é relevante que nos médicos e nos enfermeiros o *coping* centrado no escape influencia o *burnout*, tal como é definido por Lazarus e Folkman (1984) e Latack (1986), e na linha de Prisco e Fontaine (1999), tendo os médicos mais estratégias de escape do que os enfermeiros; também, o *coping* centrado na gestão de sintomas, nos médicos, influencia o *burnout*, conforme mostram alguns trabalhos, não acerca do *burnout*, mas sobre o stresse, como os de Latack (1986), Jesus e Costa (1998) e Pinheiro *et al.* (2003), em que se verificou que as estratégias de gestão de sintomas servem para lidar com os sintomas de stresse. Porém, os profissionais de saúde do sexo feminino apresentam um nível mais elevado nas estratégias de controlo do que os do sexo masculino.

De uma forma mais abrangente, podemos dizer que as estratégias de *coping* para os profissionais de saúde não abrangem as estratégias de controlo (mais adaptativas) e, ao utilizarem estratégias de escape (menos adaptativas) estão mais sujeitos ao *burnout* pois, como afirma Vaz Serra (1999), as estratégias de fuga (evitamento/escape) adiam o confronto e a solução do problema que precisa de ser resolvido.

Os profissionais de saúde do sexo masculino apresentam mais despersonalização, o que vem confirmar alguns estudos, mas não outros; quanto à idade, são os profissionais de saúde com mais idade que apresentam

mais *burnout*, o que não é confirmado pela maioria das investigações; e os médicos apresentam mais despersonalização do que os enfermeiros.

Os profissionais de saúde do sexo feminino apresentam mais consumo de álcool, de café e de medicamentos (automedicação). Mas, na medida em que o sexo feminino ao ter uma componente emocional mais acentuada, quando lida com os problemas (Vaz Serra, 1999; Prisco & Fontaine, 1999; Pacheco, 2002) pode mais facilmente consumir substâncias alcoólicas e medicamentos como em geral é feito pelos profissionais de saúde (Vaz Serra, 1999). Já o facto dos profissionais de saúde do sexo masculino praticarem mais exercício físico vem comprovar o que acontece com a população em geral, tal como a conclusão de mais de metade dos profissionais de saúde não praticarem exercício físico, o que é preocupante.

Um resultado interessante é o dos profissionais de saúde de nacionalidade espanhola terem melhores relações com os colegas de trabalho e com os amigos. No entanto, os profissionais de saúde de nacionalidade portuguesa apresentam um consumo de tabaco, de álcool e de medicamentos (automedicação) mais adequado do que os de nacionalidade espanhola, o que se poderá compreender pelo facto de os profissionais de saúde com nacionalidade espanhola, ao estarem fora do seu ambiente social e familiar, darem mais atenção às relações interpessoais e, por sua vez, talvez “compensem” a ausência do seu meio ambiente com o consumo de substâncias, como forma de lidarem com a situação, podendo estar associado a factores pessoais e culturais. A ser este o caso estamos perante formas de comportamento pouco saudáveis.

Também de entre os profissionais de saúde, os enfermeiros têm melhores relações com os colegas de trabalho, o que se compreende pelo facto de terem

de trabalhar em equipa e pela sua formação a este respeito. Por seu turno, os médicos consomem mais tabaco e automedicam-se mais, aspectos a rever em investigações futuras.

Igualmente um aspecto importante e que queremos realçar, necessitando de uma reflexão mais profunda e adequada em investigações futuras, é a de que o estilo de vida influencia nos profissionais de saúde, em geral, a exaustão emocional; porém, quando consideramos as profissões em separado, o estilo de vida influencia nos médicos a realização pessoal e nos enfermeiros a despersonalização.

Por outro lado, de uma forma mais específica, perante os resultados da análise das hipóteses formuladas, pretendemos propor para os profissionais de saúde um modelo compreensivo de *burnout*, *coping* e estilos de vida, em que a satisfação com estilos de vida, a definição do estilo de vida e as relações interpessoais influenciam negativamente a exaustão emocional, sendo que as relações interpessoais e a satisfação com estilos de vida também influenciam positivamente a realização pessoal. Quanto ao *coping* centrado no controlo, este influencia positivamente a realização pessoal, sendo que o *coping* centrado no escape influencia positivamente a exaustão emocional e a despersonalização.

Estes resultados deverão ser testados e analisados noutros estudos e com outras populações, para além doutros profissionais de saúde.

Pensamos que existe um outro aspecto relevante no nosso estudo, necessitando também duma reflexão mais profunda e adequada em investigações futuras, que tem a ver com o facto do consumo de medicamentos (automedicação) ser bastante maior do que o da população em geral (mais do dobro) - de tal modo, que os consumos de ansiolíticos e analgésicos

apresentam valores elevados em relação a alguns estudos - e que se poderá relacionar com o facto de cerca de um quarto dos profissionais apresentar exaustão emocional e despersonalização, tal como cerca de um terço dos profissionais de saúde terem alterações do sono. Estes aspectos podem conduzir a um menor bem-estar, sendo factores a ter em conta quando consideramos a qualidade de vida e uma melhor saúde.

Um segundo estudo realizado com enfermeiras dum Centro de Saúde mostrou, ainda, que a formação é fundamental para se modificarem comportamentos e hábitos, sendo, talvez, a solução mais válida para se implementarem estilos de vida melhores e mais salutogénicos.

Concluimos que a formação levou a comportamentos mais saudáveis por parte das profissionais de saúde na quase totalidade das variáveis em estudo. A etapa seguinte poderá ser, numa perspectiva de investigação-acção, testar a sua eficácia noutras populações e até a elaboração dum programa de promoção de estilos de vida visando a criação de comportamentos mais saudáveis para a saúde e o bem-estar.

Pensamos que as instituições hospitalares e os responsáveis máximos das mesmas devem continuar a apostar na formação contínua nas organizações hospitalares e nos serviços e que os profissionais de saúde devem continuar a olhar para a formação, e em particular para a educação em saúde, que são dois dos “pilares” da OMS, como os instrumentos mais válidos na modelação dos estilos de vida, por forma a promoverem estilos de vida consentâneos com uma melhor qualidade de vida e saúde.

Neste estudo tivemos em linha de conta a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner (1977), e a perspectiva construtivista-sistémica que, tal como Simões, ao referir Neimeyer e Neimeyer, nos diz: a “epistemologia

construtivista põe a ênfase na participação dos processos pessoais e sociais na construção da realidade” (1996:34). Esta perspectiva está relacionada com a percepção e avaliação que o indivíduo faz acerca dos acontecimentos. Foi também tida em conta a perspectiva de Compas (1987) acerca dos acontecimentos diários numa linha social, dentro duma abordagem desenvolvimentista e, ainda, tivemos presentes perspectivas como a de Folkman e Lazarus (1985), Maslach e Leiter (1997), Vaz Serra (1999) e Jesus (2002), nos estudos acerca do stresse, do *burnout* e do *coping*, tal como para os estilos de vida, com autores como Ribeiro (1998), Ruiz de Olabuénaga (1998), Comas *et al.* (2003), Jesus, Pacheco e Santos (2003) e Finotti (2004). Gostaríamos que estivesse sempre presente nos profissionais de saúde a visão de Ruiz de Olabuénaga (1998) sobre os estilos de vida, em que estes são essencialmente a pluralidade dos estilos de comportamentos que surgem por detrás do fim dum modelo unificado de comportamentos e atitudes, onde os estilos de vida são não só plurais, mas também multidimensionais, dificilmente perceptíveis, quase individuais e em constante mutação, constituindo modos ou géneros de vida, cuja dinâmica não só não parece obedecer a nenhuma lógica social, económica ou política externa, como inclusive pode contribuir para mudá-la (Comas *et al.*, 2003).

Fica desta forma afirmada a importância dos estilos de vida, não só para os profissionais de saúde, como para a população em geral, porque, como vimos, está associada nos profissionais de saúde ao *burnout*.

Para além de teorias relevantes é necessária uma intervenção em alguns aspectos que referidos ao longo deste estudo, que, mais do que medidas de carácter económico, necessitam duma modificação na forma como algumas

questões são abordadas, ou, quem sabe, numa mudança de cultura (organizacional) e/ou de mentalidades.

Em síntese, estilos de vida adequados levam a menos *burnout* e a estratégias de *coping* mais adequadas, permitindo lidar com as situações mais problemáticas sem que surjam disfunções nos nossos comportamentos e na nossa saúde, indo determinar a nossa qualidade de vida.

Também um esforço reflexivo é importante para, de certa forma, servir de base a futuras investigações.

Para além do estudo com estas variáveis nesta população, outros estudos poderiam ser realizados com profissionais de saúde doutras instituições e com outras populações em situações diferentes quanto aos momentos de avaliação, permitindo compreender melhor esta temática e até as possíveis relações com a satisfação profissional e a qualidade de vida dos profissionais e dos cuidados prestados por estes aos utentes.

Relativamente à formação realizada no Centro de Saúde, um primeiro aspecto a ter em consideração em estudos futuros prende-se com as características da amostra, podendo ser mais representativa. Também nos parece que o estudo longitudinal deveria ter mais momentos de formação e de avaliação, alargando o espaço temporal, mas, tal não se conseguiu, bem como um número mais elevado de sujeitos.

Será importante no futuro conhecer trabalhos que comprovem a solidez das nossas conclusões.

Estas poderão ser algumas das ideias para investigações no âmbito do *burnout* e dos estilos de vida nos profissionais de saúde, que deixamos em aberto para futuros trabalhos, pois ainda há muito a fazer neste domínio da ciência, nomeadamente tendo em conta os contributos da Psicologia da Saúde para o

bem-estar destes profissionais de saúde nas instituições hospitalares e centros de saúde.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ABER, J. L. (1983). Social policy issues in the prevention of burnout: A case study. In B.A. FARBER (ed.) (1985). *Stress and burnout in the human services professions*. 2ª ed., New York: Pergamon Press, 213-226.

ABRAMS, M. (1974). Uma aferição difícil: a qualidade de vida. *A saúde do Mundo*, Novembro, 4-11.

ADALI, E.; PRIAMI, M.; EVAGELOU, H.; MOUGIA, V.; IFANTI, M. & ALEVIZOPOULOS, G. (2003). Síndrome del Quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *European Journal Psychiatric*, 17 (3), 161-170.

AHMADI, A.; KHALILI, H.; JOOYBAR, R.; NAMAZI, N. & AGHAEI, P. M. (2002). Una breve Comunicación desde Irán sobre el consumo de tabaco entre los estudiantes de Medicina, los Médicos Residentes y los Médicos Adjuntos. *European Journal Psychiatric*, 16 (2), 99-102.

AIKEN, L. H.; CLARK, S. P.; SLOANE, D. M.; SOCHALSKI, J. & SILBER, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse *burnout*, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 16 (288), 1987-1993.

