

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

**O STRESSE NO TRABALHO EM MÉDICOS E ENFERMEIROS DO BLOCO
OPERATÓRIO DE UM HOSPITAL CENTRAL DO PORTO**

Maria Olinda Ramalho Carneiro Martins
Tese Curso de Mestrado em Medicina Legal

Porto
Dezembro 2004

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

**O STRESSE NO TRABALHO EM MÉDICOS E ENFERMEIROS DO BLOCO
OPERATÓRIO DE UM HOSPITAL CENTRAL DO PORTO**

Tese de Mestrado realizada por **Maria Olinda R. C. Martins**, no Curso de Mestrado em Medicina Legal, do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto, sob orientação da **Senhora Professora Doutora Cristina Queirós**, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Porto
Dezembro 2004

INDICE

	Pág.
RESUMO	6
INTRODUÇÃO	8
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO STRESSE NO TRABALHO	11
1. STRESSE NO TRABALHO	12
1.1. DEFINIÇÕES E FACTORES CAUSAIS	12
1.1.1. CONDIÇÕES FÍSICAS DO TRABALHO	13
1.1.2. CARACTERÍSTICAS DAS TAREFAS	14
1.1.3. PAPEL NA ORGANIZAÇÃO	16
1.1.4. ESTRUTURA E CLIMA ORGANIZACIONAIS	17
1.1.4.1. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	17
1.1.4.2. CLIMA ORGANIZACIONAL	19
1.1.5. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	20
1.1.6. CARREIRA PROFISSIONAL	20
1.1.7. FACTORES EXTRINSECOS AO TRABALHO	23
1.2. SINDROME DE BURNOUT	26
1.2.1. CORRENTE PSICODINÂMICA	26
1.2.2. CORRENTE COGNITIVISTA/CONSTRUTIVISTA	29
1.2.3. FACTORES DE DESENVOLVIMENTO DE BURNOUT	31
2. STRESSE NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	34
2.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL	34
2.2. A PROBLEMÁTICA DO BLOCO OPERATÓRIO	37

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO: O STRESSE NO TRABALHO EM MÉDICOS E ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO DE UM HOSPITAL CENTRAL DO PORTO	41
3. METODOLOGIA	42
3.1. INTRODUÇÃO	42
3.2. OBJECTIVOS E HIPÓTESES	43
3.3. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO	43
3.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	45
3.5. CODIFICAÇÃO DOS RESULTADOS	46
3.6. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	47
4. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	56
4.1. ANÁLISE DESCRITIVA	56
4.2. ANÁLISE COMPARATIVA SEGUNDO GRUPO PROFISSIONAL	85
CONCLUSÕES	115
BIBLIOGRAFIA	118
ANEXO: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO STRESSE NO TRABALHO	123

AGRADECIMENTOS

À Senhora Professora Doutora Cristina Queirós pela orientação, disponibilidade, serenidade e amizade demonstradas.

Ao Senhor Professor Doutor Pinto da Costa pela partilha do seu *Saber*, ajuda e incentivo à formação.

À Senhora Professora Doutora Maria José Carneiro pela disponibilidade, orientação, partilha do seu *Saber* e ajuda prestadas ao longo de todo o curso de Mestrado.

Aos Senhores Directores de Serviço e Senhoras Enfermeiras Chefes dos vários Blocos Operatórios do Hospital de S. João do Porto, pela disponibilidade e ajuda prestadas.

Ao Senhor Director Interino Professor Doutor Pedro Teixeira Bastos e à Senhora Enfermeira Chefe Carlota Guerreiro do Centro de Cirurgia Torácica do Hospital de S. João do Porto pelo apoio e disponibilidade proporcionados.

Aos médicos e enfermeiros que participaram neste estudo pela sua colaboração imprescindível.

Aos meus colegas de curso pela camaraderia e bons momentos passados.

À minha família pelo apoio, carinho, incentivo e tolerância com que sempre me brindaram.

Ao Rui e ao Gil pelo seu amor.

RESUMO

Este estudo pretende explorar o Stresse no Trabalho em 168 profissionais de saúde (80 médicos e 88 enfermeiros) que exercem funções em blocos operatórios, do Hospital de S. João do Porto, Portugal. Para tal, foi construído propositadamente um questionário, organizado em grupos temáticos que compreendem as seguintes dimensões: ‘sociodemográfica’, ‘motivação no trabalho’, ‘mudança’, ‘conflito’, ‘stresse no trabalho’ e ‘satisfação no trabalho’. Os resultados indicam que o conjunto dos profissionais de saúde estudados não apresenta em média, sintomas elevados de burnout. Contudo, no que diz respeito à dimensão ‘satisfação no trabalho’, verificamos que a amostra apresenta níveis de satisfação globalmente baixos. Comparando os resultados entre os dois grupos profissionais, verificamos que em geral os enfermeiros apresentam maior nível de realização pessoal, menor exaustão emocional e menor burnout ou realização pessoal diminuída. Há um maior número de médicos mais cínicos e desumanos, distanciados, ou seja com um resultado mais elevado nos itens relativos à despersonalização. Relativamente à dimensão ‘satisfação no trabalho’ os enfermeiros mostram-se especialmente pouco satisfeitos com a ‘possibilidade de promoção profissional’, com o ‘reconhecimento do valor profissional’, com a ‘possibilidade de participar na tomada de decisões’ e com a ‘autonomia para tomar decisões’. A ‘possibilidade de evolução pessoal’ e a ‘variedade e interesse das tarefas profissionais’ deixam os enfermeiros medianamente satisfeitos. Por seu turno, os médicos mostram-se menos satisfeitos com a ‘carga horária das tarefas profissionais’ e com o ‘horário de trabalho’.

SUMMARY

This study evaluates the Occupational Stress in a sample of 168 human professionals (80 physicians and 88 nurses) working in operating-room services at S. João hospital in Oporto, Portugal. We prepared a questionnaire organized in six groups of questions: ‘sociodemographic’, ‘job motivation’, ‘changing’, ‘conflict’, ‘occupational stress’ and ‘job satisfaction’. The results showed a median degree of burnout in the sample studied. However, the results related to ‘job satisfaction’ showed that the sample presents lower satisfaction levels. Comparative analysis indicated that nurses showed higher levels of personal fulfilment, lower emotional exhaustion and lower burnout or diminished personal fulfilment. There are a larger number of physicians with higher results related to

depersonalization items. Concerning the 'job satisfaction', nurses showed lower satisfaction with 'possibility of job promotion', 'recognition of professional value', 'possibility to take part in daily work decisions' and 'autonomy to make decisions'. The 'possibility of self evolution' and the 'variety and interest of task requirements', leaves nurses moderately satisfied. On the other hand, physicians showed lower satisfaction with 'time spent on the job tasks' and the 'job horary'.

RESUMÉ

Cette investigation étudie le Stress au Travail en 168 professionnelles de santé (80 médecins et 88 infirmières), qui travaillent dans les salles opératoires de l'Hospital S. João, Porto, Portugal. Nous avons construit un questionnaire organisé en six groupes de questions : 'sociodémographiques', 'motivation au travail', 'changement', 'conflit', 'stress au travail' et 'satisfaction au travail'. Les résultats montrent que ces professionnelles ne présentent pas des symptômes élevés de burnout. Cependant, dans ce qui concerne la 'satisfaction au travail' les sujets présentent des bas niveaux de satisfaction. En comparant les deux groupes on a vérifié que les infirmières présentent plus de réalisation personnelle, moins d'exhaustion émotionnelle et moins burnout ou réalisation personnelle diminuée. Il y a plus de médecins qui présentent des résultats plus élevés pour la despersonalisation. Pour la dimension 'satisfaction au travail' les infirmières présentent peu de satisfaction avec la 'possibilité de promotion professionnelle', avec le 'reconnaissance du valeur professionnelle', avec la 'possibilité de faire part de les décisions' et avec la 'autonomie pour prendre décisions'. La 'possibilité d'évolution personnelle' et la 'variété et intérêt des taches professionnelles' laissent les infirmières moyennement satisfaites. Les médecins éprouvent peu de satisfaction avec la 'charge horaire des taches professionnelles' et avec le 'horaire du travail'.

INTRODUÇÃO

Actualmente o stress¹ é concebido como o resultado do desequilíbrio entre as exigências do meio e os recursos psíquicos e fisiológicos do indivíduo. Não reside só no indivíduo ou na situação stressante mas na interacção entre os dois (Figueiredo & Soares, 1999; Vaz Serra, 1999; Ramos, 2001; Silva, 2003).

Nesta perspectiva, o stress é um *«fenómeno biológico, psicológico e social que afecta inevitavelmente todas as pessoas»* (Ramos, 2001, p. 2). É indissociável da natureza humana, mas não é inevitável.

Tanto pode acarretar consequências positivas (como a saúde, a possibilidade de reconstrução, o desenvolvimento, o rendimento), como negativas (a doença, o sofrimento, a inércia, a diminuição da produtividade).

A noção de ‘Stresse no Trabalho’² surge no seguimento da importância do trabalho na vida das pessoas e da inevitabilidade do stress na realidade humana.

Apesar dos variados estudos e modelos que foram surgindo (todos eles com aspectos inovadores e também limitações), continua a haver uma certa ambiguidade na conceptualização desta dimensão.

O que nos interessa contudo é o facto deste fenómeno ter uma expressão cada vez maior na sociedade. É assim considerado um problema de saúde pública, responsável por prejuízos a nível da saúde e qualidade de vida dos indivíduos, a nível dos gastos globais com a saúde e a nível da produtividade em geral.

Atinge todos os trabalhadores sem excepção, incluindo os profissionais de saúde, dedicados ao cuidado dos outros. Destes profissionais espera-se que sejam sensíveis às necessidades dos outros, sem que contudo recebam resposta às suas próprias necessidades.

Mas, estar profissionalmente habilitado a lidar e cuidar dos outros, não confere imunidade ao sofrimento e à doença, nem impede a manifestação de reacções emocionais delineadas pelo stress (Figueiredo & Soares, 1999; Velez, 2003).

¹ A Academia das Ciências de Lisboa fixou a grafia do termo em ‘Stresse’ (Ramos, 2001).

² Adoptamos o conceito de ‘Stresse no Trabalho’ em concordância com Ramos (2001), que também o adoptou, por considerar que este engloba as outras denominações existentes para este fenómeno como o stress ocupacional, stress organizacional, stress profissional entre outras.

Médicos, enfermeiros e mesmo pessoal administrativo que trabalha em contextos de saúde, enfrentam no seu quotidiano múltiplos factores stressantes.

O bloco operatório é tipicamente uma complexa e intensa unidade repleta de dinamismo, onde se requer o uso de técnicas e procedimentos complexos. Existem já vários estudos que identificam numerosas causas (específicas e gerais), relacionadas com o stress nos profissionais de saúde que aí trabalham.

Este ambiente e a sua problemática, associada à nossa experiência de trabalho de muitos anos no bloco operatório, constitui o ponto de partida do nosso interesse para o estudo efectuado e que seguidamente apresentamos.

Com o presente trabalho pretendemos também alcançar variados objectivos que se prendem, por um lado, com os objectivos delineados pelos orientadores do Curso de Mestrado em Medicina Legal, por outro, com os objectivos próprios deste estudo.

Aos primeiros cabem as seguintes metas:

- Demonstrar os benefícios dos conhecimentos adquiridos na parte escolar deste Mestrado.
- Desenvolver um processo de investigação.
- Investigar sobre um tema de particular interesse para o pesquisador.
- Servir de instrumento de avaliação no âmbito deste Mestrado.

Com os segundos fazemos as seguintes propostas:

- Operacionalizar o conceito de ‘Stresse no Trabalho’ a partir de um questionário construído para o efeito.
- Analisar os níveis de ‘Stresse no Trabalho’/ ‘Burnout’ dos sujeitos no ambiente de trabalho.
- Analisar comparativamente o comportamento dos dois grupos de sujeitos, em relação aos índices de ‘Stresse no Trabalho’, comparando médicos e enfermeiros que trabalham no bloco operatório.

Para alcançarmos as metas a que nos propusemos, será utilizada uma metodologia científica descritiva, baseada numa pesquisa bibliográfica cuidadosa, nos nossos conhecimentos teóricos, na nossa experiência profissional na área e nos resultados obtidos na investigação propriamente dita.

Este trabalho está estruturado em duas grandes partes, cada uma delas organizada em vários capítulos.

À primeira parte correspondem dois capítulos, que pretendem contextualizar a problemática em estudo face à literatura existente sobre a matéria. Assim, no primeiro descreveremos o conceito de ‘Stresse no Trabalho’ e ‘Síndrome de Burnout’, enquanto no segundo faremos o enquadramento teórico sobre o stresse entre os profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros e mais especificamente na área do bloco operatório.

À segunda parte, diferenciada em dois capítulos, corresponde o estudo empírico propriamente dito. No primeiro capítulo faremos referência à metodologia utilizada, incluindo os objectivos e hipóteses de estudo, a construção do instrumento, as estratégias e procedimentos utilizados, a codificação dos dados e a caracterização da amostra. No segundo faremos a apresentação, análise e interpretação dos resultados obtidos.

Por fim, apresentaremos as conclusões do trabalho, bem como a bibliografia consultada, terminando com um anexo no qual apresentaremos o questionário construído.

**PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO STRESSE NO
TRABALHO**

1. STRESSE NO TRABALHO

Apresentaremos neste capítulo inicialmente as definições de stresse no trabalho e factores que o causam, para em seguida referirmos o síndrome de burnout.

1.1. DEFINIÇÕES E FACTORES CAUSAIS

Faremos uma breve abordagem sobre o conceito de ‘Stresse no Trabalho’, partindo da revisão da literatura existente e tentando expor as perspectivas teóricas mais recentes sobre o assunto.

Ramos (2001) apresenta-nos o stresse como sendo um fenómeno que sempre acompanhou a espécie humana, na sua perspectiva biológica, psicológica e social e que por isso nos afecta a todos.

O stresse representa a resposta específica do organismo a cada factor de stresse, correspondendo ao conjunto de modificações provocadas por um síndrome geral de adaptação.

Na maioria das vezes, as respostas do organismo são dadas em harmonia, sem grandes consequências e adaptadas à fisiologia do indivíduo. Trata-se aqui, do bom stresse, o eustresse. O stresse negativo, o distresse, por outro lado, causa desconforto e angústia, as respostas são excessivas e ultrapassam as funções de resistência e adaptativas do organismo (Bensabat, 1987; Labrador, 1992; Stora, 1990; Ferreira & Ferreira, 1998).

O stresse apesar de fazer parte integrante da realidade humana, pode ser evitado, quer reduzindo ou eliminando as situações de stresse, quer fortalecendo e ensinando o indivíduo a lidar com estas situações.

Ramos (2001) nas suas investigações sobre o trabalho concluiu que sendo este o elemento central na vida de cada indivíduo, participa na construção da personalidade de cada pessoa, podendo exercer sobre ela efeitos positivos ou negativos.

«O trabalho deve ir ao encontro da essência do Homem para verdadeiramente a poder realizar. Quando não se verifica uma tal correspondência, o prazer que deveria emanar do trabalho é destronado pelo sofrimento, que se instala e se dissemina a todas as áreas da vida da pessoa, denunciando a decepção do trabalho. O stresse é o mais comum exemplo desse sofrimento» (Ramos, 2001, p. 45).

Nas últimas décadas, as investigações na área do stresse no trabalho centram-se especialmente na identificação e estudo das suas fontes/causas associadas à organização e

na sua relação com a produtividade e a saúde dos trabalhadores, tendo como intuito desenvolver planos de intervenção eficazes para o controlo dos efeitos negativos deste fenómeno.

Nesta perspectiva, vários autores (Hurrell, 1987; Baker, 1988; Burke, 1988; Sauter et al., 1990; Ross & Altmaier, 1994; Quick et al., 1997; Cartwright & Cooper, 1999), apesar de apresentarem modelos conceptuais diferentes, coincidem na classificação das fontes organizacionais de stresse, podendo considerar-se em termos gerais, sete grandes categorias: condições físicas do trabalho, características das tarefas, papel da organização, estrutura e clima organizacionais, relacionamento interpessoal, carreira profissional e factores extrínsecos ao trabalho.

É importante salientar que, por um lado, estes factores relacionam-se entre si, sendo por isso muitas vezes difícil caracterizá-los individualmente. Por outro lado, estes factores por si só não provocam stresse no trabalho, sendo necessário que o indivíduo ao deparar-se com eles os avalie e os identifique como tal (Stora, 1990; Carvalho, 1995; Ferreira, 1999; Ramos, 2001; Silva, 2003).

Veremos seguidamente cada um destes factores.

1.1.1. CONDIÇÕES FÍSICAS DO TRABALHO

As condições físicas mais citadas pela literatura relacionam-se com a iluminação, a temperatura e ventilação, o barulho e o espaço (Ferreira, 1999; Ramos, 2001).

Os estudos dedicados à iluminação mostram que a luz natural é o tipo ideal de iluminação, mas, uma vez que só é acessível a um grupo restrito de trabalhadores, há que criar ambientes de trabalho em que a intensidade de luz artificial seja a ideal para cada tipo de tarefas. Pelas investigações de Quick et al. (1997), sabe-se também que cefaleias e estados de nervosismo estão associados a ambientes de trabalho mal ou excessivamente iluminados.

Actualmente, estão a ser realizados estudos sobre os efeitos na saúde dos trabalhadores, pelo uso excessivo dos computadores (à radiação emitida pelos écrans dos computadores associam-se queixas de fadiga visual) e dos telemóveis.

Relativamente à temperatura sabe-se que, ambientes muito frios causam desânimo e desmotivação, ao passo que ambientes muito quentes causam irritabilidade.

Ao associar-se a temperatura com a ventilação verifica-se que especialmente os indivíduos que trabalham em ambientes com ar condicionado, com janelas fechadas e sem

ar fresco, registam o aparecimento do ‘Síndrome do Edifício Doente’, caracterizado pelo aparecimento de sintomas respiratórios (nomeadamente estados irritativos do nariz, olhos, garganta e pele) e de sintomas neuropsiquiátricos (como cefaleias, náuseas, tonturas e fadiga).

O barulho é frequentemente referido como indutor do stresse, especialmente quando há exposição directa e permanente a ruídos intensos (responsáveis por problemas auditivos graves nos trabalhadores) e quando há exposição directa e permanente a barulhos menos intensos mas repetitivos (Keegan, 1988; Ramos, 2001).

O barulho próprio das vozes humanas, em espaços onde há muitas pessoas, é também referido como indutor de stresse.

O espaço físico do local de trabalho para poder deixar de ser um potencial de stresse, deve «*oferecer protecção e segurança, facilitar o contacto social, proporcionar identificação simbólica, promover a instrumentalização das tarefas, aumentar o prazer e estimular o crescimento*» (Steele, 1973; citado por Ramos, 2001, p. 76).

1.1.2. CARACTERÍSTICAS DAS TAREFAS

As tarefas partes constituintes de cada função possuem características que podem contribuir para as vivências de stresse no trabalho. Não é somente o excesso ou o defeito destas características que induzem o stresse, mas também, o ajustamento e o desajustamento entre o trabalhador e a natureza das tarefas próprias ao seu trabalho (Ramos, 2001). Dentro destas características podemos destacar:

✓ **Sobrecarga de trabalho**

É geralmente definida pelo excesso de trabalho e pode ser distinguida em dois tipos (Ferreira, 1999; Ramos, 2001): a sobrecarga quantitativa (em que o excesso de trabalho se relaciona com o pouco tempo para o realizar, o que muitas vezes implica que o trabalhador alargue o horário de trabalho e leve trabalho para realizar em casa) e a sobrecarga qualitativa (que se relaciona com tarefas de grande complexidade e com conhecimentos e competências do trabalhador, sabendo-se que este sentirá mais dificuldades a executar determinada tarefa se não possuir a competência adequada).

✓ **Subcarga de trabalho**

Vários autores referenciam a subcarga de trabalho como agente stressor, pois as capacidades do trabalhador são subaproveitadas, podendo contribuir para a perda progressiva de competências, criando uma sensação de mal-estar e insatisfação no

trabalhador. É uma técnica utilizada em muitas organizações, quando pretendem livrar-se de determinado trabalhador, pois ao retirarem funções/responsabilidades criam insatisfação no trabalhador e forçam-no a libertar-se de livre vontade da organização.

✓ **Horários de trabalho alargados**

Estão intimamente associados à sobrecarga de trabalho, ao horário flexível e à disponibilidade permanente. Silva (2003) referindo-se aos estudos realizados por Russek & Zohman (1958), diz que numa população de 100 jovens hospitalizados por doença coronária, 40% deles trabalhavam mais de 60 horas por semana. Em 1960 nos EUA, Breslow & Buell (também referidos por Silva, 2003), nos seus estudos concluíram que nos trabalhadores da indústria ligeira, com menos de 45 anos de idade, a incidência de morte por doença coronária era duas vezes superior, nos trabalhadores com horários superiores a 48 horas por semana, do que nos trabalhadores com horários inferiores a 40 horas por semana. Em 1997, Cartwright & Cooper (referidos em Ramos, 2001), estudaram a ligação entre horários de trabalho alargados e a morte por enfarte do miocárdio, concluindo que a prevalência das doenças cardiovasculares aumenta nos indivíduos com horários superiores a 48 horas semanais.

✓ **Ritmo de trabalho**

Várias investigações levadas a cabo nesta âmbito sugerem que a dinâmica estabelecida entre o que determina o ritmo de trabalho, ou quem o determina e o grau de controlo que o trabalhador exerce ou pode exercer sobre as tarefas, são determinantes para o aparecimento de stresse (Ramos, 2001).

✓ **Trabalho repetitivo**

O trabalho repetitivo revela-se um factor indutor de stresse na medida em que se torna limitativo, rotineiro e monótono, não constituindo um desafio para o trabalhador, nem exigindo da parte deste grandes conhecimentos, nem competências. Vários são os profissionais que podem ser afectados por este fenómeno, como é o caso dos médicos que lidam constantemente com o mesmo tipo de doentes, o mesmo tipo de patologias (Leal, 1998; referido em Ramos, 2001), dos professores portugueses que leccionam anos lectivos sucessivos a mesma matéria, várias vezes ao dia (investigações desenvolvidas pelo Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional, referidas em Ramos, 2001; Mota Cardoso, 1999).

✓ **Trabalho por turnos**

Como referem Ferreira (1999) e Ramos (2001), se por um lado o trabalho por turnos pode ser positivo uma vez que ajuda a quebrar a rotina dos horários fixos e disponibiliza o indivíduo para algumas actividades sociais, por outro lado, quando prolongado no tempo, desregula o ritmo interno do organismo, provocando alterações graves ao nível da libido, do apetite, do sono, dos sistemas digestivo, cardiovascular e nervoso, e da vida social e familiar do indivíduo.

✓ **Novas tecnologias**

As novas tecnologias criam novas exigências aos trabalhadores, respeitantes à necessidade de adaptação a novos equipamentos, a novas técnicas, à aprendizagem de novas competências e conhecimentos, a novas tarefas e obrigações profissionais, entre outros. Os estudos realizados por Cartwright & Cooper em 1994 e por DeFrank e Ivancevich em 1998 (referidos em Ramos, 2001), revelam que a principal causa de stresse é a pressão sentida pelos trabalhadores por serem obrigados a actualizações sucessivas, face ao constante desenvolvimento tecnológico.

1.1.3. PAPEL NA ORGANIZAÇÃO

Quando os vários papéis³ organizacionais não estão claramente definidos e percebidos por todos os indivíduos da organização, há grande probabilidade de se gerarem situações de stresse, como ambiguidade, conflito e sobrecarga de papéis (Ferreira, 1999).

Dentro da organização, também a responsabilidade inerente aos papéis desempenhados pode funcionar como uma fonte de stresse para o indivíduo.

✓ **Ambiguidade do papel**

Nos EUA em 1964, Wolf, Quinn, Snoek e Rosenthal (referidos em Stora, 1990), realizaram estudos sobre o conflito e a ambiguidade do desempenho e chegaram à conclusão de que os indivíduos que experienciam ambiguidade do papel organizacional⁴, apresentavam pouca satisfação na actividade profissional, ‘tensão’ crescente em relação ao trabalho, sentimento de pouca importância do seu trabalho na organização e perda de autoestima. Estes resultados foram confirmados por French e Caplan (referidos em Stora, 1990), num estudo efectuado a quadros superiores da NASA, acrescentando aos

³ Segundo Robbins (1998), «o papel define o padrão comportamental esperado pelos outros, atribuído a alguém de acordo com a sua posição na organização» (Ramos, 2001, p. 82).

⁴ A ambiguidade do papel é definida como «a ambiguidade da clareza sobre o papel do indivíduo no trabalho, sobre os objectivos a realizar e sobre a extensão das suas responsabilidades» (Stora, 1990, p. 21).

sentimentos atrás referidos, a sensação de ameaça da integridade física e mental e sintomas como aumento da pressão arterial. A causa principal de ambiguidade do papel referida nos vários estudos, é sem dúvida, a deficiente transmissão das características do próprio papel, o que acontece quando as orientações fornecidas pelo superior hierárquico não são adequadas ou são confusas. Nas suas pesquisas sobre este assunto Ramos (2001) encontrou correspondência entre ambiguidade do papel e estados depressivos, ansiedade, baixa autoestima, satisfação e motivação profissional diminuídas (com efeitos negativos no desempenho), absentismo e intenção de abandono do trabalho, sentidos pelos profissionais.

✓ **Conflito de papéis**

Surge quando o indivíduo é confrontado com exigências diferentes daquelas que espera para a sua função, ou então quando ele não pretende atender às exigências que lhe são estabelecidas. À semelhança dos estudos anteriores, os indivíduos que sofrem de conflitos de papéis apresentam pouca satisfação no trabalho associada a sintomatologia física (Stora, 1990; Carvalho, 1995; Ferreira, 1999; Ramos, 2001; Silva, 2003).

✓ **Responsabilidade**

Também é considerada um factor de stresse, e o exercício da responsabilidade está associado a equipamentos ou a pessoas. A primeira origina níveis de stresse mais baixos do que a segunda. Em muitos estudos, à responsabilidade por pessoas associa-se o aumento da prevalência de doenças cardiovasculares, justificada pelo facto de os indivíduos responsáveis dispenderem mais tempo em interacção com os outros, assistirem a mais reuniões, sofrerem mais pressões no tempo em relação ao cumprimento de prazos (Stora, 1990; Ferreira, 1999; Ramos, 2001; Silva, 2003).

1.1.4. ESTRUTURA E CLIMA ORGANIZACIONAIS

1.1.4.1. Estrutura organizacional

Os resultados das pesquisas nesta área mostram que, nas estruturas organizacionais centralizadas⁵, os trabalhadores ao não participarem na tomada de decisões, ficam sujeitos a situações de stresse, que se manifestam em sintomas de depressão, diminuição da autoestima, doenças somáticas e absentismo.

⁵ Estruturas organizacionais em que a tomada de decisão está centrada num único ponto. São disso exemplo as instituições públicas (Ramos, 2001).

Pelo contrário, nas estruturas organizacionais descentralizadas⁶, verifica-se que os trabalhadores ao poderem participar na tomada de decisões, mostram-se mais satisfeitos, investem mais na organização, apresentam sentimentos de pertença, têm um rendimento maior e por conseguinte apresentam menos sinais de stresse (Ramos, 2001; Silva, 2003).

Estudos teóricos realizados em 1948 por Coch e French, e em 1974 por Margolis, Kroes e Quinn (referidos em Stora, 1990; Ferreira, 1999; Silva, 2003), na área da participação dos trabalhadores na tomada de decisões nas organizações (com o intuito de melhorar a produtividade e diminuir o stresse), revelaram que a não participação era um factor de tensão, de stresse e de ausência de reconhecimento das tarefas executadas por parte dos responsáveis da organização.

✓ **Downsizing**

Actualmente o 'Downsizing'⁷ é considerado uma das principais fontes de stresse nas organizações, pois é sinónimo de perda do emprego para muitos trabalhadores e de sobrecarga de trabalho para outros tantos. Para além de estabelecer sentimentos de incerteza e insegurança, aumenta os níveis de ansiedade, hostilidade, agressividade, desânimo e melancolia dos trabalhadores. Em suma, o desempenho profissional é afectado e a produtividade diminui, estando instalado um perfeito quadro de stresse no trabalho.

✓ **Trabalho em equipa**

Há um crescente interesse por parte das organizações em fomentar o trabalho em equipa, uma vez que está provado que com este a produtividade aumenta, ao mesmo tempo que os trabalhadores (ao participarem na tomada de decisões e na resolução dos problemas da organização), aumentam a sua motivação e o seu investimento na empresa, a qualidade no trabalho melhora e a sua identidade profissional e o seu suporte são favorecidos.

✓ **Competição**

A competição dentro da organização pode gerar stresse, especialmente quando esta se transforma numa competição corrompida. O valor da cooperação (que deve estar sempre associada à competição) perde-se, afectando as relações interpessoais e o clima de trabalho.

⁶ Estruturas organizacionais em que os trabalhadores participam na tomada de decisões ou as suas opiniões são aproveitadas na tomada de decisões (Ramos, 2001).

⁷ Definido como «*uma reestruturação organizacional com vista à redução de despesas*» (Ramos, 2001, p. 88).

✓ **Fusões e aquisições**

As fusões e aquisições constituem a principal causa de mudança organizacional (Terry et al., 1996; Cartwright & Cooper, 1997; referidos em Ramos, 2001) e podem originar: perda de emprego, medo de perder emprego/despromoção, diminuição do estatuto e diminuição da autonomia, perda de identidade, problemas de comunicação, ansiedade, conflito interpessoal no trabalho e na família, diminuição da autoestima e bem-estar, ambiguidade de papéis, sobrecarga de trabalho. As fusões e aquisições provocam stresse quando os trabalhadores não participam ou participam pouco nestes processos, quando a comunicação destes processos aos trabalhadores não foi eficaz, ou ainda, quando o estilo de liderança não for efectivo (nos casos em que o líder não sabe exactamente o que está reservado para a nova organização, os trabalhadores deparam-se com sensação de falta de controlo sobre os processos).