AINSWORTH, D. (2001). *Coping with job burnout*. Home page, 1-3. Retirado a 27 de Novembro de 2002 de World Wide Web: http://www.berkeley.edu/news/berkeleyan/2001/04/25_burn.html

ALTISENT, R. & CÓRDOBA, R. (1993). Definição del consumo excesivo de alcohol y sus implicaciones. *Aten Primaria*, 11 (8), 381-382.

AMERICAN CANCER SOCIETY (1990). *Cancer facts and figures*. Atlanta, GA: American Cancer Society.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996). *DSM-IV – manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª edição, Lisboa: Climepsi editores.

ANDERSON, R. (1988). The development of the concept of health behaviour. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen & J. Turner (Eds.). *Health behaviour research and health promotion* (22-35). Oxford University Press.

ANDREASEN, C. N. (2003). *Admirável Cérebro Novo – Dominar a doença mental na era do genoma*. 1ª ed., Lisboa: Climepsi editores.

ANTUNES, C. & FONTAINE, A. M. (1996). Relação entre conceito de Si Próprio e a Percepção Social na Adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 81-92.

BARATA, J. L. (2003). *Mexa-se... pela sua saúde*. 4ª ed., Lisboa: Dom Quixote.

BEER, M. (1976). The technology of organization development. In M.D. DUNNETTE (ed.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally, 937-993.

BEER, T.A. (1995). *Psychological stress in the workplace*. London: Routledge.

BENNETT, P. & MURPHY, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Manuais Universitários, 14, Lisboa: Climepsi Editores.

BERTOLETE, J. & FLEISHMANN, A. (2001/2002). Staff burnout. *The Global Occupational Health Network*, 2, 5-7.

BJERKLIE, D.; PARK, A. & SONG, S. (2004). Vencer o stresse. In *Visão*, Abril, 48-55.

BLAIR, S. N.; KOHL, III; PAFFENBARGER, H. W.; CLARK, R. S. Jr.; COOPER, D. G. & GIBBONS, L. W. (1989). Physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy men and women. *Journal of the American Medical Association*, 3, 2395-2401.

BOZAL, A. G. (1992). Individuo e Interacción Social. In A. G. BOZAL (Coord.) et al.. *La Interacción Social en Educación – Una introducción a la Psicología Social de la Educación*. Sevilla, Ed. Sedal, 38-58.

BRADBURN, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago, Aldine, Publishing Company.

BRAMMER, L. M. & ABREGO, P.J. (1981). Intervention strategies for coping with transitions. *The Counselling Psychologist*, 9, 2, 19-36.

BRAMMER, L.M. ; ABREGO, P.J. (1981). Intervention strategies for coping with transitions. *The Counselling Psychologist*, 9 (2), 19-36.

BREDA, J. (2003). Álcool e Saúde – Implicações para a Saúde Pública. In M. I. CLÍMACO & L. M. RAMOS (Coord.), *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 77-82.

BRENGELMANN, J. C. (1986). Stress, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. *Evaluación Psicológica*, 2, 47-77.

BRESLOW, L. & ENSTROM, J. E. (1980). Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*, 9, 469-483.

BRONFENBRENNER, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32, 513-531.

BROWN, J. D. & SIEGEL, J. M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: a prospective study of adolescent health. *Health Psychology*, 7 (4), 341-353.

BUCK, V. (1972). *Working under pressure*. London: Staples.

BURNS, R.B. (1979). *The self-concept. Theory, measurement, development and behaviour* (4^a ed.). Harlow: Longman.

BUUNK, B. P. & SCHAUFELI, W. B. (1993). Burnout: a perspective from social comparison theory. In W. B. Schaufeli; C. Maslach & T. Marek (Ed.), *Professional Burnout – Recent Development in Theory and Research*. United States of America, Taylor & Francis.

BUUNK, B. P. ; SCHAUFELI, W. B. & YBEMA, J. F. (1992). *Social comparison and professional burnout*. Manuscript submitted for publication.

CALMEIRO, L. & MATOS, M. G. (2004). *Psicologia – Exercício e Saúde*. Lisboa, Visão e Contextos.

CAÑAMARES, M. L. S. & SANTIAGO, J. G. (2000). *La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre factores laborales y psicológicos*.11 (4), 165-169. Retirado a 29 de Abril de 2003 de World Wide Web: <http://db2.doyma.es>

CANOTILHO, A. J. L. (2003). *Álcool e condução – um problema grave de saúde em Portugal*. Retirado a 20 de Março de 2005 da World Wide Web: [http://clinotavora.planetaclix.pt/saude-Alcool e conducao.htm](http://clinotavora.planetaclix.pt/saude-Alcool_e_conducao.htm)

CARDOSO, P. (2004). Vencer o stresse. *In Visão*, Abril, 26-27.

CARMO, I. (2002). *Saber emagrecer*. 12^a ed., Lisboa: Dom Quixote.

CARTWRIGHT, S., COOPER, C.L. & MURPHY, L.R. (1995). Diagnosing a healthy organization: A proactive approach to stress in the workplace. In L.R.

MURPHY, J.J. HURRELL, S.L. SAUTER & G.P. KEITA (Eds.), *Job stress interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.

CARVALHO, A. (2003a). Bebidas alcoólicas – Problema de Saúde Pública. In M. I. CLÍMACO & L. M. RAMOS (Coord.), *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 137-168.

CARVALHO, A. (2003b). Álcool e sinistralidade rodoviária . In M. I. CLÍMACO & L. M. RAMOS (Coord.). *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 129-136.

CASTILHO, R.; GARCIA, F. MUSITU, G. & HERRERO, M. (1990). Hábitos de consumo de tabaco en profesionales de la salud y de la docencia en la Comunidad Valenciana. In *Libro de Comunicaciones del II Congreso del C.O.P.*, 69-76.

CESLOWITZ, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 553-558.

CHERNISS, C. (1980). *Professional burnout in the human service organizations*. New York: Praeger.

CHERNISS, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In W. B. Schaufeli; C. Maslach & T. Marek (Ed.), *Professional Burnout – Recent Development in Theory and Research*. United States of America, Taylor & Francis.

CHI, P. S. (1986). Variation in subjective well-being among Black migrant farm workers in New York. *Rural Sociology*. 51 (2), 183-198.

CLETO, P. (1998). *Adaptação à mudança de escola no início da adolescência*.

CLETO, P. & COSTA, M.E. (1996). Estratégias de Coping no Início da Adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 93-102.

COMAS, D. , AGUINAGA,J. ,ORIZO, F. A. , ESPINOZA, A. & OCHAITA, E. (2003). *Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Fundación de ayuda contra la drogadicción, Madrid, 25-31.

COMBS, A. W. (1965). *The professional education of teachers – a perceptual view of teacher preparation*. Boston: Allyn and Bacon.

COMPAS, B. E.; DAVIS, G. E.; FORSYTHE, C. J.; WAGNER, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The adolescence perceived events scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (4), 534-541.

COMPAS, B.E. (1987). Coping With Stress During Childhood and Adolescence. *Psychological Bulletin*, Vol. 101, Nº. 3, 393-403.

CONNER, M. & NORMAN, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour :*

Research and practice with social cognition models (pp. 1-22). Buckingham: Open University Press.

CONSTABLE, J. F. & RUSSEL, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 20-26.

CONTRERAS, M. A. (1998). La motivación en el proceso instructivo. Metas que la fundamentan en el aprendizaje. In M.A. CONTRERAS (coord.). *Creatividad, Motivación y Rendimiento Académico*. Málaga, Ed. Aljibe, 55-72.

COOPER, C.L. & MARCHALL, J. (1982). Fontes Ocupacionais de "stress": Uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com saúde mental. *Análise psicológica*, II (2/3), 153-170.

COOPER, C.L. & PAYNE, R. (1988). *Causes, coping and consequences of stress at work*. New York: Wiley.

COOPER, C.L. & SMITH, M. J. (1985). *Job stress and blue collar work*. New York: Willey.

COOPER, C.L. & MARCHALL, J. (1978). *Understanding executive stress*. London: Macmillan.

CORREIA, A. G. (1999). O Burnout nos profissionais dos Centros de Atendimento de Toxicodependências: causas e consequências. *Revista de Toxicodependências*, Vol. 3, 3, 69-79.

COSTA, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied ergonomics*, 27, 17-23.

COSTA, M.E. (1991). *Contextos sociais de vida e desenvolvimento da identidade*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.

COUVREUR, C. (1999). *Qualidade de vida – arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência.

CRONIN-STUBBS, D. & ROOKS, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. *Heart & Lung*, 14, 31-39.

CRUZ, A. J. C. (2004). Desgaste profissional dos enfermeiros do Bloco Operatório na região Autónoma dos Açores. *Revista de investigação em Enfermagem*, Fevereiro, 9, 35-44.

CRUZ, J. (1989). Stress, ansiedade e rendimento no desporto de alta competição. *Jornal de Psicologia*, 8 (4), 3-11.

CRUZ, J. F. ; GOMES, A. R. & MELO, B. (2000). *Stress e burnout nos psicólogos portugueses*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

D. SHELTON (1999, April 12). Sleep problems are pervasive, poll finds. *American Medical News*, 1-2.

DAMÁSIO, A. (1999) – *O Sentimento de Si - O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Men Martins: Publicações Europa-América.

DAMON, W. & HART, D. (1982). The development of *self*-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, 53, 841-864.

DAVIES, P. (2003). *Vencer a Pressão*. Colecção Saber Viver, Porto: Civilização Editores.

DECRETO-LEI Nº 60/2003 de 1 de Abril, *Ministério da Saúde*, publicado no D. R. Nº 77, I-A, em 1 de Abril.

DEEVY, E. (1997). *Creating the Resilient Organization. A Rapid Response Management Program*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.

DIAS, C. M.; SANTOS, M. L.; BRANCO, T. & FLORES, C. (2005). *Prevalência de benzodiazepinas em vítimas de acidentes de viação*. Retirado a 28 de Março de 2005 da World Wide Web: <http://www.cras.min-saude.pt>

DIENER, E. (1994). Assessing subjective Well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde, 6-30.

DOLL, R. & HILL, A. B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: A preliminary report. *British medical Journal*, 1, 1451-1455.

DUMAZEDIER, J. (1962). *Hacia una civilización del ocio*. Barcelona: Estela.

EDELWICH, J. & BRODSKY, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.

EMÍLIA, N. (2003). Tabaco e Saúde – Aspectos Económicos. In M. I. CLÍMACO & L. M. RAMOS (Coord.), *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 67-76.

ENGEL, J. F.; BLACKWELL, R. D. & MINIARD, P. W. (1995). *Comportamento de Consumidor*. Rio de Janeiro, RJ: LTC – Livros Técnicos e Científicos S. A.

EPSTEIN, S. (1979). The stability of behaviour. On predicting most of the people much of the time – *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1097-1126.

ERIKSEN, M P.; LeMAISTRE, C. A. & NEWELL, G. R. (1988). Health hazards of passive smoking. *Annual Review of Public Health*, 9, 47-70.

ERIKSON, E.H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York, Norton.

ETZION, D. & PINES, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 17,191-209.

EUROPA, P. (2000). *El estrés laboral afecta a más de 40 millones de trabajadores y cuesta a la U E 20.000 millones de euros*. Home page, 1. Retirado a 4 de Dezembro de 2002 de World Wide Web: <http://www.psiquiatria.com/noticias/estres/diagnostico/962//>

EVANS, B. K. & FISCHER, D. (1989). *The dimensionality and validity of the Maslach Burnout Inventory*. Paper presented at the Annual Convention of the Canadian Psychological Association, Halifax, Nova Scotia, Canada.

FADEM, B. & SIMRING, S. (1998). *Auto-avaliação em Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.

FARBER, B. (1983). Introduction: A critical perspective on burnout. In B. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press.

FARMÁCIA SAÚDE (2004). *Dormir é preciso*. Março, 90, 11-14.

FAURA, I. & VENDRELL, M. T. (1988). Síndrome de Burnout : Enfermería, grupo de alto riesgo. *Revista ROL de Enfermería*, 116, 53-56.

FELDMAN, S. P. (1988). How organizational culture can effect innovation. *Organizational Dynamics*, 17, 57-68.

FELÍCIO, M. & PEREIRA, A. (1996). Stress ocupacional: sua relação com a saúde e variação com o sexo. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 13 (2), 87-97.

FERNÁNDEZ-RÍOS, L. & GARCÍA-FERNÁNDEZ, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. In M. A. Simón [Ed.] (1999), *Manual de Psicología de la Salud*, Madrid: Biblioteca Nueva.

FERREIRA, C.M.M. & FERREIRA, M.M.S.V. (1998). O Stress em Enfermagem. *Sinais Vitais*, 21, Novembro, 19-21.

FERREIRA, P. & LOURENÇO, O. (2003). Consumo de Álcool em Portugal - Que informação disponível . In M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.), *Álcool, Tabaco e Jogo – do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, 117-127.

FERREIRA, V. (2004). Alimentação Saudável – A Dieta Mediterrânica. In *Saúde a Sul*, Maio, p. 6.

FERRERO, J. ; TOLEDO, M. & BARRETO, M. P. (1998). Comportamiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad. In P. B. Martín, J. G. Martinez & M. T. Aliaga (Compiladores), *Intervención en Psicología Clínica y Salud*. Valencia: Promolibro.

FIELDING, J. E. (1985). Smoking: Health effects and control. *New England Journal of Medicine*, 313, 491-498.

FIERRO, A. (1997). Estrés, Afrontamiento y adaptación. In M^a Isabel Hombrados (comp.). *Estrés Y Salud*. Valencia: Promolibro.

FINOTTI, M. A. (2004). *Estilos de Vida: Uma Contribuição ao Estudo da Segmentação de Mercado* [Versão electrónica]. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Universidade de São Paulo.

IORE, M. (1992). Trends in cigarette smoking in the United States: The Epidemiology of tobacco use. *The Medical Clinics of North America*, 76, 289-303.

FISHER, S. (1986). *Stress and Strategy*. London: Lawrence Erlbaum.

FISHER, S. (1994). *Stress in Academic Life – The Mental Assembly Line*. Buckingham, The Society for Research into Higher Education & Open University Press.

FLAHERTY, M. (1986). Preschool children's conceptions of health and health behaviours. *Maternal Child Nursing Journal*, 15 (4), 205-265.

FOLKMAN, S. & LAZARUS, R.S. (1985). If It Changes It Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 48, N° I, 150-170.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.; DUNKEL- SCHEPETER, C., DELONGIS, A. & GRUEN, R. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S., GRUEN, R.J. & DELONGIS, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 50, Nº. 3, 571-579.

FONTAINE, A. M. (1991). O conceito de si próprio no ensino secundário : processo de desenvolvimento diferencial. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 7, 33-54.

FORTIN, M. F. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

FREUDENBERGER, H. J. (1981). Burnout: Contemporary issues and trends. Paper presented at the National Conference on Stress and Burnout, New York.

FREUDENBERGER, H. J. (1983). Burnout: Contemporary issues, trends, and concerns. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 23-28). New York: Pergamon Press.

FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R. (1959). Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings – *Journal of the American Medical Association*, 169-1286.

GAFFIOT, F. (1934). Dictionnaire Illustré Latin-Français. s.v. *resilio*.

GAINES, J. & JERMIER, J. M. (1983). Emotional exhaustion in a high stress organization. *Academy of management Journal*, 26, 567-586.

GANSTER, D. C. (1989). Worker control and well-being: A review of research in the workplace. In S. L. Sauter; J. J. Hurrell & C. Cooper, *Job control and worker health*. Chichester: John, Wiley and Sons.

GARCIA, M. (1990). Burnout profesional en organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.

GENERAL HOUSEHOLD SURVEY (1992). Londres, OPCS.

GENERAL HOUSEHOLD SURVEY (1994), Londres, OPCS.

GIL, F. (1998). O *self*: uma perspectiva filosófica. 2º *Simpósio da Fundação BIAL: Aquém e Além do Cérebro*, Porto, 93-112.

GIL-MONTE, P. & PEIRÓ, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Psicología Social, Madrid: Ed. Síntesis, S.A..

GOLEMBIESWSKI, R.T. & MUNZENRIDER, R. F. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. New York: Praeger.

GOLEMBIESWSKI, R.T. & RUNTREE, B. (1991). Releasing human potential for collaboration: A social intervention targeting supervisory relationships and stress. *Public administration Quarterly*, 15 (1), 32-45.

GOMES, C. (2005). *Consumo de antidepressivos aumentou 45 por cento nos últimos cinco anos*. Retirado a 3 de Março de 2005 de World Wide Web: <http://jornal.publico.pt>

GONZÁLEZ, R. P. & GONZÁLEZ, J. F. S. (1998). *Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria*. 22 (9), 580-584. Retirado a 29 de Abril de 2003 de World Wide Web: <http://db2.doyma.es>

GRAY-TOFT, P. & ANDERSON, J. G. (1981). Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. *Social Science & Medicine*, 15, 639-647.

GUERRA, P. (2000). *Cerebrus – A gestão Interpessoal*. 1ª Ed., Cascais: Pergaminho.

GURALNIK, J. & KAPLAN, G. (1989). Predictors of health aging: prospective study from the Alameda County. *American Journal of Public Health*, 79 (6), 703-708.

HABER, D. (2003). *Health promotion and Aging – Practical Applications for Health Professionals*. 3ª ed., New York: Springer Publishing Company.

HALL, D. T. (1971). A theoretical model of career subidentity development in organizational settings. *Organizational behaviour & Human Performance*, 66, 50-76.

HALL, D. T. (1976). *Careers in organizations*. Pacific Palisades, CA: Goodyear.

HAMBURG, D. A.; ELLIOTT, G. R. & PARRON, D. L. (1982). *Health and Behaviour Frontiers of Research in the Biobehavioural Sciences*. Washington D C: National Academy Press.

HARTER, S. (1983). Developmental perspectives on the *self*-system. In E.M. Hethrington (Ed.), *Handbook of Child Psychology*. N.Y.. Wiley, 275-385.

HARRISON, D. H. (1983). A social competence model of burnout. In B. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press.

HARVARD MEDICAL SCHOOL (2003a). As diferentes faces do stress. In Dossier *Como controlar o stress*, Setembro, Edimpresa Ed., 3, 24-26.

HARVARD MEDICAL SCHOOL (2003b). Como prevenir e lidar com o stress. In Dossier *Como controlar o stress*, Setembro, Edimpresa Ed., 3, 10-23.

HARVARD MEDICAL SCHOOL (2003c). O que o exercício pode fazer por nós. In Dossier *Exercício Físico: objetivos e vantagens*, Outubro, Edimpresa Ed., 6, 7-14.

HAWKINS, L.; WHITE, M. & MORRIS, L. (1983). Smoking, stress and nursing, *Nursing Mirror*, October, 13.

IVANCEVICH, J. M. & MATTESON, M.T. (1980). *Stress and work*. Scott Foresman City, IL: Scott Foresman.

JESUS, S.N. (1998). *Stress nos Professores: sintomas, factores e estratégias de coping*. In José Matias Alves (Coord.) – *Professor, Stress e Indisciplina*, Dossier Rumos, 5, Porto, Porto Editora.

JESUS, S. N. (2000). *Perspectivas para o bem-estar docente* [Lição Síntese]. Universidade do Algarve.

JESUS, S.N. (2002). *Perspectivas para o bem-estar docente*. Porto, Asa Editores II.

JESUS, S. N. (2004). Programa de formação em gestão de stresse para profissionais de educação e saúde. *Psychologica*, 369-375.

JESUS, S N. & PEREIRA, A. (1994). Estudo das estratégias de “coping” utilizadas pelos professores. *Actas do 5º Seminário A Componente de Psicologia na Formação de Professores e Outros Agentes Educativos*, Universidade de Évora, 253-268.

JESUS, S.N. & COSTA, M.L.H. (1998). *Stress e Estratégias de coping de Médicos e Professores*. Coimbra, Instituto de Clínica Geral da Zona Centro, Novembro.

JESUS, S. N. & COSTA, M. L. (2002). *Escala de factores de stress de profissionais de saúde*. In Isabel Leal; Inês P. Cabral; José P. Ribeiro (Ed.). 4º. *congresso nacional de psicologia da saúde - a saúde numa perspectiva de ciclo de vida*. Lisboa: Instituto Português de Psicologia da Saúde, 141-145.

JESUS, S. N.; PACHECO, J. E. P. & SANTOS, J. C. V. (2003). Escala de estilos de vida saudável de profissionais de saúde. *Encontro: Revista de Psicologia*, UNIA, Santo André – SP, Julho-Dezembro, 8 (8), 5-8.

JESUS, S. N.; SANTOS, J. C. V.; STOBÄUS, C. D.; MOSQUERA, J. J. M. & ESTEVE, J. M. (2004). Formação em gestão do stresse. *Revista Mal-Estar e Subjectividade*. Fortaleza, Setembro, IV (2), 358-371.

JIMÉNEZ, P.M. (1997). Afrontamiento al estrés en población reclusa drogadependiente. In M^a. Isabel Hombrados (comp.) – *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.

JUNIOR, A.; NUNES, F.; MARTINS, P.; COSTA, R. & ZORRINHA, S. (2002). *O síndrome de burnout nos enfermeiros prestadores de cuidados no Hospital Distrital de Faro segundo o tipo de horário de trabalho praticado. Estudo comparativo de dois grupos*. Monografia no âmbito do 3º Curso de

Complemento de Formação em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem, Faro, Universidade do Algarve.

KALES, J. D. ; MARTIN, E. D. & SOLDAORS, C. R. (1978). Emotional problems of physicians and their families. *Patient Medicine*, 12, 14-16.

KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. (1992). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Rio de Janeiro: MEDSI.

KASL, S. V. & COBB, S. (1966). Health behaviour, illness behaviour and sick role behaviour. *Archives of Environment and Health*, 12, 246-266.

KEYS, A. (1980). *Seven countries: A multivariate analyses of death and coronary heart disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

KING, A. C.; BLAIR, S. N.; BILD, D E. *et al.* (1992). Determinants of activity and interventions in adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24, 221-237.

KOBASA, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality & Social Psychology*, 37,1-11.

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.

KORTUM-MARGOT, E. (2002). Psychosocial factors in the workplace. *The Global Occupational health Network*, 2, 7-10.

KOTLER, P. (1997). *Administração de Marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. São Paulo: Ed. Atlas.

KRANTZ, S. (1983). Cognitive appraisals and problem- directed coping: a prospective study of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (3), 638-643.

KROHNE, H.W. (1990). Stress und stressbewältigung (stress and coping). In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie* (pp. 263-277). Göttingen: Hogrefe.

LAMB, K.; BRODIE, D.; MINTEN, J. & ROBERTS, K. (1991). A comparison of selected health-related data from surveys of a general population. *Sociological and Science Medicine*, 33 (7), 835-839.

LATAACK, J. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71, 377-385.

LAZARUS, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

LAZARUS, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer Publishing Company.

LAZARUS, R. S. (2000). *Estrés y Emoción – Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao, Biblioteca de Psicología.

LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez Roca - libros universitarios y profesionales.

LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-170.

LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1991). The concept of coping. In A. Monat & R.S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (pp. 189-206), New York: Columbia University Press.

LEAL, M. F. P. (1996). *Stress e Burnout*. In Saúde Pública e Saúde Ocupacional (Jornadas de Investigação). Coimbra: Centro de Investigação em Medicina Social. FMC, 31-48.

LeDOUX, J. (2000). *O Cérebro Emocional – As Misteriosas Estruturas Da Vida Emocional*. 1ª Ed., Cascais: Pergaminho.

LEITER, M. P. (1988). Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 115-132.

LEITER, M. P. (1990). *Burnout as a crisis in professional role development*. Paper presented at the ENOP Conference on Professional Burnout, Kraków, Poland.

LEITER, M. P. (1991). The dream denied: Professional Burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-558.

LEITER, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: consideration of models. In W. B. Schaufeli; C. Maslach & T. Marek (Ed.), *Professional Burnout – Recent Development in Theory and Research*. United States of America, Taylor & Francis.

LEITER, M. P. & MASLACH, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour*, 9, 297-308.

LEITER, M. P. & MEECHAN, K. A. (1986). Role structure and burnout in the field of human services. *Journal of Applied Psychology*, 22, 47-52.

LEPPANEN, R. & OLKINUORA, M. (1987). Psychological stress experienced by care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 13, 1-8.

LEVI, L & ANDERSON, L. (1980). *La Tensión Psicosocial. Ambiente y Calidad de Vida*, México: El Manual Moderno.

LIMA, D. R. (2005). *Café em excesso*. Retirado a 28 de Março de 2005 da World Wide Web: http://www.abic.com.br/café_depressao.html

LIMA, D. R. (2005). *Café, Depressão e Suicídio*. Retirado a 28 de Março de 2005 da World Wide Web: http://www.abic.com.br/café_depressao.html

LINDSTROM, K. (1992). Work organization and well-being of Finnish health care personnel. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 18 (2), 90-93.

LOEVINGER, J. (1976). *Ego development conceptions and theories*. San Francisco: Jossey-Bass.

LOEVINGER, J. (1978). *Scientific ways in the study of ego development*, vol. XII. Heinz Werner Lecture Series: Clark University Press.

LOFF, A. (1992). *Aspectos psicológicos do exercício da profissão de enfermagem*. Comunicação apresentada nas «Jornadas de Enfermagem», Lisboa, Portugal.

LUCENA, I. C. (2005). Eu sou o meu próprio médico. In *Focus-Magazin*, Março, 281,102-108.

MACKAY, J. & ERIKSEN, M. (2002). *The Tobacco Atlas*. World Health Organization. Retirado a 16 de Abril de 2005 de World Wide Web: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562099.pdf>

MARCH, H.W. (1986). Global *self-esteem*: its relation to specific facets of *self-concept* and their importance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1224-1236.

MARCIA, J.E. (1967). Ego identity status : Relationship to change in *self-esteem*, general maladjustment and authoritarianism. *Journal of Personality*, 35, 118-133.

MARINS, M. C. A. (2004). *Qualidade de vida*. Retirado a 1 de Fevereiro de 2004 de World Wide Web: http://www.esenfiseu.pt/ficheiros/artigos/qualidade_vida.pdf

MARQUES-TEIXEIRA, J. (2002). Burnout ou a Síndrome de Exaustão. *Saúde Mental*. IV (2), 8-19.

MARTÍN, P. B.; MARTINEZ, J. G. & ALIAGA, M. T. (1998). *Intervención en Psicología clínica y salud*. Promolibro: Valencia.

MARTINEZ, J.; RODRÍGUEZ, A.; CALDERON, J. M.; SANTOS, F. & JIMÉNEZ, J. (1987). Encuesta sobre el hábito tabágico en una población de médicos hospitalarios. *Revista Clínica Española*, 8, 429-434.

MARTINS, P. & MARTINS, A. C. (1999). O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: satisfação e estratégias de coping – Um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 529-546.

MASLACH, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34, 111-124.

MASLACH, C. (1982a). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice-hall Press.

MASLACH, C. (1982b). Burnout: A social psychological analysis. In J. W. Jones (Ed.), *The burnout syndrome: Current research, theory, investigations*. Park Ridge, IL: London House Press.

MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory. Manual* (2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1997). *Inventario «Burnout» de Maslach – Síndrome del «quemado» por estrés laboral asistencial*. Manual, Publicaciones de Psicología Aplicada, 211, Madrid: TEA Ediciones, S. A.

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 – A Wiley Company.

MATARAZZO, J. D. (1984). Behavioural health: a 1990 challenge for health services professions. In J. D. MATARAZZO, S. M. WEISS, J. A. HERD, N. E. MILLER & S. M. WEISS (Eds). *Behavioural health*, New York, John Wiley & Sons, 3-40.

MATHNEY, K.; CURLETTE, W.; AYCOCK, D.; PUGH, J. & TAYLOR, H. (1987). *Coping resources inventory for stress*. Fayetteville, GA: Health Prisms Inc..

MATOS, H. S. ; VEJA, E. D. & URDÁNIZ, A. P. (1999). Estudo do Síndrome de *Burnout* entre os profissionais de saúde dum hospital geral. *Psiquiatria Clínica*, 20 (1), 125-138.

MATOS, M. G.; SIMÕES, C.; CANHA, L. & FONSECA, S. (1996). *Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses*. Relatório do estudo da Rede Europeia HBSC/OMS, 1-73.

McGINNIS, J. (1992). Top leading cause of death. *The Interchange*, 9, 5, Texas Department of Health.

McINTYRE, T. (1985). *Aggressiveness and assertiveness in Portuguese and American college students: a cross-cultural study*. Unpublished Masters Thesis, Atlanta, Georgia State University.

McINTYRE, T. (1994). *Psicologia da Saúde – Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*.

McINTYRE, T. (1997). Family therapy in Portugal and the U.S.: a culturally approach. In U. Gielen & A. Comunian (Eds.), *Family and therapy international perspective*. Milan, Italy: Marinelli Editrice.

McINTYRE, T.M. ; McINTYRE, S.E. & SILVÉRIO, J. (1995). *Inventário de Recursos para Lidar com o Stress [Coping Resources Inventory for Stress – Portuguese Version]*. . Fayetteville, GA: Health Prisms Inc..

McINTYRE, T.M. ; McINTYRE, S.E. & SILVÉRIO, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*,3, (XVII), 513-527.

McQUEEN, D. (1987). *Research in Health Behaviour, Health Promotion and Public Health*, Documento de trabalho. Edimburg: Research Unit in Health and Behavioural Change.

McQUEEN, D. (1988). Directions for research in health behaviour related to heath promotion: an overview. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen & J. Turner (Eds.). *Health behaviour research and health promotion*, 251-265. Oxford: Oxford University Press.

MEICHENBAUM, D. (1985). *Stress inoculation training*. Nova York, Plenum Press.

MEIER, S. T. (1983). Towards a theory of burnout. *Human Relations*, 36, 899-910.

MEIER, S. T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of occupational Psychology*, 57, 211-219.

MELO, B.T., GOMES, A.R. & CRUZ, J.F. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 53-71.

MEMOM, A.; MOODY, P. M.; SUGATHAN, T. N.; GERGES, N.; BUSTAN, M.; SHATTI, A. & JAZZAF, H. (2000). Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: prevalence, characteristics, and attitudes. *Bulletin of World Health Organization*, 78 (11).

MESSICK, S. (1981). Constructs and their vicissitudes in educational and psychological measurement. *Psychological Bulletin*, 89, 575-588.

MICHIE,S.; RIDOUT, K. & JOHNSTON, M. (1996). Stress in nursing and patient's satisfaction with health care. *British Journal of nursing*, 5 (16), 1002-1006.

MIKHAIL, A. (1985). *Stress: A Psychological Conception*. In A. Monat e Lazarus (eds.). *Stress and coping – an anthology*. 2ª ed., Columbia University Press, 31-39.

MILLER, R. E. ; GOLASZEWSKI, T. J.; PFEIFFER, G. J. & EDINGTON, D. W. (1990). Significance of the lifestyle system to employee health and assistance. *Health Values Health Behaviour: Education and Promotion*, 14 (4), 41-49.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999). *Saúde um Compromisso – A estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)*. Lisboa: Ed. Ministério de Saúde.

MISCHEL, W. (1968). *Personality and assessment*. New York: Wiley.

MODLIN, H. C. & MONTES, A. (1964). Narcotic addiction in physicians. *American Journal of Psychiatry*, 121,358-365.

MONAT, A. & LAZARUS, R.S. (1985). Stress and coping – some current issues and controversies, 1-16. In A. Monat e Lazarus (eds.), *Stress and coping – an anthology*, Columbia University Press,1-16.

MOOS, R. H. & SCHAEFER, J.A. (1993). Coping Resources and Processes: Current Concepts and Measures. Cap. 13, 234-257. In L. Goldberger & S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress – Theoretical and Clinical Aspects*, 2ª ed., New York Press.

MORENO-JIMÉNEZ, B. & PUENTE, C. P. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. In M. A. Simón [Ed.], *Manual de la Salud*, Madrid, Biblioteca Nueva, 739-761.

MORENO-JIMÉNEZ, B.; CARVAJAL, R. R. & REDONDA, E. E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 7 (1), 69-77.