✓ **Exigências de interacção**

A interacção com o 'cliente interno' e o 'cliente externo' têm um potencial indutor de stresse idêntico ao das profissões que se baseiam nas relações interpessoais (Quick e colaboradores, 1997; referidos em Ramos, 2001).

1.1.4.2. Clima organizacional

Ramos (2001) destaca dois factores fundamentais que influenciam no tipo de clima organizacional:

- **Estilo de liderança:** sabe-se que o estilo de liderança autoritária desencadeia mais situações de stresse, do que o estilo de liderança democrático, uma vez que, no primeiro não há intervenção activa dos trabalhadores no destino da organização.
- **Comunicação:** as situações indutoras de stresse surgem quando numa organização a comunicação é deficiente ou ineficaz.

Um outro aspecto importante no clima organizacional é a violência no trabalho. Relativamente à violência física esta é considerada uma manifestação extrema de stresse e só o simples facto de se 'sentir medo', é já um forte stressor. Actualmente a violência psicológica⁸ é a mais vivenciada no seio das organizações, acarretando não só o desequilíbrio das pessoas alvo, como também dos restantes indivíduos da organização. O assédio sexual é um exemplo de violência comum nos nossos dias, nomeadamente no

⁸ A violência psicológica «consiste na demonstração sistemática e continuada de acções e atitudes que visam hostilizar determinada pessoa» (Ramos, 2001, p. 94).

mundo do trabalho. É um forte stressor não só para a pessoa visada, como também para as outras pessoas que conhecem a situação. Estudos revelam que somente uma vítima em cada mil participa a sua ocorrência (Ramos, 2001).

1.1.5. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

As relações interpessoais são consideradas uma grande fonte de stresse, mas podem também ter um papel de protecção das consequências do stresse.

No ambiente de trabalho as relações mantidas com o superior hierárquico, com os colegas e com os subordinados, são factores de grande importância para a saúde do indivíduo e da organização (Stora, 1990; Ferreira, 1999; Ramos, 2001).

✓ Relação com colegas

O bom relacionamento com os colegas é fundamental para o estabelecimento de um bom clima de trabalho. O contrário «*está associado a sentimentos de ameaça, desconfiança, baixo suporte, reduzido apoio interpessoal e ausências de empatia*» (Ramos, 2001, p. 97) e ainda a sintomas de angústia e doenças somáticas.

✓ Relação com superiores

Atitudes de liderança do tipo autoritário, quando sentidas como injustificadas por parte dos trabalhadores, geram situações de stresse. Estudos efectuados nesta área, revelam que a falta ou a fraca consideração do superior para com os subordinados, manifesta-se num aumento de tensão no trabalho, sendo mais desejável um estilo de liderança aberto, baseado no respeito mútuo e nas relações humanas.

✓ Relação com subordinados

Para além de adequadas atitudes de liderança e de autocontrolo emocional, os superiores hierárquicos necessitam ter boas competências de relacionamento interpessoal e de disponibilidade para o mesmo; se não possuírem estas competências correm o risco de o poder formal entrar em desequilíbrio com o poder real, com consequente perda de estatuto, corrosão da autoridade, falta de participação dos subordinados, tudo factores potencialmente indutores de stresse no âmbito da relação com subordinados.

1.1.6. CARREIRA PROFISSIONAL

Seguindo o esquema de estudo adoptado por Ramos (2001), dividiremos a carreira nas principais etapas potencialmente indutoras de stresse (ver Figura 1).

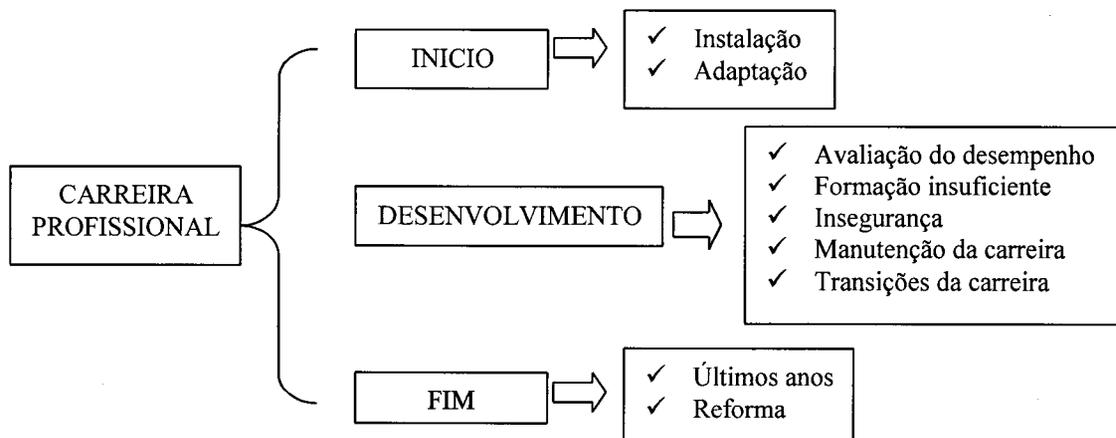


Figura 1: Factores do trabalho causadores de stresse na família (compilação de Zedeck e Mosier, 1990; referidos em Ramos, 2001).

✓ **Início da carreira**

O stresse associado ao início da carreira está indubitavelmente relacionado com os processos de adaptação a todos os domínios do trabalho, nomeadamente na área da socialização e do relacionamento interpessoal, da interiorização dos papéis atribuídos, das expectativas criadas pelo novo trabalhador, entre outras.

✓ **Avaliação do desempenho**

A avaliação do desempenho é um potencial factor de stresse, quer para quem é avaliado, uma vez que, dependendo do seu trabalho o trabalhador é ou não recompensado (tanto em termos de salário como em termos de evolução na carreira profissional), quer para quem avalia, pois dela também depende a boa qualidade das relações interpessoais na organização.

✓ **Formação insuficiente**

No contexto organizacional é imprescindível proporcionar aos indivíduos acções de formação permanentes. Estas são proveitosas quer para o trabalhador (porque o recompensa através da promoção do conhecimento e de competências), quer para a organização que obtém os benefícios da formação e treino do trabalhador. A deficiente e/ou insuficiente formação por seu turno, faz com que os trabalhadores a valorize como um factor de stresse.

✓ **Insegurança**

A progressão na carreira, se por um lado, indica a promoção do indivíduo no seu trabalho, por outro, exige que o indivíduo se mantenha constantemente actualizado e

aposte na sua formação, para poder salvaguardar o seu papel na organização e caso não o consiga, para poder sobreviver fora dela. Este sentimento de insegurança é sem dúvida um factor de grande stresse no trabalho.

✓ **Manutenção da carreira**

Para além da insegurança na manutenção da carreira, há que considerar «*outros factores indutores de stresse tais como promoções, recompensas, responsabilidade, estatuto incongruente, aprendizagem contínua, suporte e apoio de colegas e subordinados e até a própria contribuição do trabalho para a satisfação das expectativas de vida dos indivíduos*» (Ramos, 2001, p.103). Os estudos realizados acerca desta fase da carreira sugerem que esta é acompanhada por momentos de decepções que induzem o stresse, nomeadamente, diminuição das oportunidades e promoções, diminuição da mobilidade profissional, constatação de ter atingido o máximo, consciencialização da idade e da mortalidade de si próprio, constatação de que determinados objectivos não poderão ser alcançados, alteração dos padrões de vida familiar, entre outros (Ramos, 2001).

✓ **Transições na carreira**

Dizem respeito à mudança de trabalho, de profissão e às alterações de funções num mesmo trabalho ou profissão.

As situações de stresse potencial verificam-se na medida em que estas alterações significam alterações na vida profissional e na vida familiar e social. Quanto maiores forem as alterações maior o stresse experienciado (Burke, 1988; Cartwright & Cooper, 1997; citados em Ramos, 2001).

Outras situações como a perda de emprego e a incerteza em relação ao novo emprego, também parecem ser situações bastante angustiantes e por isso indutoras de stresse (Cartwright & Cooper, 1997; citados em Ramos, 2001).

✓ **Fim da carreira**

O fim da carreira e a reforma, ou seja o fim da vida profissional activa, são momentos de grandes alterações na vida dos indivíduos.

Em 1975 Kalish (citado por Ramos, 2001), nas suas investigações deparou-se com as seguintes conclusões:

- A reforma normal e até mesmo a antecipada é significativamente satisfatória quando é planeada (especialmente nos trabalhadores das empresas que possuem programas de preparação para a reforma).

- Acarreta melhorias na saúde, uma vez que permite abrandar o ritmo e as exigências do trabalho.

- O reformado envolve-se em novas tarefas.

- O reformado considera merecer o descanso ao fim de uma vida de trabalho.

- O seu padrão de vida é equivalente ou melhor ao que tinha enquanto trabalhava.

Em suma, o potencial indutor de stresse do momento da reforma diminui significativamente se esta for devidamente preparada e quanto melhor for o estilo de vida do reformado.

1.1.7. FACTORES EXTRINSECOS AO TRABALHO

Como refere Ramos (2001) dizem essencialmente respeito à dinâmica trabalho-família, aos acontecimentos importantes da vida e às características do ambiente social.

✓ **Relação trabalho-família**

Variados autores defendem que a articulação trabalho-família é baseada em cinco modelos diferentes:

- Relação de extravasamento: um domínio influencia o outro e vice-versa. Por exemplo: *«se o trabalho é repetitivo e monótono a pessoa tenderá a manter no seio da família uma atitude passiva, demitindo-se de muitas tarefas domésticas e da própria relação com os seus familiares»* (Ramos, 2001, p. 107).

- Relação de compensação: os indivíduos investem de forma diferente nos dois domínios, de maneira a compensar alguma falta de um domínio no outro. Por exemplo: *«se o trabalho não proporciona experiências e estados psicológicos desejados (...), o indivíduo procura obtê-los na família e vice-versa»* (Ramos, 2001, p. 107).

- Relação de segmentação: os indivíduos funcionam e consideram de forma distinta cada domínio, sem que uma esfera influencie a outra.

- Relação instrumental: em que um domínio é considerado um meio para o outro. Por exemplo: *«o trabalho é o meio pelo qual as pessoas ganham dinheiro para assegurar uma vida confortável à sua família»* (Zedeck e Mosier, 1990; citados por Ramos, 2001, p. 108).

- Relação de conflito: os dois domínios são incompatíveis uma vez que são ambientes diferentes. A satisfação num domínio significa o sacrifício do outro (Zedeck e Mosier, 1990; referidos em Ramos, 2001).

Os modelos de extravasamento, de compensação e o de conflito, são os que contribuem mais significativamente para o stresse no trabalho.

O stresse da articulação trabalho-família deve-se essencialmente ao desequilíbrio entre as responsabilidades profissionais e as familiares, especialmente quando as exigências profissionais entram em conflito com as familiares, como se pode ver na Figura 2, ideia defendida por inúmeros autores (Burke, 1988; Zedeck & Mosier, 1990; Quick et al., 1997; Cartwright & Cooper, 1997; DeFrank & Ivancevich, 1998; citados em Ramos, 2001).

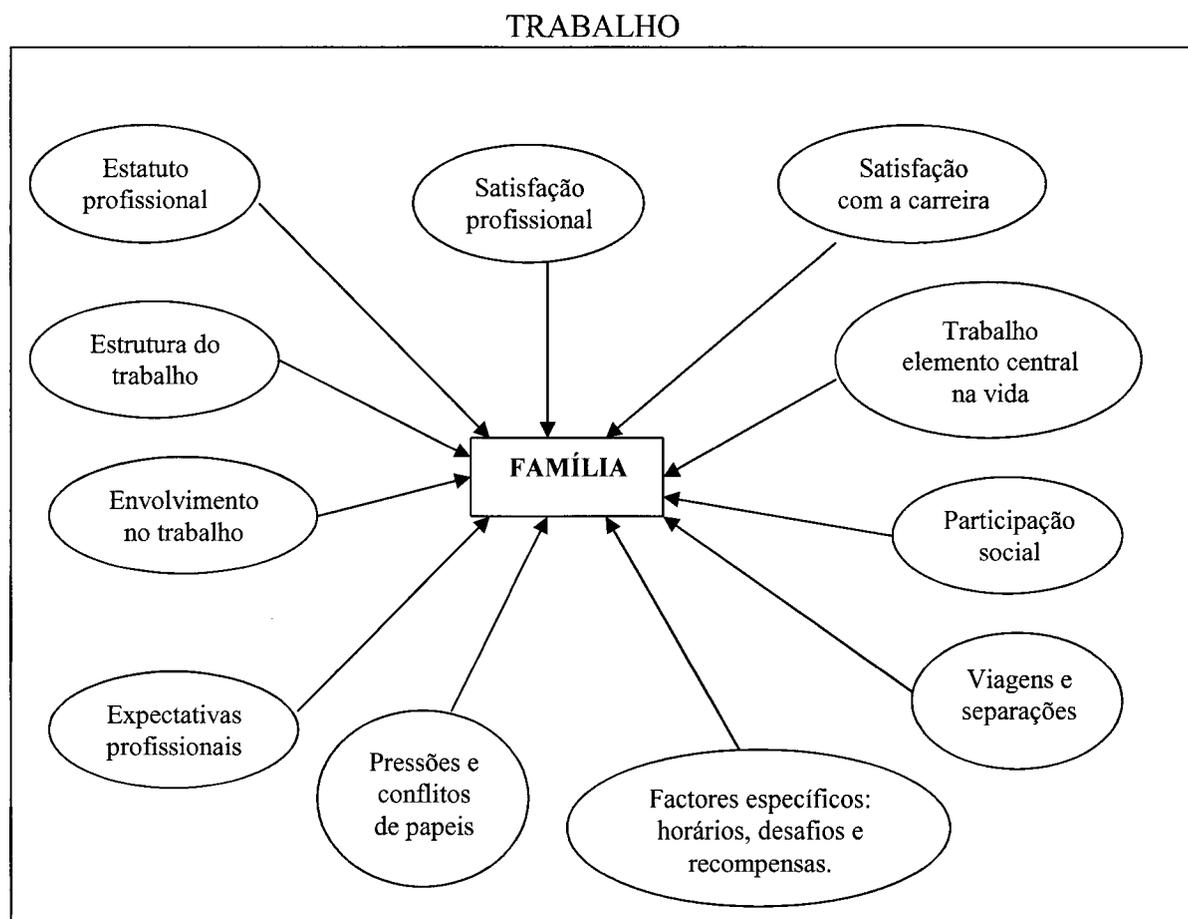


Figura 2: Factores do trabalho causadores de stresse na família (compilação de Zedeck e Mosier, 1990; citados em Ramos, 2001).

✓ **Acontecimentos importantes da vida**

Na vida de cada um de nós ocorrem pontualmente situações, ‘acidentes’⁹, que afectam o seu curso normal, obrigando a adaptações muitas vezes violentas, a

⁹ O acidente de vida se por um lado é um fenómeno «discreto, descontínuo, transversal à história do indivíduo (...)», por outro lado «representa uma mudança, uma alteração, na maioria das vezes com considerável amplitude e intensidade na vida do indivíduo» (Ramos, 2001, p. 113-114).

transformações e readaptações da personalidade dos indivíduos. São exemplos a morte de familiares, o divórcio, o desemprego, entre outros.

Os estudos na área remontam a 1967, quando Colmes e Rache desenvolveram uma escala, *'The Social Readjustment Rating Scale/Schedule of Recent Experience'*, (posteriormente reavaliada por outros autores). É constituída por 43 situações de mudanças recentes de vida, que abrangem as áreas da saúde, do trabalho, da família, da vida pessoal/social e questões financeiras. A cada situação corresponde uma unidade de mudança de vida- *'Life Change Units'*- (Ramos, 2001), sendo possível calcular uma pontuação para cada indivíduo em função da sua história de vida.

✓ **Stressores crónicos**

Nesta situação os agentes stressores mantêm-se cronicamente, e por isso, mantêm-se no tempo e causam um desgaste extremo. São exemplos as situações de toxicodependência na família, de doenças crónicas do indivíduo ou familiares, de dificuldade em engravidar, de problemas financeiros constantes, de alcoolismo, entre outras.

✓ **Traumas**

O potencial stressor dos acontecimentos traumáticos ligam-se a situações como: stresse de guerra, abuso sexual na infância, violação sexual, desastres naturais entre outros. São situações muitas vezes devastadoras que influenciam todas as áreas de vida do indivíduo (Wheaton, 1974; referido em Ramos, 2001). As vítimas nem sempre vivenciam situações de stresse pós-traumático, mas normalmente desenvolvem quadros de: insegurança, medos, ansiedade, insónias, pesadelos, agressividade, hostilidade, entre outros.

✓ **Microstressores**

O quotidiano de vida impõe-nos pequenas situações que, se repetidas no tempo, podem transformar-se em situações de stresse, como por exemplo ficar retido no trânsito.

✓ **Macrostressores**

Dizem respeito a circunstâncias sociais que provocam nos indivíduos que as percebem, uma relativa preocupação. Situações como recessões económicas, delinquência, criminalidade, pobreza, desemprego, são circunstâncias que preocupam invariavelmente os indivíduos.

Depois de termos definido o stresse no trabalho e identificado os principais factores que o desencadeiam, descreveremos seguidamente o síndrome de burnout.

1.2. SINDROME DE BURNOUT

O conceito de burnout foi inicialmente introduzido pelo psiquiatra psicanalista Freudenberger em 1974, quando este se referia às relações que o indivíduo estabelece com o seu trabalho, quando apresenta uma situação de cansaço físico e emocional em consequência das condições de trabalho.

Por sua vez, Maslach em 1976, veio publicamente definir este termo, como sendo uma situação que ocorre nos *«trabalhadores dos serviços humanos, que pela natureza do seu trabalho deviam manter um contacto directo e continuado com as pessoas, 'queimando-se' profissionalmente depois de meses ou anos de dedicação»* (Matos, Vega & Urdániz, 1999, p. 125-126).

O burnout é considerado um factor determinante no estabelecimento de baixa moral, lentidão, absentismo e de altos índices de 'turnover' nos trabalhadores.

Avaliando os variados estudos nesta área e à semelhança dos estudos efectuados por Silva (2003), podemos considerar duas correntes explicativas para este fenómeno: a psicodinâmica e a cognitivista/construtivista.

1.2.1. CORRENTE PSICODINÂMICA

Pines & Aronson¹⁰ em 1989, apresentam o burnout com sendo um estado de exaustão física, emocional e mental, causado pelo envolvimento a longo prazo a situações emocionalmente desgastantes, ao referirem alguns exemplos como é o caso das enfermeiras que trabalham com pacientes com cancro em fase terminal e o dos dentistas (Pines & Aronson, 1989; Vaz Serra, 1999; Silva, 2003).

Estas situações surgem na maioria das vezes, pela combinação de expectativas elevadas com situações de stress crónicas.

Segundo estes autores, a experiência de burnout é acompanhada de um conjunto de sintomas que incluem, o desgaste físico, o sentimento de impotência, a sensação de abandono, o desânimo, a desilusão e o desenvolvimento de um auto-conceito e de atitudes negativas perante o trabalho, perante os outros e com a vida em geral.

Na sua forma extrema representa um 'ponto de fractura', para além do qual, a capacidade do trabalhador para lidar com o ambiente está seriamente comprometida.

¹⁰ Seguidores da corrente em epígrafe, apoiam-se essencialmente nas teorias psicanalistas e psiquiátricas que defendem a utilização de estudos de caso, para a aquisição de conhecimentos (Silva, 2003).

O burnout tende a envolver indivíduos que iniciaram as suas profissões muito motivados/idealistas/entusiastas, que esperam que o trabalho lhes dê um sentido de vida, um significado à vida (Pines & Aronson, 1989; Matos, Vega & Urdániz, 1999; Silva, 2003). Acontece frequentemente e especialmente em indivíduos que trabalham em serviços humanos a qualquer nível.

Os indivíduos que o experienciam vão sofrendo uma erosão gradual do seu espírito e do seu prazer, em consequência das lutas diárias e do stresse crónico típicos do dia-a-dia de trabalho (demasiadas pressões, conflitos, exigências e poucas recompensas emocionais, reconhecimento e sucesso). O stresse por si só não causa burnout. Os indivíduos entram em 'burn out', quando o seu trabalho não tem significado, estão sujeitos a stresse contínuo, em relação às expectativas e recompensas.

Apesar das variações na intensidade, duração, frequência e consequências, o burnout tem três componentes básicos, que se combinam: a exaustão física, emocional e mental.

A exaustão física é caracterizada por falta de energia, fadiga e fraqueza crónicas, associadas a sintomatologia como: aumento de susceptibilidade a doenças, infecções viricas e constipações frequentes, náuseas, tensão muscular (especialmente nos ombros e pescoço), dores de costas, anorexia/bulimia, insónias (apesar de estarem muito cansados durante o dia, não conseguem dormir à noite), pesadelos nocturnos e sintomas psicossomáticos.

A exaustão emocional envolve sentimentos de impotência, sensação de abandono, de estar 'encurralado' e em situações extremas pode levar ao colapso emocional e a pensamentos e tentativas de suicídio. Muitos indivíduos apresentam choro incessante e incontrolável, depressão paralisante, irritabilidade, nervosismo. Apesar de se sentirem emocionalmente esgotados, os indivíduos sentem que têm de prosseguir com o seu dia-a-dia e insistem em continuar com as suas lutas diárias. O entusiasmo com o trabalho e as pessoas é substituído por sentimentos de solidão, desencorajamento e alheamento.

A exaustão mental é caracterizada pelo desenvolvimento de atitudes negativas em relação a si, ao trabalho e à vida em geral. Os indivíduos manifestam descontentamento com o seu trabalho e a sua maneira de viver e diminuição do auto-conceito, sentem-se inadequados, inferiores e incompetentes. Apresentam atitudes pessimistas, atitudes grosseiras, indiferença, atitudes desumanizantes¹¹.

¹¹ A desumanização é definida como uma diminuição da consciência dos atributos humanos dos outros e perda de humanidade nas interações interpessoais (Pines & Aronson, 1989).

Alguns autores (Pines & Aronson, 1989) referiram-se ao exemplo das enfermeiras que trabalham em unidades de cuidados intensivos, que apresentam níveis mais elevados de depressão, hostilidade e ansiedade, do que as enfermeiras que trabalham em serviços menos stressantes. Nestas unidades há uma alta incidência de desistência e absentismo, devido a doenças consideradas menores e a sintomas somáticos inespecíficos (como cefaleias, dores de estômago, fadiga entre outros). Estas enfermeiras também apresentam maiores níveis de hiperactividade e inquietação, pedem frequentemente transferência para outros serviços, têm atitudes despersonalizantes para com os doentes e vivem relações conflituosas com os colegas de trabalho.

Para muitos indivíduos a reacção ao burnout é primariamente somática, enquanto para outros é mais emocional. De qualquer modo, para ser considerado este estado têm que estar presentes os três componentes anteriormente referidos.

As manifestações, a altura em que se manifesta e as consequências do burnout, dependem não só do próprio indivíduo, como também do ambiente de trabalho em que ele está inserido.

Em cada profissão há indivíduos que entram em 'burnout' mais facilmente que outros e há profissões em que isso acontece mais rapidamente. Em muitas delas o burnout acontece logo após o início das funções, muitas vezes logo no primeiro ano de trabalho, como é o caso de profissões como a de professores de grandes cidades, assistentes sociais, advogados, enfermeiros, controladores de tráfego aéreo, produtores de televisão, entre outras.

Outras profissões (como médicos, dentistas, empresários, professores) apresentam tipicamente períodos mais alargados (4 a 5 anos) antes do burnout se instalar (Pines & Aronson, 1989; Silva, 2003).

Muitos autores consideram que o síndrome de burnout é um processo contínuo, mas outros (Cherniss, 1980; referido em Silva, 2003) consideram que ele evolui em três fases:

✓ Fase de stresse laboral: ocasionada pelo desequilíbrio entre as exigências laborais e os recursos humanos e/ou materiais (demasiadas exigências para poucos recursos).

✓ Fase de excesso ou sobreesforço: o indivíduo responde ao desgaste com um excesso/sobreesforço emocional, desenvolvendo sintomas emocionais (como ansiedade, fadiga, irritabilidade, tensão, entre outros) e sintomas laborais (como: condutas egoístas, alienação, perda de altruísmo e idealismo, diminuição ou perda de objectivos, diminuição nos resultados do trabalho).

✓ Fase do enfrentamento defensivo: há uma mudança de atitudes no indivíduo, como forma de se defender das tensões a que está sujeito; mostra-se emocionalmente distanciado, apresenta desejos e fantasias de mudar de trabalho, tem reacções de fuga, rigidez ao executar as suas funções, aumento do absentismo, tem atitudes cínicas e depreciativas em relação aos colegas e culpabiliza os outros (considera-os responsáveis pelos seus problemas).

Para além dos sintomas anteriormente mencionados, o síndrome de burnout caracteriza-se por sintomas, que se podem agrupar em quatro áreas diferentes:

✓ Psicossomáticos: cefaleias, dores osteomusculares, alterações gastro-intestinais, úlceras, diminuição de peso, cansaço crónico, insónia, hipertensão arterial, asma, alterações do ciclo menstrual (aumentando o risco de gravidez indesejável), entre outros.

✓ Comportamentais: absentismo, toxicoddependência (álcool e outras drogas), tabagismo exagerado, problemas familiares e conjugais, condutas violentas (condução temerária, tendências suicidas), entre outros.

✓ Emocionais: distanciamento afectivo, irritabilidade, impaciência, desconfiança, condutas paranoides na relação com clientes e colegas, ansiedade (que conduz à diminuição da concentração e do rendimento no trabalho), entre outros.

✓ Defensivos: negação das emoções anteriormente descritas, desvio de sentimentos para outras situações que não tenham a ver com o relacionamento com os colegas, intelectualização para situações menos desagradáveis, atitudes cínicas ou de desprezo em relação aos colegas.

1.2.2. CORRENTE COGNITIVISTA/CONSTRUTIVISTA

Maslach e Jackson¹² em 1981 apresentam a definição de burnout mais consolidada, considerando-o como uma resposta inadequada a um stresse emocional crónico, na forma de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal:

✓ Exaustão emocional, esgotamento físico e/ou psicológico, refere-se «a um vazio de recursos emocionais que acompanha a sensação de que já nada se tem para oferecer psicologicamente aos outros» (Matos, Vega & Urdániz, 1999, p. 126).

¹² Seguidores da corrente em epígrafe, apoiam-se em teorias psicológicas que defendem a utilização de estudos padronizados, para a aquisição de conhecimentos e no tratamento da informação (Silva, 2003).

✓ Despersonalização, refere-se ao desenvolvimento de «*atitudes negativas e insensíveis, ou às excessivas respostas designadas para com os destinatários dos serviços que se prestam*» (Silva, 2003, p. 60).

✓ Redução da realização e eficácia pessoal, refere-se à «*percepção de que as realizações profissionais não alcançam as expectativas pessoais*» (Matos, Vega & Urdániz, 1999, p. 126). Induzidas por uma autoavaliação e qualificação negativas, em relação aos objectivos profissionais alcançados, estão associadas a sentimentos de fracasso e baixa autoestima.

Em 1997 Maslash (referido em Silva, 2003), ao investigar sobre o desgaste emocional dos médicos e dos técnicos de tanatologia forense, criou um instrumento de avaliação psicométrica, o MBI, 'Inventory Maslash Burnout', no qual foram combinados os factores da exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal diminuída (resultando um instrumento de avaliação extensivo e abrangente dos problemas causados pelo impacto do desgaste em ambientes de trabalho).

O MBI é composto por 22 itens, sendo que, nove dizem respeito à sub-escala 'exaustão emocional': E1 ('sinto-me exausto emocionalmente com o meu trabalho'); E2 ('sinto-me cansado no final de um dia de trabalho'); E3 ('sinto-me cansado quando me levanto para ir trabalhar'); E6 ('custa-me trabalhar todo o dia com as outras pessoas'); E8 ('sinto-me exausto fisicamente com o meu trabalho'); E13 ('sinto-me cheio de energia'); E14 ('sinto que estou a trabalhar demais'); E16 ('causa-me stresse trabalhar directamente com as pessoas') e E20 ('sinto que estou a atingir os meus limites').

A sub-escala 'despersonalização' abrange cinco itens: E5 ('trato as outras pessoas como se fossem objectos impessoais'); E10 ('tornei-me mais insensível com as outras pessoas desde que faço este trabalho'); E11 ('sinto-me preocupado porque este trabalho me deixa mais frio emocionalmente'); E15 ('sinto que não me preocupo com o que acontece às pessoas com quem trabalho'); e E22 ('sinto que as outras pessoas me culpam pelos seus problemas').

A sub-escala 'realização pessoal diminuída' é constituída por oito elementos: E4 ('compreendo facilmente como se sentem as outras pessoas'); E7 ('lido eficazmente com os problemas das outras pessoas'); E9 ('sinto que consigo ajudar as outras pessoas através do meu trabalho'); E12 ('sinto-me cheio de energia'); E17 (consigo criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalho'); E18 ('sinto-me bem depois de contactar

com as outras pessoas’); E19 (‘sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho’) e E21 (‘lido calmamente com os problemas emocionais’)

O MBI possui uma cotação do tipo Lickert de zero a seis, correspondendo o valor zero à opção ‘nunca’ e o valor seis à opção ‘todos os dias’.

A evolução das investigações levou a adaptações sucessivas do MBI e à ampliação do estudo a diferentes áreas profissionais, levando ao aparecimento de três novas versões do MBI:

- MBI-‘Human Services Survey’ ou MBI-HSS, destinado a profissionais dos serviços humanos.