MORIN, C. *et al.* (1999). Behavioural and pharmacological therapies for later-life insomnia : A randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 991-999.

MOURA, M. (2005). *Conselho de Ministros extingue hospitais SA e aprova venda de medicamentos fora das farmácias*. Retirado a 7 de Abril de 2005 de World Wide Web: <http://www.publico.clix.pt>

MOWEN, J. & MINOR, M. (1998). *Consumer Behaviour*. Upper Saddle River, New Jersey.

MURPHY, M.; NEVILL, L.; NEVILLE, C.; BIDDLE, S. & HARDMAN, A. (2002). Accumulation Brisk Walking for Fitness, Cardiovascular Risk, and psychological health. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34 (9), 1468-1474.

NICHOLSON, A. N. (1985). *Insónia transitória e de curto prazo – o uso de hipnóticos*. Lisboa: Boeringer Ingelheim.

NOGUEIRA, J. (1988). *Stress e exaustão médicas: que saída para a crise?*. Estudo feito no âmbito do Internato de especialidade de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública.

NUNES, E. (2003). Tabaco e Saúde – Aspectos económicos. In M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.) (2003), *Álcool, Tabaco e Jogo*. Coimbra, Quarteto, 67-76.

OBSERVATÓRIO DO MEDICAMENTO E DOS PRODUTOS DE SAÚDE (2002). *Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal de 1995 a 2001*. INFARMED, 1-17.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2003). *Estado da arte*. Retirado a 25 de Agosto de 2005 de World Wide Web: <http://www.observaport.org/OPSS> .

OCDE (2002). *Health data 2002*. Paris: OCDE.

OGDEN, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. 1ª ed., Lisboa: Climepsi editores.

OGDEN, J. (2004). *Psicologia da saúde*. 2ª ed., Manuais Universitários 11, Lisboa: Climepsi editores.

OLIVEIRA, L. (2004). Vencer o stresse. In *Visão*, Abril, 22-25.

OLKINUORA, M.; ASP, S.; JUNTUNEN, J.; KAUTTU, K.; STRID, L. & AARIMAA, M. (1992). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 18 (2), 110-112.

ORLOFSKY, J. L. (1978). Identity formation, achievement, and fear of success in college men and women. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 49-62.

ORNELAS, T. (2003a). Alimentação - memória. *Saúde e Estilo de vida*, Multicare, Ano 4, Julho, 37, 68-69.

ORNELAS, T. (2003b). Férias são férias. *Saúde e Estilo de vida*, Multicare, Ano 4, Julho, 37, 42-46.

ORNELAS, T. (2005). Alimentação. In *SaberViver*, Abril, Ano 6, 58, 108-110.

PACHECO, J. E. P. (2002). *Stress e Coping nos estudantes do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro, Universidade do Algarve.

PACHECO, J. E. P. (2005). A pessoa humana e a doença. *Revista de Educação*, Ano XXVIII, 1 (55), Janeiro/Abril, Porto Alegre, 31-44.

PACHECO, J. E. P. & MURCHO, N. (2005). Implicações do stress na saúde dos enfermeiros nos serviços de medicina [Versão electrónica]. *Actas das III Jornadas de Psicologia "Pessoas e Instituições: A Gestão de Situações Difíceis*, Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares, Centro de Investigação e Formação Avançada em Psicologia.

PACHECO, J. E. P.; MURCHO, N. & JESUS, S. N. (2004). A qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição de metadona. In J. L. P. Ribeiro & I. Leal, *Actas do 5º Congresso nacional de Psicologia da Saúde – A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança*, Lisboa, ISPA Ed., 423-429.

PACHECO, J. E. P.; MURCHO, N. & JESUS, S. N. (2005a). Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona. In Instituto Politécnico de Beja, Universidad de Huelva, Universidade do Algarve (Eds), *A prevenção das toxicodependências no ensino superior/La prevención de drogodependencias en la educación superior*, 1ª ed., Março, 135-140.

PACHECO, J. E. P.; MURCHO, N. & JESUS, S. N. (2005b). Programa de Promoção de Bem-estar nos Toxicodependentes. *Sinais Vitais*, Maio, 60, 55-57.

PAFFENBARGER, R. S.; HYDE, R. T.; WING, A. L. & HSIEH, C. C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314, 605-613.

PAIVA, T. (2005). [entrevista à Lusa]. Quase um em cada três portugueses sofre de insónia moderada a severa. *Saúde*, p. 4.

PARREIRA, P. (1998). *Contacto com a morte e síndrome de burnout: Estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia*. Lisboa: Instituto Superior de psicologia Aplicada (Tese de mestrado).

PARREIRA, P. D. & SOUSA, F. C. (2000). Contacto com a morte e síndrome de burnout: estudo comparativo com três grupos de enfermeiros de oncologia. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, Fevereiro, 17-23.

PARROTT, A. (1999). Does Cigarette Smoking Cause Stress?. *American Psychologist*, October, 54 (10), 817-820.

PAÚL, C. & FONSECA, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Manuais universitários, 20, 1ª ed., Lisboa: Climepsi Editores.

PEREIRA, A. (1999). *SPSS – guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 2ª ed., Lisboa, Ed. Sílabo.

PEREIRA, A. M. S. (1991). *Coping, auto-conceito e ansiedade social: sua relação com o rendimento escolar*. Dissertação de Mestrado, Coimbra, Universidade de Coimbra.

PEREIRA, A.M.S .(1997). *Helping students cope: peer counselling in higher education*. Tese de doutoramento, University of Hull.

PEREIRA, A. M. S. (2001). Resiliência, personalidade, *stress* e estratégias de *coping*. In José Tavares (Org.) *Resiliência e Educação*. São Paulo, Cortez Editora, 77-94.

PÉREZ de GUZMÁN, T. (1994). Estilos de vida y teoría social. In Autores Varios. *Valores y estilos de vida en nuestras sociedades en transformación*. Bilbao: Universidad de Deusto.

PESTANA, M.H. & GAGEIRO, J.N. (2000). *Análise da dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. 2ª ed., Lisboa: Ed. Sílabo.

PETO, R. *et al.* (1992). Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimates from national vital statistics. *The Lancet*, 339, 1268-1278.

PINES, A. (1981). Burnout: A current problem in pediatrics. *Current Problems in Pediatrics*, April.

PINES, A. (1983). On burnout and the Buffering Effects of Social Support. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 23-28). New York: Pergamon Press.

PINES, A. (1993). Burnout: an existential perspective. In W. B. Schaufeli; C. Maslach & T. Marek (Ed.), *Professional Burnout – Recent Development in Theory and Research*. United States of America, Taylor & Francis.

PINES, A. & ARONSON, E. (1981). *Burnout : From tedium to personal growth*. New York: Free Press.

PINES, A. & ARONSON, E. (1988). *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press.

PINES, A. & MASLACH, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29 (4), 233-237.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T. & TAMAYO, M. R. (2003). Mensuração de *Coping* no Ambiente Ocupacional. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, Maio - Agosto, 19 (2), 153-158.

PLANT, T & RODIN, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology Research and Reviews*, 9 (1), 3-24.

PRICE, L. & SPENCE, S, H. (1994). Burnout symptoms amongst drug and alcohol service employees: gender differences in the interaction between work and home stressors. *Anxiety Stress and Coping*, 7, 67-84.

PRISCO, C. & FONTAINE, A . M. (1999). Estilos de *coping* em situação escolar: adaptação de um instrumento. In SOARES, A. P. ; ARAÚJO, S. ; CAIRES, S. (Org.s) *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (VI), APPORT, Associação dos Psicólogos Portugueses, Braga, 814-823.

PURKEY, W. W. (1970). *Self-Concept and School Achievement*. Englewood Cliffs. New-York: Prentice-Hall.

QUEIRÓS, P.J.P. (1996). Carga física, risco ocupacional nos enfermeiros. *Sinais Vitais*, 6, Fevereiro,35-40.

QUEIRÓS, P. J. P. (1998). Burnout em enfermeiros: comparação de três grupos. *Sinais Vitais*, 16, 17-21.

QUEIRÓS, P. J. P. (2003). O que causa mal-estar, stresse, em enfermeiros?. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Agosto, 8, 3-7.

QUEIRÓS, P. J. P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portuguesas*. Coimbra, Formasau, Ed. Sinais Vitais.

QUILLIAN, S. (2003). *Pensamento positivo*. Porto, Coleção Saber Viver, Civilização Editores.

RECKASE, M.D. (1984). Scaling Techniques. In G. Goldstein; M. Herson (Eds.), *Handbook of Psychological Assessment*. New York, Pergamon Press, 38-53.

REED, R. & LANG, T. (1987). *Health Behaviours*. St. Paul: West Publishing Company.

REIG, A. & CARUANA, A. (1990). Consumo de Tabaco en profesionales de la salud y su relación con el estrés ocupacional. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*.

REINER, H.D & HARTSHORNE, T.S. (1982). Job burnout and the school psychologist. *Psychology in the Schools*, 19 (4), 508-512.

RIBEIRO, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Estudos 6, Lisboa: ISPA.

RIOS, L. F. & FERNÁNDEZ, M. G. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. In M. A. Simón (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (Vol. V, 133-154). Madrid: Biblioteca Nueva.

ROBINSON, W.P. (1978). Desinteresse escolar no ensino secundário. *Análise Psicológica*, 2 (1), 23-32.

ROBINSON, W.P. & TAYLOR, C.A. (1986). Auto-estima, desinteresse e insucesso escolar em alunos da Escola Secundária. *Análise Psicológica*, 5 (1), 105-113.

RODRIGUES, A. (2003). Comentário: Tabaco e Saúde. In M. I. Clímaco & L. M. Ramos (Coord.) (2003), *Álcool, Tabaco e Jogo*. Coimbra, Quarteto, 83-92.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A.; GUAL, A. & LLOPIS, J. J. (1999). La «unidad de bebida estándar» como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)*, 112, 446-450.

ROGERS, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

ROOS, R. R. & ALTMAIER, E.M. (1994). *Intervention in Occupational Stress*. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.

ROTMAN, C. (1988). A study of the burnout among psychologist. Doctoral dissertation. Rutgers. The state University of New Jersey, in *Dissertations Abstracts International*, 48, 2772B.

ROWH, M. (1989). *Coping with Stress in college – everything students need to know to manage the pressures of college life*. New York: The college board.

RUIZ DE OLABUÉNAGA, I. (1998). *La juventud liberta. Géneros y estilos de la juventud urbana española*. Madrid: Fundación BBV.

S. COHEN *et al.* (1990). Debunking myths about self-quitting : Evidence from 10 prospective studies of persons who attempt to quit smoking by themselves. *American Psychologist*, 44, 1355-1365.

SABERVIVER (2005). *Deixar de fumar – o seu guia*. Março, 57, 3-14.

SALDANHA, H. (2001). *Nutrição Clínica Moderna na Saúde e na Doença*. Lisboa: Lidel Ed..