- MBI-‘Educators Survey’ ou MBI-ES, destinado a educadores.

- MBI-‘General Survey’ ou MBI-GS, destinado a profissionais de outras áreas.

Com o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação do burnout, a designação ‘despersonalização’ foi substituída pelo ‘cinismo’. Assim, o ‘cinismo’ corresponde a um estado de distanciamento psicológico em relação ao trabalho, englobando as dúvidas sobre a impotência e o sentimento de indiferença para com ele. Apesar de o indivíduo manter um sentimento de indiferença, distanciamento e desprendimento perante o trabalho, não perdeu a sua identidade. A ‘despersonalização’ por seu lado *«expõe uma distância mais patológica e fria para com os receptores dos serviços»* (Silva, 2003, p. 60).

Também a ‘eficácia profissional’ foi sofrendo alterações considerando-se que, para além do trabalho ter impacto na vida dos indivíduos, também induz o sentimento de sucesso/fracasso na auto-realização pessoal. Segundo estes autores, esta perspectiva baseia-se na vivência individual do sentimento de ‘cansaço’¹³ geral, em função da multiplicidade de relações interpessoais no ambiente de trabalho. Esta valência é verificada por intermédio das componentes ‘exaustão emocional’ e ‘despersonalização’, partes integrantes do síndrome.

1.2.3. FACTORES QUE INTERVÊM NO DESENVOLVIMENTO DO BURNOUT

Factores individuais, laborais e socioculturais podem estar envolvidos no síndrome de burnout.

Os indivíduos com maior tendência para desenvolver o síndrome caracterizam-se por serem *«orientados mas obsessivos, entusiasmados, entregados ao seu trabalho e*

¹³ Definido como *«uma resposta prolongada a algo que provoca, de forma crónica, o Stress emocional e interpessoal no trabalho»* (Leiter & Maslach, 1998; citados em Silva, 2003, p. 61).

identificados de forma exagerada com os receptores da sua atenção, têm uma personalidade de tipo emocional e isto é algo que com frequência encontramos entre os indivíduos que começam a trabalhar nas profissões humanitárias» (Matos, Vega & Urdániz, 1999, p. 127).

Bhagat (1983, referido em Matos, Vega & Urdániz, 1999) encontrou uma relação positiva entre os sucessos vitais stressantes e a diminuição da efectividade no trabalho, assim como na adaptação ao mesmo (quer os sucessos agradáveis, quer os desagradáveis podem produzir altos níveis de stresse, aumentando a probabilidade do indivíduo desenvolver o burnout).

Há opiniões contraditórias no que diz respeito à relação entre 'idade' ou 'antiguidade profissional' e o desenvolvimento de burnout. Assim, uns defendem uma relação negativa (Cherniss, 1982; Maslach, 1982); outros encontram uma relação directa (Pines e Maslach, 1978); e ainda outros não encontram nenhuma relação (Macdermott, 1984; Hock, 1988; Donohue et al., 1993, referidos em Matos, Vega & Urdániz, 1999).

Nos seus estudos, Capner e Caltabiano (1993), Henry et al. (1991) e Hein (1993), explicam a influência atenuadora de stresse, do apoio social/familiar e até religioso e o seu efeito negativo no desenvolvimento do síndrome de burnout.

Em relação ao 'sexo', muitos autores defendem que as mulheres lidam melhor com problemas laborais do que os homens (Maslach & Jackson, 1985; referidos em Matos, Vega & Urdániz, 1999), enquanto outros encontram níveis mais elevados de burnout nas mulheres, outros autores encontram-nos nos homens, e outros não encontram diferenças entre os dois sexos.

No que diz respeito às profissões, a mais estudada é a da enfermagem, encontrando-se também estudos noutras profissões ligadas à saúde como médicos, auxiliares de acção médica, odontologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outras. Aparecem também estudos ligados a profissões como professores, assistentes sociais, polícias, magistrados, controladores de tráfego aéreo, farmacêuticos, veterinários, entre outros.

Em resumo, nos indivíduos que manifestam síndrome de burnout, há uma deterioração da sua qualidade de vida e em situações extremas podem abandonar o trabalho, enveredar pela toxicod dependência e revelar condutas suicidas.

Apresentam também deterioração da saúde física e psíquica e atitudes e condutas laborais alteradas que *«incidem directamente no rendimento e funcionamento da instituição, produzindo-se uma pioria da atenção dada ao cliente com uma desumanização*

e deterioração na qualidade dos serviços prestados e um aumento dos custos económicos e humanos» (Matos, Vega & Urdániz, 1999, p. 128).

Todos os trabalhadores podem ser vítimas de burnout, mas os mais afectados são os dos serviços humanos que se vão 'queimando' profissionalmente, depois de meses ou anos de dedicação, como é o caso dos enfermeiros, professores, médicos, odontologistas e outros.

Tendo definido o stresse no trabalho e os factores que o podem provocar, e tendo analisado o caso específico do 'burnout', caracterizamos no capítulo seguinte o stresse nos profissionais de saúde.

2. STRESSE NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Neste capítulo efectuamos a caracterização do stresse nos profissionais de saúde, terminando com a descrição do bloco operativo como contexto específico desencadeador de stresse no trabalho.

2.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL

O stresse no trabalho tem expressão cada vez maior, atingindo todas as pessoas sem excepção e em especial os profissionais que cuidam dos outros.

Destes profissionais espera-se que sejam «*capazes de se manterem firmes em todas as situações*» (Dubreuq, 1990; citado em Figueiredo & Soares, 1999, p. 60) e que «*sejam sensíveis às necessidades dos outros sem que recebam resposta*» (Faulkner e Maguire, 1990; referidos em Figueiredo & Soares, 1999, p.60), apesar de as suas necessidades estarem agravadas em função do ambiente em que trabalham.

Médicos, enfermeiros e até mesmo pessoal administrativo que trabalham em contextos de saúde, lidam no seu quotidiano com a doença, com a dor, com o sofrimento e até com a morte. Todos estes problemas são graves e urgentes e muitas vezes os recursos disponíveis são insuficientes. Contudo, destes profissionais mantém-se a imagem de que devem suplantar as exigências e reclama-se-lhes planeamento, execução e avaliação sistemática dos cuidados prestados, no sentido de diminuir ou resolver os problemas dos doentes.

No entanto, estes profissionais também são humanos. Nem trabalhar nestes contextos e nem mesmo as suas habilitações técnicas e profissionais, lhes criam imunidade ao sofrimento e à doença - «*Cuidar dos doentes também inclui saber cuidar de si próprio*» (Vaz Serra, 1994; citado por Figueiredo & Soares, 1999, p. 60).

Variadíssimas fontes de stresse têm vindo a ser descritas nos estudos dedicados aos profissionais de saúde e incluem agentes físicos, químicos, sociais e psicológicos, mas destes factores não se sabe se agem separadamente ou em conjunto. Pode-se no entanto caracterizá-los em :

✓ Sobrecarga de trabalho: deste factor dependem a presença de manifestações psicológicas e físicas e sintomas de stresse (Ramos, 2001; Silva, 2003; Velez, 2003).

✓ Duração do trabalho: o trabalho por turnos e o trabalho nocturno perturbam os ritmos circadianos e a vida social (Ramos, 2001; Silva, 2003; Velez, 2003).

✓ Falta de autonomia e controlo no trabalho: pode conduzir à doença (Stora, 1990; Ramos, 2001; Silva, 2003; Velez, 2003).

✓ Presença de riscos físicos, químicos e biológicos: variados estudos ligados aos stressores ambientais indicam como fontes de stresse as unidades muito congestionadas, muito ruído, má iluminação, má ventilação, maus cheiros, temperaturas extremas, cores agressivas, radiações, uso frequente de detergentes/desinfectantes e antissépticos, contacto com doentes infectados (Pinto, 1990; Velez, 2003).

✓ Lidar com o sofrimento: lidar diariamente com o sofrimento resulta num grande desgaste psicológico, *«muitas barreiras impostas por médicos e enfermeiros em relação aos seus doentes têm por objectivo evitar os possíveis efeitos stressantes decorrentes de uma maior proximidade emocional com o doente, mantendo a comunicação a um nível superficial»* (Figueiredo & Soares, 1999, p. 52).

✓ Insuficiência de recursos: os profissionais de saúde lidam diariamente e directamente com limitações de recursos (Velez, 2003).

✓ Responsabilidade por pessoas: os estudos apontam que a responsabilidade sobre pessoas conduz mais frequentemente a doença coronária, do que a responsabilidade sobre coisas (Ramos, 2001; Silva, 2003; Velez, 2003).

✓ Relações e suporte social no trabalho: os estudos revelam uma forte ligação entre o stresse e as relações profissionais, a sua natureza e o suporte social proporcionado por colegas e superiores hierárquicos (Ramos, 2001; Silva, 2003; Velez, 2003).

✓ Segurança no vínculo profissional: a insegurança e a perda de emprego são vistas como fontes de stresse.

✓ Perspectivas de promoção: todos os factores ligados ao desenvolvimento da carreira estão intrinsecamente ligados a situações de stresse.

✓ Quadro familiar: a dinâmica familiar, as relações conjugais, as relações com os filhos, as rupturas familiares, as preocupações financeiras, são vistas como factores stressantes (Velez, 2003).

✓ Conflito casa-trabalho: vários estudos assinalam uma forte associação entre o domínio da satisfação profissional e o domínio da satisfação com a vida em geral (Ramos, 2001; Velez, 2003).

✓ Quadro social: Cooper & Davidson (1988) referidos em Velez (2003) apontam como factores stressantes a alienação, o clima, as mudanças frequentes, a alimentação, os factores económicos e financeiros, entre outros.

✓ Quadro pessoal: neste âmbito Velez (2003), identifica os seguintes factores: sexo, constituição individual, personalidade tipo A, personalidade extrovertida/introvertida, estilos de vida, estabilidade emocional, experiências prévias, expectativas, autoconfiança, entre outros.

Os profissionais que trabalham em contextos de saúde apresentam três características básicas comuns (consideradas os antecedentes clássicos de burnout): desempenham funções emocionalmente desgastantes, partilham determinadas características de personalidade que os fazem escolher carreiras na área dos serviços humanos, partilham uma orientação centrada no cliente.

O tipo e gravidade de stresse depende quer das exigências particulares da função, quer dos recursos disponibilizados ao profissional. Todas as ocupações têm pressões, ansiedades e conflitos inerentes ao trabalho em si e ao contexto em que é realizado.

O pessoal médico e de enfermagem convive com difíceis e intensas situações emocionais nas suas práticas diárias que incluem: «*explorar, examinar e cortar o corpo humano; lidar com medos, cóleras, sentimentos de desamparo e desespero dos doentes; enfrentar situações de emergência; aceitar as limitações da medicina perante as doenças crónicas e incuráveis; confrontar com a morte*» (Pines & Aronson, 1989, p. 84). Ter consciência de que vão perder na batalha contra a doença e a morte, medo de contrair doenças transmitidas pelos doentes infectados, medo de falar com os doentes sobre assuntos relacionados com problemas sexuais e conjugais, medo de efectuar exames físicos, são outros exemplos de situações problemáticas.

Médicos e enfermeiros estão sistematicamente expostos a aspectos 'proibidos' do corpo humano, às suas intimidades e conflitos e são alvo frequente de reacções primitivas de transferência (desde ternas a hostis), por parte dos doentes, às quais não podem ou não se atrevem a responder em consonância.

Nestas profissões o perigo de burnout e de exaustão emocional advém das constantes exigências emocionais das funções, como é o caso das enfermeiras que trabalham com crianças com leucemia, que se vêm confrontadas diariamente com a dor, com a impotência associada à morte injusta e muitas vezes inevitável destas crianças.

Na maioria das vezes estes profissionais são indivíduos particularmente sensíveis às necessidades dos outros e tendem a ter uma grande empatia em relação ao sofrimento dos outros. É o caso dos que trabalham com doentes em estado terminal, com crianças doentes, com alcoólicos, entre outros.

A orientação centrada no cliente, característica quase exclusiva das profissões ligadas aos serviços humanos. O papel e a presença destes profissionais é baseado exclusivamente nas necessidades do cliente. Esta orientação é definida por uma relação terapêutica assimétrica e pode resultar numa situação verdadeiramente stressante. Os seus efeitos duplicam quando combinados com a intensidade emocional que caracteriza a maioria dos serviços humanos e com a amostra de indivíduos que escolhem trabalhar nestes ambientes. Uma vez que, os três elementos estão reunidos na maioria das profissões ligadas aos serviços humanos, o processo de burnout é quase inevitável (Pines & Aronson, 1989).

2.2. A PROBLEMÁTICA DO BLOCO OPERATÓRIO

A melhoria das técnicas de diagnóstico, das técnicas anestésicas e cirúrgicas e a implantação de cuidados especializados, quer médicos, quer de enfermagem, levaram a avanços rápidos com resultados proveitosos, na especialidade de cirurgia, transformando-se a área do bloco operatório numa unidade complexa, dinâmica, que confere grandes exigências aos profissionais que aí trabalham. Paralelamente, cria-se um grupo específico de riscos e de desgaste constantes para a equipe cirúrgica multidisciplinar, que muitas vezes são difíceis de quantificar.

Um desses riscos refere-se ao stress no trabalho. A forma como o stress afecta o rendimento no bloco operatório tem sido motivo de alguma preocupação, podendo-se encontrar alguns estudos acerca deste fenómeno, especialmente na área da enfermagem perioperatória¹⁴.

Pinheiro (1993, referido em Cruz, 2000) indica a enfermagem perioperatória como sendo uma especialidade de grande risco e de grande desgaste, considerando difícil a tarefa de quantificar os limites máximos de stress suportáveis por estas enfermeiras.

Por sua vez Pinto (1990, Parte II) e Cruz (2000), indicam os seguintes factores de stress a nível do bloco operatório (factores estes que estão interligados e potencializados):

✓ Pressão do tempo: fortemente sentida pelas enfermeiras especialmente em cirurgias de urgência, nas complicações intra-operatórias, nos preparativos entre uma

¹⁴ Fruto do trabalho da Association of Operating Room Nurses (AORN), a enfermagem perioperatória tem vindo a ser definida como especialidade, há já algum tempo, nos diversos meios cirúrgicos internacionais. É um termo usado nas diversas funções de enfermagem incluídas «*nos períodos per-operatórios, intra-operatórios e pós-operatórios da experiência cirúrgica do paciente*» (Meeker e Rothrock, 1977; citados por Martins, 1998, p.7).

intervenção cirúrgica e outra; estas situações requerem grande dinamismo e habilidade para que possam decorrer no mais curto espaço de tempo.

✓ Situações imprevistas: estas situações são relativamente frequentes neste ambiente e referem-se a situações como avarias súbitas de equipamentos, falta inesperada de determinado material/medicamento, conspurcação accidental de instrumentos cirúrgicos.

✓ Falta de pessoal: determinada pela dificuldade de integração neste ambiente de trabalho, pelo facto de serem locais onde se ‘trabalha muito’, pelo facto de os blocos operatórios serem locais fechados/de difícil acesso; tudo isto faz com que os enfermeiros (quer os recém-formados, quer os com alguma experiência) não escolham estas unidades para trabalharem.

✓ Trocas de procedimentos e de técnicas cirúrgicas: obrigam num espaço curto de tempo à preparação de novos materiais e equipamentos, sendo precisa uma grande capacidade de improvisação e habilidades/agilidades excepcionais, ocasionando-se periodos de grande tensão nestes profissionais.

✓ Equipamento e seu funcionamento: requer grandes conhecimentos e constantes adaptações, quer em relação a novos equipamentos, quer em relação à manutenção dos equipamentos existentes.

✓ Conflitos interpessoais: as relações entre os vários profissionais desta área (cirurgiões, anestesistas, enfermeiras, auxiliares de acção médica, restantes técnicos), são muitas vezes conflituosas e justificadas pelas falhas de comunicação entre médicos e enfermeiros (Vaughn, 1992), pela responsabilidade das tarefas, pelo número elevado de elementos que constituem as equipas cirúrgicas, pelo próprio ambiente físico destas unidades, entre outras.

✓ Factores ambientais: incluem o tipo de vestuário que se tem de utilizar, exposição a barulhos/gases anestésicos/radiações, uso frequente de detergentes e anti-sépticos, risco de contaminação, falta de luz natural, grandes diferenças de temperatura, grandes periodos de permanência em pé e em silêncio, isolamento destas unidades em relação a outros serviços, entre outros.

Outras investigações como as de Moss (1989), sugerem que as enfermeiras perioperatórias sofrem de stresse moderado, sendo no entanto identificados, por ordem de importância, vários stressores específicos: cirurgiões ofensivos, equipamento avariado, falta de formação específica na área da enfermagem perioperatória, equipamento que não se encontra, materiais que não estão disponíveis quando são precisos, elementos

preguiçosos na equipe, paragens cardíacas, equipamento sujo, falta de enfermeiras perioperatórias bem preparadas, várias emergências ao mesmo tempo, problemas da profissão de enfermagem, turnos de trabalho intensos, muitas horas de prevenção e stresse relacionado com os avanços constantes da tecnologia e procedimentos.

Muitos estudos (Moss, 1982; Vaughn, 1992; Schwan, 1998) apresentam sinais e sintomas nas enfermeiras perioperatórias que podem levar à experiência do burnout e incluem: necessidade de controlo, necessidade de se apressar e de estar sempre ocupado, perfeccionismo, dificuldade nas relações interpessoais, dificuldade em relaxar e em divertir-se, 'brown-outs' (fazer qualquer coisa e não se lembrar de o ter feito), impaciência, irritabilidade, sentimento de incapacidade e de auto-negligência.

Os sintomas físicos incluem cefaleias, fadiga, alergias, indigestão, dores de estômago, úlceras, dores de peito, falta de ar, nervosismo, tonturas. Os sintomas comportamentais incluem explosão temperamental, inquietação insónia, dificuldade em relaxar, hiperactividade, irritabilidade, impaciência, negligência, enfado, alterações de humor e dificuldade de concentração.

Outros estudos revelam as causas para o burnout destas enfermeiras:

- ✓ Confrontação diária com a morte (é o caso das paragens cardíacas no bloco).
- ✓ Grande rotatividade de doentes associada à incapacidade de prestar cuidados com qualidade, devido aos cortes orçamentais e à falta de pessoal.
- ✓ Incapacidade de manter uma auto-actualização profissional, devido às numerosas horas que passam nestas unidades (demasiadas horas de prevenção).
- ✓ Pressão constante e intensa para cumprir tarefas em curtos periodos de tempo (ex: pouco tempo entre intervenções cirúrgicas).
- ✓ Contacto com sangue, excrementos e outros espécimens.
- ✓ Presença de condições negativas no ambiente de trabalho (ex: falta de apoio dos enfermeiros que chefiam face a acções de cirurgias ofensivas, falta de oportunidades no desenvolvimento profissional).
- ✓ Trabalho rotineiro e monótono (ex: preenchimento de stock no bloco operatório).
- ✓ Falta de apreciação por parte dos doentes (especialmente verdadeiro nas enfermeiras perioperatórias, uma vez que elas têm contacto relativamente curto com os doentes cirúrgicos).
- ✓ Stresse relacionado com os rápidos e constantes avanços tecnológicos nos procedimentos e equipamentos.

Mais recentemente apareceram estudos relativos a experiências vivenciadas por trabalhadores que cuidam de vítimas de eventos traumáticos, que introduziram um termo novo a fadiga compassiva ('compassion fatigue'), fenómeno este que aparece associado com o conceito de distúrbio de stresse pós-traumático (PTSD) e foi especialmente identificado em enfermeiras perioperatórias, mas que também ocorre noutros profissionais como polícias, bombeiros e outros profissionais de saúde.

As enfermeiras em particular partilham constantemente a sua compaixão com aqueles que estão a sofrer, em consequência da sua própria natureza cuidativa; isto eventualmente pode levar a emoções difíceis de lidar e superar.

A fadiga compassiva é descrita como um 'fardo' emocional, que os profissionais dedicados ao cuidado dos outros podem experienciar em resultado de uma sobreexposição a vítimas de eventos traumáticos (Schwan, 1998).

As reacções psicológicas destas enfermeiras são comparáveis aos sintomas dos indivíduos que sofrem de PTSD, vítimas de desastres naturais e sobreviventes de holocaustos e incluem: despertar exagerado, imagens invasoras e inoportunas e comportamentos de evitamento, comportamentos estes que podem levar à disrupção no estilo de vida. Algumas enfermeiras necessitam de terapia para ultrapassarem o PTSD, que desenvolveram devido à sua experiência de cuidar de doentes vítimas de trauma.

Os profissionais do bloco operatório (especialmente os que trabalham em hospitais centrais) entram em contacto com estas vítimas pouco tempo após o acontecimento traumático. As enfermeiras perioperatórias que trabalham nestes locais, para além de terem que lidar com as necessidades imediatas destas vitimas, também têm que corresponder às exigências dos restantes membros da equipe perioperatória.

A fadiga compassiva escolhe para vitimas aqueles profissionais de saúde que já não conseguem distinguir as alterações na sua personalidade e que não notam que estão afectados com o ambiente em redor, à semelhança do que acontece com as vítimas de PTSD (Schwan, 1998).

Tentamos neste capítulo demonstrar como os profissionais de saúde, nomeadamente os que trabalham no bloco operatório têm fortes probabilidades de experienciar o stresse no trabalho. No capítulo seguinte descrevemos a metodologia do trabalho empírico realizado, através do qual tentamos estudar o stresse nos médicos e enfermeiros do bloco operatório.

**PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO: O STRESSE NO TRABALHO EM
MÉDICOS E ENFERMEIROS DO BLOCO OPERATÓRIO DE UM
HOSPITAL CENTRAL DO PORTO**

3. METODOLOGIA

Neste capítulo descreveremos a metodologia utilizada no estudo empírico efectuado, dando conta dos objectivos do estudo, da construção de um questionário adequado a estes objectivos, dos procedimentos de recolha de dados e por fim, caracterizaremos a amostra de inquiridos.

3.1. INTRODUÇÃO

Como referimos anteriormente, muitos são os autores, que se têm dedicado ao estudo do conceito de Stresse no Trabalho em profissionais de saúde. O contributo dado pelos vários investigadores nesta área, associado à nossa experiência diária, foram as principais fontes para a definição do problema que pretendemos estudar.

O nosso interesse na área de cirurgia, levou-nos ao estudo do stresse no trabalho nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), que exercem funções em blocos operatórios, tendo sido formuladas algumas questões que consideramos pertinentes neste contexto:

- Os médicos e os enfermeiros que trabalham nos blocos operatórios estão sujeitos a níveis elevados de stresse no trabalho/burnout?
- O stresse no trabalho/burnout evidenciados pelos profissionais do bloco operatório afecta a sua satisfação e motivação no trabalho?
- Os enfermeiros que trabalham em blocos operatórios apresentam níveis superiores de stresse no trabalho/burnout do que os apresentados pelos médicos que aí trabalham?

Partindo destas questões, o nosso projecto de investigação foi delineado no sentido de ser elaborado um estudo simultaneamente de campo, transversal, exploratório e comparativo (Polit & Hungler, 1995; Hill & Hill, 2002). Sendo um estudo de campo, a exploração do fenómeno Stresse no Trabalho, foi levada a cabo nos blocos operatórios de uma instituição hospitalar, com o intuito de recolher a opinião e a percepção de dois grupos profissionais (médicos e enfermeiros) que aí exercem funções. À semelhança dos estudos transversais, neste, os dados foram recolhidos recorrendo-se a um questionário aplicado num determinado momento no tempo. O carácter exploratório prende-se com o facto de ter sido construído propositadamente para este estudo um questionário, incluindo quer questões específicas para a amostra de inquiridos, quer questões utilizadas em investigações sobre o mesmo tema ou com o mesmo tipo de inquiridos. É ainda um estudo

comparativo, uma vez que, para além da análise da amostra total, foram estabelecidas comparações entre dois grupos de sujeitos, na perspectiva de diferenciar a sua opinião e percepção em relação ao stresse no trabalho.

3.2. OBJECTIVOS E HIPÓTESES

Para este estudo foram delineados os seguintes objectivos:

- Operacionalizar o conceito de Stresse no Trabalho a partir de um questionário construído para o efeito.
- Analisar os níveis de stresse no trabalho/burnout dos sujeitos no ambiente de trabalho.
- Analisar comparativamente a opinião dos dois grupos de sujeitos em relação aos índices de stresse no trabalho.

Partindo do princípio, que uma hipótese de pesquisa é a tradução do problema em estudo para uma previsão das respostas experimentais (Polit & Hungler, 1995), formulamos as seguintes hipóteses:

- Existe uma relação entre os níveis elevados de satisfação no trabalho e os níveis mais baixos de burnout apresentados pelos sujeitos. Ou seja, quanto maior for a satisfação no trabalho dos inquiridos, menores serão os níveis de burnout apresentados por eles.
- Os médicos e enfermeiros que trabalham no bloco operatório apresentam índices elevados de stresse no trabalho, provocados pelas características das funções exercidas.
- Os enfermeiros que trabalham no bloco operatório, apresentam níveis de stresse no trabalho/burnout mais elevados do que os médicos que aí trabalham, atendendo ao facto de permanecerem durante mais tempo nesta unidade.

Para operacionalizar o estudo consideramos como variável independente o grupo profissional do inquirido (médico ou enfermeiro que trabalha no bloco operatório) e como variáveis dependentes as questões formuladas no questionário, organizadas em grupos temáticos e que descreveremos seguidamente.

3.3. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

O questionário, apesar de ser um método de diagnóstico que se reveste de grande simplicidade, não é fácil de elaborar, uma vez que deve fornecer dados capazes de testar adequadamente as hipóteses em estudo (Hill & Hill, 2002).

Para este estudo foi construído um questionário propositadamente, constituído por três grupos, num total de 57 questões, que abrangem várias dimensões.

Na sua elaboração tivemos em conta os objectivos do estudo, o tempo e os recursos existentes para a realização desta investigação, a nossa experiência enquanto profissional de enfermagem e as investigações existentes na área do stresse no trabalho em profissionais de saúde.

Após algumas aplicações que funcionaram como pré-teste e efectuadas as rectificações e melhoramentos necessários, chegamos à versão final do questionário denominado 'Questionário de avaliação do stresse no trabalho' e apresentado no Anexo I.

O questionário foi organizado em grupos temáticos e para além da dimensão sociodemográfica (que contém informações importantes para a caracterização da amostra) compreende as dimensões 'motivação no trabalho', 'mudança', 'conflito', 'stresse no trabalho' e 'satisfação no trabalho'. À excepção da caracterização da amostra (constituída sobretudo por questões fechadas de tipo nominal/categorial) e da dimensão 'mudança', todas as respostas do questionário obedecem a uma escala ordinal do tipo Lickert.

Assim, na caracterização da amostra (constituída por 9 questões), as variáveis sociodemográficas têm o objectivo de dar a conhecer os elementos inquiridos no que respeita à idade, sexo, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, anos de serviço, situação contratual e turno de trabalho.

Na dimensão 'motivação no trabalho', cada uma das variáveis foi codificada numa escala ordinal de 1 (pouco motivado) a 5 (muito motivado).

À semelhança da dimensão anterior, a dimensão 'conflito', foi codificada numa escala ordinal de 1 (pouco conflito) a 5 (muito conflito), à excepção do item que pretende conhecer a razão do conflito, apresentado num formato nominal.

Na dimensão 'mudança', foi aplicada uma escala nominal categorizada em respostas qualitativamente diferentes do tipo 'sim' e 'não'.

Na dimensão 'stresse no trabalho', foi aplicada uma escala adaptada dos 22 itens do MBI¹⁵ com 6 categorias, com a seguinte designação: 'nunca', 'algumas vezes/ano', 'uma vez/mês', 'uma vez/semana', 'algumas vezes/semana', 'todos os dias'.

¹⁵ O questionário MBI, constituído por 22 itens, é utilizado para medir e prevenir o 'burnout' de grupos profissionais, avaliando o esgotamento emocional, a despersonalização e a realização pessoal. A cada item é aplicada uma escala original de zero -'nunca' a seis -'todos os dias', demorando cerca de 10 a 15 minutos a ser preenchido (Stora, 1990; Ramos, 2001).

Na dimensão 'satisfação no trabalho', foram codificadas 22 variáveis, elaboradas a partir de instrumentos descritos em trabalhos sobre o mesmo tema (Silva, 2003; Martins; 2003) e tendo como ponto de partida o modelo inicial de Vala e col. (1988, 1994), aos quais foram associados itens específicos com o ambiente de trabalho em estudo. Estas 22 variáveis foram codificadas numa escala ordinal de 1 (pouco satisfeito) a 5 (muito satisfeito).

3.4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Com o objectivo de obter a autorização para realização do estudo, foram dirigidos ao Ex^{mo} Sr. Director Clínico e Ex^{mo} Sr. Enfermeiro Director do Hospital de S. João, no Porto, pedidos de consentimento para entregar para preenchimento, nos diversos blocos operatórios da instituição, de um questionário no âmbito da investigação em questão.

Obtidos os consentimentos e ultrapassadas as formalizações, encaminhamo-nos aos Enfermeiros Chefes e Directores de Serviço de cada bloco operatório, com quem foi combinado a estratégia a desenvolver, de acordo com a realidade de cada serviço.

Neste âmbito, foram contactados os blocos operatórios dos seguintes serviços: Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopneumatologia, Obstetrícia, Pediatria Cirúrgica, Centro de Cirurgia Torácica, Unidade de Cuidados Ambulatórios, Bloco Operatório Central, Bloco Operatório da Urgência e Serviço de Anestesia.

Relativamente aos questionários destinados aos enfermeiros, em todos os serviços, optamos por entregar aos Enfermeiros Chefes/Enfermeiros Responsáveis, um envelope fechado contendo os questionários correspondentes a cada elemento de enfermagem.

Foi-lhes explicado, sumariamente as características do questionário, o carácter voluntário da participação e pedido aos participantes sinceridade na resposta, ao mesmo tempo que lhes foi garantido o anonimato e a confidencialidade no tratamento dos dados. Foi ainda programada a distribuição e recolha dos questionários preenchidos. Esta estratégia revelou-se a mais adequada, uma vez que, grande parte dos enfermeiros se mostrou colaborante.

Em relação aos médicos, tivemos de utilizar outras estratégias, tais como:

- Entrega de envelope fechado às secretárias dos Directores de Serviço, que oportunamente distribuiriam os inquéritos aos cirurgiões do respectivo serviço.
- Entrega de envelope fechado às Enfermeiras Chefes de vários blocos operatórios.

- Entrega de envelope fechado a Chefes de Serviço de vários blocos operatórios.
- Entrega em mão a alguns médicos conhecidos da investigadora.

Em todas estas situações, foram dados esclarecimentos idênticos aos dados aquando da entrega dos questionários aos enfermeiros.

No total foram distribuídos 100 questionários a médicos e 150 a enfermeiros, tendo sido devolvidos preenchidos, respectivamente 80 e 88. Consideramos que conseguimos obter um número significativo de respostas, apesar de termos dispendido algum tempo a solicitar a devolução dos questionários preenchidos, pois para além da recusa por parte de alguns inquiridos, debatemo-nos com outras dificuldades relativas ao absentismo (por licença de parto, falta por doença ou outras) e ao período de férias (note-se que os questionários foram distribuídos no final do mês de Maio e recolhidos no final do mês de Junho, meses em que muitos elementos se encontravam em licença de férias).

3.5. CODIFICAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha dos dados, optamos por um tratamento estatístico informatizado, que nos confere um grau de precisão e rapidez na análise dos dados, diminuindo assim a margem de erro. Para tal, foi construída uma matriz no SPSS (Statistical Package for the Sciences), na versão 12.0 para Windows, constituída por 63 colunas (correspondentes ao número de variáveis dependentes em estudo) e por 168 linhas, correspondentes ao número de inquiridos.

Assim, a primeira coluna corresponde ao número de sujeitos que participaram no estudo (codificados numericamente consoante a ordem de entrega do questionário). A segunda coluna corresponde ao grupo profissional a que pertence cada sujeito (codificado numericamente consoante seja médico ou enfermeiro).

As colunas seguintes correspondem a cada variável de cada uma das dimensões estudadas, seguindo a ordem da numeração das questões. À caracterização da amostra, correspondem as questões 1 a 9, que foram distribuídas por número idêntico de colunas.

A análise descritiva da amostra total está englobada nas perguntas 10 à 13, correspondendo a 9 colunas da matriz.

A dimensão satisfação no trabalho actual está discriminada numa questão, seguida da dimensão motivação no trabalho, à qual correspondem 2 questões. Ambas as dimensões foram codificadas em igual número de colunas.

De seguida aparece-nos a dimensão mudança, com 3 questões (distribuídas por 3 colunas) e a dimensão conflito, com 2 questões, que se distribuíram por 3 colunas.

A dimensão stresse no trabalho está representada nos 22 itens do MBI, que correspondem a 22 colunas da matriz.

A dimensão satisfação no trabalho discriminada está representada em 22 variáveis, que correspondem a igual número de colunas da matriz.

Terminamos com algumas variáveis que resultaram já da análise de algumas questões, tais como as sub-dimensões do questionário MBI ou o índice total de stresse no trabalho.

Em função dos objectivos e das características dos dados obtidos, foram utilizados os testes estatísticos adequados, sendo essencialmente utilizado o Qui-Quadrado para variáveis nominais, segundo as sugestões de Bryman e Cramer (2003).

3.6. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Partindo de um universo alvo, constituído pelos profissionais que exercem funções em blocos operatórios do Hospital de S. João, do Porto, seleccionamos um universo inquirido, constituído pelos médicos e enfermeiros que exercem funções nos blocos operatórios da instituição, por serem as duas profissões mais representadas nos blocos e por isso mais disponíveis.

A amostra semi-intencional¹⁶ e também acidental¹⁷ resultou da selecção de um subconjunto de sujeitos (médicos e enfermeiros) e é constituída por 168 elementos inquiridos, correspondendo 80 a médicos e 88 a enfermeiros que exercem funções em blocos operatórios da referida instituição. Pode-se dizer que apesar de se poder considerar uma amostra representativa da população alvo e de os fenómenos investigados serem homogéneos, existe algum risco de tendenciosidade em relação à interpretação dos resultados obtidos no estudo, não sendo possível efectuar uma generalização das conclusões elaboradas a partir dos resultados obtidos.

¹⁶ Porque foi seleccionada pelo investigador, a partir de sujeitos considerados característicos da população em questão e conhecedores das questões que estavam a ser estudadas (Polit e Hungler, 1995).

¹⁷ Porque para além de depender da boa vontade dos sujeitos para responderem, foi favorecido o uso de pessoas mais convenientemente disponíveis; contudo corre-se o risco de os sujeitos disponíveis poderem ser atípicos da população (Polit e Hungler, 1995).

Em relação ao grupo profissional (Quadro 1), apesar da distribuição ser semelhante, encontramos o grupo dos enfermeiros com um número ligeiramente superior, representando 52,4% da amostra inquirida.

Sendo assim, em termos de representatividade estatística, a classe de enfermagem, poderá ser considerada como a mais bem concebida¹⁸. Apesar de não se estar na presença de uma amostra perfeita em termos de representatividade da globalidade da população, podemos no entanto, considerá-la relevante para o problema em estudo.

Quadro 1: Distribuição do número de inquiridos por grupo profissional

Grupo profissional	Frequência	Percentagem
Enfermeiros	88	52,4
Médicos	80	47,6
Total	168	100,0

Em relação à idade (Quadro 2), verificamos que esta varia entre os 25 e os 59 anos, com uma média de 37,7 anos e um desvio padrão de 7,94. Uma análise mais detalhada deste quadro, permite-nos verificar que há idades mais frequentes, como por exemplo os 28, 30, 31, 32 e 39 anos. Olhando para a percentagem acumulada verificamos que metade da amostra (53,0%), tem entre 25 e 37 anos de idade ou seja é relativamente jovem¹⁹. Crê-se que o facto de se ser jovem, ou a experiência acumulada com os anos, podem ter um efeito amortizador da tensão em ambiente laboral (Vives, Vicens & Sitjar, 2001).

¹⁸ Pelos dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE), referentes a 31 de Dezembro de 2003, o número de enfermeiros inscritos na Região Norte é de 12995. Pelos dados fornecidos pela Ordem dos Médicos (OM), referentes ao ano de 2003, o número de médicos inscritos na Região Norte é de 11095.

¹⁹ Tendo em consideração que a idade limite de aposentação obrigatória para os agentes e funcionários públicos é de 70 anos de idade.

Quadro 2: Distribuição do número de inquiridos por idade

Idade	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
25	2	1,2	1,2
26	1	,6	1,8
27	5	3,0	4,8
28	10	6,0	10,7
29	7	4,2	14,9
30	10	6,0	20,8
31	11	6,5	27,4
32	11	6,5	33,9
33	9	5,4	39,3
34	5	3,0	42,3
35	7	4,2	46,4
36	4	2,4	48,8
37	7	4,2	53,0
38	8	4,8	57,7
39	10	6,0	63,7
40	8	4,8	68,5
41	6	3,6	72,0
42	4	2,4	74,4
43	3	1,8	76,2
44	2	1,2	77,4
45	2	1,2	78,6
46	9	5,4	83,9
47	4	2,4	86,3
48	3	1,8	88,1
49	3	1,8	89,9
50	1	,6	90,5
51	3	1,8	92,3
52	2	1,2	93,5
53	7	4,2	97,6
54	1	,6	98,2
55	1	,6	98,8
57	1	,6	99,4
59	1	,6	100,0
Total	168	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
25	59	37,70	7,94

Relativamente ao sexo dos inquiridos (Quadro 3), verificamos que 63,1% pertencem ao sexo feminino e 36,9% pertencem ao sexo masculino, o que vem ao encontro dos dados fornecidos pela OE e pela OM²⁰.

²⁰ No que se refere ao sexo em 31 de Dezembro de 2003, 10791 dos enfermeiros inscritos na OE, na Região Norte, são do sexo feminino e 2204 são do sexo masculino. Os dados apontados pela OM são de 5161 médicos do sexo feminino e de 5934 do sexo masculino.

A estes factos poderemos ainda associar o contexto histórico da profissão de enfermagem e a natureza dos cuidados, que atribuem à mulher o papel de mãe, esposa, educadora e cuidadora. No que diz respeito à profissão médica, verificamos que a tendência actual é que as mulheres estejam em maioria, em consequência dos altos níveis de formação conquistados, o que provocou em Agosto de 2004 um aceso debate a propósito da atribuição de “*numerus clausus*” mínimo para o sexo masculino para o ingresso na Faculdade de Medicina. O facto de termos uma amostra predominantemente feminina, pode ainda, ser associado, ao tipo de funcionamento dos blocos operatórios, que tipicamente funcionam num horário mais regular (de segunda a sexta-feira, durante o dia, exceptuando os blocos operatórios em regime de prevenção ou de urgência), sendo por isso, mais procurados pelas mulheres numa perspectiva de organização e apoio familiar.

Quadro 3: Distribuição absoluta e percentual de inquiridos por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	62	36,9
Feminino	106	
Total	168	100,0

Caracterizando a amostra no que diz respeito ao estado civil (Quadro 4), observamos que 74,4% dos inquiridos se encontra casado ou a viver em união de facto, 21,4% são solteiros e 4,2% são divorciados ou separados.

Quadro 4: Distribuição do número de inquiridos por estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	36	21,4
Casado ou em união de facto	125	74,4
Divorciado ou separado	7	4,2
Total	168	100,0

A amostra é constituída por uma maioria significativa de inquiridos (63,7%) que têm filhos (Quadro 5), sendo a percentagem de inquiridos sem filhos de apenas 36,3%.

Quadro 5: Frequência de inquiridos que têm filhos

Tem filhos	Frequência	Percentagem
Sim	107	63,7
Não	61	36,3
Total	168	100,0

Em relação às habilitações literárias (Quadro 6), apurou-se que 84,5% dos inquiridos têm a Licenciatura, 1,8% o Mestrado e 2,4% o Doutoramento. A percentagem acumulada revela-nos que as habilitações literárias são elevadas, uma vez que, apenas 11,3% dos inquiridos possuem habilitações até ao bacharelato.

O facto de a maioria dos inquiridos possuir altos níveis de formação, não constitui surpresa, pois tanto a classe de enfermagem como a classe médica, possuem como formação académica de base a Licenciatura, podendo ainda associar-se o facto de a amostra ser constituída por elementos relativamente jovens e por isso, sujeitos às actuais condições de formação.

Os números verificados ao nível da formação abaixo do Bacharelato, podem ser justificados pelo facto de a classe de enfermagem ter sofrido recentemente reestruturações sucessivas, havendo ainda elementos a frequentar ou com intenções de frequentar, o complemento de formação, que lhes conferirá o grau de Licenciado em Enfermagem.

Segundo Swinnen (1997) a resistência ao stresse varia em função do nível de formação, e constatou que os homens e as mulheres que possuem formação superior ou universitária, apresentam menos sintomas de stresse, o que vai ao encontro dos estudos efectuados por Karasek que considera que os trabalhadores pouco qualificados formam um verdadeiro grupo de risco, uma vez que não possuem meios de adaptação suficientes para melhor gerirem o seu stresse.

Quadro 6: Distribuição do número de inquiridos por graus de escolaridade

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Até ao 9ºano	3	1,8	1,8
Até ao 12ºano	1	,6	2,4
Frequência Universitária	1	,6	3,0
Bacharelato	14	8,3	11,3
Licenciatura	142	84,5	95,8
Mestrado	3	1,8	97,6
Doutoramento	4	2,4	100,0
Total	168	100,0	

No que diz respeito aos anos de serviço dos inquiridos (Quadro 7), verificamos que estes variam entre o mínimo de 1 ano e o máximo de 37 anos de serviço, com uma média de 13,95 e um desvio padrão de 8,151. Apesar de a média ser de quase 14 anos, verificamos que 50% da amostra tem entre 1 e 12 anos de serviço. Analisando atentamente o quadro, encontramos ainda inquiridos com tempo de serviço mais frequentes, como: 6, 8, 10, 12, 13 e 15 anos. Avaliando estes dados, poderemos considerar que, a amostra é relativamente jovem em termos de anos de serviço²¹.

Em estudos efectuados por Vives, Vicens e Sitjar (2001) em profissionais de enfermagem, observou-se que no início da profissão e por volta de 15 anos de serviço, podem manifestar-se mais respostas de stresse, o que é confirmado com a teoria de que tanto os factores que acompanham o início da carreira (insegurança, inexperiência, entre outros), como os que são habituais nos anos posteriores (rotina, cansaço, desmotivação, desencanto, frustração, entre outros) são potencialmente stressantes.

²¹A lei contempla que «a aposentação pode verificar-se, (...), quando o subscritor contar, pelo menos, 60 anos de idade e 36 anos de serviço» (redacção introduzida pelo Decreto-lei nº 503/99, de 20 de Novembro).

Quadro 7: Distribuição do número de inquiridos por anos de serviço

Anos de serviço	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1	1	,6	,6
2	1	,6	1,2
3	6	3,6	4,8
4	7	4,2	8,9
5	6	3,6	12,5
6	10	6,0	18,5
7	7	4,2	22,6
8	12	7,1	29,8
9	9	5,4	35,1
10	11	6,5	41,7
11	4	2,4	44,0
12	10	6,0	50,0
13	10	6,0	56,0
14	9	5,4	61,3
15	10	6,0	67,3
16	5	3,0	70,2
17	5	3,0	73,2
18	6	3,6	76,8
20	4	2,4	79,2
21	3	1,8	81,0
22	3	1,8	82,7
23	3	1,8	84,5
24	4	2,4	86,9
25	4	2,4	89,3
26	2	1,2	90,5
27	3	1,8	92,3
29	2	1,2	93,5
30	2	1,2	94,6
32	4	2,4	97,0
33	2	1,2	98,2
34	1	,6	98,8
36	1	,6	99,4
37	1	,6	100,0
Total	168	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
	37	13,95	8,151

Em relação aos anos de serviço na actual função (Quadro 8), verificamos que estes variam entre 1 e 34 anos, com uma média de 8,72 e um desvio padrão de 7,410. Podemos ainda, observar que 3, 4 e 8 anos são os anos de serviço na actual função com maior frequência de inquiridos. Fazendo uma avaliação mais detalhada, para uma média de quase 9 anos, encontramos 50% dos inquiridos no intervalo de 1 e 6 anos de serviço, ou seja a amostra é constituída por indivíduos que desempenham funções há relativamente pouco

tempo no bloco operatório. Em estudos realizados em enfermeiras, verificou-se que o tempo de serviço e a antiguidade no posto de trabalho são factores significativos no aparecimento de ansiedade pontual nestes profissionais, especialmente quando o trabalho se transformou numa desagradável rotina. Normalmente estas manifestações aparecem quando os profissionais estão cerca de três anos na mesma unidade, o que explica o descontentamento e a diminuição do interesse pelo trabalho nas enfermeiras que trabalham à vários anos no mesmo serviço (Vives, Vicens & Sitjar, 2001).

Quadro 8: Distribuição do número de inquiridos por anos de serviço na actual função

Anos na actual função	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1	14	8,3	8,3
2	13	7,7	16,1
3	15	8,9	25,0
4	19	11,3	36,3
5	12	7,1	43,5
6	13	7,7	51,2
7	6	3,6	54,8
8	15	8,9	63,7
9	5	3,0	66,7
10	8	4,8	71,4
11	3	1,8	73,2
12	8	4,8	78,0
13	5	3,0	81,0
14	3	1,8	82,7
15	5	3,0	85,7
16	1	,6	86,3
17	2	1,2	87,5
18	2	1,2	88,7
19	1	,6	89,3
20	3	1,8	91,1
21	1	,6	91,7
22	1	,6	92,3
23	2	1,2	93,5
24	2	1,2	94,6
25	2	1,2	95,8
27	1	,6	96,4
28	1	,6	97,0
29	1	,6	97,6
32	1	,6	98,2
33	2	1,2	99,4
34	1	,6	100,0
Total	168	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1		8,72	7,410

Os resultados do Quadro 9, mostram que 82,7% dos inquiridos possuem contratos fixos de trabalho e 17,3% possuem contratos a prazo, encontrando-se portanto a grande maioria dos inquiridos numa situação contratual definida. Em estudos realizados em profissionais de enfermagem verificou-se que a variável ‘situação contratual’ teve pouca influência na predição do stresse, justificado pelo facto de que devido à constante procura de enfermeiros, estes têm trabalho garantido (Vives, Vicens & Sitjar, 2001).

Quadro 9: Distribuição do tipo de contrato de trabalho dos inquiridos

Tipo de contrato	Frequência	Percentagem
Contrato fixo	139	82,7
Contrato a prazo	29	17,3
Total	168	100,0

A variável ‘turno de trabalho’ (Quadro 10), foi diferenciada em turno fixo e turno variável, aparecendo 89 inquiridos (82,7%) a laborar em regime fixo e 79 inquiridos (17,3%) a laborar em regime variável. Pode-se inferir que a maioria dos inquiridos não estão sujeitos a desregulação do ritmo interno do organismo, em consequência do trabalho por turnos²².

Quadro 10: Distribuição do tipo de turno de trabalho dos inquiridos

Turno de trabalho	Frequência	Percentagem
Fixo	89	82,7
Variável	79	17,3
Total	168	100,0

Tendo efectuado a caracterização da amostra, apresentamos no capítulo seguinte os resultados obtidos.

²² Como refere Ramos (2001) o trabalho por turnos pode ser positivo, uma vez que, ajuda a quebrar a rotina dos horários fixos e disponibiliza o indivíduo para algumas actividades sociais, mas quando prolongado no tempo, desregula o ritmo interno do organismo, provocando alterações graves ao nível da libido, do apetite, do sono, do sistema digestivo/cardiovascular/nervoso e da vida social e familiar do indivíduo.

4. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados inicialmente numa perspectiva descritiva (referindo-se à amostra total), e em seguida comparativa, discriminando as respostas de médicos e de enfermeiros, já que este é um dos objectivos deste trabalho.

4.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Apresentaremos os resultados segundo cada uma das dimensões consideradas para a construção do questionário que nos permitiu recolher os dados.

➤ DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO ACTUAL

A esta variável nominal foi aplicada a escala ordinal de 1 (pouca satisfação) a 5 (muita satisfação), e verificamos que a ‘satisfação com o trabalho no momento actual’ (Quadro 11) não é elevada (média de 3,33) e que a maioria dos inquiridos opta pelo grau 3 ou pelo grau 4 (respectivamente 36,9% e 36,3%). Pela percentagem acumulada verificamos que apenas 17% dos inquiridos responderam ter pouca satisfação (grau 1 e grau 2).

Quadro 11: Distribuição das diferentes categorias da satisfação com o trabalho no momento actual

Satisfação com trabalho no momento actual	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouca)	9	5,4	5,4
2	20	11,9	17,3
3	62	36,9	54,2
4	61	36,3	90,5
5 (Muita)	16	9,5	100,0
Total	168	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	5	3,33	,988

➤ DIMENSÃO MOTIVAÇÃO NO TRABALHO

A esta dimensão foi aplicada a escala ordinal de 1 (pouca motivação) a 5 (muita motivação). À semelhança da questão anterior, a variável ‘motivação com o trabalho no momento actual’ (Quadro 12) também não é elevada (média de 3,25). A maioria dos inquiridos encontra-se moderadamente motivada (38,1% optaram pelo grau 3), havendo no entanto, 53 inquiridos (31,5%) que optaram pelo grau 4 de motivação. Apenas 10,7% dos

inquiridos se manifestaram muito motivados com o trabalho no momento actual. Reparando na percentagem acumulada, verificamos que 19,6% dos inquiridos revelaram ter pouca motivação (grau 1 e grau 2).

Quadro 12: Distribuição das diferentes categorias de motivação para exercer trabalho no momento actual

Motivação para exercer trabalho no momento actual	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouca)	14	8,3	8,3
2	19	11,3	19,6
3	64	38,1	57,7
4	53	31,5	89,3
5 (Muita)	18	10,7	100,0
Total	168	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	5	3,25	1,065

Já no que diz respeito à variável 'motivação dos inquiridos quando começaram a exercer a profissão' (Quadro 13), 70,2% das respostas situaram-se no grau 5, o que corresponde a muita motivação, sendo a média de 4,61. Relativamente à percentagem acumulada, verificamos que apenas 1,2% dos inquiridos se sentiam pouco motivados (grau 1 e grau 2), quando começaram a exercera profissão.

Reportando-nos à variável estudada anteriormente no Quadro 11, é notória a diferença, pois verificamos que somente 10,7% dos inquiridos se consideram bastante motivados (grau 5) para exercer o trabalho no momento actual, ao contrário dos 70,2% que se consideram muito motivados quando começaram a exercer a profissão, podendo-se aferir que com o decorrer do tempo os inquiridos foram sofrendo uma redução de motivação no trabalho.

Quadro 13: Distribuição das diferentes categorias de motivação dos inquiridos no início da profissão

Motivação quando começou a exercer a profissão	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouca)	1	,6	,6
2	1	,6	1,2
3	10	6,0	7,1
4	38	22,6	29,8
5 (Muita)	118	70,2	100,0
Total	168	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	5	4,61	,683

➤ DIMENSÃO MUDANÇA

A esta dimensão foi aplicada uma escala nominal, categorizada em respostas qualitativas diferentes, tipo ‘sim’ e ‘não’. Ao colocar a possibilidade de mudança de funções na profissão (Quadro 14), 128 inquiridos (76,2%) responderam que não mudavam, enquanto que 40 (23,8%) consideraram a possibilidade de o fazer. Estes resultados poderão ter algum interesse pois vão na linha da moderada motivação dos inquiridos com o trabalho no momento actual.

Quadro 14: Frequência de inquiridos que mudavam de funções na profissão

Mudava de funções na profissão	Frequência	Percentagem
Sim	40	23,8
Não	128	76,2
Total	168	100,0

Uma vez que, o grau de motivação pode estar associado ao local de trabalho, foi perguntado aos indivíduos da amostra ‘se tivesse oportunidade mudava de instituição’ (Quadro 15), constatando-se que 60,1% dos inquiridos não o faria, ao contrário de 39,9% que aceitariam esta possibilidade²³.

Quadro 15: Frequência de inquiridos que mudavam de instituição

Mudava de instituição	Frequência	Percentagem
Sim	67	39,9
Não	101	60,1
Total	168	100,0

Em relação à variável ‘se tivesse oportunidade mudava de profissão’ (Quadro 16) 149 inquiridos (88,7%) foram peremptórios ao responderem que não, enquanto que 19 (11,3%) optaram por uma resposta afirmativa.

Quadro 16: Frequência de inquiridos que mudavam de profissão

Mudava de profissão	Frequência	Percentagem
Sim	19	11,3
Não	149	88,7
Total	168	100,0

Considerando os dados apresentados nos quadros 14, 15 e 16, poderemos inferir que 23,8% dos inquiridos colocaram a possibilidade de mudarem de funções na profissão e

²³ As mudanças na carreira (como a mudança de trabalho, alterações de funções num mesmo trabalho) são uma fonte de stresse para o indivíduo, pelas alterações ambientais, sociais, familiares e pessoais que acarretam (Ramos, 2001; Stora, 1990).

39,9% de mudarem de instituição se tivessem oportunidade, mas, apenas 11,3% mudariam de profissão; coloca-se assim, a possibilidade de o local de trabalho estar a afectar a motivação para o trabalho dos inquiridos. É necessário considerar que a instituição onde foram recolhidas as respostas ao questionário, está actualmente a passar por reestruturações sucessivas (fruto das alterações que o Sistema Nacional de Saúde tem vindo a ser alvo nos últimos tempos), o que poderá criar um ambiente de instabilidade interno, que naturalmente influenciará os seus trabalhadores.

À semelhança do que tem vindo a acontecer a nível mundial, o aumento da competitividade que se tem vindo a sentir nos últimos anos no panorama das organizações em Portugal (nomeadamente na Saúde), tem vindo a criar diversas mudanças nas instituições. As reestruturações sucessivas na estrutura organizacional das instituições, o número elevado de fusões e aquisições, o *Downsizing* [«definido amiúde como uma reestruturação organizacional com vista à redução de despesas (...)» em Ramos (2001, p. 88)], a competição interna, a exigência organizacional de interacção com o 'cliente externo' e o 'cliente interno', são factores que influenciam directa ou indirectamente o tipo de clima organizacional e funcionam frequentemente como indutores de stress (Ramos, 2001).

É ainda de realçar o facto de a totalidade dos inquiridos terem respondido a este grupo de questões, expressando assim, a sua posição, e não se furtando a remeter as suas respostas para o domínio do privado.

➤ DIMENSÃO CONFLITO

À dimensão 'conflito' foi aplicada a escala ordinal de 1 (pouco conflito) a 5 (muito conflito). Ao estimar os diferentes graus de conflito entre a vida profissional e a vida pessoal/familiar dos inquiridos (Quadro 17), verificou-se que havendo respostas entre um mínimo de 1 (pouco conflito) e um máximo de 5 (muito conflito), a média se situa em 2,82, com um desvio padrão de 1,112. Poderá dizer-se que, apesar da média encontrada, existe algum conflito, pois 39,9% e 22,6% dos inquiridos escolheram respectivamente o grau 3 e 4, para definirem o grau de conflito entre estas duas valências²⁴.

²⁴«Para a maioria dos homens e das mulheres dos nossos dias, as organizações empregadoras e a família são as duas instituições centrais da vida» (Zedek e Mosier, 1990) referidos em Ramos (2001, p. 106). Mas tal como escreve Stora (1990, p.28), «É evidente que o sistema de relações familiares, se é perturbado, não deixará de afectar o comportamento no local de trabalho e vice-versa».

Apenas 17,3% dos inquiridos manifestaram pouco conflito (grau 1) entre a profissão e a sua vida pessoal/familiar.

Quadro 17: Distribuição dos diferentes graus de conflito entre profissão e vida pessoal/familiar dos inquiridos

Grau de conflito entre profissão e vida pessoal/familiar	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco)	29	17,3	17,3
2	26	15,5	32,7
3	67	39,9	72,6
4	38	22,6	95,2
5 (Muito)	8	4,8	100,0
Total	168	100,0	
Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1	5	2,82	1,112

No caso de haver conflito, indicaram-se várias razões (como o horário de trabalho, pouco tempo disponível para a família ou lazer, possibilidade de ser chamado de forma imprevista para o serviço e outras razões), para os inquiridos escolherem a principal; a tendência da amostra encontra-se especificada nos quadros 18 a 22. Assim, em relação ao ‘horário de trabalho’ (Quadro 18), 73,4% dos inquiridos referiram-na como a razão principal do conflito, enquanto 26,6% não a consideraram como fonte de conflito.

Quadro 18: Frequência de inquiridos que consideram o horário de trabalho como razão principal

Pelo horário de trabalho	Frequência	Percentagem
Sim	37	26,6
Não	102	73,4
Total	139	100,0

Relativamente à variável ‘pouco tempo disponível para a família ou lazer’ (Quadro 19), 105 inquiridos (75,5%) consideraram-na como a razão principal ao contrário dos 34 inquiridos (24,5%), que não a identificaram como a razão do conflito.

Quadro 19: Frequência de inquiridos que consideram o pouco tempo disponível família/lazer

Por pouco tempo disponível para família ou lazer	Frequência	Percentagem
Sim	105	75,5
Não	34	24,5
Total	139	100,0

Em relação à variável ‘poder ser chamado de forma imprevista para o serviço’ (Quadro 20), 90,6% dos inquiridos não a consideraram como razão principal do conflito, no entanto, 9,4% acreditam ser a responsável.

Quadro 20: Frequência de inquiridos que consideram o poder ser chamado de forma imprevista para serviço

Por poder ser chamado de forma imprevista para serviço	Frequência	Percentagem
Sim	13	9,4
Não	126	90,6
Total	139	100,0

No que diz respeito à variável ‘outras razões’ (Quadro 21), 95,7% dos inquiridos consideram não haver outras razões, no entanto, 4,3% dos inquiridos consideram existirem outras razões.

Quadro 21: Frequência de inquiridos que consideram outras razões como razão principal

Por outra razão	Frequência	Percentagem
Sim	6	4,3
Não	133	95,7
Total	139	100,0

No Quadro 22, estão representadas as outras razões apresentadas pelos inquiridos, verificando-se que 16,7% indicam a variável ‘conflito com colegas de trabalho’, 33,2% consideram a ‘hora de saída incerta’, 16,7% indicam ‘razões de carácter pessoal’, 16,7% indicam ‘razões de ordem privada’ e finalmente, 16,7% indicam o facto de o ‘serviço ser mais importante do que a pessoa’.

Quadro 22: Distribuição das outras razões consideradas pelos inquiridos

Qual outra razão	Frequência	Percentagem
Conflito com colegas trabalho	1	16,7
Hora de saída incerta	2	33,2
Razões de carácter pessoal	1	16,7
Razões de ordem privada	1	16,7
Serviço ser mais importante do que a pessoa	1	16,7
Total	6	100,0

Olhando atentamente as razões principais, para o conflito vida profissional/vida pessoal-familiar, apontadas pelos inquiridos, verificamos que 26,6% elegem o horário de trabalho, 75,5% o pouco tempo disponível para a família ou lazer, enquanto que, 9,4% indicam a forma imprevista com que são chamados para o serviço e somente 4,3% indicam outras razões para o conflito.