SANCHEZ, L.; CALATRAVA, J. M. ; ESCUDERO, C.; GARCIA, A.; MARCO, V. & ESTERAS, A. (1988). Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica. *Medicina Clínica*, 90, 404-407.

SANDÍN, B. (1995). El estrés. In A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (II), Madrid, McGraw-Hill, 3-53.

SARAFINO, E. (1990). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley.

SAÚDE E BEM-ESTAR (2004). Vencer o stresse. In *Visão*, Abril.

SAVICKI, V. & COOLEY, E. J. (1994). Burnout in child protective service workers a longitudinal study. *Journal of Organizational behaviour*, 15, 655-666.

SCHOLSSBERG, N. K. (1981). A model for analysing human adaptation to transition. *The Counselling Psychologist*, 9, 2, 2-18.

SCHWAB, R.L.; JACKSON, S.E. & SCHULER, R.S. (1986). Educator burnout: Sources and consequences. *Educational Research Quarterly*, 10 (3), 14-30.

SCHWARZER, R. (2000). *Stress and Coping Resources: Theory and Review*. Home page, 1-26. Retirado a 28 de Fevereiro de 2000 de World Wide Web: <http://www.fu-berlin.de/gesund/publicat/ehps-cd/health/stress.html>

SHAUFELI, W.B.; MASLACH, C. & MAREK, T. (1993). *Professional Burnout: Recent development in Theory and Research*. Philadelphia, Taylor & Francis.

SHAVELSON, R. J. & BOLUS R. (1982). Self-concept: the interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17.

SHAVELSON, R. J.; HUBNER, J. J. & STANTON, J. C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.

SHETH, J. N. (2001). *Comportamento de Cliente: indo além do comportamento do consumidor*. São Paulo, SP: Atlas.

SHINN, M. & MORCH, H. (1983). A tripartite model of coping with burnout. In B. A. FARBER (ed.) (1985). *Stress and burnout in the human services professions*. 2ª ed., New York: Pergamon Press, 227-240.

SILVA, C. & FIRMINO, H. (1988). Stress e imunocompetência. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 209-212.

SIMÕES, C.M. (1996). *O desenvolvimento do professor e a construção do conhecimento pedagógico*. Aveiro, Universidade de Aveiro.

SIMOPOULOS, A. P. (1986). Obesity and body weight standards. *Annual Review of Public Health*, 7, 481-492.

SKOVHOLT, T. M. (2001). *The Resilient Practitioner – Burnout Prevention and Self-Care Strategies for Counsellors, Therapists, teachers, and Health Professionals*. University of Minnesota, Boston: Allyn and Bacon.

SOARES, C. (2004). Stresse, para que te quero?. In *Visão*, Abril, 4-14.

SOARES, F. (2005). Futuro perfeito. In *Men's Health*, Março, 48, 60-64.

SPRINTHALL, N. A. & COLLINS, W. A. (1999). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentistas*. 2ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Glubenkian.

STALLONES, R. A. (1983). Ischemic heart disease and lipids in blood and diet. *Annual Review of Nutrition*, 3, 155-185.

STROEBE, W. & STROEBE, M. (1999). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.

STUART, G. W. & LARAIA, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática*, 6ª ed., Porto Alegre: Artemed Editora.

SULLIVAN, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

SUTHERLAND, V. J. & COOPER, C. L. (1990). *Understanding stress: a psychological perspective for health professionals*. Chapman and Hall.

SWENSEN, C.H. (1980). Ego development. In R.H. Woody (ed.), *Encyclopaedia of Clinical Assessment*. San Francisco, Jossey-Bass, (I), 331-340.

TAVARES, J. & ALBUQUERQUE, A. M. (1998) – Sentidos e Implicações da Resiliência na Formação. *Psicologia, Educação e Cultura*, (II), 1.

TAYLOR, C. M. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. 13ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas.

TAYLOR, S. E. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45, 20-50.

TESTE SAÚDE (2003a). *Deixar de fumar*. Outubro/Novembro, 45, 4-28.

TESTE SAÚDE (2003b). *Obesos em risco*. Outubro/Novembro, 45, 4-28.

TESTE SAÚDE (2004a). *Insónias e ansiedade*. Abril/Maio, 48, 32-35.

TESTE SAÚDE (2004b). *Cafeína – consumo e efeitos*. Agosto/Setembro, 50, 15-19.

TESTE SAÚDE (2005). *Correr contra o stresse*. Abril/Maio, 54, 13-18.

TINSLEY, H. E. & TINSLEY, D.J. (1987). Uses of Factor Analysis in Counselling Psychology Research. *Journal of Counselling Psychology*, 34, 414-424.

TOMÉ, M. (1990). Conceito de saúde – inquérito em três escolas. *Saúde em números*, 5 (4).

TUCKMAN, B.W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

UMBERT, G. M. (1998). Psico@ciudadfutura.com. Retirado a 24 de Março de 2000.

VAZ SERRA, (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*. 6 (2), 101-110.

VAZ SERRA, A. (1989). *Stress*. Coimbra Médica, 10, 131-141.

VAZ SERRA, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra.

VILLENA, N. D.; ZELADA, T. M. & OLCESE, C. V. (2003). El síndrome de Burnout en enfermeras de los servicios hospitalarios de la provincia de Trujillo.

Psiquiatria.com, 7 (2). Retirado a 18 de Novembro de 2004 de World Wide Web: <http://www.psiquiatria.com>

VITIELLO, M. (1997). Sleep disorders and aging: Understanding the causes. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 52A, M189-M191.

VIVES, J.F. (1994). Resposta emocional al estrés laboral. *Revista ROL de Enfermeria*, 186, Febrero, 31-39.

WAGNER, B. M. & COMPAS, B. E. (1990). Gender instrumentality and expressivity: Moderators of the relation between *stress* and psychosocial symptoms during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 18 (3), 383-406.

WERNER, E. R. & KORSCH, B. M. (1979). Professionalization during pediatric internship: Atitudes, adaptations and interpersonal skills. In E. C. Shapiro & L. M. Lowenstein (Eds.), *Becoming a Physician: Development of Attitudes in Medicine*, Cambridge: Ballinger Publishing Company.

WILEY, J. A. & CAMACHO, T. C. (1980). Life-style and future health: evidence from the Alameda County Study. *Preventive Medicine*, 9,1-21.

WINNUBST, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. In W. B. Schaufeli; C. Maslach & T. Marek (Ed.). *Professional Burnout – Recent Development in Theory and Research*. United States of America, Taylor & Francis.

WINNUBST, J. A. M.; BUUNK, B. P. & MARCELISSEN, F. H. G. (1988). Social support and stress: Perspectives and processes. In S. Fisher & J. Reason (Eds.). *Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester: John Wiley and Sons.

ZASTROW, C. (1984). Understanding and preventing burnout. *British Journal of Social Work*, 14 (2), 141-155.

ANEXOS

ANEXO I

Itens do instrumento para avaliar as variáveis de *burnout* em estudo

INVENTÁRIO DE “BURNOUT”
(Versão traduzida e adaptada do “Maslach Burnout Inventory”)
(Maslach & Jackson, 1986; Cruz, 1993; Cruz & Melo, 1996)

A finalidade deste Questionário consiste em analisar a maneira como diferentes profissionais ligados à área das “profissões de ajuda”, encaram o seu emprego e as pessoas com quem trabalham ou lidam diariamente. Neste questionário, o termo “cliente” é usado para referir as pessoas a quem os médicos e/ou enfermeiros prestam os seus serviços, cuidados, tratamentos ou instrução.

Na página seguinte, indicam-se 22 afirmações relativas a sentimentos relacionados com a actividade profissional. Por favor, leia cada afirmação com atenção e pense se alguma vez se sentiu assim em relação à sua profissão. Se nunca teve esse sentimento, escreva “0” (zero) no espaço reservado antes da afirmação. Caso contrário, se já experienciou esse sentimento, indique quantas vezes o sente, utilizando para tal o seguinte exemplo:

Exemplo:

QUANTAS VEZES	0	1	2	3	4	5	6
	NUNCA	ALGUMAS VEZES POR ANO	UMA VEZ POR MÊS	ALGUMAS VEZES POR MÊS	UMA VEZ POR SEMANA	ALGUMAS VEZES POR SEMANA	TODOS OS DIAS

QUANTAS VEZES

0 – 6

AFIRMAÇÃO

Sinto-me deprimido(a) no trabalho

Se nunca se sente deprimido(a) no trabalho, deve escrever o número “0” (zero) por baixo do cabeçalho “QUANTAS VEZES”. Se raramente se sente deprimido(a) no trabalho (algumas vezes por ano), deve escrever o número “1”. Se os seus sentimentos de depressão são frequentes (algumas vezes por semana, mas não diariamente), deverá escrever “5”.

QUANTAS VEZES	0	1	2	3	4	5	6
	NUNCA	ALGUMAS VEZES POR ANO	UMA VEZ POR MÊS	ALGUMAS VEZES POR MÊS	UMA VEZ POR SEMANA	ALGUMAS VEZES POR SEMANA	TODOS OS DIAS

QUANTAS VEZES
0 – 6 AFIRMAÇÃO

1. _____ Sinto-me emocionalmente insatisfeito(a) com o meu trabalho.
2. _____ No final do meu dia de trabalho, sinto-me como se tivesse sido “usado(a)”.
3. _____ Sinto-me fatigado(a) quando me levanto de manhã e tenho que enfrentar outro dia de trabalho.
4. _____ Posso facilmente compreender como é que os meus clientes se sentem em relação às coisas.
5. _____ Sinto que trato alguns clientes como se fossem objectos impessoais.
6. _____ Trabalhar com pessoas todo o dia, constitui realmente uma pressão para mim.
7. _____ Lido de forma muito eficaz com os problemas dos meus clientes.
8. _____ Sinto-me esgotado(a) com o meu trabalho.
9. _____ Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
10. _____ Tornei-me mais cruel com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.
11. _____ Preocupa-me o facto deste trabalho me estar a tornar mais “duro(a)” ou “rígido(a)” do ponto de vista emocional.
12. _____ Sinto-me com muitas energias.
13. _____ Sinto-me frustrado com o meu emprego.
14. _____ Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu emprego.
15. _____ Não me interessa realmente o que acontece a alguns dos meus clientes.
16. _____ Trabalhar directamente com pessoas gera-me demasiado “stresse”.
17. _____ Sou capaz de criar facilmente um ambiente relaxado com os meus clientes.
18. _____ Sinto-me contente depois de trabalhar “de perto” com os meus clientes.
19. _____ Neste emprego consegui muitas coisas que valeram a pena.
20. _____ Sinto-me como se estivesse no limite das minhas capacidades.
21. _____ No meu trabalho lido muito calmamente com os problemas emocionais.
22. _____ Sinto que os clientes me culpam por alguns dos seus problemas.

ANEXO II

Itens do instrumento para avaliar as variáveis de *coping* em estudo

C.J.S. de LATAACK

(Versão para adaptação portuguesa de Jesus, Abreu, Santos & Paixão, 1992)

As pessoas podem lidar com o stresse profissional de diversas formas. Indique, através de uma cruz, o grau em que utiliza uma das estratégias abaixo referidas quando se sente tenso por causa de situações do seu trabalho, tendo em conta cada um dos algarismos significa o seguinte:

1. Quase nunca faço isto
2. Poucas vezes faço isto
3. Algumas vezes faço isto
4. Muitas vezes faço isto
5. Quase sempre faço isto

	Quase nunca faço isto				Quase sempre faço isto
1. Discutir a situação com o meu superior	1	2	3	4	5
2. Tentar ser muito organizado para poder gerir as situações	1	2	3	4	5
3. Falar com as pessoas envolvidas	1	2	3	4	5
4. Tentar ver a situação como uma oportunidade para aprender e desenvolver novas competências	1	2	3	4	5
5. Colocar atenção redobrada no planeamento e no horário, para não cometer erros	1	2	3	4	5
6. Tentar pensar em mim como um vencedor, como alguém que chega sempre de cabeça erguida	1	2	3	4	5
7. Dizer a mim próprio que posso provavelmente trabalhar as coisas à minha maneira	1	2	3	4	5
8. Dedicar mais tempo e energia a fazer o meu trabalho	1	2	3	4	5
9. Tentar obter o apoio de mais pessoas envolvidas na situação	1	2	3	4	5
10. Pensar nas mudanças que podem ser feitas na situação	1	2	3	4	5
11. Tentar trabalhar mais de pressa e eficazmente	1	2	3	4	5
12. Decidir o que deve ser feito e explicar isso às pessoas que se encontram envolvidas	1	2	3	4	5
13. Dar o meu melhor para fazer aquilo que penso ser esperado por mim	1	2	3	4	5
14. Pedir ajuda das pessoas que têm o poder de fazer alguma coisa por mim	1	2	3	4	5

	Quase nunca Faço isto			Quase sempre faço isto	
	1	2	3	4	5
15. Procurar conselhos de pessoas que se encontram fora da situação, mas que me podem ajudar a pensar como fazer o que é esperado de mim	1	2	3	4	5
16. Trabalhar para a mudança de políticas que estão na base da situação	1	2	3	4	5
17. Empenhar-me mais no trabalho e trabalhar durante mais horas	1	2	3	4	5
18. Evitar encontrar-me na situação, se puder	1	2	3	4	5
19. Dizer a mim próprio que o tempo toma conta deste tipo de situações	1	2	3	4	5
20. Tentar estar fora de situações deste tipo	1	2	3	4	5
21. Lembrar-me que o trabalho não é tudo	1	2	3	4	5
22. Antecipar as consequências negativas para estar preparado para o pior	1	2	3	4	5
23. Delegar o trabalho a outros	1	2	3	4	5
24. Separar-me tanto quanto possível das pessoas que criaram esta situação	1	2	3	4	5
25. Tentar não ficar interessado sobre a situação	1	2	3	4	5
26. Fazer o meu melhor para sair graciosamente da situação	1	2	3	4	5
27. Aceitar esta situação porque não há nada que eu possa fazer para a modificar	1	2	3	4	5
28. Estabelecer as minhas próprias prioridades com base no que gosto de fazer	1	2	3	4	5
29. Dormir	1	2	3	4	5
30. Beber um pouco de licor, cerveja ou vinho	1	2	3	4	5
31. Beber mais quantidade de bebidas alcoólicas que o devido	1	2	3	4	5
32. Tomar tranquilizantes, sedativos ou outros medicamentos	1	2	3	4	5
33. Praticar desporto	1	2	3	4	5
34. Praticar meditação transcendental	1	2	3	4	5
35. Usar o treino de "biofeedback"	1	2	3	4	5
36. Fazer relaxamento	1	2	3	4	5
37. Procurar a companhia de amigos	1	2	3	4	5

	Quase nunca faço isto				Quase sempre faço isto
38. Procurar a companhia da família	1	2	3	4	5
39. Comer	1	2	3	4	5
40. Ver televisão	1	2	3	4	5
41. Assistir a acontecimentos desportivos, culturais ou comunitários	1	2	3	4	5
42. Afastar os problemas da família ou dos amigos	1	2	3	4	5
43. Adoptar passatempos, como sejam actividades de leitura	1	2	3	4	5
44. Fazer compras/gastar dinheiro	1	2	3	4	5
45. Trabalhar menos tempo	1	2	3	4	5
46. Mudar o estado físico, arranjando o cabelo, fazendo massagens, sauna ou actividade sexual	1	2	3	4	5
47. Fazer uma viagem para outra cidade	1	2	3	4	5
48. "Sonhar" durante as horas de trabalho	1	2	3	4	5
49. Procurar ajuda profissional ou aconselhamento	1	2	3	4	5
50. Rezar	1	2	3	4	5
51. Queixar-me a outras pessoas	1	2	3	4	5
52. Fumar	1	2	3	4	5

ANEXO III

Itens do instrumento para avaliar as variáveis de estilos de vida no primeiro estudo

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

QUESTIONÁRIO
DE
ESTILOS DE VIDA

FARO
2005

Caríssimo (a):

Estou a frequentar o Doutoramento em Psicologia da Saúde na Universidade do Algarve, do qual faz parte a realização de um trabalho final. A minha escolha incidiu sobre a temática do “*BURNOUT E ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE*”.

Para a concretização do referido trabalho é indispensável a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário - com três partes - apresentado a seguir:

3 INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

- Leia atentamente todas as questões
- Responda a todas as questões do questionário
- O preenchimento deve ser individual
- Responda colocando um X na alínea mais de acordo com a sua situação, nas questões em que tenha uma quadrícula .
- Nas questões em que a resposta é dada num valor de uma escala, assinale com um (X) no local que melhor traduza a sua opinião, como no exemplo a seguir:

Pouco satisfeito | 1 | 2 | **X** | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

- As respostas a este questionário serão confidenciais.

Agradeço a colaboração prestada.

José Eusébio Palma Pacheco

I Parte

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

1- SEXO

Masculino.....

Feminino.....

2- IDADE _____ anos.

3- NACIONALIDADE

Portuguesa.....

Espanhola.....

Outra.....

4-LOCAL DE RESIDÊNCIA

Rural.....

Urbano.....

5- QUAL É A SUA PROFISSÃO?

Médico.....

Enfermeiro.....

6-TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL (ANOS) _____

7-QUAL É O TIPO DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR ONDE EXERCE A SUA PROFISSÃO?

Sociedades Públicas Administrativas (Público).....

Sociedades Anónimas (SA).....

8- DIGA QUAL É O SEU REGIME DE TRABALHO:

Se for Médico:

Dedicação exclusiva (35h).....

Dedicação exclusiva (42h).....

Tempo completo (35h).....

Avença (20h).....

Se for Enfermeiro:

Tempo acrescido (42 h).....

Tempo parcial (18-24h).....

Horário normal (35h).....

Horário (40h)

9- QUAL É O SEU TIPO DE VÍNCULO À INSTITUIÇÃO?

Quadro (Vínculo definitivo).....

Contrato administrativo de provimento (CAP).....

Contratos individuais de trabalho.....

10-HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS:

Responda, consoante for a sua situação:

Formação base:

Bacharelato.....

Licenciatura.....

Formação Pós-básica:

Pós-Graduação

Sim.....

Não

11- SERVIÇO ONDE EXERCE A SUA PROFISSÃO _____

12- DIGA QUAL É A SUA CATEGORIA PROFISSIONAL:

Se for Médico:

Interno da especialidade/Assistente Hospitalar.....

Assistente Graduado/Chefe de Serviço.....

Se for Enfermeiro:

Enfermeiro/Enfermeiro

Graduado.....

Enfermeiro Especialista/Enfermeiro Chefe/Enfermeiro Supervisor.....

II Parte

QUESTIONÁRIO DE ESTILOS DE VIDA

Os estilos de vida saudáveis estão presentes nos nossos comportamentos a vários níveis. Em 1982, Hamburg, Elliot e Parrot referiram que cerca de 50% dos anos de vida de uma pessoa depende do seu estilo de vida. Os profissionais de saúde podem ter um contributo relevante nas indicações fornecidas para um estilo de vida mais saudável por parte das pessoas em geral. No entanto, as investigações neste domínio têm esquecido estudar o estilo de vida dos próprios profissionais de saúde. Neste trabalho pretende-se dar um contributo para a compreensão deste tema, para o que se solicita a sua colaboração através da resposta às questões seguintes. Assim, **coloque uma cruz (x), numa escala que vai de 1 a 6, em cada uma das seguintes afirmações.**

1 – COMO CONSIDERA O SEU ESTILO DE VIDA:

1.1 - O MEU ESTILO DE VIDA CORRESPONDE AO MEU IDEAL

Concordo Pouco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Muito

1.2 - ESTOU SATISFEITO COM O MEU ESTILO DE VIDA

Concordo Pouco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Muito

1.3 - CONSIDERO O MEU ESTILO DE VIDA ADEQUADO

Concordo Pouco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Muito

1.4 - O MEU ESTILO DE VIDA CONTRIBUI PARA A MINHA FELICIDADE

Concordo Pouco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Muito

1.5 - SE PUDESSE ALTERARIA O MEU ESTILO DE VIDA

Concordo Pouco | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Concordo Muito

2 – EM QUE MEDIDA CONSIDERA A SUA VIDA NOS DIVERSOS ASPECTOS ABAIXO INDICADOS ?

2.1 . RELAÇÕES COM A FAMÍLIA

Pouco satisfatória | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfatória

2.2 . RELAÇÕES COM OS SEUS COLEGAS DE TRABALHO

Pouco satisfatória | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfatória

2.3 . RELAÇÕES COM OS SEUS AMIGOS

Pouco satisfatória | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfatória

3 – COMO CONSIDERA O SEU CONSUMO NAS SUBSTÂNCIAS ABAIXO INDICADAS ?

3.1 . CONSUMO DE TABACO

Pouco adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito adequado

3.2 . CONSUMO DE ÁLCOOL

Pouco adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito adequado

3.3 . CONSUMO DE CAFÉ

Pouco adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito adequado

3.4 . CONSUMO DE MEDICAMENTOS (AUTO MEDICAÇÃO)

Pouco adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito adequado

4 – EM QUE MEDIDA SE CONSIDERA SATISFEITO NAS SEGUINTESS ÁREAS?