Os resultados encontrados vão ao encontro das conclusões das investigações realizadas por Zedek e Mosier (1990), referidos em Ramos (2001, p. 111), que indicam os seguintes factores do trabalho como provocadores de stress na família: «*estatuto profissional do indivíduo, principalmente da mulher; satisfação profissional; o trabalho*

enquanto interesse central da vida; factores específicos, tais como, horário de trabalho, desafios recompensas financeiras; pressões e conflitos de papéis ocupacionais; expectativas do papel profissional; envolvimento no trabalho; satisfação com a carreira; viagens e separações temporais inerentes ao trabalho; estrutura do trabalho e participação social». Deste modo, o stresse não surge em consequência destes factores por si só, mas da interacção trabalho-família.

➤ DIMENSÃO STRESSE NO TRABALHO

Seguindo a ordem de apresentação do questionário, apresentaremos seguidamente os 22 itens da dimensão ‘*stresse no trabalho*’, que correspondem às variáveis do questionário MBI de Maslach. Cada variável nominal foi codificada em 6 categorias com a seguinte designação: ‘nunca’, ‘algumas vezes por ano’, ‘uma vez por mês’, ‘uma vez por semana’, ‘algumas vezes por semana’ e ‘todos os dias’.

Relativamente à primeira variável, ‘sinto-me emocionalmente exausto com o meu trabalho’ (Quadro 23), verificamos que, 44,6% dos inquiridos se sentem emocionalmente exaustos algumas vezes por ano; 5,4% dos inquiridos nunca se sentem emocionalmente exaustos, enquanto que, 23,2% se sentem, algumas vezes por semana emocionalmente exaustos com o seu trabalho.

Quadro 23: Distribuição do número de inquiridos que se sentem emocionalmente exaustos com o trabalho

Emocionalmente exausto	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	9	5,4	5,4
Algumas vezes por ano	75	44,6	50,0
Uma vez por mês	14	8,3	58,3
Uma vez por semana	30	17,9	76,2
Algumas vezes por semana	39	23,2	99,4
Todos os dias	1	,6	100,0
Total	168	100,0	

Através da análise dos resultados do Quadro 24 observamos que 56,0% dos inquiridos, algumas vezes por semana, se sentem cansados no final do dia de trabalho, enquanto que 11,3% se sentem todos os dias cansados.

Quadro 24: Distribuição do número de inquiridos que se sentem cansados no final do dia de trabalho

Cansado no final do dia	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	0	0	0
Algumas vezes por ano	20	11,9	11,9
Uma vez por mês	8	4,8	16,7
Uma vez por semana	27	16,1	32,7
Algumas vezes por semana	94	56,0	88,7
Todos os dias	19	11,3	100,0
Total	168	100,0	

Relativamente à distribuição do número de inquiridos que se ‘sentem cansados quando se levantam para irem trabalhar’ (Quadro 25), encontramos 7,2% que nunca se sentem cansados quando se levantam, 31,1% sentem-se cansados algumas vezes por ano e 30,5% sentem-se, algumas vezes por semana, cansados quando se levantam para irem trabalhar.

Quadro 25: Distribuição do n.º de inquiridos que se sentem cansados quando se levantam para irem trabalhar

Cansado quando se levanta	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	12	7,2	7,2
Algumas vezes por ano	52	31,1	38,3
Uma vez por mês	17	10,2	48,5
Uma vez por semana	19	11,4	59,9
Algumas vezes por semana	51	30,5	90,4
Todos os dias	16	9,6	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

Observando com mais atenção os três últimos quadros, verificamos que, apesar de 5,4% dos inquiridos nunca se sentirem emocionalmente exaustos com o seu trabalho, todos se sentem cansados no final do dia (uma vez que ninguém respondeu nunca) mas, ao levantar, pelo menos 7,2% dos inquiridos sentem-se um pouco melhor (uma vez que nunca se sentem cansados quando se levantam).

Referindo-nos aos inquiridos que ‘compreendem como se sentem os outros’ (Quadro 26), constatamos que, a maioria (59,9%) acredita que, todos os dias compreende como se sentem os outros, enquanto que, só algumas vezes por semana, apenas 25,1% dos inquiridos tem esta crença.

Quadro 26: Distribuição do número de inquiridos que se compreendem como se sentem os outros

Compreender como se sentem os outros	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	1	,6	,6
Algumas vezes por ano	10	6,0	6,6
Uma vez por mês	8	4,8	11,4
Uma vez por semana	6	3,6	15,0
Algumas vezes por semana	42	25,1	40,1
Todos os dias	100	59,9	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

Considerando a variável ‘trato os outros como objectos impessoais’ (Quadro 27), verifica-se que 122 inquiridos (74,4%) nunca trataram os outros como objectos impessoais, enquanto 29 inquiridos (17,7%) tratam algumas vezes por ano e 2 inquiridos (1,2%), tratam algumas vezes por semana, os outros como objectos impessoais.

Quadro 27: Distribuição do número de inquiridos que tratam os outros como objectos impessoais

Tratar os outros como objectos impessoais	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	122	74,4	74,4
Algumas vezes por ano	29	17,7	92,1
Uma vez por mês	6	3,7	95,7
Uma vez por semana	5	3,0	98,8
Algumas vezes por semana	2	1,2	100,0
Todos os dias	0	0	0
Total	164	100,0	
Omisso	4		

Ao analisarmos os dados mais relevantes em relação à variável ‘custa-me trabalhar todo o dia com os outros’ (Quadro 28), verificamos que, o predomínio vai para os inquiridos (44,0%) que consideram que nunca lhes custa trabalhar com os outros, ao contrário dos 1,2% que lhes custa trabalhar todo o dia e todos os dias, com os outros. Há ainda 33,7% dos inquiridos que têm esta percepção algumas vezes por ano.

Quadro 28: Distribuição do número de inquiridos que consideram que lhes custa trabalhar com os outros

Custar trabalhar com os outros	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	73	44,0	44,0
Algumas vezes por ano	56	33,7	77,7
Uma vez por mês	15	9,0	86,7
Uma vez por semana	11	6,6	93,4
Algumas vezes por semana	9	5,4	98,8
Todos os dias	2	1,2	100,0
Total	166	100,0	
Omisso	2		

Enquanto que 40,6% dos inquiridos dizem lidar, algumas vezes por semana, eficazmente com os problemas dos outros (Quadro 29), 33,9% manifestam lidar todos os dias eficazmente, ao contrário dos 13,9% que lidam eficazmente, apenas algumas vezes por ano.

Quadro 29: Distribuição do número de inquiridos que dizem lidar eficazmente com os problemas dos outros

Lidar eficazmente com problemas dos outros	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	1	,6	,6
Algumas vezes por ano	23	13,9	14,5
Uma vez por mês	9	5,5	20,0
Uma vez por semana	9	5,5	25,5
Algumas vezes por semana	67	40,6	66,1
Todos os dias	56	33,9	100,0
Total	165	100,0	
Omisso	3		

Reportando-nos aos Quadros 26, 27, 28 e 29, apesar de 74,4% dos inquiridos nunca tratarem os outros como objectos impessoais, de 59,9% compreenderem todos os dias, como se sentem os outros e de 33,9% dizerem saber lidar, todos os dias, eficazmente com os problemas dos outros, verifica-se que 33,7% dos inquiridos referem que algumas vezes por ano lhes custa trabalhar todo o dia com os outros.

Em relação à variável 'sentir-se fisicamente exausto com o trabalho' (Quadro 30), somente 7,1% dos inquiridos nunca se sentem fisicamente exaustos. Sendo que, 32,7% e 27,4% dos inquiridos sentem-se, respectivamente, algumas vezes por ano e algumas vezes por semana, fisicamente exaustos com o trabalho.

Quadro 30: Distribuição do número de inquiridos que se sentem fisicamente exaustos com o trabalho

Fisicamente exausto com trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	12	7,1	7,1
Algumas vezes por ano	55	32,7	39,9
Uma vez por mês	17	10,1	50,0
Uma vez por semana	31	18,5	68,5
Algumas vezes por semana	46	27,4	95,8
Todos os dias	7	4,2	100,0
Total	168	100,0	

No Quadro 31 verifica-se que 96 inquiridos (57,1%) e 58 inquiridos (34,5%), acreditam que conseguem ajudar os outros, respectivamente, todos os dias e algumas vezes por semana. Contudo, 1,2% dos inquiridos, sentem que nunca conseguem ajudar os outros.

Quadro 31: Distribuição do número de inquiridos que conseguem ajudar os outros

Conseguir ajudar os outros	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	2		1,2
Algumas vezes por ano	5	3,0	4,2
Uma vez por mês	1	,6	4,8
Uma vez por semana	6	3,6	8,3
Algumas vezes por semana	58	34,5	42,9
Todos os dias	96		100,0
Total	168	100,0	

A maioria dos inquiridos 52,7%, nunca se sentem insensíveis com os outros (Quadro 32), mas em compensação 25,7% dos inquiridos sentem que algumas vezes por ano são insensíveis com os outros, desde que fazem este trabalho.

Quadro 32: Distribuição do n.º de inquiridos que sentem terem-se tornado mais insensíveis com os outros

Ter-se tornado mais insensível com os outros	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	88	52,7	52,7
Algumas vezes por ano	43	25,7	78,4
Uma vez por mês	10	6,0	84,4
Uma vez por semana	10	6,0	90,4
Algumas vezes por semana	10	6,0	96,4
Todos os dias	6	3,6	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

Quanto ao item 'sinto-me preocupado porque este trabalho me deixa emocionalmente mais frio' (Quadro 33), 52,1% nunca se sentem preocupados e 27,5% sentem-se preocupados algumas vezes por ano.

Quadro 33: Distribuição do n.º de inquiridos que se sentem preocupados por o trabalho os tornar emocionalmente mais frios

Preocupado por trabalho o tornar emocionalmente mais frio	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	87	52,1	52,1
Algumas vezes por ano	46	27,5	79,6
Uma vez por mês	9	5,4	85,0
Uma vez por semana	8	4,8	89,8
Algumas vezes por semana	14	8,4	98,2
Todos os dias	3		100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

Observando atentamente e considerando os 3 últimos quadros, verifica-se que, apesar de 57,1% dos inquiridos considerarem que conseguem ajudar as outras pessoas todos os dias, 25,7% dos inquiridos têm algumas vezes por ano a sensação de se terem tornado mais insensíveis com os outros, desde que fazem este trabalho e 27,5% dos inquiridos, também algumas vezes por ano, sentem-se preocupados com o facto de o trabalho que realizam os ter tornado emocionalmente frios.

Em relação ao item 'sinto-me cheio de energia' (Quadro 34), verificam-se os seguintes resultados: 44,9% dos inquiridos, sentem-se algumas vezes por semana cheios de energia, 10,8% dos inquiridos sentem-se todos os dias cheios de energia e 3,6% dos inquiridos nunca se sentem cheios de energia.

Quadro 34: Distribuição do número de inquiridos que se sentem cheios de energia

Cheio de energia	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	6	3,6	3,6
Algumas vezes por ano	35	21,0	24,6
Uma vez por mês	18	10,8	35,3
Uma vez por semana	15	9,0	44,3
Algumas vezes por semana	75	44,9	89,2
Todos os dias	18	10,8	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

Enquanto que 43,9% dos inquiridos se sentem algumas vezes por ano, 'frustrados no trabalho' (Quadro 35), 25,6% dos inquiridos, nunca se sentem frustrados e 11,6% sentem-se, algumas vezes por semana, frustrados no seu trabalho.

Quadro 35: Distribuição do número de inquiridos que se sentem frustrados no trabalho

Frustrado no trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	42	25,6	25,6
Algumas vezes por ano	72	43,9	69,5
Uma vez por mês	20	12,2	81,7
Uma vez por semana	11	6,7	88,4
Algumas vezes por semana	18	11,0	99,4
Todos os dias	1	,6	100,0
Total	164	100,0	
Omisso	4		

Relativamente ao Quadro 36, encontramos 29,7%, 26,1%, 13,9% dos participantes, a dizerem que sentem, respectivamente, algumas vezes por ano, algumas vezes por semana e

todos os dias, que estão a trabalhar demais. Em contrapartida, 9,7% dos participantes nunca sentem estar a trabalhar demais.

Quadro 36: Distribuição do número de inquiridos que sentem que estão a trabalhar demais

Sentir que está a trabalhar demais	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	16	9,7	9,7
Algumas vezes por ano	49	29,7	39,4
Uma vez por mês	10	6,1	45,5
Uma vez por semana	24	14,5	60,0
Algumas vezes por semana	43	26,1	86,1
Todos os dias	23	13,9	100,0
Total	165	100,0	
Omisso	3		

Se por um lado, 44,9% dos inquiridos se sentem algumas vezes por semana, cheios de energia, por outro lado, 26,1% dos inquiridos sentem que, algumas vezes por semana, estão a trabalhar demais e ainda, 11,0% sentem-se algumas vezes por semana, frustrados com o seu trabalho.

Quanto à variável 'não se sentir preocupado com o que acontece às pessoas com quem se trabalha' (Quadro 37) 57,6% dos inquiridos nunca se preocupa, enquanto que 28,5% preocupa-se algumas vezes por ano. De notar ainda, que uma percentagem igual de inquiridos (3,0%), preocupa-se algumas vezes por semana e todos os dias, com o que acontece às pessoas com quem trabalha.

Quadro 37: Distribuição do número de inquiridos que não se preocupam com o que acontece às pessoas com quem trabalham

Não se preocupar com o que acontece às pessoas com quem trabalha	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	95	57,6	57,6
Algumas vezes por ano	47	28,5	86,1
Uma vez por mês	7	4,2	90,3
Uma vez por semana	6	3,6	93,9
Algumas vezes por semana	5	3,0	97,0
Todos os dias	5	3,0	100,0
Total	165	100,0	
Omisso	3		

No Quadro 38 aparece uma percentagem relativamente elevada de participantes (49,7%) que dizem nunca sentir stresse, por ter de trabalhar com os outros e 32,1% referem que, algumas vezes por ano passam por este tipo de situação; apenas a 3,0% dos inquiridos causa-lhes stresse trabalhar directamente com as pessoas.

Quadro 38: Distribuição do número de inquiridos que sentem stresse por ter de trabalhar com os outros

Sentir stresse por ter de trabalhar com os outros	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	82	49,7	49,7
Algumas vezes por ano	53	32,1	81,8
Uma vez por mês	11	6,7	88,5
Uma vez por semana	6	3,6	92,1
Algumas vezes por semana	8	4,8	97,0
Todos os dias	5	3,0	100,0
Total	165	100,0	
Omisso	3		

Se examinarmos a percentagem de inquiridos que ‘dizem serem capazes de criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalham’ (Quadro 39) veremos respectivamente que, 45,2% e 37,3% dos inquiridos admitem, algumas vezes por semana e todos os dias, serem capazes de o fazer.

Quadro 39: Distribuição do n.º de inquiridos que dizem ser capaz de criar ambiente descontraído com os outros

Ser capaz de criar ambiente descontraído com os outros	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	3	1,8	1,8
Algumas vezes por ano	11	6,6	8,4
Uma vez por mês	6	3,6	12,0
Uma vez por semana	9	5,4	17,5
Algumas vezes por semana	75	45,2	62,7
Todos os dias	62	37,3	100,0
Total	166	100,0	
Omisso	2		

Pelo menos 49,0% dos participantes, algumas vezes por semana, sentem-se bem, depois de contactar com os outros (Quadro 40); uma vez por semana, 25,5% também o sentem; já 21,7% dos inquiridos gozam esta sensação todos os dias. É de notar que, não há ninguém na amostra que diga que nunca se sinta bem depois de contactar com os outros.

Quadro 40: Distribuição do número de inquiridos que se sentem bem depois de contactar com os outros

Sentir-se bem depois de contactar com os outros	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	0	0	0
Algumas vezes por ano	0	0	0
Uma vez por mês	6	3,8	3,8
Uma vez por semana	40	25,5	29,3
Algumas vezes por semana	77	49,0	78,3
Todos os dias	34	21,7	100,0
Total	157	100,0	
Omisso	11		

Apesar de 57,6% dos participantes nunca se preocupar com o que acontece com as outras pessoas com quem trabalha (Quadro 37), 49,7% nunca sentiram stresse por ter de trabalhar com os outros (Quadro 38), todos eles dizem sentirem-se bem depois de contactarem com os outros (pois ninguém respondeu ‘nunca’ no Quadro 40); 45,2% dos participantes pelo menos algumas vezes por semana, conseguem mesmo criar um ambiente descontraído, com as pessoas com quem trabalham (Quadro 39). Estes resultados podem levar a pensar que a qualidade das relações interpessoais no trabalho²⁵, deste grupo de participantes, está afectada, pois, como se mostram pouco preocupados com o que acontece com as pessoas com quem trabalham, conseguem sentir-se bem depois de contactar com elas e em consequência, conseguem manter um clima descontraído. Pode-se mesmo detectar, um certo grau de indiferença em relação aos outros. Segundo Ramos (2001) o ‘burnout’ instala-se especialmente, nos indivíduos cujo trabalho se baseia no relacionamento interpessoal, a partir de vivências de stresse no trabalho.

Ao analisarmos as respostas do Quadro 41, verificamos que, há um certo predomínio de inquiridos (51,8%), que crêem que conseguem, todos os dias, fazer coisas úteis no seu trabalho e 32,3%, conseguem-no algumas vezes por semana. Estes resultados, sugerem que, na generalidade os elementos da amostra se sentem úteis no seu trabalho, uma vez que somente 1,2% dos inquiridos nunca se sente útil e 3,8% dos inquiridos somente algumas vezes por ano se sente útil.

Quadro 41: Distribuição do número de inquiridos que conseguem fazer coisas úteis no trabalho

Conseguir fazer coisas úteis no trabalho	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	2	1,2	1,2
Algumas vezes por ano	6	3,7	4,9
Uma vez por mês	1	,6	5,5
Uma vez por semana	17	10,4	15,9
Algumas vezes por semana	53	32,3	48,2
Todos os dias	85	51,8	100,0
Total	164	100,0	
Omisso	4		

A variável ‘sinto que estou a atingir os meus limites’ (Quadro 42), permite-nos recolher a resposta de 69 inquiridos (41,8%), que sentem que, algumas vezes por ano

²⁵ Segundo Ramos (2001), o relacionamento interpessoal, quer no trabalho, quer fora dele, é um factor potencialmente indutor de stress, uma vez que, se baseia nas diferenças individuais. Sendo que «*aprender a viver com os outros é, com efeito um dos aspectos da vida de cada pessoa que mais stress causa*» (Selye, 1980, referido em Ramos, 2001, p.96).

atingem os seus limites, enquanto que 25 inquiridos, algumas vezes por semana, passam por esta experiência; 15,8% dos inquiridos manifestam que nunca se sentem atingir os seus limites.

Quadro 42: Distribuição do número de inquiridos que dizem sentir-se a atingir os limites

Sentir-se a atingir os limites	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	26	15,8	15,8
Algumas vezes por ano	69	41,8	57,6
Uma vez por mês	17	10,3	67,9
Uma vez por semana	19	11,5	79,4
Algumas vezes por semana	25	15,2	94,5
Todos os dias	9	5,5	100,0
Total	165	100,0	
Omisso	3		

As respostas dos inquiridos face à questão ‘lidar calmamente com os problemas emocionais’ (Quadro 43), revelaram que grande parte dos inquiridos possuem recursos emocionais, uma vez que, 33,5% deles lidam calmamente com os problemas emocionais, pelo menos algumas vezes por semana e que 31,1% lidam calmamente todos os dias.

Quadro 43: Distribuição do número de inquiridos que lidam calmamente com problemas emocionais

Lidar calmamente com problemas emocionais	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	1	,6	,6
Algumas vezes por ano	27	16,5	17,1
Uma vez por mês	11	6,7	23,8
Uma vez por semana	19	11,6	35,4
Algumas vezes por semana	55	33,5	68,9
Todos os dias	51	31,1	100,0
Total	164	100,0	
Omisso	4		

Analisando os dois últimos quadros, detectamos que, a amostra parece revelar uma tendência para um baixo nível de fadiga emocional, pois 15,8% e 41,8% dos inquiridos, respectivamente, nunca e somente algumas vezes por ano, sentem que estão a atingir os seus limites; 33,5% e 31,1% dos inquiridos, respectivamente, sentem algumas vezes por semana e todos os dias, que conseguem lidar calmamente com os seus problemas emocionais.

Os resultados recolhidos em relação à variável ‘sinto que os outros me culpam pelos problemas deles’ (Quadro 44), mostram que, a maioria dos inquiridos (54,4%), nunca viveu esta sensação e 32,3% dos inquiridos, apenas a experienciou algumas vezes por ano.

Quadro 44: Distribuição do número de inquiridos que sentem que os outros o culpam pelos problemas deles

Sentir que os outros o culpam pelos problemas deles	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Nunca	91	54,5	54,5
Algumas vezes por ano	54	32,3	86,8
Uma vez por mês	10	6,0	92,8
Uma vez por semana	4	2,4	95,2
Algumas vezes por semana	7	4,2	99,4
Todos os dias	1	,6	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

Como o instrumento MBI tem várias escalas (exaustão emocional, despersonalização/cinismo, realização pessoal, realização pessoal diminuída, e total de burnout), fomos verificar onde se situam os inquiridos, apresentando no Quadro 45, os valores obtidos e os valores possíveis na escala em termos mínimos e máximos. Uma vez que a escala de realização pessoal pode tomar o formato de realização pessoal diminuída (entrando no resultado final do teste) ou de realização pessoal, consideramos pertinente analisar ambas. Assim, verificamos que a exaustão emocional se situa num valor médio, enquanto a despersonalização se situa num valor baixo. A realização pessoal diminuída situa-se num valor médio, o mesmo acontecendo com o total do burnout. Já a realização pessoal apresenta um valor elevado. Estes dados permitem-nos concluir que a amostra de inquiridos não apresenta em média sintomas elevados de burnout, talvez explicados pelo facto de apresentar alguma realização pessoal. De qualquer modo, alguns inquiridos apresentam já sintomas algo preocupantes, como por exemplo 48 pontos para a exaustão emocional, num máximo de 54, ou 26 de despersonalização num máximo de 30.

Quadro 45: Tratamento estatístico das subescalas do MBI

	Mínimo obtido/possível	Máximo obtido/possível	Média	Desvio Padrão
Exaustão emocional	5/9	48/54	27,33	7,466
Despersonalização/cinismo	5/5	26/30	8,84	4,033
Realização pessoal diminuída	8/8	32/48	16,80	5,393
Total MBI	22/22	89/132	53,19	12,498
Realização pessoal	24	48	39,00	5,448

➤ DIMENSÃO SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Nesta dimensão foram integrados 22 itens, cada um deles, graduados numa escala ordinal de 1 (pouco satisfeito) a 5 (muito satisfeito).

Se avaliarmos as ‘possibilidades de promoção profissional’ dos inquiridos (Quadro 46), verificamos que o valor 3 foi o mais registado (41,7%), havendo 3,6% dos inquiridos muito satisfeitos com a possibilidade de promoção. No entanto, observando a percentagem acumulada, encontramos 44,0% dos inquiridos distribuídos, respectivamente, 22,6% pelo grau 1 (pouco satisfeito) e 21,4% pelo grau 2 de satisfação, podendo estes resultados fazer denotar, que grande parte dos inquiridos se mostra relativamente pouco satisfeitos com a possibilidade de promoção profissional.

Quadro 46: Frequência da possibilidade de promoção profissional dos inquiridos

Possibilidade de promoção profissional	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	38	22,6	22,6
2	36	21,4	
3	70	41,7	85,7
4	18	10,7	96,4
5 (Muito satisfeito)	6	3,6	100,0
Total	168	100,0	

Relativamente à variável ‘possibilidade de evolução pessoal’ (Quadro 47), 36,3% e 30,4% dos inquiridos, optaram respectivamente, pelo grau 3 e 4 de satisfação, havendo 7,1% dos inquiridos muito satisfeitos com esta possibilidade. Apesar disto, ao considerarmos a percentagem acumulada, observamos que um número significativo de participantes (26%) se consideram relativamente pouco satisfeitos (grau 1 e 2), com a possibilidade de evolução e desenvolvimento pessoal.

Quadro 47: Frequência da possibilidade de evolução pessoal dos inquiridos

Possibilidade de evolução pessoal	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	17	10,1	10,1
2	27	16,1	26,2
3	61	36,3	62,5
4	51	30,4	92,9
5 (Muito satisfeito)	12	7,1	100,0
Total	168	100,0	

Ao examinarmos o Quadro 48, encontramos 30,4% e 25,6% dos elementos posicionados, respectivamente, no grau 3 e 4 de satisfação; 19,0% está pouco satisfeito, enquanto que 6,5% dos elementos está muito satisfeito; é de realçar a percentagem acumulada, que coloca 37,5% dos inquiridos, no grau 1 e 2 de satisfação, fazendo parecer haver um certo descontentamento em relação ao reconhecimento dado ao seu valor profissional.

Quadro 48: Frequência do reconhecimento do valor profissional dos inquiridos

Reconhecimento do valor profissional	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	32	19,0	19,0
2	31	18,5	37,5
3	51	30,4	67,9
4	43	25,6	93,5
5 (Muito satisfeito)	11	6,5	100,0
Total	168	100,0	

À semelhança do item anterior, a 'autonomia para tomar decisões' dos participantes (Quadro 49), encontra-se nos níveis 3 e 4 de satisfação com, respectivamente, 39,3% e 26,8% das respostas; 13,1% das respostas situam-se no grau 1 e 6,0% no grau 5 de satisfação. Continua-se aqui a encontrar, um número considerável de respostas (28%), colocadas nos níveis baixos de satisfação (grau 1 e 2).

Quadro 49: Frequência da autonomia dos inquiridos para tomar decisões

Autonomia para tomar decisões	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	22	13,1	13,1
2	25	14,9	28,0
3	66	39,3	67,3
4	45	26,8	94,0
5 (Muito satisfeito)	10	6,0	100,0
Total	168	100,0	

Perante a 'possibilidade de participação na tomada de decisões' (Quadro 50), 30,4% e 28,6% dos inquiridos, encontram-se medianamente satisfeitos (grau 3 e 4 respectivamente); 6,0% encontra-se muito satisfeito, enquanto que, 13,1% está pouco satisfeito; apenas 35,1% dos inquiridos revelam baixos níveis de satisfação, com a possibilidade de participação na tomada de decisões.

Quadro 50: Frequência da possibilidade dos inquiridos participarem na tomada de decisões

Possibilidade de participar na tomada de decisões	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	22	13,1	13,1
2	37	22,0	
3	51		65,5
4	48	28,6	94,0
5 (Muito satisfeito)	10	6,0	100,0
Total	168	100,0	

Quando se questiona acerca do grau de satisfação em relação ao ‘tipo de tarefas desempenhadas’ (Quadro 51), 69 inquiridos (41,3%) indicaram o grau 4, 63 inquiridos (37,7%) indicaram o grau 3; 16 inquiridos (9,6%) estão muito satisfeitos, ao contrário dos 8 inquiridos (4,8%), que estão pouco satisfeitos com o tipo de tarefas que desempenham no seu trabalho.

Quadro 51: Frequência do grau de satisfação em relação ao tipo de tarefas desempenhadas pelos inquiridos

Tipo de tarefas desempenhadas	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	8	4,8	4,8
2	11	6,6	11,4
3	63	37,7	49,1
4	69	41,3	90,4
5 (Muito satisfeito)	16	9,6	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

Relativamente ao item ‘variedade das tarefas profissionais’ (Quadro 52), a maioria das respostas situa-se, mais uma vez, no grau 3 e 4 de satisfação (33,5% e 38,9%); 13,8% está muito satisfeito e 3,6% dos inquiridos está pouco satisfeito, com a variedade das tarefas profissionais que executam.

Quadro 52: Frequência da variedade das tarefas profissionais

Variedade das tarefas profissionais	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	6	3,6	3,6
2	17	10,2	13,8
3	56	33,5	47,3
4	65	38,9	86,2
5 (Muito satisfeito)	23	13,8	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

Encontramos um aumento significativo de inquiridos muito satisfeitos (21,0%), quando abordamos o ‘interesse das tarefas profissionais’ (Quadro 53); 46,1% e 26,3% dos inquiridos, continuam a situarem-se, respectivamente, nos graus 4 e 3 de satisfação. Parece haver um aumento significativo no grau de satisfação, em relação a este item, quando comparado com os itens anteriores.

Quadro 53: Frequência do interesse das tarefas profissionais

Interesse das tarefas profissionais	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	4	2,4	2,4
2	7	4,2	6,6
3	44	26,3	32,9
4	77	46,1	79,0
5 (Muito satisfeito)	35	21,0	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

A ‘possibilidade de introduzir mudanças nas tarefas profissionais’ (Quadro 54), deixa 39,3% dos inquiridos medianamente satisfeitos (grau 3), havendo 21,4% dos inquiridos a colocarem-se no grau 4. No entanto, quando olhamos com atenção para a percentagem acumulada, a amostra parece manter um baixo nível de satisfação, uma vez que 32,7% dos inquiridos dizem-se estar relativamente pouco satisfeitos (grau 1 e 2), quanto à possibilidade de intervenção nas mudanças das tarefas que executam no seu trabalho.

Quadro 54: Frequência da possibilidade dos inquiridos introduzirem mudanças nas tarefas profissionais

Possibilidade de introduzir mudanças nas tarefas profissionais	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	19	11,3	11,3
2	36	21,4	
3	66	39,3	72,0
4	36	21,4	93,5
5 (Muito satisfeito)	11	6,5	100,0
Total	168	100,0	

Quanto à ‘exigência física ou psicológica das tarefas profissionais’ (Quadro 55), quase metade dos inquiridos (49,4%), dizem-se medianamente satisfeitos; 25% e 4,8% dos inquiridos sentem-se mesmo com um grau de satisfação elevada, uma vez que se colocaram, respectivamente, no grau 4 e 5 de satisfação. A percentagem acumulada continua a representar um número considerável de participantes, no que diz respeito aos níveis de satisfação mais baixos (20,8% dos inquiridos colocam-se no grau 1 e 2).