4.1. DISTÂNCIA DA SUA CASA AO HOSPITAL (MOBILIDADE)

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.2. PRÁTICAS DE CONDUÇÃO

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.3 . NÚMERO DE HORAS DE SONO

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.4. HÁBITOS ALIMENTARES

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.5. PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.6. GESTÃO DO TEMPO LIVRE

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

III Parte

CARACTERIZAÇÃO DOS ESTILOS DE VIDA

1 – INDIQUE A **PERSISTÊNCIA (PRÁTICA CONTINUADA)** NOS DIVERSOS ASPECTOS ABAIXO INDICADOS, DIZENDO O NÚMERO DE HORAS SEMANAIS QUE, EM MÉDIA, SE ENCONTRA NAS SEGUINTE SITUAÇÕES

1.1 CONVÍVIO COM A FAMÍLIA _____ Horas

1.2 CONVÍVIO EXTRA LABORAL COM OS
COLEGAS DE TRABALHO _____ Horas

1.3 CONVÍVIO COM OS AMIGOS _____ Horas

2 . CONSUMO DE TABACO

Sim.....

Não

Se sim, continue a responder:

Número de cigarros que consome por dia _____

3 . CONSUMO DE ÁLCOOL

Sim.....

Não

Se sim, continue a responder:

3.1 Vinho

3.1.1 Entre 1dl (+/- 1 copo) e 2 dl por dia

Entre 3 e 4 dl por dia.....

Mais de 4 dl por dia.....

3.1.2 Só às refeições

Também fora das refeições

3.2 Cerveja

3.2.1 Entre 2 dl (+/- uma imperial) e 4 dl por dia

Entre 5 e 6 dl por dia.....

Mais de 6 dl por dia.....

3.2.2 Só às refeições

Também fora das refeições

3.3 Bebidas brancas

3.3.1 Entre 0,5 dl (+/- 1 cálice) e 1dl por dia

Entre 2 e 3 dl por dia.....

Mais de 3 dl por dia.....

3.3.2 Só às refeições

Também fora das refeições

3.4 Outras

3.4.1 Entre 1dl (+/- 1 copo) e 2 dl por dia

Entre 3 e 4 dl por dia.....

Mais de 5 dl por dia.....

3.4.2 Só às refeições

Também fora das refeições

4 . CONSUMO DE CAFÉ

Sim.....

Não

Se sim, continue a responder:

4.1 Entre 1 e 2 cafés por dia

Entre 3 e 4 cafés por dia

5 ou mais cafés por dia.....

4.2 Só às refeições

Também fora das refeições

5. AUTO MEDICAÇÃO

Sim.....

Não

Se sim, continue a responder:

5.1 Ansiolíticos

Uma vez/dia

Duas vezes/dia

Três vezes/dia

Mais de três vezes/dia

Ocasionalmente.....

5.2 Analgésicos

Uma vez/dia

Duas vezes/dia

Três vezes/dia

Mais de três vezes/dia

Ocasionalmente.....

5.3 Antipiréticos

Uma vez/dia

Duas vezes/dia

Três vezes/dia

Mais de três vezes/dia

Ocasionalmente.....

5.4 Anti-inflamatórios

Uma vez/dia

Duas vezes/dia

Três vezes/dia

Mais de três vezes/dia

Ocasionalmente.....

6 . DISTÂNCIA DA SUA CASA AO HOSPITAL (MOBILIDADE)

6.1 Quilómetros percorridos

Até 5 Km

Entre 6 Km e 10 Km

Entre 11 Km e 30 Km.....

Entre 31 Km e 60 Km.....

Mais de 60 Km

6.2 Tempo médio gasto na deslocação

Até 5 minutos

Entre 6 minutos e 10 minutos

Entre 11 minutos e 30 minutos.....

Mais de 30 minutos.....

7. PRÁTICAS DE CONDUÇÃO

7.1 Cumpre as regras de trânsito

Sim.....

Não

7.2 Teve algum acidente, em que tenha sido culpado(a) no último ano

Sim.....

Não

Se sim, diga quantos:

Um acidente

Dois acidentes.....

Mais de dois acidentes

7.3 Foi multado(a) alguma vez no último ano

Sim.....

Não

8. HÁBITOS DE SONO

8.1 NÚMERO DE HORAS DE SONO

Menos de 6 horas

Entre 6 a 8 horas

Mais de 8 horas

8.2 ALTERAÇÕES DO SONO

Sim.....

Não

Se sim, diga qual / quais:

Dificuldade em adormecer

Despertar intermitente durante o sono.....

Acordar muito cedo

9. HÁBITOS ALIMENTARES

9.1 Quantas refeições faz por dia:

Duas

Três

Entre três e quatro

Mais de quatro

9.2 Faz a ingestão da **quantidade** correspondente às necessidades do organismo

Sim.....

Não

9.3 Faz a ingestão da **qualidade** correspondente às necessidades do organismo

Sim.....

Não

10. PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Sim.....

Não

Se sim, continue a responder:

10.1 Número de horas que pratica:

Uma hora por semana.....

Duas horas por semana.....

Mais de três horas por semana.....

Ocasionalmente.....

11. GESTÃO DE TEMPO LIVRE

Sim.....

Não

11.1 Se sim, diga que **tempo** consome habitualmente **em horas por semana** nas seguintes actividades nos seus tempos livres:

Conversar _____ Horas

Fazer compras _____ Horas

Ir à Igreja (Cultos religiosos) _____ Horas

Ir ao cinema _____ Horas

Ler _____ Horas

Praticar desporto _____ Horas

Ver televisão _____ Horas

12. HABITUALMENTE APROVEITA OS PERÍODOS DE **FOLGA** PARA PASSEAR OU VIAJAR?

Sim.....

Não

13. HABITUALMENTE APROVEITA OS PERÍODOS DE **FÉRIAS** PARA PASSEAR OU VIAJAR?

Sim.....

Não

OBRIGADO.

ANEXO IV

Itens do instrumento para avaliar as variáveis de estilos de vida em estudo

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

QUESTIONÁRIO
DE
ESTILOS DE VIDA

FARO
2005

Caríssimo (a):

Estou a frequentar o Doutoramento em Psicologia da Saúde na Universidade do Algarve, do qual faz parte a realização de um trabalho final. A minha escolha incidiu sobre a temática do “*BURNOUT E ESTILOS DE VIDA EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE*”.

Para a concretização do referido trabalho é indispensável a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário - com três partes - apresentado a seguir:

4 INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

- Leia atentamente todas as questões
- Responda a todas as questões do questionário
- O preenchimento deve ser individual
- Responda colocando um X na alínea mais de acordo com a sua situação, nas questões em que tenha uma quadrícula .
- Nas questões em que a resposta é dada num valor de uma escala, assinale com um (X) no local que melhor traduza a sua opinião, como no exemplo a seguir:

Pouco satisfeito | 1 | 2 | **X** | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

- As respostas a este questionário serão confidenciais.

Agradeço a colaboração prestada.

José Eusébio Palma Pacheco

I Parte

CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA

1- SEXO

Masculino.....

Feminino.....

2- IDADE _____ anos.

3- NACIONALIDADE

Portuguesa.....

Espanhola.....

Outra.....

4-LOCAL DE RESIDÊNCIA

Rural.....

Urbano.....

5-TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL (ANOS) _____

6- DIGA QUAL É O SEU REGIME DE TRABALHO:

Tempo acrescido (42 h).....

Tempo parcial (18-24h).....

Horário normal (35h).....

Horário (40h)

7- QUAL É O SEU TIPO DE VÍNCULO À INSTITUIÇÃO?

Quadro (Vínculo definitivo).....

Contrato administrativo de provimento (CAP).....

Contratos individuais de trabalho.....

8-HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS:

Responda, consoante for a sua situação:

Formação base:

Bacharelato.....

Licenciatura.....

Formação Pós-básica:

Pós-Graduação

Sim.....

Não

9- VALÊNCIA ONDE EXERCE A SUA PROFISSÃO _____

10- DIGA QUAL É A SUA CATEGORIA PROFISSIONAL:

Enfermeiro/Enfermeiro Graduado.....

Enfermeiro Especialista/Enfermeiro Chefe/Enfermeiro Supervisor.....

II Parte

QUESTIONÁRIO DE ESTILOS DE VIDA

Os estilos de vida saudáveis estão presentes nos nossos comportamentos a vários níveis. Em 1982, Hamburg, Elliot e Parrot referiram que cerca de 50% dos anos de vida de uma pessoa depende do seu estilo de vida. Os profissionais de saúde podem ter um contributo relevante nas indicações fornecidas para um estilo de vida mais saudável por parte das pessoas em geral. No entanto, as investigações neste domínio têm esquecido estudar o estilo de vida dos próprios profissionais de saúde. Neste trabalho pretende-se dar um contributo para a compreensão deste tema, para o que se solicita a sua colaboração através da resposta às questões seguintes. Assim, **coloque uma cruz (x), numa escala que vai de 1 a 6, em cada uma das seguintes afirmações.**

1 – COMO CONSIDERA O SEU ESTILO DE VIDA:

2.1 - O MEU ESTILO DE VIDA CORRESPONDE AO MEU IDEAL

Concordo Pouco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Muito

1.2 - ESTOU SATISFEITO COM O MEU ESTILO DE VIDA

Concordo Pouco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Muito

1.3 - CONSIDERO O MEU ESTILO DE VIDA ADEQUADO

Concordo Pouco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Muito

1.4 - O MEU ESTILO DE VIDA CONTRIBUI PARA A MINHA FELICIDADE

Concordo Pouco | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Concordo Muito

1.5 - SE PUDESSE ALTERARIA O MEU ESTILO DE VIDA

Concordo Pouco | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | Concordo Muito

3 – EM QUE MEDIDA CONSIDERA A SUA VIDA NOS DIVERSOS ASPECTOS ABAIXO INDICADOS ?

2.1 . RELAÇÕES COM A FAMÍLIA

Pouco satisfatória | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfatória

2.2 . RELAÇÕES COM OS SEUS COLEGAS DE TRABALHO

Pouco satisfatória | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfatória

2.3 . RELAÇÕES COM OS SEUS AMIGOS

Pouco satisfatória | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfatória

3 – COMO CONSIDERA O SEU CONSUMO NAS SUBSTÂNCIAS ABAIXO INDICADAS ?

3.1 . CONSUMO DE TABACO

Pouco adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito adequado

3.2 . CONSUMO DE ÁLCOOL

Pouco adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito adequado

3.3 . CONSUMO DE CAFÉ

Pouco adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito adequado

3.4 . CONSUMO DE MEDICAMENTOS (AUTO MEDICAÇÃO)

Pouco adequado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito adequado

5 – EM QUE MEDIDA SE CONSIDERA SATISFEITO NAS SEGUINTEs ÁREAS?

4.1. DISTÂNCIA DA SUA CASA AO HOSPITAL (MOBILIDADE)

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.2. PRÁTICAS DE CONDUÇÃO

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.3 . NÚMERO DE HORAS DE SONO

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.4. HÁBITOS ALIMENTARES

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.5. PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

4.6. GESTÃO DO TEMPO LIVRE

Pouco satisfeito | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Muito satisfeito

OBRIGADO.