Quadro 55: Frequência da exigência física ou psicológica das tarefas profissionais

Exigência física ou psicológica das tarefas profissionais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	9	5,4	5,4
2	26	15,5	20,8
3	83	49,4	70,2
4	42	25,0	95,2
5 (Muito satisfeito)	8	4,8	100,0
Total	168	100,0	

Os valores 46,7%, 18,0%, 6,0%, apresentados no Quadro 56, dizem respeito, respectivamente, aos graus 3, 4 e 5 de satisfação, quanto à 'carga horária das tarefas profissionais'. Contudo, 49 inquiridos (percentagem acumulada de 29,3%), parecem preocupar-se com a carga horária das suas tarefas profissionais, ao apresentarem níveis de baixa satisfação (grau 1 e 2).

Quadro 56: Frequência da carga horária das tarefas profissionais

Carga horária das tarefas profissionais	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	16	9,6	9,6
2	33	19,8	29,3
3	78	46,7	76,0
4	30	18,0	94,0
5 (Muito satisfeito)	10	6,0	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

O nível de satisfação dos inquiridos é elevado, no que diz respeito, à 'responsabilidade pelas tarefas profissionais' (Quadro 57), pois 35,8%, 36,4% e 13,9% dos participantes, responderam, respectivamente, com graus 3, 4 e 5 de satisfação. Apenas 4,8% dos inquiridos se mostram pouco satisfeitos (grau 1).

Quadro 57: Frequência do grau de satisfação quanto à responsabilidade pelas tarefas executadas

Responsabilidade pelas tarefas executadas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	8	4,8	4,8
2	15	9,1	13,9
3	59	35,8	49,7
4	60	36,4	86,1
5 (Muito satisfeito)	23	13,9	100,0
Total	165	100,0	
Omisso	3		

Também a ‘possibilidade de trabalhar em equipa’ (Quadro 58), deixa a maioria dos inquiridos satisfeitos (somente 11,9% manifesta níveis de 1 e 2 de satisfação); 29,8%, 42,9% e 15,5% dos inquiridos encontram-se, respectivamente, nos graus 3, 4 e 5 de satisfação.

Quadro 58: Frequência da possibilidade dos inquiridos trabalharem em equipa

Possibilidade de trabalhar em equipa	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	4	2,4	2,4
2	16	9,5	11,9
3	50	29,8	41,7
4	72	42,9	84,5
5 (Muito satisfeito)	26	15,5	100,0
Total	168	100,0	

Relativamente ao ‘planeamento do serviço’ (Quadro 59), 56 e 42 inquiridos (33,7% e 25,3%), assumem-se medianamente satisfeitos (respectivamente graus 3 e 4); 3,6% estão mesmo muito satisfeitos; aqui a percentagem acumulada apresenta números bastante elevados no nível baixo, pois 62 inquiridos (37,3%) concentram-se nos graus 1 e 2 de satisfação.

Quadro 59: Frequência do grau de satisfação em consequência do planeamento do serviço

Planeamento do serviço	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	21	12,7	12,7
2	41	24,7	
3	56	33,7	71,1
4	42	25,3	96,4
5 (Muito satisfeito)	6	3,6	100,0
Total	166	100,0	
Omisso	2		

Os valores apresentados no Quadro 60 (correspondentes à variável ‘funcionamento do serviço’) são ligeiramente diferentes. Apesar de tenderem concentrar-se zona central de satisfação (32,3% e 19,8%, respectivamente nos graus 3 e 4), nota-se um aumento de respostas, na zona da baixa satisfação (percentagem acumulada de 44,3%), com 13,8% e 30,5% dos inquiridos a situarem-se, respectivamente nos graus 1 e 2.

Quadro 60: Frequência do grau de satisfação em consequência do funcionamento do serviço

Funcionamento do serviço	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	23	13,8	13,8
2	51	30,5	44,3
3	54		76,6
4	33		96,4
5 (Muito satisfeito)	6	3,6	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

À semelhança dos resultados obtidos no item anterior, a ‘comunicação e troca de informação dentro do serviço’ (Quadro 61), poderá deixar bastantes inquiridos preocupados (percentagem acumulada de 45,2%), pois 23 estão pouco satisfeitos (nível 1) e 51 estão ligeiramente pouco satisfeitos (grau 2) com a comunicação existente no seu local de trabalho. Os restantes inquiridos situam-se nos outros 3 níveis de satisfação, sendo que 31,0% estão no grau 3, 20,2% no grau 4 e 3,6% no grau 5.

Quadro 61: Frequência do grau de satisfação relativamente à comunicação dentro do serviço

Comunicação dentro do serviço	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	23	13,7	13,7
2	53	31,5	45,2
3	52	31,0	76,2
4	34	20,2	96,4
5 (Muito satisfeito)	6	3,6	100,0
Total	168	100,0	

Face ao ‘clima de relacionamento com os colegas’ (Quadro 62), a amostra tende a evidenciar médios a altos níveis de satisfação (33,3%, 39,3% e 11,3% dos inquiridos encontram-se, respectivamente nos graus 3, 4 e 5), uma vez que somente 5,4% dos inquiridos se mostra pouco satisfeito, com a relação estabelecida com os seus colegas de trabalho.

Quadro 62: Frequência do grau de satisfação face ao relacionamento com colegas

Relacionamento com colegas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	9	5,4	5,4
2	18	10,7	16,1
3	56	33,3	49,4
4	66	39,3	88,7
5 (Muito satisfeito)	19	11,3	100,0
Total	168	100,0	

Por seu turno, o ‘clima de relacionamento com os superiores hierárquicos’ (Quadro 63), pode preocupar um pouco mais os inquiridos, considerando os números de respostas que parece revelar um relacionamento menos harmonioso; os valores apontados mostram que, apesar da maioria das respostas, se situar nos graus 3, 4 e 5 de satisfação (respectivamente 37,5%, 22,6% e 11,3%), há uma subida da percentagem acumulada (28,6%), que faz com que um número significativo de inquiridos se inclua nos graus 1 e 2 (respectivamente 9,5% e 19,0%), ou seja, níveis de baixa satisfação.

Quadro 63: Frequência do grau de satisfação face ao relacionamento com superiores

Relacionamento com superiores	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	16	9,5	9,5
2	32	19,0	28,6
3	63	37,5	66,1
4	38	22,6	88,7
5 (Muito satisfeito)	19	11,3	100,0
Total	168	100,0	

Os números obtidos com a variável ‘clima de relacionamento com as outras pessoas’ (Quadro 64), à semelhança dos obtidos no Quadro 62, mostram que, na amostra os inquiridos apreciam o relacionamento; 148 sentem-se medianamente ou muito satisfeitos, quando se enquadram nos níveis 3 (28,6%), 4 (44,6%) e 5 (14,9%); somente 2,4 % dos inquiridos estão pouco satisfeitos com as relações estabelecidas com os outros.

Quadro 64: Frequência do grau de satisfação face ao relacionamento com outras pessoas

Relacionamento com outras pessoas	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	4		2,4
2	16	9,5	11,9
3	48	28,6	40,5
4	75	44,6	85,1
5 (Muito satisfeito)	25	14,9	100,0
Total	168	100,0	

As ‘condições físicas do trabalho’ (Quadro 65), parecem deixar muito a desejar, para grande parte dos inquiridos (percentagem acumulada de 49,4%), quando verificamos que 27,4% dos inquiridos estão pouco satisfeitos e 22,0% estão ligeiramente pouco satisfeitos; satisfação mediana apresentam 29,8% dos inquiridos, enquanto somente 3,0%, se mostram muito satisfeitos, com as condições físicas do local onde exercem funções.

Quadro 65: Frequência do grau de satisfação em relação às condições físicas do local de trabalho

Condições físicas do local de trabalho	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	46	27,4	27,4
2	37	22,0	
3	50	29,8	79,2
4	30	17,9	97,0
5 (Muito satisfeito)	5		100,0
Total	168	100,0	

Em relação ao item 21, que diz respeito ao ‘horário de trabalho’ (Quadro 66), a maioria da amostra encontra-se medianamente satisfeita (42,5% no grau 3) e nos níveis superiores há apenas 21,0% no grau 4 e 5,4% no grau 5. Não se pode esquecer a percentagem acumulada, que mostra que 31,1% dos inquiridos se situa em níveis baixos de satisfação (10,8% no grau 1 e 20,4% no grau 2), abrindo a possibilidade de o horário de trabalho estar a interferir na vida pessoal/familiar/social de um número significativo de trabalhadores.

Quadro 66: Frequência do grau de satisfação em função do horário de trabalho

Horário de trabalho	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	18	10,8	10,8
2	34	20,4	
3	71	42,5	73,7
4	35	21,0	94,6
5 (Muito satisfeito)	9	5,4	100,0
Total	167	100,0	
Omisso	1		

Como nos mostra o Quadro 67, para a grande maioria dos inquiridos o ‘salário’, não parece ser um factor gerador de satisfação, uma vez que, para uma percentagem acumulada de 63,7%, 70 inquiridos (41,7%), mostram-se pouco satisfeitos e 37 inquiridos (22,0%), mostram-se ligeiramente pouco satisfeitos. Uma percentagem bastante considerável (26,8%) mostra-se medianamente satisfeito com a remuneração mensal auferida.

Quadro 67: Frequência do grau de satisfação em função do salário

Salário	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1 (Pouco satisfeito)	70	41,7	41,7
2	37	22,0	63,7
3	45	26,8	90,5
4	11	6,5	97,0
5 (Muito satisfeito)	5	3,0	100,0
Total	168	100,0	

Para termos uma visão global, no Quadro 68 apresentamos a média de cada um dos 22 itens, verificando que a satisfação é globalmente baixa (entre 2,07 e 3,79 no máximo de 5), sendo a menor com o salário e a maior com o interesse das tarefas profissionais.

Quadro 68: Tratamento estatístico dos 22 itens de satisfação profissional

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Possibilidade de promoção profissional	1	5	2,51	1,067
Possibilidade de evolução pessoal	1	5	3,08	1,075
Reconhecimento do valor profissional	1	5	2,82	1,200
Autonomia para tomar decisões	1	5	2,98	1,089
Possibilidade de participar na tomada de decisões	1	5	2,92	1,127
Tipo de tarefas desempenhadas	1	5	3,44	0,929
Variedade das tarefas profissionais	1	5	3,49	0,975
Interesse das tarefas profissionais	1	5		0,904
Possibilidade de introduzir mudanças nas tarefas profissionais	1	5	2,90	1,068
Exigência física ou psicológica das tarefas profissionais	1	5	3,08	0,899
Carga horária das tarefas profissionais	1	5	2,91	0,999
Responsabilidade pelas tarefas executadas	1	5	3,45	1,003
Possibilidade de trabalhar em equipa	1	5	3,60	0,943
Planeamento do serviço	1	5	2,83	1,062
Funcionamento do serviço	1	5	2,69	1,052
Comunicação dentro do serviço	1	5	2,68	1,056
Relacionamento com colegas	1	5	3,40	1,004
Relacionamento com superiores	1	5	3,07	1,119
Relacionamento com outras pessoas	1	5	3,60	0,936
Condições físicas do local de trabalho	1	5	2,47	1,158
Horário de trabalho	1	5	2,90	1,028
Salário	1	5	2,07	1,103

As condições físicas do trabalho, parecem estar a interferir no bem-estar dos inquiridos (média 2,47), o que vai de encontro aos variados estudos relatados por Ramos (2001) e Stora (1990), que associam as condições físicas do trabalho aos níveis de stress dos trabalhadores. Não se pode isolar o sujeito do ambiente físico do seu trabalho, e condições como a iluminação, a temperatura, a ventilação, o barulho e o espaço, têm sem sombras de dúvida, inegável influência no bem-estar dos trabalhadores e consecutivamente no seu desempenho e rendimento profissional. Não é só a inadequação das condições de trabalho que pode ocasionar experiências de stresse, mas também, a percepção, por parte do trabalhador, destas deficiências.

O relacionamento interpessoal dos trabalhadores da amostra, também parece estar afectado, especialmente no que diz respeito ao relacionamento com os superiores

hierárquicos. Enquanto que o relacionamento com colegas e outras pessoas é em média 3,40 ou 3,60, com superiores é apenas de 3,07.

A influência do grupo de trabalho sobre a satisfação dos indivíduos, referida por vários autores (Vroom, Hackman, Herzberg, Armstrong, Centers e Bugental, Maimon e Ronen todos in Francès, 1982). Nos seus estudos Herzberg e col. (1959), ao entrevistarem um grupo de engenheiros e contabilistas, acerca dos 'incidentes críticos', positivos ou negativos do trabalho, verificaram que, no que se refere aos aspectos do relacionamento interpessoal, estes apareceram em 19% dos incidentes relatados. Esta tendência, com ligeiras variações, parece confirmar-se nos seus estudos posteriores, realizados em 1966, a grupos de enfermeiros que trabalhavam num hospital, a administradores do ensino agrícola numa universidade americana, a agentes de superintendência sem qualificações especiais e a outros grupos. Além disso, a ordem de importância destes incidentes, nunca está nos primeiros lugares. Regra geral, as qualidades dos superiores hierárquicos são consideradas mais importantes, do que os relacionamentos com os colegas, mas, não são sempre classificadas depois de variáveis como 'tipo de função' e 'realização pessoal'.

Armstrong em 1971 (in Francès, 1982), ao estudar um grupo de engenheiros e um grupo de operários semi-qualificados de uma empresa de material electrónico, observou que, quer se tratasse de um grupo ou de outro, a satisfação em geral variava medianamente em relação às 'qualidades do superior hierárquico', menos do que as relações que se tem com ele e ainda menos, com as que se têm com os colegas.

Stora (1990) acrescenta ainda que, qualquer que seja o método de avaliação escolhido, na variância total da satisfação do trabalho, as variáveis do relacionamento interpessoal, parecem não ter uma influência fundamental, contudo, não se deve menospreza-las, especialmente no que diz respeito à conduta dos superiores hierárquicos.

Ramos (2001) e Stora (1990), ao confirmarem estas considerações, reforçam que o relacionamento entre colegas e superiores reveste-se de importância fundamental para o estabelecimento de um bom clima de trabalho. Qualquer desconforto sentido no relacionamento interpessoal a este nível gera, inevitavelmente, situações de stresse.

A estrutura organizacional parece estar a interferir no grau de satisfação no trabalho da amostra, ao detectarmos valores de 2,98, na 'autonomia para tomar decisões', de 2,92 na 'possibilidade de participar na tomada de decisões'; e ainda valores mais baixos nos itens 'planeamento do serviço' (2,83), 'funcionamento do serviço' (2,69) e 'comunicação dentro do serviço' (2,68).

Robins (1998), Cartwright e Cooper (1997), Ross e Altmier (1994), referidos por Ramos (2001), ao darem como exemplo de uma estrutura organizacional centralizada, as instituições públicas burocratizadas (onde se pode incluir a instituição hospitalar onde foram recolhidos os dados deste estudo), definem-nas como uma estrutura em «*que a tomada de decisão se concentra num único ponto na organização*» (Ramos, 2001, p. 87). Neste tipo de estrutura os trabalhadores não possuem grande oportunidade de intervenção activa, no destino da organização. Não são chamados a tomar decisões, nem as suas opiniões são atendidas na tomadas de decisão.

Numerosos estudos empíricos da década de 40, relacionam a possibilidade de tomar decisões com o aumento da satisfação profissional, sabendo-se que, «*a participação nas tomadas de decisões promove o investimento emocional na organização, cria um sentimento de pertença e dá maior sentido ao trabalho*» (Ramos, 2001, p. 88), enquanto que o contrário, desencadeia situações de tensão e stresse, representado em indicadores como: «*má saúde geral, baixa auto-estima, depressão, absentismo*» (Cartwright & Cooper, 1997, citados em Ramos, 2001, p. 88). Segundo Stora (1990), à variável ‘não participação’, podemos ainda associar a ausência de reconhecimento, por parte dos responsáveis da organização, das tarefas desempenhadas (note-se que a este nível a amostra apresenta um grau de satisfação relativamente baixo, com média de 2,82).

Actualmente, face à competitividade imposta às organizações, os trabalhadores vivem um ambiente de insegurança em relação à carreira profissional, o que contribui para o aumento do stresse no trabalho. Há ainda a considerar outros factores que contribuem para este aumento, tais como as promoções, as recompensas, a responsabilidade, a actualização contínua, as relações interpessoais e outros.

Considerando que a progressão na carreira é «*um dos factores mais valorizados por quem trabalha*» (Ramos, 2001, p. 102) e que, em regra geral se traduz em promoções profissionais, verificamos que a amostra manifesta uma satisfação mediana, ao apresentar uma média de 2,51, para a variável ‘possibilidade de promoção profissional’. Será isto um sinónimo de um desajustamento entre os factores mencionados anteriormente? Ou será que a possibilidade de promoção ocasiona algum grau de stresse nos profissionais, porque implica mudança de tarefas e necessariamente, uma adaptação à nova realidade?

Como conclusão, em consequência da análise dos resultados do inquérito efectuado, verificamos que no momento actual, os elementos da amostra apresentam uma satisfação no trabalho moderada, o mesmo acontecendo para a sua motivação para o trabalho.

Relativamente à dimensão ‘mudança’, encontramos uma tendência para que a maioria dos elementos não contemplem a possibilidade de mudarem de profissão, nem de funções, nem sequer de instituição. No entanto, não se pode deixar de considerar o número relativamente elevado de elementos que mudaria de instituição, caso tivessem oportunidade.

O conflito entre vida profissional e vida pessoal-familiar, parece preocupar um número considerável de inquiridos, que elegeram na sua maioria ‘o pouco tempo disponível para a família e lazer’, como a razão principal deste conflito, seguida do ‘horário de trabalho’, da ‘forma imprevista com que são chamados para o serviço’ e finalmente outras razões (como ‘conflito com colegas de trabalho’, hora de saída incerta’, ‘razões de carácter pessoal/privado’ e ainda, o facto de ‘o serviço ser mais importante do que a pessoa’).

Quanto à dimensão ‘stress no trabalho’, e aos 22 itens do MBI, encontramos uma amostra com tendência para a ‘exaustão emocional’ situada num valor médio, a despersonalização situada num valor baixo, a ‘realização pessoal diminuída’ situada num valor médio, assim como, o total do ‘burnout’, enquanto a ‘realização pessoal’ se situa num valor elevado. Estes dados permitiram-nos concluir que a amostra não apresenta em média, sintomas elevados de burnout. Contudo, no que diz respeito aos 22 itens da dimensão ‘satisfação no trabalho’, verificamos que a amostra apresenta níveis de satisfação globalmente baixos.

Terminada a apresentação da análise descritiva, comparamos seguidamente os resultados obtidos por médicos e por enfermeiros.

4.2. ANÁLISE COMPARATIVA SEGUNDO O GRUPO PROFISSIONAL

A análise comparativa será efectuada também de acordo com as dimensões do questionário construído.

➤ CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

No que diz respeito ao sexo (Quadro 69), verificamos que existem diferenças significativas, predominando nos médicos o sexo masculino, enquanto nos enfermeiros predomina o sexo feminino. Os resultados em relação aos enfermeiros são perfeitamente justificados, quando consideramos que a enfermagem é uma profissão tradicionalmente feminina e que de facto, em Portugal esta profissão é representada maioritariamente por

mulheres²⁶. No que diz respeito aos médicos o predomínio de elementos masculinos, poderá ser justificado pelo facto de as especialidades de cirurgia serem essencialmente preenchidas por elementos do sexo masculino²⁷.

Quadro 69: Comparação entre grupos profissionais por sexo

Sexo	Enfermeiros	Médicos	Total
Masculino	12		62
Feminino	76	30	106
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 42,969	P = 0,000 ***	

Relativamente ao 'estado civil' (Quadro 70), não encontramos diferenças significativas entre os dois grupos profissionais, notando-se um predomínio de elementos casados em ambos os grupos. Podemos realçar o menor número de médicos solteiros, que pode dever-se ao facto de iniciarem as suas funções numa idade mais avançada (a Licenciatura em Medicina demora 6 anos a concluir), enquanto os enfermeiros iniciam as suas funções mais cedo (a Licenciatura em Enfermagem demora 4 anos a concluir).

Quadro 70: Comparação entre grupos profissionais e estado civil

Estado Civil	Enfermeiros	Médicos	Total
Solteiro	20	16	36
Casado ou em união de facto	67	58	125
Divorciado ou separado	1	6	7
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 4,293	P = 0,117 NS	

A variável 'ter filhos' (Quadro 71) segue a mesma tendência da variável anterior, não se encontrando diferenças significativas entre os dois grupos, havendo um predomínio de inquiridos com filhos.

Quadro 71: Comparação entre grupos profissionais e a variável 'Ter filhos'

Tem filhos	Enfermeiros	Médicos	Total
Sim		45	107
Não	26	35	61
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 3,656	P = 0,056 NS	

²⁶ Segundo dados fornecidos pela OE, em 31-12- 2003, havia em Portugal 43978 enfermeiros inscritos, sendo 350863 do sexo feminino e 8175 do sexo masculino.

²⁷ Segundo dados fornecidos pela OM nas especialidades de Cirurgia Vascular, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Neurocirurgia, Oftalmologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia há um predomínio de elementos masculinos; invertendo-se estes dados nas especialidades de Anestesiologia, Ginecologia e Obstetrícia.

Quanto às ‘habilitações literárias’ (Quadro 72), encontramos diferenças significativas e verificamos que só um enfermeiro possui o Mestrado e nenhum possui o Doutoramento. Aparecem ainda vários enfermeiros com habilitações abaixo da Licenciatura, enquanto que todos os médicos possuem graus académicos acima da Licenciatura.

Nos últimos anos, a classe de enfermagem tem sofrido várias reestruturações, havendo ainda elementos a frequentar ou com intenções de frequentar o complemento de formação, que lhes conferirá o grau de Licenciado em Enfermagem. Os Mestrados em Enfermagem são ainda muito recentes na profissão e ainda estão muito centrados na via educacional, ou seja, em regra só os enfermeiros que leccionam, adquirem este grau académico. Como a amostra pertence a uma área de prestação de cuidados e não de leccionação, é natural que este grau académico esteja menos contemplado.

Quanto ao Doutoramento em Enfermagem, ainda está em fase de arranque, havendo no entanto, alguns enfermeiros com doutoramento em outras áreas da Saúde. Contudo, também eles estão centrados na área do ensino e não na prestação de cuidados.

Quadro 72: Comparação entre grupos profissionais e habilitações literárias

Habilitações Literárias	Enfermeiros	Médicos	Total
Até ao 9ºano	3	0	3
Até ao 12ºano	1	0	1
Frequência Universitária	1	0	1
Bacharelato	14	0	14
Licenciatura	68	74	142
Mestrado	1	2	3
Doutoramento	0	4	4
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 23,259	P = 0,001 ***	

Ao comparar as variáveis ‘idade’, ‘anos de serviço’ e ‘anos na actual função’ (Quadro 73), verificamos que não há diferenças significativas entre grupos profissionais, encontrando-nos perante uma amostra relativamente jovem, quer em idade, quer em tempo de serviço, quer ainda em tempo na actual função.

Quadro 73: Comparação entre grupos profissionais e as variáveis 'idade', 'anos de serviço' e 'anos na actual função'

Variável	Grupo profissional	Média	Desvio padrão	Teste t de student
Idade	Enfermeiros	37,41	7,840	-0,491
	Médicos	38,01	8,094	0,624 NS
Anos de serviço	Enfermeiros	14,63	8,033	1,123
	Médicos	13,21	8,266	0,263 NS
Anos na actual função	Enfermeiros	9,31	8,016	1,077
	Médicos	8,07	6,671	0,283 NS

Ao analisarmos o Quadro 74, encontramos significativamente maior número de enfermeiros em situação contratual definida, embora exista um elevado número de médicos com contratos a prazo. Esta situação deve-se certamente às reestruturações que se têm vindo a fazer sentir no panorama do funcionalismo público.

Quadro 74: Comparação entre grupos profissionais e tipo de contrato

Tipo de contrato	Enfermeiros	Médicos	Total
Contrato fixo	87	52	139
Contrato a prazo	1	28	29
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 33,646	P = 0,000 ***	

No Quadro 75 aparece-nos a variável 'turno de trabalho', havendo apenas um ligeiro aumento de número de enfermeiros com turnos fixos de trabalho. A amostra é representada por um número sensivelmente igual de elementos com turnos fixos e elementos com turnos variáveis de trabalho, não existindo diferenças significativas entre os dois grupos profissionais.

Quadro 75: Comparação entre grupos profissionais e turno de trabalho

Turno de trabalho	Enfermeiros	Médicos	Total
Fixo	48	41	89
Variável	40	39	79
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 0,183	P = 0,669 NS	

➤ DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO NO TRABALHO ACTUAL

No Quadro 76, aparece-nos a comparação entre grupos profissionais e o grau de 'satisfação com o trabalho no momento actual', não se detectando diferenças significativas. No entanto encontrámos mais médicos muito satisfeitos.

Quadro 76: Comparação entre grupos profissionais e grau de satisfação com trabalho no momento actual

Satisfação com trabalho no momento actual	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouca)	4	5	9
2	11	9	20
3	36	26	62
4	31	30	61
5 (Muita)	6	10	16
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 2,565	P = 0,633 NS	

Quanto ao Quadro 77, verificamos que a satisfação com o trabalho no momento actual é globalmente baixa para ambas as profissões, verificando-se no entanto um ligeiro aumento na satisfação dos médicos (média de 3,39).

Quadro 77: Tratamento estatístico e a relação entre o grupo de inquiridos e a variável 'satisfação com trabalho no momento actual'

Variável	Grupo profissional	Média	Desvio padrão	Teste t de student
Satisfação com trabalho no momento actual	Enfermeiros	3,27	0,931	-0,751
	Médicos	3,39	1,049	0,454 NS

► DIMENSÃO MOTIVAÇÃO NO TRABALHO

A análise comparativa da 'motivação para exercer trabalho no momento actual' (Quadro 78), não nos mostra diferenças significativas entre grupos. No entanto, há mais médicos com pouca motivação no momento actual, há mais enfermeiros no grau 3 de motivação e há mais médicos muito motivados para exercerem trabalho no momento actual.

Quadro 78: Comparação entre grupos profissionais e grau de motivação para exercer trabalho no momento actual

Motivação para exercer trabalho no momento actual	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouca)	4	10	14
2	14	5	19
3	37	27	64
4	26	27	53
5 (Muita)	7	11	18
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 8,944	P = 0,063 NS	

A análise comparativa da 'motivação quando começou a exercer a profissão' (Quadro 79), também não nos revela diferenças significativas, não se podendo no entanto,

deixar de considerar que há mais enfermeiros no nível máximo de motivação (grau 5), que os médicos quando iniciaram a sua profissão começaram-no sempre do nível médio (grau 3) para cima, e que há alguns enfermeiros pouco motivados no início da sua carreira profissional.

Quadro 79: Comparação entre grupos profissionais e grau de motivação quando começou a exercer a profissão

Motivação quando começou a exercer a profissão	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouca)	1	0	1
2	1	0	1
3	7	3	10
4	15	23	38
5 (Muita)	64	54	118
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 5,754	P = 0,217 NS	

No Quadro 80 verificamos que apesar da motivação para exercer a profissão ter diminuindo com o tempo em ambas as profissões, os médicos apresentam sempre níveis superiores de motivação (motivação no início: média 4,64; motivação actual: média 3,30). No entanto as diferenças não são significativas.

Quadro 80: Tratamento estatístico da relação entre o grupo de inquiridos e as variáveis 'motivação para exercer trabalho no momento actual' e 'motivação quando começou a exercer a profissão'

Variável	Grupo profissional	Média	Desvio padrão	Teste t de student
Motivação para exercer trabalho no momento actual	Enfermeiros	3,20	0,961	-0,579
	Médicos	3,30	1,174	0,563 NS
Motivação quando começou a exercer a profissão	Enfermeiros	4,59	0,783	-0,441
	Médicos	4,64	0,557	0,660 NS

➤ DIMENSÃO MUDANÇA

Em relação ao item 'mudava de funções na profissão' (Quadro 81), verificamos que significativamente um número maior de enfermeiros mudava. Esta tendência poderá ser justificada pelo facto de os enfermeiros terem maior facilidade de transitar de serviço para serviço, devido à inespecificidade das suas funções, enquanto que os médicos, estando adstritos a uma especialidade, não têm tanta possibilidade de mobilidade.

Quadro 81: Comparação entre grupos profissionais e a variável 'mudava de funções na profissão'

Mudava de funções na profissão	Enfermeiros	Médicos	Total
Sim	29	11	40
Não	59	69	128
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 8,520	P = 0,004 **	

Não há diferenças significativas entre os grupos em relação à 'oportunidade de mudar de instituição' (Quadro 82). No entanto, nota-se que mais médicos o fariam, caso lhes dessem essa oportunidade.

Quadro 82: Comparação entre grupos profissionais e a variável 'mudava de instituição'

Mudava de instituição	Enfermeiros	Médicos	Total
Sim	30	37	67
Não	58	43	101
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 2,584	P = 0,108 NS	

Em relação à 'oportunidade de mudar de profissão' (Quadro 83), mantém-se a tendência para não haver diferenças significativas, mas os enfermeiros mudariam com mais facilidade se tivessem oportunidade.

Quadro 83: Comparação entre grupos profissionais e a variável 'mudava de profissão'

Mudava de profissão	Enfermeiros	Médicos	Total
Sim	13	6	19
Não	75	74	149
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 2,210	P = 0,137 NS	

➤ DIMENSÃO CONFLITO

O Quadro 84 mostra-nos a relação entre os grupos e o grau de 'conflito entre profissão e vida pessoal/familiar', revelando-nos maior grau de conflito nos médicos (pois há mais médicos integrados no grau 4 e 5) e menor nos enfermeiros (pois há mais enfermeiros no grau 1). O grau de conflito mais elevado nos médicos poderá justificar os números obtidos no Quadro 70, em que há maior número de médicos divorciados.

Quadro 84: Comparação entre grupos profissionais e o grau de conflito entre profissão e vida pessoal/familiar

Grau de conflito entre profissão e vida pessoal/familiar	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco)		7	29
2	16	10	26
3	34	33	67
4	13	25	38
5 (Muito)	3		8
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado =13,096	P = 0,011 *	

O Quadro 85 vem confirmar os dados do quadro anterior, mostrando-nos os médicos como tendo maior grau de conflito entre profissão e vida pessoal/familiar (média de 3,14). Estes resultados poderão ser clarificados se tivermos em conta que um número considerável de médicos que exercem funções no bloco operatório (essencialmente anestesistas e cirurgiões) acumulam funções em consultórios e instituições hospitalares privadas, diminuindo assim, o tempo disponível para o indivíduo e sua família.

Quadro 85: Tratamento estatístico da relação entre o grupo de inquiridos e o grau de conflito entre profissão e vida pessoal/familiar

Variável	Grupo profissional	Média	Desvio padrão	Teste t de student
Grau de conflito entre profissão e vida pessoal/familiar	Enfermeiros	2,53	1,124	-3,655
	Médicos	3,14	1,016	0,000 ***

Uma das razões principais para o conflito profissão e vida pessoal/familiar, apresentadas aos inquiridos foi 'horário de trabalho' (Quadro 86), não havendo diferenças significativas entre grupos profissionais. Há no entanto mais médicos a não considerarem o horário como razão principal do conflito.

Quadro 86: Comparação entre grupos profissionais e o conflito causado pelo horário de trabalho

Pelo horário de trabalho	Enfermeiros	Médicos	Total
Sim	18	19	37
Não	47	55	102
Total	65	74	139
	Qui-Quadrado = 0,072	P = 0,788 NS	

Para a razão 'pouco tempo disponível para a família ou lazer' (Quadro 87), encontramos um número significativamente maior de médicos (63) a considerá-la como o factor principal. Também aqui a acumulação de funções pode ser responsável por este

resultado, pois como têm o tempo mais ocupado a nível profissional, o tempo disponível para a família e o lazer diminui.

Quadro 87: Comparação entre grupos profissionais e o conflito causado pelo pouco tempo disponível para família ou lazer

Por pouco tempo disponível para família ou lazer	Enfermeiros	Médicos	Total
Sim	42	63	105
Não	23	11	34
Total	65	74	139
	Qui-Quadrado = 7,886	P = 0,005 **	

O ‘poder ser chamado de forma imprevista a fazer serviço’ (Quadro 88) parece preocupar na mesma proporção os dois grupos profissionais, havendo no entanto, um número ligeiramente mais elevado de médicos (68), a não considerar este item como razão principal.

Quadro 88: Comparação entre grupos profissionais e o conflito causado por poder ser chamado de forma imprevista para serviço

Por poder ser chamado de forma imprevista para serviço	Enfermeiros	Médicos	Total
Sim	7	6	13
Não	58	68	126
Total	65	74	139
	Qui-Quadrado = 0,289	P = 0,591 NS	

Ao considerar que o conflito vida profissional/pessoal/familiar pode ser causado por ‘outra razão’ (Quadro 89), não encontramos diferenças significativas entre grupos profissionais, mantendo-se a tendência do quadro anterior, ou seja, a existência de um número ligeiramente mais elevado de médicos (72) a não considerarem haver outras razões de conflito.

Quadro 89: Comparação entre grupos profissionais e o conflito causado por outra razão

Por outra razão	Enfermeiros	Médicos	Total
Sim	4	2	6
Não	61	72	133
Total	65	74	139
	Qui-Quadrado = 0,998	P = 0,318 NS	

No Quadro 90 apresentamos a comparação entre as outras razões apontadas pelos inquiridos e o grupo profissional, não se verificando diferenças significativas entre os dois grupos. No entanto deve-se referir que os enfermeiros apontam as seguintes razões: ‘hora

de saída incerta', 'razões de carácter pessoal' e 'serviço mais importante do que a pessoa'. Por sua vez os médicos apontam o 'conflito com colegas de trabalho' e 'razões de ordem privada'.

Quadro 90: Comparação entre grupos profissionais e as várias razões para o conflito

Qual outra razão	Enfermeiros	Médicos	Total
Conflito com colegas trabalho	0	1	1
Hora de saída incerta	2	0	2
Razões de carácter pessoal	1	0	1
Razões de ordem privada	0	1	1
Serviço ser mais importante do que a pessoa	1	0	1
Total	4	2	6
	Qui-Quadrado = 5,855	P = 0,321 NS	

➤ DIMENSÃO STRESSE NO TRABALHO

Em relação à variável 'sentir-se emocionalmente exausto com o trabalho' (Quadro 91), não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de sujeitos, havendo mais enfermeiros a sentirem-se algumas vezes por ano e algumas vezes por semana, a sentirem-se emocionalmente exaustos.

Quadro 91: Comparação entre grupos profissionais e o sentir-se emocionalmente exausto

Emocionalmente exausto	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	4	5	9
Algumas vezes por ano	40	35	75
Uma vez por mês	7	7	14
Uma vez por semana	15	15	30
Algumas vezes por semana	21	18	39
Todos os dias	1	0	1
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 1,297	P = 0,935 NS	

Também com a variável 'sentir-se cansado no final do dia de trabalho' (Quadro 92), não há diferenças significativas para os dois grupos, mas mais enfermeiros sentem-se, todos os dias e algumas vezes por semana, mais cansados no final do dia de trabalho; também há mais médicos a sentirem-se, pelo menos uma vez por semana mais cansados.

Quadro 92: Comparação entre grupos profissionais e o sentir-se cansado no final do dia

Cansado no final do dia	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	0	0	0
Algumas vezes por ano	10	10	20
Uma vez por mês	5	3	8
Uma vez por semana	10		27
Algumas vezes por semana		42	94
Todos os dias	11	8	19
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 3,479	P = 0,481 NS	

Um número ligeiramente superior de enfermeiros sentem-se, algumas vezes por ano e algumas vezes por semana, cansados quando se levantam (Quadro 93), ao passo que mais médicos sentem-se, pelo menos uma vez por semana, cansados ao acordar. No entanto, estas diferenças não se podem considerar significativas.

Quadro 93: Comparação entre grupos profissionais e o sentir-se cansado quando se levanta

Cansado quando se levanta	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	6	6	12
Algumas vezes por ano	26	26	52
Uma vez por mês	8	9	17
Uma vez por semana	8	11	19
Algumas vezes por semana	33	18	51
Todos os dias	7	9	16
Total	88	79	167
	Qui-Quadrado = 4,723	P = 0,451 NS	

Um número significativamente maior de enfermeiros dizem ‘compreender facilmente como se sentem os outros’ (Quadro 94), todos os dias. Não há nenhum enfermeiro que não compreenda o que os outros sentem. O facto de os enfermeiros do bloco operatório lidarem mais de perto e durante mais tempo, com os outros (doentes ou colegas)²⁸, pode sustentar os resultados obtidos neste item.

²⁸ Os enfermeiros desempenham funções em carácter de permanência fixa (ou seja sempre no mesmo bloco operatório), enquanto que os médicos rodam por outros serviços (os anestesistas são escalonados para os vários blocos do hospital; os cirurgiões para além de exercerem funções no bloco, desempenham funções nos serviços onde estão adstritos).

Quadro 94: Comparação entre grupos profissionais e o compreender como se sentem os outros

Compreender como se sentem os outros	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	0	1	1
Algumas vezes por ano	3	7	10
Uma vez por mês	2	6	8
Uma vez por semana	1	5	6
Algumas vezes por semana	19	23	42
Todos os dias		37	100
Total	88	79	167
	Qui-Quadrado = 13,963	P = 0,016 *	

Relativamente à variável 'tratar os outros como se fossem objectos impessoais' (Quadro 95), não se encontraram diferenças significativas entre grupos. No entanto, um número maior de enfermeiros afirma nunca o fazerem, enquanto que um número ligeiramente superior de médicos afirma que, pelo menos algumas vezes por ano, tratam os outros como objectos impessoais.

Quadro 95: Comparação entre grupos profissionais e o tratar os outros como objectos impessoais

Tratar os outros como objectos impessoais	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca		53	122
Algumas vezes por ano	12	17	29
Uma vez por mês	4	2	6
Uma vez por semana	1	4	5
Algumas vezes por semana	1	1	2
Todos os dias	0	0	0
Total	87	77	164
	Qui-Quadrado = 4,835	P = 0,305 NS	

A variável 'custar trabalhar todo o dia com as outras pessoas' (Quadro 96), segue a mesma tendência da variável anterior, com os enfermeiros a responderem mais frequentemente que nunca lhes custa trabalhar com os outros.

Quadro 96: Comparação entre grupos profissionais e o custar trabalhar com os outros

Custar trabalhar com os outros	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	45	28	73
Algumas vezes por ano	23	33	56
Uma vez por mês	7	8	15
Uma vez por semana	4	7	11
Algumas vezes por semana	7	2	9
Todos os dias	1	1	2
Total	87	79	166
	Qui-Quadrado = 9,043	P = 0,107 NS	

Quanto ao item do MBI 'lidar eficazmente com os problemas das outras pessoas' (Quadro 97), não há diferenças significativas entre grupos profissionais. Contudo, mais enfermeiros lidam eficazmente, algumas vezes por ano, algumas vezes por semana e todos os dias, com os problemas dos outros, não havendo nenhum médico que nunca saiba lidar eficazmente com os problemas alheios.

Quadro 97: Comparação entre grupos profissionais e o lidar eficazmente com problemas dos outros

Lidar eficazmente com problemas dos outros	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	1	0	1
Algumas vezes por ano	14	9	23
Uma vez por mês	5	4	9
Uma vez por semana	7	2	9
Algumas vezes por semana	32	35	67
Todos os dias	27	29	56
Total	86	79	165
	Qui-Quadrado = 4,893	P = 0,429 NS	

De um modo geral, mais enfermeiros sentem-se fisicamente exaustos com o trabalho (Quadro 98), apesar de não haver diferenças significativas relativamente aos médicos.

Quadro 98: Comparação entre grupos profissionais e o sentir-se fisicamente exausto com trabalho

Fisicamente exausto com trabalho	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	7	5	12
Algumas vezes por ano	31	24	55
Uma vez por mês	11	6	17
Uma vez por semana	10	21	31
Algumas vezes por semana	25	21	46
Todos os dias	4	3	7
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 6,723	P = 0,242 NS	

Também um número ligeiramente superior de enfermeiros sente que consegue ajudar, todos os dias, os outros (Quadro 99), continuando a não haver diferenças significativas entre os grupos profissionais que constituem a amostra.

Quadro 99: Comparação entre grupos profissionais e o sentir conseguir ajudar os outros

Conseguir ajudar os outros	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	1	1	2
Algumas vezes por ano	3	2	5
Uma vez por mês	0	1	1
Uma vez por semana	3	3	6
Algumas vezes por semana	22	36	58
Todos os dias		37	96
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 9,261	P = 0,099 NS	

Em relação à variável 'ter-se tornado mais insensível com os outros desde que faz este trabalho' (Quadro 100), não há variações significativas entre grupos. Há mais enfermeiros a considerarem nunca se terem tornado insensíveis. Contudo esta tendência inverte-se, pois há mais médicos a considerarem terem-se tornado mais insensíveis.

Quadro 100: Comparação entre grupos profissionais e o ter-se tornado mais insensível com os outros

Ter-se tornado mais insensível com os outros	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca		35	88
Algumas vezes por ano	20	23	43
Uma vez por mês	6	4	10
Uma vez por semana	3	7	10
Algumas vezes por semana	5	5	10
Todos os dias	1	5	6
Total	88	79	167
	Qui-Quadrado = 8,096	P = 0,151 NS	

As respostas são relativamente idênticas nos dois grupos de inquiridos no que respeita à 'preocupação por o trabalho os tornar emocionalmente mais frios' (Quadro 101), havendo um número mais elevado de enfermeiros que nunca e algumas vezes por ano, sentiram esta preocupação, ao passo que, há mais médicos nas categorias seguintes.

Quadro 101: Comparação entre grupos profissionais e o sentir-se preocupado por trabalho o tornar emocionalmente mais frio

Preocupado por trabalho o tornar emocionalmente mais frio	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca		37	87
Algumas vezes por ano	26	20	46
Uma vez por mês	1	8	9
Uma vez por semana	4	4	8
Algumas vezes por semana	5	9	14
Todos os dias	1	2	3
Total	87	80	167
	Qui-Quadrado = 9,369	P = 0,095 NS	

Há mais enfermeiros a sentirem-se, todos os dias e algumas vezes por semana, mais ‘cheios de energia’ (Quadro 102), verificando-se uma uniformidade de respostas entre os dois grupos.

Quadro 102: Comparação entre grupos profissionais e o sentir-se cheio de energia

Cheio de energia	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	5	1	6
Algumas vezes por ano	16	19	35
Uma vez por mês	5	13	18
Uma vez por semana	6	9	15
Algumas vezes por semana	46	29	75
Todos os dias		8	18
Total	88	79	167
	Qui-Quadrado = 10,701	P = 0,058 NS	

Não há diferenças significativas no nível de frustração no trabalho (Quadro 103). Contudo, ao analisar com mais atenção, vemos que há ligeiramente mais enfermeiros, a nunca se sentirem frustrados, mas também não há nenhum médico a sentir-se todos os dias frustrado.

Quadro 103: Comparação entre grupos profissionais e o sentir-se frustrado no trabalho

Frustrado no trabalho	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	23	19	42
Algumas vezes por ano	32	40	72
Uma vez por mês	15	5	20
Uma vez por semana	5	6	11
Algumas vezes por semana	10	8	18
Todos os dias	1	0	1
Total	86	78	164
	Qui-Quadrado = 7,210	P = 0,205 NS	

No Quadro 104 são apresentados os resultados obtidos em relação à comparação da variável ‘sentir que está a trabalhar demais’, não aparecendo diferenças entre enfermeiros e médicos. Contudo há mais enfermeiros a terem esta sensação, algumas vezes por ano e mais médicos, algumas vezes por semana.

Quadro 104: Comparação entre grupos profissionais e o sentir que está a trabalhar demais

Sentir que está a trabalhar demais	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	10	6	16
Algumas vezes por ano		19	49
Uma vez por mês	6	4	10
Uma vez por semana	11	13	24
Algumas vezes por semana	18		43
Todos os dias	10	13	23
Total	85	80	165
	Qui-Quadrado = 5,420	P = 0,367 NS	

Há ligeiras diferenças entre enfermeiros e médicos, no que respeita a ‘não se preocupar com o que acontece com as pessoas com quem trabalha’ (Quadro 105). Há mais enfermeiros a nunca se sentirem preocupados, denotando-se algum grau de alheamento interpessoal, por parte dos enfermeiros. Sendo a amostra constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino, estes resultados aproximam-se dos estudos estatísticos, realizados em 1984, referidos por Stora (1990), relativos ao stresse ocupacional das mulheres dirigentes e que indicam que, no domínio do trabalho, as mulheres estão sujeitas a tensões mais elevadas do que os homens dirigentes.

Quadro 105: Comparação entre grupos profissionais e o sentir que não se preocupa com o que acontece com os outros

Não se preocupar com o que acontece com os outros	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	56	39	95
Algumas vezes por ano	20		47
Uma vez por mês	1	6	7
Uma vez por semana	1	5	6
Algumas vezes por semana	5	0	5
Todos os dias	3	2	5
Total	86	79	165
	Qui-Quadrado = 15,253	P = 0,009 **	

O stresse sentido por ‘ter de trabalhar com as outras pessoas’ parece preocupar, de igual forma os dois grupos intervenientes (Quadro 106), havendo um número ligeiramente superior de enfermeiros a nunca sentirem stresse por ter de trabalhar com os outros.

Quadro 106: Comparação entre grupos profissionais e o sentir stresse por ter de trabalhar com os outros

Sentir stresse por ter de trabalhar com os outros	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	49	33	82
Algumas vezes por ano	25	28	53
Uma vez por mês	5	6	11
Uma vez por semana	1	5	6
Algumas vezes por semana	4	4	8
Todos os dias	3	2	5
Total	87	78	165
	Qui-Quadrado = 5,776	P = 0,329 NS	

Um número relativamente superior de enfermeiros diz ser capaz de criar um ambiente descontraído com as outras pessoas com quem trabalham (Quadro 107), todos os dias ou pelo menos algumas vezes por semana, não se encontrando, no entanto diferenças significativas neste item.

Quadro 107: Comparação entre grupos profissionais e o ser capaz de criar ambiente descontraído

Ser capaz de criar ambiente descontraído com os outros	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	1	2	3
Algumas vezes por ano	6	5	11
Uma vez por mês	3	3	6
Uma vez por semana	3	6	9
Algumas vezes por semana	39	36	75
Todos os dias	34	28	62
Total	86	80	166
	Qui-Quadrado = 1,911	P = 0,861 NS	

Não há nenhum enfermeiro, nem nenhum médico que não se sintam bem depois de contactar com os outros (Quadro 108), não existindo também diferenças significativas nas respostas. Nota-se apenas um ligeiro número ligeiramente superior de enfermeiros que, todos os dias ou pelo menos algumas vezes por semana, têm esta sensação.

Quadro 108: Comparação entre grupos profissionais e o sentir-se bem depois de contactar com os outros

Sentir-se bem depois de contactar com os outros	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	0	0	0
Algumas vezes por ano	0	0	0
Uma vez por mês	4	2	6
Uma vez por semana	14	26	40
Algumas vezes por semana	44	33	77
Todos os dias	19	15	34
Total	81	76	157
	Qui-Quadrado = 6,156	P = 0,104 NS	

Quanto à variável ‘conseguir fazer coisas úteis no trabalho’ (Quadro 109), não verificamos diferenças significativas, a não ser um ligeiro aumento de respostas nos enfermeiros, que dizem todos os dias conseguirem fazer coisas úteis.

Quadro 109: Comparação entre grupos profissionais e o conseguir fazer coisas úteis no trabalho

Conseguir fazer coisas úteis no trabalho	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	1	1	2
Algumas vezes por ano	5	1	6
Uma vez por mês	1	0	1
Uma vez por semana	9	8	17
Algumas vezes por semana	24	29	53
Todos os dias	46	39	85
Total	86	78	164
	Qui-Quadrado = 4,394	P = 0,494 NS	

Não encontramos diferenças significativas em relação ao item ‘sentir-se atingir os limites’ (Quadro 110), havendo apenas uma categoria (uma vez por mês) em que, o número de respostas dos enfermeiros foi inferior ao número das dos médicos.

Quadro 110: Comparação entre grupos profissionais e o sentir-se a atingir os limites

Sentir-se a atingir os limites	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	15	11	26
Algumas vezes por ano	38	31	69
Uma vez por mês	5	12	17
Uma vez por semana	10	9	19
Algumas vezes por semana	13	12	25
Todos os dias	6	3	9
Total	87	78	165
	Qui-Quadrado = 4,824	P = 0,438 NS	

O Quadro 111 mostra-nos a relação entre a variável ‘lidar calmamente com os problemas emocionais’ e os grupos profissionais, não se verificando diferenças significativas. Há contudo mais enfermeiros a lidarem calmamente, todos os dias e algumas vezes por semana, com estes problemas, não havendo nenhum médico que nunca lide calmamente com eles.

Quadro 111: Comparação entre grupos profissionais e o lidar calmamente com problemas emocionais

Lidar calmamente com problemas emocionais	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	1	0	1
Algumas vezes por ano	16	11	27
Uma vez por mês	5	6	11
Uma vez por semana	6	13	19
Algumas vezes por semana	28	27	55
Todos os dias	29	22	51
Total	85	79	164
Qui-Quadrado = 5,362		P = 0,373 NS	

Mais enfermeiros nunca sentem que os outros os culpam pelos problemas deles (Quadro 112), nem há nenhum enfermeiro que tenha esta sensação todos os dias. No entanto, as variações entre os dois grupos não são significativas.

Quadro 112: Comparação entre grupos profissionais e o sentir que os outros o culpam pelos problemas deles

Sentir que os outros o culpam pelos problemas deles	Enfermeiros	Médicos	Total
Nunca	53	38	91
Algumas vezes por ano	26	28	54
Uma vez por mês	2	8	10
Uma vez por semana	1	3	4
Algumas vezes por semana	5	2	7
Todos os dias	0	1	1
Total	87	80	167
Qui-Quadrado = 9,155		P = 0,103 NS	

O Quadro 113, mostra-nos a relação entre os dois grupos profissionais e as sub-escalas do MBI, não se verificando diferenças significativas nas várias sub-escalas, a não ser na de despersonalização/cinismo, em que, há um maior número de médicos mais cínicos. Os enfermeiros apresentam-se com mais nível de realização pessoal, menor exaustão emocional e menor burnout ou realização pessoal diminuída.

Quadro 113: Tratamento estatístico da relação entre grupos de inquiridos e as subescalas do MBI

Variável	Grupo profissional	Média	Desvio padrão	Teste t de student
Exaustão emocional	Enfermeiros	27,09	7,398	-0,427 0,670 NS
	Médicos	27,60	7,582	
Despersonalização/cinismo	Enfermeiros	8,06	3,657	-2,610 0,010 **
	Médicos	9,71	4,270	
Realização pessoal diminuída	Enfermeiros	16,55	5,739	-0,593 0,554 NS
	Médicos	17,07	5,012	
Total MBI	Enfermeiros	52,12	13,015	-1,073 0,285 NS
	Médicos	54,43	11,854	
Realização pessoal	Enfermeiros	39,34	5,717	0,792 0,429 NS
	Médicos	38,65	5,161	

Perante estes resultados, pode-se citar Kelly (1998) que ao referir-se a alguns estudos relativos a experiências de stresse em enfermeiros recém formados, destacou as seguintes principais razões para o seu stresse: falta de confiança (Speedling e col., 1981; Kramer, 1985), auto expectativas (Kelly, 1996), expectativas pouco realistas acerca do pessoal de saúde (Oechsle & Landrey, 1987; Resler, 1988; Kelly, 1996), conflito de papéis e ambiguidade de papéis (Brief e col., 1979; Kramer, 1985), conflitos de valor (McCloskey & McCain, 1987) e falta de apoio (Hamel, 1990; Hartshorn, 1992)²⁹.

➤ DIMENSÃO SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Relativamente à ‘possibilidade de promoção profissional’ (Quadro 114), os enfermeiros mostram estar menos satisfeitos (maior número de enfermeiros no grau 1 e 2), enquanto a maioria dos médicos apresentam níveis superiores de satisfação (maior número de médicos posicionados no grau 3, 4 e 5).

Os resultados obtidos neste item em relação aos enfermeiros poderão estar associados às constantes reestruturações que têm vindo a ser levadas a cabo na profissão, à falta de concretização de alguns planos estabelecidos para a progressão na carreira (tais como novos modelos de especialização em enfermagem, equiparação dos enfermeiros a técnicos superiores de saúde e outros) e ainda ao clima de ‘insegurança’ que se tem vindo a sentir, nos últimos tempos, nas organizações de saúde em Portugal, especialmente no que respeita à privatização do Sistema Nacional de Saúde.

Quadro 114: Comparação entre grupos profissionais e a possibilidade de promoção profissional

Possibilidade de promoção profissional	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	26	12	38
2	23	13	36
3	31	39	70
4	6	12	18
5 (Muito satisfeito)	2	4	6
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 11,161	P = 0,025 *	

Os resultados apresentados no Quadro 115 relativos à ‘possibilidade de evolução pessoal’, vêm reforçar os resultados do quadro anterior, continuando a tendência dos enfermeiros para se sentirem pouco satisfeitos (um número significativo está colocado nos

²⁹ Estes estudos foram todos citados por Kelly, 1998 e não os consultamos directamente.

graus 1 e 2, registrando-se uma ligeira subida de respostas para os graus 4 e 5). Os médicos por seu lado posicionaram-se sobretudo nos níveis médios de satisfação (graus 3 e 4).

Quadro 115: Comparação entre grupos profissionais e a possibilidade de evolução pessoal

Possibilidade de evolução pessoal	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	10	7	17
2	22	5	27
3	28	33	61
4	21	30	51
5 (Muito satisfeito)	7	5	12
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 13,214	P = 0,010 **	

Em relação ao ‘reconhecimento do valor profissional’ (Quadro 116) não se encontraram diferenças significativas entre as duas profissões. Continuando a tendência de os enfermeiros escolherem os graus de satisfação baixos/médios (graus 1, 2 e 3), enquanto que os médicos baixaram ligeiramente a sua satisfação, uma vez que escolheram essencialmente os graus 2, 3 e 4.

Quadro 116: Comparação entre grupos profissionais e o reconhecimento do valor profissional

Reconhecimento do valor profissional	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	23	9	32
2	17	14	31
3	26	25	51
4	16	27	43
5 (Muito satisfeito)	6	5	11
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 8,979	P = 0,062 NS	

Os enfermeiros estão menos satisfeitos com a ‘autonomia para tomar decisões’ (Quadro 117), tendo os graus 1 e 2 sido escolhidos por um número significativo de enfermeiros. Os médicos optaram essencialmente pelos graus 3 e 4 de satisfação.

Quadro 117: Comparação entre grupos profissionais e a autonomia para tomar decisões

Autonomia para tomar decisões	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	15	7	22
2	22	3	25
3	35	31	66
4	12	33	45
5 (Muito satisfeito)	4	6	10
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 27,473	P = 0,000 ***	

No item 'possibilidade de tomar decisões' (Quadro 118), mantém-se a tendência do item anterior, com os enfermeiros menos satisfeitos em relação aos médicos, optando os enfermeiros pelos graus abaixo do 3 e os médicos pelos graus 3 e 4.

Quadro 118: Comparação entre grupos profissionais e a possibilidade de participar na tomada de decisões

Possibilidade de participar na tomada de decisões	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	5	7	22
2	27	10	37
3	26		51
4	18		48
5 (Muito satisfeito)	2	8	10
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 16,997	P = 0,002 **	

O 'tipo de tarefas desempenhadas' (Quadro 119) não parece preocupar grandemente os elementos de ambas as profissões, não havendo diferenças significativas entre ambos, sendo os graus 3 e 4 de satisfação os mais contemplados.

Quadro 119: Comparação entre grupos profissionais e o tipo de tarefas desempenhadas

Tipo de tarefas desempenhadas	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	6	2	8
2	7	4	11
3	33	30	63
4	33	36	69
5 (Muito satisfeito)	9	7	16
Total	88	79	167
	Qui-Quadrado = 2,865	P = 0,581 NS	

Na 'variedade das tarefas' (Quadro 120) os médicos parecem estar bastante satisfeitos (a maioria optou pelo grau 4 e 5 de satisfação), enquanto os enfermeiros mostram graus de satisfação ligeiramente inferiores (a maioria optou pelos graus 2, 3 e 4).

Quadro 120: Comparação entre grupos profissionais e a variedade das tarefas profissionais

Variedade das tarefas profissionais	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	5	1	6
2	10	7	17
3	40	16	56
4	25		65
5 (Muito satisfeito)	8		23
Total	88	79	167
	Qui-Quadrado = 18,643	P = 0,001 ***	

No 'interesse das tarefas profissionais' (Quadro 121), não se encontram diferenças significativas entre grupos. Não obstante, encontramos menos médicos nos níveis mais baixos de satisfação (graus 1 e 2) e a maioria dos inquiridos encontram-se nos graus 3, 4 e 5 de satisfação.

Quadro 121: Comparação entre grupos profissionais e o interesse das tarefas profissionais

Interesse das tarefas profissionais	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	3	1	4
2	6		7
3	25	19	44
4	38	39	77
5 (Muito satisfeito)	16	19	35
Total	88	79	167
	Qui-Quadrado = 5,190	P = 0,268 NS	

Em relação à 'possibilidade de introduzir mudanças nas tarefas profissionais' (Quadro 122), não encontramos diferenças significativas entre grupos. No entanto, nota-se que há mais enfermeiros nos níveis mais baixos de satisfação (nível 1 e 2).

Quadro 122: Comparação entre grupos profissionais e a possibilidade de introduzir mudanças nas tarefas profissionais

Possibilidade de introduzir mudanças nas tarefas profissionais	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	11	8	19
2	20		36
3	34	32	66
4	17	19	36
5 (Muito satisfeito)	6	5	11
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 0,802	P = 0,938 NS	

Quanto à 'exigência física ou psicológica das tarefas profissionais' (Quadro 123), houve respostas equivalentes para ambos os grupos, e tanto enfermeiros como médicos sentem-se medianamente satisfeitos com este item.

Quadro 123: Comparação entre grupos profissionais e a exigência física ou psicológica das tarefas profissionais

Exigência física ou psicológica das tarefas profissionais	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	4	5	9
2	13	13	26
3	42	41	83
4	24	18	42
5 (Muito satisfeito)	5	3	8
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 1,102	P = 0,894 NS	

A ‘carga horária das tarefas profissionais’ (Quadro 124) parece preocupar ligeiramente mais os médicos do que os enfermeiros. Enquanto os níveis 1 e 2 foram escolhidos por um maior número de médicos, os níveis 4 e 5 foram escolhidos por um maior número de enfermeiros.

Quadro 124: Comparação entre grupos profissionais e a carga horária das tarefas profissionais

Carga horária das tarefas profissionais	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	7	9	16
2	9	24	33
3	44	34	78
4	19	11	30
5 (Muito satisfeito)	8	2	10
Total	87	80	167
	Qui-Quadrado = 13,814	P = 0,008 **	

Em relação à ‘responsabilidade pelas tarefas executadas’ (Quadro 125) não há diferenças significativas entre grupos, havendo uma predominância de respostas nos níveis 3 e superiores. No entanto, mais enfermeiros estão muito satisfeitos e mais médicos pouco satisfeitos.

Quadro 125: Comparação entre grupos profissionais e a responsabilidade pelas tarefas executadas

Responsabilidade pelas tarefas executadas	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	3	5	8
2	7	8	15
3	34	25	59
4	29	31	60
5 (Muito satisfeito)	14	9	23
Total	87	78	165
	Qui-Quadrado = 2,610	P = 0,625 NS	

Não há diferenças significativas entre grupos, no que diz respeito à ‘possibilidade de trabalhar em equipa’ (Quadro 126), havendo menos médicos pouco satisfeitos e mais médicos muito satisfeitos.

Quadro 126: Comparação entre grupos profissionais e a possibilidade de trabalhar em equipa

Possibilidade de trabalhar em equipa	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	3		4
2	8	8	16
3	23	27	50
4	42	30	72
5 (Muito satisfeito)	12	14	26
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 3,100	P = 0,541 NS	

Quanto ao ‘planeamento do serviço’ (quadro 127) não há diferenças significativas entre grupos. No entanto verifica-se que há mais médicos pouco satisfeitos e mais enfermeiros muito satisfeitos.

Quadro 127: Comparação entre grupos profissionais e o planeamento do serviço

Planeamento do serviço	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	7		21
2	23	18	41
3	32	24	56
4	21	21	42
5 (Muito satisfeito)	4	2	6
Total	87	79	166
	Qui-Quadrado = 4,377	P = 0,357 NS	

No Quadro 128 questiona-se o ‘funcionamento do serviço’, notando-se que apesar de não existirem diferenças significativas, há mais enfermeiros posicionados nos níveis baixos de satisfação (graus 1 e 2).

Quadro 128: Comparação entre grupos profissionais e o funcionamento do serviço

Funcionamento do serviço	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	11	12	23
2	30	21	51
3	30	24	54
4	13	20	33
5 (Muito satisfeito)	3	3	6
Total	87	80	167
	Qui-Quadrado = 3,496	P = 0,478 NS	

A ‘comunicação dentro do serviço’ (quadro 129) deixa mais enfermeiros pouco ou ligeiramente satisfeitos (graus 1 e 2), não se encontrando diferenças significativas entre os dois grupos.

Quadro 129: Comparação entre grupos profissionais e a comunicação dentro do serviço

Comunicação dentro do serviço	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	13	10	23
2	29	24	53
3	26	26	52
4	17	17	34
5 (Muito satisfeito)	3	3	6
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 0,483	P = 0,975 NS	

Quanto ao ‘relacionamento com colegas’ (Quadro 130) não há diferenças significativas entre grupos, mantendo-se a tendência para que mais enfermeiros se sintam pouco satisfeitos (grau 1). No entanto, neste item há mais elementos de enfermagem nos graus superiores (graus 4 e 5), enquanto os médicos se posicionam sobretudo nos níveis 3, 4 e 5.

Nelson e Fells (1989, referidos por Kelly, 1998) nas suas pesquisas acerca das experiências de trabalho em enfermeiras recém-formadas concluíram que, as relações interpessoais e a interacção com colegas, o reconhecimento e o ‘*evaluative feedback*’, são elementos importantes na satisfação no trabalho das enfermeiras.

Noutros estudos verificou-se ainda que o que cada enfermeira pensa de si própria e o seu percurso na carreira, está directamente relacionado com a maneira como é tratada pelos colegas que a rodeiam e ainda, pelo que se espera dela (Weitstein 1971, Holloway & Pearson, 1987, referidos por Kelly, 1998).

Tendo em consideração estes estudos e atendendo a que esta amostra é constituída por enfermeiros relativamente novos, poderemos considerar que, relativamente a este item, estes enfermeiros estão em risco de vivenciarem experiências de stresse no trabalho.

Quadro 130: Comparação entre grupos profissionais e o relacionamento com colegas

Relacionamento com colegas	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)		1	9
2	8	10	18
3		23	56
4	29	37	66
5 (Muito satisfeito)	10	9	19
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 8,112	P = 0,088 NS	

Já no que diz respeito ao ‘relacionamento com superiores hierárquicos’ (Quadro 131), apesar de não existirem diferenças significativas, os médicos mostram-se menos satisfeitos do que os enfermeiros, havendo um número considerável de elementos a posicionarem-se nos níveis baixos de satisfação (graus 1 e 2).

Quadro 131: Comparação entre grupos profissionais e o relacionamento com superiores

Relacionamento com superiores	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	6	10	16
2	14	18	32
3	37	26	63
4	22	16	38
5 (Muito satisfeito)	9	10	19
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 4,049	P = 0,399 NS	

Relativamente ao ‘relacionamento com outras pessoas’ (Quadro 132), ambos os grupos profissionais estão medianamente a muito satisfeitos (graus 3, 4 e 5), não se evidenciando diferenças significativas.

Quadro 132: Comparação entre grupos profissionais e o relacionamento com outras pessoas

Relacionamento com outras pessoas	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	2	2	4
2	10	6	16
3	27	21	48
4	37	38	75
5 (Muito satisfeito)	12	13	25
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 1,426	P = 0,840 NS	

As ‘condições físicas do local de trabalho’ (Quadro 133) deixam ambos os grupos medianamente satisfeitos, notando-se contudo, que há mais enfermeiros posicionados nos graus 4 e 5 de satisfação.

Quadro 133: Comparação entre grupos profissionais e as condições físicas do local de trabalho

Condições físicas do local de trabalho	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	23	23	46
2	17	20	37
3	23	27	50
4	22	8	30
5 (Muito satisfeito)	3	2	5
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 6,931	P = 0,140 NS	

O 'horário de trabalho' (Quadro 134) deixa menos satisfeitos os médicos, que se posicionam essencialmente nos graus 1, 2 e 3 de satisfação.

Esta diferença em relação aos enfermeiros poderá ter a ver com o facto de haver mais médicos a terem turnos variáveis de trabalho, o que eventualmente lhes ocasionará algum constrangimento em relação à sua vida pessoal/familiar.

Quadro 134: Comparação entre grupos profissionais e o horário de trabalho

Horário de trabalho	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	8	10	18
2	14	20	34
3	33	38	71
4	26	9	35
5 (Muito satisfeito)	7	2	9
Total	88	79	167
	Qui-Quadrado = 12,219	P = 0,016 *	

Por sua vez o 'salário' (Quadro 135) deixa mais enfermeiros pouco satisfeitos, apesar de não existirem diferenças significativas entre grupos. Esta satisfação diminuída poderá ser justificada com o facto de nos últimos dois anos não haver aumentos de salários para os agentes da função pública e ainda, pelo facto de os Licenciados em Enfermagem ainda não terem conseguido este estatuto em termos remuneratórios (isto é, são licenciados mas não ganham como tal).

Quadro 135: Comparação entre grupos profissionais e o salário

Salário	Enfermeiros	Médicos	Total
1 (Pouco satisfeito)	40	30	70
2	37	16	53
3	16	29	45
4	8	3	11
5 (Muito satisfeito)	3	2	5
Total	88	80	168
	Qui-Quadrado = 7,970	P = 0,093 NS	

O Quadro 136 mostra-nos globalmente a relação entre os dois grupos profissionais e as variáveis da satisfação no trabalho, havendo diferenças significativas em algumas variáveis.

Em geral os enfermeiros mostram-se especialmente pouco satisfeitos com a ‘possibilidade de promoção profissional’, com o ‘reconhecimento do valor profissional’, com a ‘possibilidade de participar na tomada de decisões’ e com a ‘autonomia para tomar decisões’.

A ‘possibilidade de evolução pessoal, a ‘variedade e interesse das tarefas profissionais’, deixam os enfermeiros medianamente satisfeitos.

Por seu turno, os médicos mostram-se menos satisfeitos com a ‘carga horária das tarefas profissionais’ e com o ‘horário de trabalho’.

Relativamente às restantes variáveis, não há diferenças significativas entre grupos, no entanto, detecta-se que a satisfação no trabalho é globalmente baixa.

Quadro 136: Tratamento estatístico da relação entre grupo de inquiridos e as variáveis da satisfação no trabalho

Variável	Grupo profissional	Média	Desvio padrão	Teste t de student
Possibilidade de promoção profissional	Enfermeiros	2,26	1,034	-3,286
	Médicos	2,79	1,040	0,001 ***
Possibilidade de evolução pessoal	Enfermeiros	2,92	1,127	-2,081
	Médicos	3,26	0,990	0,039 *
Reconhecimento do valor profissional	Enfermeiros	2,60	1,246	-2,521
	Médicos	3,06	1,106	0,013 *
Autonomia para tomar decisões	Enfermeiros	2,64	1,063	-4,479
	Médicos	3,35	0,995	0,000 ***
Possibilidade de participar na tomada de decisões	Enfermeiros	2,60	1,067	-4,038
	Médicos	3,28	1,091	0,000 ***
Tipo de tarefas desempenhadas	Enfermeiros	3,36	1,008	-1,168
	Médicos	3,53	0,830	0,244 NS
Variedade das tarefas profissionais	Enfermeiros	3,24	0,971	-3,661
	Médicos	3,77	0,905	0,000 ***
Interesse das tarefas profissionais	Enfermeiros	3,66	0,969	-1,999
	Médicos	3,94	0,806	0,047 *
Possibilidade de introduzir mudanças nas tarefas profissionais	Enfermeiros	2,85	1,088	-0,667
	Médicos	2,96	1,049	0,506 NS
Exigência física ou psicológica das tarefas profissionais	Enfermeiros	3,15	0,904	0,974
	Médicos	3,01	0,893	0,331 NS
Carga horária das tarefas profissionais	Enfermeiros	3,14	1,002	3,154
	Médicos	2,66	0,941	0,002 **
Responsabilidade pelas tarefas executadas	Enfermeiros	3,51	0,975	0,692
	Médicos	3,40	1,036	0,490 NS
Possibilidade de trabalhar em equipa	Enfermeiros	3,59	0,955	-0,062
	Médicos	3,60	0,936	0,950 NS
Planeamento do serviço	Enfermeiros	2,91	1,007	1,054
	Médicos	2,73	1,118	0,293 NS
Funcionamento do serviço	Enfermeiros	2,62	1,003	-0,869
	Médicos	2,76	1,105	0,386 NS
Comunicação dentro do serviço	Enfermeiros	2,64	1,063	-0,619
	Médicos	2,74	1,052	0,537 NS
Relacionamento com colegas	Enfermeiros	3,28	1,082	-1,641
	Médicos	3,54	0,899	0,103 NS
Relacionamento com superiores	Enfermeiros	3,16	1,038	1,065
	Médicos	2,98	1,201	0,288 NS
Relacionamento com outras pessoas	Enfermeiros	3,53	0,946	-0,974
	Médicos	3,68	0,925	0,331 NS
Condições físicas do local de trabalho	Enfermeiros	2,60	1,218	1,557
	Médicos	2,33	1,077	0,121 NS
Horário de trabalho	Enfermeiros	3,11	1,066	2,924
	Médicos	2,66	0,932	0,004 **
Salário	Enfermeiros	2,01	1,150	-0,739
	Médicos	2,14	1,052	0,461 NS

Terminada a análise e interpretação dos resultados obtidos na amostra de inquiridos, apresentamos seguidamente algumas reflexões finais resultantes do trabalho efectuado.

CONCLUSÕES

Actualmente o stresse no trabalho é considerado um problema de saúde pública, uma vez que é responsável por danos consideráveis a nível da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, e por prejuízos elevados nos gastos globais com a saúde e na produtividade. Atinge todas as pessoas sem excepção e em especial os profissionais que cuidam dos outros. Nestas profissões o perigo de burnout e de exaustão emocional advém das constantes exigências emocionais das funções.

O bloco operatório sendo uma unidade complexa e dinâmica, confere grandes exigências aos profissionais que aí trabalham, provocando desgastes constantes para a equipe cirúrgica multidisciplinar, e destacando-se nestes o stresse no trabalho.

No presente trabalho comparamos médicos e enfermeiros do bloco operatório e constatamos que a amostra de inquiridos não apresenta em média sintomas elevados de burnout, talvez pelo facto de apresentar alguma realização pessoal. Contudo, alguns dos inquiridos apresentam sintomas algo preocupantes, como por exemplo 48 pontos para a exaustão emocional, num máximo de 54, ou 26 de despersonalização num máximo de 30.

As condições físicas do trabalho parecem estar a interferir no bem-estar dos inquiridos e o relacionamento interpessoal dos trabalhadores da amostra também parece estar afectado, especialmente no que diz respeito ao relacionamento com os superiores hierárquicos.

A estrutura organizacional parece estar a interferir no grau de satisfação no trabalho da amostra, pois detectamos valores de 2,98 na ‘autonomia para tomar decisões’, de 2,92 na ‘possibilidade de participar na tomada de decisões’, e ainda valores mais baixos nos itens ‘planeamento do serviço’ (2,83), ‘funcionamento do serviço’ (2,69) e ‘comunicação dentro do serviço’ (2,68).

A amostra manifesta satisfação mediana, ao apresentar uma média de 2,51, para a variável ‘possibilidade de promoção profissional’.

Tudo isto leva-nos a concluir que no momento actual os inquiridos apresentam uma satisfação no trabalho moderada, o mesmo acontecendo para a sua motivação no trabalho. É de realçar que relativamente à dimensão ‘mudança’, encontramos uma tendência para que a maioria dos elementos não contemplem a possibilidade de mudarem de profissão, nem de funções, nem sequer de instituição.

Por outro lado, o conflito entre vida profissional e vida pessoal-familiar, parece preocupar um número considerável de inquiridos, que elegeram na sua maioria ‘o pouco tempo disponível para a família e lazer’, como a razão principal deste conflito, seguida do ‘horário de trabalho’, da ‘forma imprevista com que são chamados para o serviço’ e finalmente outras razões (como ‘conflito com colegas de trabalho’, ‘hora de saída incerta’, ‘razões de carácter pessoal/privado’ e ainda, o facto de ‘o serviço ser mais importante do que a pessoa’).

Os resultados obtidos não permitiram avançar com a confirmação da primeira hipótese (existe uma relação entre os níveis elevados de satisfação no trabalho e os níveis mais baixos de burnout apresentados pelos sujeitos, ou seja quanto maior for a satisfação no trabalho dos inquiridos, menores são os níveis de burnout apresentados por eles). Assim, encontramos uma amostra com tendência para a ‘exaustão emocional’ situada num valor médio, a ‘despersonalização’ situada num valor baixo, a ‘realização pessoal diminuída’ situada num valor médio, bem como o total de burnout, enquanto a ‘realização pessoal’ se situa num valor elevado. Estes dados permitiram-nos concluir que a amostra não apresenta em média, sintomas elevados de burnout. Contudo, no que diz respeito aos 22 itens da dimensão ‘satisfação no trabalho’, verificamos que a amostra apresenta níveis de satisfação globalmente baixos.

Em relação à segunda hipótese (os médicos e enfermeiros que trabalham no bloco operatório apresentam índices elevados de stresse no trabalho, provocados pelas características das funções exercidas) os resultados não confirmaram a existência de níveis elevados de burnout. Assim, verificamos que a exaustão emocional se situa num valor médio, enquanto a despersonalização se situa num valor baixo. A realização pessoal diminuída situa-se num valor médio, o mesmo acontecendo com o total de burnout. Já a realização pessoal apresenta um valor elevado. Estes dados permitem-nos concluir que a amostra de inquiridos não apresenta em média sintomas elevados de burnout, talvez pelo facto de apresentar alguma realização pessoal, e pelo facto de não ter intenção de mudar de profissão nem de instituição.

Através da terceira hipótese (os enfermeiros que trabalham no bloco operatório apresentam níveis de stresse no trabalho/burnout mais elevados do que os médicos que aí trabalham, atendendo ao facto de permanecerem mais tempo nesta unidade), não se verificou a existência de diferenças significativas nas várias sub-escalas do MBI, a não ser na de despersonalização/cinismo, em que, há um maior número de médicos mais cínicos.

Os enfermeiros apresentam-se com maior nível de realização pessoal, menor exaustão emocional e menor burnout ou realização pessoal diminuída.

Em geral os enfermeiros mostram-se especialmente pouco satisfeitos com a ‘possibilidade de promoção profissional’, com o ‘reconhecimento do valor profissional’, com a ‘possibilidade de participar na tomada de decisões’ e com a ‘autonomia para tomar decisões’. A ‘possibilidade de evolução pessoal’ e a ‘variedade e interesse das tarefas profissionais’ deixam os enfermeiros medianamente satisfeitos.

Por seu turno, os médicos mostram-se menos satisfeitos com a ‘carga horária das tarefas profissionais’ e com o ‘horário de trabalho’. Relativamente às restantes variáveis da satisfação no trabalho, não há diferenças significativas entre grupos, no entanto, detecta-se que a satisfação no trabalho é globalmente baixa.

Como conclusão geral deste trabalho, apesar de os níveis de burnout ainda não serem elevados, a menor satisfação com o trabalho pode constituir já um indício de alerta, sugerindo que é necessário estarmos atentos aos profissionais de saúde. Como já referimos anteriormente, eles lidam no seu quotidiano com a doença, com a dor, com o sofrimento e até com a morte, exigindo-lhes a sociedade que diminuam ou resolvam os problemas dos doentes. Contudo, estes profissionais também são humanos e trabalhar nestes contextos não lhes cria imunidade ao sofrimento e à doença. Assim, «*Cuidar dos doentes também inclui saber cuidar de si próprio*» (Vaz Serra, 1994; citado por Figueiredo & Soares, 1999, p. 60). Com este trabalho tentamos contribuir para o estudo de uma área tão importante como a do stresse no trabalho no bloco operatório.

BIBLIOGRAFIA

- AZEVEDO, Carlos A. M. ; AZEVEDO, Ana G. - *Metodologia Científica. Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. Porto: Edição C. Azevedo, 3ª edição, 1996.
- BENSABAT, Soly- *Stress. Grandes especialistas responden*. Spain: Ediciones Mensajero, 1987.
- BROWN, N. C.; PRASHANTHAN, B. J.; ABBOTT, M.- *Personality, Social Support and Burnout among Human Service Professionals in India*. Journal of Community & Applied Social Psychology. Nº 13 (2003) 320-324.
- BRYMAN, A.; CRAMER, D.- *Análise de dados em ciências sociais, introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora, 2003.
- CARVALHO, Rui- *Stress profissional*. Segurança. Nº 120 (Julho/Setembro, 1995) 31-35.
- CAMPBELL, L. R. - *What satisfies and doesn't*. Nurses Manage. Nº 8 (1986) 76-78.
- CARDOSO, Rui M. – *O stress na profissão docente*. Porto: Porto Editora, 1ª edição, 1999.
- CRUZ, António J. C.- *Stress em enfermeiros do bloco operatório*. Revista Sinais Vitais. Nº 33(Novembro, 2000) 38-40.
- CURA, A.D.; RODRIGUES, R. F. – *Satisfação profissional do enfermeiro*. Revista Latino Americana de Enfermagem. Nº 4 (1999) 21-28.
- ESTRYN-BEHAR, M.- *Ergonomía y salud en el trabajo (II). El caso de las profesionales sanitarias*. Revista Rol de Enfermería. Nº 217 (Septiembre, 1996) 21-26.
- ESTRYN-BEHAR, M.- *Ergonomía y salud en el trabajo (III). El caso de las profesionales hospitalarias*. Revista Rol de Enfermería. Nº 218 (Octubre, 1996) 57-63.
- EVERLY II, G. S.; FALCIONE, R. L.- *Perceived Dimensions of Job Satisfaction for Staff Registered Nurses*. Nursing Research. 25:5 (1976) 346-348.

FERREIRA, Fátima da Conceição M. L.- *Stress em enfermeiros de oncologia, cuidados intensivos e bloco operatório, estudo de alguns factores no seu desenvolvimento*. Tese de Mestrado em Saúde Ocupacional na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 1996.

FERREIRA, Teresa Jesus- *Saúde de quem trabalha em saúde: enfermeiros e stress no trabalho em toxicoddependência*. Tese de Mestrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 1999.

FERREIRA, A.- *Satisfação profissional dos enfermeiros do Centro Regional de Oncologia de Coimbra*. Sinais Vitais. Nº 4 (2001) 20-25.

FIGUEIREDO, M.; SOARES, V.- *Stress em profissionais de saúde, um programa de intervenção*. Psiquiatria Clínica. 20:1 (1999) 51-61.

FRANCÈS, Robert- *Satisfação no trabalho e no emprego*. Porto: Rés-Editora Lda, 1982.

GELLERMAN, Saul W. - *Motivation and productivity*. United States of America: American Management Association, Inc, 1963.

GOMES, Licínio- *Stress em enfermagem*. Divulgação, Nº 23 (Julho, 1992) 36-40.

GONÇALVES, Ana A .- *Satisfação Profissional em Enfermagem: resultados empíricos*. Sinais Vitais. Nº 23 (Março, 1999) 19-22.

HILL, Manuela M.; HILL, Andrew- *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Silabo, 2ª edição, 2002.

HOPKINSON, Patrick J. e outros- *Occupational stress and community mental health nursing: what CPNs really said*. Journal of Advanced Nursing. Nº 27 (1998) 701-712.

KEEGAN, L.- *Self-care. Part III: modifying your environment*. AORN Journal. 47:5 (May, 1988) 1283-1286.

KELLY, B. O.- *Satisfied with your job*. Nurses Manage. Nº 26 (1985) 56-58.

KELLY, Brighid- *Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses*. Journal of Advanced Nursing. 28:5 (1998) 1134-1145.

LAVRADOR, Francisco J. - *O stress. Novas técnicas para o seu controlo*. Lisboa: Edições Temas da Actualidade, SA, 1992.

LIMA, Maria do Céu da Silva- *Satisfação profissional dos enfermeiros: estudo exploratório em contexto hospitalar*. Tese de Mestrado em Educação na Universidade do Minho, 2001.

LOFF, Ana M.- *Avaliação de níveis de stress em enfermagem*. Revista Sinais Vitais. Nº 46 (Janeiro, 2003) 13-15.

LOVALLO, William R.- *Stress & Health. Biological and Psychological Interactions*. London: Sage Publications, 1997.

LUCAS, J. S.- *Satisfação profissional problema de gestão ou administração de recursos humanos? O caso da enfermagem*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2:2 (Abril/Junho, 1984) 31-37.

MARTINS, Maria Olinda Ramalho Carneiro- *Cirurgia Pediátrica. Preparação pré-operatória da criança e família*. Monografia do 2º Curso de Estudos Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição do Porto, 1998.

MARTINS, Sara Sofia Fernandes de Lima Melo- *A satisfação profissional dos enfermeiros. Estudo exploratório em enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais*. Tese de Mestrado em Psicologia e Saúde na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2003.

MATOS, Hélder S. S.; VEGA, Henrique D.; URDÁNIZ, António P.- *Estudo do Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde dum hospital geral*. Psiquiatria Clínica. 20:1 (1999) 125-138.

MOSS, V. A.- *Burnout. Symptom, causes and prevention*. AORN Journal. 50:5 (November, 1989) 1071-1076.

PALMER, P. N.- *If you are tired of working, you are not alone*. AORN Journal. 52:5 (November, 1990) 939-940.

PEREIRA, Henrique L.- *Ansiedade nos enfermeiros: um problema do ensino e da prática profissional*. Enfermagem em Foco. Nº 21, Ano VI (Novembro/Janeiro, 1996) 33-37.

PINES, Ayala; ARONSON, Elliot- *Career burnout. Causes and cures*. New York: The Free Press, 1989.

PINTO, Fausto J. M.- *A problemática do bloco operatório. Parte I*. Nursing. Nº 28(1990) 45-48.

PINTO, Fausto J. M.- *A problemática do bloco operatório. Parte II*. Nursing. Nº 29(1990) 38-40.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P.- *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 3ª edição, 1995.

PORTUGAL. Ministério do Trabalho. *Estatuto da Aposentação*- Declaração de 15 de Janeiro de 2004: II série, 498/72 de 9 de Dezembro.

QUEIRÓS, Paulo J. P.- *Burnout em enfermeiros. Comparação de três grupos*. Sinais Vitais. Nº 16 (Janeiro, 1998) 7-11.

RAMOS, Marco- *Desafiar o desafio. Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Editora Rh, 1ª edição, 2001.

RAMOS, Maria Luísa A . da S.- *Cronobiologia e o trabalho por turnos*. Nursing. Nº 175 (Março, 2003) 7-12.

SCHWAN, K.- *The phenomenon of compassion fatigue in perioperative nursing*. AORN Journal. 68:4 (October,1998) 642-648.

SILVA, António Pereira da- *Um estudo exploratório do stress ocupacional em ambientes profissionais na área da justiça. Um processo de objectivar o stress no trabalho*. Tese de Mestrado em Medicina Legal no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2003.

SLAVITT, D. B.; STAMPS, P. L.; PIEDMONT, E. B.; HAASE, M. B.- *Nurses' satisfaction with their work situation*. Nursing Research. 27:2 (1978) 114-120.

STORA, J. B.- *O stress*. Porto: Rés-Editora Lda, 1990.

STRICKLAND, D.- *Balancing life's choices- all dressed up and too many places to go*. AORN Journal. 68:4 (October, 1998) 632-641.

SWINNEN, Luc- *La couleur du stress*. Paris: Editions Standaard, 1997.

VALA, J. ; LIMA, L.; MONTEIRO, B. – *Os determinantes da satisfação organizacional e confronto de modelos*. *Análise psicológica*. 3:4 (1988) 441-457.

VALA, J. ; LIMA, L.; MONTEIRO, B. – *Conflitos entre grupos com Interfaces orgânicas em Contexto organizacional - Um programa de Investigação*. *Análise psicológica*. 3:4 (1988) 367-380.

VALA, J.; MONTEIRO, B.; LIMA, L. e CAETANO, A. – *Psicologia Social das Organizações - estudo de empresas portuguesas*. Oeiras: Celta Editora, 1994.

VAUGHN, G. - *Workholism. Learning self-care to prevent burnout*. AORN Journal. 56:5 (November, 1992) 873-877.

VELEZ, Cláudia P. G.- *Gestão do stresse nos profissionais de saúde*. *Nursing*. Nº 179 (Julho/Agosto, 2003) 10-13.

VIVES, Joana F.; VICENS, Esperanza P.; SITJAR, Eduard G.- *Ansiedad-estrés en enfermería*. *Revista Rol de Enfermería*. 24:1 (2001) 51-56.

ANEXO I: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO STRESSE NO TRABALHO

Código: _____ - _____

Este questionário enquadra-se numa investigação efectuada por uma enfermeira especialista, no âmbito do Mestrado em Medicina Legal, a decorrer no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Não existem respostas certas ou erradas. Por isso lhe solicitamos que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta.

O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma das folhas, nem assinar o questionário. Obrigado pela sua colaboração.

Grupo I

1. Idade: _____

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Estado Civil:

	Solteiro
	Casado ou a viver em união de facto
	Divorciado ou Separado
	Viúvo

4. Tem filhos? Sim Não

5. Habilitações literárias:

	Até ao 9.º Ano
	Até ao 12.º Ano
	Frequência Universitária
	Bacharelato
	Licenciatura
	Mestrado
	Doutoramento

6. Anos de serviço: _____

7. Anos de serviço na actual função: _____

8. Situação contratual: Com contrato fixo Com contrato a prazo

9. Turno de trabalho: Fixo Variável

10. Indique para o momento actual o seu grau de:

	Pouca				Muita
Satisfação com o seu trabalho no momento actual	1	2	3	4	5
Motivação para exercer o seu trabalho no momento actual	1	2	3	4	5
Motivação quando começou a exercer a sua profissão	1	2	3	4	5

11. Se tivesse oportunidade:

	Sim	Não
Mudava de funções na sua profissão		
Mudava de instituição		
Mudava de profissão		

12. Indique o grau de conflito entre as exigências da sua tarefa profissional e as exigências da sua vida pessoal/familiar:

Pouco conflito				Muito conflito
1	2	3	4	5

13. Se considera que existe conflito, indique a razão principal

Horário de trabalho
Pouco tempo disponível para família ou lazer
Possibilidade de ser chamado de forma imprevista a fazer serviço
Outra razão. Qual?

Grupo II

Assinale para cada questão a frequência com que vive ou sente cada uma das situações a seguir descritas. Assinale com uma cruz apenas um valor por questão.

	Nunca	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Sinto-me emocionalmente exausto com o meu trabalho						
2. Sinto-me cansado no final de um dia de trabalho						
3. Sinto-me cansado quando me levanto para ir trabalhar						
4. Compreendo facilmente como se sentem as outras pessoas (ex: doentes ou colegas)						
5. Trato as outras pessoas (ex: doentes ou colegas) como se fossem objectos impessoais						
6. Custa-me trabalhar todo o dia com as outras pessoas (ex: doentes ou colegas)						
7. Lido eficazmente com os problemas das outras pessoas (ex: doentes ou colegas)						
8. Sinto-me fisicamente exausto com o meu trabalho						
9. Sinto que consigo ajudar as outras pessoas (ex: doentes ou colegas) com o meu trabalho						
10. Tornei-me mais insensível com os outros desde que faço este trabalho						
11. Sinto-me preocupado porque este trabalho me deixa mais frio emocionalmente						
12. Sinto-me cheio de energia						
13. Sinto-me frustrado no meu trabalho						
14. Sinto que estou a trabalhar demais						
15. Sinto que não me preocupo com o que acontece às pessoas com quem trabalho						
16. Causa-me stress trabalhar directamente com as pessoas (ex: doentes ou colegas)						
17. Consigo criar um ambiente descontraído com as pessoas com quem trabalho						
18. Sinto-me bem depois de contactar com os outros						
19. Sinto que consigo fazer coisas úteis no meu trabalho						
20. Sinto que estou a atingir os meus limites						
21. Lido calmamente com os problemas emocionais						
22. Sinto que as outras pessoas (ex: doentes ou colegas) me culpam pelos seus problemas						

